



тяжкості, при цьому більш виразні дисбіотичні прояви кишкової мікробіоти встановлено у хворих на мікробні форми екземи, що може бути однією з причин формування у таких пацієнтів мікробної сенсibiliзації та повинно бути враховано при плануванні діагностичної та терапевтичної тактики щодо хворих на різні клінічні форми алергодерматозів.

Підвербецька О.В.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

Результати окремих досліджень свідчать про порушення процесів всмоктування у тонкому кишечнику хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) легень, однак, до сьогодні практично немає даних щодо морфологічного підґрунтя для таких функціональних змін.

Метою даної роботи було встановити чи є якісь особливості будови стінки тонкої кишки у хворих на МРТБ, які могли б призводити до зниження абсорбтивної здатності слизової оболонки.

Проведено проспективне патоморфологічне дослідження 21 випадок смерті хворих (основна група), в яких основним діагнозом був МРТБ легень, що померли від різних причин. Контрольну групу склали 20 осіб без патології шлунково-кишкового тракту та морфологічних ознак туберкульозу. У ході дослідження застосовували загальні та спеціальні гістохімічні методи дослідження, проводили оцінку стану сполучної тканини у структурах тонкого кишечника (ТК).

У групі МРТБ епітелій був високим призматичним. Епітеліоцити були неоднорідним, містили вакуолі в цитоплазмі та на окремих ділянках були відокремлені від власної пластинки.

Аналіз морфометричних показників тканини тонкого кишечника хворих на МРТБ порівняно із контрольною групою показав, що товщина слизової оболонки була у 1,3 рази меншою – $523,4 \pm 11,27$ мкм проти $767,8 \pm 15,19$ мкм відповідно ($p < 0,05$). Така ж тенденція спостерігалась і з боку середньої висоти та ширини ворсинок, які у групі МРТБ становили $370,4 \pm 15,07$ мкм та $117,6 \pm 3,52$ мкм проти $482,9 \pm 21,66$ мкм та $145,6 \pm 8,41$ мкм у групі порівняння ($p < 0,05$).

Варто зауважити, що показники глибини крипт у групах достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$), однак співвідношення висоти ворсинок до глибини крипт було вірогідно нижче при МРТБ - $2,99 \pm 0,034$ проти $3,92 \pm 0,013$ ($p < 0,05$).

У хворих на МРТБ вірогідно збільшувалась площа сполучної тканини, колагенові волокна дифузно пронизували слизову оболонку ТК та мали більш грубу структуру. Якщо в групі порівняння показник відносної площі сполучної тканини складав $11,9 \pm 1,142$ %, то в основній групі ця величина сягала відповідно $25,7 \pm 2,194$ % ($p > 0,05$), що вказувало на виражене склерозування стінки ТК.

За рахунок вираженої колагенізації слизової оболонки ТК відстань між базальною мембраною епітеліоцитів та стінкою капіляра достовірно збільшилась – у 1,72 та 2,25 рази відповідно ($p < 0,05$).

Отже, проведене дослідження дозволило встановити наявність атрофічних та склеротичних змін в стінці тонкої кишки при мультирезистентному туберкульозі легень у вигляді її стоншення, зміни форми та розмірів, густини ворсинок порівняно із групою порівняння. Потрібно зазначити, що фактично зменшувалась не вся товщина слизової оболонки, а тільки її всмоктувальна поверхня за рахунок атрофії ворсинок, що, імовірно, може призводити до порушення процесів всмоктування у слизовій оболонці тонкої кишки при мультирезистентному туберкульозі легень.