

УДК – 616.344–002–031.84–07

В.І. РУСИН, С.М. ЧОБЕЙ, І.І. ШКРІБА, Н.Г. ТОКАЧ*

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб; *патолого-анатомічне відділення Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака, Ужгород***ДІАГНОСТИКА ХВОРОБИ КРОНА ДЕКІЛЬКОХ ЛОКАЛІЗАЦІЙ**

Розповсюдженість хвороби Крона (ХК) в популяції складає близько 0,1%. В Північній Європі, Скандинавських державах, Північній Америці щорічний рівень захворюваності складає 5-6% випадків на 100000 населення. В хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) ми спостерігали двох пацієнтів з ураженням верхніх відділів ШКТ у поєднанні з ураженням товстої кишки. У 5-10 % пацієнтів виставляється діагноз «невизначеного коліту». В складних випадках для діагностики використовують сукупність гістологічних, макроскопічних, ендоскопічних та рентгенологічних ознак, а також анамнез захворювання та клінічну картину. Ендоскопічно макроскопічні ознаки у вигляді гіпертрофії слизової ШКТ у вигляді «бруківки» із звуженням просвіту ураженого відділу кишківника поруч з сегментарністю ураження є характерні ознаки хвороби Крона. Цитологічно у верхніх відділах ШКТ при хворобі Крона спостерігались клітини кубічного епітелію в стані вираженої проліферації, при ураженні товстої кишки – елементи лімфоїдної тканини різного ступеня зрілості. Гістологічно у біоптатах з верхніх відділів ШКТ спостерігаються скупчення лімфоцитів з явищами папуло-ерозивного гранулематозного гастриту. При ураженні товстої кишки – вогнищева десквамація вистилаючого епітелію в місцях ерозій скупчення лейкоцитів у вигляді гранулематозного, папуло-ерозивного коліту.

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

Вступ. Розповсюдженість хвороби Крона (ХК) в популяції складає близько 0,1%. В Північній Європі, Скандинавських державах, Північній Америці щорічний рівень захворюваності складає 5-6% випадків на 100000 населення [7].

Макроскопічні прояви захворювань та розповсюдженість ураження можуть стати ключем для правильної діагностики ХК. Частота уражень різних ділянок кишки така: тільки тонка кишка – 30-35%; тільки товста кишка – 25-35%; тонка та товста кишки – 30-50%; шлунок та дванадцятипала кишка – 5% (рис.1, 2, 3, 4).

Переривчатість уражень (ділянки запалення чергуються з нормальною стінкою кишки) патогномонічні для ХК, за винятком дистального виразкового коліту, при якому спостерігається виразкування сліпої кишки та червоподібного відростка [2, 3, 6, 8].

Згідно з Монреальською класифікацією ХК (Монреаль, 2006) ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (шлунок та дванадцятипала кишка) трапляються ізольовано, або у поєднанні з ураженням тонкої або товстої кишки.

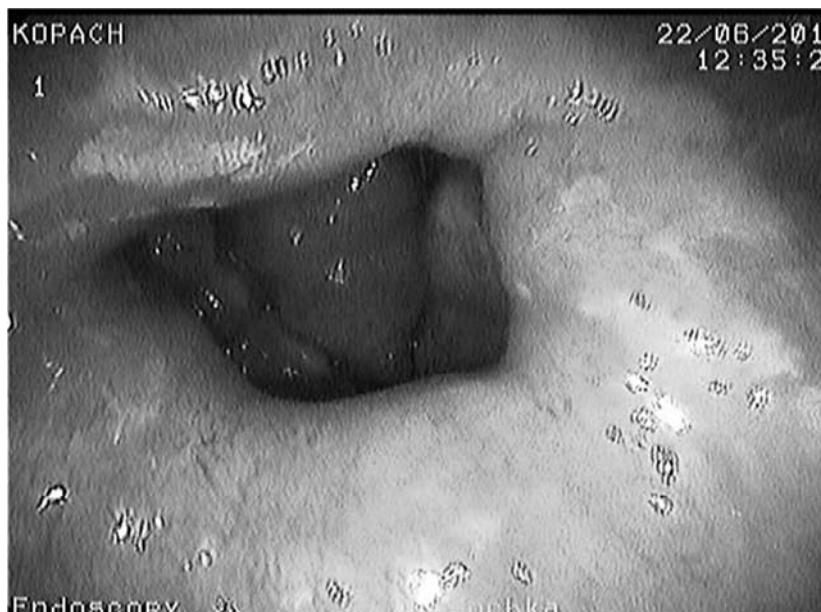


Рис.1. Фіброгастроуденоскопія. Виразкування антрального відділу шлунка.



Рис.2. Фіброгастроуденоскопія. Гіпертрофія слизової оболонки дванадцятипалої кишки у вигляді «бруківки».

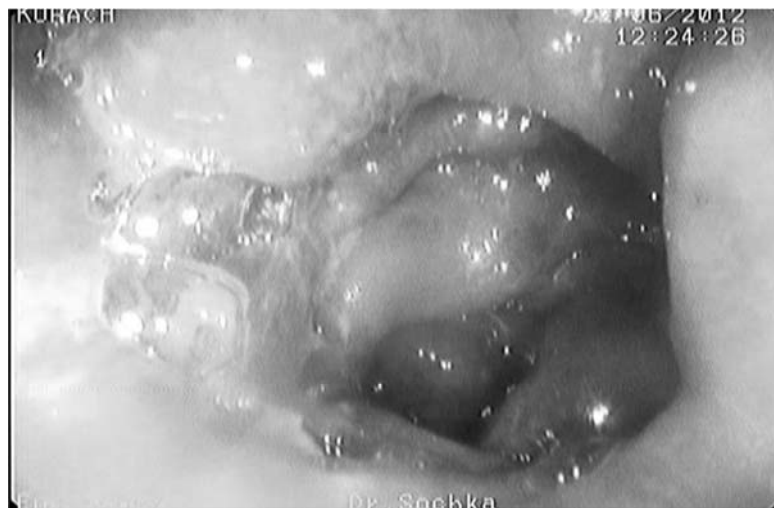


Рис.3. Фіброколоноскопія. Набрякла запалена слизова оболонка ділянки ілеоцекального кута товстої кишки із звуженням просвіту кишки.

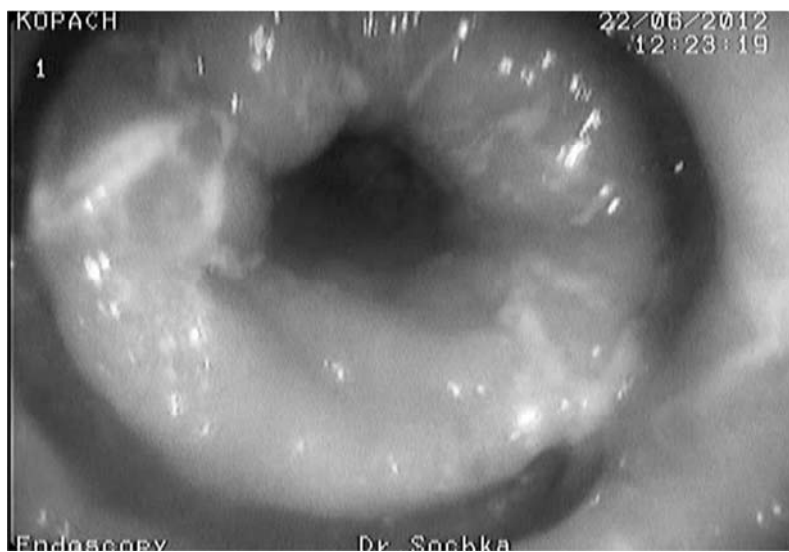


Рис.4. Ураження сигмоподібної кишки. Слизова оболонка з ознаками запалення, набряку. Візуалізуються хронічні виразки у вигляді тріщини, покриті фібрином.

Мета дослідження. Встановити макроскопічні та мікроскопічні зміни слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки при хворобі Крона з одночасним ураженням товстої кишки за допомогою ендоскопічної візуалізації, цитологічних та гістологічних методів дослідження.

Матеріали та методи. В хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) ми спостерігали двох пацієнтів з ураженням верхніх відділів ШКТ у поєднанні з ураженням товстої кишки.

З підозрілих ділянок слизової оболонки кишки бралась біопсія з наступними зрізами товщиною 10 мікронів. Фарбування гістологічних зрізів проводилась гематоксилін-еозинном. Целоїдинові зрізи переносились у велику чашку Петрі з водою. На зрізи наносили кілька крапель профільтрованого гематоксиліну і витримували 5 хвилин до посиніння зрізу з наступним промиванням у воді протягом 8 хви-

лин. Потім зрізи фарбувались розчином еозину (кілька крапель) – 3 хвилини, далі знову промивали водою – 1 хвилину. Зрізи знову клали на предметне скло, далі обережно вибиралася (тампоном) вода і наливали 96 % спирт та витримували в спирті 4 хвилини – 3 рази. Спирт змивався і на зрізи наливали карбол-ксилол впродовж 0,5 хвилини, до прозорості зрізу. 1 хвилину промивали ксилолом. Після видалення ксилолу на зріз капали 1 краплю бальзаму і покривали зріз покривним склом.

Товщина зрізу – 10 мкн. Збільшення – $\times 10$.

Результати досліджень та їх обговорення. При цитологічному дослідженні змивів із слизової оболонки шлунка та 12-палої кишки спостерігалось (цитологічне дослідження № 7173): де група клітин кубічного епітелію в стані вираженої проліферації, «голі» ядра.

Гістологічно у біоптатах шлунка та 12-палої кишки виявлені такі зміни (рис. 5):

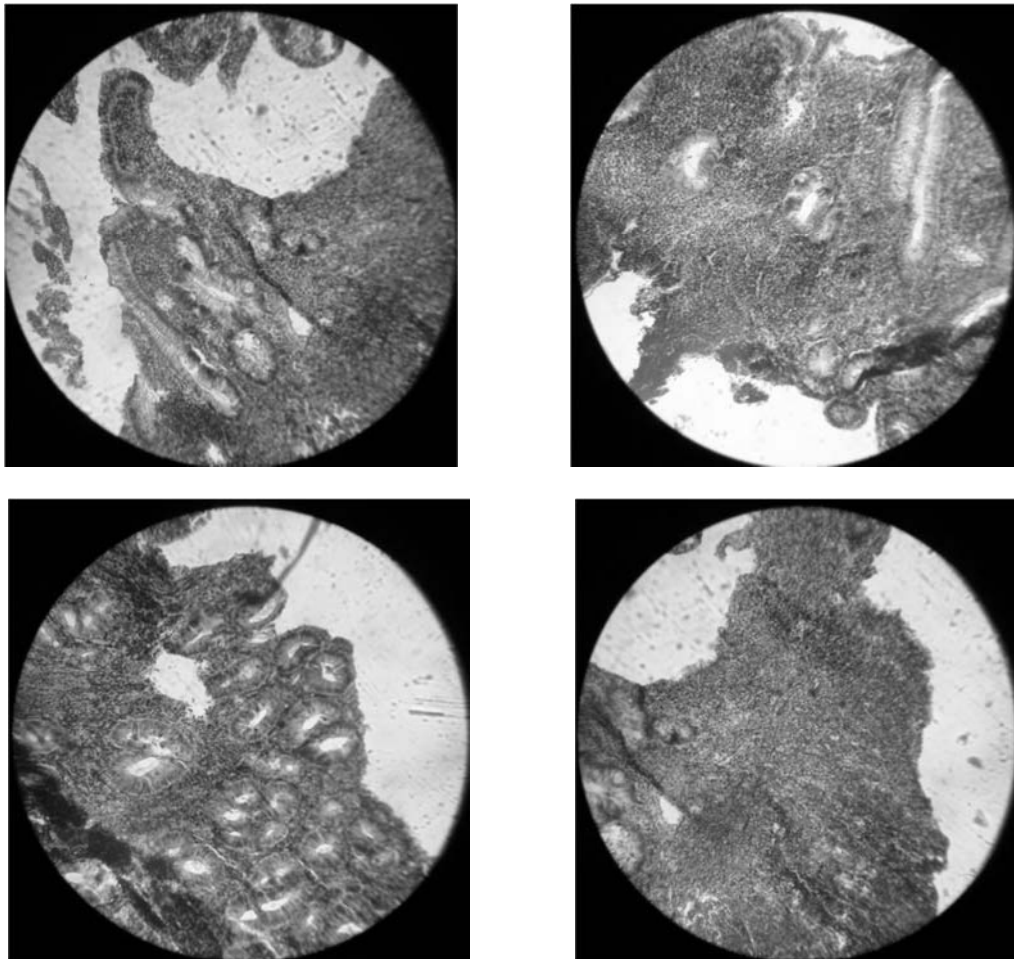


Рис.5. Дифузна лімфоцитарна інфільтрація строми слизової оболонки шлунка із значними домішками нейтрофілів, поодинокими гістоцитами та еозинофілами. Папіломатоз слизової оболонки шлунка. Вогнищева десквамація вистилаючого епітелію. В місцях дефектів скупчення лейкоцитів та еритроцитів. Вистилаючий епітелій та епітелій залоз проліферуючий, вогнищева кишкова метаплазія його, поодинокі мітози в епітеліоцитах. Місцями вогнищеві скупчення лімфоцитів у вигляді мікрофолікулів. Залози в ділянці дна шлунка дещо атрофовані, просвіти ацинусів розширені, в просвітах десквамовані епітеліоцити, еозинофільні безструктурні маси, нейтрофіли. Між ацинусами широкі прошарки запального інфільтрату. В цілому – підгострий активний папуло-ерозивний грануломатозний гастрит.

При цитологічному дослідженні змивів із слизової оболонки сигмоподібної кишки під час колоноскопії виявлено (цитологічне дослідження № 7172): клітинні елементи лімфоїдної тканини різного ступеня зрілості.

При біопсії із змінених ділянок товстої кишки виявлено такі гістологічні зміни (рис. 6).

Провести диференційну діагностику між хворобою Крона та неспецифічним виразковим колітом буває складно навіть для патологоанатомів, які спеціалізуються на захворюваннях ШКТ. На сьогоднішній день немає єдиної думки про гістологічні крите-

рії діагностики цих двох захворювань, оскільки між ними існує багато проміжних станів. У 5-10 % пацієнтів виставляється діагноз «невизначеного коліту». В процесі розвитку захворювання можливі зміни його проявів, що в свою чергу приводить до зміни діагнозу, як звичай – на користь хвороби Крона. В складних випадках для діагностики використовують сукупність гістологічних, макроскопічних, ендоскопічних та рентгенологічних ознак, а також анамнез захворювання та клінічну картину. Кінцевий діагноз встановлюють після резекції кишки та гістологічного дослідження слизової.

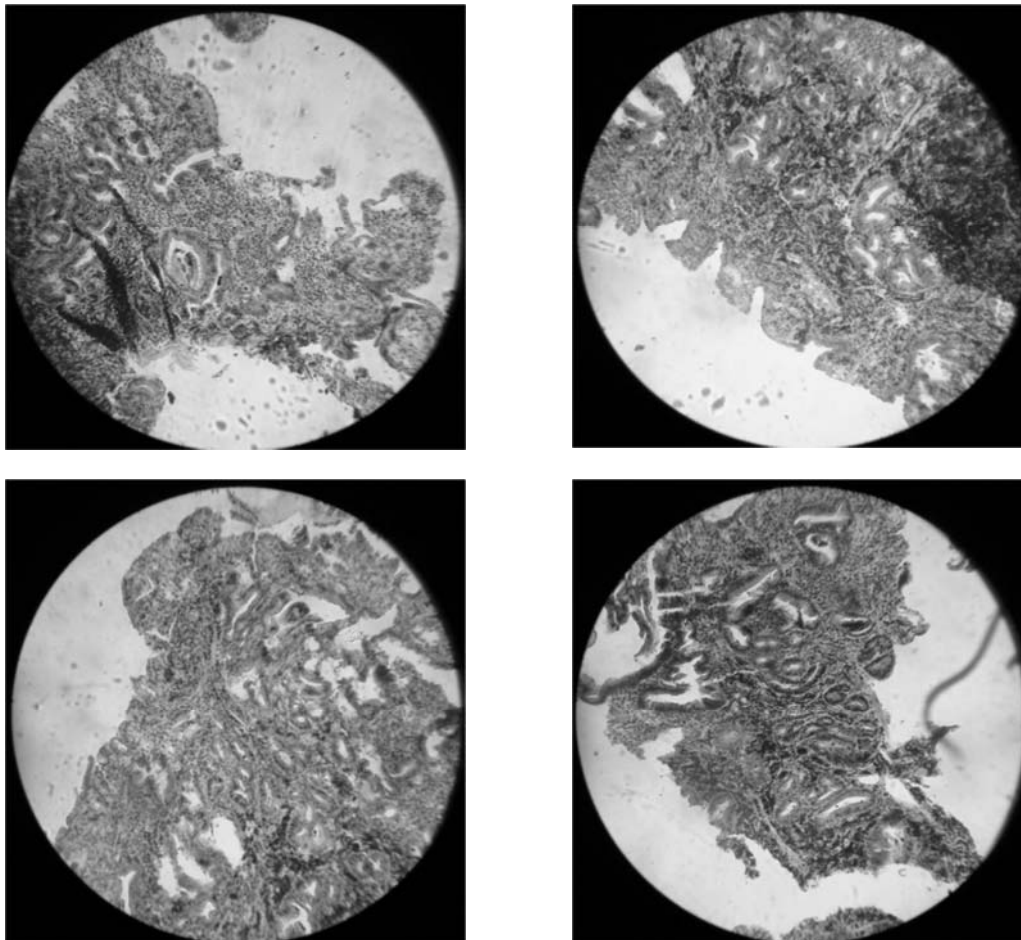


Рис. 6. Папіломатоз слизової оболонки товстої кишки чергується з ділянками, де складчатість зглажена. Вогнищева десквамація вистилаючого епітелія в місцях дефектів (ерозій) скупчення лейкоцитів. Строма слизової оболонки нерівномірно-потовщена, в ній набряк, повнокрів'я, лімфо-лейкоцитарна інфільтрація.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

Патогномонічними для хвороби Крона є три такі ознаки: глибокі грануляції без вогнища казеозного некрозу; внутрішньо лімфатичні гранульоми; гранулематозний васкуліт [1, 4, 5, 6].

Висновки.

За результатами ендоскопічного дослідження макроскопічні ознаки у вигляді гіпертрофії слизової оболонки ШКТ у вигляді «бруківки» із звуженням просвіту ураженого відділу кишки разом

із сегментарністю ураження є характерними ознаками хвороби Крона.

Цитологічно у верхніх відділах ШКТ при хворобі Крона спостерігались клітини кубічного епітелію в стані вираженої проліферації, при ураженні товстої кишки – елементи лімфоїдної тканини різного ступеня зрілості.

Гістологічно у біоптатах з верхніх відділів ШКТ спостерігаються скупчення лімфоцитів з явищами папуло-ерозивного гранулематозного гастриту, при ураженні товстої кишки – вогнищева десквамація вистилаючого епітелію в місцях ерозій скупчення лейкоцитів у вигляді гранулематозного папуло-ерозивного коліту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Атлас практической колоректальной хирургии / Рывкин В.Л., Луцевич О.Э., Файн С.Н., Лукин В.В. — М.: ИД Медпрактика — М, 2006. — 144с.
2. Василенко И.В. Морфологическая диагностика болезни Крона / И.В. Василенко // Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. Новости медицины и фармации. — 2011. — 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 // Матеріали II з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю. — К.: Медицина, 2006. — С. 21—34.
5. Линевский Ю.В., Линевская К.Ю., Воронин К.А. Болезнь Крона: практические аспекты проблемы // Новости медицины и фармации. — 2009. — № 304. — С. 43—50.
6. 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.
7. Geboes K. Pathology of inflammatory bowel disease (IBD): variability with time and treatment // *Colorectal Dis.* — 2001. — Vol. 3. — P. 2—12.
8. Helits T., Halme L., Lappalaha M. et al. CARD 15/NOD 2 gene variants are associated with familiarly occurring and complicated forms of Crohn's disease // *Gut.* — 2003. — Vol. 52. — P. 558—562.

V.I. RUSIN, S.M. CHOBAY, I.I. SHKRIBA, N.G. TOKACH

Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Surgical Diseases, Uzhhorod

DIAGNOSIS OF CROHN'S DISEASE OF SEVERAL LOCATIONS

Prevalence of Crohn's disease (CD) in the population is approximately 0.1%. In Northern Europe, Scandinavia, North America, the annual incidences make up 5-6% per 100,000 populations. In the surgical clinic of Transcarpathian regional clinical hospital we observed two patients with the lesions of the upper gastrointestinal tract in combination with the colon lesions. In 5-10% of patients "indeterminate colitis" is diagnosed. In difficult cases the diagnose is established on the bases of histological, macroscopic, endoscopic, radiological results, clinical data and medical history. The characteristic features of Crohn's disease according to endoscopic macroscopic signs are bamboo-joint-like appearance of gastrointestinal mucosa with lumen narrowing and segmental character of lesions. Cytological examination of the upper gastrointestinal tract in case of Crohn's disease observed cubic epithelial cells in a state of severe proliferation, in case of colon lesions – the lymphoid tissue elements of varying degrees of maturity. Histological examination in biopsies from the upper gastrointestinal tract resulted in accumulation of lymphocytes with symptoms of granulomatous papules erosive gastritis. In case of the colon lesion – focal epithelial desquamation paving in places, erosion accumulation of leukocytes in the form of granulomatous, papules erosive colitis.

Key words: Crohn's disease, endoscopy, cytology, histology, diagnosis

Стаття надійшла до редакції: 10.10.2012 р.