

2307

ISSN 2077-1096

**Вісник
Української медичної стоматологічної академії**

Том 14, Випуск 2(66)

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
"Українська медична стоматологічна академія"



АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



Морфологічний аспект

Ждан В.М., докт. мед. наук, професор – головний редактор
 Бобирьов В.М., докт. мед. наук, професор – заступник
 головного редактора
 Безкоровайна І.М., докт. мед. наук
 Бобирьова Л.Є., докт. мед. наук, професор
 Весніна Л.Е., докт. мед. наук
 Дворник В.М., докт. мед. наук, професор
 Кайдашев І.П., докт. мед. наук, професор
 Катрушов О.В., докт. мед. наук, професор
 Костенко В.О., докт. мед. наук, професор – заступник
 головного редактора
 Лігоненко О.В., докт. мед. наук, професор
 Литвиненко Н.В., докт. мед. наук, професор
 Міщенко А.В., канд. мед. наук, доцент –
 відповідальний секретар
 Непорада К.С., докт. мед. наук, професор
 Новіков В.М., докт. мед. наук
 Петрушанко Т.О., докт. мед. наук, професор
 Похилько В.І., докт. мед. наук
 Скрипніков П.М., докт. мед. наук, професор
 Скрипник І.М., докт. мед. наук, професор
 Шейко В.Д., докт. мед. наук, професор
 Шерстюк О.О., докт. мед. наук, професор

МІЖНАРОДНА РЕДАКЦІЙНА РАДА

М. Волгін (Австрія), Джеремі Дж. Мао (США),
 Н.В. Пац (Білорусь), П.М. Савілов (Росія),
 А. Фартушна (Австрія)

Адреса редакції та видавця:
 36024, Україна, м. Полтава, вул. Шевченка, 23
 Телефон (05322) 7-44-11, 2-69-66.
 e-mail: mededition@rambler.ru
www.umsa.edu.ua

Комп'ютерний дизайн, оригінал-макет –
 Гуржій Т.М.

Підписано до друку 14.04.2014 р.
 Формат 60x84/8. Папір офсетний.
 Ум. друк. арк. 25,5. Наклад 300. Зам. 245.

Повнотекстова версія журналу (ISSN 2077-1126 (online))
 представлена на сайті www.umsa.edu.ua

Модератор – Шульженко П.П.

Засновник і видавець –
 ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ
 НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
 УКРАЇНИ
 «УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА
 СТОМАТОЛОГІЧНА
 АКАДЕМІЯ»
 Науково-практичний журнал

Актуальні проблеми
 сучасної медицини:
 ВІСНИК Української
 медичної стоматологічної
 академії

Том 14,
 Випуск 2 (46)
 Свідоцтво про державну
 реєстрацію
 КВ №15143-3715 ПР
 від 6.05.2009 р.

Рекомендовано до друку
 Вченою радою Вищого
 державного навчального
 закладу України «Українська
 медична стоматологічна
 академія» (протокол № 9
 від 9.04.2014)

Журнал затверджений ВАК
 України як наукове фахове
 видання з медичних наук
 (постанова президії
 ВАК України від
 18.11.2009 р.,
 №1-05/5)

З 2013 р. журнал внесено
 до міжнародних баз наукової
 періодики: Російський індекс
 наукового цитування
 РИНЦ, на платформі наукової
 електронної бібліотеки
 eLIBRARY.RU, Google Scholar,
 Index Copernicus International

Усі статті рецензуються

—
АК
СУ
ВІС
 —
НАУ.
 Виход

-СТА1

Гри
 МЕДИЦ
 ОБЩЕС

Гри
 ПРОБЛ

Дуд
 ГЕНЕТИ

Кос
 ВИВЧЕ
 КОНТР.

Куд
 ОЦІНКА
 АРТЕРІ

Люд
 СУЧАС

Пол
 ОСОБ
 ПУБЕР

Нас
 ОПТИМ

Пил
 АНАЛІЗ

Пон
 ОЦІНКА

Пох
 СТАН

Пур
 СТАН

Руд
 ПІПЕНІ
 «УКРЗІ

Скр
 ВПЛИВ

Тал
 ОСОБ

Тар
 ОЦІНКА

Хай
 ОПТИМ

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи,
 Серія ДК №1691 від 17.02.2004р.
 Редакційно-видавничий відділ
 Вищого державного навчального закладу України
 «Українська медична стоматологічна академія»
 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

© Вищий державний
 навчальний заклад України
 «Українська медична
 стоматологічна академія», 2014

АКТУАЛЬНІ ПРОБАЕМИ

СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ:

Том 14, Випуск 2 (46) 2014

ВІСНИК УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ АКАДЕМІЇ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

СТАТТІ-КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

4	Григорівська А.М. Медичинська політика як міждисциплінарна комплексна госпударствена документа сохронеия обшественного здоровья в XVIII - начале XX века
10	Гриченко Е.М. Проблема крайньої плоти у дітей
13	Дубченко І.О. Генетична детермінованість ризику розвитку ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію
16	Косарчук В.В., Гуценко І.В., Чорна Л.М., Осородіщук І.В. Вивчення стану придатності до виськової сілужки виськовослужбовців рядового складу за контрактом мобілізаційного резерву збройних сил України на етапі звільнення
19	Курья І.П., Шевченко Т.І. Оцінка перерви та якості життя у хворих на ішемічну хворобу серця після стентування коронарних артерій
23	Людська О.М. Сучасна симптоматика гострої спайкової непрохідності кишечника
26	Лонга І.В. Особливості перерви, загальної та місцевої терапії алергодерматозів у дітей перубертантного та пубертантного періоду
29	Настрота Т.В. Оптимізація лікування хворих на хронічну ішемічну хворобу серця із супутнім хозл
33	Липищенко О.А. Аналіз фредикторів розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки у дітей та підлітків з ожирінням
37	Лончаренко Н.П., Коршун М.М. Оцінка якості господарсько-питного водопостачання районів чернігівської області
43	Лохцько В.І., Козаєвич О.В. Стан здоров'я дітей раннього віку в залежності від тривалості грудного вигодовування
46	Плуренко Т.И., Іленко Н.В., Островська Л.И., Ситенко Г.Я., Гадка В.М. Стан вегетативного та психомоційного статусу віл-інфікованих осіб
50	Руденко Л.А. Гігієнічна оцінка характеру праці провідників пасажирського сполучення залізничного транспорту «Укрзалізниця»
53	Скрипніков А.М., Боднар Л.А. Вплив акцентуації характеру на рішення про косметичну ринопластику
56	Талаш В.В. Особливості мікробіоценозу генітального тракту у жінок з хірургічною менопаузою
59	Таряник К.А. Оцінка показників електроенергографічного дослідження у хворих із хворобою Паркінсона
62	Хайменова Г.С., Савченко Л.В. Оптимізація терапії інфекційного загострення хозл у осіб похилого та старечого віку

Чернюк Н. В.	65
ГЕНЕТИЧНА ДЕТЕРМІНОВАНІСТЬ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ЄДНОСТІ ОРГАНІВ БРОНХО-ЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ У ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ КОМПОНЕНТНОГО І ФАКТОРНОГО АНАЛІЗУ	
Шаєнко З.О.	71
ДИНАМІКА ГЛІКЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ МЕТФОРМІНОМ ТА ПІОГЛІТАЗОНОМ	
Шипко А.Ф., Муратов Г.Р., Сенаторова А.С.	76
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА	
Шкурупій Д.А.	80
АНАЛІЗ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	
Мунтян С.О., Кришень В.П., Баранник С.І., Лященко П.В., Ліхолетов Є.О.	83
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ CD8-ЛІМФОЦИТІВ ПРИ ПРОЛОНГОВАНОМУ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОМУ СОБЦІЙНО-ТРАНСМЕМБРАННОМУ ДІАЛІЗІ У ХВОРИХ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ПЕРИТОНИТОМ	
Русин В.І., Чобей С.М., Шкріба І.І., Сочка А.В.	85
ЕНДОСКОПІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ХВОРОБИ КРОНА	
Русин В.І., Болдіджар П.О., Краснопольська О.С., Лопіт В.М., Сірчак С.С.	90
РОЛЬ ВЕНОЗНОГО РЕФЛЮКСА У РОЗВИТКУ ТА ПРОГНОЗУВАННІ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ	
Стоматологія	
Петрушанко Т.О., Попович І.Ю., Семененко І.П.	97
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПАСТ НА ОСНОВІ ГІДРОКСИДУ КАЛЬЦІУ НА ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ХРОНІЧНИХ ВЕРХІВКОВИХ ПЕРІОДОНТИТІВ	
Писаренко О.А., Шиленко Д.Р.	99
ВПЛИВ ХАРАКТЕРИСТИК ГІДРОФІЛЬНОСТІ ВІДБИТКОВОГО МАТЕРІАЛУ НА ЯКІСТЬ РЕСТАВРАЦІЇ, ВИКОНАНОЇ ЗА ТЕРАПЕВТИЧНИМИ ШАБЛОНАМИ	
Поліщук Т.В.	102
МІКРОБІОЛОГІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСУ ПРЕ- ТА ПРОБІОТИКУ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ	
Семененко Ю.І., Дворник В.М., Рябушко Н.О.	105
ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖУВАЛЬНОГО АПАРАТУ В ОСІБ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ ЗРИЛОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ З ІНТАКТНИМИ ЗУБНИМИ РЯДАМИ	
Соколов В.Н., Берлым О.А., Соколов Р.Н., Новиковская Л.В.	110
АРТЕРИЗИРОВАНИЕ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ НА МИКРОСОСУДИСТЫХ АНАСТОМОЗАХ ПРИ ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ	
Черета В.В.	114
ГЕНДЕРНІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ	
Шульженко О.Ю., Силенко Ю.І., Ткаченко І.М.	117
КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА В РІЗНІ ТЕРМІНИ КОРИСТУВАННЯ ЧАСТКОВИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ	
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА МОРФОЛОГІЯ	
Дубінін С.І., Рябушко О.Б., Улановська-Циба Н.А., Передерій Н.О.	121
БУДОВА СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА РИБ ЗІ ЗМІШАНИМ ТИПОМ ХАРЧУВАННЯ	
Байбаков В.М.	124
КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ПАТОГЕНЕЗУ ЧОЛОВІЧОГО БЕЗПЛІДДЯ	
Гордієнко Л.П., Фалалєєва Т.М.	130
ЗМІНИ АДІПОЦИТОКІНІВ У ЩУРІВ ЗА УМОВ ГЛУТАМАТ-ІНДУКОВАНОГО ОЖИРІННЯ	
Дев'яткіна Н.М.	133
ОЦІНКА РЕПАРАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ ГЕЛЮ «РОТРИН-ДЕНТА» НА МОДЕЛІ ЛІНІЙНОЇ РІЗАНОЇ РАНИ	
Козовий Р.В., Ковальчук Л.Є.	136
ОЦІНКА ЗНАЧУЩОСТІ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ НА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ І ДОВГОЛІТТЯ	
Ляшенко Л.І., Костенко В.О.	140
NF-KB-ОПОСЕРЕДКОВАНИЙ ВПЛИВ NO-СИНТАЗ НА ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНІ ПРОЦЕСИ У ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	
Матвієнко Т.М., Саргош О.Д.	144
СТАН ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В ТКАНИНАХ ПЕЧІНКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ЗА УМОВ ВПЛИВУ РУХОМИХ ФТОРИДІВ	
Микитенко А.О.	147
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ МУЛЬТИПРОБІОТИКА В ДЕНТО-АЛЬВЕОЛЯРНИХ КАПАХ	
Сухомлин А.А.	152
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА КОРЕКЦІЯ МЕЛАНІНОМ ПРОТЕІНАЗНО-ІНГІБІТОРНОГО ДИСБАЛАНСУ СЛИННИХ ЗАЛОЗ В УМОВАХ ГІПЕРГАСТРИНЕМІЇ	

65	Сухомлин Т.А. Експериментальна корекція змін но-ергічної системи в легенях щурів при опіковій хворобі	155
71	Лушак В.П., Криванська М.И., Лушак О.В. Учасність некорих адреноблокаторов в порушенні вивільнення функцій почек	157
76	Френкель Ю.Д. Роль но-синтаз у механізмах порушень біосинтезу в тканині головного мозку за умов хронічної експериментальної гіпомелатоніемії	162
80	Харченко А.В. Комплексна імуностимуляційна-біологічна діагностика передопухольових процесов слизистої оболонки желудка	165
83	Гуманітарні проблеми медицини та питання викладання у Вищій медичній школі	171
85	Макаренко О.В. Рациональне поєднання групової форми навчання з проблемним у процесі вивчення біофізики	171
90	Мішук К. О., Протова О. П., Стриж А. А., Ніколаєва Н. М. Технології диференціації навчання іноземної мови в немовних вишах	175
97	Кузь В.С., Дворник В.М., Кузь Г.М. Характеристика сучасних базисних стоматологічних матеріалів та їх вплив на тканини порожнини рота	179
99	Луценко Е.А., Шенкель Д.Р. Стинеская одонтологія. Обзор литературы	184
99	Похилько В.І., Траверсе Г.М., Цвіренко С.М., Артюмова Н.С. Роль про- та пребіотиків у первинній профілактиці алергії у дітей на основі доказової медицини	188
102	Траверсе Г.М., Артюмова Н.С., Цвіренко С.М. Внутрішньоршляхові кровопливи у новонароджених: сучасний погляд на діагностику, лікування, профілактику	194
105	Цуканов Д.В. Структурне забезпечення слиноутворення в нормі	201
110		
114		
117		
121		
124		
130		
133		
136		
140		
144		
147		
152		

Резюме

ДИНАМІКА ПОКАЗАТЕЛІВ СД8-ЛИМФОЦИТІВ ПРИ ПРОЛОНГОВАНОМУ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОМУ СОРБЦІЙНО-ТРАНСМЕМБРАННОМУ ДІАЛІЗЕ У БОЛЬНИХ С РАСПРОСТРАНЕННИМ ПЕРИТОНИТОМ

Мунтян С.А., Крышень В.П., Баранник С.И., Ляшенко П.В., Лихолетов Е.А.

Ключевые слова: СД8-лимфоциты, перитонит, полиорганная недостаточность

На основі проведеного аналізу клінічного та лабораторного матеріалу установлено, що іс-пользование сорбционно-трансмембранного диализа для санации брюшной полости позволяет дос-тичь значительной протекции СД8-лимфоцитов и уменьшить проявление эндотоксикоза в комплекс-ном лечении больных на распространённый перитонит.

Summary

DYNAMICS IN INDICES OF CD8-LYMPHOCYTES UNDER PROLONGED INTRAABDOMINAL SORPTION-TRANSMEMBRANE

DIALYSIS IN PATIENTS WITH GENERAL PERITONITIS

Muntian S.A., Kryshen V.P., Baranuk S.I., Lashchenko P.V., Likholetov Ye.A.

Key words: CD8-lymphocytes, general peritonitis, multiple organ failure.

Based on the findings obtained in clinical and laboratory investigations it has been revealed the applying of sorption-transmembrane dialysis for abdominal cavity sanitation makes it possible to reach considerable protection of CD8-lymphocytes and to reduce the manifestations of endotoxiosis in the complex treatment of patients with general peritonitis.

УДК – 616.344-002-031.84-072.1

Русин В.І., Чобей С.М., Шкріба І.І., Сочка А.В.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ХВОРОБІ КРОНА

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Хвороба Крона – хронічне рецидивуюче захворювання шлунково-кишкового тракту неясної етіології, що характеризується трансмуральним сегментарним розповсюдженням запального процесу з розвитком місцевих і системних ускладнень. За неповними даними поширєність в нашій країні становить 8-10 на 100 тисяч населєння. Макроскопічно «для хвороби Крона в характерно: набряклість, потовщенєння стїнки кишки, наявність білястих включєнь під серозним покриттям уражена слизова оболонка кишечника має вигляд «бруківки», відзначається чітка межа між ураженими і здоровими відділами кишки. До характерних мікроскопічних змін відносяться: ураження всїх шарів у вигляді набряку, інфільтрації лімфоїдними і плазматичними клітинами підслизового шару, гіперплазію лімфатичних фолікулів, формування гранульом, нагноєння та епуазкування змі-ненних лімфоїдних фолікулів.

Ключові слова: хвороба Крона, діагностика, ендоскопія, гістологія.

Вступ

Хвороба Крона – хронічне рецидивуюче за-хворювання шлунково-кишкового тракту неясної етіології, що характеризується трансмуральним сегментарним розповсюдженням запального процесу з розвитком місцевих і системних ускладнень. За неповними даними поширєність в нашій країні становить 8-10 на 100 тисяч населєння (Захараш М.П., 2005). При цьому дебют хвороби з ураженням стравоходу чи шлунка або дванадцятипалої кишки або пе-рианальної ділянки складає 5%, гастроентерологічного кітла 45%, проксимального відділу тонкої кишки – 40%. При цьому уражена слизова оболонка киш-ківника має вигляд «бруківки» і ділянки інтантаної слизової чергуються з глибокими шліпелюїдними виразками, що проникають у підслизовий і м'язевий шари. Виявляються норції, абсцеси та стриктури кишки, де роль ендоскопічної візуалі-зації з наступним гістологічним дослідженням є чи не найважливішою складовою правильшого діагнозу [1, 2].

Мета дослідження

Для покращєння результатів лікування та ранньої діагностики розраховувати ендоскопічні критерії диференційної діагностики хвороби Крона.

Матеріали та методи

В хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака (м. Ужгород) ми спостерігали 43 пацієнти з хворобою Крона, яким виконувалося ендоскопічне дослідження верхніх відділів ШКТ та колоноскопія. Із підозрливих ділянок слизової оболонки киш-ки бралися біопсії з наступними епітологічними товщи-ною 10 мікронів. Фарбування гістологічних зрізів проводилася гематоксилін-еозином. Цілоїдинові зрізи переносилися у велику чашку Петрі з во-дою. На зрізи наносили кілька крапель профіль-травного гематоксиліну і витримували 5 хвилин до посиніння зрізу з наступним промиванням у воді протягом 8 хвилин. Потім зрізи фарбува-лися розчином еозину (кілька крапель) – 3 хви-лини, далі знову промивали водою – 1 хвилину. Зрізи знову клали на предметне скло, далі обе-

режно вибиралася (тампоном) вода і наливали карбол-кислоту впродовж 0,5 хвилин, до прозорості зрізу, 1 хвилину промивали кислотом. Після видалення кислоти на зріз капали 1 краплю бальзаму і покривали зріз покривним склом. Збільшення – х 100 (200).

Показаннями до проведення ендоскопічного дослідження служили: уточнення діагнозу, проведення диференційної діагностики з іншими захворюваннями кишечника, виключення розвитку злоякісного новоутворення, взяття біоптату для проведення гістологічного дослідження. При проведенні первинної діагностики виконували колоноскопію з оцінкою слизової оболонки прямої та ободової кишок, взяттям біопсії із слизо-

вої уражених ділянок. Ендоскопія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, перш за все, дозволяла виключити ураження цих відділів. Застосування колоноскопії в доопераційній діагностиці допомагало точно оцінити розповсюдженість ураження. У пацієнтів з тривалим перебігом процесу у зв'язку з ризиком розвитку злоякісних новоутворень виконання колоноскопії набувало особливого значення.[3, 4, 5]

Результати дослідження та їх обговорення

При виконанні колоноскопії головним завданням було проведення диференціальної діагностики між хворобою Крона і неспецифічним виразковим колітом (табл.1).

Таблиця 1

Ендоскопічні критерії диференціальної діагностики хвороби Крона і неспецифічного виразкового коліту.

Ознаки	Виразковий коліт	Хвороба Крона
Розповсюдженість уражень	Дифузне ураження товстої кишки в проксимальному напрямку. Концентричне. Рідкісне ураження області заднього проходу. Пряма кишка вражається в 95% хворих	Переважає вогнищеве ураження. Ексцентричне. Часте ураження області заднього проходу. Пряма кишка уражається рідко.
Стан слизової оболонки	Гіперемія, плоскі виразки, що зливаються, зникнення судинного малюнка і грануляції слизової оболонки. Підвищена ранимість, кровоточивість.	Афти, оточені нормальною слизовою оболонкою, відсутність кровоточивості. Глибокі щілиноподібні виразки-тріщини з рівними краями з трансмуральним розповсюдженням.
Тонус кишкової стінки	Відсутність гаустр, псевдополіпів, звуження просвіту, мостики із слизовою оболонкою.	Невелика кількість псевдополіпів, рубцеві деформації, стриктури, стенози.

При вираженому запаленні слизової оболонки з її значним виразковим ураженням від колоноскопії утримувалися у зв'язку з високим ризиком перфорації. З цієї причини не виконували дослідження при виконанні в ході ендоскопії сильних болів, а також при виникненні утруднень у проведенні ендоскопа по товстій кишці.

Тим не менш, провести точну диференціальну діагностику за даними ендоскопічного дослідження вдалося у 32 пацієнтів.

Хвороба Крона характеризувалася, в першу чергу, зміною діаметра кишки незалежно від форми захворювання. У разі переважання набряку і

інфільтрації стінки кишки, при ендоскопії виявляли рівномірне звуження кишки, іноді настільки виражене, що провести апарат проксимальніше цієї ділянки не вдалося. У фазі інфільтрації, за даними ендоскопії, поперечна складчастість зникала, складки ставали поздовжніми широкими, просвіт кишки – зірчастим, слизова оболонка – набряклою, матовою з жовтуватим відтінком. Судинний малюнок практично був відсутній, іноді тільки визначалися окремі судини. На такому тлі характерним було виявлення пластівців гною, фібрину і дрібних поверхневих ерозій (афт) (рис. 1, 2).



Рис. 1. Фіброколоноскопія. Набрякла запалена слизова оболонка ділянки ілеоцекального кута товстої кишки із звуженням просвіту кишки.

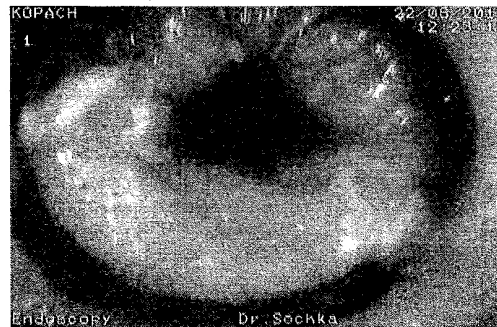


Рис. 2. Ураження сигмоподібної кишки. Слизова оболонка з ознаками запалення, набряку. Візуалізується хронічні виразки у вигляді тріщини покриті фібрином.

Надзвичайно важливою особливістю хвороби Крона вважається переривчастий характер поширення ураження. У хворих із довгостроково існуючим запальним процесом просвіт кишки деформований за рахунок виступаючих у просвіт множинних поліпоподібних утворень. При

цьому ендоскопічно виявляли глибокі виразки, покриті фібрином і некротичними накладаннями, глибокі і широкі тріщини. Виразки були орієнтовані по окружності кишки, а тріщини розташовувалися поздовжньо, даючи бічні відгалуження. Слизова оболонка між тріщинами зберігалася у

вигляді острівців різної величини і форми і утво- рювала рельєф «бруківки» (рис. 3).



Рис. 3. Фіброастероїдоскопія. Територія слізової оболонки дванадцятипалої кишки у вигляді «бруківки».

При прогресуванні патологічного процесу ен- доскопічно визначалось збільшення розмірів ви- разок із поздовжньою орієнтацією, зливний їх характер. Виразжене запалення є великим ви- некротичними наслідками, дифузна кровото- чивість були найбільш частими ендоскопічними ознаками важкого періоду хвороби Крона.

При важкому періоді захворювання у фазі ремісії виявляли запальні поли, «містки» із слизової оболонки, рубцеву деформацію, стрик- тури і втрату густрости. При повторній колоноскопії в динаміці відзна- чено, що наявність в активній фазі захворюван- ня глибоких тріщин слизової оболонки призво- дить в стадії ремісії до воронкоподібних звужень просвіту кишки за рахунок рубців. Слизова обо- лонка над цими ділянками зазвичай десквамо- вана і являла собою поверхневий виразковий дефект. При поширенні запального інфільтрату за межі серозної оболонки виникали внутрішні і зо- внішні норці, що діагностовані у 15 пацієнтів (рис. 4).



Рис. 4. Ендоскопічна картина норці суслоподібної кишки при хворобі Крона.

У гострому періоді хвороби Крона, при наяв- ності великих виразок, тріщин, псевдополіпів внутрішній отвір норці виявлялись з затруднен- ням. По мірі розвитку ремісії процесу норці бу- ли добре видно і представляли собою дефект стінки з невеликим псевдополіпом біля нього у вигляді «стопорожового горбка» (рис. 5).

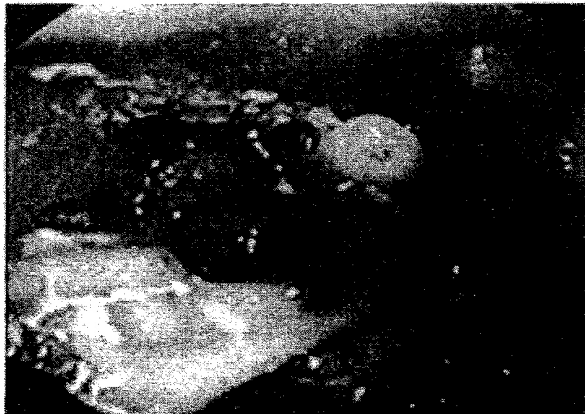


Рис. 5. Ендоскопічна картина «стопорожового горбка» при хворобі Крона.

Розвиток стенозів спостерігався при локалі- зації хвороби Крона в товстій кишці у 3 пацієнтів, у термінальному відділі клубової кишки – у 13 пацієнтів.

Таким чином, хоча ендоскопічна картина при хворобі Крона відрізняється надзвичайним полі- морфізмом, характер змін просвіту кишки, її вну- трішнього рельєфу, наявність виразкових дефо- рмацій різної величини і форми, одиничних або множинних стенозів дозволяти достовірно діаг- ностувати це захворювання.

При біопсії із змінених ділянок товстої кишки виявлені наступні гістологічні зміни (рис. 6). Провести диференціальну діагностику між хво- робою Крона та неспецифічним виразковим ко- литом буває складно навіть для патологоанато- мів, які спеціалізуються на захворюваннях ШКТ. На сьогоднішній день немає єдиної думки про гі- стологічні критерії діагностики цих двох захо- рювань, так як між ними існує багато проміжних станів. У 5-10% пацієнтів виставляється діагноз «невизначеного коліту». В процесі розвитку за- хворювання можливі зміни його проявів, що в свою чергу приводять до зміни діагнозу, як за- звичай – на користь хвороби Крона. В складних випадках для діагностики використовують сукуп- ність гістологічних, макроскопічних, ендоскопіч- них та рентгенологічних ознак, а також анамнез захворювання та клінічну картину. Кінцевий діаг- ноз встановлюють після резекції кишки та гісто- логічного дослідження слизової.

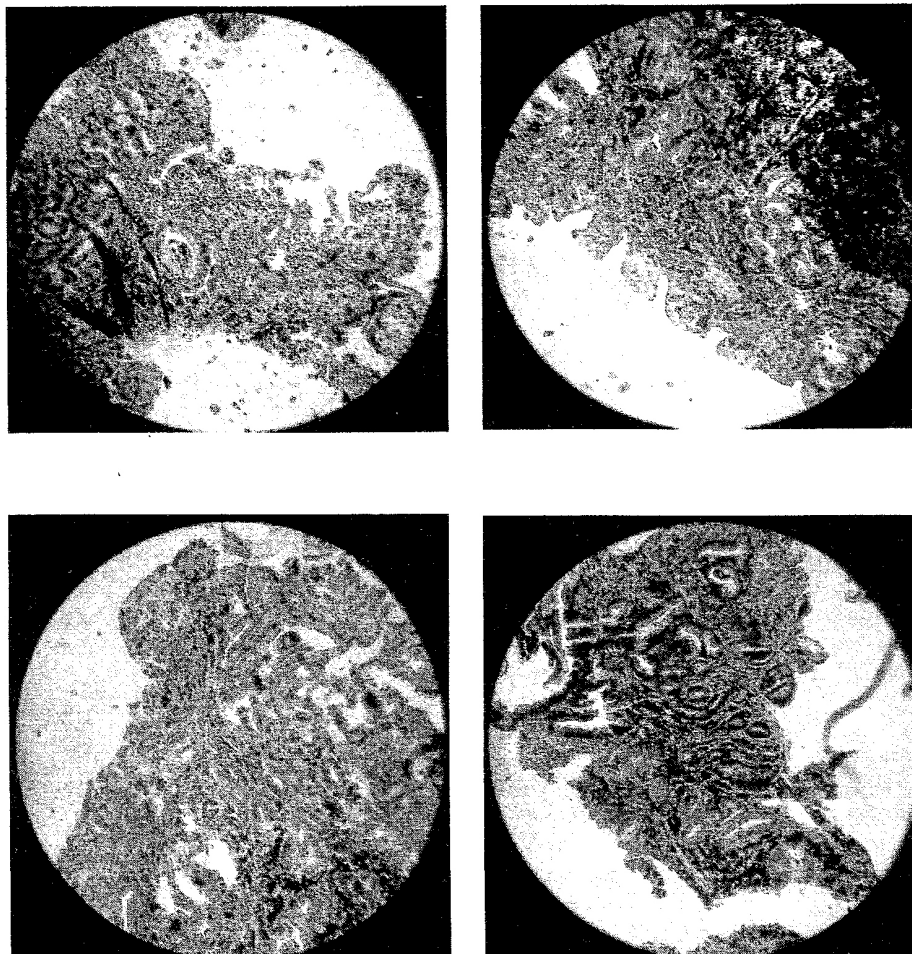


Рис. 6. Папіломатоз слизової оболонки товстої кишки чергується з ділянками, де складчастість згладжена. Вогнищева десквамація вистилаючого епітелія в місцях дефектів (ерозій) скупчення лейкоцитів. Строма слизової оболонки нерівномірно-потовщена, в ній набряк, повнокрів'я, лімфо-лейкоцитарна інфільтрація. Наявність еозинofilів та гістоцитів в інфільтраті. Дисконплексація залоз, вогнищева проліферація епітелія залоз, наявність лейкоцитів в просвітах залоз. Парез судин і капілярів, стаз еритроцитів в них обмежені екстравазати.

Заключення: хвороба Крона, початкова стадія у вигляді гранулематозного, пупуло-ерозивного коліту.

П'ятнисте запалення, яке характерне для хвороби Крона, може спостерігатись і при виразковому коліті. Лімфоїдні інфільтрати в основі слизової оболонки можуть формуватись при важкому перебігу виразкового коліту, що є характерною рисою хвороби Крона, при якій вони мають трансмуральний характер. Для хвороби Крона характерним є збереження бокалоподібних клітин, а при виразковому коліті виникає їх виснаження.

Другою характерною ознакою запалення при хворобі Крона є нерівномірна щільність інфільтрату власної пластинки слизової оболонки: в окружності декількох крипт інфільтрат густий, а поруч він відсутній або виражений слабо. В інфільтраті переважають лімфоцити, в декілька меншій кількості переважають плазматичні клітини, еозинофіли сегментоядерні лейкоцити поодинокі. Іноді лімфоцити утворюють множинні скупчення, що розташовуються між базальними відділами крипт.

Ранні стадії захворювання характеризуються зазвичай незначною вираженістю запалення

слизової оболонки, що супроводжується обмеженими невеликими ерозивно-виразковими дефектами слизової оболонки, а також набряком, розширенням лімфатичних судин, спостерігаються переважно в підслизовому шарі.

Виразки часто вражають спочатку спеціалізований поверхневий епітелій лімфоїдного фолікула, але можуть зустрічатись і в інших ділянках товстої кишки. При цьому відзначається гіперплазія лімфоїдної тканини, яка асоціюється зі слизовою оболонкою. Типові для хвороби Крона гранульоми розташовуються ізольовано і не утворюють великих інфільтратів. Гранульоми локалізуються переважно в глибоких шарах кишкової стінки (в підслизовому шарі частіше, ніж у м'язовій оболонці). Вони складаються з епітеліюідних і гігантських багаядерних клітин типу Пирогова-Лангханса, оточених поясом із лімфоцитів, не мають чітких меж і навколо них не утворюється фіброзний обідок, що характерно для саркоїдоза (рис. 7). На відміну від туберкульозних гранулом в них немає сирнистого некрозу.

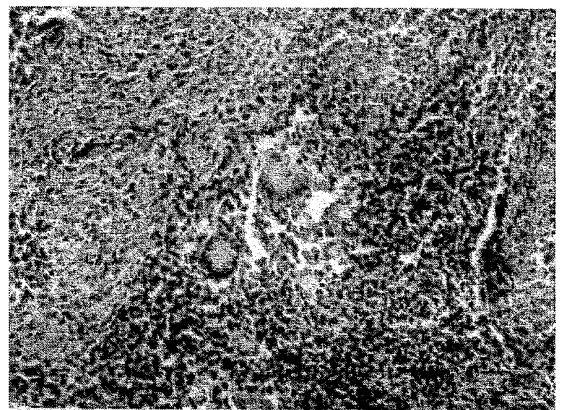


Рис. 7. Типова в сістологічному відношенні спанульова, патогномічна для хвороби Крона, задарелення гематоксильном і еозинном x 200.

При гістологічному дослідженні біопсійного матеріалу патогномічні для хвороби Крона гранульоми виявлені тільки у 23% хворих.

Хронічне запалення слизової оболонки товстої кишки при хворобі Крона супроводжується зміною

антиархтектоніки. Якто в ранній фазі розвитку фіброзу кровоплинн залишається нормальним, але в пізній стадії він знижується. При морфологічному дослідженні відзначається нерівномірність калібру кінцевих судин, які підходять до слизової оболонки.

У типових випадках хвороби Крона макроскопічні ознаки були настільки характерними, що слугували підставою для встановлення діагнозу до макроскопічного дослідження. Макроскопічно серозна оболонка нерівномірно повнокровна, місцями мутнувата, з дрібними округлими горбочками (гранульомами). Слизова оболонка біло-рожевого ко-

Результат

ендоскопічне дослідження при болезні Крона

Русин В.И., Чобей С.М., Шкриба И.И., Сочка А.В.

Ключевые слова: болезнь Крона, диагностика, эндоскопия, гистология

льору. На ділянках ураження локалізуються глибокі виразки з рівними краями. Виразки орієнтовані вздовж і попереk осі кишечника, мають рівні не підritti краї, що зберіглися між ними ділянки набрякової слизової оболонки, придатіють поверхні кишки схожість із «бруківкою».

Висновки

1. Макроскопічно «візуально» для хвороби Крона на характерно: набряклість, потовщення стінки кишки, наявність білястих включень під серозним

покривом уражена слизова оболонка кишечника має вигляд «бруківки», відзначається чітка межа між ураженими і здоровими відділами кишки.

2. До характерних мікроскопічних змін відносна: ураження всіх шарів у вигляді набряку, інфільтрації лімфоцитами і плазматичними клітинами під слизовою шару, гіперплазію лімфатичних фолікулів, формувана гранульом, нагноєння та виразкуваннн змінених лімфоцідних фолікулів.

Література

1. Діагностика і лічення заболіваний кишеварителного тракта: Учебное пособие / Под ред. проф. А.Э. Дорощева. – Донецк: Норд-Пресс, 2009. – 366 с.
2. Линевский Ю.В. Болезнь Крона. Практические аспекты проблемы / Ю.В. Линевский, К.Ю. Линевская, К.А. Воронин // Новости медицины и фармации. – 2009. – №304. – С. 43-50.
3. Василенко И.В. К вопросу о морфологической диагностике неспецифического язвенного колита / И.В. Василенко, А.Э. Дорощев, О.А. Расохина // Сучасна хірургія та колопроктологія. – 2012. – №2 (2). – С. 14-19.
4. Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложненных форм терминального илита (болезни Крона) / Г.И. Воробьев, Т.Л. Михайлова, А.О. Ахмедова, И.В. Костенко, Р.И. Романов // Аннали хірургії. – 2004. – №6. – С. 60-65.
5. Guy N.S. Crohn's disease of the colon / N.S. Guy, N.N. Williams, E.F. Rosato // Surg Clin North Am. – Feb. 2001. – V.81 (1). – P.159-168.

Болезнь Крона – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным сегментарным воспалительным процессом с развитием местных и системных осложнений. По неполным данным распространённость болезни Крона в нашей стране составляет 8-10 на 10000 населения. Макроскопически «визуально» для болезни Крона характерно: отечность, утолщение стенок кишки, наличие белесых включений под серозным покровом пораженной слизистой оболочки кишечника и здоровыми отделами кишки. К характерным микроскопическим изменениям относятся: поражение слоев в виде отека, инфильтрация лимфоцитами и плазматическими клетками подслизистого слоя, гиперплазия лимфатических фолликулов, формирование гранулём, нагноение и изъязвление измененных лимфоцидных фолликулов.

Summary

ENDOSCOPIC INVESTIGATION IN CROHN'S DISEASE

Rusin V.I., Chobey S.M., Shkrība I.I., Socka A.V.

Key words: Chron's disease diagnosis, endoscopy, histology.

Chron's disease is a chronic recurrent disease of gastrointestinal tract of unclear etiology. It is characterized by transmural segmental spread of inflammatory process with following development of local and systemic complications. According to incomplete data the prevalence of Chron's disease in Ukraine makes up 8 – 10 per 100.000 of population. Macroscopic, visually detected signs of the disease include swelling, bulge of intestinal walls, presence of whitish inclusions under serous layer, affected mucous membrane resembles "cobblestone pavement" in appearance, there is a sharp line dividing affected and intact segments of intestines. Typical microscopic changes involve edematous layers of intestinal walls, infiltration of submucous membrane with lymphoid and plasma cells, hyperplasia of lymphatic follicles, granuloma formation, suppuration and ulceration of lymphoid follicles.