

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.П. ЗАХАРОВА, Г.Г. КАРМАЗАНОВСКИЙ, В.И. ЕГОРОВ

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России, г. Москва

Актуальность. R0 резекция – важнейший прогностический фактор, обуславливающий выживаемость. Показания к операции и её объём зависят от точности предоперационного выявления опухоли, в связи с тем что интраоперационное определение границ опухоли неточно. Однако размеры рака поджелудочной железы по данным МСКТ зачастую отличаются от результатов морфологического исследования.

Цель исследования: оценить точность МСКТ в определении распространенности аденокарциномы поджелудочной железы на дооперационном этапе и определить, влияет ли степень ее дифференцировки на разницу в оценке размеров опухоли по данным МСКТ и морфологического исследования.

Материал и методы. Ретроспективно были изучены результаты МСКТ (64- и 256-срезовые КТ (Phillips)) и протоколы патоморфологического исследования у 81 пациента с гистологически подтвержденным диагнозом протоковой аденокарциномы поджелудочной железы после панкреато-дуоденальной резекции (2005–2010 гг.). Размер опухоли был определен как максимальное значение (в миллиметрах), указанное в протоколе МСКТ и в протоколе морфологического исследования, в любой из трех плоскостей.

Результаты. У 57 пациентов (70 %) размеры опухоли при исследовании макропрепарата превосходили первоначально заявленные при КТ исследовании. Из них у 12 (21 %) при КТ исследовании размер опухоли был недооценен на 5–30 % (диапазон 6–21 мм), у 38 пациентов (67 %) – на 31–60 % (диапазон 10–40 мм), у 7 пациентов (12 %) первоначальная недооценка размеров опухоли при МСКТ исследовании составила 61–99 % (диапазон 19–62 мм) от реального размера. Лишь у 20 (25 %) пациентов из 81 размеры опухоли, указанные в протоколе МСКТ совпали с таковыми при морфологическом исследовании (с допустимой погрешностью 5 мм). У 4 пациентов (5 %) из 81 размеры опухоли поджелудочной железы были выше по данным МСКТ, чем по результатам морфологического исследования (в среднем на 12–31 % от реального размера опухоли, диапазон 7–11 мм). Разница в оцениваемых размерах по данным МСКТ и морфологического исследования не зависела от степени дифференцировки опухоли.

Выводы. Следует иметь в виду, что при сравнении с результатами патоморфологического исследования МСКТ-данные недооценивают распространенность рака поджелудочной железы. Это может существенно влиять на объём операции и послеоперационную выживаемость.