

Зважаючи на це і згідно із проведеними нами відповідними дослідженнями, було встановлено, що оптимальна норма часу лікаря на виготовлення одного повного знімного протеза з металевим базисом становить 212,29 хв, а двох — 326,39 хв; повних знімних протезів із пропілену відповідно 150,27 і 217,06 хв; бюгельних протезів з утримуючими кламерами — 139,75 і 196,01 хв; бюгельних протезів на аточменах — 175,79 і 267,01 хв відповідно. Таким чином, у нас є всі підстави перейти безпосередньо до реалізації поставленої мети дослідження.

Виходячи з вищенаведених даних, абсолютна величина часових витрат праці лікаря на виготовлення основних видів знімних зубних протезів не має лінійного характеру залежно від їх кількості та клінічних сполучень. Вважаємо, що доцільно проводити облік використаної лікарської праці на основні види знімних протезів, ураховуючи безпосередньо їх кількість. Це сприятиме більш об'єктивному обліку, вдосконаленню оцінки і контролю роботи даних спеціалістів.

На підставі отриманих часових показників тривалості клінічного процесу виготовлення деяких нових знімних про-

тезів, які насправді виготовляються в клініці сучасної ортопедичної стоматології, але ще донині не пронормовані, нами також були розроблені відповідні умовні одиниці трудомісткості: на виготовлення одного повного знімного протеза з металевим базисом — 3,5 УОТ, двох — 5,4 УОТ; повних протезів із пропілену відповідно — 2,5 і 3,6 УОТ; бюгельних протезів з утримуючими кламерами — 2,3 і 3,3 і бюгельних протезів на аточменах — 2,9 і 4,5 УОТ (відповідно на 1 і 2 протези).

### Висновки

Отримані результати цього дослідження вказують на відсутність прямої залежності величини витрат робочого часу лікарів стоматологів-ортопедів на виготовлення знімних протезів від кількості протезів.

У зв'язку з чим, на нашу думку, більш доцільним було б враховувати розроблені нами диференційні показники трудомісткості, розраховані нами у вигляді відповідних умовних трудових одиниць.

Розраховані нами умовні одиниці трудомісткості на деякі нові, ще ненормовані види знімних протезів, можна використовувати в системі практичної охорони здоров'я нашої країни для відповідного обліку

роботи стоматологів-ортопедів, її оцінки та контролю з боку керівників стоматологічних установ.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Лабунець В. А., Григорович В. Г. Методичні аспекти уніфікованої системи обліку і контролю праці стоматологів-ортопедів і зубних техніків в Україні: Метод. рекомендації. — Одеса, 1999. — 12 с.

2. Лабунець В. А., Неспрядько В. П., Косенко К. М. Методичні прийоми індивідуального розрахунку величини витрат робочого часу стоматолога-ортопеда на виготовлення найбільш поширених видів зубних протезів і різноманітних їх поєднань: Метод. рекомендації. — Одеса, 1999. — 25 с.

3. Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р.: «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

4. Научная организация труда в стоматологических ортопедических отделах: Метод. рекомендации. — Львов, 1982. — 142 с.

5. Никитина Н. И. Принципы нормирования труда врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников при изготовлении протезов // Теория и практика стоматологии. — М., 1980. — С.162-164.

6. Нормы расчета производственных единиц: Приказ МЗ СССР от 04.11.50 г., № 87.

7. Нормы нагрузки на одного врача-ортопеда в производственных единицах в год: Приказ МЗ СССР от 20.07.60 г. № 371.

УДК 618.14:618.2-006.35

В. В. Степула, В. Г. Дубініна, О. В. Лук'янчук, А. І. Рибін

## ВИПАДОК МІОМИ МАТКИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ, ЯКА РОЗВИНУЛАСЯ НА ФОНІ ПЕРШОЇ ВАГІТНОСТІ У ПАЦІЄНТКИ 32 РОКІВ

Одеський державний медичний університет,  
Одеський обласний онкологічний диспансер

Міома матки є найбільш частим захворюванням у жінок репродуктивного віку, що становить, за даними різних авторів, від 10 до 30 % [2; 4; 5;

7]. Відомо, що ризик розвитку даної патології збільшується з віком і пік захворюваності пацієнток припадає на 35–45 років [1; 2; 6; 11]. Найвність міо-

ми матки у жінки репродуктивного віку часто є причиною безплідності. За даними літератури, кожна п'ята жінка, що страждає на міому матки, безплідна



[6]. З іншого боку, сполучення міоми матки і вагітності зустрічається лише у 0,5–2,5 % жінок. В останні роки як в Україні, так і за кордоном відзначається збільшення частоти сполучення міоми матки і вагітності [4; 6; 7; 8]. Дана обставина зумовлена не тільки підвищенням кількості першороділець старшого віку, але й успіхами консервативного лікування пацієток із наявністю міоми матки й обмеженням оперативних втручань у жінок репродуктивного віку [3; 5; 9; 11].

Перебіг вагітності у хворих на міому матки здебільшого буває ускладненим. Частим ускладненням у першому триместрі вагітності є загроза мимовільного абортів. Найчастіше в основі мимовільного абортів у хворих на міому матки у першому триместрі вагітності лежать ембріопатії. Розвиток плода набуває дефектного характеру, починається безладна проліферація зачатків і органів — ріст плода та його життєдіяльність припиняються [5]. Останнім часом завдяки деяким клінічним дослідженням було доведено, що підвищення рівня прогестерону стимулює розвиток і ріст міоми матки.

Нами наводиться клінічний випадок виявлення міоми матки великих розмірів (що відповідає 11–12 тиж вагітності) на фоні першої вагітності в терміні 11–12 тиж у 32-річної жінки.

Пацієнтка С. звернулася у поліклініку Одеського обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на періодичні болі внизу живота тягучого характеру протягом останнього місяця. Хвора протягом двох останніх тижнів одержувала у жіночій консультації у зв'язку з загрозою переривання першої бажаної вагітності терапію, що була спрямована на збереження цієї вагітності. При контрольному УЗД, зробленому у жіночій консультації в терміні 11–12 тиж, була виявлена пухлина лівого яєчника, яка за

структурою більше нагадувала дермоїдну кисту. З анамнезу відомо, що пацієнтка гінекологічними захворюваннями не страждала, оваріально-менструальний цикл — без особливостей. При бімануальному дослідженні: тіло матки збільшене до 11–12 тиж вагітності, м'якуватої консистенції, трохи відхилене вправо, рухливе, безболісне при пальпації. В ділянці лівих придатків матки пальпувалося щільне утворення розмірами 10×12×8 см, обмежено рухливе, безболісне. Праві придатки матки не збільшені, безболісні. Склепіння вільні, безболісні. При комплексному клініко-лабораторному обстеженні інших змін виявлено не було.

На підставі клініко-анамнестичних характеристик, лабораторного й інструментального обстеження пацієнтці було встановлено клінічний діагноз: пухлина лівого яєчника, *suspicio sr ovariorum*, вагітність перша (11–12 тиж). Із супровідної патології у хворої мала місце вегето-судинна дистонія за змішаним типом.

У гінекологічному відділенні ООД, згідно з існуючою тактикою та з огляду на великі розміри пухлини і підозру на наявність раку яєчників, було прийнято рішення про виконання лапаротомії, видалення пухлини лівого яєчника з інтраопераційним цитологічним дослідженням препарату.

Лапаротомія здійснювалася нижньосерединним доступом з причини великих розмірів пухлини і через можливе розширення обсягу операції у разі виявлення злоякісного новоутворення яєчників. При ревізії органів малого таза було виявлено: тіло матки розм'якшене, блідо-рожевого кольору, відхилене вправо, збільшене відповідно 18–19 тиж вагітності, грубо деформоване за рахунок інтрамурального міоматозного вузла, що виходить з лівої бічної стінки, розмірами 11×10×7 см, попелястого ко-

льору (рис. 1). Яєчники з обох боків білуватого кольору, не збільшені, без візуальних змін. Маткові труби по обидва боки без візуальних особливостей. Іншої патології у малому тазі та черевній порожнині виявлено не було. З урахуванням віку пацієнтки, бажання реалізувати репродуктивну функцію у майбутньому, розмірів міоматозного вузла і терміну вагітності було прийнято рішення про виконання міомектомії з можливим збереженням цілісності плідного яйця. Міомектомія здійснювалася за стандартною методикою [1; 10]. Але при висіченні міоматозного вузла було виявлено центр-епітальний ріст останнього та вільне перебування плідного яйця у порожнині матки, що стало показанням до видалення плідного яйця (рис. 2). Після видалення плідного яйця був зроблений кюретаж порожнини матки з метою видалення залишків плаценти. На матку були накладені трьохрядні кетгуттові шви. Черевна порожнина ушита пошарово наглухо, на шкіру накладено



Рис. 1. Міоматозний вузол та плідне яйце



Рис. 2. Плідне яйце



безперервний косметичний шов. У післяопераційному періоді хворій було проведено стандартну антибактеріальну та інфузійно-трансфузійну терапію на фоні внутрішньовенного введення 15 ОД окситоцину на добу. З 3-ї доби післяопераційного періоду пацієнтці призначено монофазний комбінований оральний контрацептив «Жанін» у безперервному режимі протягом трьох циклів із переходом на циклічний режим прийому препарату протягом півроку з подальшим вирішенням питання щодо вагітності. Післяопераційний гістологічний висновок: вузлова фібролейомиома матки з дисциркуляторними розладами, плідне яйце. Післяопераційний період пройшов без особливостей. Загоєння післяопераційного шва — первинним натягом. Хвора виписана зі стаціонару на 8-му післяопераційну добу й у даний час перебуває під спостереженням.

Даний клінічний випадок показує, що, незважаючи на до-

сить низьку зустрічальність міоми матки під час вагітності й усталену думку про те, що міома матки регресує на фоні вагітності, сучасному клініцистові слід враховувати фактори ризику розвитку міоми матки на фоні вагітності й у сумнівних випадках застосовувати додаткові методи дообстеження (комп'ютерна томографія, магніторезонансна томографія). Крім того, ми вважаємо, що з огляду на гіперпрогестеронемію, існуючу у вагітних, за наявності певної схильності останні є групою ризику з розвитку міоми матки.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. — СПб.: «ООО Изд-во Фолиант», 2002. — 542 с.
2. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 400 с.
3. Гилязутдинов И. А., Хасанов Р. Ш. Опухоли гормонально зависимых и гормонопродуцирующих органов. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 455 с.

4. Запорожан В. Н. Акушерство и гинекология: В 2-х книгах. — К.: Здоров'я, 2001.

5. Запорожан В. М., Цегельський М. Р. Гінекологічна патологія: Атлас: Навч. посібник. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2002. — 308 с.

6. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / Под ред. И. С. Сидоровой. — М.: Мед. информ. агентство, 2002. — 256 с.

7. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов / Под ред. Е. Е. Вишневской. — Мн.: Выш. шк., 2002. — 416 с.

8. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). — СПб.: «ЭЛБИ», 2000. — 236 с.

9. Татарчук Т. Ф., Косей Н. В., Могилевский Д. М. Современные аспекты лечения лейомиомы матки в репродуктивном периоде // Здоровье женщины. — 2004. — № 4 (20). — С. 94-98.

10. Хирш Х. А., Кезер О., Икле Ф. А. Оперативная гинекология: Атлас: Пер. с англ. / Под ред. В. И. Кулакова, И. В. Федорова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 656 с.

11. Titlman A. J. Smooth muscle neoplasm's of the uterus // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 1997. — Vol. 9, N 1. — P. 48-51.

