

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 вогнищеві 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%) патології 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 вогнищеві 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-

тивного скринінгу нами отриманий показник 1 на 1050 обстежених тільки в одному районі (0,95 на 1000 населення).

Висновки. Створена модель селективного скринінгу раку грудної залози виявилася більш ефективною порівняно з існуючими в 2 рази в діагностичному та в 7 разів в економічному плані.

РОЛЬ СКРИНІНГОВОЇ МАМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ НЕПАЛЬПОВАНИХ ФОРМ РАКІВ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*Пальчик С.М., Лисенко Н.С., Вороньжев І.О.
Харківська академія післядипломної освіти,
м. Харків, Україна*

Актуальність. Рак молочної залози (РМЗ) посідає лідируючі позиції в структурі жіночої захворюваності та смертності. Первинна профілактика, без сумніву, посідає перше місце в зниженні смертності від злоякісних новоутворень. Основним методом, що використовується для діагностики доклінічних форм РМЗ, залишається масовий мамографічний скринінг.

Мета. Оцінити ефективність мамографічного скринінгу в діагностиці непальпованих форм РМЗ.

Матеріали та методи. В роботу були включені дані цифрового мамографічного обстеження 537 жінок віком від 35 до 72 років. Обстеження виконувалось з профілактичною метою в рамках проведення диспансеризації дорослого населення в першому кварталі 2016 року. Критерієм невключення в дослідження були зміни шкіри та підшкірної клітковини. Рентгенівська мамографія була виконана на цифровому мамографі в прямій (краніокаудальній) та косій (медіолатеральній) проекції, технічні параметри встановлювались в автоматичному режимі.

Результати дослідження. Непальповані утвори молочної залози, розміри яких варіювались від 6 до 12 мм, були виявлені у 52 пацієнтку. Під час аналізу цифрових рентгенограм проводилась оцінка контурів утвору, ступінь однорідності ділянки ущільнення, наявність мікрокальцинатів у зоні інтересу та локальна тяжистість. Всі пацієнтки були направлені на ультразвукове дослідження (УЗД). У 44 (84,6%) випадках зміни на мамограмах та при УЗД мали візуальні характеристики доброякісного новоутворення — фіброаденоми були діагностовані у 23 (52,2%) жінок, кисти — у 14 (31,8%), сумарційне накладення структур — у 7 (15,9%). Переконливі променеві ознаки РМЗ були виявлені у 8 (15,4%) пацієнток. Найбільш значущим критерієм був рентгенологічний симптом «променистих» (спікулоподібних) контурів, який був виявлений у 6 жінок. Неправильна форма утвору та наявність кластерних мікрокальцинатів спостерігались у 5 пацієнток. У 2 випадках інтерпретація була сумнівною через невеликий розмір утвору та розміщення в субареоллярній зоні. Гістологічна верифікація за результатами оперативного видалення пухлини або біопсії була отримана в усіх виявлених випадках РМЗ.

Висновки. Цифрова рентгенівська мамографія залишається високоінформативним та точним методом діагностики злоякісних, зокрема непальпованих, новоутворень молочної залози. Профілак-

тичне скринінгове обстеження жінок дозволяє виявити рак молочної залози на доклінічних стадіях та мінімізувати обсяг хірургічного втручання.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Первак М.Б., Атаманова Л.В., Пацкань И.И.
Донецкое клиническое территориальное
медицинское объединение, г. Донецк, Украина*

Вступление. В своей повседневной практике врач-рентгенолог нередко выявляет затемнение в переднем верхнем средостении, которое, помимо увеличенных лимфатических узлов, может быть обусловлено различными заболеваниями вилочковой железы. Дифференциальная диагностика последних зачастую представляет значительные трудности. Применение различных лучевых методов расширяет возможности в решении этой проблемы.

Цель. Повышение эффективности лучевой диагностики патологии вилочковой железы.

Материалы и методы. Было обследовано 157 пациентов с патологией вилочковой железы, находившихся на лечении в торакальных отделениях Донецкого клинического территориального медицинского объединения. Всем больным проводили полипозиционную рентгенографию и мультисрезовую компьютерную томографию органов грудной полости. У 17 пациентов было выполнено ультразвуковое исследование средостения. Во всех случаях данные лучевых методов исследования были подтверждены результатами морфологического исследования операционного материала или биоптата, взятого при видеомедиастиноскопии.

Результаты исследований и их обсуждение. По результатам комплексного клиничко-лучевого исследования у всех пациентов было выявлено объемное образование вилочковой железы: злокачественные опухоли — 107 чел., доброкачественные опухоли — 36, кисты — 14. Полипозиционная рентгенография органов грудной полости позволяла выявить объемное образование переднего верхнего средостения размером не менее 1,5 см в диаметре, определить его форму, размеры, контуры и наличие увеличенных лимфатических узлов. Применение КТ с мультипланарной реконструкцией дало возможность точно установить связь между этим образованием и вилочковой железой, степень его распространения в окружающие органы и ткани, а также состояние лимфатических узлов различной локализации, что было особенно важно при диагностике лимфом. Кисты и доброкачественные опухоли были дифференцированы при КТ с помощью денситометрии. Ультразвуковое исследование средостения было информативно только при крупных объемных образованиях в установлении его характера (мягкотканное или жидкостное) и исключения его связи с перикардом.

Выводы. Применение полипозиционной рентгенографии с последующей мультисрезовой КТ органов грудной полости обеспечивает выявление и дифференциацию объемных образований вилочковой железы.