

прогноз течения заболевания, далее скрытое течение заболевания (в среднем – 15,3 %), свидетельствующее о малодоступности диагностики непальпируемых опухолей молочной железы, с увеличением в динамике на 6,7 %, ошибки медицинских работников (в среднем – 10,8 %) с тенденцией к их снижению, что характеризует повышение уровня подготовленности по онкопатологии среди специалистов первичного звена. Высокий процент морфологической верификации РМЖ характеризует качество диагностики. Данный показатель по РХ (93,9 %) коррелирует с общероссийскими показателями (РФ – 91,8 %).

ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

Ю.А. ДЫХНО¹, О.Н. ЧЕРНЕНКО²

*Красноярская государственная медицинская академия¹
МУЗ «Абаканская городская поликлиника»²*

Особую тревогу в мире вызывают рост заболеваемости и смертности от рака молочной железы (РМЖ). Изучение онкологической заболеваемости, ранняя диагностика и профилактика злокачественных новообразований (ЗНО) являются одним из приоритетных направлений отечественного здравоохранения.

Проблема РМЖ для Республики Хакасия (РХ), как и для многих других регионов страны, становится все более важной из-за неуклонного роста заболеваемости, увеличения его удельного веса среди других злокачественных новообразований у женщин. Анализ заболеваемости ЗНО населения Республики Хакасия за 2005–2006 гг., показал некоторое превалирование данной патологии у женщин (53,3 %), по сравнению с мужчинами. В структуре онкологической заболеваемости рак молочной железы стоит на первом месте (11,9 %), на втором – рак кожи (6,9 %), на третьем – рак шейки матки (5,1 %).

Средний показатель заболеваемости РМЖ в Республике Хакасия за 2005–2006 гг. составил – 26,5^{0/0000}, что ниже, чем в РФ, – 58,7^{0/0000} (Чиссов В.И., Старинский В.В., 2004). Анализ индекса накопления контингентов больных РМЖ показал колебательный восходящий тренд, с увеличени-

Выводы. Запущенность РМЖ в РХ обусловлена низким уровнем санитарного просвещения населения, отдаленностью населенных пунктов от медицинских учреждений, слабым техническим обеспечением. Диспансеризация больных групп риска по РМЖ остается формальной, врачи не владеют критериями формирования групп риска. Успех профилактических и лечебных мероприятий зависит от своевременного выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях, в связи с чем необходимо совершенствовать систему ранней диагностики РМЖ.

ем с 6,2 (2001 г.) до 7,5 (2005 г.). Темп прироста составил 0,2 %. Максимальный уровень онкологической заболеваемости РМЖ отмечается в возрастной группе 45–49 лет, достигая своей кульминационной точки в возрастной группе – 50–54 года. Второй пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет. Среди городского населения республики РМЖ за указанные годы встречается чаще, чем у сельских жителей, и составляет в среднем 71 %.

Уровень показателя запущенности злокачественных новообразований в РХ на протяжении 5 лет остается практически неизменным и достаточно высоким. Так, 26,6 % имели I–II стадии заболевания, в т.ч. IIb стадию – около 50 % из всех больных со II стадией, или 18,2 % от всех больных РМЖ с впервые установленным диагнозом. При профосмотрах выявлено лишь 9,1 % больных. В последние годы в связи с низким уровнем доступности бесплатной медицинской помощи почти одна треть больных РМЖ берется на учет при IV стадии процесса (36,2 %), причем 6,7 % из них не доживают до одного года с момента установления диагноза (РФ – 37,6 %).

Раннее выявление РМЖ создаёт прочную основу для выполнения органосохраняющих

операций, в том числе с определением сторожевого лимфоузла. Мы придерживаемся точки зрения, что ранний РМЖ – это преинвазивный, а также «микроинвазивный» рак, который на сегодняшний день составляет мизерный процент (6,9 %). К сожалению, «минимальный» рак, – это не всегда ранний РМЖ.

Как известно, снижение смертности от РМЖ и успехи в лечении во многом определяются ранней диагностикой заболевания: при I стадии 5-летний срок переживают 90–95 % больных; при IV – менее 10 %. Большинство заболевших сами обнаруживали у себя опухоль.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАННИМИ ФОРМАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ ПЛАНИРОВАНИЕМ АДЪЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Ж.А. ЖОГИНА, Л.И. МУСАБАЕВА, Е.М. СЛОНИМСКАЯ

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Цель исследования – анализ пятилетних результатов комплексного лечения больных РМЖ $T_{1-2}N_{0-1}M_0$ после органосохраняющих операций с использованием дифференцированного подхода к планированию адъювантной смешанной гамма-электронной и электронной терапии.

Материал и методы. В исследование включены 277 больных РМЖ $T_{1-2}N_{0-1}M_0$, которые получали комплексное лечение с 1986 по 2006 г. в объеме: нео- и адъювантная химиотерапия (CMF, CAF), гормонотерапия (по показаниям), органосохраняющая операция и адъювантная лучевая терапия (АЛТ). В зависимости от применяемой методики АЛТ больные распределялись на группы. В исследуемой группе (n=159) лучевая терапия проводилась с учетом прогностических критериев низкого и высокого риска местного рецидивирования. Больные получали дистанционную гамма-терапию (ДГТ) на оставшуюся молочную железу (СОД 40 Гр) и 5 фракций (СОД 15–18 изоГр) электронной терапии на зону удаленной опухоли. Пациенткам с высоким риском местного рецидива дополнительно проводилась ДГТ на зоны метастазирования СОД 40–44 Гр (n=86). У 7 пациенток с низким риском

выявленные таким путем новообразования, к сожалению, не соответствовали ранним стадиям процесса. Очевидно, что для улучшения результатов диагностики и лечения должен быть скрининг. Эффективность высоких технологий и имеющегося уникального оборудования в РХ остается недостаточной. Данный факт требует пристального внимания к систематическому изучению состояния здоровья женщин и проведению профилактических оздоровительных мероприятий учреждениями здравоохранения республики.

местного рецидива РМЖ проведена только электронная терапия на ложе удаленной опухоли. В контрольной группе (n=118) применялся стандартный курс гамма-терапии на оставшуюся молочную железу (СОД 50–55 изоГр) и зоны лимфооттока (СОД 40–44 Гр).

Результаты. За пятилетний период наблюдения в исследуемой группе из 159 больных $T_{1-2}N_{0-1}M_0$ в 11 (6,9 ± 2,0 %) случаях диагностировались рецидивы опухоли, чуть выше этот показатель был в группе контроля и составил 11 ± 2,9 % (13 случаев из 118 наблюдений) (p>0,05). Больше количество опухолевых очагов были выявлены в первые два и пятый годы наблюдения, что подтверждает наличие двух пиков местного рецидивирования. Общее число местных рецидивов у больных как в исследуемой, так и в контрольной группе было минимальным при $T_1N_0M_0$ стадии опухолевого процесса и составило 3,1 % и 6,4 % соответственно. Число рецидивов РМЖ у пациенток с индексом T_{1-2} при наличии пораженных регионарных лимфатических узлов (N_1) была максимально высокой в обеих группах – 9,7 % и 13,3 % соответственно (p>0,05). В исследуемой группе рецидивные очаги опухоли локализова-