

вания среди больных РМЖ. При организации системы третичной профилактики, вполне обоснованна не только индивидуальная оценка факторов риска. Необходимым условием так же является включение их в обязательный, отдельный, пункт медицинской документации, заполняемой на каждую пациентку. Это достаточно важно, т.к. данные факторы риска, помимо повышенной клинической настороженности, могут в значительной мере определять необходимый спектр методов обследования, а так же частоту их проведения.

У больных РМЖ в целях ранней диагностики костных метастазов целесообразно проводить обследование, придерживаясь определенного алгоритма.

Диагностический комплекс при выявлении костных метастазов включает:

1. Анамнез и клинический осмотр пациента.
2. Биохимические исследования: TRAP-5b, концентрация кальция, фосфата, щелочной фосфатазы, креатинина, альбумина в сыворотке.
3. Рентгенография.
4. Изотопная остеосцинтиграфия.
5. Компьютерная томография.
6. Магнито-резонансная томография.

В целом, обобщая приведенные выше данные, можно сделать вывод о важности повышения эффективности системы динамического наблюдения, а так же необходимости разработки модели третичной профилактики у больных РМЖ. Это позволит улучшить результаты лечения больных при прогрессировании заболевания в костную ткань, предупредить серьезные осложнения опухолевого процесса.

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Ж.С. Туменбаева, Л.А. Антоненко,
Д.Т. Арыбжанов*

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент

Биохемилюминесценция (БХЛ) – это излучение сверхслабого света за счет биохимических процессов протекающих как в клетках в целостном живом организме, так и биологических субстратах (сыворотка, моча, слюна и др.). Основным показателем уровня биохемилюминесценции является состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) в клетках и биосубстратах. Принято различать спонтанную хемилюминесценцию (СХЛ) - происходящую за счет эндогенных биохимических процессов и индуцированную хеми-

люминесценцию (ИХЛ) - происходящую при воздействии извне (ультразвук, ультрафиолетовые лучи, ионизирующая радиация, химические окислители и др.).

Свободнорадикальные процессы (ПОЛ) в организме отражает постоянство физико - химических процессов, т.е. гомеостаз. Следовательно, их интенсификация или ослабления свидетельствует о наличии в организме патологического процесса. В связи с этим актуальным является включение БХЛ биосубстратах человека в арсенал исследований.

А.Е. Закарян и А.И. Митрофанов в 1967 г. показали, что свечение сыворотки крыс с перевитыми опухолями понижено по сравнению с нормой при диапазоне температур 35-38⁰С. Исследования больных выявили аналогичную закономерность, а именно: уровень хемилюминесценции (ХЛ) сыворотки крови больных злокачественными болезнями оказался пониженным по сравнению со свечением сыворотки крови здоровых людей. Дальнейшие исследования показали зависимость ХЛ от фазы опухолевого роста. В фазе роста (инвазии) опухоли и в фазе распада ХЛ выше, чем в фазе роста и развития опухоли. В ряде исследований доказано, что различные опухоли имеют разные показатели ХЛ, что дает возможность применения ХЛ для дифференциальной диагностики ЗНО. Кроме того, ХЛ может быть специфическим клиническим тестом только для отдельных патологий, для которых характерным являются ее интенсивность и форма кинетической кривой.

В настоящее время в клинической практике широко используют систему многоэтапного выявления различных заболеваний шейки матки. В исследовании применен хемилюминесцентный анализ плазмы крови больных раком молочной железы в качестве дополнительного диагностического теста.

Проведено сравнительное изучение спонтанной хемилюминесценции (СХЛ) и индуцированной перекисью водорода (H₂O₂) хемилюминесценции (ИХЛ) регистрируемой аппаратом ХЛМЦ-01-свет за пять минут (300 секунд). В качестве детектора сверхслабого свечения использовали фотоэлектрический умножитель (ФЭУ-130). Для анализа брали плазму крови 95 больных с раком молочной железы и 50 здоровых женщин. У здоровых женщин СХЛ колебалась от 8 до 15 импульсов в секунду, в среднем 9,1±0,22, а светосумма инициированной хемилюминесценции H₂O₂ за пять минут была в пределах 45000-56000. Средняя интенсивность колебания в секунду составила 188,9±2,1.

У больных раком молочной железы колебания СХЛ составили 3-5 в секунду, в среднем

3,15±0,12. Светосумма инициированной H₂O₂ хемилюминесценции за пять минут была в пределах 3450-8850. Средняя интенсивность колебания в секунду составила 35,0±0,11. Вышеописанные изменения были характерны для всех исследуемых образцов плазмы крови в обеих группах женщин и явились специфичными для группы женщин раком молочной железы.

Таким образом, изучение СХЛ и ИХЛ плазмы крови здоровых женщин и больных раком молочной железы показывают, что СХЛ при раке молочной железы 3-3,5 раза снижается, а ИХЛ на 6,5 раза ниже, чем у здоровых женщин.

Проводимые исследования позволяют рекомендовать методику в качестве дополнительного теста в диагностике рака молочной железы. Метод является доступным, легко выполнимым и не требует больших материальных затрат и специальных реактивов.

Методика может применяться при скрининговом отборе женщин и формировании группы риска больных раком молочной железы.

ЗНАЧЕНИЕ ПРИЦЕЛЬНОЙ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ В РАСПОЗНАВАНИИ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Н.М. Федоров¹, Н.А. Шаназаров¹, Н.М. Ясков², Д.Д. Нохрин², Н.В. Белоусова²

¹Тюменская ГМА

²Тюменский ООД

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы среди женского населения продолжают неуклонно расти. По предварительным оценкам, в 2010 году, раком молочной железы в мире заболеют около полутора миллионов человек (Parkin D.M., Bray и соавт., 2002). В России рак молочной железы находится на первом месте среди причин смерти женщин от злокачественных новообразований. С 1995 по 2000 г. прирост стандартизированных показателей заболеваемости составил 16,1% (Корженкова Г.П., Блинов Н.Н., 2005). Болезнь на том или ином этапе жизни поражает каждую девятую женщину (Летягин В.П., 2006).

В Тюменской области, по данным Тюменского ООД, в 2008 году заболеваемость раком молочной железы составила 51,9 на сто тысяч женского населения, что превышает суммарную заболеваемость опухолями яичников, шейки и тела матки (49,7 на сто тысяч женского населения). К сожалению, в области, по-прежнему, высокими остаются показатели запущенности и смертности от данной патологии. В 2008 году они составили 29,46 и 18,73 на сто тысяч женского населения соответственно (суммарная смертность от рака женской половой сферы 15,89). Одногодичная летальность составила 6,18%. В то же время, по данным международных исследований, при выявлении злокачественного образования молочной железы объемом менее 1,0 см³ (опухоль до 1,0 см в диаметре) 12-летняя выживаемость составляет более 95% (Корженкова Г.П., Блинов Н.Н., 2005; Rosen P.P., 1993). Таким образом, для снижения смертности и улучшения результатов лечения необходимо выявление заболевания на ранних стадиях. Оптимальным для этого является диагностика и лечение на доклиническом этапе. Последнее стало возможным благодаря развитию лучевых методов диагностики. Однако теперь перед врачами стоят новые тактические проблемы. Одним из самых важных является вопрос морфологической верификации диагноза при непальпируемых образованиях молочной железы.

Открытая хирургическая биопсия, считающаяся в течение многих лет «золотым стандартом», в случаях непальпируемых очагов поражения, выявленных с помощью маммографии или сонографии, непригодна, т.к. при «слепом» удалении сектора молочной железы наблюдается большой процент ошибок. За последнее десятилетие разработаны эффективные методы чрезкожной биопсии. К таковым относится прицельная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ПТАПБ) под контролем ультразвука.

Мы располагаем шестилетним опытом применения прицельной тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии в диагностике непальпируемых образований молочных желез. Исследование проводилось в первую декаду менструального цикла с использованием ультразвукового аппарата Logiq Book XR. Пункция выполнялась сухим стерильным десятиграммовым шприцем и иглой 0,8 мм. Анестезия не применялась.

Исследование выполнено у 603 пациенток в возрасте от 25 до 65 лет; средний возраст обследованных – 47,6 года. Из указанного числа женщин (603), 265 человек (43,9%) находились в репродуктивном возрасте и 338 (56,1%) – в менопаузе.