

Засночення

Нами зареєстрована висока распространеність $97\pm 0,8\%$ и интенсивность каріеса у студентів-иностранців, а также наличие патологии тканей пародонта у каждого четвертого обследованного. 100% студентів-иностранців интересує любая інформація о том, как сохранить зубы здоровыми, источником которой у $76\pm 6,16\%$ является врач. На комплаентное поведение иностранців в 52% случаев влияет достоверная информация о лечении, $79\pm 6,16\%$ обследованных выполняют все рекомендации врача, психологический «комфорт» в отношениях с доктором является ведущим в 44% случаев.

Список литературы

1. Крайнов С. В. О демографических предпосылках геронтостоматологии / С. В. Крайнов, В. Ф. Михальченко, А. Н. Попова [и др.] // Современные проблемы науки и образования.- 2011.-№3.- С.18-25.
2. Саввина Е. А. Взаимоотношения стоматологического статуса, данных самооценки и мотивации к лечению / Е. А. Саввина, Н. В. Булкина, В. В. Масумова [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал.- 2011,Т.7 (Приложение), С. 326-327.
3. Фирсова И. В. Демографические и стратификационные характеристики пациентов с разными уровнями комплаентности / И. В. Фирсова, В. Ф. Михальченко // - Волгоград, ООО «Бланк», - 2008.-С. 123-130.
4. Фирсова И. В. Взаимоотношения врача и пациента как фактор, определяющий комплаентность / И. В. Фирсова, Д. В. Михальченко, О. Н. Скачкова // Социология медицины.- 2009.-№ 1.-С. 49-56.
5. Terezhalmly G. Patient Compliance:Strategies for Success. / G. Terezhalmly, M. Flormon, R. Martin [et al.] // - A Peer-Reviewed Publication, Academy of Dental Therapeutic and Stomatology, - 2008.-14 p.

Реферати

СТОМАТОЛОГІЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТІ І КОМПЛАЄНТНІСТЬ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

Бублій Т. Д., Дубова Л. І.

Проблема відповідального ставлення до свого здоров'я пацієнтів є важливим та актуальним питанням сучасної медицини. Однак, недостатньо уваги приділяється цьому питанню, що обумовлює необхідність проведення дослідження. Нами зареєстровано високу поширеність $97\pm 0,8\%$ і интенсивності карієсу у студентів, а також наявність патології тканин пародонту у кожного четвертого обстеженого. Поряд із цим, 100% респондентів зацікавлених у підтримці свого здоров'я, джерелом цієї інформації у $76\pm 6,16\%$ лікар. На комплаентну поведінку іноземців у 52% випадків впливає на достовірну інформація про лікування, $79\pm 6,16\%$ виконують всі рекомендації лікаря, психологічний комфорт у відношенні з лікарем є провідним в 44% випадків.

Ключові слова: відповідність, іноземні студенти, стоматологічний статус.

Стаття надійшла 15.09.2015 р.

DENTAL MORBIDITY AND COMPLIANCE OF FOREIGN STUDENTS

Bubliy T. D., Dubova L. I.

The problem is a responsible attitude towards their health patients is an important and pressing problem of modern medicine. not enough attention has been paid to this issue, therefore it is necessary to conduct this research. high prevalence of $97\pm 0.8\%$ and intensity of caries registered foreign students, pathology of periodontal tissues every fourth surveyed. 100% foreign students interested in any information on how to keep your teeth healthy. Source of information is a doctor from $76\pm 6.16\%$. reliable information about the treatment effect on compliably behavior of foreigners in 52% of cases, $79\pm 6.16\%$ perform all doctor's recommendation, a psychological comfort in a relationship with the doctor is leading in 44% of cases.

Key words: compliance, foreign students, dental status.

Рецензент Петрушанко Т.О.

УДК 618.2 ;618.14-006.36-085-084

Я.М.Гасанов

Центральная больница нефтяников, Азербайджанский Медицинский Университет (г. Баку)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПЕРИТОНИЗАЦИИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИНЫ

Проведено комплексное обследование и анкетирование женщин после оперативного лечения. Из 119 пациенток в наше исследование было включено 96 пациенток, так как 16 женщин проживали в отдаленных районах, а 7 сменили постоянное место жительства. Полученная выборка статистически не отличалась от генеральной совокупности ни по одному из анализируемых параметров (по возрасту, сопутствующей соматической и гинекологической патологии, акушерскому анамнезу, размерам матки и количеством удаленных во время операции узлов и т.д.). Таким образом, проведенный анализ показал положительное влияние миомэктомии на нормализацию менструальной, детородной функций женщин с миомой матки. Проведение операции позволило избавиться от болевого синдрома, дизурических нарушений большого количества пациенток. При этом нами не выявлено влияния операции на гинекологическую заболеваемость, а количество рецидивов не превышает данный показатель других исследователей.

Ключевые слова: миома матки, хирургическое лечение, перитонизация, репродуктивная функция.

Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половых органов женщины и занимает значительное место среди причин нарушения

репродуктивной функции. Отмечается заметный рост частоты заболевания миомой матки, особенно среди женщин репродуктивного возраста. Учитывая то, что в современных условиях женщины зачастую реализуют репродуктивную функцию после 30 лет, актуальны вопросы восстановления фертильности и профилактики рецидивирования миомы матки. Существующие методы консервативной терапии больных миомой матки очень часто являются недостаточно или абсолютно неэффективными. К сожалению, приходится констатировать, что основным методом терапии этого новообразования остается хирургический. Предпочтительным методом лечения миомы матки у пациенток фертильного возраста является миомэктомия [2,6]. Ограничивающим фактором применения органосохраняющей операции остается возможность рецидива миомы и формирование массивного спаечного процесса в малом тазу. Результаты консервативно-пластических операций заметно улучшаются при сочетании хирургических вмешательств с проведением корректирующего консервативного лечения до и особенно после операции, однако восстановление фертильности остается еще недостаточным [1,5,7,8]. Применение большого количества медикаментозных препаратов, в том числе и гормональных у этой группы больных, выдвинуло на повестку дня ряд серьезных задач, обусловленных ростом аллергических реакций на лекарственные вещества, их побочным действием и развития толерантности к ним. Наряду с некоторыми успехами в восстановлении генеративной функции после миомэктомии, увеличиваются осложнения течения беременности и рецидивирование миомы [5,9].

Таким образом, изучение особенностей репродуктивной функции женщины после миомэктомии диктует необходимость поиска новых и усовершенствования существующих способов реабилитации, с целью получения более высокой эффективности восстановления специфических функций организма женщины. В современной медицине лечебные мероприятия должны быть не только высокоэффективными, но и сохраняющими достаточно высокий уровень качества здоровья пациенток [10,11]. Поэтому в настоящее время общепризнанным является положение, согласно которому методом выбора хирургического лечения больных миомой матки репродуктивного периода является консервативная миомэктомия. В предшествующие годы были разработаны различные модификации миомэктомии, отличающиеся методом разреза передней брюшной стенки, доступом (лапаротомия, мини-лапаротомия, лапароскопия) и методикой ушивания раны на матке [5,11].

Целью работы было изучить отдаленные результаты консервативной миомэктомии.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное обследование и анкетирование женщин после оперативного лечения. Из 119 пациенток в исследование было включено 96 пациенток, так как 16 женщин проживали в отдаленных районах, а 7 сменили постоянное место жительства. Полученная выборка статистически не отличалась от генеральной совокупности ни по одному из анализируемых параметров (по возрасту, сопутствующей соматической и гинекологической патологии, акушерскому анамнезу, размерам матки и количеством удаленных во время операции узлов и т.д.).

Полученные результаты оценивались при помощи критерия Макнимана для связанных выборок. Данный критерий позволяет наиболее точно определить влияние того или иного события (в нашем случае - выполнение консервативной миомэктомии) на динамику номинального признака в одной и той же выборке «до» и «после» его проведения.

Для оценки эффективности операции проанализированы изменения менструальной, генеративной функций, структура гинекологической патологии и жалобы больных в динамике.

Одним из критериев эффективности оперативного лечения является характер менструальной функции после миомэктомии. Первая очередная менструация после операции нередко была более обильной, что, вероятно, было обусловлено перенесенной травмой матки, развитием отека тканей, асептического воспаления и сниженной сократительной активностью миометрия (табл.1).

Таблица 1

Изменение менструальной функции после консервативной миомэктомии

Характер менструального цикла	до операции (n=119)		после операции (n=96)	
	абс.ч.	%	абс. ч.	%
гиперменорея	47	39,5**	21	21,9
полименорея	18	15,1***	5	5,2
альгоменорея	39	32,8*	10	10,4
продолжительность менструаций	5,13±1,37		5,04±0,97	
длительность менструального цикла	28,22±2,4		28,13±1,80	

Примечание: статистическая достоверность различий * - p<0,001, ** - p<0,01, *** - p<0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Становление регулярного менструального цикла у 88 (91,7%) оперированных женщин произошло в течение первых 3-х месяцев. Однако нам было трудно оценить влияние миомэктомии на этот процесс, поскольку для реабилитационной терапии 86 (89,6%) пациенток принимали различные гормональные препараты. Комбинированные оральные контрацептивы использовали 41 (42,7%) женщина. Еще 45 (46,9%) были назначены гестагены: 16 (16,7%) по 10 мг с 5 по 25 день менструального цикла, остальным 29 (30,2%) - только во 2-ую фазу (с 16 по 25). Длительность приема колебалась от 3-х месяцев до 1 года.

Несмотря на то, что до проведения миомэктомии 56 (47,0%) пациенток также эпизодически употребляли гормональные препараты, характер менструального цикла в послеоперационном периоде мы оценивали спустя не менее 3-х месяцев после последнего приема данных лекарственных средств. Анализ характера менструального цикла показал, что после миомэктомии достоверно снизилось количество теряемой во время менструации крови, а также длительность кровотечений (табл.1). Сохранившиеся после операции обильные менструации у 19 из 21 пациенток отмечались с периода менархе. И только 2 (2,1%) пациентки спустя 6-8 месяцев после миомэктомии отметили некоторое увеличение кровопотери во время менструации. При дальнейшем обследовании у них был выявлен рецидив миомы матки с подслизистым расположением узла. Гораздо меньшее количество пациенток принимали в это время анальгетики. Несмотря на то, что средняя продолжительность менструального цикла и длительность менструаций осталась практически прежней, несколько уменьшилась их вариация.

При опросе 78 (81,2%) женщин субъективно отметили нормализацию менструального цикла, почти у всех пациенток он стал таким, какой он был до появления миомы матки. Все это положительно сказалось на самочувствии больных, отразилось на их работоспособности и качестве жизни.

После проведения консервативной миомэктомии снизилось количество всех предъявляемых жалоб. Достоверно меньше обследуемых женщин стали беспокоить боли в нижних отделах живота, обильные менструации. Наиболее часто болевой синдром в послеоперационном периоде был связан с наличием спаечного процесса в брюшной полости и наличием эндометриоза различной локализации, который был диагностирован еще во время миомэктомии.

Ни у одной из пациенток за наблюдаемый период времени не наблюдалось расстройств мочеиспускания, связанных с наличием миомы.

В течение первого года после операции, на фоне приема гормональной терапии, у некоторых пациенток отмечались межменструальные кровянистые выделения из половых путей. Спустя год метроррагии отмечали только 2 пациентки. При обследовании у них был выявлен гиперпластический процесс эндометрия, что послужило причиной проведения гистероскопии.

Несмотря на достоверное снижение бесплодия у пациенток после проведения миомэктомии, у 10 (10,4%) пациенток сохранялись проблемы с зачатием и вынашиванием беременности. При анализе причин этого нами выявлена различная сочетанная патология, которая могла этому способствовать. Так, во время выполнения миомэктомии, у 3-х женщин была произведена односторонняя, а у 1 двусторонняя тубэктомия по поводу гидро- и пиосальпинксов. У 6 женщин по данным рентгенологического обследования выявлена полная или частичная непроходимость маточных труб. У 8 имела место ановуляция, а у 6 выявлена недостаточность лютеиновой фазы. 5 женщин на момент анкетирования были не замужем, что препятствовало реализации их генеративной функции. У 5 супружеских пар был обнаружен мужской фактор бесплодия.

Одним из основных показателей успешного проведения миомэктомии является реализация детородной функции у пациенток после оперативного лечения. Беременность после миомэктомии наступила у 27 (28,1%) оперированных женщин, причем у 16 из них с бесплодием в анамнезе. Поскольку 4 пациентки не планировали рождение ребенка, им был произведен медицинский аборт в раннем сроке беременности. Все манипуляции прошли без осложнений. При выполнении кюретажа в одном случае определялась некоторая деформация полости матки. За 1 год до прерывания беременности у этой пациентки произведена энуклеация интерстициального узла размером 8x10 см без вскрытия полости. У 5-х пациенток наступившая беременность закончилась самопроизвольным прерыванием в сроке беременности от 8 до 12 недель.

У 3-х из них в анамнезе отмечены выкидыш или неразвивающаяся беременность еще до диагностирования миомы матки. Наступившая беременность закончилась родами у 18

обследуемых женщин. Кесарево сечение произведено у 11 женщин, у 7 произошли роды через естественные родовые пути. При анализе гинекологической патологии после миомэктомии особое внимание уделялось выявлению рецидивов заболевания. Всего за 5 лет нами диагностировано 14 (15,05%) случаев миомы матки после ее оперативного лечения. Наиболее часто выявление рецидива происходило спустя 1-2 года после операции (10 из 14). Какой-либо связи с количеством и размерами удаленных узлов и их новым появлением нами выявлено не было.

Как известно, миома часто сочетается с другими доброкачественными процессами матки и придатков. Так гиперпластический процесс эндометрия отмечался у 8 (8,3%) пациенток за наблюдаемый период времени и статистически не отличался от данного показателя до проведения миомэктомии. Наиболее часто данная патология также встречалась в период от 1 года до 2 лет (6 из 8). Во всех случаях производилась гистероскопия. У 6 пациенток во время процедуры оценивалось состояние рубца после миомэктомии со вскрытием полости матки. У 4 женщин он визуализировался в виде линейного белесоватого участка. У 2х пациенток обнаружить признаки рубцовой ткани не удалось. Во всех случаях диагноз гиперплазии эндометрия были подтверждены гистологически. В дальнейшем назначались гестагенные препараты в течение 3-12 месяцев.

Кисты яичников были диагностированы у 6 пациенток. На первом году - у 1-ой, на втором - у 2-х, и еще 3 случая выявлены спустя 4 года после операции. После проведения курса противовоспалительной и гормональной терапии у 5 женщин при контрольном ультразвуковом исследовании яичники имели нормальную структуру. Один случай закончился лапароскопией и резекцией яичника в пределах здоровых тканей. По результатам гистологического исследования киста оказалась фолликулярной. Помимо этого, интраоперационно был выявлен спаечный процесс в области рубца на матке с петлями кишечника, что вызывало некоторые технические трудности при проведении операции. Кроме того, за наблюдаемый период времени была произведена еще одна лапароскопия. Показанием к ней послужило наличия гидросальпинкса и вторичное бесплодие в течение 6 лет. Во время проведения миомэктомии у этой пациентки была произведена дополнительная перитонизация области швов на матке свободным краем сальника и при лапароскопии без труда произведено его отделение от матки. Доступ к органам малого таза при этом был более свободным. После проведения сальпингостоматоластики проходимость маточных труб была полностью восстановлена. Но, несмотря на это, вероятность наступления беременности у данной пациентки оставалась низкой из-за выраженных воспалительных изменений в области маточных труб.

Обострение хронического воспалительного процесса органов малого таза за наблюдаемый период времени было зафиксировано только у 9 (9,4%) оперированных женщин. И лишь у 1-ой лечение проводилось в условиях стационара и потребовало проведения оперативной лапароскопии. Хотя данный показатель достоверно отличается от количества воспалительных процессов у наших пациенток до операции, мы не можем делать какие-либо выводы ввиду существенной разницы по временному и возрастному фактору.

Заключение

Проведенный анализ показал положительное влияние миомэктомии на нормализацию менструальной, детородной функций женщин с миомой матки. Проведение операции позволило избавиться от болевого синдрома, дизурических нарушений большому количеству пациенток. При этом нами не выявлено влияния операции на гинекологическую заболеваемость, а количество рецидивов не превышает данный показатель других исследователей.

Список литературы

1. Буянова С.Н. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки. / С.Н.Буянова, М.В.Мгелиашвили, С.А.Петракова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8. – С. 45-51.
2. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. / Е.М.Вихляева. - М: МЕДпресс-информ 2004. – 400 с.
3. Капранов С.А. Новый органосохраняющий метод лечения миомы матки-эмболизация маточных артерий. / С.А.Капранов и др. //Лечебное дело. – 2005. – № 2.
4. Ланчинский В.И. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки. / В.И.Ланчинский, А.И.Ищенко// Вопр гин акуш и перинат. – 2003, Т. 2, Вип. 5 – 6. – С. 64—69.
5. Медведев М.В. Миома матки / М.В.Медведев, Е.Д.Лютая. - Допплерография в гинекологии: Энциклопедия ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии. / Под ред. Зыкина БИ, Медведева МВМ; Реальное время. – 2000. – С. 45-58.
6. Петракова С.А. Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки / Петракова С.А., Буянова С.Н., Мгелиашвили М.В. //Российский вестник акушера гинеколога. – 2009. – №. 1. – С. 30-34.
7. Рыжова О.О. Патогенетические аспекты роста миоматозных узлов. / О.О. Рыжова. В кн.: Миома матки. Под ред. И.С. Сидоровой. - М: МИА, 2002: - С. 98—112.

8. Савельева Г.М.. Гинекология./ Г.М.Савельева, В.Г.Бурсенко Москва, 2004. - С.187-203.
9. Костючек Д.Ф. Акушерство и гинекология./ Д.Ф. Костючек. - Санкт-Петербург, 2001. - 267 с.
10. Сидорова И.С. Миома матки (современные аспекты этиологии, патогенеза, классификации и профилактики)/ И.С. Сидорова. В кн.: Миома матки. Под ред. И.С. Сидоровой. М: МИА 2003. - С. 5—66.
11. Gorny K.R. Magnetic resonance-guided focused ultrasound of uterine leiomyomas: review of a 12-month outcome of 130 clinical patients./ K.R.Gorny, D.A.Woodrum, D.L.Brown, [et al]// J Vasc Interv Radiol. - 2011, № 22. - С. 857–864.
12. Park M.J. Safety and therapeutic efficacy of complete or near-complete ablation of symptomatic uterine fibroid tumors by MR imaging-guided high intensity focused US therapy/ M.J.Park, Y.Kim, H.Rhim, [et al]// J Vasc Interv Radiol.–2014, № 25.– С.231–239.

Реферати

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ПЕРИТОНІЗАЦІЇ ПРИ КОНСЕРВАТИВНІЙ МІОМЕКТОМІ ТА ЇХ ВПЛИВ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНКИ

Гасанов Ю.М.

Проведено комплексне обстеження та опитування жінок після хірургічного лікування. Зі 119 пацієнтів у нашому дослідженні включені 96 пацієнтів, 16 жінок жили в віддалених районах, і 7 змінили своє постійне місце проживання. Отриманий зразок не був статистично відрізняється від Генеральної населення по кожному з аналізованих параметрів (вік, супутні соматичні та гінекологічної патології, акушерської історії, розміру матки і кількість знімаються під час операції, вузли і т.д.). Таким чином, аналіз показав позитивний вплив міомектомії на нормалізації менструального, дітонародження функції жінок з міомою матки. Операція дозволила позбутися больового синдрому та дизуричні розладів велику кількість пацієнтів. У цьому випадку ми не виявили впливу операції на гінекологічної захворюваності і частота рецидивів не вище, ніж в інших дослідників.

Ключові слова: міома матки, хірургічне лікування, перитонізацію, репродуктивна функція

Стаття надійшла 10.09.2015 р.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE USE OF DIFFERENT TYPES OF PERITONIZATION DURING CONSERVATIVE MYOMECTOMY AND ITS IMPACT ON THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN

Gasanov Y.M.

Carried out a comprehensive survey and surveys of women after surgical treatment. Of the 119 patients in our study included 96 patients, 16 women lived in remote areas, and 7 changed their permanent place of residence. The resulting sample was not statistically different from the General population on any of the analyzed parameters (age, concomitant somatic and gynecological pathology, obstetric history, uterine size and number of removed during the operation, nodes, etc.). Thus, the analysis showed a positive effect of myomectomy on the normalization of the menstrual, childbearing functions of women with uterine myoma. The operation has allowed to get rid of pain syndrome and dysuric disorders a large number of patients. In this case we did not reveal the effect of surgery on the gynecological morbidity and the recurrence rate is not higher than other researchers.

Key words: uterine fibroids, surgical treatment, peritonization, reproductive function

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616.831 – 005.4 – 036.12 – 085: 616.155.2] – 021.5

А. І. Гоженко, Сєвідж Алі-Кизи Мамедалієва, Е. Ф. Барінов, А. О. Баласіна
ІІІ «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту», м. Одеса

ІНДИВІДУАЛЬНА РЕАКТИВНІСТЬ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОАГРЕГАНТНОГО СТАТУСУ ТРОМБОЦИТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ШЕМІЄЮ МОЗКУ

Мета дослідження - оцінити роль індивідуальної реактивності в модуляції функціональної активності тромбоцитів на фоні стандартного медикаментозного лікування у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією II-ї стадії. В дослідження включені 36 пацієнтів, з них - 9 чоловіків (середній вік $72,0 \pm 5,0$ років) і 27 жінок ($66,8 \pm 1,8$ року), які знаходились на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні. Спектр використаних лікарських засобів аналізувався методом ретроспективного дослідження. Вивчення функціонального стану тромбоцитів хворих проводилося через 24 год після початку – і повторно через 8-14 діб на момент завершення лікування. Для стимуляції тромбоцитів *in vitro* використовували АДФ, адреналін, ФАТ. Дослідження агрегації тромбоцитів проводили на агрегометрі фірми Chrono - Log (США). Встановлено, що на етапі виписки з стаціонару у 10-13 пацієнтів (в залежності від агоніста) реєструвалося підвищення агрегації тромбоцитів. Тим самим доводиться, що індивідуальна реакція організму є фактором ризику збереження проагрегантного статусу тромбоцитів на фоні проведення стандартного медикаментозного лікування у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією II-стадії.

Ключові слова: хронічна ішемія мозку, функціональний стан тромбоцитів.

Робота є фрагментом НДР "Розробити систему медико-психологічної експертизи та медико-психологічної реабілітації при надзвичайних ситуаціях та аваріях на транспорті", державний реєстраційний № 0115U001319.

Причини прогресування хронічної ішемії головного мозку (ХІМ), незважаючи на проведення стандартної медикаментозної терапії, залишаються не з'ясованими, що можна пояснити складністю моніторингу метаболічних і нейромедіаторних процесів в головному мозку. У цьому зв'язку перспективним видається аналіз індивідуальної реактивності пацієнта, яка детермінує не тільки порушення експресії різноманітних білків, що ініціюють і підтримують патологічний процес в органах, а й, що не менш важливо, забезпечують розвиток компенсаторно-