

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

пациенты испытывали затруднения при произношении слов, боль при приеме пищи. Мужчины чаще женщин испытывали болевые ощущения в полости рта ( $3,5 \pm 0,01$  и  $1,6 \pm 0,25$ , соответственно, при  $p < 0,05$ ). Пациенты с частичной адентией чаще испытывали трудности из-за проблем с зубами при своей работе, чем пациенты с полноценной окклюзией ( $3,7 \pm 0,15$  и  $2,5 \pm 0,05$ , соответственно, при  $p < 0,05$ ). Вывод: Комплексное лечение современными аппаратами и препаратами позволяет улучшить качество жизни пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

### ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Кубрушко Т.В., Бартенева Т.В.,  
Фелькер Е.В.

*Курский государственный  
медицинский университет,  
Курск, e-mail: kub1950@bk.ru*

Профилактическая роль гигиены полости рта убедительно доказана в современных исследованиях. Так в исследованиях Федорова Ю.А. отмечено, что у школьников, регулярно чистивших зубы, было в два раза меньше кариозных зубов. При анкетировании, проводимом во время амбулаторного приема, установлено, что регулярно проводят профилактические гигиенические мероприятия не более 40% обследованных.

В своих исследованиях (Сунцов В.Г., Леонтьев В.К. и др.) рекомендуют вовлекать родителей в обучение детей, так как в этом возрасте дети слишком малы, чтобы понять необходимость ухода за полостью рта. Установлено, что именно приобретённые в этом возрасте навыки становятся особенно прочными и усвояемыми на всю жизнь. И самое главное, в этом возрасте закладываются основы формирования личности. В исследованиях Л.М. Лукиных отмечено, что этапы развития формирующейся психики ребёнка можно разделить на моторный (длиться до года), сенсомоторный (с 6 месяцев и до 6–7 лет), аффективный (с 6 месяцев до 6–7 лет, формирование индивидуального сознания), расщеплённый (с 12-летнего возраста – одновременно понимая важность и необходимость проведения профилактики).

Следует отметить, что знакомство с элементами гигиены полости рта ребёнок может получать в семье в 1 год и 6 месяцев и закреплять в младшей ясельной группе (2–3 года). Очевидно, что как ребёнка обучат в детстве, какие привьют ему навыки, так он и будет относиться к уходу за своими зубами.

Цель исследования. Разработать алгоритм организации проведения гигиенического обучения и воспитания детей дошкольного возраста.

Первым этапом гигиенического обучения первой младшей группы (2–3 года) является изучение эпидемиологической ситуации в этой группе. Изучается распространённость и интенсивность заболеваний твёрдых тканей зубов, структура заболеваемости в данной возрастной группе, проводится анкетирование родителей. Следует отметить, в разработанной анкете должны быть вопросы, отражающие знания родителей о гигиенических навыках полости рта самих родителей, о режиме питания ребенка, диете ребенка и о значении гигиены полости рта для здоровья ребенка. Проводится статистическая обработка полученных данных, результаты докладываются на родительском собрании. Стоматолог на основании полученных данных говорит о критериях стоматологического здоровья по рекомендации ВОЗ. Основная цель занятия – убедить родителей, что правила гигиены должны прививаться в семье.

В группе необходимо создать уголок гигиены, где собраны все атрибуты по уходу за телом и полостью рта для занятий и проведения игр (зубные щётки-детские, зубные пасты-детские, стаканчик для ирригации полости рта, мыло жидкое, шампунь, полотенце, зеркало и т.д.). Итог работы будет выражаться в самостоятельном выполнении полученных знаний.

Воспитатель организует занятия с детьми по гигиене полости рта, совместно с родителями. Занятия проводит старшая медицинская сестра и врач стоматолог. Контроль над гигиеной полости рта осуществляет старшая медицинская сестра каждые 10 дней. Дошкольное учреждение несёт профессиональную гражданскую ответственность по организации гигиенического воспитания за детьми.

При проведении санитарно-просветительной работы среди родителей, необходимо уделить внимание своевременному выявлению и устранению факторов риска, способствующих возникновению заболеваний органов полости рта у детей.

Тактика врача-стоматолога при выявлении фактора риска должна включать следующие мероприятия: консультацию и лечение ребенка у ЛОР – специалиста. Консультация и лечение ребенка у педиатра необходима при нормальной проходимости носовых путей и наличии признаков аллергоза дыхательных путей и бронхолегочных заболеваний.

#### Список литературы

1. Управление эпидемиологической ситуацией и профилактикой патологий полости рта у подростков, проживающих в различных климатогеографических зонах: монография / Т. В. Кубрушко [и др.]. – Воронеж, 2009.
2. Кубрушко Т.В., Карлаш А.Е., Бартенева Т.В., Хайн С.С. Антенатальная и ранняя постнатальная профилактика развития стоматологических заболеваний (учебное пособие для самостоятельной работы студентов медицинских вузов по специальности «стоматология») // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 6. – С. 92–94.