

ПАТОМОРФОЛОГІЧНИЙ ВИСНОВОК

Пацієнт:

Лаб. № замовлення:

Дата народж.: 15.05.1998

Стать: Чоловіча

Код замовлення: -

Дата замовлення:

Коментарі:

Резекції кишки (при непухлинній патології)

Клінічні дані:	Зразок - кишківник (ілеоцекальний кут)
Вид операції:	Діагностична лапароскопія. Лапаротомія. Резекція ілеоцекального кута. Санація і дренування черевної порожнини
Дата операції:	05.05.2026
Клінічний діагноз:	Хвороба Крона? Стенозуючо-фістулізуюча форма. Перфорація клубової кишки. Місцевий серозно-фібринозний перитоніт

Макроскопічний опис:

Присутні ділянки кишки та їх довжина (попередньо розсічена): клубова довжиною 33,0 см; сліпа довжиною 10,0 см; апендикс не визначається.

Серозна поверхня сіро-коричневого кольору, дифузно вкрита нашаруваннями сірого кольору. У товщі власної брижі визначаються крововиливи та ділянки ущільнення. Дистальний та проксимальний краї резекції прошиті степлерним швом, на дослідження взяті вторинні краї резекції.

На відстані 13,0 см від проксимального краю резекції та 25,0 см від дистального краю резекції визначається дефект стінки клубової кишки розмірами 2,0x1,5 см, вкритий нашаруваннями. Слизова оболонка клубової кишки вогнищево горбиста, вкрита згортками крові, стінка клубової кишки вогнищево потовщена та ущільнена. Слизова оболонка ілеоцекального кута та сліпої киши візуально без змін.

У товщі жирової клітковини визначаються 6 лімфатичних вузлів розміром 0,2-1,5 см, сірого кольору, м'яко-еластичної консистенції.

Маркування.

Фарбою чорного кольору маркований дистальний край резекції стінки кишки.

Фарбою чорного кольору маркований проксимальний край резекції стінки кишки.

Фарбою чорного кольору маркована серозна поверхня в проекції перфорації.

Залишок.

Номери парафінових блоків: 123456789 1:A, 1:B, 1:C, 1:D, 1:E, 1:F, 1:G, 1:H, 1:I, 1:J, 1:K, 1:L, 1:M.

Мікроскопічний опис:

У препаратах представлена стінка тонкої кишки з вираженим дифузним хронічним активним запаленням, представленим переважно лімфоцитарною та плазмочитарною інфільтрацією з домішками нейтрофілів та еозинофілів, що поширюється на підслизову основу, м'язовий та місцями серозний шари (трансмуральний характер запалення).

Також визначається дефект стінки тонкої кишки з поширенням на всі її шари. По серозній оболонці та у прилеглій жировій тканині наявні нашарування фібрину, дифузна нейтрофільна інфільтрація, повнокрів'я судин та поодинокі скупчення епітеліоїдних гістіоцитів із багатоядерними гігантськими клітинами, що відповідає місцевому фібринозно-гнійному перитоніту з реактивними гранульоматозноподібними змінами.

В інших ділянках тонкої кишки відмічається порушення гістоархітекτονіки з деформацією крипт, ерозуванням слизової, вогнищевими криптитами та крипт-абсцесами. Наявні реактивно змінені лімфоїдні фолікули з формуванням гермінативних центрів, фіброз та потовщення м'язового шару. У фрагментах товстої кишки визначається хронічне активне запалення слизової без ознак трансмурального ураження; по серозній оболонці — реактивні запальні зміни. У краях резекції стінка тонкої та товстої кишки зі збереженням гістоархітекτονіки та життєздатності, без ознак активного трансмурального запалення. Лімфатичні вузли з ознаками синусового гістіоцитозу та реактивної фолікулярної гіперплазії; в одному з лімфатичних вузлів визначається ділянка нейтрофільної інфільтрації. Дисплазії залозистого епітелію не виявлено.

Заключення:

Хронічний активний трансмуральний ентероколіт. Морфологічна картина найбільше відповідає хворобі Крона.

Коди SNOMED:

T58000 Тонка кишка

M42000 Хронічне активне запалення

Лікар-патоморфолог:

