УДК 618.19-006.6-076.5(47011)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

© 2007 г. Л. А. Зарсликова, *Т. Р. Жданова

Северный государственный медицинский университет,

*Консультативно-диагностическая поликлиника СГМУ, г. Архангельск

Общее представление о причинах и механизме развития рака молочной железы формируется на основании анализа данных эпидемиологических исследований, результатов клинических данных и, конечно, изучения биологии опухолевого роста. Казалось бы, благодаря усовершенствованию технических методов получения изображения опухоли врачам известны все фазы развития рака молочной железы — от атипичной пролиферации и карциномы *in situ* до инвазивного и метастатического рака. Однако многие «внутренние» свойства рака молочной железы даже на этом видимом этапе его «естественной истории» остаются неясными [5]. Тем не менее за последнее десятилетие произошли значительные изменения в понимании биологии этого заболевания, повлиявшие на подходы к профилактике, выявлению и лечению патологического процесса в молочной железе.

В настоящее время основной задачей лечения при раке молочной железы признается максимальный эффект при минимальных токсических воздействиях. Поставленная задача может быть решена только индивидуализацией терапии с учетом факторов, предсказывающих эффект от лечения, и факторов, определяющих прогноз течения заболевания. Доказано, что лечение любого заболевания эффективно в той мере, в какой известны условия, определяющие его возникновение и дальнейшее развитие в организме заболевших людей.

Пониманию естественной истории течения болезни в рамках задачи индивидуализации терапии способствует детальное изучение биологических факторов. Только такой подход позволяет осознать необходимость внедрения в практическое здравоохранение нашего региона современных принципов сложного многокомпонентного лечения онкологических больных с привлечением многих специалистов.

Общеизвестно прогностическое значение таких факторов, как размеры опухоли, тип ее роста, гистологическая принадлежность, степень гистологической злокачественности, наличие метастазов опухоли в регионарных лимфоузлах и их количество, инвазия кровеносных и лимфатических сосудов. Но в Архангельской области системный анализ указанных факторов не проводился.

Цель исследования — изучить биологические факторы болезни у женщин с первичным раком молочной железы, проживающих в Архангельской области.

Материалы и методы исследования

Материалом для нашего исследования послужили данные первичной документации 707 женщин с впервые диагностированным раком молочной железы за период с 2003 по 2005 год.

Были рассмотрены биологические факторы, к которым отнесли

В статье представлены результаты анализа клинико-морфологической характеристики первичного рака молочной железы у жительниц Архангельской области. В группе женщин репродуктивного возраста и постменопаузального периода дана оценка факторов прогноза, выявлены особенности роста опухоли и ее локализации.

Ключевые слова: первичный рак молочной железы, факторы прогноза, гистологическая принадлежность опухоли, неинвазивные и инвазивные опухоли молочной железы.

размеры опухоли и стадию заболевания по системе TNM и pTNM, гистологическую принадлежность патологического очага, степень гистологической злокачественности, инвазию кровеносных и лимфатических сосудов, наличие метастазов опухоли в регионарные лимфатические узлы и их количество. Анализ указанных факторов был проведен в зависимости от возраста с распределением больных на две группы: больные, у которых первичный рак молочной железы был диагностирован в репродуктивном возрасте (до 49 лет), и больные, у которых заболевание было выявлено в возрасте старше репродуктивного.

Материал обработан с помощью статистических методов и приемов эпидемиологического диагноза.

Результаты и их обсуждение

В репродуктивном возрасте заболевание было выявлено у 251 женщины, что составило $(35,5 \pm 1,79)$ % от числа всех случаев первичного рака в молочной железе за изучаемый период времени в Архангельской области. В возрасте старше репродуктивного периода жизни диагноз был зарегистрирован у 456 женщин, или в $(64,5 \pm 1,79)$ % случаев. Таким образом, в структуре всех кумулятивных случаев первичного рака молочной железы достоверно преобладала доля женщин старше 50 лет ($t = 11,6$; $p < 0,01$).

Больные первичным раком молочной железы пременопаузального возраста (младше 49 лет) были распределены на две группы: женщины моложе 35 лет и женщины 36–49 лет. В качестве порогового уровня между возрастными группами пременопаузального периода жизни женщин был избран возраст 35 лет из-за различий в ответе яичников на аблятивный эндокринный эффект химиотерапии [10].

Больные первичным раком молочной железы постменопаузального возраста были распределены на три возрастные группы: 50–59 лет, 60–69 лет и старше 70 лет.

По данным табл. 1 видно, что в структуре первичного рака молочной железы лидирующее положение занимают случаи болезни, впервые диагностированные в возрасте 36–49 лет (32,8 %) и 50–59 лет (30,1 %), без статистически значимых различий при сравнении ($t = 1,1$). Далее по рангу следуют больные в возрасте 60–69 (20,2 %),

рака молочной железы в этих возрастных группах достоверно отличается от доли случаев болезни в группах женщин 36–49 и 50–59 лет (достоверность различия более 4,3 при $p < 0,01$).

За период 2003–2005 годов доля женщин с впервые диагностированным раком молочной железы в возрасте до 35 лет составила в Архангельской области $(2,7 \pm 0,37)$ %, что подтверждает редкую встречаемость этого заболевания в молодом возрасте. Данные, полученные в ходе нашего исследования, совпадают с данными других исследований. Так, в программе SEER (NCI), располагающей базой данных на десятки тысяч больных, лишь 2,0 % женщин с раком молочной железы на момент установления были моложе 35 лет [4]. Colleoni с соавт. [8] указывали в своем исследовании, что за период 1997–2000 годов в Европейский онкологический институт Милана с первичным раком молочной железы обратились 13,0 % женщин моложе 35 лет [5]. По данным отечественных авторов [7], больные с первичным раком молочной железы моложе 35 лет составляли 2,5 %.

Основной пик заболеваемости первичным раком молочной железы в целом по Российской Федерации приходится на возраст от 50 до 60 лет (29,7 %), доля женщин до 50 лет составляет 24,3 %, а в группе 60–69 лет показатель снижался до 23,7 %, старше 70 лет – до 19,7 % [3].

В нашем исследовании подобных возрастных особенностей не отмечено. Так, в Архангельской области основные пики заболеваемости приходились на возраст 36–49 и 50–59 лет. Но при рассмотрении динамики показателей за изучаемый период времени видно, что частота первичного рака молочной железы, диагностированного в возрасте до 35 лет и 36–49 лет, снижалась. Показатель первичного рака молочной железы, диагностированного в возрасте до 35 лет, уменьшился с 4,2 на 100 человек в 2003 году до 1,5 в 2005-м (в 2,7 раза). Показатель первичного рака молочной железы, диагностированного в возрасте 36–49 лет с 36,4 на 100 человек снизился до 28,5 (в 1,3 раза). В то же время частота встречаемости первичного рака молочной железы в постменопаузальный период жизни женщин растет. Так, в возрасте 60–69 лет показатель увеличился с 17,4 на 100 человек в 2003 году до 23,3 в 2005 году (1,4 раза). Частота болезни в возрастной группе женщин старше 70 лет выросла в 1,7 раза. Уровень показателя с 11,9 на 100 человек в 2003 году поднялся до 17,1 в 2005-м. Число первичных случаев рака молочной железы, диагностированного у женщин в возрасте 50–59 лет, остается без динамики: 30,1 и 30,4 на 100 человек.

Патологический процесс при первичном раке у женщин Архангельской области локализовался в правой молочной железе в $(47,6 \pm 1,87)$ % случаев, или у 337 больных, в левой – в $(51,1 \pm 1,88)$ %, или у 361 больной, без достоверных статистических значений при сравнении ($t = 1,3$). Синхронный рак молочной железы был диагностирован у девяти

Таблица 1

Распределение больных первичным раком молочной железы по возрастным группам, % ($M \pm m$)

Возрастная группа, лет	Экстенсивный показатель
До 35	2,7±0,37
36–49	32,8±1,76
50–59	30,1±1,72
60–69	20,2±1,51
Старше 70	14,2±1,31
Итого	100,0

старше 70 (14,2 %) и младше 35 лет (2,7 %). При сравнении удельный вес случаев первичного

больных молодого возраста, или в 1,3 % случаев. Соответственно анализ распределения пациенток по стадиям болезни был проведен в 698 случаях первичного рака молочной железы и представлен в табл. 2.

Таблица 2

Распределение пациенток с первичным раком молочной железы по стадиям болезни, абс, % ($M \pm m$)

Статистический показатель	Стадия первичного рака молочной железы				Итого
	I	II	III	IV	
Абс. величина	139	361	146	52	698
Экстенсивный показатель	19,9± 1,51	51,7± 1,89	20,9± 1,53	7,5± 0,99	100,0

В структуре первичного рака молочной железы достоверно преобладали случаи, диагностированные на второй стадии патологического процесса (см. табл. 2). Второе и третье ранговые места занимали пациентки, у которых опухоль была выявлена на третьей и первой стадии заболевания — 20,9 и 19,9 % соответственно. При сравнении показателей в этих двух группах достоверных статистически значимых отличий не было определено. Четвертое ранговое место в структуре первичного рака молочной железы принадлежало больным с четвертой стадией болезни (7,5 %).

При сравнении долевого соотношения стадий болезни у женщин с первичным раком молочной железы, диагностированным в репродуктивном возрасте (до 49 лет) и старше репродуктивного возраста, достоверных различий нами не было получено.

Удельный вес ранних форм первичного рака молочной железы в структуре всех больных без учета возраста составил ($45,7 \pm 1,88$) % и был достоверно ниже, чем удельный вес распространенных форм болезни — ($54,3 \pm 1,88$) % при $t = 3,1$; $p < 0,01$. Соотношение доли ранних и распространенных форм заболевания в репродуктивном возрасте и старше не имело при сравнении статистически значимых различий. Опухоли в размере до одного сантиметра в общей популяции больных с первичным раком молочной железы имели место в ($6,5 \pm 0,93$) % случаев и явились «случайной находкой» при проведении секторальной резекции молочной железы по поводу фиброаденомы или узловой формы кистозно-фиброзной мастопатии. Доля опухолей при размере до двух сантиметров составила ($13,3 \pm 1,28$) %, от двух до пяти — ($56,0 \pm 1,87$) %, а более пяти сантиметров — ($24,2 \pm 1,62$) %.

Отечественными и зарубежными авторами доказано, что величина первичной опухоли коррелирует с показателем выживаемости [1, 7]. Чем меньше диаметр патологического очага в молочной железе, тем благоприятнее прогноз. Величина опухоли признается одним из двух критериев для определения минимальной карциномы. К последней можно отнести неинфильтрирующие раки независимо от величины опухоли и инфильтрирующие карциномы диаметром не более одного сантиметра. Авторы, изучавшие в

течение 10 лет больных минимальными инфильтрирующими карциномами без регионарных метастазов, леченных только мастэктомией, показали, что 75,0 % больных выжили без проявления заболевания, у 4,0 % развился рецидив, 6,0 % умерли от генерализации процесса, 15,0 % умерли от других причин [3, 4, 6].

Неинфильтрирующие раки независимо от величины опухоли и инфильтрирующие карциномы диаметром менее одного сантиметра, включенные в группу минимальной карциномы с благоприятным прогнозом, составили в Архангельской области за исследуемый период ($28,4 \pm 1,69$) % случаев (201 женщина). Остальные ($71,6 \pm 1,69$) % случаев (506 женщин) относились по критерию величины первичной опухоли к группе с неблагоприятным прогнозом. Удельный вес больных с неблагоприятным прогнозом болезни по величине первичной опухоли у жительниц Архангельской области был достоверно выше ($t = 18,7$; $p < 0,01$). Доля больных репродуктивного возраста, включенных в группу минимальной карциномы, составила ($10,7 \pm 1,95$) %, а старше репродуктивного возраста с минимальной карциномой — ($37,1 \pm 2,27$) %. При сравнении достоверное статистически значимое преобладание случаев отмечено в возрастной группе старше 50 лет ($t = 8,8$; $p < 0,01$).

Одним из наиболее значимых прогностических критериев первичного рака молочной железы признается наличие метастазов в подмышечные лимфатические узлы [3, 5]. По данным исследований [4], существует достоверная разница в выживаемости женщин с аксиллярными метастазами и без таковых. Прогностическое значение имеет количество пораженных метастазом лимфатических узлов.

Нами было изучено состояние регионарных лимфатических узлов согласно патологоанатомической классификации pTNM. В общей популяции больных первичным раком молочной железы отсутствие метастазов в регионарные лимфатические узлы было выявлено у 45,7 %. В репродуктивном возрасте pN0 было отмечено в 43,0 %, а в возрасте старше репродуктивного — в 47,2 % случаев, без достоверных различий ($t = 1,1$). Наличие регионарных узлов отмечено в 54,3 % от всех случаев первичного рака молочной железы, и удельный вес пациенток с pN1–3 был достоверно выше, чем доля больных с pN0 ($t = 3,1$; $p < 0,01$). В репродуктивном возрасте удельный вес больных первичным раком молочной железы с pN1–3 составил 57,0 %, а в возрасте старше 50 лет — 52,8 %. Данные долевого распределения случаев первичного рака молочной железы представлены в табл. 3.

По этим данным видно, что достоверно преобладают случаи рака молочной железы с pN1, когда согласно патологоанатомической классификации pTNM метастазы определяются в 1–3 подмышечных лимфоузлах. При сравнении экстенсивного показателя случаев первичного рака молочной железы с

pN1 достоверных различий по возрастным группам не отмечено.

Таблица 3

Распределение больных первичным раком молочной железы по наличию регионарных лимфатических узлов, % (M ± m)

Возрастная группа, лет	Регионарный лимфатический узел			Всего
	PN1	PN2	PN3	
До 49	61,5±4,06	20,3±3,36	18,2±3,22	100,0
Старше 50	63,7±3,12	22,8±2,72	13,5±2,21	100,0
Итого	62,9±2,47	21,8±2,11	15,3±1,84	100,0

Второе и третье ранговые места в структуре больных по состоянию регионарных лимфоузлов при первичном раке молочной железы занимают больные с pN2 (21,8 %) и pN3 (15,3 %) при достоверном различии ($t = 2,4$; $p < 0,05$). В группе женщин репродуктивного возраста количество случаев первичного рака молочной железы с pN2 составило 20,3 %, pN3 – 18,2 % без достоверных различий при сравнении. В группе женщин старше репродуктивного возраста удельный вес случаев рака молочной железы с pN2 был достоверно выше – 22,8 % при $t = 2,7$; $p < 0,05$, а доля случаев рака с pN3 – 13,5 %.

На сегодня существует множество гистологических классификаций рака молочной железы, на основе которых была создана международная гистологическая классификация ВОЗ. Но по-прежнему все авторы выделяют две основные его формы – рак протоковый и рак дольковый. В основе такого деления лежит не гистогенетический принцип, а морфологический. Гистогенетический принцип здесь неоправдан, так как, по мнению исследователей, рак возникает в пределах терминальной дольково-протоковой единицы и, следовательно, имеет один источник – клетки зоны перехода терминальных протоков в начальные отделы внутри долькового выводного протока

По данным отечественных и зарубежных морфологов [1, 2], в абсолютном большинстве (более 75,0 %) случаев рака молочной железы наиболее часто выявляется инфильтрирующий протоковый рак, на втором месте по выявляемости – инфильтрирующий дольковый рак (5,0–10,0 %). В настоящее время различия в прогнозах протокового инфильтрирующего и долькового инфильтрирующего рака молочной железы не доказаны.

В общей популяции женщин Архангельской области с первичным раком молочной железы среди инвазивных форм болезни преобладал инфильтрирующий протоковый рак. Эти опухоли составили (77,4 ± 1,57) %, или 547 случаев от вариантов первичного рака молочной железы, за 2003–2005 годы. В эту группу входили все раки, не относящиеся в какой-либо другой категории инвазивного рака: опухоли солидные (26,8 ± 1,89) %, или 147 случаев; солидно-железистые раки (47,2 ± 2,13) %, или 258 случаев; опухоли без специфических гистологических черт (17,2 ± 1,61) %, или 94 случая.

Удельный вес инфильтрирующего долькового рака в структуре всех случаев болезни за исследуемый период составил (8,8 ± 1,21) %. По мнению Э. Л. Нейштадт [4], частота развития долькового инфильтрирующего рака среди других форм рака молочной железы до настоящего времени точно не известна, о чем свидетельствуют широкие колебания частоты обнаружения этого вида карцином – от 0,7 до 20,0 %. Доказано, что главной клинической особенностью инфильтрирующего долькового рака является высокая частота двустороннего поражения (синхронного или метасинхронного), выявляющегося примерно у четверти больных [3, 6].

В нашем исследовании у всех больных синхронным раком молочной железы (1,3 %) гистологический вариант опухоли определялся как инфильтрирующий дольковый рак.

В популяции женщин с первичным раком молочной железы, диагностированным в репродуктивном возрасте, доля инвазивного варианта рака достигла (90,8 ± 0,58) %. Из них инфильтрирующий протоковый рак составил (95,2 ± 1,41) %, а инфильтрирующий дольковый – (4,8 ± 1,41) %.

Удельный вес инвазивных форм рака молочной железы, диагностированных в возрасте старше репродуктивного, составил (68,8 ± 2,19) %. Из них инфильтрирующий протоковый рак – (90,3 ± 0,59) %, а инфильтрирующий дольковый – (9,7 ± 0,59) %.

Таким образом, показатель инвазивных форм рака молочной железы был достоверно выше в группе женщин репродуктивного возраста, со статистически значимым преобладанием случаев инфильтрирующего протокового рака. В группе женщин старше репродуктивного возраста при сравнении с группой репродуктивного возраста достоверно преобладали инфильтрирующий дольковый рак и дольково-протоковый вариант инфильтрирующего протокового рака. Данные формы наиболее часто выявлялись в возрасте 50–59 лет. Аналогичные результаты отмечают и отечественные авторы [1, 4].

В популяции всех больных с первичным раком молочной железы за период 2003–2005 годов значительных различий в долевого распределении опухоли по зонам молочной железы не было отмечено: (32,9 ± 1,77) % в центральной зоне, (33,6 ± 1,78) % в латеральной и (33,5 ± 1,79) % в медиальной. Наиболее часто опухоль локализуется в верхненаружном квадранте молочной железы. У женщин с первичным раком молочной железы, диагностированным в репродуктивном возрасте, достоверно преобладала – (50,8 ± 3,17) % локализация патологического процесса в медиальной зоне, в нижневнутреннем квадранте. У женщин с первичным раком, диагностированным в возрасте старше репродуктивного, достоверно преобладала – (44,1 ± 2,33) % локализация патологического процесса в латеральной зоне, в верхненаружном квадранте.

Фактором агрессивного течения и неблагоприят-

ного прогноза признается степень злокачественности клеток опухоли, хотя до сих пор высокая степень злокачественности считается некоторыми авторами спорным прогностическим маркером. Тем не менее многими авторами [9, 11] этот признак все же используется в процессе принятия решения о проведении адьювантного лечения и оценке прогноза.

В нашем исследовании степень злокачественности была указана в 605 случаях (86,4 %) первичного рака молочной железы, зарегистрированных в Архангельской области за исследуемый период. Как в репродуктивном возрасте, так и в возрасте старше репродуктивного достоверно преобладала вторая степень злокачественности, составив (58,1 ± 3,27) и (56,6 ± 2,33) % соответственно.

Доля случаев рака с первой степенью злокачественности у женщин репродуктивного возраста соответствовала (5,3 ± 1,48) %, а в возрасте старше репродуктивного – (16,4 ± 1,74) %. Статистическая значимость различий достоверна при $t = 2,2$; $p < 0,05$.

В репродуктивном возрасте в группе женщин до 35 лет доля случаев первичного рака с первой степенью злокачественности составила 5,2 %, а в группе 36–49 лет – 4,7 %, без достоверных статистически значимых отличий.

В возрасте старше репродуктивного в группе женщин 50–59 лет доля лиц с первичным раком молочной железы первой степени злокачественности была равна 14,5 %, в группе старше 60 лет – 13,2 %, без достоверных статистически значимых отличий.

Таким образом, число случаев с более благоприятным исходом по степени злокачественности преобладало в более старшей возрастной группе.

Удельный вес больных первичным раком молочной железы третьей степени злокачественности достоверно преобладал у женщин репродуктивного возраста, составив 36,6 % при $t = 2,2$; $p < 0,05$, в то время как в группе старше репродуктивного возраста число случаев болезни в аналогичной степени злокачественности соответствовало 27,0 %.

В группе пациенток репродуктивного возраста доля случаев рака третьей степени злокачественности при установлении болезни до 35 лет была достоверно выше (42,1 % при $t = 3,0$; $p < 0,01$), чем при диагностике заболевания с аналогичной степенью злокачественности процесса в 36–49 лет (32,3 %).

Анализ этих и других факторов, а именно: рецепторов эстрогенов и прогестерона, наличия сосудистой инвазии – позволяет сделать вывод о том, что рак молочной железы, развивающийся в молодом возрасте (до 35 лет) отличается от рака молочной железы в более старшем пременопаузальном возрасте (36–49 лет). Опухоль, возникающая у очень молодых женщин, имеет особенно агрессивное течение, обусловленное биологическими факторами процесса, и, как следствие, неблагоприятный прогноз.

По мнению зарубежных авторов (Neville A. M. et al., 1992; Harbeck N. et al., 1999; Hartviet F. M.,

Lilleng P. K., Maehle B. O., 2000), существует сильная положительная корреляционная связь прогноза с обнаружением сосудистой инвазии. Эти особенности опухоли, как известно, относятся к «базисному» прогнозу. Но, к сожалению, в источниках литературы имеется мало данных по этому вопросу, особенно в отношении самых молодых пациенток.

Удельный вес больных первичным раком молочной железы с инвазией достоверно преобладал у женщин репродуктивного возраста, составив 90,4 % при $t = 7,6$; $p < 0,01$. В группе старше репродуктивного возраста число случаев болезни с инвазией соответствовало 69,1 %.

Доля случаев рака с инвазией в группе пациенток репродуктивного возраста при установлении болезни до 35 лет была 94,7 %, при диагностике заболевания в 36–49 лет – 90,1 %, без достоверных статистических различий.

Доля случаев рака с инвазией в группе пациенток старше репродуктивного возраста при установлении болезни в 50–59 лет соответствовала 71,7 %, в 60–69 лет – 69,8 %, а старше 70 лет – 62,9 %, без достоверных статистических различий.

Результаты анализа клинико-морфологической характеристики первичного рака молочной железы у женщин Архангельской области позволили определить группы риска (табл. 4).

Таблица 4

Распределение больных Архангельской области с первичным раком молочной железы на группы риска (по рекомендации Сан-Гален, 2005), %, (M ± m)

Группа	Признаки риска	Возрастная группа, лет	
		До 49	Старше 50
Низкий риск	Стадия 1 pT≤2 см pN0	23,9±2,69	38,7±2,29
Средний риск	Стадия 2 pT≥2 см pN1	43,8±3,13	40,8±2,31
Высокий риск	Стадия 2 pT≥2 см PN1–3 Инвазия	32,3±2,95	20,5±1,91

По данным табл. 4 видно, что достоверно преобладают случаи первичного рака молочной железы среднего и высокого риска. В возрастной группе до 49 лет они составили (76,1 ± 2,69) %, в группе старше 50 лет – (61,3 ± 2,29) %. При сравнении по возрастным группам количество случаев среднего и высокого риска достоверно больше у женщин с впервые диагностированным раком молочной железы в возрасте до 49 лет ($t = 3,5$; $p < 0,01$).

Таким образом, знание роли прогностических факторов и их внедрение в практическое здравоохранение позволяет оптимизировать модель оценки индивидуального риска рецидива у конкретного больного и выбора адекватного и своевременного метода лечения.

Список литературы

1. *Клиническая маммология*. Современное состояние проблемы / под ред. Е. Б. Камповой-Полевой, С. С. Чистякова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 17–49.
2. *Лекции по фундаментальной и клинической онкологии* / под ред. проф. В. М. Моисеенко, проф. А. Ф. Урманчеевой, акад. РАМН К. П. Хансона. — СПб.: ООО «Изд-во Н-Л», 2004. — С. 14–28, 198–213.
3. *Михетько А. А.* Информативность цитологического метода исследования в диагностике заболеваемости молочной железы на дооперационном этапе / А. А. Михетько, В. В. Перов // Вопросы онкологии. — 2005. — № 1. — С. 125–157.
4. *Нейштадт Э. Л.* Патология молочной железы / Э. Л. Нейштадт, О. А. Воробьева. — СПб., 2003. — С. 14–26, 32–54.
5. *Семиглазов В. Ф.* Неинвазивные и инвазивные опухоли молочной железы / В. Ф. Семиглазов, В. В. Семиглазов, А. Е. Клецель. — СПб., 2006. — С. 230–266.
6. *Семиглазов В. Ф.* Рак молочной железы / Семиглазов В. Ф. // Общая онкология. — Л.: Медицина, 1969. — С. 546–552.
7. *Юрин А. Г.* Практическое использование иммуногистохимических методов в онкоморфологической диагностике / А. Г. Юрин, Г. Б. Ковальский, В. А. Грантань. — СПб., 2000. — С. 45–48.
8. *Colleoni M.* Very young women (< 35 years) with operable breast cancer / M. Colleoni, N. Rotmensz, C. Robertson et al. // Ann. of Oncology. — 2002. — P. 273–279.
9. *Lundin J.* Omission of histologic grading from clinical decision making may result in overuse of adjuvant therapies in breast cancer / J. Lundin, K. Holli // J. Clinical Oncol. — 2001. — Vol. 19. — P. 28–36.
10. *Nemoto T.* Management and survival of female breast cancer — results of a national survey by the American College of Surgeons / T. Nemoto, J. Vana, R. N. Bedwani

et al. // Cancer. — 1980. — Vol. 45. — P. 2917–2924.

11. *Younes M.* Lack of prognostic significance of histological grade in node-negative invasive breast carcinoma / Younes M., Lancirica R. // Clin. Cancer Res. — 1997. — Vol. 3. — P. 601–604.

CLINICAL-MORPHOLOGICAL DESCRIPTION OF MAMMARY GLAND PRIMARY CANCER IN ARKHANGELSK REGION

L. A. Zaroslikova, *T. R. Zhdanova

Northern State Medical University,
*Consulting-Diagnostic Polyclinic NSMU,
Arkhangelsk

In the article, the results of the analysis of the clinical-morphological description of the mammary gland primary cancer in women living in the Arkhangelsk region have been given. In the groups of women at the reproductive age and in the postmenopause, predicting factors have been evaluated, peculiarities of tumors' growth and localization have been detected.

Key words: the mammary gland primary cancer, prognosis factors, tumor histological attribute, non-invasive and invasive tumors of the mammary gland.

Контактная информация:

Заросликова Любовь Альбертовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения и социальной работы Северного государственного медицинского университета

Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51, СГМУ

Тел. (8182) 28-57-84

Статья поступила 10.11.2006 г.