



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **25037** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/94МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ**

1

2

(21) u200702485

(22) 06.03.2007

(24) 25.07.2007

(46) 25.07.2007, Бюл. №11, 2007р.

(72) Рязанов Дмитро Юрійович, Бамбизов Леонід Михайлович

(73) ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, Рязанов Дмитро Юрійович, Бамбизов Леонід Михайлович

(57) Спосіб діагностики гострого холангіту, що включає ендоскопічне та рентгеноконтрастне обстеження жовчних шляхів, який **відрізняється** тим, що при ендоскопічному обстеженні проводять ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію і за наявності складчастості та деформації загальної жовчної протоки та загальної печінкової протоки діагностують гострий холангіт.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії органів травлення.

Для діагностики гострого холангіту використовують інструментальні і лабораторні методи. Найбільш об'єктивним є спосіб морфологічного дослідження слизової оболонки позапечінкових жовчних шляхів. Найчастіше застосовують бактеріологічне дослідження жовчі, яку отримують до операції шляхом ендоскопічного забору жовчі з жовчних шляхів або після операції через встановлений у жовчні шляхи зовнішній дренаж.

Відомий об'єктивний спосіб діагностики гострого холангіту, який полягає в цитологічному дослідженні мазків-відбитків біопатів слизової оболонки позапечінкових жовчних шляхів: під час відкритої лапаротомної операції виконують холедохотомию, отримують мазки-відбитки біопатів шляхом зіскобу слизової оболонки стінки холедоху з подальшим цитологічним дослідженням [Хеликобактерная инфекция у больных острым холангитом / В.М. Лисиенко, Е.В. Аникина, Е.В. Понизовская, И.С. Гусева и др. // Анналы хирургич. гепатол. - 2002. - Т. 7, №1. - С.124].

Вказаний спосіб дозволяє діагностувати гострий холангіт, але його необхідно виконувати під час операції та він є травматичним.

Найбільш близьким по сукупності ознак до запропонованого способу є спосіб ендоскопічного обстеження шляхом виконання фіброгастродуоденоскопії та прямого рентгеноконтрастного обстеження жовчних шляхів. При виявленні характерної складчастості слизової загальної жовчної протоки діагностують гострий холангіт [патент України на корисну модель №10800 МПК А 61 В 17/00, Спосіб

діагностики холангіту / В.Г.Ярешко, Ю.О. Міхеев (Україна). - Заявлено 29.06.05; Опубл. 15.11.05, Бюл. №11].

Вказана методика не є точною, бо не дозволяє достовірно діагностувати гострий холангіт у хворих із хронічним головчати́м панкреатитом, а також із злоякісними пухлинами голівки підшлункової залози або дистального відділу загальної жовчної протоки, бо складчастість слизової загальної жовчної протоки присутня при цих хворобах.

У основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб діагностики гострого холангіту, який забезпечував би більшу точність.

Поставлена задача вирішується шляхом виконання ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ) з обстеженням загальної жовчної протоки (ЗЖП) та загальної печінкової протоки (ЗПП). При цьому на рентгенограмах, окрім виявлення складчастості слизової ЗЖП, виявляють складчастість ЗПП, а також їх загальну деформацію (деформація гепатикохоледоху).

Спосіб діагностики зображений на малюнках:

Фіг.1. Рентгенологічна картина загальної жовчної протоки та загальної печінкової протоки у нормі.

Фіг.2. Рентгенологічна картина загальної жовчної протоки та загальної печінкової протоки при гострому холангіті.

Спосіб здійснюється таким чином: у рентгенологічному кабінеті виконується ендоскопічне та рентгеноконтрастне обстеження, під час якого знаходять великий сосочок дванадцятипалої кишки (ВСДК). Після огляду ВСДК проводять ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію. Катете-

(13) **U**(11) **25037**(19) **UA**

ризацію ВСДК здійснюють тefлоновим катетером з одночасним контрастуванням жовчних шляхів. Для контрастування жовчних шляхів використовують водорозчинні йодовмісні препарати (тріомбраст, урографін, верографін, уро-траст, діодон), які розчинені у фізіологічному розчині у співвідношенні 1:1. Кількість введення розчину становить 20-30мл.

Після введення контрастної рідини виконують рентгеновські знімки. У нормі ЗЖП та ЗПП на рентгенограмі недеформовані з рівним контуром слизової оболонки (Фіг.1). При гострому холангіті виявляється складчастість слизової оболонки ЗЖП та ЗПП, а також їх деформація.

Приклади:

Приклад 1. Хворий П., 43 роки (історія хвороби №3527), потрапив зі скаргами на біль в епігастрії, озноб, підвищення температури тіла до 39,5°C, жовтяницю шкірних покривів, нудоту, блювоту. Біля 10 років страждає на жовчнокам'яну хворобу.

Об'єктивно: стан важкий, жовтяниця. Живіт м'який, хворобливий в епігастрії і правому підребер'ї, за даними ультразвукового дослідження - дилатація внутрі- та позапечінкових жовчних шляхів, дистальний відділ ЗЖП і підшлункова залоза не визначаються.

При ендоскопічній ретроградній панкреатохолангіографії на рентгенограмах контрастуються деформовані та розширені до 17мм ЗЖП та ЗПП, на протязі яких визначається складчастість слизової оболонки, у дистальному відділі гепатикохоледоху контрагується тень конкременту. Контрагується жовчний міхур, розміри якого становлять 83 на 36мм, у його просвіті - тіні множинних конкрементів різного калібру. Визначається стеноз ВСДК.

Діагноз: Жовчнокам'яна хвороба. Стеноз ВСДК. Холедохолітіаз. Гострий холангіт. Синдром механічної жовтяниці, стадія декомпенсації.

Виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія, зовнішнє назобілярне дренування позапечінкових жовчних шляхів, потім - лапаротомія, холеци-

тектомія, холедохолітотомія, дренування черевної порожнини.

Післяопераційний період без ускладнень. Назобілярний дренаж видалений на четверту добу після операції. Виписаний у задовільному стані.

Приклад 2. Хвора Р., 56 років (історія хвороби №6491), поступила зі скаргами на біль у правому підребер'ї, підвищення температури тіла до 39,0°C, озноб, жовтяницю шкірних покривів, нудоту, блювоту. Хворіє близько двох років.

Об'єктивно: стан важкий, жовтяниця. Живіт м'який, хворобливий у правому підребер'ї, за даними ультразвукового дослідження - жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, дилатація внутрі- та позапечінкових жовчних шляхів з блоком на рівні дистального відділу ЗЖП.

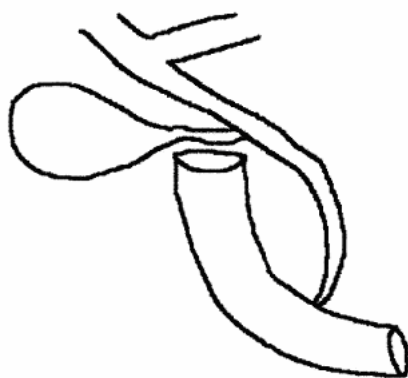
При ендоскопічній ретроградній панкреатохолангіографії на рентгенограмах контрастуються жовчний міхур із тінями дрібних конкрементів, деформовані та розширені до 18мм ЗЖП та ЗПП, на протязі яких визначається складчастість слизової оболонки, в дистальному відділі гепатикохоледоху визначається тень конкременту.

Діагноз: Жовчнокам'яна хвороба. Хронічний калькульозний холецистит. Стеноз ВСДК. Холедохолітіаз. Гострий холангіт. Синдром механічної жовтяниці, стадія декомпенсації.

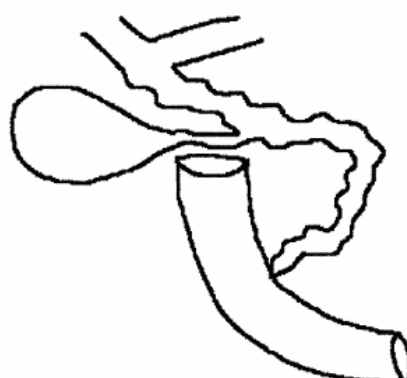
Виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія, у подальшому - лапароскопічна холецистектомія.

Післяопераційний період без ускладнень. Виписана у задовільному стані.

Таким чином, спосіб, який пропонується, дозволяє діагностувати гострий холангіт за допомогою прямих об'єктивних ознак, що допомагає уникнути помилкової діагностики у разі наявності у хворого хронічного головчатого панкреатиту, злоякісних пухлин голівки підшлункової залози або термінального відділу загального жовчного протока, та забезпечує більшу точність у порівнянні із запропонованими раніше способами.



Фіг.1



Фіг.2