

ний в хирургии. *Новости хирургии*. 2014. № 1. С. 96–100.

5. Озерская И. А., Агеева М. И. Хроническая тазовая боль у женщин репродуктивного возраста. Ультразвуковая диагностика. Москва: Издательский дом Видар-М, 2009. 299 с.

6. Розробка марківської моделі зміни станів пацієнтів в проектах надання

медицини послуг / С. В. Руденко та ін. *Управління розвитком складних систем*. 2012. № 12. С. 86–89.

7. Kucey D. S. Decision analysis for the surgeon. *World J. Surg.* 1999. Vol. 23. P. 1227–1231.

8. Primer on medical decision analysis: Part 2-Building a tree / A. S. Detsky et al. *Med Decis Making*. 1997. Vol. 7. P. 126–135.

9. Sears E. D., Chung K. C. Decision analysis in plastic surgery: A Primer. *Plast Reconstr Surg.* 2010. Vol. 126, № 4. P. 1373–1380.

Надійшла до редакції 03.04.2018

Рецензент д-р мед. наук,  
проф. В. С. Вансович,

дата рецензії 10.04.2018

УДК 519.71+004.652.4+004.827

Д. М. Баязітов, А. Б. Бузіновський, Л. С. Годлевський,  
Д. В. Новіков

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З БОЛЬОВИМ ТАЗОВИМ СИНДРОМОМ

Мета роботи — порівняти хірургічні та медикаментозні методи лікування жінок з хронічним больовим тазовим синдромом.

Відзначено, що ймовірність одужання при хірургічному втручанні була вищою, ніж при медикаментозному лікуванні, — 0,89 і 0,44 відповідно. Цей показник знижувався при неефективності медикаментозного лікування і за наявності періопераційних ускладнень.

Аналіз даних повторних звернень і одужання пацієнтів показав, що своєчасне проведення хірургічного лікування з приводу больового тазового синдрому дозволяє отримати кращі результати клінічної ефективності порівняно з медикаментозним лікуванням. Хірургічне лікування із застосуванням УЗ-скальпеля ефективніше порівняно з традиційним лапароскопічним втручанням.

**Ключові слова:** больовий тазовий синдром у жінок, лапароскопічна хірургія, УЗ-скальпель.

UDC 519.71+ 004.652.4+004.827

D. M. Bayazitov, A. B. Buzinovsky, L. S. Godlevsky,  
D. V. Novikov

## THE ESTIMATION OF THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PELVIC PAIN

Aim of the investigation was to give comparative estimation of the surgical and conservative treatment of women suffered from chronic pelvic pain.

The analysis which was performed revealed that probability of successful rehabilitation after surgical intervention was 0.89, while after conservative treatment it was 0.44. This index worsened after previous failure with the drug-based treatment and after precipitation of perisurgery complications.

The analysis of cases of repeated visiting as well as cases of successful rehabilitation of patients with pelvic pain revealed that in-time surgical treatment was followed with better results when compared with such ones after conservative treatment. The surgical treatment with ultrasound scalpel proved to be more effective when compared with the traditional laparoscopic surgery.

**Key words:** pelvic pain syndrome in women, laparoscopic surgery, ultrasound scalpel.

УДК 616.53-002:577.217.56:577.25:159.942

В. В. Бочарова, канд. мед. наук

## ДЕТЕРМІНАНТНІ СКЛАДОВІ СТРЕСОВОЇ РЕАКЦІЇ В ПАТОГЕНЕЗІ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ

Одеський національний медичний університет

### Вступ

Зміни полісебаційного комплексу шкіри, що супроводжуються розвитком в ньому інфільтративних та ексудативних процесів (акне), незважаючи на значну кількість досліджень, з'ясовані недостатньо. Наразі вугрова хвороба належить до числа лідерів серед дерматологічних за-

хворювань у осіб молодого віку; зростає чисельність резистентних до лікування форм дерматозу та розширюється віковий ценз даної категорії хворих [1].

Так звана таргетна терапія, спрямована на відомі сьогодні чотири ключові ланки патогенезу вугрової хвороби (кількісно-якісні зміни себума, порушення кератинізації фолікулярного каналу, інтенсивна колонізація проток сальних залоз *Propionbacterium acnes*, розвиток запалення в пе-

© В. В. Бочарова, 2018

рифолікулярних ділянках), не завжди приводить до бажаної ефективності лікувальних заходів. Досить часто досягнутий ефект є нетривалим і потребує подальшої пролонгації терапевтичних заходів, що і визначає актуальність даної патології не тільки з медичної, а й соціально-економічної точок зору [2; 3].

Нерідко при обстеженні хворих на вугрову хворобу не завжди вдається у повному обсязі деталізувати всі наявні скарги, оскільки такі пацієнти належать до особливої групи з явними або замаскованими (спостерігається частіше) соціофобічними станами, що зумовлено передусім косметологічними дефектами шкіри обличчя. До таких станів можна зарахувати і досить розповсюджений синдром подразненого кишечника, який є «супутником» різноманітних захворювань не тільки в дерматовенерології, а й в інших медичних спеціальностях (педіатрії, ендокринології тощо). Його частота, за різними даними, коливається в межах від 10 до 15 % серед дорослої популяції, а середній віковий діапазон знаходиться в межах від 20 до 50 років [4; 5].

Недостатнє врахування даного функціонального кишкового розладу (який також зазначають як синдром подразненої товстої кишки, дискінезія кишечника, невроз кишечника) і у хворих на вугрову хворобу може бути одним із чинників формування резистентних тяжких форм і тривалого перебігу дерматозу, що диктує необхідність більш детального та повного обстеження пацієнтів і може доповнити уявлення щодо етіопатогенетичних ланок вугрової хвороби, розширити на цій підставі існуючі лікувально-профілактичні заходи, спрямовані на оптимізацію їх результативності.

**Мета** дослідження — встановити детермінантні складові стресової реакції у хворих на вугрову хворобу шляхом аналізу даних клінічного та психологічного їх обстеження.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Під спостереженням перебували 223 хворих на вугрову хворобу, чоловіків — 86 (38,6 %), жінок — 137 (61,4 %) у віці від 18 до 25 років. Діагноз встановлювався на підставі скарг, аналізу анамнестичних даних і даних об'єктивного обстеження. Ступінь тяжкості перебігу захворювання (для подальшої достовірної статистичної обробки даних) оцінювався в балах (у. б.) за комплексною характеристикою проявів захворювання: «легкий» ступінь вугрової хвороби — 1 у. б.; «середній» — 2 у. б., «тяжкий» — 3 у. б. (згідно з

наказом МОЗ України від 08.05.2009 р. № 312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматологічні захворювання»).

Для визначення наявності або відсутності у хворих дисморфофобії проводилося їх анкетування за адаптованим до дерматологічної практики опитувальником. Отримані позитивні відповіді на поставлені запитання також оцінювалися в у. б. та сумувалися [6]. На наявність дисморфофобії вказувала сума 8 у. б. і більше, при цьому ступінь її тяжкості відповідав «помірному» — від 8 до 15 у. б., «середньому» — від 16 до 30 у. б., «тяжкому» — 31 у. б. і вище.

З метою діагностики синдрому подразненого кишечника детально вивчалися скарги, анамнестичні й об'єктивні дані обстеження з боку органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) за останні 3 міс., аналіз яких ґрунтувався на «Римських критеріях...» [7]. Реєструвалися такі кишкові симптоми:

- 1) абдомінальний біль (основний симптом);
- 2) інші симптоми з боку ШКТ (здуття, відчуття бурчання, метеоризм);
- 3) запори;
- 4) функціональна диспепсія інших відділів ШКТ;
- 5) позакишкові (негастроентерологічні) симптоми (головний біль мігреноподібного характеру, відчуття «грудки» при ковтанні; неможливість спати на лівому боці, порушення сну, стомленість, лабільність настрою, внутрішнє занепокоєння; міалгії, артралгії та ін.).

Кожний симптом оцінювали в 1 у. б.; на наявність синдрому подразненого кишечника вказували 2 у. б. і більше обов'язково з наявністю абдомінального болю, а вищезазначені скарги спостерігалися не менше 3 днів на місяць протягом останніх 3 міс.

Статистичними методами проводили аналіз отриманих даних із використанням комп'ютерної ліцензованої програми “STATISTICA® for Windows 6.0” (StatSoft Inc., ліцензія № AXXR712D833214FAN5): середні значення (M), їхні похибки (m), коефіцієнти кореляції (r); результати вважали статистично значущими на рівні 95 % (p<0,05).

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

У обстежених хворих на вугрову хворобу (акне) ступінь її проявів, оцінений як легкий, спостерігався у 41 (18,4 %) пацієнта, середній — у 159 (71,3 %), тяжкий — у 23 (10,3 %). Топографія

ураження включала шкіру обличчя, спини і грудей із переважанням гострозапальних (папулопустульозних) ефлоресценцій (елементів висипки).

Проведення психологічного дослідження (анкетування) показало наявність у всіх хворих дисморфофобії різного ступеня виразності: у 33 — помірною ступеня (середній бал —  $12,21 \pm 1,90$ ), у 178 — середнього (середній бал —  $23,75 \pm 3,71$ ) і у 12 — тяжкого (середній бал —  $31,67 \pm 0,65$ ).

Аналіз скарг та обстеження дозволили виявити захворювання з боку органів ШКТ у 187 (83,9 %) пацієнтів з вугровою хворобою, серед яких, перш за все, були гастродуоденіт (у 51 — 22,9 %) і гастрит (у 42 — 18,8 %), а також дискінезія жовчовивідних шляхів (у 37 — 16,6 %), панкреатит (у 35 — 15,7 %), холецистит (у 22 — 9,9 %). Окремо слід зазначити, що поглиблене вивчення анамнестичних даних і скарг дозволило встановити також наявність синдрому подразненого кишечника у 176 (78,9 %) хворих на вугрову хворобу, при цьому такий симптом як абдомінальний біль завжди поєднувався із позакишковими симптомами і супроводжувався проявами метеоризму, «бурчанням» і схильністю до діареї та/або запорів, а ступінь його тяжкості був більш виразним у хворих на фоні наявних супровідних захворювань органів травлення.

Проведення кореляційного аналізу дозволило встановити значущі зв'язки різної сили між клінічними проявами вугрової хвороби, ступенем виразності дисморфофобії та проявами синдрому подразненого кишечника (рис. 1). При цьому між ступенями виразності клінічних проявів на шкірі та тяжкістю дисморфофобії спостерігається пряма кореляційна залежність «високої» сили зв'язку ( $r=0,778$ ).

Практично така ж пряма залежність спостерігається і між виразністю проявів синдрому подразненого кишечника та дисморфофобії ( $r=0,763$ ) — «висока» сила зв'язку (рис. 2).

Водночас між ступенем виразності клінічних проявів на шкірі та виразністю проявів даного кишкового синдрому сила зв'язку слабша ( $r=0,574$ ) — «помітна» сила зв'язку (рис. 3).

Отримані дані можуть свідчити про те, що у хворих на вугрову хворобу синдром подразненого кишечника має стрес-індукований характер, оскільки більшою мірою тісно корелює саме з дисморфофобією, яка за даними статистичного аналізу, у свою чергу, прямо залежить від тяжкості клінічних проявів на шкірі.

Також отримані дані збігаються з результатами досліджень більшості авторів, які вивчали проблему зв'язку порушень психофізіологічного стану

Ступінь виразності дисморфофобії, у. б.

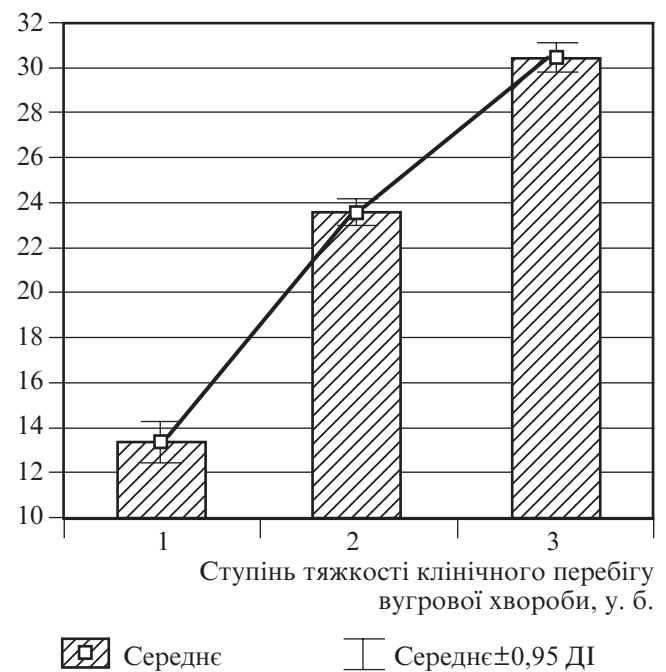


Рис. 1. Взаємозалежність ступеня тяжкості клінічного перебігу вугрової хвороби та дисморфофобії

Ступінь виразності дисморфофобії, у. б.

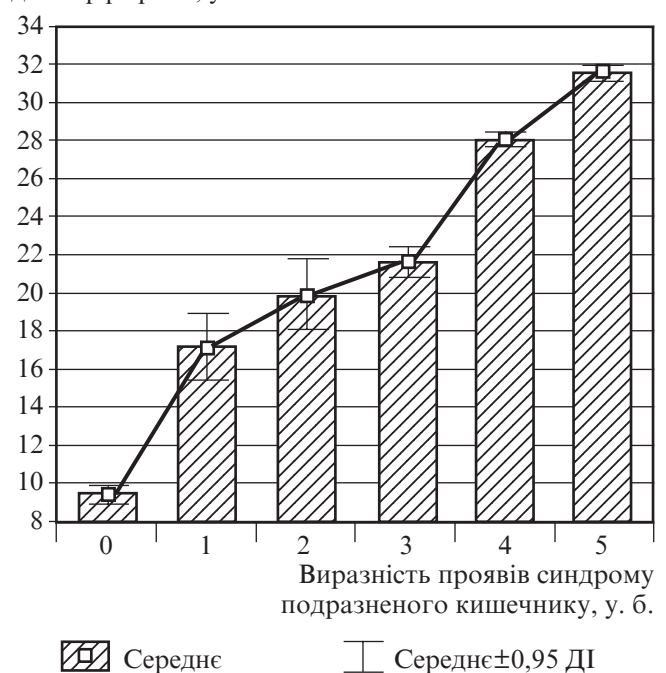


Рис. 2. Взаємозалежність ступеня виразності синдрому подразненого кишечника та дисморфофобії у хворих на вугрову хворобу

з тяжкістю перебігу вугрової хвороби. При цьому К. И. Разнатовский і А. Н. Барінова [8] зазначають, що не змінам в імунному й ендокринному статусі, а саме таким порушенням належить

Виразність проявів синдрому подразненого кишечника, у. б.

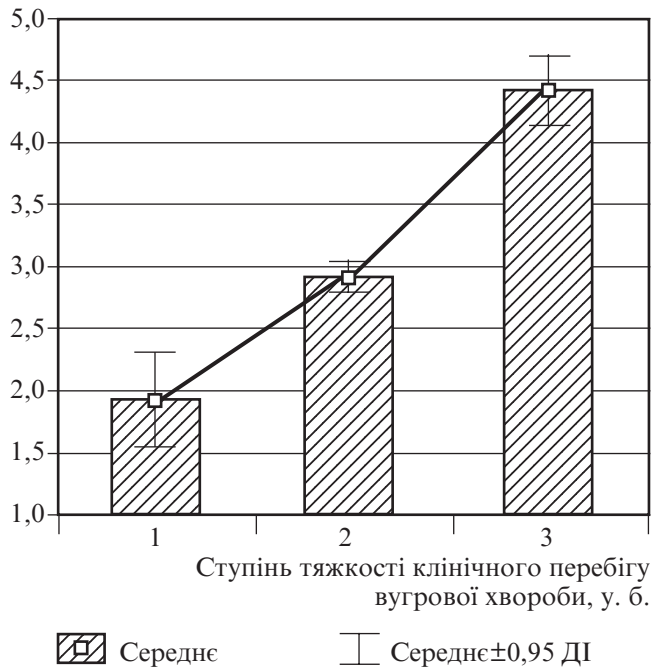


Рис. 3. Взаємозалежність тяжкості клінічного перебігу вугрової хвороби і ступеня виразності синдрому подразненого кишечника

провідна первинна роль у патогенезі цього захворювання:

— на вугрову хворобу страждають підлітки та молоді люди, у яких імунна система вже сформована (вугрова хвороба не маніфестує в більш ранньому віці, а її перебіг поліпшується у дорослих);

— рівень статевих гормонів підвищується у пубертатному віці, але надалі його швидкого зниження не настає, а з віком у більшості пацієнтів захворювання регресує.

На думку цих авторів, підлітки та молоді люди найбільш принципово відрізняються від дорослих осіб неспроможністю адекватно оцінити «свої сили» та «своє положення» в суспільній ієрархії, що призводить до збільшення тривожності та «потрапляння» в «стан стресу». Наявність саме висипки на відкритих ділянках шкіри, причому без достовірної різниці від глибини її ушкодження, є потужним негативним прогностичним фактором і у хворих на вугрову хворобу, що знаходяться в стані цього постійного (так би мовити «кутанно детермінованого») стресу. Відбувається «запуск» патологічних механізмів, які сприяють погіршенню перебігу захворювання і, перш за все, порушенню діяльності місцевої DNIES (Diffuse Neuroimmunoendocrine System), які й знижують спроможність організму адекватно реагувати на проблеми мікробної колонізації не тільки сальних залоз, а й волосяних фолікулів.

Крім місцевих змін DNIES, можуть відмічатися і системні зміни вмісту цитокінів у крові, тому активацію Th-механізмів, яка спостерігається у хворих на вугрову хворобу, розглядають як таку, що спрямована на зменшення ризику надмірного ушкодження організму [9]. Отже, стрес («кутанно детермінований») відіграє не тільки пускову, а й інтегруючу роль у розвитку вугрової хвороби.

Таким чином, у хворих на вугрову хворобу спостерігаються прямі кореляційні зв'язки між такими клінічними показниками, як тяжкість патологічного процесу на шкірі (перш за все відкриті ділянки тіла — обличчя), дисморфофобією (яка є наслідком візуально доступного косметологічного дефекту шкіри) та синдромом подразненого кишечника, що формується, у тому числі на фоні наявного стресу (дисморфофобії). При цьому сукупність клінічних його проявів залежить як від ступеня виразності дисморфофобії, так і від наявності супровідних захворювань з боку ШКТ (перш за все — хронічних запальних процесів слизових оболонок шлунка і дванадцятипалої кишки, дискінезій жовчовивідних шляхів). Все це призводить до підтримання наявного в організмі хворих на вугрову хворобу патологічного кола, насамперед, стрес-індукованого детермінованого різними складовими. Зокрема, «кутанно детермінована» складова (ефлоресценції на обличчі) тягне за собою розвиток «соціально детермінованої» (дисморфофобія) і «соматично детермінованої» складових (до якої можна включити наявність у хворих синдрому подразненого кишечника), що і підтверджується результатами статистичного кореляційного аналізу.

### Висновки та перспективи подальших досліджень

У хворих на вугрову хворобу, поряд з ключовими ланками патогенезу щодо ушкодження сально-волосяних фолікулів, значну роль у розвитку та клінічному перебігу патологічного процесу відіграють і такі детермінантні складові стресової реакції, як наявність косметологічного дефекту на шкірі обличчя («кутанна» складова), дезадаптація у суспільному житті («соціальна» складова), прояви розладів з боку органів шлунково-кишкового тракту («соматична» складова). Наявність комплексу детермінант стресової реакції у хворих на вугрову хворобу потребує подальших досліджень комплексного підходу до лікування таких пацієнтів і профілактики розвитку у них тяжких форм дерматозу.

**Ключові слова:** акне, кутанні, соціальні, соматичні стрес-складові.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Болотная Л. А. Акне. Клинические лекции по дерматовенерологии, косметологии и эстетической медицине: кол. моногр. / ред. В. П. Федотова, А. И. Макаруча. Запорожье: Просвіта, 2017. Т. 5. С. 317–335.
2. Lovaszi M., Szegedi A., Zouboulis C. C., Torocsik D. Sebaceous-immunobiology is orchestrated by sebum lipids. *Dermato-Endocrinology*. 2017. doi:10.1080/19381980.2017.1375636.
3. Zouboulis C. C., Jourdan E., Picardo M. Acne is an inflammatory disease and alteration of sebum composition initiate acne lesions. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2014. Vol. 28. P. 527–532. doi:10.1111/jdv.12298.
4. Синдром раздраженного кишечника: глобальная перспектива. World Gastroenterology Organisation. 2015. 31 с.
5. Нагурна Я. В. Перший досвід вивчення поширеності синдрому подразненого кишечника в окремих районах за-

- хідного регіону України. *Сучасна гастроентерологія*. 2014. № 3 (77). С. 27–31.
6. Диморфобії в косметологічній практиці / Г. В. Бочарова-Мараховська та ін. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2010. Випуск XXIII, № 2. С. 65–68.
7. The functional gastrointestinal disorders / Ed. D. A. Drossman. 3rd ed. McLean (USA): Degnon Associates, 2006. 1048 p.
8. Разнатовский К. И., Барина А. Н. Себорея и вульгарные угри. Эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Санкт-Петербург: Политехника-сервис, 2011. 159 с.
9. Пальцев М. А., Кветной И. М. Руководство по нейроиммуноэндокринологии. Москва: Медицина, 2006. 384 с.

Надійшла до редакції 04.04.2018

Рецензент д-р мед. наук, проф. М. Л. Лебедюк,  
дата рецензії 06.04.2018

УДК 616.53-002:577.217.56:577.25:159.942

В. В. Бочарова

### ДЕТЕРМІНАНТНІ СКЛАДОВІ СТРЕСОВОЇ РЕАКЦІЇ В ПАТОГЕНЕЗІ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ

Недостатнє врахування деяких даних клінічного обстеження інших органів і систем нерідко призводить до ігнорування важливих складових, що беруть участь у формуванні та перебігу патологічного процесу у хворих на вугрову хворобу.

У роботі наведені дані комплексного обстеження хворих на вугрову хворобу, що дозволило виявити у всіх пацієнтів диморфобію і значний відсоток синдрому подразненого кишечника, а також встановити наявність кореляційних зв'язків між ступенем тяжкості вугрової хвороби, диморфобії та синдрому подразненого кишечника. Це свідчить про те, що одночасно з ключовими ланками патогенезу дерматиту значну роль в його розвитку й перебігу відіграють і такі детермінантні складові стресової реакції, як кутанна (висипання на шкірі), соціальна (диморфобія) і соматична (синдром подразненого кишечника).

**Ключові слова:** акне, кутанні, соціальні, соматичні стрес-складові.

UDC 616.53-002:577.217.56:577.25:159.942

V. V. Bocharova

### DETERMINANT COMPONENTS STRESS RESPONSE IN THE PATHOGENESIS OF ACNE

The insufficient attention to some information of clinical examination of other organs and systems quite often leads to ignoring important constituents which take part in forming and course of pathological process in patients with acne.

The work presents the information of complex examination of patients with acne, which allowed to detect dysmorphophobia and considerable per cent of syndrome of irritated intestine in all patients, as well to establish the correlation between level of severity of acne, dysmorphophobia and syndrome of irritated intestine. It testifies that simultaneously with the key links of pathogenesis of dermatitis, considerable part in its development and course belongs to such determinant constituents of stressing reaction as cutaneous (eruption on a skin), social (dysmorphophobia) and somatic (disorders of GIT organs as the syndrome of irritated intestine).

**Key words:** acne, cutaneous, social, somatic stress components.

УДК 617.511.53-006-036-085.835.3

О. О. Галай, д-р. мед. наук

## КЛІНІЧНІ ТА БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ ГОЛОВИ І ШИЇ

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

Злоякісні пухлини часто містять ділянки, що піддаються гострій або хронічній гіпоксії, хоча і з різним ступенем тяжкості при різних типах пухлин [1; 2]. Тяжка або тривала гіпоксія

є шкідливою, адаптація до гіпоксичного мікросередовища дозволяє клітинам раку вижити і розростатися у цьому ворожому середовищі. Оскільки кисень необхідний для всіх основних процесів загоєння ран, включаючи опірність інфекціям, актива-

цію фібробластів, осадження колагену, ангиогенез та епітелізацію [3], існує побоювання, що гіпербарична оксигенація (ГБО) матиме проліферативний ефект при злоякісних захворюваннях. Таким чином, протягом багатьох десятиліть увага була зо-

© О. О. Галай, 2018