

## КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЛИТИАЗА И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Цвигун Г.В., Тучков А.В.

ГВКГ МО Украины, г. Киев

В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является стандартом лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ). Применение минимальноинвазивных операционных вмешательств снижает возможность ирригационного обследования наружных желчных протоков. Кроме того, при выраженном отеке перивезикулярной клетчатки и при некоторых анатомических вариантах взаиморасположения пузырного протока и холедоха, также как и у пациентов с избыточной массой тела, ЛХЭ технически трудно выполнима. Таким образом актуальна четкая дооперационная диагностика с верификацией анатомических особенностей органов гепатопанкреатодуоденальной зоны у каждого конкретного пациента. Применение компьютерной томографии (КТ) у пациентов страдающих ЖКБ позволяет визуализировать желчный пузырь (ЖП) и желчные протоки (Халиль М.И. 1998) [2], оценить состояние стенки ЖП, диагностировать субсерозный отек и степень изменения паравезикулярной клетчатки (Fidler J et al 1996) [3]. Некоторые авторы предлагают применять КТ для определения состояния органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (Malecka-Panas E et al 1996, Hayashi H et al 1998) [4,5], что необходимо для определения тактики послеоперационной реабилитации больных, перенесших ЛХЭ с целью профилактики постхолецистэктомического синдрома.

На компьютерном томографе «Somatom ART» фирмы «Siemens» ФРГ были обследованы в предоперационном периоде 37 пациентов возрастом 37-64 года, из них 32 женщины и 5 мужчин; все пациенты поступали в ГВКГ для выполнения ЛХЭ по поводу калькулёзного холецистита. КТ проводилась без предварительной подготовки. Мы выполняли от 5 до 10 срезов, на уровне  $T_{H_{X1}} - L_{II}$  используя частоту томографического шага в 8 мм.

КТ выполнялась в положении больного лёжа на спине. ЖП визуализируется как округлое или овальное образование плотностью 9-20 ед. Н., расположенное рядом с медиальным краем правой доли печени (Тодуа Ф.И. и соавт. 1991) [1]. Ось ЖП проецировалась на брюшную стенку вдоль рёберной дуги, проекция дна – по среднеключичной линии.

При наличии камней в желчном пузыре чувствительность КТ зависит от содержания в них солей кальция. Холестериновые камни не всегда визуализируются на КТ.

Высокоплотными на компьютерных томограммах (90-150 ед.Н) определялись конкременты содержащие известь, плотность пигментных камней составила 25-65 ед. Н, что соответствует литературным данным [2],

слоистыми визуализировались смешанные известково-билирубино-холестериновые конкременты. Холестериновые камни можно визуализировать только после применения контрастного вещества. Если размеры конкрементов менее 5 мм. и их большое количество, то ЖП визуализируется как неомогенный или зернистый, увеличивается его плотность.

У 34 больных диагностирован калькулёзный холецистит, у 30 - хронический, у 4 – острый, у 3 пациентов заподозрен рак ЖП, внутривенное расположение ЖП диагностировано у 1 больного. У пациентов с острым холециститом выполнена холецистэктомия лапаротомным способом – у всех диагноз подтверждён гистологически.

У 2-х пациентов диагноз острого холецистита, заподозренный при УЗИ, после применения КТ был исключен, этим больным выполнена ЛХЭ – диагноз хронического холецистита подтверждён при морфологическом исследовании.

У 4 пациентов, которым при ультразвуковом исследовании (УЗИ) поставлен диагноз калькулёзного холецистита, на КТ не обнаруживались конкременты, поэтому было повторено исследование на следующее утро после внутривенного введения билигноста.

У 2 пациентов наряду с ЖКБ диагностированы изменения паренхимы печени по типу жировой дистрофии. Плотность паренхимы у этих пациентов была снижена до 25 ед. Н. У этих больных хорошо визуализировались внутривенные сосуды.

У 1-го пациента с раком ЖП диагностированы метастатические очаги в печени, случай признан неоперабельным.

У 12 пациентов наряду с хроническим калькулёзным холециститом диагностирован хронический панкреатит. У этих больных определялась неоднородность структуры поджелудочной железы, плотность паренхимы железы - 40-45 ед. Н., у части пациентов данной группы наблюдались кальцификаты в паренхиме и в панкреатическом протоке. У 1-го пациента из этой группы диагностирована псевдокиста поджелудочной железы диаметром 1,3 см.

Всем больным с диагностированными изменениями печени и хроническим панкреатитом в послеоперационном периоде была назначена соответствующая терапия.

Таким образом, применение КТ у больных с холелитиазом позволяет диагностировать ЖКБ, дифференцировать острый и хронический калькулёзный холецистит, верифицировать анатомические особенности ЖП и желчных протоков, определить состояние органов

гепатопанкреатодуоденальной зоны. Применение КТ позволяет достоверно определить изменения паренхимы печени и поджелудочной железы, в результате чего

больным с выявленными нарушениями назначается адекватная терапия в послеоперационном периоде.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тодуа Ф.И., Федоров В.Д., Кузин М.И. Компьютерная томография органов брюшной полости (Атлас) \АМН СССР. – М. Медицина, 1991, 448с.
2. Халиль М.И. Применениє комп'ютерної томографії в діагностиці жовчнокам'яної хвороби. Клінічна хірургія. – 1998. - №11 с 49-50.
3. Fidler J; Paulson EK; Layfield L CT evaluation of acute cholecystitis: findings and usefulness in diagnosis. AJR Am J Roentgenol, 166(5):1085-8 1996 May
4. Malecka-Panas E; Juszyński A; Wilamski E The natural course of acute gallstone pancreatitis. Mater Med Pol, 28(1):8-12 1996 Jan-Mar
5. Hayashi H; Takagi R; Ishihara M; et al. Clinical usefulness of "optimal threshold setting plan" for reconstruction of three-dimensional CT imaging: preliminary clinical study on hepatic tumors and hepatic parenchymal disease. Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi, 58(7):353-9 1998 Jun

## РЕЗЮМЕ

### КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХОЛЕЛІТІАЗУ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

*Цвигун Г.В., Тучков А.В.*

Наводяться результати обстеження з допомогою комп'ютерного томографа у передопераційному періоді 37 пацієнтів, що поступили для виконання лапароскопічної холецистектомії з приводу калькульозного холециститу. Застосування комп'ютерного томографа у хворих із холелітіазом дозволяє діагностувати жовчнокам'яну хворобу. Диференціювати гострий та хронічний калькульозний холецистит, верифікувати анатомічні особливості жовчного міхура та жовчних протоків, визначити стан органів гепатопанкреатодуоденальної зони, визначити зміни паренхіми печінки і підшлункової залози, в результаті чого хворим з виявленими порушеннями назначається адекватна терапія у післяопераційному періоді.

## SUMMARY

### COMPUTER TOMOGRAPHY IN SURGICAL TREATMENT OF CHOLELITIASIS AND PREVENTION OF POSTCHOLECYSTECTOMIC SYNDROME

*G.V. Tsvigun, A.V. Tuchkov*

37 patients were examined with computer tomograph. This method used in patients with cholelithiasis allows to reveal gall-stone disease, differentiate acute and chronic calculus cholecystitis, verify anatomic peculiarities of gall ducts, determine the state of organs of hepatopancreatoduodenal zone.