

**Приймак С.Г., Захарук К.М., Шишковський І.Б.**  
Буковинський державний медичний університет

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

### Аннотация

В статье проанализирована клиническая эффективность применения Квинола для лечения фиброзно-кистозной мастопатии у пациенток с миомой матки. Комплексное гинекологическое и маммологическое обследование и лечение прошли 56 пациенток, страдающих миомой матки. Результаты проведенного исследования показали высокую частоту сочетания миомы матки и доброкачественных гиперпластических процессов в молочных железах. Патологические изменения молочных желез у больных миомой матки проявлялись в виде различных форм фиброзно-кистозной болезни и доброкачественных опухолей. Консервативная негормональная терапия является эффективным и безопасным методом лечения ФКБ у пациенток с миомой матки.

**Ключевые слова:** доброкачественные опухоли, фиброзно-кистозная мастопатия, миома матки, консервативная негормональная терапия, Квинол.

**Pryimak S.H., Zakharuk Kh.M., Shyshkovskiy I.B.**  
Bukovinian State Medical University

## THE MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF THE FIBROUS-CYSTIC MASTOPATHY IN PATIENTS WITH UTERINE FIBROID

### Summary

The clinical efficacy of the medication named «Kvinol» for treatment of the fibrocystic breast disease in the patients who have uterine fibroid has been analyzed in paper. 56 patients who suffered from uterine fibroid underwent gynecological and mammological examination. The results have shown the high occurrence of the combination of the uterine fibroid and of the benign hyperplastic processes in the mammary glands in such patients. The pathological changes of the mammary glands in patients with uterine fibroid had been found as the different forms of the fibrocystic disease and as the benign tumors. Conservative non-hormonal therapy has been considered as the effective and safe method of treatment of the fibrocystic breast disease in patients with uterine fibroid.

**Keywords:** benign tumor, fibrocystic breast disease, uterine fibroid, conservative non-hormonal therapy, Kvinol.

УДК 616.329/.33-007.2-06:616.441-008.64]:611.329

## МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

**Рева Т.В., Яким'юк А.Д., Рева В.Б.**  
Буковинський державний медичний університет

У статті визначені особливості морфологічних змін слизової оболонки стравоходу у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу із супутнім гіпотиреозом. Характер гістологічних змін слизової оболонки стравоходу оцінювали за допомогою шкали оцінки морфологічних змін стравоходу та езофагопатичного індексу.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, гіпотиреоз, морфологія слизової оболонки стравоходу.

**Постановка проблеми.** За останні роки значна увага приділяється гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ), яка найбільш поширена із захворювань верхніх відділів травного каналу. Проблема ГЕРХ актуальна у зв'язку із швидким ростом кількості хворих, широкою її розповсюдженістю, погіршенням якості життя пацієнтів у зв'язку із печією та наступним розвитком ускладнень у вигляді кишкової метаплазії слизової оболонки стравоходу (стравохід Барретта) і його аденокарциноми.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Експозиція соляної кислоти у стравоході з одного боку, збільшує активність протеїнази, які ініціюють мітогенну активність клітин, та відповідно їх проліферацію, а з іншого – пригнічує апоптоз в уражених ділянках стравоходу [2]. У значній кількості хворих розвитку рефлюкс-езофагіту сприяє закид

в нижню третину стравоходу лужного дуоденального вмісту, при цьому дія лугів та жовчних кислот на слизову оболонку стравоходу (СОС) може бути навіть більш вираженою, ніж дія кислот. За наявності дуоденогастрального рефлюксу на слизову оболонку шлунка та стравоходу негативний вплив здійснюють жовчні кислоти, що ушкоджують фосfolіпіди клітинних мембран, лізолецитин тощо [1].

Гіпотиреоз належить до найпоширеніших видів ендокринної патології. За даними різних авторів, поширеність цієї патології перебуває у межах від 1,3 до 10,3%. При цьому показник поширеності серед населення України з року в рік зростає [3].

На тлі зниження функції щитоподібної залози відбуваються порушення функціональної активності травного каналу: зниження кислотоутворювальної функції шлунка, уповільнення шлункової

евакуації, розвиток хронічного дуоденостазу, дуоденогастрального рефлюкса, що, в свою чергу, призводить до підвищення внутрішньошлункового тиску і розвитку гастроєзофагеального рефлюкса.

Основне місце серед методів діагностики стравоходу Барретта належить ендоскопії. У Міжнародній статистичній класифікації хвороб 10-го перегляду GERX відповідає рубрикам: GERX з езофагітом (К 21.0) та без езофагіту (К 21.9). Розрізняють три форми GERX: ендоскопічно негативна; ендоскопічно позитивна (ерозивна та неерозивна); стравохід Барретта. У 1997 р. на 6-му Європейському гастроентерологічному тижні була затверджена ендоскопічна класифікація GERX, в основу якої покладений не ступінь вираженості, а ступінь ендоскопічної поширеності ураження (гіперемія, ерозії). Згідно з класифікацією Savary-Miller (1978) із модифікацією Carrison et al. (1996) розрізняють 5 ступенів GERX: 0 ступінь – ознаки рефлюкс-езофагіту відсутні (ендоскопічно негативна); I ступінь – одне (або більше) окреме лінійне пошкодження (ерозія) СОС з еритемою, часто покрите ексудатом, що займає менше 10% кола дистального відділу стравоходу; II ступінь – зливні ерозійні пошкодження СОС, що займають 10-50% кола дистального відділу стравоходу; III ступінь – множинні ерозивні пошкодження, що займають практично все коло дистального відділу стравоходу; IV ступінь – ускладнені форми рефлюкс-езофагіту: виразка, стриктура, стравохід Барретта.

**Мета статті:** порівняти морфологічні зміни слизової оболонки стравоходу у хворих на GERX із супутнім гіпотиреозом зі змінами слизової оболонки у хворих на GERX із кислим рефлюксом.

**Виклад основного матеріалу.** Обстежено 100 хворих на GERX зі зниженою функцією щитоподібної залози. Середній вік хворих склав 49,9 років. Чоловіків було 18 (18%), жінок – 82 (82%). Контрольну групу становили 30 хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (з кислим рефлюксом). Комплексне дослідження включало опитування, огляд, лабораторне та інструментальне дослідження. В групі досліджених хворих оцінювали характер морфологічних змін слизової оболонки верхніх відділів травного тракту на підставі даних езофагогастродуоденоскопії та гістологічного дослідження біоптатів слизової оболонки нижньої третини стравоходу в зоні Z-лінії, на 1 см вище та нижче за неї.

Забір зразків слизової оболонки стравоходу проводили через інструментальний канал ендоскопа стандартними щипцями. Матеріал фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, заливали у парафін. Мікротомні зрізи товщиною 0,5-0,7 мкм забарвлювали гематоксиліном та еозином, гематоксиліном та пікрофуксином за ван Гізон.

При виконанні гістологічних досліджень використовували мікроскоп біологічний Olympus CX 21 (Японія); збільшення x100, x400 (окуляр x10; об'єктив x10, x40); мікроскоп Leica DM 1000, цифрова камера Canon, система обробки цифрових зображень LeicaQWin («Leica Microsystems CMS GmbH», Німеччина) на базі комп'ютера Intel Pentium Cor i – 5.

Репрезентативними вважали гістологічні препарати, що містили не менше трьох сосочків та базальний шар слизової оболонки в полі зору при збільшенні x100, що вказує на достатню кількість біоптату та правильну орієнтацію його у процесі виготовлення зрізів.

При проведенні рН-метрії стравоходу виявлено, що у 63 пацієнтів значення рН було у межах норми і в середньому склало 6,8±0,2. А у інших 36 пацієнтів відмічено підвищення рівня рН до 7,6±0,2.

Під час ендоскопічного дослідження катаральний езофагіт діагностовано у 36 (36,4%) хворих, ерозивний – у 17 (17,2%), у 47 (47,5%) хворих змін зі сторони слизової оболонки шлунка не виявлено.

При рентгеноскопічному обстеженні виявлено сповільнення шлункової евакуації у 87 пацієнтів, дуоденогастральний рефлюкс діагностовано у 75 хворих, а гастроєзофагеальний рефлюкс виявлено у 100%.

При оцінці характеру гістологічних змін слизової оболонки стравоходу використовували шкали оцінки морфологічних змін стравоходу [4,5] та введений нами езофагопатичний індекс (ЕПІ), отриманий при суммації двох вказаних бальних систем. У кожній групі встановлювали абсолютну та відносну (з достовірністю 95%) частоту таких гістологічних ознак, як гіперплазія поверхневого та базального шарів епітелію, його набряк та розшарування; ектазія судин та крововиливи; подовження сосочків, акантоз, паракератоз; інфільтрація епітелію еозинофілами та/або нейтрофільними лейкоцитами.

Алгоритм оцінки гістологічних змін в слизовій оболонці стравоходу, в основу якого закладено товщину базального шару, висоту сосочків, ступінь запальної інфільтрації епітелію, запальну інфільтрацію власної пластинки слизової оболонки, ширину міжклітинних просторів, наведено нижче.

Товщина базального шару: 0 – <15% всієї товщини багатшарового плоского епітелію; 1 – 15-50% всієї товщини багатшарового плоского епітелію; 2 – > 50% всієї товщини багатшарового плоского епітелію.

Висота сосочків: 0 – < 50% епітелію; 1 – 50-75% епітелію; 2 – > 75% епітелію.

Запальна інфільтрація епітелію: 0 – лише лімфоцити; 1 – помірна інфільтрація еозинофілами та нейтрофілами; 2 – виражена інфільтрація.

Запальна інфільтрація власної пластинки слизової оболонки: 0 – відсутня; 1 – інфільтрація без формування фолікулів; 2 – інфільтрація з формуванням фолікулів.

Ширина міжклітинних просторів: 0 – відсутнє розширення; 1 – вогнищеве розширення; 2 – окремі різко розширені міжклітинні простори; 3 – дифузне розширення міжклітинних просторів.

Таблиця 1

**Значення ЕПІ в групах хворих**

Групи хворих	Значення ЕПІ, М±m
I група	2,29±0,08*
II група	1,94±0,19

Примітка: \* p<0,05

Таблиця 2

**Морфометричні показники гістологічних змін слизової оболонки стравоходу в балах у різних групах**

Морфометричні показники	I група	II група
	М±m	М±m
Гіперплазія клітин базального шару	1,83±0,02***	0,9±0,03
Збільшення висоти сосочків	1,71±0,03**	0,7±0,03
Запальна інфільтрація епітелію	1,1±0,04	1,89±0,02**
Запальна інфільтрація власної пластинки	0,42±0,02	1,76±0,03***
Ширина міжклітинних просторів	2,04±0,04	1,98±0,03

Примітка: \*\* – p<0,01 при порівнянні груп;

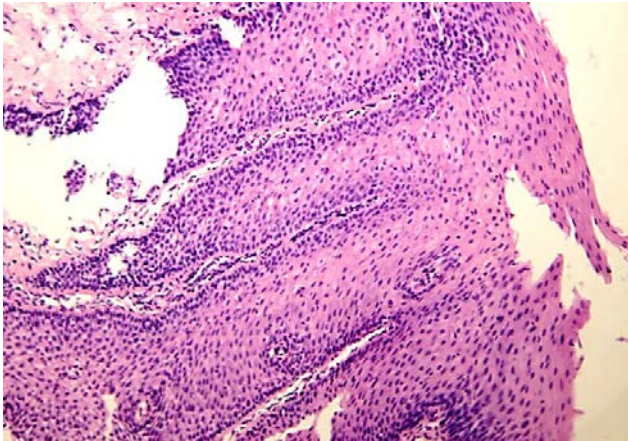
# – p<0,01 при порівнянні у середині групи

Відповідно до поставлених завдань при аналізі даних морфометричного дослідження слизової оболонки стравоходу в групах хворих з лужним (I група) та кислим (II група) рефлюксом було встановлено, що найбільш виражені гістологічні зміни



спостерігаються у хворих I групи (таблиця 1). Езофагопатичний індекс при лужному рефлюксі склав  $EPI=2,29\pm 0,08$ . Цей індекс був істотно нижчий при кислому рефлюксі II групи  $EPI=1,94\pm 0,19$  ( $p<0,05$ ).

При порівнянні ступеня вираженості різних компонентів гістологічної картини слизової оболонки стравоходу, встановлено, що особливістю морфологічної картини в I групі є переважання гіперрегенераторних змін над запальними ( $p<0,01$ ), тоді як в II групі (кислий рефлюкс), навпаки, запальна інфільтрація епітелію та підслизового шару оболонки стравоходу переважала над регенераторними змінами (таблиця 2). Ступінь вираженості розширення міжклітинних просторів при кислому та лужному рефлюксі не мала достовірних відмінностей.



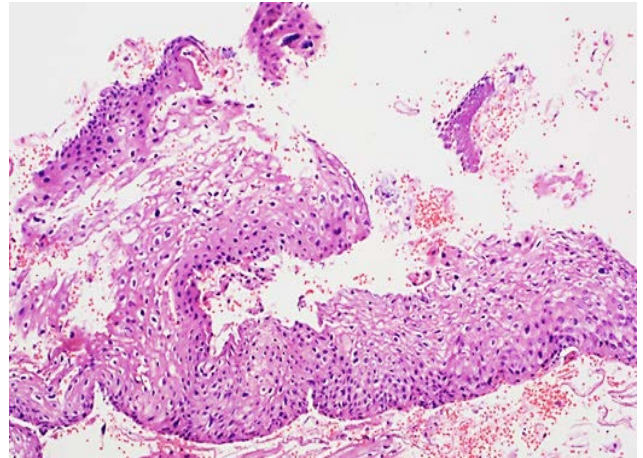
**Рис. 1. Гіперрегенераторна езофагопатія при лужному рефлюксі. Акантоз, гіперкератоз та лейкоплакія багатошарового плоского незроговілого епітелію стравоходу.**

**Забарвлення гематоксином та еозином. 36. x 100**

У пацієнтів I групи із лужним рефлюксом у більшості випадків епітелій був значно потовщений, з акантозом, помірно вираженими гіперкератозом і лейкоплакією. Також спостерігали збільшення висоти сосочків, їх потовщення; субепітеліально у стромі відмічено вогнищеві помірні інфільтрати з лімфоцитів, гістіоцитів, плазматичних клітин. У потовщеному покривному багатошаровому плоскому епітелії також відмічали помірне розширення міжклітинних просторів.

Слід зазначити, що у досліджуваних групах із 100 пацієнтів у 14 пацієнтів було діагностовано стравохід Барретта. У хворих I групи з лужним рефлюксом циліндричну шлункову і спеціалізова-

ну кишкову метаплазію спостерігали переважно на фоні потовщеного, із спонгіозом багатошарового плоского епітелію. У пацієнтів II групи з кислим рефлюксом були відмічені переважно запальні та деструктивні зміни слизової оболонки.



**Рис. 2. Виражена запальна інфільтрація, міжклітинний набряк та десквамація клітин слизової оболонки стравоходу при кислому рефлюксі. Забарвлення гематоксином та еозином. 36. x 100**

У випадках із стравоходом Барретта у групі пацієнтів із кислим рефлюксом при шлунковій та спеціалізованій кишковій метаплазії багатошарового плоского епітелію виявляли субепітеліальну запальну поліморфно-клітинну інфільтрацію; багатошаровий плоский епітелій у цих випадках також був потовщений, із спонгіозом.

У пацієнтів II групи з кислим рефлюксом на фоні запальних та деструктивних змін слизової оболонки виявлено більше випадків стравоходу Барретта порівняно до групи пацієнтів із лужним рефлюксом (9 і 5 випадків відповідно).

**Висновки.** 1. Ступінь вираженості різних компонентів гістологічної картини слизової оболонки стравоходу у хворих на ГЕРХ є різноманітним і залежить від виду рефлюксу.

2. Порівняльний аналіз морфологічних змін слизової оболонки нижньої третини стравоходу у хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу та без нього засвідчив, що у хворих із лужними рефлюксами переважають гіперрегенераторні зміни слизового та підслизового шарів, у той час, при кислих рефлюксах переважають запальна інфільтрація слизового та підслизового шарів.

#### Список літератури:

1. Бабак О. Я. Желчный рефлюкс: современные взгляды на патогенез и лечение / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – № 1(11). – С. 28-30.
2. Бабак М. О. Оцінка за гістологічними критеріями стану слизової оболонки стравоходу у хворих на гастроєзофагальну рефлюксну хворобу / М. О. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 3(53). – С. 35-41.
3. Вернигородський М. С. Проблеми інвалідності та реабілітації хворих на гіпотиреоз / В. С. Вернигородський, О. Б. Яворовенко, Н. М. Фетісова, М. В. Вернигородська // Международный эндокринологический журнал. – 2009. – № 3(21). – С. 36-40.
4. Villanacci V. Dilated intercellular spaces as markers of reflux disease: histology, semiquantitative score and morphometry upon light microscopy / V. Villanacci, P. G. Grigolato, R. Cestari, G. Missale et al. // Digestion. – 2001. – № 64(1). – P. 1-8.
5. Nishiyama Y. Immunohistochemical analysis of cell cycle-regulating-protein (p21, p27, and Ki-67) expression in gastroesophageal reflux disease / Y. Nishiyama, S. Koyama, A. Andoh, S. Moritani et al. // J. Gastroenterol. – 2002. – № 37(11). – P. 905-911.

Рева Т.В., Якимьюк А.Д., Рева В.В.

Буковинский государственный медицинский университет

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### Аннотация

В статье обозначены особенности морфологических изменений слизистой оболочки пищевода у больных на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь на фоне гипотиреоза. Характер гистологических изменений слизистой оболочки пищевода оценивали при помощи шкалы оценки морфологических изменений пищевода и эзофагопатического индекса.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гипотиреоз, морфология слизистой оболочки пищевода.

Reva T.V., Yakymiuk A.D., Reva V.B.

Bucovinian State Medical University

## MORPHOLOGICAL FEATURES OF HANGS OF THE ESOPHAGEAL MUCOSA IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH DECREASED THYROID FUNCTION

### Summary

The authors have shown morphological changes of the esophageal mucosa in patients with gastroesophageal reflux disease with decreased thyroid function. The histological changes of the esophageal mucosa were assessed using the rating scale of morphological changes of the esophagus and the esophagopathic index.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease, hypothyroidism, morphological changes of the esophageal mucosa.

УДК 616.314-76-085.46:612.311

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЖУВАЛЬНОГО ТИСКУ НА КЛІНІЧНИХ ЕТАПАХ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Янішен І.В., Герман С.А.

Харківський національний медичний університет

Сили жувального тиску є показником продуктивності, які можуть бути використані для оцінки відновлення жувальної ефективності зубними протезами. Відмінності у значеннях жувального тиску (ЖТ) залежать від багатьох факторів, пов'язаних з анатомічними і фізіологічними характеристиками. Різні дослідники знайшли широкий спектр методів вимірювання максимального ЖТ, але названі способи трудомісткі і мають додаткову похибку за рахунок перетворення механічних переміщень в електричний сигнал. Мета роботи полягала у вдосконаленні способу оцінки ЖТ на етапах ортопедичного лікування за рахунок клінічного застосування спеціального пристрою. Для вдосконалення способу оцінки ЖТ застосовували спеціальний пристрій, розроблений на кафедрі ортопедичної стоматології ХНМУ «БНВ-02». Клінічне застосування пристрою виконано у 57 пацієнтів, яким були виготовлені знімні протези, і які потребують корекції базису протеза. Перший вимір виконано до виготовлення ортопедичної конструкції, другий в ранньому (безпосередньо після виготовлення протеза) і третій у віддаленому (через 30-45 днів) періодах лікування. Аналіз абсолютних показників ЖТ і їх приросту у віддаленому періоді дозволяє встановити, що поряд з приростом показників ЖТ в ряді випадків виявлено «вирівнювання» показників симетричних ділянок зубного ряду. Отримані дані свідчать про те, що пристрій «БНВ-02» дозволяє визначати ЖТ і індивідуалізувати лікувальну тактику на етапах відновлення функції жування. Подальші дослідження ЖТ дозволять отримати його характеристику у взаємозв'язку з конституційно – біологічними і клінічними факторами, а також отримати дані щодо координатних особливостей жувального тиску по ділянках зубного ряду.

**Ключові слова:** жувальний тиск, зубощелепна система, знімні протези, ортопедичне лікування, прилад для вимірювання жувального тиску.

**Постановка проблеми.** Актуальним завданням сучасного ортопедичного лікування пацієнтів знімними конструкціями є підвищення функціональної ефективності протезів та профілактика атрофічних змін опорних тканин протезного ложа [1].

Сили жувального тиску є показником продуктивності, які можуть бути використані, щоб зв'язати анатомічну форму і функцію для оцінки відновлення жувальної ефективності протезами і забезпечити довідкові дані для досліджень з біомеханіки. Крім того, знання максимальних показників

жувального тиску допомагає сформулювати ідеальний план лікування для жувальних м'язів [2].

Функціональні характеристики органів зубощелепної системи тісно взаємопов'язані і визначаються психосоматичним станом, віком, ступенем тренуваності жувальних м'язів і пародонту, станом рефлекторної регуляції м'язових зусиль барорецепторами пародонту та слизової оболонки протезного ложа і поля. В ортопедичній стоматології застосовується термін «жувальний тиск» (ЖТ), який позначає силу, що розвивається жувальними