

2. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. — М.: МФОЗМиР, 2000. — 80 с.
3. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. — М.: Медицина, 1999. — 240 с.
4. Лусс Л.В. Аллергия — болезнь цивилизации: эпидемиология, факторы риска, этиология, классификация, механизм развития // Consil. Med. Алергол. — 2002. — Т. 2, №2. — С. 23–25.
5. Торопова Н.П., Синявская О.А. Экзема и нейродермит у детей (современные представления о патогенезе, клинике, лечении и профилактике). — Свердловск, 1993. — 447 с.
6. Шамов Б.А. Атопический дерматит у детей: медико-социальные аспекты и новые подходы его реабилитации / В кн.: Методологические и организационные основы медико-социальной профилактики. — Казань, 2004. — С. 65–77.
7. Шамов Б.А., Маланичева Т.Г., Денисова С.Н. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей / Под ред. А.Г. Шамовой. — Казань: Медицина, 2010. — 328 с.
8. Шамов Б.А., Шамова А.Г. Атопический дерматит у детей. — Казань: Новое знание, 2006. — 256 с.
9. Asher M., Keil U., Anderson H. et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood — ISAAC: rationale and methods // Eur. Respir. J. — 1995. — Vol. 8. — P. 483–491.
10. Bjorksten B., Dumitrescu D., Foucard T. et al. Prevalence of childhood asthma, rhinitis and eczema in Scandinavia and Eastern Europe // Eur. Resp. J. — 1997. — Vol. 10. — P. 743–749.
11. Stewart A.W., Mitchell E.A., Pearce N. et al. The relationship of per capita gross national product to the prevalence of symptoms of asthma and other atopic diseases in children (ISAAC) // Intern. J. Epidemiol. — 2001. — Vol. 30. — P. 173–179.

УДК 616.314.003.8-009.6-053-08: 616-036.8-072.8

T14

ВЛИЯНИЕ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА И ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

Динара Мадритовна Исламова^{1*}, Альбина Ирековна Булгакова¹, Ильдар Вакилевич Валеев¹,
Рустам Мухаметьянович Дюмеев²

¹Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа,

²Стоматологическая поликлиника №6, г. Уфа

Реферат

Цель. Изучение влияния клиновидного дефекта и гиперестезии зуба на качество жизни пациентов.

Методы. Обследованы 118 пациентов с клиновидным дефектом и гиперестезией зуба. Снижение качества жизни оценивали с использованием опросника ОНП-14 (профиль влияния стоматологического здоровья), состоящего из 14 вопросов и 7 шкал (ограничение функций, физический дискомфорт, психологический дискомфорт, физические нарушения, психологические расстройства, социальные ограничения, ущерб). Комплекс лечения в основной группе (57 больных) включал снятие симптома гиперестезии зуба с помощью препарата «Нанофлюор», пломбирование при средней и глубокой стадиях клиновидного дефекта. В группе сравнения (61 пациент) использовали препарат «Глуфторэл» (ЗАО «ВладМиВа», Белгород), проводили пломбирование при средней и глубокой стадиях клиновидного дефекта.

Результаты. Минимальное суммарное количество баллов по опроснику ОНП-14 выявлено у пациентов с поверхностным клиновидным дефектом зуба, максимальное — при глубоком клиновидном дефекте (чем больше показатели, тем ниже качество жизни). Пациенты в возрастных группах 31–40 и 41–50 лет отмечали минимальное снижение качества жизни, худшие показатели были зафиксированы у пациентов 18–30 лет, а также в возрасте 51 год и старше. После лечения глубокого клиновидного дефекта оценка качества жизни по ОНП-14 пациентами группы сравнения оказалась хуже, чем в основной группе, различия были статистически значимыми по общему индексу качества жизни, а также шкалам «Ограничение функций» и «Физические ограничения». При среднем клиновидном дефекте значимо отличалась оценка качества жизни по шкалам «Ограничение функций», «Физический дискомфорт» и «Психологические расстройства». При поверхностном клиновидном дефекте зуба значимых различий между группами после лечения не обнаружено.

Вывод. Гиперестезия и нарушение эстетики значительно влияют на комфорт пациентов, что снижает качество их жизни; минимальное снижение оценки качества жизни установлено при поверхностной стадии клиновидного дефекта зубов, наибольшее — при глубоком клиновидном дефекте зуба.

Ключевые слова: качество жизни, клиновидный дефект зуба, симптом гиперестезии зуба, опросник ОНП-14.

INFLUENCE OF WEDGED CERVICAL LESIONS AND DENTINE HYPERSENSITIVITY ON QUALITY OF LIFE

D.M. Islamova¹, A.I. Bulgakova¹, I.V. Valeev¹, R.M. Dumeev². ¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia, ²Out-patient Dental Clinic №6, Ufa, Russia. **Aim.** To study the influence of wedged cervical lesions and dentin hypersensitivity on quality of life. **Methods.** 118 patients with wedged cervical lesions and dentin hypersensitivity were examined. The quality of life was assessed using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) 14-item questionnaire focusing on seven dimensions of impact (functional limitation, pain, psychological discomfort, physical disability, psychological disability, social disability and handicap). Treatment in patients of the first group (57 patients) included dentin hypersensitivity relief using the «Nano-fluor» fluoride varnish and dental restoration in patients with medium and promoted stages of wedged cervical lesions. Patients of the control group were treated with «Gluflore» fluoride liquid, dental restoration was performed in patients with medium and promoted stages of wedged cervical lesions. **Results.** Patients with superficial wedged cervical lesions had lower

OHIP-14 scores, indicating better quality of life, with promoted wedged cervical lesions — higher OHIP-14 scores. OHIP-14 scores were higher in patients aged 31–40 and 41–50 years, and lower in patients aged 18–30 years and over 51 years. After treatment of promoted wedged cervical lesions OHIP-14 scores were better in the treatment group compared to the control group with statistically significant difference in functional limitation and physical disability dimensions scores, as well as in combined OHIP-14 score. In patients with medium-stage wedged cervical lesions there was a relevant difference in functional limitation, pain and psychological disability scores. There were no significant differences between the groups in patients with superficial wedged cervical lesions. **Conclusion.** Dentin hypersensitivity and bad dental appearance influence the patients' comfort decreasing their quality of life, with minimal influence in patients with superficial wedged cervical lesions and maximal influence in patients with promoted wedged cervical lesions. **Keywords:** quality of life, wedged cervical lesion, dentin hypersensitivity, OHIP-14.

Проблема диагностики и оценки эффективности проведённого лечения у пациентов стоматологического профиля остаётся по-прежнему актуальной, поскольку стоматология — специальность, которая решает проблемы восстановления анатомии, функций и эстетики челюстно-лицевой области. Чаще всего пациенты жалуются на эстетический дефект и боль, что оказывает негативное влияние на психоэмоциональный статус и качество жизни пациента. По оценке Всемирной Организации Здравоохранения, качество жизни — характеристика физического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Качество жизни может выступать как дополнительный или основной критерий оценки результата лечения [8, 9]. Анализ ближайших результатов лечения в основном базируется на субъективных ощущениях пациента. В этой категории мы рассматриваем симптомы заболевания, жалобы, временную утрату работоспособности, которые определяют краткосрочное снижение качества жизни. Оценка долгосрочных показателей зависит от выживаемости пациентов и частоты необходимых госпитализаций. При этом анализируют симптомы и жалобы, влияющие

на отдалённый прогноз заболевания (скорость прогрессирования процесса, стойкая утрата работоспособности, уменьшение продолжительности жизни, потеря социальной активности, зависимость от лекарственных средств или постоянного медицинского контроля и др.). Существует ряд опросников (шкал), состоящих из различных категорий или параметров с заданным количеством вопросов, оценку осуществляют по полярным шкалам или выражают в баллах [9].

Некариозные поражения, в частности клиновидный дефект (КД) зуба, относятся к наиболее распространённой патологии твёрдых тканей зубов. Частота их постоянно растёт, за предыдущие 20 лет она увеличилась до 38,5–82% [1, 5]. Несмотря на многочисленные исследования, этиология КД до конца не выяснена [2]. По мере усугубления процесса убыли твёрдых тканей зуба присоединяется симптом гиперестезии зуба [3]. Чаще всего пациенты жалуются на эстетический дефект и боль, что оказывает негативное влияние на их психоэмоциональный статус и качество жизни.

Цель нашего исследования — изучение влияния КД и гиперестезии зуба на качество жизни пациентов.

Обследованы 118 пациентов с КД зубов

Таблица 1

Оценка снижения качества жизни пациентов при помощи опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья-14» (ОНП-14) в зависимости от стадии клиновидного дефекта (КД) зуба, баллы

| Шкалы | Поверхностный КД | | Средний КД | | Глубокий КД | |
|--------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Основная группа | Группа сравнения | Основная группа | Группа сравнения | Основная группа | Группа сравнения |
| Общая оценка | 28,667±6,8* | 18,667±2,4 | 34,087±8,4* | 32,870±8,4 | 35,389±7,8 | 34,500±8,7 |
| ОФ | 6,000±2,00 | 6,167±1,94 | 6,435±1,59 | 6,739±1,60 | 7,444±1,29 | 6,889±1,32 |
| ФД | 4,000±1,67* | 4,167±1,72 | 5,087±1,37 | 5,043±1,29 | 5,167±1,20 | 5,167±1,38 |
| ПД | 3,000±1,26 | 2,500±0,83 | 3,261±1,25 | 2,739±1,01 | 2,611±0,77 | 2,667±0,97 |
| ФН | 4,000±1,78 | 4,167±1,72 | 5,478±1,53* | 5,565±2,12 | 6,222±2,13* | 6,111±1,84 |
| ПР | 4,667±2,06 | 4,833±1,94 | 5,217±1,56 | 5,261±1,57 | 6,333±1,32 | 5,833±1,24 |
| СО | 4,167±1,60 | 3,000±0,89 | 4,957±2,47 | 3,913±2,31 | 4,500±1,94 | 4,056±2,28 |
| У | 2,833±1,32* | 2,833±0,98 | 3,652±1,79 | 3,609±1,64 | 3,111±1,87 | 3,778±1,92 |

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с группой сравнения; ОФ — ограничение функций; ФД — физический дискомфорт; ПД — психологический дискомфорт; ФН — физические нарушения; ПР — психологические расстройства; СО — социальные ограничения, У — ущерб.

Таблица 2
Оценка снижения качества жизни пациентов с клиновидным дефектом и гиперестезией зуба при помощи опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья-14» (ОНПР-14) в зависимости от возраста, баллы

| Шкалы | 18-30 лет | | 31-40 лет | | 41-50 лет | | 51 год и старше | |
|--------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Основная группа | Группа сравнения | Основная группа | Группа сравнения | Основная группа | Группа сравнения | Основная группа | Группа сравнения |
| Общая оценка | 35,800±9,602 | 37,333±8,779 | 29,571±6,779* | 31,556±6,405 | 32,444±6,579 | 27,888±6,210 | 35,192±8,598* | 34,714±9,334 |
| ОФ | 5,600±1,140 | 7,167±2,401 | 5,571±1,134 | 7,000±1,225 | 6,778±1,202* | 6,182±1,401 | 7,308±1,668 | 6,762±1,446 |
| ФД | 4,800±1,924 | 5,167±1,835 | 4,714±0,951* | 5,000±1,118 | 5,000±1,225 | 4,455±1,293 | 5,077±1,468 | 5,190±1,436 |
| ПД | 4,200±1,304 | 3,833±0,983 | 3,143±1,345 | 2,333±0,500 | 2,778±0,833* | 2,182±0,405 | 2,769±0,992* | 2,762±1,044 |
| ФН | 5,400±1,817 | 5,333±2,422 | 4,429±1,512* | 5,778±2,048 | 5,111±2,205 | 4,727±1,849 | 6,077±1,831 | 6,048±1,987 |
| ПР | 5,200±2,168 | 5,000±1,897 | 4,714±1,976* | 5,667±1,225 | 5,333±1,323* | 4,909±1,578 | 5,962±1,509 | 5,714±1,488 |
| СН | 5,800±2,490 | 6,000±2,191 | 4,143±1,464 | 2,778±0,833 | 4,556±2,351 | 2,636±0,809 | 4,654±2,244 | 4,333±2,456 |
| У | 4,800±1,924 | 4,833±1,329 | 2,857±1,574 | 3,000±1,323 | 2,889±1,364 | 2,727±1,104 | 3,346±1,853 | 3,905±1,921 |

Примечание: *р <0,05 по сравнению с группой сравнения; ОФ — ограничение функций; ФД — физический дискомфорт; ПД — психологический дискомфорт; ФН — физические нарушения; ПР — психологические расстройства; СО — социальные ограничения, У — ущерб.

Таблица 3
Оценка снижения качества жизни пациентов при помощи опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья-14» (ОНПР-14) в зависимости от стадии клиновидного дефекта (КД) зуба через 6 мес после лечения, баллы

| Шкалы | Поверхностный КД | | Средний КД | | Глубокий КД | |
|--------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Основная группа | Группа сравнения | Основная группа | Группа сравнения | Основная группа | Группа сравнения |
| Общая оценка | 27,667±6,919 | 19,333±3,266 | 19,304±2,494 | 22,348±3,284 | 20,889±3,104* | 24,222±4,052 |
| ОФ | 2,833±0,753 | 3,500±1,049 | 3,130±0,548 | 4,565±1,080 | 3,611±0,608* | 4,611±0,850 |
| ФД | 2,833±0,753 | 3,000±0,894 | 3,087±0,793 | 3,565±0,843 | 3,444±0,922* | 3,889±1,079 |
| ПД | 2,333±0,816 | 2,000±0,000 | 2,174±0,388 | 2,130±0,344 | 2,167±0,383 | 2,222±0,428 |
| ФН | 2,833±1,169 | 2,833±1,329 | 2,913±0,900 | 3,174±1,154 | 3,278±1,074 | 4,056±1,305 |
| ПР | 3,000±0,894 | 3,167±0,753 | 2,957±0,475 | 3,522±0,898 | 3,389±0,608 | 3,778±0,808 |
| СН | 2,667±0,816 | 2,333±0,516 | 2,739±0,864 | 2,826±1,114 | 2,667±0,907 | 3,000±0,907 |
| У | 2,167±0,408 | 2,500±0,548 | 2,304±0,470 | 2,565±0,728 | 2,333±0,485 | 2,667±0,767 |

Примечание: *р <0,05 по сравнению с группой сравнения; ОФ — ограничение функций; ФД — физический дискомфорт; ПД — психологический дискомфорт; ФН — физические нарушения; ПР — психологические расстройства; СО — социальные ограничения, У — ущерб.

и гиперестезией зуба: с поверхностным КД зуба — 17 человек, со средним КД — 58 человек, с глубоким КД — 43 человека. Обследование включало сбор анамнеза по разработанной нами схеме, опрос, клинический осмотр, электроодонтодиагностику, пробу Шиффа, оценку качества жизни.

В зависимости от применяемых методов лечения сформированы две группы пациентов. Основная группа — 57 больных, 37 (64,9%) женщин и 20 (35,1%) мужчин в возрасте от 22 до 78 лет (в среднем $52,1 \pm 14,7$ года). Группа сравнения — 61 больной, женщин 39 (63,9%), мужчин 22 (36,1%), возраст от 22 до 73 лет (в среднем $48,2 \pm 13,3$ года). Группы пациентов были однородны по возрасту (коэффициент вариации составил 28,3 и 27,7% соответственно).

Комплекс лечения в основной (первой) группе включал снятие симптома гиперестезии зуба с помощью препарата «Нанофлюор», а также пломбирование дефекта при средней и глубокой стадии КД зубов. Наноструктурный коллоидный гидроксипапатит, входящий в состав препарата «Нанофлюор», способствует восстановлению минеральной структуры эмали зуба, чувствительность зубов заметно уменьшается в результате obturации дентинных каналов [6]. Перед лечением всех пациентов консультировали стоматолог-пародонтолог и врач-ортодонт.

В группе сравнения (второй) после консультации стоматолога-пародонтолога и врача-ортодонта снятие симптома гиперестезии зуба осуществлялась с помощью препарата «Глуфторэд» (ЗАО «ВладМиВа», Белгород), при средней и глубокой стадии КД зубов выполняли последующее пломбирование.

Исследование качества жизни проводили с использованием опросника ОНП-14 (профиль влияния стоматологического здоровья — Oral Health Impact Profile). Опросник состоит из 14 вопросов и включает 7 основных шкал, оценивающих наиболее существенные стоматологические параметры качества жизни: ограничение функций, физический дискомфорт, психологический дискомфорт, физические нарушения, психологические расстройства, социальные ограничения, ущерб. В шкале «Ограничение функций» пациент самостоятельно оценивает степень нарушения ряда функций организма. Вопросы 1–5 характеризуют проблемы, возникающие при приёме пищи, а вопросы 6–8 — проблемы, возникающие при общении. Качество жизни

пациентов было определено до и после проводимого лечения.

При первичном опросе и осмотре все пациенты предъявляли жалобы на гиперестезию зуба и эстетическую неудовлетворённость. Проведённый анализ опросников и анкет выявил взаимосвязь между оценкой качества жизни пациентами, стадией заболевания и возрастом пациентов.

В зависимости от стадии заболевания различалась оценка качества жизни (табл. 1). Минимальное суммарное количество баллов в опроснике ОНП-14 ($18,66 \pm 2,42$) выявлено у пациентов с поверхностным КД зубов, максимальное ($35,38 \pm 7,84$) — при глубоком КД зубов (чем больше показатель, тем ниже оценивают качество жизни).

Оценка качества жизни также зависела от возраста (табл. 2). По всем аспектам пациенты в возрастных группах от 31 до 40 лет и от 41 до 50 лет отмечали минимальное снижение качества жизни, худшие показатели были зафиксированы у пациентов 18–30 лет и в возрасте 51 год и старше. Общий индекс оценки качества жизни значительно различался у пациентов основной группы и группы сравнения в возрасте от 31 до 40 лет и старше 50 лет. В основной группе и группе сравнения значительно различалась оценка по шкале «Ограничение функций» ($p < 0,05$) в возрастных группах 31–40 лет, 41–50 лет, 51 год и старше. Группы значительно различались в оценке по шкале «Физический дискомфорт» в возрастной группе от 31 до 40 лет ($p < 0,05$). У пациентов основной группы и группы сравнения в возрасте от 18 до 30 лет значимых различий в оценке качества жизни не выявлено.

После лечения практически по всем шкалам ОНП-14 в основной группе произошло большее повышение качества жизни (табл. 3). После лечения глубокого КД оценка качества жизни пациентами группы сравнения оказалась хуже, чем в основной группе. Различия были статистически значимыми по общему индексу качества жизни, а также по шкалам «Ограничение функций» и «Физические ограничения». При среднем КД у пациентов основной группы и группы сравнения значительно различалась оценка качества жизни по шкалам «Ограничение функций», «Физический дискомфорт» и «Психологические расстройства». При поверхностном КД значимых различий между группами после лечения не обнаружено.

ВЫВОДЫ

1. Наличие гиперестезии и нарушение эстетики значительно влияют на комфорт пациентов, что снижает качество их жизни. Минимальное снижение качества жизни установлено при поверхностной стадии клиновидного дефекта зубов, наибольшее — при глубоком клиновидном дефекте зубов.

2. Выявлено выраженное ухудшение оценки качества жизни у пациентов в возрастной группе от 18 до 30 лет по сравнению с другими возрастными группами, что может быть обусловлено недостаточной адаптацией к данной патологии. Низкая оценка качества жизни у пациентов в возрастной группе 51 год и старше объясняется присоединением сопутствующей патологии.

3. Применение препарата «Нанофлюор» позволяет улучшить оценку качества жизни у пациентов с клиновидным дефектом и гиперестезией зуба.

4. Применение опросников в повседневной практике врача-стоматолога способствует повышению качества диагностики и позволяет оптимизировать методики лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гилева О.С. Повышенная чувствительность зубов (методические рекомендации). — Пермь, 2009. — 30 с.
2. Макеева И.М., Шевелок Ю.В. Рабочая классификация клиновидных дефектов зубов // Стоматол. для всех. — 2011. — №3. — С. 7–8.
3. Максимовская Л.Н. Использование десенсиайзера двойного действия для лечения повышенной чувствительности твёрдых тканей зуба // Маэстро стоматол. — 2002. — №2. — С. 80–81.
4. Новик А.А., Ионов Т.И. Руководство по использованию качества жизни в медицине. — СПб.: Издательский дом Нева, М: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир. — 2002. — 320 с.
5. Цимбалитов А.В., Жидких В.Д., Садилов Р.А. Клиническое значение микроструктуры и минерализации твёрдых тканей зубов при лечении клиновидных дефектов // Новое в стоматол. — 2000. — №3. — С. 12–18.
6. Чув В.П., Посохова В.Ф., Чув В.В. и др. «Нанофлюор» — биоактивный фторирующий лак нового тысячелетия // Институт стоматол. — 2011. — №1. — С. 52–53.
7. Kolker J.L., Vargas M.A., Armstrong S.R. Effect of dentin desensitizing agents on dentin permeability // J. Dental Res. — 2002. — Vol. 81. — P. 63–67.
8. Schiff T., He T., Sagel L., Baker R. Efficacy and safety of a novel stabilized stannous and sodium hexametaphosphate dentifrice for dental hypersensitivity // J. Contemp. Dent. Pract. — 2006. — Vol. 7, N 2. — P. 1–8.
9. Hunt S.M. The problem of quality of life // Qual. Life Res. — 1997. — Vol. 6. — P. 205–210.

УДК 616.853-055.2: 615.213: 616.43: 612.621.31

T15

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Шахла Намиг гизы Мехтиева*

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Реферат

Цель. Оценить влияние эпилепсии и принимаемых противоэпилептических препаратов на церебральное регулирование гормональной секреции и овариальной функции у женщин репродуктивного возраста.

Методы. Репродуктивная эндокринная функция исследована у 82 женщин с эпилепсией, из которых 37 не принимали противоэпилептические препараты (первая группа), 45 пациенток получали противоэпилептическую терапию (вторая группа), а также 17 здоровых женщин (контрольная группа). В течение фолликулярной (n=48) и лютеиновой (n=34) фаз менструального цикла определяли сывороточное содержание эстрадиола, прогестерона, пролактин, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона и дегидроэпиандростерона.

Результаты. У пациенток, не лечившихся от эпилепсии в фолликулярном менструальном цикле, содержание эстрадиола было ниже, а пролактин — выше нормы. В лютеиновой фазе менструального цикла количество эстрадиола, прогестерона, дегидроэпиандростерона было ниже, а тестостерона — значительно выше нормы, как у проходивших, так и не проходивших противоэпилептическое лечение. При сравнении параметров в двух группах у женщин, не проходивших лечение, уровень эстрадиола был ниже в обеих овариальных фазах, чем у женщин, принимавших противоэпилептические препараты. Эндокринная функция у женщин, не принимающих противоэпилептические препараты, и пациенток контрольной группы значительно различается на всех уровнях репродуктивной нейроэндокринной системы. Значительные репродуктивные гормональные изменения происходят у женщин, не получающих антиэпилептическую терапию.

Вывод. Эпилепсия и проводимая противоэпилептическая терапия могут оказывать влияние на церебральное регулирование гормональной секреции у женщин.

Ключевые слова: стероидные гормоны, женщины, эпилепсия, противосудорожные средства.

NEUROENDOCRINE DISORDERS IN WOMEN WITH EPILEPSY DEPENDING ON ANTICONVULSANTS INTAKE S.N. Mekhtieva. Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan. **Aim.** To assess the influence of epilepsy and anticonvulsants on central control of hormone release and ovarian function in women of reproductive age. **Methods.** The reproduc-