



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **37294** (13) **U**
(51) **МПК (2006)**
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИБОРУ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ НЕПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

1

(21) u200807026
(22) 20.05.2008
(24) 25.11.2008
(46) 25.11.2008, Бюл.№ 22, 2008 р.
(72) РАТЧИК ВАДИМ МИХАЙЛОВИЧ, UA, ШЕВЧЕНКО БОРИС ФЕДОРОВИЧ, UA, ГАЙДАР ЮРІЙ АДОЛЬФОВИЧ, UA, РУДЕНКО АНАТОЛІЙ ІВАНОВИЧ, UA
(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ", UA
(57) Спосіб вибору діагностично-лікувальної тактики у хворих з механічною жовтяницею непухлинного генезу, який включає застосування ультразвукового дослідження, дослідження біохімічних показників крові, ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію та виконання одномоментних і етапних втручань, який **відрізняється** тим, що

2

хворому на момент проведення жовчної декомпресії виконують реогепатографію і тонкоголкову біопсію печінки і при реограмах 2 типу (реографічний індекс (PI:0,5-0,8); амплітудно-частотному показнику (АЧП):0,60-0,80; α/β :1,0-1,5) та середньому і тяжкому ступенях структурних порушень печінки через 14-15 діб в доповнення до основного етапу операції корекції жовчовідтоку виконують гепаторегенераторні втручання (репаративну коагуляцію печінки, селективну печінкову ваготомію, періартеріальну невректомію ствола власної печінкової артерії), хворим з реогепатограмами 1 типу (PI:0,9-1,1; АЧП 0,9-1,20; α/β :0,8-0,9) та легким ступенем структурних порушень печінки виконують тільки втручання, які корегують жовчовідток.

Спосіб, що пропонується, належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може використовуватися при хірургічному лікуванні хворих з механічною жовтяницею (МЖ) непухлинного генезу.

На теперішній час залишається невирішеною ціла низка питань, пов'язаних з відсутністю остаточного розуміння патогенезу порушень та патологічних станів на тлі біліарної обструкції, недостатньо розроблені питання прогнозування наслідків хірургічної корекції та вибору програми лікування хворих [М Шевчук М.Г., Ткачук О.Л., Шевчук І.М. Пост-декомпресійні дисфункції печінки у хворих на обтураційні жовтяниці. - Івано-Франківськ: видавництво ІФДМУ, 2006. - 212с. Г. Шевчук і співавт., 2006]. За даними S.R. Johnson [Long-term results of surgical repair of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy / S.R. Johnson, A. Koehler, L.K. Pennington et al. // J. Surgery. - 2000. - Vol. 128. - №4. - P.668-77.2000], серед оперованих в зв'язку з МЖ, другорядні біліарні ураження печінки мали місце у 29,2% хворих, з них у 26,1% вторинний біліарний гепатит, у 3,1% - цироз печінки. Тому розробка та впровадження в клінічну практику адекватних лікувальних та прогностичних про-

грам, що спрямовані на профілактику та доопераційну індивідуалізовану оцінку розвитку післяопераційних ускладнень у хворих на МЖ з вибором оптимальної тактики біліарної декомпресії, наразі, є актуальним та необхідним [С.С Хилько, 2005].

Відомим є спосіб вибору діагностично - лікувального алгоритму, в якому виконують комплекс загальноклінічних і лабораторних досліджень, ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), комп'ютерну томографію (КТ), якщо через технічні або анатомічні особливості ЕРХПГ виконати неможливо, черезшкіряну черезпечінкову холангіографію (ЧЧХГ).

При діагностованому холедохолітазі (ХЛТ) усім пацієнтам першим етапом проводилася ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з літекстракцією за показаннями. При наявності великих конкрементів виконувалася механічна ендоскопічна літотріпсія або ударнохвильова літотріпсія з послідовним ендоскопічним видаленням фрагментів конкрементів.

При неефективності ендоскопічних маніпуляцій виконувалися лапароскопічні операції на зага-

(13) **U**
(11) **37294**
(19) **UA**

льний жовчний протоці, які закінчувалися накладанням глухого шву або зовнішнім дренажуванням загальної жовчної протоки. У хворих з діагностованим індуративним панкреатитом імплантувалися ендобіліарні протези [Миниинвазивная хирургия обтурационной желтухи / М.Е. Ничитайло, П.В. Огородник, В.В. Беляев, А.Г. Дейниченко. С.Н. Леоненко // Клінічна хірургія. - 2006. - №4-5. - С.47]

В цьому способі недостатньо аргументовано виставляються показання до виконання оперативних втручань.

Відомим є вибір способу тактики хірургічного лікування від ступеню тяжкості хворого, рівня білірубину крові і причини гострого холангіта [Кондратенко П.Г., Царульков Ю.Л. Этапное лечение гнойного холангита // Архив клинической и экспериментальной медицины. - 2007. - Т. 16, №1. - С.64-66].

Усім хворим на діагностичному етапі проводились загальноклінічні дослідження, інструментальна діагностика (УЗД, ЕРХПГ), встановлювалась причина обструкції жовчних протоків. При резидуальному або рецидивному ХПТ і білірубінемії не більш як 200мкмоль/л через 1-2 доби з моменту госпіталізації виконували ендоскопічні хірургічні транспапільарні втручання (ЕХТВ): ЕПСТ, механічну літекстракцію (МЛЕ), механічну літотріпсію (МЛТ); при білірубінемії більш як 200мкмоль/л спочатку виконували черезшкіряну черезпечінкову холангіостомію (ЧЧХС) під УЗ контролем, а потім - ЕХТВ. При тубулярному стенозі холедоха, стриктурах холедоха і білірубінемії не більш як 200мкмоль/л виконували радикальну операцію після короткочасної передопераційної підготовки; при білірубінемії більш як 200мкмоль/л - ЧЧХС під УЗ контролем, а слідуючим етапом - радикальну операцію. При хронічному холециститі, гострому катаральному холециститі і білірубінемії більш як 100мкмоль/л першим етапом виконували ЕХТВ, другим - видалення жовчного міхура. Перевагу віддавали лапароскопічній холецистектомії (ЛХЕ). В цьому способі не ураховуються морфологічні зміни печінки.

Відомий спосіб вибору тактики лікування МЖ в залежності від портопечінкової гемодинаміки та динаміки маркерів оксидативного (визначення малонитратного діальдегіду, аргініну) та нітрозативного статусу (вмісту нітратів та нітрітів, карбонільних груп, ксантаноксидази, гіпоксантину та ксантину, аденозиндеззамінази), що відображають ступінь деструкції гепатоцитів і печінкової дисфункції та асоціюються з активацією синдрому системної запальної відповіді [Годлевський А.І., Саволук С.І. Аналіз динаміки маркерів оксидативного та нітрозативного статусу у хворих з обтураційною жовтяницею непухлинної етіології в залежності від способу та тактики біліарної декомпресії // Харківська хірургічна школа. - 2007. - №4 (27). - С.48-51].

Діагностичний етап здійснюють на основі комплексу клініко-біохімічних та інструментальних досліджень (УЗД, КТ, ФЕГДС, ЕРХПГ, біохімічні дослідження крові). В залежності від отриманих показників виконуються одномоментні та етапні втручання з метою ліквідації біліарної обструкції: методи зовнішньої декомпресії, методи внутрі-

шньої декомпресії через створення біліодигестивних анастомозів, та комбіновані методи у вигляді зовнішньо-внутрішнього дренажування гелатикохоледоха та поєднання біліодигестивного анастомозу з зовнішнім дренажуванням холедоха.

Цей спосіб, як близький до того що заявляється, взятий за прототип. Недоліком прототипу є те, що для вибору тактики він не урахує структурні ураження печінки.

В основу корисної моделі поставлене завдання розробити такий спосіб вибору хірургічного лікування хворих на МЖ, який дозволив би усунути прогресування в печінці деструктивних і фібротичних процесів, які викликані тривалим холестазом і стимулював би репаративно-регенеративні процеси.

Рішення поставленого завдання досягається тим, що у способі вибору діагностично-лікувальної тактики хірургічного лікування хворих на МЖ непухлинного генезу, на фоні застосування діагностичних засобів (УЗД, біохімія крові, ЕРХПГ), використовують дані реогепатограми (РГГ) і гістологічного дослідження біоптатів печінки, що отримані при діагностичних пункціях. Після виконання біліарної декомпресії і стабілізації стану пацієнтів, на фоні остаточної корекції жовчовідтоку, хворим з різним рівнем білірубину крові, але розладами системного кровотоку другого типу і середнім чи важким ступенем структурних порушень печінки передбачається виконання гепаторегенераторних втручань, хворим з реограмами 1 типу і легким ступенем структурних уражень печінки проводиться тільки остаточна корекція жовчовідтоку.

Спосіб, що заявляється, і прототип мають загальні ознаки:

1. Застосовуються діагностичні засоби: УЗД, біохімічні показники крові, ЕРХПГ

2. З метою ліквідації біліарної обструкції виконуються одномоментні та етапні втручання: методи зовнішньої декомпресії, методи внутрішньої декомпресії через створення біліодигестивних анастомозів, та комбіновані методи.

Відмітними ознаками є:

1. вибір методу операції базується на даних РГГ і гістологічного дослідження ступеня структурних змін печінки.

2. Під час остаточної корекції жовчовідтоку застосовуються гепаторегенераторні втручання: репаративна електрокоагуляція печінки (РЕП), селективна ваготомія печінки, оментогепатопексія, периаартеріальна невректомія (ПАН) печінкової артерії.

Поєднання відомих і відмітних ознак дозволяє вирішити поставлене завдання. Відсутність такого поєднання загальних і відмітних ознак у відомій техніці дозволяють вважати, що спосіб, який заявляється, відповідає критерію патентоспроможності «новизна». Відмітні ознаки прямо не впливають з відомих науці і техніці рішень, отже, спосіб відповідає критерію «винахідницький рівень». Спосіб може бути використаний у медичній практиці, отже, він промислово застосовний.

В експерименті і клініці при розвитку обтураційної жовтяниці, нами встановлено 2 типи реогепатограм, які відображають порушення системного

печінкового кровотоку. Реогепатограми 1 типу характеризувалися зниженням реографічного індексу (PI) ($0,85 \pm 0,04$) у порівнянні з контролем ($1,25 \pm 0,06$), амплітудно-частотного показника (АЧП) ($1,12 \pm 0,05$) при контрольних даних ($1,3 \pm 0,07$), при цьому відношення тривалості підйому систолічної хвилі в секундах до тривалості спуску всієї хвилі (α/β), що вказує на підвищення опору судинної зони ($1,03 \pm 0,16$) при контрольних показниках ($0,32 \pm 0,02$). Реогепатограми 2 типу відображали високий ступінь порушень мікроциркуляторного русла (МЦР) печінки. При цьому PI ($0,70 \pm 0,02$), АЧП ($0,66 \pm 0,03$), α/β ($1,11 \pm 0,20$). Встановлено три ступеня структурних порушень печінки: при легкому ступені печінкові частки мали трабекулярну побудову, про активність гепатиту, поряд з інтралобулярною дегенерацією гепатоцитів і фокальних некрозів, свідчила наявність нейтрофільних лейкоцитів в паренхімі і портальних трактах печінки. Мала місто легка зерниста (білкова) дистрофія, відсутність або легка дрібнокраплинна жирова дистрофія, незначний цитоплазматичний або внутрішньоканальцевий холестаз, що охоплював центральну та інтермедіарну зону печінкової частки. Спостерігалось помірне фіброзування портальних трактів, знайдені поодинокі фіброзні септи (порто-портальні або порто-центральні); при середньому ступені структурних порушень зберігалась балкова побудова печінкових часток. В портальних трактах спостерігалась помірна лімфоцитарна і лейкоцитарна інфільтрація строми. Цитоплазматичний або внутрішньоканальцевий холестаз охоплював головним чином періцентральної зону часток. Портальні тракти розширювались, фіброзування охоплювало не тільки портальні тракти, але й періпортальну зону. PCNA і рецептори естрогену експресувались в ядрах гепатоцитів і епітеліальних клітин жовчних проток; в умовах тяжкого ступеня структурних порушень зберігалась або була дещо стертою балкова побудова печінкових часток, тривало розширення портальних трактів. PCNA і рецептори естрогену експресувались в ядрах поодиноких гепатоцитів і епітеліальних клітин жовчних проток, але більш помітним було зниження активності механізмів регенерації в відновлені структури печінки. Помітно акумулювались лейкоцити в портальних трактах, прикордонній пластинці та паренхімі печінкових часток. Посилювалась зерниста (білкова) дистрофія і коагуляційний некроз гепатоцитів, прикордонної пластинки. Спостерігалась еозинофільна дегенерація та некроз окремих гепатоцитів в різних зонах печінкових часток.

Суть способу полягає в тому, що в перший день госпіталізації хворий проходить загальноклінічні і біохімічні дослідження, УЗД. На другий день виконується РГГ, ЕРХПГ і декомпресивні малоінвазивні втручання (транспаліярні або ендобіліярні), під час яких при лапароскопії або черезшкірному-черезпечінковому пунктуванні під УЗ контролем береться печінковий пунктат з посліду-ючим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу. Наявність у хворого реогепатограми 2 типу і середнього чи важкого ступеня структурних

уражень печінки передбачає виконання гепаторегенераторних втручань, хворим з реогепатограми 1 типу і легким ступенем структурних уражень печінки показано виконання тільки корекції жовчовідтоку.

З першого дня госпіталізації хворим проводилась дезінтоксикаційна, метаболічна, кардіотонічна, гепатопротекторна, антисекреторна, антибактеріальна терапія, корекція коагулопатії.

На 14-15 добу після декомпресії і стабілізації стану пацієнта виконувався етап остаточної корекції жовчовідтоку і, в залежності від отриманих даних, операції доповнювалися гепаторегенераторними втручаннями (репаративною електрокоагуляцією печінки (РЕП), селективною ваготомією печінки, оментогепатопексією, периартеріальною невректомією (ПАН) печінкової артерії) або виконувалась тільки остаточна корекція жовчовідтоку.

Приклад 1

Хвора К. 65 років (іст. хв. №922) надійшла у відділення хірургії органів травлення інституту гастроентерології 21.03.2007р. зі скаргами на слабкість, біль в області правого підребер'я, нудоту, підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$ жовтушність шкіри і склер.

З анамнезу: Хворіє жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) близько 15 років. Після інтенсивного приступу болю у правому підребер'ї 03.03.07 що супроводжувався ознобом - поховтіла.

При надходженні загальний стан хворої тяжкий. Шкірні покриви і видимі слизові іктеричні. Адинамічна. Пульс - 92 ударів за хвилину задовільних властивостей. АТ 160/90 мм.рт.ст., язик вологий. Живіт бере участь в акті дихання, при пальпації м'який, помірно болючий у правому підребер'ї. Печінка виступає з підреберної дуги на 4 см. Перитонеальні симптоми не викликаються. Фізіологічні відправлення не порушені. Кал забарвлений.

Аналіз крові (21.03.07): Hb - 112 г/л, Ер - $4,1 \times 10^6$, Цп - 0,91; L - $12,2 \times 10^3$, ШОЕ - 21 мм/год, пал. 10%. еоз. - 2%, сег. - 61%, лімф. - 22%, мон. - 5; тромб. - 187, заг. Білок - 64 г/л; заг. білірубін - 296,0 мкмоль, глюк. - 6,2 моль/л, лужна фосфатаза - 5,11 мм/год. АЛТ - 3,01 мм/год, амілаза 22,4 г/л., МСМ - 732,32 мг/л, МДА 9,34 нмоль/мл. Оксипролін білковозв'язаний (Опб) - 251,0 мкмоль/л (N - 131,74-140,34). Коагулограма (21.03.07): протромбіновий час - 15с, протромбіновий індекс - 67%, час рекальцифікації 1 хв.40сек, фібриноген - 4,4 г/л.

УЗД (21.03.07): Печінка: права частка 179 мм, ліва - 92 мм. ехогенність печінки підвищена, ехоструктура неоднорідна, грубозерниста. Холедох до 16 мм в діаметрі, розширений, деформований, в отворі конкременти до 9 мм з акустичною тінню. Стінки ущільнені. Внутрішні печінкові протоки розширені до 8 мм. Жовчний міхур: розмір 66 x 46 мм з подвійним контуром, густа жовч, множинні дрібні конкременти. Паренхіма підшлункової залози дифузно неоднорідна, підвищеної ехогенності. Вірсунгова протока - 2 мм.

Висновок: Ознаки жовчнокам'яної хвороби, біліярної гіпертензії з локалізацією перешкоди в дистальних відділах холедоха, дифузних уражень печінки, хронічного панкреатиту.

Клінічний діагноз: Холедохокалькульоз з хронічним калькульозним холециститом. Механічна жовтяниця.

(22.03.07) ЕРПХГ, ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ). Холедох розширений до 18мм, протоки II порядку розширені до 1,0см. В холедоку тінь конкремента до 12мм в діаметрі. Евакуація контрасту в'яла. Виконана ЕПСТ до 8мм., холедохолітотріпсія, назобілярне дренування холедогу.

(22.03.07) Тонкогolgova пункция печінки під УЗД контролем. Висновок гістологічного дослідження - тяжкий ступінь структурних уражень печінки. (22.03.07)

Реогепатографія (PI - 0,53; АЧП - 0,68; α/β - 1,4). Висновок: порушення печінкового кровообігу 2 типу.

Дебіт жовчі крізь назобілярний дренаж до 400,0мл в першу добу, з 6 доби до 50.0мл жовчі.

03.04.07 Контрольна фістулографія - холедох до 10мм, конкременти не візуалізуються.

04.04.07 Білірубін - 34,0мкмоль, глюк. - 5,2моль/л, лужна фосфатаза - 2,31мм/год. АЛТ - 2,04мм/год

Враховуючи порушення печінкового кровообігу 2 типу за даними РІТ, тяжкий ступінь структурних уражень печінки за даними гістологічного дослідження з метою посилення репаративних і регенераторних можливостей печінки, поліпшення печінкового кровообігу основний етап операції показано доповнити гепаторегенераторними втручанням - периартеріальною невректомією печінкової артерії з репаративною електрокоагуляцією печінки

5.04.07 виконана операція: ЛХЕ, репаративна коагуляція печінки, периартеріальна невректомія печінкової артерії

При ревізії: Жовчний міхур 10x4x4см. Стінка потовщена. Холедох діаметром до 10мм. Холецистектомія з роздільним клипуванням пузирного протока і артерії. В подальшому в проекції гепатодуоденальної зв'язки виділений ствол власної печінкової артерії, артеріоліз на протязі 2-2,5см, гемостаз. Репаративна електрокоагуляція діафрагмальної (РЕК) поверхні правої і лівої долі печінки крапковим електродом діаметром 0,5см у шаховому порядку на відстані 2см між точками коагуляції при потужності току 40Вт протягом 3 секунд в кожній точці. Дренування черевної порожнини.

Післяопераційний період протікав без ускладнень.

12.04.07 білірубін - 24,0мкмоль, глюк. - 5,2моль/л, лужна фосфатаза - 2,02мм/год. АЛТ - 1,02мм/год, амілаза 22,4г/л., МСМ - 632,42мг/л, МДА 4,31нмоль/мл. Опб - 181,0мкмоль/л Коагулограма: протромбіновий час - 23с, протромбіновий індекс - 87%, час рекальцифікації 1хв.20сек, фібриноген - 4,4г/л.

Діагноз заключний: Холедохокалькульоз з хронічним калькульозним холециститом. Механічна жовтяниця. Хронічний холангіт.

Хвора обстежена через 8 місяців. Суттєвих скарг не пред'являє. 08.01.08 УЗД (21.03.07): Печінка: права частка 110мм, ліва - 86мм. Холедох до 7мм в діаметрі, вміст гомогенний. Стінки незначно ущільнені. Внутріпечінкові протоки не розширені.

08.01.08 Біохімія крові білірубін - 21,0мкмоль, глюк. - 6,2моль/л, лужна фосфатаза - 1,71мм/год, АЛТ - 0,68мм/год, амілаза 22,4г/л., МСМ - 4512мг/л, МДА 3,01нмоль/мл. Опб - 138,23мкмоль/л.

09.01.08 РГГ - нормалізація показників, збільшення систолічного притоку на 26,0%, посилення кровообігу у мікроциркуляторному руслі на 31,0%.

Приклад 2

Хвора Г. 45 років (іст. хв. №819) надійшла у відділення хірургії органів травлення інституту гастроентерології 13.03.2007р. зі скаргами на шкіряний зуд, нудоту, підвищення температури тіла до 38,0°С жовтушність шкіри і склер, потемніння сечі, лихоманку.

З анамнезу: 11.09.06 під час ЛХЕ, в зв'язку з ятрогенною травмою загальної жовчної протоки виконана лапаротомія, гепатікоєюностомія. Погіршення стану з січня 2007, коли почалися вищепом'януті скарги.

При надходженні загальний стан хворої середньої тяжкості. Шкірні покрови і слизові іктеричні. Пульс - 96 ударів за хвилину задовільних властивостей. АТ 110/80мм.рт.ст. язик вологий. Живіт бере участь в акті дихання, при пальпації м'який, помірно болючий у правому підребер'ї. Печінка виступає з підреберної дуги на 2см. Перитонеальні симптоми не викликаються. Фізіологічні відправлення не порушені.

Аналіз крові (13.03.07): Нb - 120г/л, Ер - $4,4 \times 10^6$, Цп - 0,93; L - $14,1 \times 10^3$, ШОЕ - 24мм/год, пал. 14%, еоз.-2%, сег.-60%, лімф.-19%, мон.-5; тромб. - 171, заг. білок -67г/л; заг. білірубін - 212,0мкмоль, глюк. - 4,8моль/л, лужна фосфатаза - 4,21мм/год, АЛТ - 3,11мм/год, амілаза 19,3г/л., МСМ - 841,42мг/л, МДА 9,04нмоль/мл. Опб - 237,3мкмоль/л. Коагулограма (13.03.2007): протромбіновий час - 29с, протромбіновий індекс - 59%, фібриноген - 1,76г/л.

УЗД (13.03.2007): Печінка ехогенність підвищена, ехоструктура неоднорідна, грубозерниста: права частка 163мм, ліва - 98мм. Холедох не візуалізується. Внутріпечінкові протоки розширені до 11мм. Стінки ущільнені. Паренхіма підшпункової залози дифузно неоднорідна, підвищеної ехогенності. Вірсунгова протока не візуалізується. Висновок: Стан після холецистектомії, гепатікоєюностомії. Ознаки біліарної гіпертензії з локалізацією перешкоди в проксимальних відділах позапечінкових жовчних проток, дифузних уражень печінки, холангіту, хронічного панкреатиту.

Клінічний діагноз: Рубцева стриктура гепатікохоледоха. Механічна жовтяниця. Хронічний холангіт.

(14.03.2007)ЕРПХГ: Холедох заповнюється частково на протязі 4,5см. Подальшого надходження контрасту не відмічається. Рубцева стриктура гепатікохоледогу.

(14.03.2007) РГГ (PI - 1,03; АЧП - 0,96; α/β - 0,82) Висновок : порушення печінкового кровообігу 1 типу

15.03.07 Черезшкіряне, черезпечінкове дренування під УЗД контролем, черездренажна холангіографія: Заповнюються права і ліва системи внутріпечінкових жовчних протоків, останні значно

розширені. Проксимальний рівень оклюзії - загальна печінкова протока.

(15.03.07) Тонкогolgкова пункція печінки під УЗД контролем. Висновок гістологічного дослідження - легкий ступінь структурного ураження печінки (14.03.2007)

Дебіт жовчі крізь печінковий дренаж до 300мл в першу добу, з 3-ої доби до 800,0мл жовчі.

30.03.07 Білірубін - 64,0мкмоль, глюк. - 6,3 моль/л, лужна фосфатаза - 3,31мм/год. АЛТ - 3,51мм/год

Враховуючи порушення печінкового кровообігу 1 типу за даними РГГ, легкий ступінь структурного ураження печінки за даними гістологічного дослідження враховуючи компенсований характер кровообігу, показано виконання лише основного етапу втручання - корекції жовчовідтоку.

02.04.07 виконана операція: Реконструкція гепатікоєюноанастомозу. Дренування черевної порожнини.

При ревізії: Печінка декілька збільшена, повнокровна поверхність звичайного кольору. В зоні анастомозу рубцевий процес. При розтинанні передньої стінки кишки анастомоз практично непрохідний, на відстані 2см від зони конфлюенса. Рубцеві ткани висічені, старий анастомоз знятий і сформовано новий анастомоз довжиною 15мм з використанням колишньої кишкової петлі. Гемостаз. Санація та дренування черевної порожнини. Післяопераційний період протікав без ускладнень.

16.04.07 білірубін - 32,0мкмоль, глюк. - 5,4моль/л, лужна фосфатаза - 2,12мм/год, АЛТ - 1,1мм/год, амілаза 24,4г/л., МСМ - 562,31мг/л, МДА 6,46нмоль/мл. Опб - 161,0мкмоль/л; Коагулограма: протромбіновий час - 28с, протромбіновий індекс - 90%, час рекальцифікації 1хв.22сек, фібриноген - 3,4г/л.

Діагноз заключний: Рубцева стриктура гепатікохоледоха. Механічна жовтяниця. Хронічний холангіт. Печінкова недостатність тяжкого ступеня.

Хвора обстежена через 10 місяців. Суттєвих скарг не пред'являє. 08.02.08 УЗД УЗД (21.03.07): Печінка: права частка 110мм, ліва - 86мм. Холедох до 7мм в діаметрі, вміст гомогенний. Стінки незначно ущільнені. Внутріпечінкові протоки не розширені.

08.01.08 Біохімія крові білірубін - 19,0мкмоль, глюк. - 5,2моль/л, лужна фосфатаза - 2,26мм/год, АЛТ - 0,8мм/год, амілаза 24,4г/л., МСМ - 423мг/л, МДА 3,11нмоль/мл. Опб - 112,23мкмоль/л.

09.01.08 Реогепатографія - нормалізація показників, збільшення систолічного притоку на 11,0%, посилення кровообігу у мікроциркуляторному руслі на 18,0%.

Заявлений спосіб вибору діагностично-лікувальної тактики у хворих з механічною жовтяницею непухлинного генезу був застосований у клініці інституту гастроентерології АМН України, при обстеженні і лікуванні 30 хворих з гарними безпосередніми і віддаленими результатами.