

а также тактильных, температурных, обонятельных, зрительных анализаторов. В результате этого формируется антиноцицептивная реакция в виде интенсивной выработки биологически активных веществ: эндоморфинов, энкефалинов, серотонина, субстанции P, которые перекрывают болевые импульсы и снимают чувство боли.

При ампутированной конечности имеется выраженный дефицит данной афферентной импульсации и, следовательно, дефицит выработки антиноцицептивных веществ, в результате которого и формируется фантомная боль.

Восстановить утраченное равновесие помогает акупунктура. Как показали исследования (Ю.Н. Васильев, 1982, Калужный Л.В., 1984, Качан А.Т., 1990), раздражение биологически активных точек акупунктурными иглами вызывает накопление энкефалинов, эндоморфинов, серотонина, субстанции P. Происходит это на разных этапах ноцицептивной иерархии: в желатинозной субстанции спинного мозга, в области центрального серого околоводопроводного вещества, ядер шва, таламуса. Г.И. Барашков (1995) утверждает, что акупунктура первично возбуждает нейроны гипоталамуса, где выделяются опиоиды, поступающие в спинномозговую жидкость и блокируют ноцицептивную импульсацию на участках её переключения от задних рогов спинного мозга до коры больших полушарий. В.Г. Овсянников (2003) справедливо сравнивает патогенез фантомных болей и абстинентной реакции у наркоманов, поскольку в первом и во втором случае имеется выраженный дефицит эндоморфинов и энкефалинов.

На сеансе акупунктуры на контралатеральной здоровой конечности подбираются точки, которые анатомически соответствуют локализации боли на отсутствующей конечности, а также добавляются точки общеукрепляющего свойства и противоболевые точки соответствующих меридианов. Воздействие производят тормозным методом 25–30 минут. Подобный подбор точек позволяет в первую очередь запустить сегментарный механизм антиноцицептивной реакции, с последующим подключением центральных звеньев. Курабельность процедуры достаточно высокая, через 15–20 минут боли затихают.

ТЕНДЕНЦИИ ВИЧ/СПИД В ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кравцова А.Г., Орешина И.А.

*Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru*

ВИЧ-инфекция распространена во всем мире. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, с данной инфекцией живет более 40 млн человек. Вирус иммуноде-

фицита человека (ВИЧ) присутствует в крови, спинномозговой жидкости, сперме и вагинальных выделениях инфицированных людей; передаваться другим людям может только в результате попадания этих жидкостей в их организмы. Таким образом, основными путями передачи ВИЧ являются половой, парентеральный и вертикальный.

Пандемия инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), является в истории человечества крупнейшим событием конца XX века, которое можно поставить в один ряд с двумя мировыми войнами, как по числу жертв, так и по тому ущербу, который она наносит обществу. Считается, что количество больных и инфицированных в мире умножается на 2 ежегодно. Но в последние годы в нашем государстве были приняты меры по сокращению числа больных, потому увеличение количества заболевших замедлилось.

Если в 2000–2007 годах, 70–90 процентов новых случаев заражения было связано с инъекционной наркоманией, то с 2009 году доля случаев ВИЧ-инфекции, непосредственно связанных с употреблением наркотиков, снизилась до 20 процентов, тогда как доля случаев, возникших в результате гетеросексуальной передачи вируса, увеличилась до 25–50 процентов.

Инфицирование плода происходит гематогенным (заражение вирусами через кровь) и восходящим путем (через шейку матки и оболочку плодного яйца). В случае проведения профилактики вертикального пути заражения риск инфицирования плода составляет 5–8%, при отсутствии терапии во время беременности и при родоразрешении естественным путем ребенок инфицируется ВИЧ в 25–30% случаев.

Актуальность проблемы ВИЧ-инфекции в Приднестровской Молдавской Республике (ПМР), как и в России не вызывает сомнений.

Цель исследования – изучить эпидемиологическую ситуацию ВИЧ/СПИД в регионе у детей и взрослого населения за последние 3 года.

Материалы и методы. Изучение эпидемиологической ситуации ВИЧ/СПИД проводилось на архивном материале лаборатории ВИЧ/СПИД ГУ РКБ г. Тирасполь.

Данная статистическая таблица свидетельствует об неуклонном росте числа ВИЧ-позитивных людей взрослого и детского населения. Распространение синдрома приобретенного иммунодефицита человека приняло характер пандемии. Пандемия ВИЧ-инфекции характеризуется непрекращающимся ростом заболеваемости взрослого населения, новорожденных, детей и подростков.

Число ВИЧ-положительных жителей за период 2012–2014 гг.
в Приднестровской Молдавской Республике и Российской Федерации

	2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Всего ВИЧ-инфицированных	Всего детей ВИЧ-инфицированных	Всего ВИЧ-инфицированных	Всего детей ВИЧ-инфицированных	Всего ВИЧ-инфицированных	Всего детей ВИЧ-инфицированных
Россия	664 976	5 935	798 866	7 524	907 607	9 004
ПМР	1446	21	1 689	27	1 935	36

В исследовании ВИЧ-статуса нами применялись тесты ИФА третьего, четвертого поколения. Применялась качественная ПЦР (ДНК-ПЦР) для определения ВИЧ-статуса и количественная ПЦР (РНК-ПЦР) для прогнозирования течения ВИЧ и эффективности АРТ-терапии. Биологические жидкости, в которых определялись антитела к ВИЧ в нашей лаборатории Центра ВИЧ/СПИД:

а) сыворотка крови, полученная путем центрифугирования цельной крови;

б) цельная капиллярная кровь (взята из пальца);

в) трансудат слизистой полости рта, собранный с помощью специального приспособления (тесты «Oral Fluid», «ОМТ-ЕІА»);

г) моча.

Согласно данным Центра ВИЧ/СПИД г. Тирасполь, в Приднестровской Молдавской Республике в 2012–2014 гг. половой путь передачи преобладает и составляет 90–91,1% среди других путей (6,5% – при употреблении наркотиков, 2,4% – составил вертикальный путь инфицирования).

Возрастная структура инфицированных ВИЧ – это преимущественно лица детородного возраста:

- 20–29 лет составляют 49%;
- 30–39 лет составляют 31,5%;
- 40–49 лет составляют 10,5%;
- 15–19 лет составляют 7%;
- 0–14 лет – 1%.

Количество ВИЧ-положительных беременных в ПМР:

2011 г. – 41 женщина;

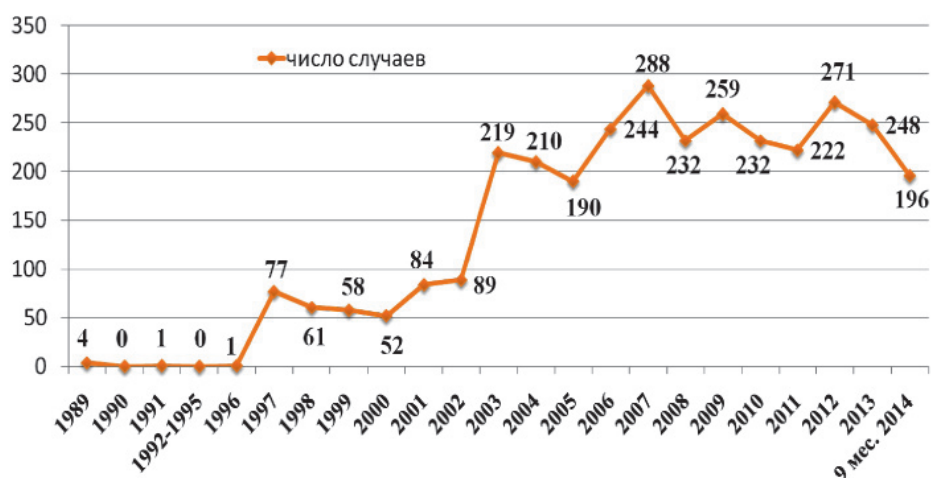
2012 г. – 67 женщин;

2013 г. – 48 женщин;

2014 г. – 46 женщин.

С 2010 по 2014 гг. в ПМР функционировала государственная целевая программа «Профилактика ВИЧ-СПИД-инфекции и инфекций передающихся половым путём». В рамках этой программы всего в 2013 году было проведено 30495 исследований на ВИЧ-инфекцию.

На территории республики функционируют 3 неправительственные организации, работающие по грантам Глобального Фонда в сфере программы «Снижения вреда», оказывая поддержку людям, живущим с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ): ОО «Информационный центр «Здоровое будущее», ОО «Милосердие», ОО «Тринити».



Регистрация случаев ВИЧ/СПИД-инфекции в ПМР за период с 1989 по 9 мес. 2014 г. (абс.)

При выборе метода родоразрешения врач и беременная женщина должны знать, что:

1. Плановое кесарево сечение и одновременное лечение снижает риск вертикальной передачи до 2% и менее.

2. Плановое кесарево сечение рекомендуется проводить в 38 недель беременности.

3. При проведении кесарева сечения после начала родов или после разрыва плодных оболочек вертикальная передача вируса не снижается, но инфекционные осложнения в послеродовом периоде возрастают в 5–7 раз в сравнении с родами через влагалище.

4. Никакое лечение или его комбинация не гарантирует отсутствия вертикальной передачи.

Выводы

1. В ближайших десятилетиях число людей, живущих с ВИЧ/СПИД в Приднестровской Молдавской Республике, России, как и в мире будет продолжать расти, даже не смотря на то, что уже сегодня реализуются эффективные профилактические программы.

2. ВИЧ-инфицированная беременная должна знать, что беременность не несет повышенного риска прогрессирования заболевания, что при отсутствии тяжелых форм заболевания (СПИД) риск неблагоприятных исходов беременности не повышается, и что существует риск передачи заболевания плоду и новорожденному, который можно снизить противовирусным лечением.

3. Тревожные тенденции в динамике заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), также указывают на высокую потенциальную опасность распространения ВИЧ в общее население. ИППП существенно увеличивают вероятность передачи ВИЧ, а их наличие указывает на то, что сексуально активные люди не пользуются защитными средствами.

4. Увеличение доступа к дородовой и послеродовой помощи ВИЧ-позитивным женщинам является ключевым элементом в обеспечении профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

5. Необходимо постоянно расширять и увеличивать мероприятия по информации и воспитанию населения, молодежи и групп с высоким риском инфицирования по профилактике ВИЧ/СПИД, учитывая, что самый высокий процент ВИЧ-инфицированных – среди молодежи.

6. Дальнейшее совершенствование нормативной базы ПМР и значительное увеличение финансирования закупок тест-систем для диагностики ВИЧ с целью расширения охвата тестированием на ВИЧ-инфекцию различных категорий населения, особенно в возрасте 20–45 лет.

7. Формирования толерантного отношения к проблеме ВИЧ в ПМР путем обеспечения всеобщего доступа населения к тестированию (в идеале на бесплатной основе).

Список литературы

1. Ярославцева Н.Г. Генно- и серотипирование – два подхода к изучению изменчивости ВИЧ-1 // Гематология и трансфузиология. – 2000. – № 2. – С. 19–25.
2. Ветров В.П. ВИЧ-инфекция в перинатологии // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 5. – С. 55–56.
3. ВИЧ-инфекция у детей // Российский медицинский вестник. – 1998. – № 1. – С. 18–22
4. ВИЧ-инфекция у детей. По страницам зарубежных изданий // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1997. – № 5. – С. 72.
5. Волкова К.И. и др. ВИЧ/СПИД наркомания и их влияние на материнство // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 5. – С. 38–45.
6. Выписка из решения коллегии Минздрава РФ от 25.03.97 «О заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России и мерах по ограничению ее распространения» Официальная хроника // Здравоохранение. – 1997. – № 5. – С. 27–31.
7. ИППП у ВИЧ-инфицированных // ИППП. – 2000. – № 4. – С. 60–61.
8. Церенова Э.Б. и др. Клинико-морфологическая характеристика ВИЧ-инфекций у детей // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 5. – С. 35–38.
9. Учайкин В.Ф. СПИД у детей // Педиатрия. – 1989. – № 8. – С. 71–79.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Круглова Н.В.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Нижний Новгород, e-mail: kruglov_37@mail.ru

В современном мире критерием эффективности лечения является качество жизни пациента – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Цель: оценить влияние комплексного лечения на качество жизни пациентов с заболеваниями пародонта. Материалы и методы: На основании клинико-рентгенологических данных сформирована группа из 60 человек с диагнозом по МКБ-10 (ВОЗ, 1997) – хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести. Средний возраст пациентов – $39,2 \pm 1,04$ года (18 мужчин и 42 женщины). Контрольную группу составили 20 практически здоровых человек без признаков воспаления пародонта. Исследуемым была проведена профессиональная гигиена полости рта ультразвуковым аппаратом Vector (Германия), противовоспалительное лечение, санация полости рта, рациональное протезирование. Эффективность лечения определялась клинически по индексу РМА (Parma S., 1960). Качество жизни пациентов определялось с помощью опросника OHIP-14 (Slade G.D., 1997). Статистическая обработка проводилась по программе Biostatistica, достоверность – по t-критерию Стьюдента (при $p < 0,05$). Результаты: Индекс РМА после лечения уменьшился с $27,51 \pm 0,09\%$ до $13,51 \pm 0,02\%$. До лечения