Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«СМОЛЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией

Реферат

Тема: «Тактика врача-стоматолога при подозрении у пациента инфекционного процесса»

Работу выполнила

Верюханова В.А.

Смоленск, 2015 г.

Введение

Инфекционный процесс - сложный многокомпонентный процесс динамического взаимодействия инфекционных патогенных агентов с макроорганизмом, характеризующийся развитием комплекса типовых патологических реакций, системных функциональных сдвигов, расстройств гормонального статуса, специфических иммунологических механизмов защиты и факторов неспецифической резистентности.

Несмотря на решение проблемы профилактики и лечения ряда инфекций и соответственно резкое снижение заболеваемости оспой, малярией, дифтерией, чумой, холерой и другими формами инфекционной патологии, на первый план выдвигаются иные проблемы эпидемиологии и терапии инфекционных заболеваний, инициируемых другими возбудителями. Так, в настоящее время в России ежегодно регистрируются более 30 млн. больных инфекционными болезнями, причем характерно изменение спектра инфекционных возбудителей (отмечено достаточно широкое распространение ВИЧ-инфекций, прионных инфекций, гемморагической лихорадки из группы арбовирусных инфекций и др.) (Литвицкий П.Ф., 2002).

1. Возбудители инфекционных болезней

Как известно, к числу возбудителей инфекционных болезней относятся микроорганизмы растительного и инфекционного происхождения - бактерии, спирохеты, низшие грибы, простейшие, вирусы, риккетсии.

Инфекционные агенты являются первичной и обязательной причиной развития инфекционной болезни, они определяют «специфику» инфекционного заболевания, особенности клинических проявлений патологии. Однако не каждый случай проникновения инфекционного возбудителя в организм заканчивается развитием болезни. В ответ на действие инфекционных патогенных факторов активируются специфические иммунологические механизмы защиты, неспецифические факторы резистентности, происходит выброс гормонов адаптации. В случае преобладания механизмов адаптации, компенсации над механизмами повреждения инфекционный процесс не развивается в полном объеме, возникает достаточно выраженный преиммунный и иммунный ответ, элиминация инфекционных патогенных агентов из организма или их трансформация в неактивные формы.

Переход преиммунного ответа в болезнь определяется степенью патогенности, вирулентности, инвазивности, органотропности, токсигенности микроорганизмов, а также исходным состоянием макроорганизма с его реактивностью и резистентностью.

К атрибутам патогенности В.Г. Петровская (1967) в своих ранних исследованиях отнесла инфективность, инвазивность и токсигенность. Инвазивными считали возбудителей инфекционных болезней, способных к проникновению в эпителиоциты соответствующих экологических ниш (шигеллы, энтероинвазивные эшерихии, сальмонеллы, иерсинии, листерии и др.), а также к размножению в макрофагах, распространению по организму. Соответствующие гены, контролирующие проникновение в клетки и внутриклеточное размножение возбудителя, получили обозначение «гены инвазии». В настоящее время термин «инвазивные» широко применяется и в отношении возбудителей, ранее относимых к группе внеклеточных микроорганизмов (Бондаренко В.М., 1999).

Факторы патогенности инфекционных возбудителей в зависимости от их биологической активности в организме принято делить на 4 группы:

. Определяющие взаимодействие бактерий с эпителием соответствующих экологических ниш.

. Обеспечивающие размножение возбудителя in vivо.

. Бактериальные модулины, индуцирующие синтез цитокинов и медиаторов воспаления.

. Особую группу факторов патогенности составляют токсины и токсичные продукты, обладающие прямым или опосредованным цитопатогенным действием (Бондаренко В.М., Петровская В.Г., Нестерова Н.И., 1996).

. Общие закономерности течения инфекционных болезней

В течении инфекционных болезней различают:

. Инкубационный, или скрытый период;

. Продромальный, или период предвестников;

. Период развития болезни;

. Период рековалесценции, или выздоровления.

Инкубационный период начинается с момента внедрения возбудителя в организм и заканчивается появлением первых признаков болезни. Вы еще совершенно здоровы, а микроб уже активно размножается в вашем организме. Продолжительность инкубационного периода различна - от нескольких часов (острые вирусные респираторные инфекции) до нескольких месяцев (например, при гепатите Б). При некоторых инфекциях длительность его строго постоянна, при других колеблется в значительных пределах. Знание инкубационного периода необходимо для определения срока карантина. Так, например, если вы общались с человеком, которого увезли в больницу с диагнозом "дизентерия", наибольшая вероятность развития этой болезни у вас первые 2-3 дня, а через 7 дней опасность полностью исчезает.

Продромальный период, или период предвестников - это появление первых признаков болезни, еще неспецифических для данной инфекции. Как правило, это высокая температура, головная боль, слабость. Такие симптомы могут возникнуть вначале гриппа, дизентерии или гепатита. Все эти совершенно различные болезни вначале могут выглядеть одинаково, что затрудняет постановку диагноза на ранних сроках. Продолжительность продромального периода обычно невелика: от нескольких часов до 2-3 дней. При некоторых инфекциях он мало заметен или отсутствует.

Период развития болезни - это тот период, когда помимо болезненных симптомов, общих для многих инфекций, появляются выраженные изменения, свойственные данной, конкретной инфекции. Например, это развитие желтухи при гепатите и изменение стула при дизентерии и т. п. Во время развития болезни обычно выделяют фазы нарастания, разгара и угасания. В фазе угасания болезненные изменения смягчаются. Продолжительность периода развития болезни при одних инфекциях строго постоянна (например, при кори), при других сильно колеблется (например, при брюшном тифе).

Период рековалесценции, или выздоровления характеризуется восстановлением нормального функционального состояния организма. При некоторых инфекциях (например, при вирусных гепатитах) выздоровление затягивается на длительные сроки.

. Общие закономерности заражения (эпидемиология)

Выделяют три звена распространения любой инфекции:

. Источник инфекции.

. Пути заражения.

. Восприимчивость.

Для того, чтобы предотвратить заражение, необходимо разорвать эту цепь, выключив любое из трех звеньев.

. Источником инфекции является человек или животные. Заражение происходит не только от больных, но и от здоровых лиц-носителей заразных микроорганизмов. Больной становится заразным от начала заболевания (иногда и до начала заболевания- в последние дни инкубационного периода), окончание же заразного периода колеблется в широких пределах. Подробно этот вопрос мы рассмотрим при описании каждого заболевания.

Наибольшую опасность для окружающих представляют больные со стертыми и бессимптомными формами течения болезни, которые чувствуют себя достаточно хорошо и продолжают посещать общественные учреждения (для взрослых - работа, для детей - детский сад и школа).

Носительство также имеет очень большое значение в распространении инфекции, особенно при полиомиелите, скарлатине, дифтерии, менингоковой инфекции. Как правило носитель не знает о том, что представляет угрозу для окружающих, и в отличие от больных, участвующих в общественной жизни, моральной ответственностью за заражение других не несет.

. Пути передачи.

Механизм заражения зависит, прежде всего, от местонахождения инфекции в организме, которое и определяет способ выделения микроорганизма в окружающую среду. Например, при инфекциях, вызывающих поражение кишечника, возбудители выделяются с испражнениями. При инфекциях с поражением носа, дыхательных путей - передача происходит воздушно-капельным путем. Если возбудитель находится в крови, то он передается непосредственно в кровь здорового человека через укусы комаров (малярия), вшей (сыпной тиф) и т.п. При некоторых болезнях инфекции могут передаваться несколькими путями.

а) При воздушно-капельных инфекциях возбудитель во время кашля, чихания, разговоров, при крике со слизью из зева или дыхательных путей выбрасывается в окружающую среду; слизь распыляется на мельчайшие частицы, и распространяется вокруг больного. Взвешенные в воздухе капельки слизи представляют собой аэрозоль: в результате испарения влаги поверхностные слои их уплотняются, образуются "ядрышки", что обеспечивает сохранность инфекции в воздухе, откуда она вместе с вдыхаемым воздухом попадает в зев, в дыхательные пути здорового человека.

Распространение инфекции с пылью (близкое к воздушно-капельному пути) установлено в отношении дифтерийной палочки, гемолитического стрептококка, стафилококка. Для избежания заражения необходимо проводить влажную уборку, проветривать помещение и носить хирургические маски, если вы больны (их можно сшить самим, а можно купить в аптеке).

б) Пищевой (алиментарный) путь заражения характерен для кишечных инфекций. Он наблюдается также при полиомиелите, инфекционном гепатите и др. Возбудители кишечных инфекций выделяются из организма с испражнениями и, при нарушении санитарных правил попадают на продукты, в пищу. Пищевые продукты могут быть инфицированы мухами. Опасность представляют также мыши и крысы.

Самое неприятное возникает, если инфицируются готовые блюда, например, кондитерские изделия. Суть заключается в том, что очень многие готовые блюда и продукты служат хорошей питательной средой для микроорганизмов, которые накапливаются здесь в огромных количествах и выделяют микробный яд (токсин). Доза токсина может быть очень массивной, болезнь при этом развивается тяжело, бурно, иногда даже заканчивается смертельным исходом. Огромную опасность при этом представляют не столько кишечные инфекции, сколько гнойнички, воспалившиеся ранки на руках работников пищеблоков (стафилококк).

Передача кишечных инфекций кроме того происходит через воду (дизентерия, брюшной тиф). Чтобы не заболеть, необходимо всегда мыть руки перед едой (ведь для заражения нужно съесть микроскопический кусочек испражнений, прилипший к рукам), пить кипяченую воду, правильно хранить пищу.

в) Контактный путь передачи осуществляется при непосредственном общении (например, рукопожатие). Путь передачи через вещи и предметы обычно называют косвенным.

г) Передача инфекционного начала непосредственно через кровь с "помощью" кровососущих насекомых, называется трансмиссивным.

Для большинства инфекционных болезней у детей особенно актуальны только первые 2 вида передачи болезни.

. Восприимчивость к болезни - обязательное условие развития болезни при заражении.

Новорожденные и дети первых месяцев жизни почти невосприимчивы к таким инфекциям, как эпидемический паротит (свинка), ветряная оспа, корь, полиомиелит. Это связано с пассивным иммунитетом, приобретенным от матери. Восприимчивость, также называемая контагиозность, зависит и от свойств микроорганизма. Некоторые микроорганизмы более "зловредны", чем другие. Например, при кори из 100 здоровых, ранее не болевших корью и не привитых человек, при контакте с возбудителем заболевают все 100, при скарлатине 40, при дифтерии 20, а при менингококковой инфекции 1. Обратите внимание на то, что речь идет о людях, не имеющих иммунитета. Специфическая профилактика (прививки) резко меняют это соотношение.

Интересно, что "исходное здоровье" (неспецифическая резистентность) в отношении многих инфекций не имеет значения. Так, например, ветряной оспой, корью, коклюшем при заражении заболевают как полноценные здоровые дети, так и дети крайне ослабленные, истощенные, с гиповитаминозом и др. Более того менингококковую инфекцию особенно тяжело переносят именно крепкие, здоровые младенцы. Из этого следует, что недостаточно только хорошо кормить и ухаживать за малышом. Для того, чтобы уберечь его от болезни, необходима профилактика, о которой мы поговорим подробно при описании конкретных болезней. Разумеется, что при распространении инфекционных болезней большое значение имеют как социальные (низкий жизненный уровень, скученность населения и т.п.), так и природные факторы (климат, ландшафт). Но, поскольку мы не имеем возможности влиять на них, подробное описание этих факторов не имеет смысла.

. Лечение

инфекционный стоматологический заболевание инфицированный

Еще со времен Гиппократа описание лечения любого заболевания начинается с режима, диеты и ухода. В настоящее время эти три компонента не утратили своей значимости. Более того, нередко они приобретают первостепенное значение (диета при гепатитах, кишечных инфекциях; строжайший покой при токсических формах дифтерии). Более подробно эти аспекты лечения будут рассмотрены во 2-й части книги, при описании конкретных болезней. Сейчас я хочу остановиться на описании специфического лечения, благодаря которому многие ранее смертельно опасные инфекции перестали представлять угрозу для человека.

Специфическое (этиотропное) лечение состоит в устранении возбудителя болезни и "убийстве микроба". Основу этиотропной терапии составляет химиотерапия. Пусть вас не пугает это слово, в данном случае к онкологии отношения не имеющее. Еще в XVIII веке были известны вещества, убивающие микробы "в пробирке". К сожалению, применению их для уничтожения возбудителей заболеваний в организме человека препятствовала их ядовитость. Даже этиловый спирт обладает свойством уничтожать микробы в организме только в такой высокой концентрации, которая вызывает смерть больного. Такая ситуация продолжалась до 30-х гг. XX века, когда были синтезированы сульфаниламиды. Действие сульфаниламидов основано на "обмане" микробов. В своем строении эти вещества имеют сходство с парааминобензойной кислотой, которая необходима для роста и размножения ряда микробов. Сульфаниламиды захватываются вместо нее микробами, которые, таким образом, теряют способность размножаться, получая "камень вместо хлеба".

Благодаря появлению сульфаниламидов в 30-40 гг. были достигнуты блестящие результаты в лечении пневмоний (воспаление легких), менингитов, дизентерии. К сожалению, в дальнейшем стали появляться новые разновидности микробов, устойчивых к этим препаратам. Выявлен был и целый ряд побочных действий - таких, как угнетение кроветворения, изменение свойств гемоглобина, выпадение солевых кристаллов в мочевых путях и др. Несмотря на это, при некоторых инфекциях они еще применяются. Принимать их лучше после еды, с большим объемом щелочного питья (минеральная вода "Боржоми" и др.). Наибольшее значение в специфической терапии имеют антибиотики, однако стоит помнить о побочных эффектах, возникающих при приеме антибиотиков.

Так же стоит отметить, что для каждого инфекционного заболевания имеется определенный вид лечения.

Что касается врача-стоматолога: (на примере ВИЧ)

В первую очередь, при подозрении у пациента какой-либо инфекции нам необходимо отправить его на анализы.

Если мы будем обязаны по сделать лечебные манипуляции инфицированным пациентам, то нам необходимо помнить про:

врач-стоматолог должен знать симптомы поражения полости рта на разных стадиях инфекционного процесса, кок и патогенез этого заболевания;

врачу-стоматологу необходимо помнить, что через полость рта может передаваться не только ВИЧ, но и возбудители оппортунистических инфекций: туберкулеза, цитомегаловирусной инфекции, простого герпеса (слюна, кровь и аэрозоли, образующиеся при препарировании зубов);

врач-стоматолог обязан оказать инфицированному ВИЧ адекватную стоматологическую помощь при строгом соблюдении правил асептики и антисептики.

Оказание стоматологической помощи инфицированному пациенту должно осуществляться с необходимыми мерами предосторожности и при неукоснительном выполнении правил дезинфекции и стерилизации. Только так можно избежать заражения по цепочке пациент-врач-пациент, инфицирования вспомогательного медперсонала, внутрибольничного распространения инфекции.

Следует твердо помнить: любой пациент может быть носителем вируса. Поэтому все манипуляции в полости рта при работе с каждым пациентом всегда должны проводиться с использованием “барьерных средств”: перчаток, маски, очков, халата.

Доказано, что в стоматологии, где большинство манипуляций носит инвазивный характер, передача вируса иммунодефицита человека наряду с другими инфекционными агентами может происходить и при использовании нестерильных игл, шприцев, боров, эндодонтических и прочих инструментов. Более того, ВИЧ, например, не погибает в результате протирания инструмента ваткой, смоченной спиртом. Поэтому сепароционные металлические диски, кроме алмазного, являются одноразовыми, и их следует выбрасывать после каждого приема пациента.

Все манипуляции в полости рта необходимо проводить в перчатках. Хирургические и “смотровые” перчатки должны быть одноразовыми. Важно помнить, что вирусоносители - люди с ослабленным иммунитетом, поэтому манипуляции рекомендуется выполнять в стерильных перчатках инструментами, полностью свободными от всех микроорганизмов, включая споры бактерий и грибов.

Эффективная профилактика ВИЧ-инфицирования пациента и медработника в зубоврачебном кабинете и зуботехнической лаборатории возможна и должна осуществляться при строгом соблюдении правил дезинфекции и стерилизации.

Список литературы

1. Агапова О.В., Бондаренко В.М. //Журнал микробиологии. - 1998. - №2. - С. 121 -125.

. Бахов Н.И., Майчук Ю.Ф., Конев А.В. //Успехи современной биологии. - 1999. - т.119. - №5. - С.428- 439.

. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. Часть 1.- СПб.: ЭЛБИ, 1999. - 624 с.

. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. Часть 2.- СПб.: ЭЛБИ, 2000. - 688 с.

. Цинзерлинг А.В. Современные инфекции.-СПб.: Сотис, 1993. - 363с

. Шанин В.Ю. Клиническая патофизиология: Учебник для медицинских вузов. - СПб: « Специальная литература », 1998.- 569 с.

. Букринская А.Г., Жданов В.И. Молекулярные основы патогенности вирусов. - М.: Медицина, 1991. - 255 С.