

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 $T_{H_{XI}} - L_{II}$ 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

гепатопанкреатодуоденальної зони. 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.