IQRO JURNALI / 2023
GUVOHNOMA № 060680
E-ISSN : 2181-4341
https://wordlyknowledge.uz
IMPACT FACTOR(SJIF) : 3,934

IMPACT FACTOR (RESEARCH BIB) – 7,245
SPECIAL ISSUE, VOLUME 5, ISSUE 2, 2023

КТ И МРТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хайдарова Гузаль Багиддиновна,

Бойманова Нодира Дилшод кизи,

Баймирзаева Севара Муратовна.

Ташкентская Медицинская Академия, больница имени Федоровича

Актуальность

Опухоли поджелудочной железы (ПЖ) подразделяются на доброкачественные и злокачественные. К доброкачественным опухолям относятся опухоли соединительной и жировой ткани (фибромы, липомы), эпителиальные опухоли (папилломы, аденомы, цистаденомы), сосудистые (гемангиомы, лимфомы), опухоли из гладкомышечной ткани (миомы), из нервной ткани (невриномы, ганглионевромы), тератоидные опухоли. Доброкачественные кистозные аденомы в 80% поражают женщин в отношении 3:2-9:2, пациентов старше 60 лет [1]. Рак поджелудочной железы является неизлечимым злокачественным новообразованием и занимает 7е место среди причин смерти от рака в развитых странах. Заболеваемость и смертность от рака поджелудочной железы во всем мире коррелируют с возрастом и несколько чаще встречаются у мужчин, чем у женщин [2]. По статистике показатель заболеваемости на 100,000 населения — 1,7 человек. Средний возраст заболевших — 61,7 лет [3]. Заболевание редко встречается в возрасте до 45 лет, но заболеваемость быстро прогрессирует и достигает пика к 70 годам. Основные факторы риска включают курение, наследственная предрасположенность к самому раку поджелудочной железы или к множественным видам рака и, в меньшей степени, хронический панкреатит

РПЖ не проявляет ранних симптомов, и начальные симптомы часто неспецифичны. Болезненная желтуха присутствует только у 13-18% пациентов и часто сопровождается зудом, ахоличным стулом, потерей веса. Боль в животе присутствует у 80-85% пациентов. Острый панкреатит и сахарный диабет часто могут быть начальными проявлениями РПЖ [4]. До 90% от всех форм рака принадлежит аденокарциноме, большинство опухолей локализуется в головке (до 80%), 15% - в теле, 5% - в хвосте. Несмотря на разработку новых методологических подходов к первичной и дифференциальной диагностике объемных образований поджелудочной железы, сохраняется актуальность определенных трудностей в диагностике опухолей малых размеров (до 2 см), установления этиологии структурных изменений паренхимы, дифференциальной диагностики псевдотуморозного панкреатита и объемных образований поджелудочной железы, вовлеченности в процесс перипанкреатической клетчатки, магистральных сосудов, диссеминации брюшины.

Цель исследования:

Повышение эффективности первичной и дифференциальной диагностики объемных образований поджелудочной железы путем комплексного использования компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы исследования:

Исследование проводилось у 61 пациентов с образованием поджелудочной железы в больнице имени Фёдоровича и в Национальном Олимпийском Комитете по 2016-2023гг. с помощью материалов архива и проспективным путем.

Разработаны диагностические симптомокомплексы с помощью МСКТ, которые будут предназначены для своевременного выявления образований поджелудочной железы с целью своевременного и рационального лечения.

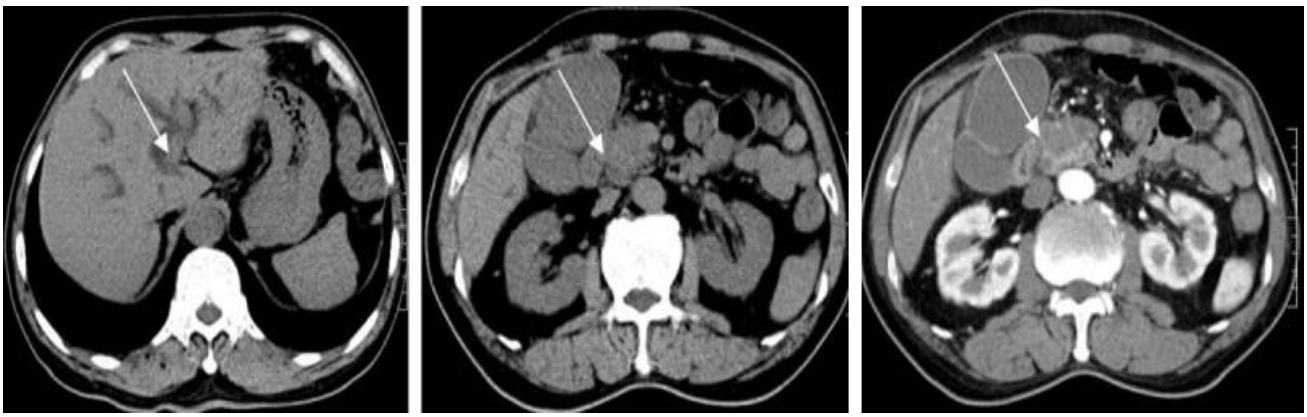
Объектом для исследования были больные, госпитализированные по поводу образований поджелудочной железы, установленной при выписке из стационара с помощью заключений МСКТ.

Методика

Компьютерная томография проводилось в лежачем положении пациентов на спине и сканировались от диафрагмального купола до нижнего края лобкового симфиза, параметры сканирования были следующими: напряжение 120 кВ, ток 200 мА, толщина среза 5 мм, расстояние между слоями 5 мм, и шаг 0,8. В то же время мы использовали отсканированные исходные данные для выполнения мультипланарного переформатирования в корональном, сагиттальном и аксиальном срезах. Использовался также магнитно-резонансный томограф 1,5 Тл с поверхностной катушкой с абдоминальной фазированной решеткой.

Результаты

Результаты были следующими: на КТ были выявлены мягкотканная масса, кальцификация, некроз, кисты, псевдокисты, камни в протоках поджелудочной железы, инвазия на периферические кровеносные сосуды и изменение окружающих тканей. Основными показателями МРТ-ДВИ и МРХПГ были: степень дилатации главного протока поджелудочной железы и общего желчного протока, инвазия в периферические кровеносные сосуды и сопутствующие изменения в окружающих тканях.



IMPACT FACTOR (RESEARCH BIB) – 7,245
SPECIAL ISSUE, VOLUME 5, ISSUE 2, 2023

Рис- 1. МСКТ исследование с внутривенным контрастным усилением. Пациент К. 59лет с раком поджелудочной железы с локальным увеличением головки. Образование с неровными краями и с неравномерной плотностью. Внутрипеченочный желчный проток расширен. В артериальной фазе ткань поджелудочной железы была гиперденсна, тогда как в месте образования массы наблюдалось слабое накопление контрастного вещества.



Рис-2. МСКТ исследование с внутривенным контрастным усилением. Пациент И. 62лет. У пациента был диагностирован панкреатит с увеличенной и деформированной головкой, с неровными краями. На месте образования обнаружена киста со множественными узловыми кальцификатами (белая стрелка). На артериальной фазе обнаружено неравномерное увеличение массы и значительное расширение главного протока поджелудочной железы.

Диагностическая ценность признаков КТ, МРТ-ДВИ, МРХПГ и их комбинации при раке поджелудочной железы

На основании приведенных выше результатов в качестве КТ-признаков новообразований поджелудочной железы были выбраны перипанкреатическая сосудистая инвазия, кальцификация, псевдокисты, камни протоков поджелудочной железы, степень усиления на КТ в артериальной фазе и паренхиматозной фазе, а в качестве основных МРТ признаков были выбраны признаки дольчатости, некроза, высоких сигналов ДВИ и низких значений АЦП, МРХПГ. Результаты показывают, что признаки КТ в сочетании с МРТ-ДВИ, МРХПГ могут улучшить диагностическую чувствительность при раке поджелудочной железы.

Значение признаков КТ, МРТ-ДВИ, МРХПГ и их комбинированного выявления в диагностике рака поджелудочной железы

Чувствительность и специфичность выявления признаков КТ составили 70,0% и 70,0% соответственно. Чувствительность и специфичность МРТ-ДВИ, МРХПГ составили 78,5% и 73,1% соответственно. Комбинированная чувствительность обнаружения этих двух методов составляет 80% , а специфичность - 57,1%. Чувствительность признаков КТ в сочетании с МРТ-ДВИ, МРХПГ была выше, чем при единичном диагнозе тем самым улучшая клиническую дифференциальную диагностическую способность.

Вывод:

В конце нашего исследования, можно сказать, что признаки КТ в сочетании с МРТ-ДВИ, МРХПГ улучшает чувствительность клинической диагностики карциномы поджелудочной железы и способность дифференциальной диагностики карциномы поджелудочной железы и панкреатита. Также, в этом исследовании была разница в результатах визуализации между двумя видами рака поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тюменский медицинский журнал. РОЛЬ МЕТОДОВ КТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
2. (World J Oncol. 2019 Feb; Published online 2019 Feb 26. Epidemiology of Pancreatic Cancer: Global Trends, Etiology and Risk Factors)
3. (Евразийский онкологический журнал, 2018, том 6, № 2)
4. J Gastrointest Oncol. 2011 Sep; 2(3): 168—174. Imaging of pancreatic cancer: An overview
   Pavan Tummala, Omer Junaidi, and Banke Agarwalcorresponding
   Calle EE, Murphy TK, Rodriguez C, Thun MJ, Heath CW., Jr Diabetes mellitus and pancreatic cancer mortality in a prospective cohort of United States adults. Cancer Causes Control. 1998;9:403—10.

WORDLY KNOWLEDGE