

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 паращитоподібних 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}Tc -пертехнетатом. Також 96 хворим проводилось ультразвукове дослідження щитоподібної залози та паращитоподібних залоз.

Результати та їх обговорення. У 97 (89,8%) пацієнтів ураження ПЩЗ були представлені одиночними аденомами різної гістоструктури, у 8 (7,4%) — гіперпластичним процесом, в 1 (0,9%) пацієнта діагностовано аденому однієї та гіперплазію іншої паращитоподібної залози. У 2 (1,9%) пацієнтів гістологічно діагностовано карциному ПЩЗ, при цьому в одного з них наявність карциноми однієї залози комбінувалась з аденомою іншої.

Сцинтиграфічно вогнищеве ураження ПЩЗ було діагностовано у 90 (83,33%) пацієнтів. При цьому застосування методики трифазної ПТСГ із двома РФП було інформативнішим порівняно з двофазною у визначенні походження вогнища та дозволяло діагностувати супутню патологію щитоподібної залози.

У 18 (16,67%) пацієнтів із первинним гіперпаратиреозом ознаки вогнищевої патології ПЩЗ не спостерігались. Тобто чутливість трифазної ПТСГ із двома РФП у діагностиці вогнищевих уражень ПЩЗ складало 83,33%.

Окрім сцинтиграфії, 96 пацієнтам проведено ультразвукове дослідження щитоподібної та паращитоподібних залоз: у 68 (70,8%) пацієнтів чітко діагностовано вогнищеве ураження ПЩЗ, а у 28 (29,2%) патологія ПЩЗ не виявлена. Одержані дані свідчать про вищу інформативність ПТСГ у діагностиці вогнищевих уражень ПЩЗ порівняно з ультразвуковим дослідженням.

При ектопії ПЩЗ, яка відмічена у 2 (1,9%) пацієнтів проведення лише стандартної ПТСГ недостатнє і може бути причиною діагностичної помилки. Однак проведення додаткової сцинтиграфії грудної порожнини дозволило чітко виявити патологічні вогнища.

Причиною негативних результатів ПТСГ у нашому дослідженні може бути кілька причин: маскувальний ефект супутньої патології (багатовузловий зоб); послаблення візуалізації гіперпаратиреоїдної тканини в результаті наявності в щитоподібній залозі макрофолікулярних порожнин, низька інтенсивність гіперпластичного процесу та множинні ураження паращитоподібних залоз.

Висновки. 1. Застосування трифазної сцинтиграфії більш інформативне порівняно з двофазною у діагностиці вогнищевої патології ПЩЗ та супутньої тиреоїдної патології.

2. Чутливість ПТСГ складає 83,3% і перевищує показники УЗ-дослідження (70,8%) у виявленні пухлинних утворень паращитоподібних залоз.

3. Проведення сцинтиграфії грудної порожнини при ПТСГ ефективне при ектопії паращитоподібних залоз.

4. У частини хворих відмічаються негативні чи сумнівні діагностичні результати паратиреоцинтиграфії, імовірними причинами чого є: багатовузловий зоб, макрофолікулярні порожнини щитоподібної залози, гіперплазовані паращитоподібні залози та множинні ураження ПЩЗ.

ВПРОВАДЖЕННЯ СЕЛЕКТИВНОГО СКРИНІНГУ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ З УРАХУВАННЯМ РЕГІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Одошевська О.М.

*ДВНЗ «Ужгородський національний
університет», м. Ужгород, Україна*

Вступ. На сьогодні рак грудної залози (РГЗ) в усьому світі впевнено посідає лідерство в структурі

жіночої онкологічної патології за показниками захворюваності та смертності, маючи тенденцію до зростання. На території України ще до цього часу відсутня діюча організаційна система популяційних скринінгових заходів, спрямованих на ранню діагностику РГЗ, а також вдосконалений комплекс первинної діагностики даного захворювання.

Мета. Підвищити ефективність діагностики раку грудної залози у жінок Закарпатської області шляхом розробки та впровадження моделі селективного скринінгу.

Матеріали та методи. Розроблена модель селективного скринінгу складається з прескринінгу, скринінгу, уточнюючого етапу. На першому етапі використовувалася метод анкетування для поділу жіночого населення на групи ризику. Використовуючи математичне моделювання було, відібрано 14 чинників із достатньою і взаємодоповнюючою прогностичною цінністю для створення анкетопитувальника. Для розробки моделі стратифікації ризику виникнення РГЗ використовували модель логістичної регресії. Шляхом оптимізації анкети методом математичного моделювання створено комп'ютерну програму тестування на мові C#.

На другому етапі скринінгу застосовували клінічний огляд грудних залоз онкологом, термомографію, ультразвукове обстеження обох грудних залоз та аксілярних ділянок.

На третьому етапі: уточнюючу мамографію, трепан-біопсію, морфологічні дослідження.

Результати. Удосконалено анкети для визначення ризику РГЗ та за допомогою математичного моделювання встановлено оптимальну кількість питань анкети (14 питань) як першого етапу селективного скринінгу без втрати ефективності прогнозу. Точність моделі складала 97,2%, а точність при 10-кратній перехресній валідації – 93,0%. На основі одержаних даних розроблено та впроваджено в клінічну практику алгоритм селективного скринінгу РГЗ, першим етапом якого є анкетування з метою відбору для подальшого поглибленого дообстеження жінок підвищеного ризику. На етапі анкетування для визначення чинників ризику РГЗ випадковим способом було відібрано 74 жінки з РГЗ та 26 здорових жінок. Всім жінкам виконувалося термомографічне обстеження, чутливість та специфічність якого склали 70,8 та 82,1% відповідно.

На етапі впровадження селективного Ск було опитано 1050 жінок та сформована група високого ризику виникнення РГЗ, в яку включили 294 (28%) жінки. Згідно з отриманими даними, з 294 жінок, які увійшли у дослідну групу, більшість склали жінки вікової групи 31-40 років (109 жінок, 37%). Частка жінок у віці молодше за 30 років складала 11,6% (34 жінки), 41-50 років – 26,2% (77 жінок), 51-60 років – 18% (53 жінки), старше за 60 років – 7,1% (21 жінка). На другому етапі було обстежено 280 жінок, із них у 95 (34%) запідозрена патологія грудних залоз. Серед них позитивний діагноз мастопатії встановлений за допомогою клінічного обстеження – у 13 (16%), термомографії – у 56 (68%) та у 78 (95%) за допомогою ультразвукового дослідження. За відсутності скринінгу захворюваність на РГЗ у Закарпатській області (за оперативною інформацією станом на 2013 рік) складала 0,47 на 1000 населення, а при впровадженні селек-