

Винахід відноситься до медицини, а саме, до хірургії, і може бути використаний для діагностики цирозів печінки у терапевтичних і хірургічних відділеннях, зокрема, для уточнення хірургічної тактики лікування портальної гіпертензії у хворих на цироз печінки.

Більш точним і інформативним методом оцінки ступеня ураження печінки є морфометрія тканини при гістологічному дослідженні з наступною кількісною оцінкою її будови.

Так, наприклад, для оцінки ступеня пошкодження функціональної паренхіми печінки Degott C. et al. визначали кількість некротизованих гепатоцитів в 1 мм² гістологічного зрізу при 400-кратному збільшенні мікроскопу. За цим показником з метою прогнозу кінця захворювання хворі були поділені на три групи: а) менше 5 некротизованих гепатоцитів в 1 мм²; б) 5 -10 некротизованих клітин в 1 мм²; в) більше 10 клітин в 1 мм². У першій групі померло 30%, в другій 60%, в третій - 90% хворих. Таким чином, морфометричний спосіб з більшою мірою точності дозволив спрогнозувати хід захворювання, а саме, алкогольного гепатиту [1].

Вказаний спосіб є найбільш близьким за технічною суттю і досягнутим результатам до того, що заявляється, і обраний як прототип.

Недоліком вказаних способів, в тому числі й прототипу є недостатня точність або відсутність можливості дати повну морфофункціональну оцінку печінки, в тому числі при цирозах, а відповідно, і визначити показання до хірургічного лікування. Хірургів же цікавить можливість до операції, за даними морфологічних досліджень, точно визначити категорію хворих на цироз печінки із сприятливим прогнозом оперативного лікування.

Винахід повинен вирішити задачу підвищення точності обґрунтування показань до виконання спленоренального шунтування при цирозах печінки шляхом визначення морфофункціональних характеристик печінки.

Передбачений результат досягається тим, що у відомому заході морфологічного дослідження біопсії печінки, згідно винаходу, проводять додаткове морфометричне визначення відносних об'ємів, сполучної тканини (строми) і паренхіми, вираховують їх співвідношення, а також об'єм гепатоцитів в стані некробіозу по відношенню до загальної їх кількості в препараті. По величині цих даних роблять висновок про доцільність проведення спленоренального шунтування.

Вибір цих параметрів обумовлений тим, що цироз печінки є дифузним процесом, для якого характерно:

- 1) розростання сполучної тканини, що розповсюджується на всі структури органа;
- 2) вузлова трансформація паренхіми;
- 3) дистрофія і некроз гепатоцитів.

Звідси визначення стромально-паренхіматозного співвідношення дає змогу одержати точну морфометричну характеристику наявного цирозу печінки (оцінити міру розвитку сполучної тканини і об'єм збереженої функціональної паренхіми). Визначення об'єму гепатоцитів у стані некробіозу дозволяє виявити міру пошкодження функціональної паренхіми, а відповідно, морфометрично точно характеризувати функціональний стан печінки при цирозах.

Спосіб здійснюється таким чином: відомим способом виконують лапароскопічну або черезшкірну біопсію печінки. Виготовляють гістологічні препарати, забарвлюючи гематоксилином та еозіном. За допомогою апарата цитологічного аналізатора "Інтеграл - 2МТ" (виробництво об'єднання "Квант" м. Київ), який має програмне забезпечення, або користуючись спеціальними окулярними сітками Автанділова виконують морфометричні заміри: визначають відносний об'єм сполучної тканини (строми) та паренхіми, вираховують їх співвідношення. Для оцінки функціональних можливостей і компенсаторних спроможностей паренхіми печінки визначають об'єм гепатоцитів у стані некробіозу по відношенню до загальної їх кількості у препараті. При визначенні стромально-паренхіматозного співвідношення 0,201 - 0,340 умов. од. та об'ємі гепатоцитів у стані некробіозу 6 -10%, визначають сприятливі показання для операції спленоренального шунтування; при величині стромально-паренхіматозного співвідношення 0,341 -0,901, об'ємі гепатоцитів у стані некробіозу 11 - 18%, визначають можливість операції з проведенням інтенсивної консервативної терапії в перед і післяопераційному періодах; при стромально-паренхіматозному співвідношенні більше 0,901 та об'ємі гепатоцитів у стані некробіозу більше 19% визначають несприятливі показання для операції спленоренального шунтування.

Прикладами конкретного застосування способу визначення показань до операції спленоренального шунтування, що заявляється, є історії хвороб таких хворих:

Приклад 1. Хвора З., 39 років, І.Х.№ 8115, перебувала у відділенні хірургічної ге-патології з діагнозом цироз печінки у стадії паренхіматозної декомпенсації. Асцит. Спленомегалія. Синдром портальної гіпертензії. При морфологічному дослідженні біопсії печінки: стромально-паренхіматозне співвідношення 0,235; об'єм гепатоцитів у стані некробіозу 6,5%.

22.12.1989 р. виконана операція - лапаротомія, накладення дистального спленоренального шунта. Післяопераційний період рівний. На 14 добу після операції хвора виписана із відділення.

Приклад 2. Хвора Р., 51 років, І.Х.№ 930 перебувала у відділенні з діагнозом цироз печінки у стадії судинної декомпенсації. Синдром портальної гіпертензії. Становище після операції прошивання вен шлунка з приводу кровотечі. При морфометричному дослідженні біопсії печінки: стромально-паренхіматозне співвідношення 0,526, об'єм гепатоцитів у стані некробіозу 15,5%.

22.03.1991 р. виконана операція - лапаротомія, накладення дистального спленоренального шунта. У післяопераційному періоді - явища печінкової недостатності, що потребували Інтенсивної Інфузійної терапії в умовах реанімаційного відділення. На 5 добі після операції явища печінкової недостатності ліквідовані. Подальший перебіг рівний. Виписана на 20 добу після операції.

Приклад 3. Хворий Р., 43 років, І.Х.№ 2484 знаходився у відділенні з діагнозом цироз печінки у стадії паренхіматозної декомпенсації. Асцит. Спленомегалія. Синдром портальної гіпертензії. При морфологічному дослідженні біопсії печінки: стромально-паренхіматозне співвідношення 1,43, об'єм гепатоцитів у стані некробіозу 23%.

1.04.1992 р. - операція - лапаротомія, накладення дистального спленоренального шунта. Післяопераційний період ускладнився розвитком печінкової недостатності. На 2-й добі - явища гепатоцеребральної недостатності. Інтенсивна терапія в умовах реанімаційного відділення не приводила до її

ліквідації. На 6 добі після операції хворий помер.

Використання способу, що пропонується, дозволить підвищити точність визначення показань до спленоренального шунтування практично до 100%, а відповідно, уникнути П виконання там, де ризик її надзвичайний і переважає можливий ефект. Ілюстрацією цьому можуть бути результати операції дистального спленоренального шунтування у хворих на цироз печінки, з урахуванням морфометричної характеристики біопсії печінки, наведені у таблиці:

Результати морфометричних досліджень печінки	Всього оперовано хворих	Частота печінкової недостатнос. у після операц. періоді	Післяопераційна летальність
а/ 0,201 - 0,340 б/ 6 - 10 %	10	-	-
а/ 0,341 - 0,901 б/ 11 - 18 %	25	12 / 48 % /	2 / 8 % /
а/ більше 0,901 б/ більше 19 %	9	9 / 100 % /	8 / 88,8 % /

П р и м і т к а: а) стромально-паренхіматозне співвідношення,
б) об'єм гепатоцитів у стані некробіозу.