

Міністерство охорони здоров'я України
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Асоціація хірургів Донецької області

Ministry of Health Service of Ukraine
Donetsk National Medical University named after M. Gorky
Association of Surgeons of Donetsk Region

Український Журнал
ХІРУРГІЇ

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ ХІРУРГІЇ
УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ ХИРУРГИИ
UKRAINIAN JOURNAL OF SURGERY

Науково-практичний журнал
Періодичність виходу 4 рази на рік
Заснований у квітні 2008 року

*Включений до наукометричних баз даних
Science Index, Google Scholar та Index Copernicus*

№ 1 (20), 2013





ISSN 1997-2938

Науково-практичний журнал

№ 1 (20) • 2013

Включений до наукометричних баз даних
Science Index, Google Scholar та Index Copernicus

Засновники журналу:
Донецький національний
медичний університет ім. М. Горького,
Асоціація хірургів Донецької області

Передплатний індекс: 68571



Адреса редакції:
83030, Донецьк, а/с № 1347
Телефон/факс: + 38 (062) 338-21-11
www.mif-ua.com

Електронні адреси для звертань
З питань публікації статей
uj@dsnu.edu.ua

З питань передплати
info@mif-ua.com
Тел. +38 (062) 338-21-11

З питань розміщення інформації
про лікарські засоби
reclama@mif-ua.com
office@zaslavsky.kiev.ua

*Журнал внесено в перелік наукових фахових видань
України. Рішення Президії ВАК України від 27.05.2009
№ 1-05/2*

*Рекомендовано до видання вченою радою Донецького
національного медичного університету ім. М. Горь-
кого. протокол № 1 від 22.02.2013 р.*

*Матеріали публікуються українською, російською,
англійською мовами.*

*Усі статті рецензуються.
Свідчення про державну реєстрацію
КВ № 19629-9429ПР від 11.01.2013
Формат: 60x84/8. Ум. друк. арк. 16.9.
Тираж 5000 прим. Зам. № ******

Видавці
Заславський О.Ю.
83102, м. Донецьк, пр. Ленінський, 25/126
Свідчення суб'єкта видавничої справи
ДК № 2182 від 13.05.2005 р.
Асоціація хірургів Донецької області

Друкарня ПП «Астро».
Україна, 83001, м. Донецьк, вул. Артема, 63а
Свідчення суб'єкта видавничої справи
ДК № 2047 від 24.12.2004 р.

Головний редактор
КОНДРАТЕНКО П.Г.

Заступники головного редактора
МІМІНОШВІЛІ О.І.
КОНЬКОВА М.В.

Відповідальний секретар
СМИРНОВ М.І.

Редакційна колегія

Бондар Г.В. (Донецьк)	Журило І.П. (Донецьк)
Верхулецький І.Є. (Донецьк)	Казаков В.М. (Донецьк)
Веселий С.В. (Донецьк)	Кардаш А.М. (Донецьк)
Грона В.М. (Донецьк)	Колкін Я.Г. (Донецьк)
Гюльмамедов Ф.І. (Донецьк)	Лобас В.М. (Донецьк)
Денисов В.К. (Донецьк)	Ничитайло М.Ю. (Київ)
Думанський Ю.В. (Донецьк)	Русин В.І. (Ужгород)
Єпіфанцев О.А. (Донецьк)	Серняк Ю.П. (Донецьк)
	Седаков І.Є. (Донецьк)
	Фомін П.Д. (Київ)
	Черній В.І. (Донецьк)

Редакційна рада

Андрющенко В.П. (Львів)	Кулачек Ф.Г. (Чернівці)
Бабчак Мар'ян (Пряшів)	Лігоненко О.В. (Полтава)
Березницький Я.С. (Дніпропетровськ)	Лупальцов В.І. (Харків)
Бобров О.Є. (Київ)	Мамчич В.І. (Київ)
Бойко В.В. (Харків)	Матвійчук Б.О. (Львів)
Василюк С.М. (Івано-Франківськ)	Милиця М.М. (Запоріжжя)
Вишневський В.О. (Москва)	Мишалов В.Г. (Київ)
Возіанов О.Ф. (Київ)	Мунтян С.О. (Дніпропетровськ)
Герич І.Д. (Львів)	Ніконенко О.С. (Запоріжжя)
Гешелін С.О. (Одеса)	Полянський І.Ю. (Чернівці)
Гранов Д.А. (Санкт-Петербург)	Поляченко Ю.В. (Київ)
Грубнік В.В. (Одеса)	Поник М.П. (Львів)
Десятерик В.І. (Кривий Ріг)	Семенюк Ю.С. (Рівне)
Дзюбановський І.Я. (Тернопіль)	Сипливий В.О. (Харків)
Дикан І.М. (Київ)	Скіпенко О.Г. (Москва)
Дронов О.І. (Київ)	Тамм Т.І. (Харків)
Запороженко Б.С. (Одеса)	Тутченко М.І. (Київ)
Захараш М.П. (Київ)	Фелештинський Я.П. (Київ)
Каніковський О.Є. (Вінниця)	Шаповал С.Д. (Запоріжжя)
Клименко В.М. (Запоріжжя)	Шапринський В.О. (Вінниця)
Ковальчук Л.Я. (Тернопіль)	Шевчик Орест (Інсбрук)
Копчак В.М. (Київ)	Шевчук І.М. (Івано-Франківськ)
Котенко О.Г. (Київ)	Ярема І.В. (Москва)
Кубишкін В.О. (Москва)	Ярешко В.Г. (Запоріжжя)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© Український журнал хірургії, 2013
© Асоціація хірургів Донецької області, 2013
© Заславський О.Ю., 2013

ЗМІСТ

ЮБІЛЕЇ

Юрий Васильевич Думанский.....	6
Петр Геннадьевич Кондратенко.....	8
Федір Григорович Кулачек.....	10

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

<i>Русин В.І., Чобей С.М., Шкріба І.І., Токач Н.Г., Кобаль М.М.</i> Морфологічна діагностика хвороби Крона.....	13
<i>Дронов А.І., Насташенко І.Л., Земсков С.В., Довбенко О.В., Швець Ю.П., Насташенко А.І.</i> К вопросу о баллонной дилатации сфинктера Одди.....	18
<i>Клименко А.В., Клименко В.Н., Стешенко А.А., Туманский В.А., Коваленко И.С.</i> Хирургическое лечение хронического панкреатита с протоковой гипертензией без протоковой дилатации.....	22
<i>Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Совпель О.В.</i> Классификация повреждений удерживающего аппарата аноректума в хирургии рака прямой кишки.....	28
<i>Ничитайло М.Ю., Загрийчук М.С., Булик І.І.</i> Застосування методу зварювання м'яких тканин при симультанних лапароскопічних операціях....	33
<i>Чорномидз А.В.</i> Роль вільних радикалів у прогресуванні перебігу гострого панкреатиту.....	38
<i>Лупальцов В.І., Хаджиев А.Ч.</i> Оптимизация хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы.....	44
<i>Конькова М.В., Котлубей Е.В., Шаталов А.Д., Колесникова М.Б.</i> Изменения сердца при панкреонекрозе.....	49
<i>Азимов М.І., Азимов А.М.</i> Способ палатопластики поперечным рассечением мягкого неба с продольным соединением раны у больных с врожденными расщелинами неба.....	51

CONTENTS

JUBILEE

Yuri Vasilyevich Dumansky.....	6
Pyotr Gennadyevich Kondratenko.....	8
Fedir Grygorovych Kulachek.....	10

ORIGINAL RESEARCHES

<i>Rusin V.I., Chobey S.M., Shkriba I.I., Tokach N.G., Kobal M.M.</i> Morphological Diagnosis of Crohn's Disease.....	13
<i>Dronov A.I., Nastashenko I.L., Zemskov S.V., Dovbenko O.V., Shvets Yu.P., Nastashenko A.I.</i> On the Balloon Dilatation of Sphincter of Oddi.....	18
<i>Klimenko A.V., Klimenko V.N., Steshenko A.A., Tumansky V.A., Kovalenko I.S.</i> Surgical Treatment of Chronic Pancreatitis with Ductal Hypertension without Ductal Dilatation.....	22
<i>Bondar G.V., Basheyev V.Kh., Sovpel O.V.</i> Classification of Damages of Holding Structures of Anorectum in Rectal Cancer Surgery.....	28
<i>Nychytaylo M.Yu., Zagriyчук M.S., Bulyk I.I.</i> Application of Method of Soft Tissue Welding in Simultaneous Laparoscopic Surgeries.....	33
<i>Chornomydz A.V.</i> The Role of Free Radicals in the Progression of Acute Pancreatitis.....	38
<i>Lupaltsov V.I., Hadzhiyev A.Ch.</i> Optimization of Surgical Treatment of Perforative Gastroduodenal Ulcer.....	44
<i>Konkova M.V., Kotlubey Ye.V., Shatalov A.D., Kolesnikova M.B.</i> Cardiac Changes in Pancreonecrosis.....	49
<i>Azimov M.I., Azimov A.M.</i> Method of Palatoplasty Using Staphylotomy with Longitudinal Suture in Palatognathous Patients.....	51

<i>Колкін Я.Г., Хацько В.В., Штаталов О.Д., Кузьменко О.Є., Войтюк В.М.</i> Можливості сучасних методів діагностики та хірургічного лікування доброякісних осередкових утворень печінки55	<i>Kolkin Ya.G., Khatsko V.V., Shatalov O.D., Kuzmenko O.Ye., Vaytyuk V.M.</i> Possibilities of Modern Methods for Diagnosis and Surgical Treatment of Benign Focal Liver Lesions.....55
<i>Матвійчук Б.О., Квіт А.Д., Терлецький О.М., Тимочко М.І., Осінчук О.І., Луцишин В.І., Якубовська М.О.</i> Бактеріальний чинник та шляхи оптимізації лікувальної програми у хворих на гострий апендицит.....58	<i>Matviychuk B.O., Kvit A.D., Terletsky O.M., Timochko M.I., Osinchuk O.I., Lutsyshyn V.I., Yakubovska M.O.</i> Bacterial Factors and Ways for Optimization of Treatment Program in Patients with Acute Appendicitis 58
<i>Раденко Є.Є.</i> Кровотеча невиразкової етіології у хворих на серцеву патологію61	<i>Radenko Ye.Ye.</i> Bleeding of Nonulcer Origin in Patients with Cardiac Pathology.....61
<i>Щадько А.А.</i> Індивідуальний реконструктивно-восстановительний підхід к лечению больных с гнойными артритами голеностопного сустава65	<i>Schadko A.A.</i> Individual Reparative and Restorative Approach to the Treatment of Patients with Purulent Arthritis of Ankle Joint65
<i>Нестеренко А.Н., Воробьева Т.И., Якубенко Е.Д., Колесникова Т.И.</i> Патогенетическое обоснование алгоритма экстренной целенаправленной органопротективной терапии хирургического сепсиса69	<i>Nesterenko A.N., Vorobyova T.I., Yakubenko Ye.D., Kolesnikova T.I.</i> Pathogenetic Substantiation of the Algorithm of Emergency Organoprotective Targeted Therapy of Surgical Sepsis.....69
<i>Кондратенко П.Г., Койчев Е.А.</i> Лапаростомия и программированные санации брюшной полости в комплексном лечении перфоративной язвы, осложненной разлитым гнойным перитонитом80	<i>Kondratenko P.G., Koychev Ye.A.</i> Laparostomy and Scheduled Sanitizations of Abdominal Cavity in Complex Treatment of Perforated Ulcer Associated with Diffuse Purulent Peritonitis.....80
<i>Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Золотухин С.Э., Совпель И.В.</i> Патоморфоз рака прямой кишки, индуцированный неоадьювантной химиолучевой терапией..... 86	<i>Bondar G.V., Basheyev V.Kh., Zolotukhin S.E., Sovpel I.V.</i> Pathomorphosis of Rectal Cancer Induced by Neoadjuvant Chemoradiotherapy86
<i>Паламарчук В.І., Ходос В.А.</i> Спеціалізований флебологічний кабінет — нова організаційна форма з надання допомоги хворим із варикозною хворобою нижніх кінцівок91	<i>Palamarchuk V.I., Hodos V.A.</i> Specialized Phlebology Office — a New Organizational Form to Help Patients with Varicosity of the Lower Extremities.....91
<i>Осадець В.С.</i> Зміни показників клітинного імунітету організму у хворих на гострий біліарний панкреатит.....98	<i>Osadets V.S.</i> Changes of Cellular Immunity Indoces in Patients with Acute Biliary Pancreatitis98
<i>Боднар Б.М., Унгурян А.М., Сидорчук І.Й., Боднар О.Б.</i> Характеристика мікрофлори черевної порожнини та санация озонованим фізіологічним розчином NaCl 0,9% у дітей, хворих на перитоніт апендикулярного походження..... 101	<i>Bodnar B.M., Unguryan A.M., Sidorchuk I.Y., Bodnar O.B.</i> Characteristics of Abdominal Microflora, Ozonated Physiological Saline Solution in Children Patients with Peritonitis after Appendicitis 101
<i>Сало М.Ф.</i> Мини-инвазивная холецистэктомия с использованием биологической сварки тканей у ранее оперированных больных..... 107	<i>Salo M.F.</i> Mini-invasive Cholecystectomy Using Biological Tissue Welding in Previously Operated Patients 107

Василюк С.М., Кримець С.А.
Хірургічне лікування інфікованих виразок
у хворих із синдромом діабетичної стопи 110

Гаджиев Н.Дж.
Результаты цитокинотерапии в лечении
больных с распространенным перитонитом . 114

Солошенко В.В.
Лазерная доплеровская флоуметрия
в динамике микроциркуляции у обожженных
шахтеров в стадии ожогового шока 122

ОГЛЯДИ ТА ДИСКУСІЇ

*Хацко В.В., Шаталов А.Д., Пархоменко А.В.,
Потапов В.В., Фоминов В.М.*
Особенности диагностики и хирургического
лечения аденом печени..... 127

ПАМ'ЯТІ ВЧЕНОГО

Академик Михайло Петрович Павловський
(1930 – 2013) 131

ПАМ'ЯТНІ ДАТИ

Дронов О.І., Крючина Є.А.
Михайло Сидорович Коломійченко
(1892–1973)..... 133

До уваги авторів 138
Информация для подписчиков..... 139
Анкета читателя 146

Vasylyuk S.M., Krymets S.A.
Surgical Treatment of Infected Sores in Patients
with Diabetic Foot Syndrome 110

Hajiyev N.J.
Outcomes of Cytokine Therapy in Treatment of
Patients with General Peritonitis..... 114

Soloshenko V.V.
Laser Doppler Flowmetry in the Dynamics
of Microcirculation in Burnt Miners
at Burn Shock Stage 122

REVIEWS AND DISCUSSIONS

*Khatsko V.V., Shatalov A.D., Parkhomenko A.V.,
Potapov V.V., Fominov V.M.*
Features of Diagnosis and Surgical Treatment
of Hepatic Adenomas 127

IN MEMORIAM OF THE SCIENTIST

Academician Mykhaylo Petrovych
Pavlovsky (1930-2013) 131

MEMORIAL DATES

Dronov O.I., Kryuchina Ye.A.
Mykhaylo Sydorovych Kolomyichenko
(1892–1973)..... 133

Information for Authors 138
Information for Subscribers 139
Reader's Questionnaire 146

Васильюк С.М., Кримець С.А.
Хірургічне лікування інфікованих виразок
у хворих із синдромом діабетичної стопи 110

Гаджиєв Н.Дж.
Результати цитокінотерапії в ліченні
больних с распространенным перитонитом . 114

Солошенко В.В.
Лазерная доплеровская флоуметрия
в динамике микроциркуляции у обожженных
шахтеров в стадии ожогового шока 122

ОГЛЯДИ ТА ДИСКУСІЇ

*Хацько В.В., Штаталов А.Д., Пархоменко А.В.,
Потапов В.В., Фоминов В.М.*
Особенности диагностики и хирургического
лечения аденом печени 127

ПАМ'ЯТІ ВЧЕНОГО

Академик Михайло Петрович Павловський
(1930–2013) 131

ПАМ'ЯТНІ ДАТИ

Дронов О.І., Крючина Є.А.
Михайло Сидорович Коломійченко
(1892–1973) 133

До увагі авторів 138
Информация для подписчиков 139
Анкета читателя 146

Vasylyuk S.M., Krymets S.A.
Surgical Treatment of Infected Sores in Patients
with Diabetic Foot Syndrome 110

Hajiyev N.J.
Outcomes of Cytokine Therapy in Treatment of
Patients with General Peritonitis 114

Soloshenko V.V.
Laser Doppler Flowmetry in the Dynamics
of Microcirculation in Burnt Miners
at Burn Shock Stage 122

REVIEWS AND DISCUSSIONS

*Khatsko V.V., Shatalov A.D., Parkhomenko A.V.,
Potapov V.V., Fominov V.M.*
Features of Diagnosis and Surgical Treatment
of Hepatic Adenomas 127

IN MEMORIAM OF THE SCIENTIST

Academician Mykhaylo Petrovych
Pavlovsky (1930-2013) 131

MEMORIAL DATES

Dronov O.I., Kryuchina Ye.A.
Mykhaylo Sydorovych Kolomyichenko
(1892–1973) 133

Information for Authors 138
Information for Subscribers 139
Reader's Questionnaire 146

УДК 616.344-002-031.84-08-091-092

РУСИН В.І.¹, ЧОБЕЙ С.М.¹, ШКРІБА І.І.¹, ТОКАЧ Н.Г.², КОБАЛЬ М.М.²

¹Ужгородський національний університет

²Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. Андрія Новака

МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ХВОРОБИ КРОНА

Резюме. Характерними ознаками хвороби Крона є запалення з чітко відмежованими ділянками кишечника, що супроводжується утворенням виразок та рубцевими змінами в кишці, а також ураженням інших органів та систем.

Мета дослідження — для покращення результатів лікування вивчити морфологічні зміни, характерні для стенозуючої, запальної та пенетруючої форми термінального ілеїту.

Матеріали та методи. Нами вивчені біоптати та проведено гістологічне дослідження видалених ділянок кишки 37 хворих із діагнозом «термінальний ілеїт». Запальна форма хвороби Крона спостерігалась у 23 (62,2 %) випадках, стенозуюча — у 8 (21,6 %), пенетруюча — у 4 (16,2 %).

Результати та обговорення. Трансмуральний характер запалення при хворобі Крона добре видно в рекційних препаратах. При глибокій біопсії з захватом м'язового шару слизової оболонки товстої кишки в матеріалі спостерігається уражений підслизовий шар — склероз та запальна клітинна інфільтрація. У більшості спостережень при хворобі Крона можна бачити нормальну архітектоніку крипт із збереженням перикрипталічних міофіброblastів великої кількості видимих клітин, що відрізняє процес від неспецифічного виразкового коліту. Таким чином, нерівномірність вираженості запалення в слизовій оболонці товстої кишки свідчить на користь діагнозу хвороби Крона. Однією з характерних особливостей термінального ілеїту є наявність васкулітів. Це пов'язано з тим, що у крові хворих наявні імуноглобуліни А, G до ендотеліальних клітин та циркулюючі імунні комплекси.

Висновки. Наявність гранулом або виражена дифузна інфільтрація макрофагами слизової оболонки, пов'язані з особливостями патогенезу хвороби Крона, є однією з гістологічних ознак цього захворювання.

Ключові слова: хвороба Крона, морфологічна діагностика.

Характерними ознаками хвороби Крона є запалення з чітко відмежованими ділянками кишечника, що супроводжується утворенням виразок та рубцевими змінами в кишці, а також ураженням інших органів та систем. За локалізацією процесу згідно з Монреальською конференцією (Монреаль, 2006 р.), частіше за все уражається здухвинна, ободова кишка, ілеоколіт, верхні відділи ШКТ (ізолювано або в поєднанні з ураженням тонкої або товстої кишки).

За характером перебігу — нестриктуруюча, непенетруюча, стриктуруюча, пенетруюча, зі змінами періанальної ділянки (ізолювано або в поєднанні із стриктурами, пенетрацією кишки).

При хворобі Крона морфологічна картина має характер неспецифічного запалення, що поширюється на всі шари кишки переважно в підслизовому шарі. Патогномонічними морфологічними ознаками є гранульоми саркоїдного типу, що складаються з макрофагів, лімфоцитів, епітеліальних клітин, гігантських клітин Пирогова — Лангханса. Епітеліоцитинні гранульоми розташовуються в підслизовому шарі, і в біоптатах їх виявити вдається рідко [2, 4].

У мультицентровому Європейському дослідженні 2007 року нестенозуюча (нестриктуруюча) запальна

форма хвороби Крона зустрічалась в 69,9 % випадків, стенозуюча — у 19,5 %, пенетруюча — у 10,6 % [3, 6].

Виходячи з критеріїв вірогідності діагнозу хвороби Крона (Lennard — Jones, 1997) при гістологічному дослідженні повинна виявитися трансмуральна лімфоїдна інфільтрація, лімфоїдні скупчення, афтозні виразки, а в біоптатах — гранульоми [1].

Мета дослідження — для покращення результатів лікування вивчити морфологічні зміни, характерні для стенозуючої, запальної та пенетруючої форми термінального ілеїту.

Матеріал та методи

Нами вивчені біоптати та проведено гістологічне дослідження видалених ділянок кишки 37 хворих із діагнозом термінального ілеїту. Запальна форма хвороби Крона спостерігалась у 23 (62,2 %) випадках, стенозуюча — у 8 (21,6 %), пенетруюча — у 4 (16,2 %).

Найбільш характерними мікроскопічними змінами з боку слизової оболонки товстої кишки є

© Русин В.І., Чобей С.М., Шкріба І.І., Токач Н.Г., Кобаль М.М., 2013

© «Український журнал хірургії», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

глибокі вузькі виразки з рівними краями — шліно-подібні з формою, орієнтовані вздовж або поперек осі кишки (рис. 1).

Збережені між виразками виступаючі ділянки набряклої слизової оболонки товстої кишки роблять її подібною до бруківки.

Частіше утворення виразок спостерігається в мезентеріальному краї тонкої кишки. Вони можуть бути глибокими, досягаючи м'язової оболонки, і проникати через неї, утворюючи абсцеси або фістули між задіяним сегментом та прилеглими органами або незадіяними у запальному процесі петлями кишки або проникати в червну стінку та шкіру.

Наявність серозиту сприяє утворенню великих спайок, що призводять до формування конгломерату з петель кишок.

На окремих ділянках стінки кишки можна виявити звуження з різким потовщенням стінки (рис. 2). При цьому діаметр просвіту може бути менше 0,5 см із протяжністю 5–15 см, нагадуючи ручку від чехода на. Трансмуральний характер ураження кишки при хворобі Крона визначає ураження серозної оболонки й мезентеріального жиру. Жир частково оточує тонку кишку на передній та задній поверхні зміненого сегмента. Цей феномен відомий у літературі як «жирова обгортка» (fat wrapping) і є специфічним для хвороби Крона, уражаючи більше ніж 50 % окілу тонкої кишки [8].

Результати та обговорення

Трансмуральний характер запалення при хворобі Крона добре видно в резекційних препаратах. При глибокій біопсії із захватом м'язового шару слизової оболонки товстої кишки в матеріалі спостерігається уражений підслизовий шар — склероз та запальна клітинна інфільтрація (рис. 3). У більшості спостережень при хворобі Крона можна бачити нормальну архітекtonіку крипт (рис. 4) із збереженням перикрипталних міофіброblastів (рис. 5) великої кількості видимих клітин, що відрізняє процес від неспецифічного виразкового коліту (НВК). У той же час у краях виразок при термінальному ілеїті може порушуватися архітекtonіка крипт із зменшенням кількості бакалоподібних клітин, що надає схожості зі змінами при НВК, але при цьому муцин бакалоподібних клітин дає інтенсивну PAS-реакцію, що дозволяє проводити диференціальну діагностику з НВК [7].

Характерні для хвороби Крона шліноподібні язви добре видно в операційному матеріалі, вони вузькі, довгі, з рівними краями й наявністю грануляційної тканини з великим числом макрофагів (рис. 6).

У біопсійному матеріалі пацієнтів із хворобою Крона яких ми спостерігали опосередковані ознаки виразок та ерозій зустрічались у 60 % випадків. У краях виразок визначалася грануляційна тканина (рис. 7), що розташовувалася серед крипт із проліферуючим епітелієм (рис. 8), але прослідкувати хід виразки було неможливо. В окремих випадках було видно тільки фрагменти тканин із фібриноїдним некрозом та скупченням лей-

коцитів, що передбачає наявність утворення виразок (рис. 9).

Важливою особливістю гістологічної картини при хворобі Крона є наявність гранульом, які частіше визначаються в операційному матеріалі (до 82 %), ніж у біопсійному (до 56 %) [8].

При хворобі Крона гранульоми частіше схожі на туберкульозні і складаються з епітеліоїдних клітин, лімфоцитів та багатоядерних гігантських клітин типу Пирогова — Лангханса, не маючи на відміну від туберкульозних вогнищ казеозного некрозу (рис. 10).

До складу гранульом також входять різні типи макрофагів (клітини типу інородних тіл, ксантомні), а також інші клітини — лімфоцити, плазматичні, еозинофіли, нейтрофіли.

Переважа макрофагів у запальному інфільтраті пов'язана, очевидно, з їх важливою роллю в патогенезі хвороби Крона. Основну роль у патогенезі цього захворювання відіграє ФНП-альфа, що стимулює Th1-хелпери і макрофаги [5, 6]. Також виявлений зв'язок розвитку хвороби Крона з геном NOD₂, що експресується макрофагами і бере участь у регуляції імунної відповіді та проникності кишкового бар'єру для бактеріальних полісахаридів [4, 7].

Морфологічні зміни в слизовій оболонці при хворобі Крона відрізняються фокальністю, нерівномірністю ураження. Клітинна інфільтрація в одному й тому випадку в різних біопсійних матеріалах може різко відрізнятися — від слабкої лімфогістоцитарної до вираженої з поодинокими T-лімфоцитами (рис. 11).

В одній ділянці переважають плазмоцити (рис. 12), у другій — з'являється велика кількість нейтрофілів та еозинофілів, у тому числі міжепітеліальних із глікогеном у цитоплазмі (рис. 13), що веде до загибелі епітелію й формування мікроерозій (рис. 14).

Таким чином, нерівномірність вираженості запалення в слизовій оболонці товстої кишки свідчить на користь діагнозу хвороби Крона. Однією з характерних особливостей термінального ілеїту є наявність васкулітів. Це пов'язано з тим, що у крові хворих наявні IgA, IgG до ендотеліальних клітин та циркулюючі імунні комплекси. Можуть спостерігатися альтеративні васкуліти з фібриноїдним некрозом усієї стінки судин (рис. 15) і альтеративно-ексудативні з фібриноїдним некрозом стінки і густим клітинним інфільтратом навколо судин (рис. 16). Ексудативний васкуліт відрізняється різним набряком тканин навколо судин із запальною інфільтрацією підслизової основи, у стінці судин визначається скупчення лейкоцитів (рис. 17). PAS-реакція виявляє в таких випадках лейкоцити в просвіті і в стінці судин, багаті глікогеном (рис. 18).

У біопсійному матеріалі при хворобі Крона серед густого лімфоплазматичного інфільтрату виявляються альтеративно-ексудативні і альтеративно-проліферативні васкуліти (рис. 19) із фібриноїдним некрозом і інфільтрацією стінки судин поліморфноядерними лейкоцитами або проліферацією ендотелію.

В операційному матеріалі виявилися проліферативні васкуліти з різким звуженням просвіту судин, поде-

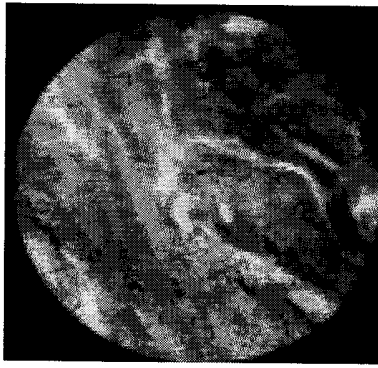


Рисунок 1



Рисунок 2

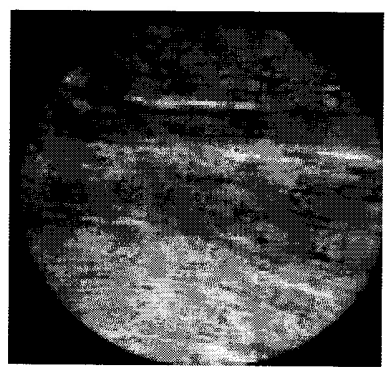


Рисунок 3



Рисунок 4



Рисунок 5



Рисунок 6

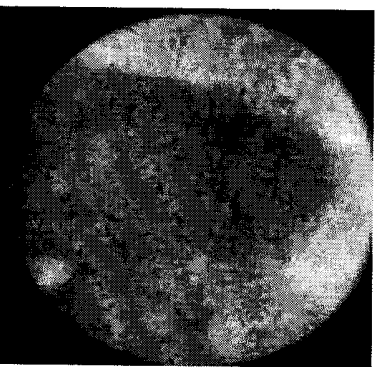


Рисунок 7

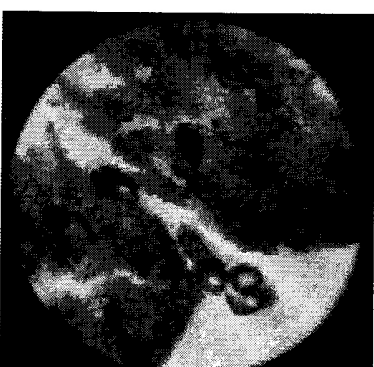


Рисунок 8

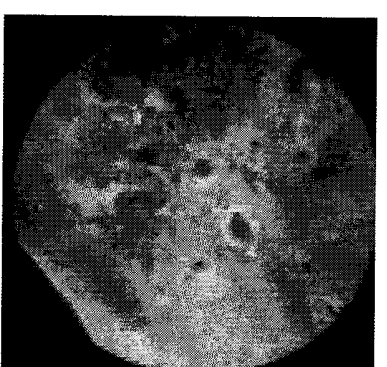


Рисунок 9



Рисунок 10

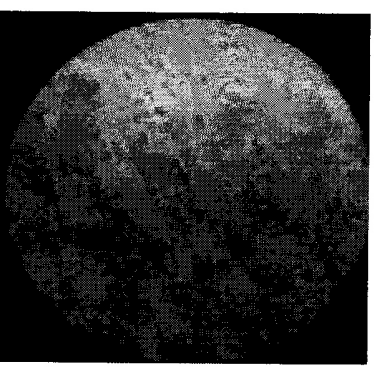


Рисунок 11

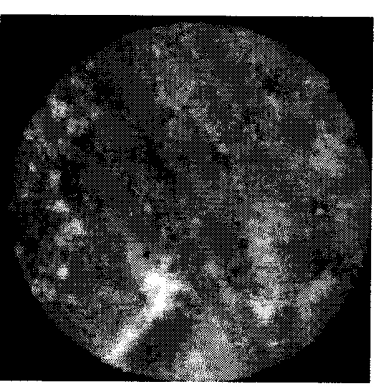


Рисунок 12

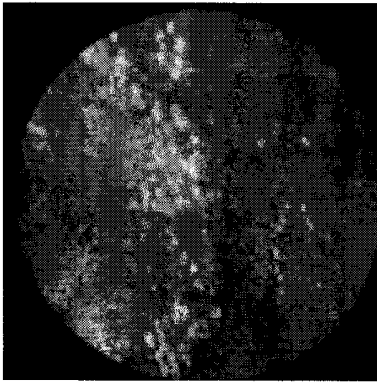


Рисунок 13



Рисунок 14

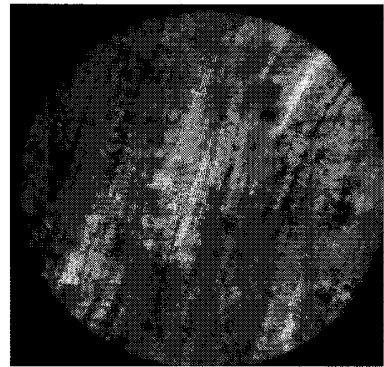


Рисунок 15

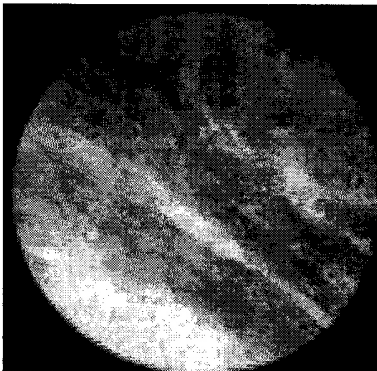


Рисунок 16

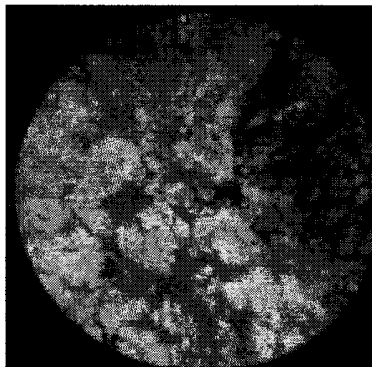


Рисунок 17

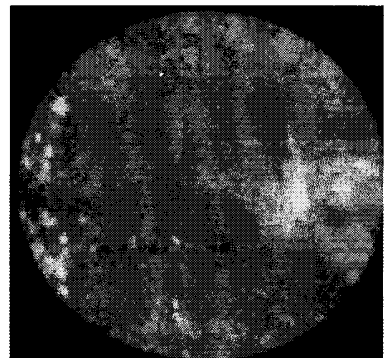


Рисунок 18

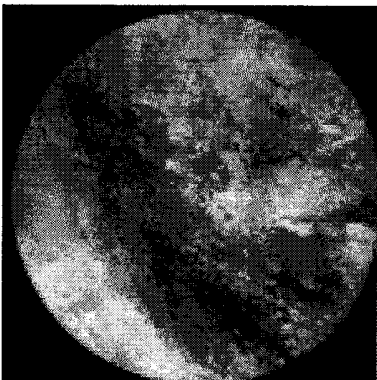


Рисунок 19

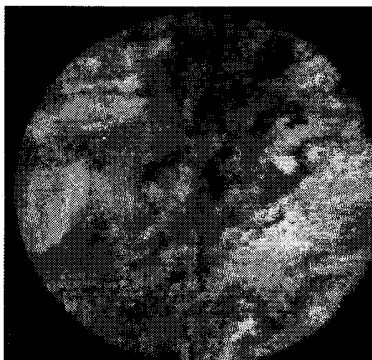


Рисунок 20



Рисунок 21

коли до повної його облітерації (рис. 20). У той же час звуження просвіту судин за рахунок склерозу стінки є наслідком васкуліту.

Рідко в ендоскопічному біоптаті при термінальному ілеїті зустрічаються крипт-абсцеси, вони частіше виявляються в операційному матеріалі. При цьому спостерігається загибель епітелію крипти з формуванням виразки (рис. 21).

Диференціальна діагностика за матеріалами пункційних біопсій НВК і хвороби Крона більш успішна при біопсії з 5–6 точок і при взятті матеріалу з глибини. Допомогу в диференціальній діагностиці можуть надати імуногістохімічні дослідження, особливо викорис-

тання маркерів (CD-687) і альфа-м'язового актину, а також гістохімічне визначення муцину (PAS-реакція).

Висновки

Наявність гранульом або виражена дифузна інфільтрація макрофагами слизової оболонки, що пов'язана з особливостями патогенезу хвороби Крона, є однією з гістологічних ознак цього захворювання.

Список літератури

1. Атлас практической колоректальной хирургии / Ривкин В.Л., Луцевич О.Э., Файн С.Н., Лукин В.В. — М.: Медпрактика-М, 2006. — 144 с.

2. Василенко И.В. Морфологическая диагностика болезни Крона / И.В. Василенко // *Новости медицины и фармации*. — 2011. — № 358. — С. 35-37.
3. Григорьева Г.А. Болезнь Крона / Г.А. Григорьева, Н.Ю. Мешалкина. — М.: Медицина, 2007. — 184 с.
4. Захараш М.П. Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы / М.П. Захараш // *Мат-ли II з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю*. — К.: Медицина, 2006. — С. 21-34.
5. Линеvский Ю.В., Линеvская К.Ю., Воронин К.А. Болезнь Крона: практические аспекты проблемы // *Новости медицины и фармации*. — 2009. — № 304. — С. 43-50.
6. Полунин Г.Е. Оценка результатов лечения рака толстой кишки, ассоциированного с язвенным колитом и болезнью Крона / Г.Е. Полунин, Ф.И. Гюльмамедов, И.В. Коктышев // *Новоутворення*. — 2009. — № 3-4. — С. 183-185.
7. Сергиенко Е.Н., Дейнеко Н.Ф. Особенности структурных изменений слизистой оболочки толстой кишки при обострении хронического колита // *Рос. гастроэнтерол. журн.* — 2000. — № 4. — С. 146-147.
8. Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика, лечение / И.Л. Халиф, И.Д. Лоранская. — М.: Миклош, 2004. — 88 с.

Отримано 08.11.12 □

Русин В.И.¹, Чобей С.М.¹, Шкриба И.И.¹, Токач Н.Г.², Кобаль М.М.²¹Ужгородский национальный университет²Закарпатская областная клиническая больница им. Андрея Новака

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА

Резюме. Характерными признаками болезни Крона являются воспаление с четко ограниченными участками кишечника, которое сопровождается изъязвлениями и образованием рубцовых изменений в кишке, а также поражением других органов и систем.

Цель исследования — для улучшения результатов лечения изучить морфологические изменения, характерные для стенозирующей, воспалительной и пенетрирующей формы терминального илеита.

Материалы и методы. Нами изучены биоптаты и проведено гистологическое исследование удаленных участков кишки 37 больных с диагнозом «терминальный илеит». Воспалительная форма болезни Крона наблюдалась в 23 (62,2 %) случаях, стенозирующая — в 8 (21,6 %), пенетрирующая — в 4 (16,2 %).

Результаты и обсуждение. Трансмуральный характер воспаления болезни Крона хорошо виден в резекционных пре-

паратах. При глубокой биопсии с захватом мышечного слоя слизистой оболочки толстой кишки в материале наблюдалось поражение подслизистого слоя — склероз и воспалительная клеточная инфильтрация. В большинстве наблюдений при болезни Крона можно увидеть нормальную архитектуру крипт с сохранением перикрипальных миофибробластов большого количества видимых клеток, что отличает процесс от неспецифического язвенного колита. Таким образом, неравномерность выраженности воспаления в слизистой оболочке толстой кишки свидетельствует в пользу диагноза болезни Крона.

Выводы. Наличие гранулем или выраженной диффузной инфильтрации макрофагами слизистой оболочки, связанных с особенностями патогенеза болезни Крона, является одним из гистологических признаков этого заболевания.

Ключевые слова: болезнь Крона, морфологическая диагностика.

Rusin V.I.¹, Chobey S.M.¹, Shkriba I.I.¹, Tokach N.G.², Kobal M.M.²¹Uzhgorod National University²Transcarpathian Regional Hospital named after Andriy Novak

MORPHOLOGICAL DIAGNOSIS OF CROHN'S DISEASE

Summary. The characteristic feature of Crohn's disease is an inflammation of a limited intestine area, which is associated with the formation of ulcers and scarring in the intestine and alterations of other organs and systems.

The aim of the study — to examine morphological changes of stenosing, inflammatory and penetrating forms of terminal ileitis for treatment results improvement.

Materials and methods. We conducted histological examination of removed intestine parts in 37 patients with a diagnosis of terminal ileitis. Inflammatory Crohn's disease was diagnosed in 23 (62.2 %) cases, stenosing one — in 8 (21.6 %), penetrating one — in 4 (16.2 %).

Results and discussion. Transmural nature of the inflammation of

Crohn's disease is well seen in resection specimens. In case of deep biopsy with taking the muscle layer of the colonic mucosa we observed the submucosa alteration — sclerosis and inflammatory cell infiltration. In the majority of Crohn's disease cases we can see the normal crypts architecture with the preservation precryptal myofibroblasts of visible cells, that distinguishes the process from ulcerative colitis. Thus, the non-uniformity of the inflammation severity in the colon mucosa indicates to the diagnosis of Crohn's disease.

Conclusions. The presence of granulomas or severe diffuse infiltration of the mucosa by macrophages associated with the pathogenesis particularities of Crohn's disease is one of the histological signs of the disease.

Key words: Crohn's disease, morphological diagnosis.