

2. Mamedov M. N. Rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu metabolicheskogo sindroma / M. N. Mamedov // - Moskva: Multiprint. – 2005.
3. Oganov R. G. Shkola po diagnostike i lecheniyu metabolicheskogo sindroma/ R. G. Oganov, M. N. Mamedov // - M.: Meditsinskaya kniga. – 2007.
4. Chazova I. E. Metabolicheskiy sindrom / I. E. Chazova, V. B. Myichka // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2003. No. 3. S. 32-38.
5. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). // JAMA – 2001, Vol. 285, P. 2486-2497.
6. Ford E.S. Prevalence of metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey / E.S. Ford, W.H. Giles, W.H. Dietz // - JAMA – 2002- Vol.287 (3), P. 356–359.
7. Grundy S.M. Obesity, Metabolic Syndrome and Cardiovascular Disease. / Grundy S.M. // J Clin Endocrinol Metab – 2004, Vol.89, P. 2595-600.
8. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Brussels, Belgium. – 2006.

### Реферати

#### ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Мамедгасанов Р. М., Аббасова Л. К., Мешадиева С. Е.

У статті дана інформація про дослідження, присвячену вивченню та лікуванню порушень менструального циклу у жінок з метаболічним синдромом. У дослідження, проведене з 2011 по 2013 роки, включені результати обстеження 50 пацієнтів з метаболічним синдромом до і після лікування, що скаржаться на порушення менструального циклу. Дослідження показало, що порушення менструального циклу у жінок з метаболічним синдромом в основному пов'язані з наявністю у них синдрому полікістозних яєчників. Порушення менструального циклу були в основному за типом олігоменореї і аменореї. Лікування порушень менструального циклу у жінок з метаболічним синдромом препаратом Гальвусмет 50/1000 мг дало позитивні результати. Результати лікування показали, що протягом перших 6-ти місяців лікування у жінок з 1 і 2 ступенем ожиріння ІМТ нормалізувався. Рівень інсуліну натще в цих групах знизився до норми, менструальний цикл нормалізувався (26 – 31 день). У жінок з третім ступенем ожиріння вага знизилася до першого ступеня ожиріння, менструальний цикл відновився (34 – 40 днів). Результати лікування жінок з порушеннями менструального циклу та метаболічним синдромом (полікістоз яєчників з інсулінорезистентністю) показали, що препарат Гальвусмет 50/1000 мг є ефективним засобом лікування при даній патології.

**Ключові слова:** метаболічний синдром, інсулінорезистентність, аменорея.

Стаття надійшла 14.01.2016 р.

#### TREATMENT OF DISORDERS OF THE MENSTRUAL CYCLE IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

Mamedgasanov R. M., Abbasova L. K., Mesadieu S. E.

Internal diseases Department of Azerbaijan Medical University, Baku The article provides information about the study and treatment of disorders of the menstrual cycle in women with metabolic syndrome. In a study conducted from 2011 to 2013, included the results of a survey of 50 patients with metabolic syndrome before and after treatment, complaining of menstrual irregularities. The study showed that menstrual irregularities in women with metabolic syndrome are mainly related to the presence of polycystic ovary syndrome. Menstrual irregularities were mainly in the type of oligomenorrhea and amenorrhea. Treatment of disorders of the menstrual cycle in women with metabolic syndrome drug Galvusmet 50/1000 mg gave positive results. The results showed that during the first 6 months of treatment in women with 1 and 2 degree obesity BMI is normalized. Fasting insulin level in these groups has fallen to normal, menstrual cycle is normal (26 – 31 days). Women with a third degree of obesity, the weight decreased to the first degree of obesity, the menstrual cycle was restored (34 – 40 days). The results of the treatment of women with menstrual disorders and metabolic syndrome (polycystic ovaries with insulin resistance) showed that the drug Galvusmet 50/1000 mg is effective in the treatment of this disease.

**Key words:** metabolic syndrome, insulin resistance, amenorrhea.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616-003.92

Я. П. Натірний

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, м. Тернопіль

#### ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СПОСОБІВ ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ РУБЦІВ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ

Рубці досі залишаються однією з проблем хірургії. В даний час немає однозначного підходу до їх терапії. Тому нами була розроблена модифікація лазерної дермабразії – лазерна перфорація поверхні рубця. Нами проведено аналіз та порівняння результатів лікування гіпертрофічних рубців за допомогою лазерної шліфовки та лазерної перфорації поверхні рубця. Дані клінічних досліджень доводять більшу ефективність запропонованого нами методу. На наш погляд, такі результати можна пояснити малою інвазивністю методики, швидкими термінами загоєння, що і призводить до контролюваного процесу реструктуризації гіпертрофічного рубця.

**Ключові слова:** гіпертрофічні рубці, лазерна дермабразія, лазерна перфорація, клінічна ефективність.

Робота є фрагментом НДР «Розробка і удосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації і профілактики вроджених і набутих захворювань, дефектів і деформацій щелепно-лицевої ділянки, номер державної реєстрації 0105U004081.

Рубці до теперішнього часу залишаються однією з проблем хірургії [1]. За даними літератури патологічні рубці утворюються у 12-40% осіб, які перенесли ті чи інші операції і травми [6]. Патологічні рубці шкіри, що виникають після перенесених опіків, травм, а також після планових операцій, не тільки створюють неприємні відчуття, але і спотворюють людини, нерідко викликають серйозні функціональні порушення аж до інвалідизації, призводять до розвитку нервово-психічних розладів, що погіршує якість життя і обмежують працездатність [1].

В даний час немає однозначного підходу до терапії рубців. Її характер визначається локалізацією, глибиною ушкодження, його розміром, а також віком пацієнта і відповіддю на лікування. Для лікування гіпертрофічних рубців застосовують ббіагностику пов'язки, компресійну терапію, кріотерапію, ін'єкції пролонгованих кортикостероїдів, хірургічні методи лікування і лазерну шліфовку (лазерну дермабразію) [5, 7]. Лазерна дермабразія полягає повному або частковому видаленні епідермісу або тканини рубця за допомогою CO<sub>2</sub> лазера з метою вирівнювання рельєфу [2]. Але, на жаль, дана методика, як і всі вище перераховані методи, не завжди є ефективною і призводить до рецидиву гіпертрофічного рубця в 30-65% випадків [4]. Тому нами була розроблена модифікація лазерної шліфовки – лазерна перфорація поверхні рубця. Використання даної методики дозволяє в меншій мірі травмувати рубець і в той же час максимально змінювати його структуру. У результаті гіпертрофічний рубець швидко, без рецидиву, розм'якшується і трансформується в ббіагностикаббіаббіа.

Нами проводилося клінічне дослідження ефективності лікування гіпертрофічних рубців з допомогою лазерної шліфовки та лазерної перфорації поверхні рубця CO<sub>2</sub> лазером. Результати оцінювалися за Ванкуверською шкалою (ббіагн. 1).

Таблиця 1

**Ванкуверська шкала**

Параметр	Характеристика рубця	Бали
<b>Васкуляризація</b>	Нормальний	0
	Рожевий	1
	Червоний	2
	Фіолетовий	3
<b>Пігментація</b>	Нормальний	0
	Гіпопігментація	1
	Гіперпігментація	2
<b>Податливість</b>	Нормальний	0
	Гнучкий	1
	Податливий	2
	Тугий	3
	Пружний	4
	Контрактура	5
<b>Висота</b>	Плоский	0
	<2 мм	1
	2-5 мм	2
	> 5 мм	3
	Загальна кількість балів	13

У зарубіжній літературі існують різні критерії оцінки ефективності застосовуваних методів лікування: клінічні, морфологічні, оцінка якості життя пацієнта, а також різні оціночні шкали і таблиці. Найбільшого поширення набула Ванкуверська шкала – Vancouver Scar Scale, яку ми використовуємо для оцінки ефективності лікування пацієнтів з гіпертрофічними рубцями при порівнянні двох методів. Ця шкала дозволяє оцінити наступні клінічні прояви рубця: васкуляризацію, пігментацію, еластичність і висоту над рівнем здорової шкіри, кожен з яких має від 4 до 6 можливих варіантів відповідей. Загальний результат за даною шкалою може бути від 0 до 14 балів, при цьому результат 0 відповідає незмінній шкірі.

**Метою** роботи був аналіз та порівняння результатів лікування гіпертрофічних рубців за допомогою лазерної шліфовки та лазерної перфорації поверхні рубця.

**Матеріал та методи дослідження.** На базі кафедри хірургічної стоматології у клінічному дослідженні брало участь 24 пацієнти віком від 19 до 42 років з різною локалізацією

гіпертрофічних рубців шкіри обличчя. Пацієнти були розподілені на дві клінічні групи залежно від методики лікування гіпертрофічного рубця (67іагн. 2). У першій групі 12 пацієнтам проводили лазерну дермабразію за допомогою CO<sub>2</sub> лазера. У другій групі 12 пацієнтам лікування гіпертрофічних рубців здійснювали за допомогою одноразової перфорації поверхні рубця.

Таблиця 2

## Розподіл пацієнтів

Локалізація рубців	I група	II група
Щічна ділянка	4	4
Вилична ділянка	3	4
Лобна ділянка	2	2
Ділянка верхньої губи	3	2
Всього	12	12

У дослідження були включені пацієнти з поодинокими гіпертрофічними рубцями, площа яких не перевищувала 2 см<sup>2</sup>, внаслідок чого достатньо було одного сеансу.

При першому огляді оцінювали стан гіпертрофічного рубця за допомогою Ванкуверської шкали, стан рубцевої тканини фотографували. У даному дослідженні використовували CO<sub>2</sub> лазер нового покоління: лазерний хірургічний апарат Ланцет-2. Застосований суперімпульсний режим є оригінальним режимом впливу CO<sub>2</sub> лазера на біологічні тканини [8]. При його застосуванні потужність лазерного випромінювання фіксована на рівні 50 Вт, тривалість імпульсу може варіювати в межах від 0,001 до 2 с. Даний режим відрізняється високим ступенем концентрації лазерної енергії в дуже короткі імпульси. При суперімпульсному режимі впливу на тканини організму створюються умови для їх б7іагностикаб7яб767 абляції, коли видалення тканин відбувається за типом «швидкого вибуху», без вираженого термічного ефекту [3]. Лазерна дермабразія гіпертрофічних рубців в першій групі проходила в режимі абляції по всій поверхні і практично повністю. Загоєння рани проводили під асептичної пов'язкою БраналінД. Повна епітелізація наступала через 3-4 тижні.

У другій групі всім пацієнтам виконували лазерну перфорацію поверхні рубця за допомогою CO<sub>2</sub> лазера в суперімпульсному режимі (тривалість імпульсу 0,09 с), діаметр променя – 1 мм. Перфоранти розташовували по всій поверхні рубця в кілька рядів на відстані 2 мм і з інтервалом 2 мм. Глибина їх становила в середньому 2-3 мм.

У період загоєння пацієнтам рекомендували наносити на поверхню 5% р-н КмпО4 1 раз на день протягом 3 днів. Кірка відходила через 2-3 тижні. У подальшому за пацієнтами здійснювалося диспансерне спостереження, і через 5 міс. Після лікування проводили повторну оцінку стану гіпертрофічного рубця за допомогою Ванкуверської шкали.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для оцінки результатів лікування використовували клінічний метод і показники Ванкуверської шкали. Результати лікування оцінювали згідно наступним клінічним критеріям (67іагн. 3).

Таблиця 3

## Клінічні критерії оцінки стану рубця

Відмінно	Добре	Задовільно	Незадовільно
Утворення на місці гіпертрофічного рубця злегка рожевої плями. Суб'єктивні відчуття відсутні.	Зупинка активного росту. Регресування (повне, часткове)	Зменшення вираженості параметрів, що характеризують зовнішній вигляд рубцевозмінених тканин	Відсутність клінічного ефекту або рецидив

Через 5 місяців після лікування у пацієнтів першої групи встановлено відмінний результат у одного пацієнта і хороший – у 3-х. Невелике зменшення параметрів рубця отримано у 4-х чоловік, а в 4-х випадках ми отримали рецидив гіпертрофічного рубця.

У другій групі в основному отримані відмінні та добрі результати (67іагн. 4). При порівнянні двох клінічних груп за критерієм  $\chi^2$  виведено відмінність з імовірністю  $p = 0,094$ .

Таблиця 4

## Порівняльний аналіз результатів лікування

Результати	I група	II група
Відмінно	1 (8,3%)	5 (41,7 %)
Добре	3 (25%)	3 (25 %)
Задовільно	5 (41,7 %)	2 (16,7 %)

Незадовільно	3 (25 %)	0
--------------	----------	---

Для оцінки результатів лікування також використовували Ванкуверську шкалу. Зміни середніх показників кожного параметра рубця до і після лікування представлені в таблицях 5 і 6. Порівняння груп проводилося за допомогою непараметричного критерію Манна – Уїтні. Показники сумарного результату до лікування і після лікування у двох досліджуваних груп мають тенденцію до відмінності ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 5

**Показники Ванкуверської шкали у пацієнтів першої групи**

Ознаки рубця	Показники Ванкуверської шкали		
	До лікування	Після лікування II	Покращення, %
Васкуляризація	0,2	1,7	–
Пігментація	1,2	0,8	66,7
Еластичність	2,2	2,6	–
Висота над шкірою	1,6	1,1	43,7
Всього	5,2	6,2	28,8

Таблиця 6

**Показники Ванкуверської шкали у пацієнтів першої групи**

Ознаки рубця	Показники Ванкуверської шкали		
	До лікування	Після лікування II	Покращення, %
Васкуляризація	1,4	1,2	25,7
Пігментація	1,7	1,0	47,6
Еластичність	2,8	2,2	35,7
Висота над шкірою	1,9	0,5	66,84
Всього	7,8	4,9	42,94

У всіх пацієнтів другої групи було відзначено покращення показників Ванкуверської шкали в середньому на 42,94%. При цьому максимальне покращення було за показником висоти рубця над шкірою в середньому на 66,84%. У першій групі через наявність рецидивів гіпертрофічних рубців сумарний результат не перевищив 28,8%.

**Висновок**

При порівнянні двох методів лікування гіпертрофічних рубців нами виявлено поліпшення у всіх пацієнтів в групі, де лікування проводилося з допомогою лазерної перфорації поверхні рубця. Динаміка показників Ванкуверської шкали в цій групі корелюється з високою клінічною ефективністю. На наш погляд, такі результати можна пояснити малою інвазивністю методики, швидкими термінами загоєння, що і призводить до контрольованого процесу реструктуризації гіпертрофічного рубця.

**Список літератури**

1. Belousov A. E. Rubtsyi kak globalnaya problema plasticheskoy hirurgii / A. E. Belousov // - Ann. Plast. rekonst. Estetich. Hirurgii. – 2004. – No. 4. – S. 41-42.
2. Bezuglyiy A.P. Metodyi apparatnoy fizioterapii v kosmetologii / A. P. Bezuglyiy // Eksperimentalnaya i klinicheskaya dermatokosmetologiya. 2008. – No.4. – S.37-43.
3. Yegorova M. L. Lazernaya shlifovka kozhi: evolyutsiya ablyatsionnykh tehnologiy / M.L. Yegorova // Vesti, esteticheskoy meditsiny. – 2008. No.3. – S. 6-10.
4. Konovalova T. A. Printsipyi fizioterapevticheskoy korrektsii posleoperatsionnykh oslozhneniy v plasticheskoy hirurgii i dermatokosmetologii / T.A. Konovalova, T.I. Zhigultsova // – M.: Meditsina, - 2003. – 86 s.
5. Kulikovskiy V. F. Eksperimentalnoe obosnovanie tselesoobraznosti ranney korrektsii posleoperatsionnykh rubtsov izlucheniem SO<sub>2</sub>-lazera v superimpulsnom rezhime / V. F. Kulikovskiy, N. V. Oleynik, A. A. Dolzhikov [i dr.] // Almanah klinicheskoy meditsiny. – 2007. – No.6, S. 93-96
6. Ozerskaya O.S. Rubtsyi kozhi i ih dermatokosmetologicheskaya korrektsiya / O.S. Ozerskaya // - SPb.: OAO «Iskusstvo Rossii», – 2007. – 224 s.
7. Alster T.S. Laser treatment of hypertrophic scars, keloids, and striae / T.S. Alster, C. Handrick // Semin. Cutan. Med. Surg. – 2000. – Vol. 19, № 4. – P. 287-292.
8. Cervelli V. Ultrapulsed fractional CO<sub>2</sub> laser for the treatment of post-traumatic and pathological scars / V. Cervelli, P. Gentile, D. Spallone [et al.] // Drugs Dermatol. – 2010. – Vol 9, N11. – P.1328-1331.

**Реферати**

**СПРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ  
ЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВ КОЖИ ЛИЦА**

**COMPARATIVE ANALYSIS OF DIFFERENT WAYS OF  
LASER TREATMENT OF SCARS OF THE FACE SKIN**  
Nagirnyi Y. P.

**Нагирный Я. П.**

Рубцы до сих пор б9іагности одной из проблем хирургии. В настоящее время нет однозначного б9іагно к их терапии. Поэтому нами была разработана модификация лазерной дермабразии – лазерная б9іагностик поверхности рубца. Нами проведен б9іагно и сравнение результатов лечения гипертрофических б9іагно с помощью лазерной б9іагно и лазерной перфорации поверхности рубца. Данные клинических исследований доказывают высокую эффективность предложенного нами метода. На наш б9іагно, такие результаты можно объяснить малой инвазивностью методики, быстрыми сроками заживления, что и приводит к контролируемому процессу реструктуризации гипертрофического рубца.

**Ключевые слова:** гипертрофические рубцы, лазерная дермабразия, клиническая эффективность.

Стаття надійшла 2.01.2016 р.

Abnormal scarring of the skin that occur after suffering burns, injuries, and after planned operations, not only create discomfort but also distorting the person often cause serious functional impairment up to disability, leading to the development of neuropsychiatric disorders that impairs quality of life and limit performance. Currently, there is no single approach to the scar treatment. When comparing two treatments for hypertrophic scars we found improvement in all patients in the group where treatment was carried out using a laser perforation surface scar. The evolution of the Vancouver scale in this group correlated with high clinical efficacy. In our opinion, these results can be explained by low invasiveness methods, rapid healing time, which leads to a controlled restructuring of hypertrophic scar.

**Key words:** hypertrophic scars, laser dermabrasion, clinical efficiency.

Рецензент Аветіков Д.С.

УДК 616.366 – 002.2:616.8 – 085.015.32 – 085.322

*С. А. Павловський*

*Національний медичний університет б9іа. О. О. Богомольця, м. Київ*

### **ЭФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ГОМЕОПАТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ ТА ФІТОКОНЦЕНТРАТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

Як показують клінічні дослідження, пацієнти з встановленим діагнозом хронічний холецистит у більшості випадків виявляють ознаки вегетативних дисфункцій, психоемоційного напруження, тривожних та іпохондричних розладів, відмічають скарги на різноманітні болі в області правого підребер'я поза загостренням хронічного холециститу. При цьому симптоматична терапія основного захворювання далеко не завжди приносить бажаний ефект і частіше за все не сприяє зменшенню скарг та нормалізації стану пацієнта. У зв'язку з цим нами було прийнято рішення оцінити ефективність та доцільність застосування комплексного гомеопатичного препарату «Нервохель» та б9іагностикаб9яб969м «Неврин» у хворих на хронічний холецистит як без наявності супутньої патології, так і асоційованого з соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи на тлі порушеного циркадного ритму. Проаналізувавши результати даного дослідження, ми прийшли до висновку, що призначення даних препаратів суттєво впливає на симптоми як хронічного холециститу, так і супутньої патології, зменшуючи скарги пацієнта на розлади шлунково-кишкового тракту та вегетативної нервової системи.

**Ключові слова:** хронічний холецистит, вегетативні розлади, «Нервохель», «Неврин».

*Робота є фрагментом НДР «Розробка та впровадження науково б9іагностикаб9я алгоритмів ранньої діагностики і диференційного лікування б9іагностикаб9 патології органів травлення, серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату з урахуванням впливу екзогенних чинників, психологічного стану та статеві-вікового аспекту», номер держреєстрації: 0115U000911.*

Хронічний холецистит є найбільш розповсюдженим захворюванням серед патологічних станів гепатобіліарної зони. Так, у віці від 21 року до 30 років на неї страждає 3-4 % населення, від 41 року до 50 років – 5%, старше 60 років – до 20 %, старше 70 років – до 30 %. Серед пацієнтів, які хворіють на б9іагностик'яну хворобу, переважають жінки.

Хворі на хронічний холецистит, за даними різних авторів, становлять 17-19 %, а в індустріально розвинутих країнах – до 20 % [5]. Уражаючи людей працездатного віку, хронічний холецистит має схильність до рецидивів. Необхідність постійного диспансерного спостереження, частого обстеження, тривалих повторних курсів лікування обумовлює не тільки його медичне, а й соціальне значення. Крім того, спостерігається тенденція до зростання кількості ускладнень хронічного холециститу, а саме жовчокам'яної хвороби [6]. Золотим стандартом її лікування вважається холецистектомія [4]. Однак, враховуючи, що патологія жовчно-вивідних шляхів схильна до хронічного, рецидивуючого перебігу, а патогенетичні основи формування каменів у жовчному міхурі не коригуються оперативними втручаннями, проведення холецистектомії не вирішує проблеми [2, 3].

За результатами опрацювання літературних джерел та проведення власних досліджень нами було виявлено, що на теперішній час хронічний холецистит доволі часто супроводжується патологією вегетативної нервової системи та порушенням режиму сну та бадьорості. Отже на підставі аналізу етіології та патогенезу хронічного холециститу, соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи та розладів циркадного ритму досліджуваним хворим, що