

Шешукова О.В., Поліщук Т.В., Мосієнко А.С.

Кафедра дитячої стоматології

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

tatapolishyk09@gmail.com

## **КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРИЙОМУ**

Близько 2 мільйонів дітей у всьому світі мають ВІЛ-інфекцію (5% від загального числа випадків по всьому світу). Щороку близько 150 000 здорових дітей інфікуються (7-10% всіх нових випадків інфікування) і близько 110 000 дітей помирають.

Україна відноситься до числа держав, для яких характерний епідемічний тип поширення ВІЛ/СНІДу. Тому лікарям різного профілю доводиться надавати допомогу як пацієнтам з відомим ВІЛ-статусом, так і тим хворим, що не обстежені та не знають про свій діагноз, а в ряді випадків свідомо приховують його. У стоматологічній практиці зустрічалися випадки, коли діти кілька років лікувалися з приводу проявів ВІЛ-інфекції (дерматитів, стоматитів, анемії, паротиту, пневмонії) у різних фахівців, але при цьому їм не проводилося обстеження на ВІЛ, і відповідно, не був поставлений правильний діагноз.

Тому настороженість лікаря-стоматолога дитячого відносно цієї патології повинна базуватися на знанні цілого ряду симптомів ВІЛ-інфекції, багато з яких мають свої характерні клінічні прояви, в той час як деякі симптоми можуть зустрічатися і у не ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції включають ураження органів і систем, пов'язані з безпосереднім впливом ВІЛ, а також розвитком опортуністичних інфекцій. У немовлят, інфікованих в перинатальному періоді, симптоми зазвичай не проявляються протягом перших кількох місяців життя. Хоча середній вік проявів симптомів становить близько 3

років, у деяких дітей інфекція перебігає без симптомів більш ніж 5 років, і при використанні відповідної АРТ такі діти можуть дожити до дорослого віку. В епоху до розробки АРТ у 10-15% дітей захворювання мало швидкий прогресуючий розвиток від появи симптомів на першому році життя і летальним результатом у віці 18-36 міс.; вважається, що зараження таких дітей ВІЛ відбувалося внутрішньоутробно. Проте, більшість дітей, ймовірно, інфікуються під час пологів або незабаром після народження, і для них характерне більш повільне прогресування захворювання.

До основних уражень органів і систем при ВІЛ відносять: збільшення периферичних лімфатичних вузлів, печінки і селезінки, порушення темпів фізичного розвитку, синдром виснаження (вастинг-синдром), ураження шкіри (дерматити, ксероз, васкуліти, плямисто-папульозне висипання), паротит, ураження дихальної системи (лімфоїдна інтерстиціальна пневмонія), ураження ЦНС (ВІЛ-енцефалопатія), ураження серцево-судинної системи (кардіопатія, серцева недостатність), нефропатію (протеїнурія, нефротичний синдром, ниркова недостатність), ураження травного тракту (синдром мальабсорбції), гематологічні зміни (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія).

У дітей одним із діагностичних критеріїв СНІДу є вастинг-синдром - синдром виснаження, який визначається як:

- зниження маси тіла більш ніж на 10%;
- хронічна діарея (більше



30 днів і довше);- документована лихоманка (інтермітуючого або постійного типу) протягом 30 днів і більше. Вастинг-синдром є незалежним прогностичним фактором смерті хворих.

У 2-14% дітей відзначається паротит, який характеризується ураженням слинних залоз, що проявляється



припухлістю привушних залоз. В одних випадках слинні залози збільшуються в результаті лімфоцитарної інфільтрації, при цьому ураження може бути стійким, як одностороннім, так і двостороннім та може супроводжуватися ксеростомією і болем в роті. При пальпації слинні залози еластичні, безболісні, шкіра над ними не змінена. При натисканні на залозу з протоки виділяється прозора слина.

В інших випадках виникає бактеріальний паротит, частіше однобічний, рецидивуючий, який супроводжується лихоманкою, місцевою хворобливістю і гіперемією шкіри. При пальпації залоза щільна, болюча, при її масажуванні з протоки виділяється гній.

Поряд з частими інфекційними ураженнями шкіри при ВІЛ-інфекції у дітей можливі прояви атопічного дерматиту. Ксероз - патологічна сухість шкіри - часте ускладнення будь-якого імунodefіциту. При такому ускладненні перебігу ВІЛ-інфекції виявляються множинні лусочки (відторгнуті рогові пластинки) на шкірі обличчя і всього тіла, характерні скарги на сухість шкіри і свербіж.



Також одним із проявів є лімфоїдна інтерстиціальна пневмонія, як повільно прогресуючий стан, що становить 30-40% захворювань дихальних шляхів у ВІЛ-інфікованих дітей. Клінічні прояви зазвичай виникають у віці 2-3 років (поступово наростаюча задишка і швидка стомлюваність, іноді кашель). Цей дихальний симптом супроводжується

генералізованою лімфаденопатією, гепатоспленомегалією, збільшенням привушних слинних залоз і лімфоцитозом. В подальшому в цій стадії визначаються ознаки хронічної гіпоксії (ціаноз, потовщення нігтьових фаланг у вигляді барабанних паличок).

Тромбоцитопенія виявляється приблизно у 30% дітей і підлітків, інфікованих ВІЛ. Легка тромбоцитопенія зазвичай протікає безсимптомно. Однак коли число тромбоцитів знижується до 20 000-50 000 мкл-1, з'являється геморагічний синдром.

До опортуністичних інфекцій відносять пневмоцистну пневмонію, мікози (кандидоз, криптококоз, кокцидіоз), бактеріальні інфекції, у тому числі туберкульоз і атипові мікобактеріози, герпесвірусні інфекції, паразитози (токсоплазмоз, криптоспоридіоз), пухлини та ін.

Кандидозний стоматит - молочниця - найчастіша опортуністична інфекція ротової порожнини у ВІЛ-інфікованих дітей (поширеність 28-67%). Зазвичай розвивається при низькому або зниженому числі лімфоцитів CD4. Може проявлятися утворенням на слизовій червоних вогнищ (атрофічний або еритематозний кандидоз), білим нальотом, який можна зняти шпателем, а також почервонінням і тріщинами в кутах рота (кандидозний хейліт, або заїда) . Нерідко протікає без скарг, але іноді супроводжується печінням або болем в роті. Діагноз ставиться по клінічній картині і підтверджується бактеріоскопічно і бактеріологічним дослідженням. Найчастіше виявляються *Candida spp.*



Контагіозний молюск викликається ДНК-вірусом із сімейства поксвірусів. Характерні висипання у вигляді множинних напівсферичних папул з пупкоподібним вдавленням в центрі, які частіше з'являються на обличчі, але можуть



розташовуватися і на інших ділянках тіла. Діагноз підтверджується при виявленні в біоптаті (вмісті папули) характерних моллюскових тілець, які являють собою великі вірусні включення овальної форми в цитоплазмі кератиноцитів. При локалізації папул по краю повік може розвинутися хронічний кератокон'юнктивіт.

ВІЛ-інфіковані діти хворіють тими ж самими легкими і важкими бактеріальними інфекціями, що і діти з нормальним імунітетом, але частіше і важче, вимагають більш серйозної і тривалої антибіотикотерапії. Фолікуліт, абсцеси, фурункульоз, везикулопустульоз, імпетиги та інші захворювання, які викликають банальні бактеріальні мікроорганізми, часто виявляють у ВІЛ-інфікованих дітей з імуносупресією. Нерідко розвиваються рецидиви і гематогенна дисемінація збудника.

Первинна інфекція герпесвірусу людини типу 3 (varicella zoster) у ВІЛ-інфікованих дітей перебігає важче і затягується на довше, ніж у дітей з нормальним імунітетом, а також частіше рецидивує. Може набувати бульозну форму з перетворенням деяких типових везикул в різні за розміром булли. Можливий розвиток генералізованої форми з ураженням внутрішніх органів.

Беручи до уваги, що виявити всі джерела збудника не завжди є можливим, в основу заходів щодо захисту дитячих стоматологів від ВІЛ і вірусів гепатиту покладений наступний універсальний принцип: всіх дітей-пацієнтів слід розглядати як потенційно інфікованих. У зв'язку з цим необхідне обов'язкове виконання загальних запобіжних заходів, в рамках яких кров і біологічні рідини всіх пацієнтів слід розглядати як потенційно інфіковані і при роботі з ними завжди вживати відповідних заходів захисту.