

Література

1. Апанасенко Г.Л., Попов Л.А. Медицинская валеология. – Київ, 1998. – 243 с.
2. Вадзюк С.Н. Вплив навчальних навантажень на гемодинаміку у студентів з різним ступенем ризику розвитку артеріальної гіпертензії / С.Н. Вадзюк, Л.С.Цибильська // Фізіологічний журнал, 2010, Т.56, №2: Матеріали XVIII з'їзду Укр-го фіз-го тов-ва з міжнар участю, Одеса, 2010 р. – С. 93–94.
5. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы // А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, О.В.Воробьева и др. / А.М.Вейна.– М.: Медицинское информационное агентство, 2003.– 752 с.
3. Вязова А.В. Оценка адаптационных возможностей организма студентов / А.В. Вязова// Механизмы функционирования висцеральных систем.– VII Всероссийская конференция с международным участием, (29 сентября–02 октября 2009 г., Санкт-Петербург, Россия). Тезисы докладов. – Санкт-Петербург, 2009.–С.45.
4. Давлетьярова К.В. Адаптационные возможности организма студентов, занимающихся лечебной физической культурой / К.В.Давлетьярова, Л.В.Капилевич, В.Л.Солтанова, Е.В.Баранова, В.И.Андреев// Бюллетень сибирской медицины, 2011, №3, С.116–120
6. Зубцов Ю.Н. Динамика антропометрических показателей пищевого статуса у молодых людей и пути его коррекции / Ю.Н. Зубцов, Е.Б. Мрыхина // Прогр. NutriPower: Матер. науч-практ. конф., симп., конгр., 1996–1998. – М., 1998.– С. 161–162.
7. Справочник по клинической нейровегетологии /В.А.Берсенева, Г.П.Губы, О.А.Пятака.– К.: Здоров'я. 1990.– 240 с.
8. Хватова, М.В. Физиологические механизмы адаптации к различным образовательным средам / М.В. Хватова, Е.В. Волкова // Рос. физиол. журн. XIX съезд физиол. общества им. И. П. Павлова. Тез. докл. Часть 2. 2004.-Т. 90.-№8.- С. 181-182.

Реферати

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ВГУЗ УКРАИНЫ «УКРАИНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ»

Коровина Л.Д., Запорожец Т.Н., Павленко А.П.

Регуляция сердечно-сосудистой системы студентов младших курсов осуществляется таким образом, что ваготония и эйтония – доминирующие типы исходного вегетативного тонуса, тогда как вегетативная реактивность преимущественно нормальная. Половые отличия не определяются достоверно. Исходный вегетативный тонус ниже у лиц с более низким уровнем физической активности, вегетативная реактивность также имеет связи с образом жизни и физическим развитием. Большая продолжительность сидячей работы, в т.ч. ежедневной работы за компьютером, способствует активизации симпатических влияний. Частота употребления отдельных групп пищевых продуктов также имеет связь с состоянием вегетативной регуляции сердечного ритма.

Ключевые слова: сердечный ритм, студенты, ортостатическая проба.

Статья надійшла 22.11.2012 р.

PECULIARITIES OF HEART RATE REGULATION AT ORTHOSTATIC TEST AT STUDENTS OF THE FIRST YEARS HSEI OF UKRAINE «UKRAINIAN MEDICAL STOMATOLOGICAL ACADEMY»

Korovina L.D., Zaporozhets T.N, Pavlenko A.P.

Regulation of cardiovascular system of first year's students is realized in a manner that vagotonia and eutonia are predominant types of an initial vegetative tonus, whereas vegetative reactivity is mainly normal mainly. Sexual differences are not reliable. An initial vegetative tonus is lower at persons with lower level of physical activity; vegetative reactivity also has relations with mode of life and physical development. The long duration of sedentary work, including daily work with the computer, promotes activization of sympathetic influences. Frequency of the use of separate foodstuff groups has relation with a state of vegetative regulation of a heart rate also.

Key words: heart rate, students, orthostatic test.

Рецензент проф. Катрушов О.В.

УДК 616.314+616.716 – 007.

В.Д. Курасова, А.Н. Макарова

ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДОЛЯ АСИММЕТРИЧНЫХ ФОРМ СРЕДИ НИХ

Проведена оценка распространенности I, II, III классов нарушения прикуса по Е. Angle среди взрослых. Полученные данные оценены в историческом аспекте. Распространенность зубочелюстных аномалий среди взрослых составила 82%. За последние 113 лет наблюдается увеличение количества аномалий I класса и уменьшение аномалий III класса, что может быть связано со значительным снижением жевательной нагрузки современного человека. Наименьших изменений претерпела распространенность нарушений прикуса II класса, что отражает некую независимость дистальной окклюзии от эволюционных процессов. Впервые определена и проанализирована частота встречаемости односторонних форм II класса по Е. Angle, доля которых среди других зубочелюстных аномалий составила 13%.

Ключевые слова: распространенность ЗЧА, односторонний II класс.

Работа выполнена согласно плану инициативной научно-исследовательской темы Института стоматологии АМН Украины «Усовершенствования профилактики и лечения стоматологических заболеваний у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и эндокринной патологией» (№ гос. регистрации 0110U000271).

В мировой ортодонтии существует огромное количество классификаций зубочелюстных аномалий. Однако не всегда возможно поставить исчерпывающий ортодонтический диагноз в рамках одной классификации. Великое разнообразие и высокая индивидуальность зубочелюстных аномалий полностью не отражены ни в одной классификации. Поэтому ортодонтический диагноз носит описательный характер, отражая все особенности аномалии у конкретного пациента [1].

Наиболее проверенной временем, простой, доступной и широко распространенной у нас и за рубежом является первая научная классификация Е. Angle, появившаяся в 1899 году в Америке.

Е. Angle заменил недостаточно полное, на его взгляд, понятие «irregularities of the teeth» (с англ. – неправильное положение зубов) на термин «malocclusion» (с англ. – нарушения окклюзии), что значительно

расширило представления об ортодонтии как науке. Он первым заговорил о единстве функции и морфологии в ортодонтии, гармония которых является основой эстетики [6]. Однако, за последние более чем 100 лет применения классификации Е. Angle в отечественной ортодонтии, ее оригинал на страницах учебников и научных статей, к сожалению, был изменен «до неузнаваемости». Ее неоднократно подавали критике, называли слишком «узкой» и сугубо морфологической. Но рациональное зерно мезио-дистального соотношения первых моляров, внесенное Е. Angle, является незыблемой основой сегодняшнего понимания систематики морфологического нарушения прикуса. Отсутствие полного описания функциональных отклонений в классификации – это всего лишь дань времени.

Мы представляем максимально близкий к оригиналу перевод классификации Е. Angle, впервые опубликованной им в журнале «Dental Cosmos» (1899г.), в которой четко видны элементы функциональной этиологии. Class I. Мезио-дистальное соотношение зубных рядов нормальное, как правило, нарушена окклюзия передних зубов. Class II. Ретрузия нижней челюсти с дистальной окклюзией нижних зубов. Division 1. Сужение верхней зубной дуги, с выступающими верхними резцами, снижение функции носового дыхания и смыкания губ. Ротовое дыхание. Subdivision 1. Аналогично Division 1, но только одна сторона зубной дуги поражена, другая – нормальная. Ротовое дыхание. Division 2. Легкое сужение верхней зубной дуги; скученность верхних резцов и лингвальный наклон; функции смыкания губ и носового дыхания в норме. Subdivision 2. Аналогично Division 2, но только одна сторона зубной дуги поражена, другая – нормальная; функции смыкания губ и носового дыхания в норме. Class III. Протрузия нижней челюсти, мезиальная окклюзия нижних зубов; нижние резцы и клыки наклонены лингвально. Subdivision III. Аналогично Class III, но только одна сторона зубной дуги поражена, другая – нормальная [6].

В современных интерпретациях классификации Е. Angle односторонний II и III класс (Subdivision II, Subdivision III) даже не упоминаются. В то же время в последнее десятилетие односторонний (асимметричный) II класс – актуальная тема научных исследований зарубежных ученых так же, как и изучение асимметрии в ортодонтии в целом [5,8,13]. Множество научных работ иностранных авторов посвящены причинам возникновения одностороннего II класса, его связи с асимметрией черепа и нарушением эстетики лица и улыбки [7,9,10,11,12].

При этом в доступной научной литературе нами не было обнаружено данных о распространенности одностороннего дистального прикуса.

Целью работы было проанализировать частоту встречаемости I, II и III классов нарушения прикуса среди взрослых и определить частоту встречаемости одностороннего II класса.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 250 студентов (105 мужчин и 145 женщин) 4-5 курсов стоматологического факультета в возрасте 20-25 лет. Всем обследованным проводился тщательный клинический осмотр, сбор жалоб и анамнеза. Ортодонтический диагноз определялся по классификации Е. Angle. Результаты обследования заносились в специально разработанную карту.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ материалов проведенного осмотра показал, что физиологическая окклюзия зубных рядов (ортогнатический прикус) встречалась лишь у 18% (45 человек). Различные виды патологии прикуса наблюдались у 82% обследованных (205 человек), что в 4 раза превышает физиологическую норму (рис.1) и лишний раз научно подтверждает высокую распространенность зубочелюстных аномалий (ЗЧА). Полученные данные совпадают с результатами исследований предыдущих лет Куроедовой В.Д., Головки Н.В. и др. (2008) – 84,6%; Нестеренко О.Н. (2008) - 81,6% [2,3].

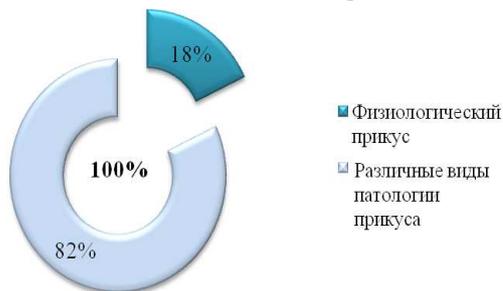


Рис. 1. Виды прикуса у обследованных.

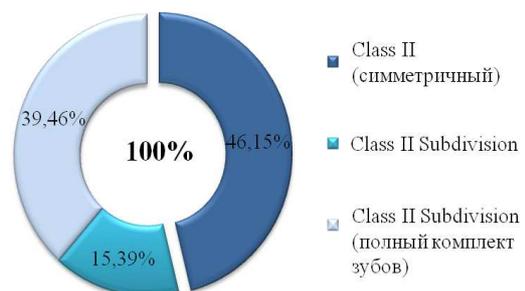


Рис. 2. Структура патологии II класса по Е. Angle .

Анализируя структуру нарушений прикуса согласно полученным данным, мы пришли к выводу, что наиболее часто встречались аномалии I класса по Е. Angle – у 60% обследованных. Это были случаи правильного мезио-дистального соотношения на первых молярах («ключ окклюзии» по Е. Angle) и 7 различных видов аномалий положения отдельных зубов: супрапозиция, инфрапозиция, мезиальное и дистальное положение зубов, тортоаномалия – поворот зуба вокруг своей оси, вестибулярное и оральное, т.е. небное положение на верхней челюсти и язычное на нижней челюсти.

Патология прикуса II класса по Е. Angle встречалась почти в 3 раза реже, чем I класса, тем не менее, она наблюдалась почти у 21% обследованных. Количество аномалий III класса едва превысило 1%. Частота встречаемости II класса (20,8%) по результатам наших исследований близка к распространенности дистального прикуса по данным других авторов (Л.П. Зубкова, Ф.Я. Хорошилкина (1993) – 20%; Куроедова В.Д., Головки Н.В.(2008) – 22,75%).

Следует полагать, что при большинстве эпидемиологических исследований односторонний II класс автоматически относился авторами к классическому дистальному прикусу, ведь в случаях несоответствия клинической картины ЗЧА слева и справа ортодонтический диагноз ставится по стороне с более тяжелыми нарушениями [4].

Среди обследованных студентов, имеющих патологию II класса, на долю одностороннего II класса приходится 11,2% (28 человек): у 8% (20 человек) односторонний II класс наблюдался при полном комплекте зубов; у 3,2% (8 человек) односторонний II был сопряжен с потерей отдельных зубов (как правило, верхнего премоляра или клыка на стороне с дистальным соотношением) и был результатом мезиального смещения 1-го верхнего моляра, что и было основным этиологическим фактором возникновения асимметричной патологии прикуса. При расчете частоты встречаемости мы отнесли этих пациентов к группе с односторонним II классом, но не включали данные их жалоб в дальнейшее статистическое исследование, так как это случаи вторичных деформаций верхнего зубного ряда вследствие потери зубов.

Таким образом, согласно нашим результатам, структура патологии прикуса II класса имеет следующий вид: среди 52 человек (если условно принять их за 100%) классический двусторонний II класс встречался у 46,15% (24 человека), а односторонний – у 53,85% (28 человек). Односторонний II класс при полном комплекте зубов, названный нами «истинным» составил 38,46% (20 человек) (рис 2).

Кроме того, мы предполагаем, что отнести односторонний II класс к дистальному прикусу исследователей подталкивали не только дистальное соотношение моляров с одной стороны, но и другие клинические признаки дистальной окклюзии, в том числе функциональные и эстетические.

Результаты данных анамнеза отобранных 20 лиц с истинным односторонним II классом (при полном комплекте зубов), свидетельствуют следующее (рис. 3): на асимметричность улыбки пожаловались 25% (5 человек); на нарушения со стороны ВНЧС – 55% (11 человек): из них болезненность в ВНЧС отметили 20% (4 человека), дискомфорт, чувство тяжести и периодический хруст в суставе – 35% (7 человек); нарушения осанки отметили 45% (9 человек); несовпадение срединных линий беспокоило 85% (17 обследованных); сагиттальная щель (классический симптом дистального прикуса) волновала 45% студентов (9 человек).

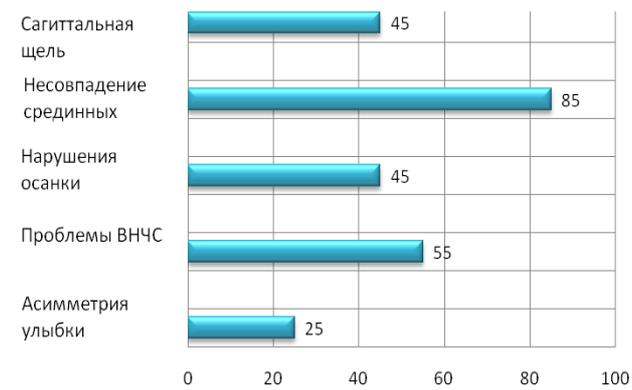


Рис. 3 Частота встречаемости жалоб среди лиц с односторонним II классом.

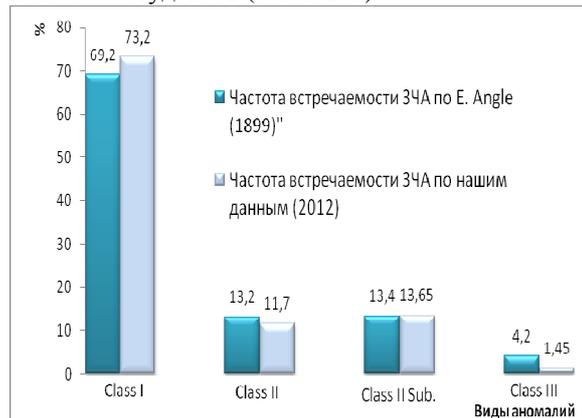


Рис. 4 Сравнительная оценка структуры ЗЧА в историческом аспекте.

Мы рассчитали частоту встречаемости каждого класса ЗЧА (в том числе и одностороннего II класса) среди обследованных с нарушениями прикуса и сравнили наши результаты с аналогичными данными E. Angle (1899) [6]. Столь историческое сравнение важно не только потому, что данные E. Angle были первым научным упоминанием о распространенности нарушений прикуса, но и потому, что они по сегодняшний день являются одними из немногочисленных, в которых учтен отдельно односторонний II класс. Кроме того, это сравнение отражает динамику распространенности патологии прикуса за последние 113 лет у взрослых.

В целом наши данные близки к данным E. Angle. Более значительно отличаются процентные показатели частоты встречаемости I класса: наблюдается увеличение числа лиц с аномалиями I-го класса с 69,2% до 73,2% (рис.4). Прирост различных видов аномалий положения отдельных зубов на 4% отражает эволюционные особенности смещения пищевых стереотипов в сторону нежестких продуктов питания. Возрастная распространенности скученности зубов, относящихся к I классу, также отмечают Хорошилкина Ф.Я. (2002), Дмитренко М. И. (2008).

Найденное нами уменьшение количества лиц с III классом (прогенией) с 4,2% до 1,45%, т.е. на 2,75% на наш взгляд также является отражением эволюционных процессов в связи со значительным снижением жевательной нагрузки. Тенденция к снижению распространенности III класса прослеживается в исследованиях Бирюковой Е.К. (1974) – 2,3%; Куроедовой В.Д., Головки Н.В. и др. (2008) – 1,75%.

Более стабильными оказались показатели частоты встречаемости аномалий II класса. Незначительно снизилась частота встречаемости двустороннего II класса с 13,2% до 11,7%; и практически не изменились показатели количества одностороннего II класса, доля которого среди остальных ЗЧА не сдвинулась с отметки 13% за последние более чем 100 лет. Эта стабильность частоты встречаемости патологии II класса

демонстрирует некую ее независимость от эволюционных процессов и может быть связана с глубинными особенностями строения черепа и соответствующими им функциональными и эстетическими отклонениями.

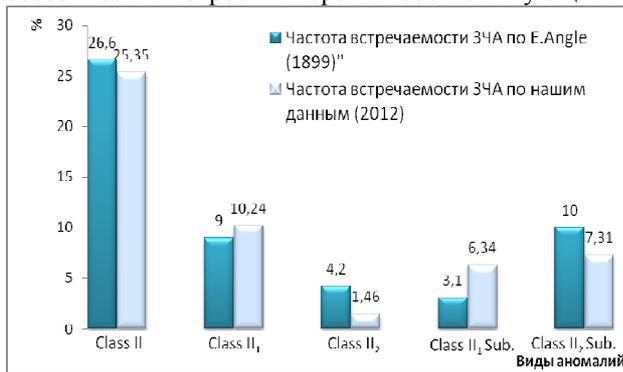


Рис.5 Сравнительная оценка структуры II класса в историческом аспекте.

По данным 113-летней давности среди односторонних форм II класса E. Angle отмечал следующую статистику: односторонний II₁ – 3,1%, односторонний II₂ – 10%. В нашем исследовании представлена несколько иная картина (рис. 5). А именно односторонний II₁ класс встречался в 2,05 раза чаще (6,34%), а односторонний II₂ – в 1,38 раза реже (7,31%), чем 100 лет назад.

По данным E. Angle среди асимметричных форм II класса значительно преобладает II₂ класс (в 3,23 раза). По нашим данным односторонний II₂ класс также встречается чаще, чем односторонний II₁ класс, но лишь в 1,15 раза. Таким образом, согласно нашим результатам и данным E. Angle, при односторонних формах II класса преобладает 2-й подкласс (II₂), характеризующийся ретрузией фронтальных зубов верхней челюсти, не связанный с функциональными нарушениями, а носящий характер скелетных отклонений.

Выводы

1. Обнаружена высокая распространенность ЗЧА среди взрослых, которая составила 82%.
2. За истекшие 113 лет наблюдается тенденция к уменьшению количества аномалий III класса и увеличению нарушений прикуса I класса, что, на наш взгляд, является отражением эволюционных процессов, связанных со значительным снижением жевательной нагрузки. Наименьших изменений претерпела распространенность нарушений прикуса II класса, как наименее зависимо от стереотипа питания современного человека. При симметричных формах II класса увеличилось число случаев II₁ класса.
3. Односторонний II класс остается довольно распространенной ЗЧА. Согласно нашим данным, как и сто лет назад, односторонний II класс составляет 13% среди всех ЗЧА. Также сохранилось преобладание II₂ класса среди односторонних форм II класс, хотя по нашим результатам оно значительно меньше, чем по данным E. Angle.
4. Не может не вызывать сожаления, что в «золотой век ортодонтии», когда эстетика лица, о которой так много писал E. Angle, стала воистину ключевым моментом ортодонтического лечения, ортодонты не достаточно уважительно относятся к своим классикам, намного опередившим время, тем самым сужая собственный кругозор.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в изучении морфологических, эстетических и функциональных особенностей окклюзии у пациентов с односторонним II классом.

Литература

1. Григорьева Л.П. Прикус у детей / Л.П. Григорьева – Полтава : 1995. – 232с.
2. Нестеренко О.М. Оцінка перебудови кісткової тканини щелеп у дорослих пацієнтів у ретенційному періоді ортодонтичного лікування / Нестеренко О.М. – Полтава, 2008. – 165 с.
3. Розповсюдженість ортодонтичної патології в Полтавській області В.Д. Куроедова, Н.В. Головки, Л.Б. Галич [та ін.] Вісник стоматології №1, 2008. – 67 с.
4. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение /Ф.Я. Хорошилкина – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.– 544 с.
5. Aksoy A. Treatment of a patient with functional mandibular asymmetry / A. Aksoy, S. Canan //87-th Congress of Europ. Orthod. Society : prot. of conf. – Turcey, 2011. — P. 364-365
6. Angle E.H. Classification of Malocclusion / E.H. Angle // The Dental Cosmos – 1899. – V. 41, No. 3. – P. 248-264.
7. Azevedo A.R.P. Evaluation of asymmetries between subjects with Class II subdivision and apparent facial asymmetry and those with normal occlusion/ A.R.P. Azevedo, G. Janson, J.F.C. Henriques, [et al.] Freitas // Am J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2006. – V. 129, No. 3. – P. 373-383.
8. Bishara S.E. Dental and facial asymmetries: a review / S.E. Bishara, P.S. Burkey, J.G. Kharouf // Angle Orthod. – 1994. – V. 64, No. 2. – P. 89-98.
9. Janson G. Class II subdivision malocclusion types and evaluation of their asymmetries / G. Janson, KJRS de Lima, D.G. Woodside // Am J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2007. – V. 131, No. 1. – P. 57-66.
10. Janson M. An orthodontic-surgical approach to Class II subdivision malocclusion treatment / M. Janson, G. Janson, E. Sant'Ana, T.M. Simao, M.R. Freitas // J. Appl. Oral Sci. – 2009. – V. 17, No. 3. – P. 266-273.
11. Minich C.M. An evaluation of skeletal asymmetries in class II subdivision malocclusions using cone-beam computed tomography: dissert. Master of Science in Dentistry/ Craig Michael Minich. – Saint Louis University, 2011. – 68p.
12. Turpin D.L. Correcting the Class II subdivision malocclusion / D.L. Turpin // Am J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2005. - V. 128, No. 5. – P. 555-556.

13. Vitra R.W.F. Computed tomography evaluation of temporomandibular joint alterations in class II Division 1 subdivision patients: condylar symmetry / R.W.F. Vitra, C.D.S. Telles // Am J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2002. – V. 121, No. 4. – P. 369-375.

Реферати

ПОШИРЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДОРОСЛИХ І ДОЛЯ АСИМЕТРИЧНИХ ФОРМ СЕРЕД НИХ

Куросдова В.Д., Макарова О.М.

Проведена оцінка поширеності I,II,III класів порушення прикусу за E. Angle серед дорослих. Отримані результати оцінені в історичному аспекті. Поширеність зубощелепних аномалій серед дорослих склала 82%. За останні 113 років спостерігається зростання кількості аномалій I класу і зменшення аномалій III класу, що може бути пов'язано із значним зниженням жувального навантаження сучасної людини. Найменше зміни торкнулися поширеності аномалій II класу, що відображає певну незалежність дистальної оклюзії від еволюційних процесів. Вперше визначено і проаналізовано частоту зустрічальності односторонніх форм II класу за E. Angle, частка яких серед інших зубощелепних аномалій склала 13%.

Ключові слова: поширеність ЗЩА, односторонній II клас.

Стаття надійшла 22.11.2012 р.

PREVALENCE OF MALOCCLUSION IN ADULTS AND SHARE OF ASYMMETRIC FORMS AMONG THEM

Kuroedova V.D., Makarova A.N.

There has been performed the estimation of I, II, III classes of malocclusion prevalence in adults. These data has been assessed in historical perspective. Prevalence of malocclusion among adults was 82%. Over the last 113 years there has been an increase in the number of class I anomalies and the reduction of class III anomalies that may be associated with a significant reduction in masticatory loading of modern man. The smallest change undergone prevalence of class II malocclusion, which reflects a certain independence of the distal occlusion from evolutionary processes. First identified and analyzed the frequency of occurrence for class II subdivision, whose share among other malocclusion was 13%.

Key words: prevalence of malocclusion, class II subdivision.

Рецензент проф. Ковальов Є.В.

УДК 616.147.3-007.64-089

В.І. Ляховський, А.І. Боркунов, Д.Г. Дем'янюк, І.В. Сапун, Т.Ю. Ляховська, М.І. Кравців
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Склифосовського, м. Полтава

ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

З 2009 по 2011 роки у клініці з приводу варикозної хвороби оперували 537 осіб. Малоінвазивні втручання виконали 152 (28,3%) хворим. Серед них чоловіків було 32 (21,1%), жінок – 120 (78,9%). Вік хворих становив в середньому – 42,4±3,1 років. Всім пацієнтам виконували ультразвукове кольорове ангіосканування нижніх кінцівок. За даними ультразвукового кольорового ангіосканування встановлені основні причини особливостей перебігу та прогресування варикозної хвороби, що дозволяло вирішити питання про можливість виконання малоінвазивних втручань. Всі хворі оперовані. Доступи до вен проводили із невеличких розрізів. В ранньому післяопераційному періоді спостерігали наступні ускладнення: поширені підшкірні гематоми, парестезії, набряки гомілок, тромбози литкових вен, а також поширення тромботичного процесу з литкових вен на підколінну та тромбофлебіт великої підшкірної вени. Більшість хворих виписували на 3-4 добу після операції. Пацієнтів з явищами тромбофлебіту великої підшкірної вени та тромбозів глибоких вен виписували із стаціонару після досягнення "терапевтичного вікна" у показниках МНВ (2,0 – 3,0). Віддалені наслідки лікування через рік після виконання оперативного втручання простежили у 128 (84,2%) осіб. Добрі результати лікування протягом року досягли у 114 (89,1%), задовільні – у 14 (10,9%) пацієнтів.

Ключові слова: варикозна хвороба, ультразвукова діагностика, мініінвазивні операції.

Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок є однією з найбільш розповсюджених захворювань. Вона зустрічається у 50% людей старших 50 років [3,6]. Новітні дослідження в Україні показали, що у 68% осіб, які вперше звернулися до лікаря, відмічено хронічне захворювання вен. Початкову стадію захворювання виявлено у 40% хворих. Пік захворювання припадає на 40-60 років. До фахівця люди з хронічним захворюванням вен, як правило, звертаються у важкій стадії захворювання. Перебіг ВХ небезпечний появою ускладнень, що призводять до інвалідності, загрожують життю хворих. У переліку захворювань, що найбільш часто викликають втрату працездатності, хронічні захворювання вен займають 14 місце [9].

Вилікувати хворих на ВХ можливо лише за допомогою оперативного лікування [3,7]. З різних причин щорічна кількість операцій з приводу ВХ в Україні залишається стабільно невеликою. Так, у 2008 році в Україні з приводу ВХ виконано 18 905, у 2009 – 17 016, а у 2010 – 17 306 операцій. З розрахунку на 10 тис населення це відповідно 4,09, 3,70, 3,79 втручань [4,5]. При високому рівні захворюваності населення на ВХ, число оздоровлених оперативним шляхом зовсім незначне. У пошуку причин такого стану варто відмітити, що у державах західної Європи операції з приводу ВХ лідирують серед планових. У Фінляндії виконуються близько 220 венектомій на 100 тисяч населення, а у Великій Британії – 90 тисяч операцій за рік [9]. Невелика кількість втручань з приводу ВХ, перш за все, відображає теперішню загальну тенденцію до зменшення кількості операцій при різних захворюваннях. На наш погляд, у даному разі це зумовлено двома причинами: необізнаністю населення щодо небезпечності захворювання на ВХ та зубожінням людей.

Хронічні захворювання вен нижніх кінцівок, зокрема ВХ, соціально досить значущі. При сучасній дорожничій медикаментів тривале консервативне лікування ВХ забирає значну частину сімейного бюджету. Оперативне лікування хворих теж має свої особливості.

Напрямок пошуку інтенсифікації праці по оздоровленню хворих на ВХ, перш за все, має стосуватися хірургічного розділу роботи. Зокрема, велику перспективу у цьому бачимо від запровадження малоінвазивних втручань. Відпрацьовані критерії визначення показань для таких втручань шляхом широкого запровадження ефективної діагностики першопричини ВХ дозволять більшу частину операцій перенести в амбулаторно-