

Динамический МСКТ-мониторинг изменений в поджелудочной железе при комплексном лечении хронического панкреатита

Брюханов А.В., Харламова Т.Б., Михайлов А.Г., Песковацкова Е.И.

Dynamic multi-layer spiral CT monitoring of changes in pancreatic gland at combined therapy of chronic pancreatitis

Bryukhanov A.V., Kharlamova T.B., Mikhailov A.G., Peskovatskova Ye.I.

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

© Брюханов А.В., Харламова Т.Б., Михайлов А.Г., Песковацкова Е.И.

Одной из актуальных проблем современной хирургии и гастроэнтерологии является эффективная диагностика и лечение хронического панкреатита (ХП), который приобретает большое значение в связи с нарастающим числом больных, прежде всего с хирургическими осложнениями. Лечение хронического панкреатита лежит в плоскости мультидисциплинарного подхода, обеспечивающего воздействие на все известные механизмы заболевания. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) позволяет объективно и полно оценивать поджелудочную железу (ПЖ), дает возможность определять показания к различным видам хирургического или консервативного лечения.

Цель исследования — определить диагностические возможности МСКТ в процессе лечения хронического панкреатита при динамической оценке состояния ПЖ. Изучить с помощью МСКТ динамику патологических изменений в поджелудочной железе при хроническом панкреатите на фоне хирургического, эндоваскулярного и консервативного лечения.

За 2010—2011 гг. были проанализированы результаты МСКТ поджелудочной железы у 53 пациентов с хроническим панкреатитом (35 мужчин и 17 женщин), средний возраст составил (59 ± 18) лет. МСКТ выполняли на компьютерных томографах General Electric Light Speed VCT-64, Siemens Somatom definition-128 в нативную фазу на фоне перорального введения контрастного вещества и в условиях болюсного внутривенного контрастирования («Омнипак 350» и «Ультравист 370» 1 мл/кг массы тела пациента со скоростью 3,5 мл/с) со сканированием в артериальную, портальную и паренхиматозную фазы.

Всем пациентам до начала лечения проводили МСКТ органов брюшной полости в условиях нативного и болюсного внутривенного контрастирования. Оценка состояния ПЖ при МСКТ включала определение распространенности патологических изменений в паренхиме поджелудочной железы, увеличение размеров, контуры; дилатацию или обструкцию вирсунгова протока; выявление степени заинтересованности парапанкреатической клетчатки, забрюшинного пространства и гепатодуоденальной зоны. Результаты МСКТ оценивались в соответствии с Кембриджской классификацией патологических изменений в паренхиме поджелудочной железы, в дополнение к которой проводилась денситометрия паренхимы поджелудочной железы как показатель степени воспалительных изменений при рецидивирующем варианте течения и дегенерации при склерозирующем типе ХП. Оценивалась абсолютная и относительная плотность. Для вычисления относительной плотности использовалась формула, предложенная Ю.В. Горгун и др.

В результате проведенного исследования на основании Кембриджской классификации и измерения абсолютной и относительной плотности паренхимы до лечения МСКТ признаки хронического панкреатита отсутствовали у 6 (11,5%) пациентов, сомнительные изменения выявлены у 1 (1,9%) пациента, мягкие изменения у 3 (5,7%) больных (рис. 1), умеренные и значительные изменения выявлены у 40 (80,7%) пациентов (рис. 2). Снижение абсолютной плотности паренхимы до лечения определялось в 21% случаев, снижение относительной плотности у 38% от всех обследованных больных.

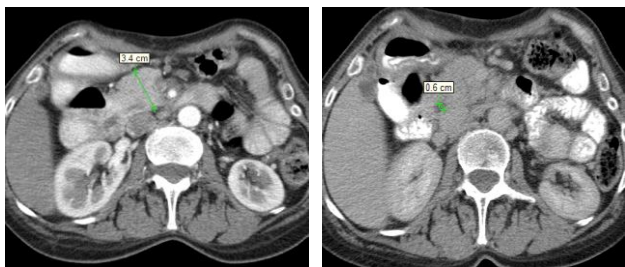


Рис. 1. Мягкие изменения в паренхиме ПЖ: увеличение размера ПЖ в области головки, расширение ГПП более 4 мм. Нативное исследование в условиях перорального контрастного усиления, внутривенное болюсное контрастное усиление, артериальная фаза

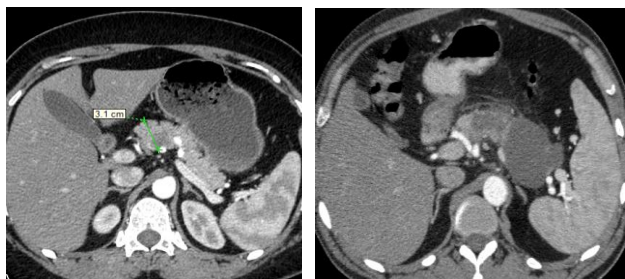


Рис. 2. Умеренные и значительные изменения в паренхиме ПЖ. Внутривенное болюсное контрастное усиление, артериальная фаза

В зависимости от клинико-лучевых данных и МСКТ-картины были выделены три группы пациентов, которым выполняли различные виды лечения.

Первую группу составили 29 пациентов, которым проводились резекции и дренирование поджелудочной железы. У всех больных в динамике, до лечения определялись умеренные и значительные изменения, на 7—14-е сут сохранялись мягкие изменения в паренхиме культы железы, снижение абсолютной и относительной плотности. Через 6 мес после оперативного лечения отмечался регресс МСКТ-признаков у 13 (43%) пациентов, у 16 (54%) пациентов сохранялись признаки панкреатита поджелудочной железы от мягких до значительных.

Вторую группу составили 14 пациентов, пролеченных методом длительной регионарной инфузии гидрокортизона в ветви чревного ствола. До начала лечения мягкие изменения присутствовали у 3 (20%) пациентов, умеренные изменения у 8 (60%) человек. Через 6 мес после проведенной инфузии, отмечался

регресс патологической МСКТ-симптоматики у большинства пациентов, а также отмечено повышение абсолютной и относительной плотности паренхимы железы у 9 (78,5%) пациентов (рис. 3).

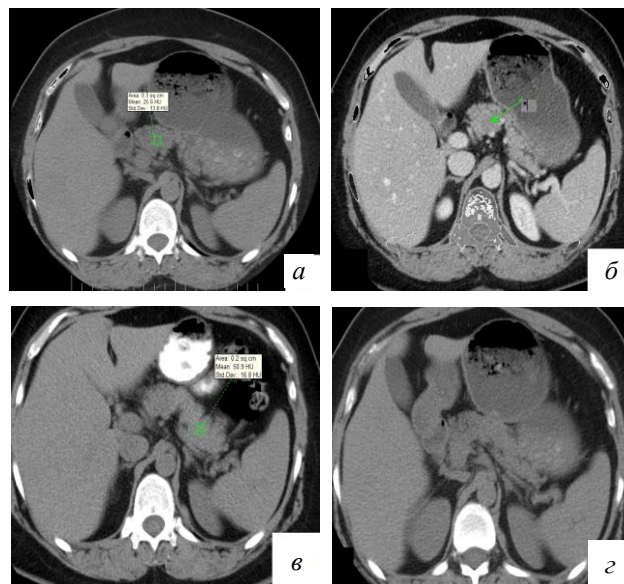


Рис. 3. Компьютерная томограмма органов брюшной полости пациента, 39 лет: *а* — аксиальная проекция, нативное исследование; *б* — контрастное болюсное усиление, портальная фаза; *в* — через 14 сут после проведенной эндоваскулярной терапии. Аксиальная проекция, нативное исследование; *г* — через 6 мес после проведенной эндоваскулярной терапии. Аксиальная проекция, нативное исследование,

контрастное болюсное усиление

В третью группу вошли 8 пациентов, пролеченных консервативно по стандартным методикам. В процессе первичной диагностики выявлены сомнительные изменения у 1 (5,25%) пациента, умеренные у 4 (52%) пациентов, значительные у 1 (5,25%) пациента и не выявлено МСКТ-признаков ХП у 3 (37,5%) пациентов. После проведенного консервативного лечения имеющиеся МСКТ-признаки хронического панкреатита сохранялись в прежнем объеме через 6 мес.

Первичная и динамическая МСКТ-оценка тяжести структурных изменений паренхимы ПЖ позволяет контролировать состояние паренхимы ПЖ у больных с ХП при различных видах лечения пациентов.

Поступила в редакцию 23.03.2012 г.

Утверждена к печати 30.05.2012 г.

Для корреспонденции

Харламова Т.Б., e-mail: harlaus@mail.ru