

нації, що супроводжували рецидивні пухлини в тазовій ділянці, було виявлено лише у 6 хворих. Карциноматоз очеревини перед-операційно діагностований у всіх 27 пацієнток за допомогою КТ, а саме: у 2 — при первинному встановленні діагнозу РЯ і в 25 — при рецидивному РЯ. Розміри перитонеальних імплантів, які вдалося візуалізувати при КТ, були правильно визначені у 72,8% випадків, занижені — у 25,2% та завищені — в 2,0%. Загальна чутливість КТ складала 62% (ДІ 56,1–67,9) та відображала відносно високий потенціал методу детально візуалізувати карциноматоз очеревини. Виявлено залежність чутливості КТ від розмірів імплантаційних метастазів. Кількість істинно позитивних результатів значно збільшувалася зі зростанням діаметра метастазів ( $p < 0,0001$ ). Чутливість КТ була найменшою (25,9%) при розмірах пухлин  $< 1,0$  см, а найбільшою (87,9%) — при розмірах  $> 5$  см.

Специфічність методу КТ складала 99% (95% ДІ 98–100), що свідчить про високу здатність КТ диференціювати імплант на очеревині від іншого патологічного процесу. У нашому дослідженні лише в 1 ділянці ми отримали хибнопозитивний результат, причиною якого були виражені вузликові фіброзні зміни очеревини після попередньої операції. Загальна точність методу КТ складала 75% (95% ДІ 69,8–80,2).

Проведено порівняльний аналіз PCI, визначених за результатами КТ та інтраопераційної ревізії, який показав статистично вірогідну різницю між ними ( $\chi^2_{KT}=10,75$ ;  $\chi^2_{OP}=18,75$ ;  $p < 0,0001$ ). Це свідчить про зниження PCI, обчисленого за даними КТ. Така тенденція зумовлена головним чином труднощами у виявленні дрібної перитонеальної дисемінації, яка, однак, при обмеженій площі ураження очеревини не завадила проведенню перитонектомії. PCI в жодному випадку не був завищений за результатами КТ. Тому цей метод променевої діагностики дає змогу адекватно оцінити нерезектабельність пухлини та не створює хибних протипоказань під час відбору пацієнток для циторедуктивних оперативних втручань. Результати, отримані в нашому дослідженні, збігаються з даними публікацій інших авторів.

Використання нового покоління мультidetекторних комп'ютерних томографів дозволяє підвищити ефективність КТ для стадіювання карциноматозу очеревини. Можливість сканування тонкими субміліметровими зрізами з високою швидкістю покращила візуалізацію метастазів. М.А. Mazzei та співавтори відмічають загальну чутливість мультidetекторної КТ на рівні 72% і специфічність — 80%.

Таким чином, діагностика карциноматозу очеревини у хворих на РЯ за допомогою КТ має певні обмеження. Проте завдяки своїй доступності КТ залишається методом, що найчастіше використовується для стадіювання захворювання. Незважаючи на ймовірні відхилення у передопераційній оцінці розповсюдження перитонеальних метастазів від істинної картини, метод дає можливість адекватно проводити відбір хворих для хірургічного лікування.

**Висновки.** Використання навіть однозрізової КТ із контрастним підсиленням у хворих на РЯ є інформативним методом у діагностиці карциноматозу очеревини і дає змогу правильно встановити діагноз. Чутливість КТ залежить від розміру пери-

тонеальних імплантів. Цей метод дозволяє проводити планування комбінованого лікування хворих на РЯ та визначати можливість проведення циторедуктивних хірургічних втручань.

### НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мякиньюк В. В.

Коммунальное учреждение Херсонского областного совета

«Херсонский областной онкологический диспансер», г. Херсон, Украина

Рак молочной железы – одно из самых распространенных онкологических заболеваний у женщин. В Европе у каждой десятой женщины в течение жизни развивается рак молочной железы. По мере старения населения все больше и больше женщин будет поражено этой болезнью. В структуре онкологической заболеваемости женского населения рак молочной железы составляет свыше 26%. При этом в структуре смертности от онкологических заболеваний рак молочной железы составляет более 17%.

Маммографический скрининг помогает обнаружить рак на ранней стадии. Благодаря скринингу злокачественные опухоли можно обнаружить за 3-4 года до того, как женщина сама заметит первые симптомы болезни. Это увеличивает шансы на своевременное и более эффективное лечение, включая органосохраняющие операции. Исследования показали, что среди женщин в возрасте 50-69 лет, которые вовлечены в программы скрининга рака молочной железы, смертность от этой патологии снизилась приблизительно на 35%.

По оценке Европейского парламента, наиболее эффективным подходом для уменьшения различий в показателях качества лечения и смертности являются: внедрение программ популяционного маммографического скрининга и организации специализированных маммологических отделений, а также профессиональное обучение медицинского персонала и контроль за соблюдением стандартов качества на всех этапах.

Статистические исследования и анализ базы данных необходимы для того, чтобы разработать стратегию программ маммографического скрининга, осуществлять контроль на различных этапах его проведения и анализировать результаты. Доступные и точные реестры необходимы для того, чтобы включить женщину в программу популяционного скрининга. Проведение информационной кампании необходимо для привлечения и мотивации женщин для участия в скрининге.

Данные канцер-регистров необходимы для оценки влияния скрининговых программ на динамику показателей смертности от рака молочной железы. Как правило, существенное и ощутимое снижение показателей смертности отмечается через длительный промежуток времени. На начальном этапе показателем эффективности программы может быть снижение количества запущенных случаев рака (III и IV стадии). При успешном проведении программ данный показатель определяется намного раньше, чем снижение показателей смертности.

Успех программы определяется не только влиянием на показатели здоровья населения. Необходимо оценить доступность программы, особенности или возникшие проблемы при ее организации, внедрении и выполнении. Необходимо учитывать не только количество женщин, участвующих в программе, но и количество пациенток, вызванных повторно для дообследования. Одним из важных компонентов является оценка экономической эффективности программы: соотношения «затраты – эффективность».

Необходимые условия для повышения эффективности скрининговых программ: доступные и точные данные о целевой группе; популяционные реестры и демографические данные; наличие доступных и качественных услуг по диагностике и лечению рака молочной железы; мотивация населения для участия в скрининговых программах; дальнейшее наблюдение обследованных женщин; взаимодействие скрининговых программ и канцер-регистров.

Регулярный контроль качества при маммографии гарантирует: получение изображений, содержащих максимум диагностической информации, что позволяет обнаружить даже мельчайшие новообразования или отклонения от нормы; стабильное качество изображения; минимальную лучевую нагрузку, которую получает женщина при обследовании.

Общие критерии оценки качества изображения молочной железы при маммографии: правильное расположение устройства автоматического контроля экспозиции; адекватная компрессия; отсутствие на экране кожных складок, заслоняющих частей тела, таких как плечи, отсутствие движения, а также посторонних объектов, например пыли; правильная идентификация; правильный выбор параметров экспозиции; правильная техника проявления снимков; симметричность изображений. Не менее чем у 97% женщин, подвергаемых скрининговому обследованию, должны быть получены достоверные результаты, и пациенты должны быть удовлетворены своим визитом на обследование. Повторное обследование должны проходить менее 3% женщин.

В настоящее время диагноз заболевания молочной железы устанавливается при участии мультидисциплинарной группы квалифицированных специалистов с клиническим опытом работы, использующих специальное оборудование и методы диагностики.

Квалифицированным персоналом по ведущим специальностям, задействованным в установлении диагноза рака молочной железы, являются: хирург или врач-клиницист, радиолог, рентгенлаборант, патоморфолог, специально подготовленная медсестра и дозиметрист. Каждый клинический случай и результаты обследования каждой пациентки, которой необходимо хирургическое вмешательство или специализированное фармакологическое лечение, следует обсуждать на мультидисциплинарных конференциях, которые должны проводиться до и после оперативного лечения.

Необходимо избегать задержек на любой стадии процесса постановки диагноза, так как они могут быть причиной страха и беспокойства у пациенток. 95% женщин должны быть полностью

обследованы не более чем за три визита.

Программы скрининга предполагают высококачественные предоперационные диагностические процедуры, позволяющие быстро определять метод лечения. Такие процедуры также помогают установить окончательный диагноз для доброкачественных изменений и тем самым избежать хирургического вмешательства.

Весь медицинский персонал, участвующий в скрининговой программе по выявлению рака молочной железы, должен проходить специальное обучение по научным и клиническим аспектам скрининга, таким как эпидемиология, философия и терминология скрининга, оценка и современные методики скрининга. Так как многопрофильный подход оказался наиболее эффективным, специалисты должны иметь возможность обучаться как по однопрофильному, так и по многопрофильному плану, чтобы оценить важность обмена информацией со своими коллегами из других специальностей.

Таким образом, необходимым условием для повышения эффективной диагностики рака молочной железы является внедрение программ для диагностики и скрининга, что требует скоординированного участия многих медицинских специалистов, а также государственных учреждений.

### **ЗАСТОСУВАННЯ ТРИФАЗНОЇ СЦИНТИГРАФІЇ З ДВОМА РФП У ДІАГНОСТИЦІ ВОГНИЩЕВИХ УТВОРЕНЬ ПАРАЦИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ**

*Новікова Т.Г., Макеев С.С., Коваль С.С.*

*Державна установа "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України", м. Київ, Україна*

**Вступ.** Основними причинами первинного гіперпаратиреозу є одиночна аденома парацитоподібних залоз (ПЩЗ) (90%), множинні аденоми, гіперплазія та карцинома. Іноді діагностуються спадкові захворювання, в тому числі сімейний гіперпаратиреоз, синдром множинної ендокринної неоплазії (типів 1 і 2А) тощо. Поширеність первинного гіперпаратиреозу, обумовленого аденомою ПЩЗ, складає у жінок 3-4%, а у чоловіків приблизно 0,1%.

Основним методом візуалізації уражень ПЩЗ є ультразвукове дослідження, зрідка використовують також комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію. Останніми роками все ширшого застосування набуває радіонуклідна паратиреоцинтиграфія (ПТСГ) із метоксиізобутилзонітрилом ( $^{99m}\text{Tc-MIBI}$ ).

**Мета роботи.** Оцінити можливості трифазної ПТСГ із використанням двох радіофармпрепаратів (РФП) у діагностиці вогнищевих уражень ПЩЗ.

**Матеріали та методи.** Нами проведена ПТСГ 108 пацієнтам з ознаками первинного гіперпаратиреозу, підтвердженими за даними клінічних та біохімічних методів дослідження, з них 93 (86,11%) жінкам та 15 (13,89%) чоловікам віком від 20 до 79 років. Застосована трифазна ПТСГ із двома радіофармпрепаратами (РФП):  $^{99m}\text{Tc-MIBI}$  (на 15 та 120-й хвилинах після ін'єкції РФП) та  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетатом. Також 96 хворим проводилось ультразвукове дослідження щитоподібної залози та парацитоподібних залоз.