

центра нативной плазмы ежедневно, ингибиторы протеолиза — контрикал или ε-аминокапроновую кислоту, и наконец, тромбоцитную плазму и тромбоцитные концентраты. В этой группе больных переливали не менее 3—4 ед. тромбоцитов одномоментно.

У 2 больных этой группы после 1—3 курсов химиотерапии наступили ПР. Интересно отметить, что у одного из них первый курс монохимиотерапии рубомицином в суммарной дозе 4 мг/кг был проведен без эффекта, однако кровоточивость и лабораторные признаки коагулопатии потребления, исчезнувшие в результате адекватной терапии ДВС, в дальнейшем не возобновились. Достигнутые ПР продолжались 6 и 28+ мес соответственно.

У третьей больной этой группы к моменту начала химиотерапии имелись массивные экхимозы на коже и упорное маточное кровотечение. Терапия ДВС сочеталась со сравнительно массивными трансфузиями тромбоцитов: за 16 дней, в течение которых у больной сохранялись критическая тромбоцитопения и лабораторные признаки ДВС, она получила 50 ед. тромбоцитов. В результате ДВС-синдром и кровоточивость были полностью купированы, однако больная умерла от сепсиса, подтвержденного прижизненным бактериологическим исследованием и данными аутопсии. Во время вскрытия признаки ДВС найдены не были.

Особого внимания заслуживает последний больной этой группы. У мужчины 22 лет при поступлении имелся тяжелейший геморрагический синдром, проявляющийся массивными кровоизлияниями в кожу и склеры, а также непрерывным десневым кровотечением. В анализе крови имелись анемия, лейкопения (90 % бластных клеток) и тромбоцитопения $19 \times 10^9/\text{л}$. В миелограмме отмечалась тотальная бластная инфильтрация костного мозга при высокой клеточности пунктата. За 5 дней химиотерапии больной получил 600 мг рубомицина (2 мг/кг массы тела/день), одновременно проводилась массивная инфузионная терапия ДВС и трансфузии тромбоцитов. В течение нескольких дней в связи с присоединившимися к описанной выше картине повторными профузными носовыми кровотечениями тромбоциты переливали дважды в сутки — утром криоконсервированные, вечером — полученные на сепараторе кле-

ток крови. За 10 дней перелито 70 ед. тромбоцитов. В результате такого лечения кровоточивость удалось полностью купировать, этаноловый тест стал отрицательным, фибринолитическая активность плазмы нормализовалась. В последующие дни интенсивность трансфузий тромбоцитов была резко уменьшена: за 4 дня перелито всего 4 ед. и в результате на 8-й день после окончания курса химиотерапии больной внезапно умер от массивного кровоизлияния в головной мозг.

Последние два наблюдения убедительно демонстрируют, что даже очень тяжелый геморрагический синдром, осложняющий течение острого промиелоцитарного лейкоза, может быть успешно купирован при условии проведения достаточно интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии.

На основании собственного опыта и анализа данных литературы следует сделать следующие выводы. При установлении диагноза МЗ независимо от того, имеются ли в коагулограмме признаки коагулопатии потребления, следует начинать комплексную терапию, включающую гепарин, тромбоцитную плазму или тромбоцитные концентраты, ингибиторы протеолиза и свежезамороженную плазму. Не ранее чем через сутки после начала такого лечения может быть применен рубомицин в режиме монохимиотерапии или в сочетании с цитозаром. Если лечение проводится по программам типа «3+7», то разовая доза рубомицина должна быть увеличена с 45 до 60—70 мг/м².

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкадыров К. М., Ушакова Е. А., Ганапиев А. Н. и др. // Гематол. и трансфузиол. — 1985. — № 4. — С. 8—13.
2. Ковалева Л. Г. Острые лейкозы. — М., 1990.
3. Arlin Z., Kempin S., Mertelsmann R. et al. // Blood. — 1984. — Vol. 63. — P. 211—212.
4. Bennett J. M., Catovsky D., Daniel M. T. et al. // Brit. J. Haemat. — 1976. — Vol. 33. — P. 451—458.
5. Bernard J. M., Weil M., Jacquillat C. // Cancer. Achievements, challenges and prospects for the 1980 / Eds J. H. Burchenal, H. F. Oettgen. — New York, 1981. — Vol. 2. — P. 271—289.
6. Cordonnier G., Vernant J., Brun B. et al. // Cancer (Philad.). — 1985. — Vol. 55. — P. 18—25.
7. Kingsley H. C., Durie B., Garewal H. // West. J. Med. — 1987. — Vol. 146. — P. 322—327.
8. Sanz M. A., Jarque A., Martin G. et al. // Cancer (Philad.). — 1988. — Vol. 61. — P. 7—13.

Поступила 07.03.91

ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

© Э. А. МИХАЙЛОВ, 1991

УДК 618.19-006.6-07

Э. А. Михайлов

**КОНТРОЛИРУЕМОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ
ЗНАЧЕНИЯ МЕТОДА САМООБСЛЕДОВАНИЯ В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Отдел научных основ организации противораковой борьбы

В последние 10 лет за рубежом проведены работы по определению эффективности самообследования в раннем выявлении рака молочной железы (РМЖ).

Большинство исследователей отмечают, что при этом у женщин, проводящих самообследование молочных желез (СОМЖ), удается выявить опухоли меньших размеров [4, 6]. Однако из-за ряда методических упущений, по мнению экспертов

ВОЗ, эти работы не могут служить доказательством снижения смертности в результате применения метода самообследования [5].

По современным представлениям, подобное исследование должно быть проспективным контролируемым и рандомизированным. Преимущество подобного исследования состоит в том, что оно проводится по единому плану и едиными методами для всех участников, легко сравнимо, поскольку достоверность его можно заранее запланировать практически с любой точностью, а обязательная рандомизация обеспечивает необходимую в таких случаях беспристрастность. К недостаткам следует отнести необходимость сужения тематики, длительный срок ожидания результатов таких исследований.

С учетом вышесказанного и на указанной методической основе в ВОНЦ АМН СССР и НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова Минздрава СССР по инициативе отдела онкологии ВОЗ такое исследование проводится с 1985 г. [1, 2].

Целью работы является оценка эффективности метода СОМЖ в снижении смертности от РМЖ. Именно такая оценка является достоверной по современным представлениям в биостатистике. Самообследование является простым и недорогим методом выявления опухолевых заболеваний молочных желез. Однако ВОЗ, считает, что нельзя широко пропагандировать этот метод в связи с отсутствием достаточных доказательств его эффективности в диагностике РМЖ до окончания принятиого исследования [3].

Для ВОНЦ по протоколу программы, утвержденному экспертами ВОЗ, определен контингент, составляющий 86 000 женщин.

Работа проводится с 1985 г. на предприятиях и учреждениях Москвы, разделенных на обучаемые СОМЖ и контрольные методом рандомизации.

На предварительном этапе исследования, охватывающем 10 713 женщин, установлено:

метод СОМЖ имеет экономические и диагностические преимущества в сравнении с другими методами массового обследования (сохранение жизни одной женщины потребует в 8 раз меньше затрат, чем при четко организованном скрининге с применением маммографии);

внедрение метода в широкую практику здравоохранения требует осторожности в связи с рядом морально-психологических и организационных

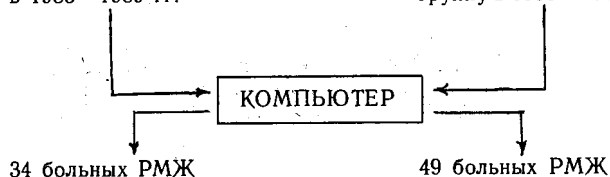
Схема выявления женщин, заболевших РМЖ, в группе обученных СОМЖ и в контрольной с помощью компьютера

СОМЖ-ГРУППА

КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА

30 322 женщины, обученные СОМЖ в 1985—1989 гг.

35 881 женщина, включенная в контрольную группу в 1985—1989 гг.



Больные РМЖ в Москве за 1985—1989 гг.

Таблица 1

Выявляемость больных РМЖ в СОМЖ-группе и контрольной по годам проведения программы

Год	СОМЖ-группа		Контрольная	
	ожидалось	выявлено	ожидалось	выявлено
1985	6,1	—	7,0	—
1986	12,9	2 (15,5)	15,7	5 (31,8)
1987	21,1	10 (47,4)	27,1	7 (25,8)
1988	26,6	9 (33,8)	33,7	22 (65,3)
1989	30,0	13 (43,3)	35,7	15 (42,0)

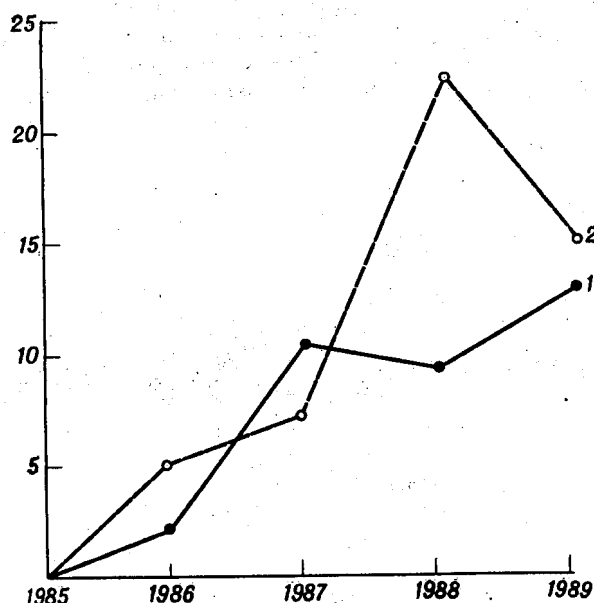
Примечание. Здесь и в табл. 2, 3 в скобках — процент.

особенностей (трудности побуждения женщин к самообследованию, постоянное напоминание о необходимости СОМЖ, необходимость обучения технике исследования молочных желез неоднократно через определенные интервалы, затрудненность обратной связи с женщинами в целях контроля за качеством приобретенных навыков и т. д.) и необходимости повышения санитарно-гигиенической культуры населения;

достоверные данные о роли СОМЖ в более ранней диагностике РМЖ, улучшении прогноза заболевания, а также о снижении смертности могут быть получены после проведения многолетнего контролируемого популяционного исследования.

Основной этап программы позволил включить в исследование 70 215 женщин, из них обучены СОМЖ 33 917, контрольную группу составляют 35 792 и отказались от обучения 506 женщин.

Важным звеном программы является выявление женщин, заболевших РМЖ, в группе обученных СОМЖ и в контрольной с помощью компьютера (см. схему). Последнее представляет непростую задачу из-за значительной величины прослеживаемой популяции женщин, необходимости сопоставления с московским канцер-регистром по РМЖ за все годы проведения исследования, последующего уточнения полученных на заболевших



Динамика выявляемости больных РМЖ в обучаемой (1) и контрольной (2) группах.

По оси абсцисс — год обследования; по оси ординат — число больных.

Таблица 2

Распределение больных РМЖ по размеру первичной опухоли (pT)

pT	СОМЖ-группа	Контрольная группа
pT 1—2	24 (70,6)	31 (64,6)
pT 3—4	10 (29,4)	17 (35,4)
Всего...	34 (100)	48 (100)

женщин данных в районных онкологических отделениях и лечебных учреждениях, где лечились эти больные.

В табл. 1 показана выявляемость РМЖ по годам проведения программы в группе обученных и контрольной.

Следует отметить, что пока имеется лишь 41,1 % заболевших в контрольной и 35,2 % в группе обученных от ожидаемого количества больных РМЖ. Тем не менее в последующие годы прослеживания число заболевших будет приближаться к ожидаемому.

Динамика выявляемости больных РМЖ в обучаемой и контрольной группах, представленная на рисунке, показывает увеличение их числа по мере удлинения сроков прослеживания.

В дальнейшем будет изучаться смертность в этих группах. Уже появились первые умершие от РМЖ в группе обученных (2 женщины) и контрольной (5 женщин). Смерть наступила от основного заболевания и у одной больной от послеоперационных осложнений.

В настоящее время выявляемость РМЖ в группе обученных женщин составила 112, а в контрольной 136 на 100 000 женщин. Анализ материала продолжается по мере выполнения программы и поступления в ЭВМ данных с прослеживанием.

Распределение больных по стадиям в обеих группах (табл. 2 и 3) пока не позволяет сделать определенных выводов об эффективности программы СОМЖ. Имеющаяся разница между числом больных РМЖ в обеих группах статистически недостоверна.

Тем не менее при изучении обращаемости к врачу по поводу заболевания молочных желез установлено, что женщины, обученные СОМЖ, обращаются в 2 раза чаще.

При анализе отдаленных результатов предполагается, что при условии регулярного ежемесячного проведения самообследования в группе женщин, заболевших РМЖ, будет достигнуто снижение смертности на 20 % по сравнению с заболевшими женщинами контрольной группы.

Таблица 3

Распределение больных РМЖ по наличию метастазов в регионарные лимфоузлы (pN)

pN	СОМЖ-группа	Контрольная группа
pN 0	17 (50,0)	15 (31,2)
pN +	17 (50,0)	33 (68,8)
Всего...	34 (100)	48 (100)

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов Э. А., Сагайдак В. Н., Голубева Е. А. и др. // Вopr. онкол.— 1990.— № 9.— С. 1095—1098.
2. Семглазов В. Ф., Моисеенко В. М. // Там же.— 1986.— № 9.— С. 84—91.
3. Цешковский М. С. // Там же.— 1983.— № 1.— С. 77—84.
4. Gastrin G. Breast Cancer Control: An Early Detection Programme.— Stockholm, 1981.
5. Miller A., Chamberlain J., Day N. et al. // Int. J. Cancer.— 1990.— Vol. 46.— P. 761—769.
6. Moskowitz M. // Ca.— 1983.— Vol. 33.— P. 26—39.

Поступила 12.09.91

© М. И. КУРДИНА, Л. Е. ДЕНИСОВ, 1991

УДК 616.5-006.362.147

М. И. Курдина, Л. Е. Денисов (Москва)

ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ, ПРОВОДЯЩИХ ЕЖЕГОДНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ПРИКРЕПЛЕННОМУ КОНТИНГЕНТУ

В настоящее время детально изучены клинические и патоморфологические особенности большинства злокачественных и предзлокачественных новообразований кожи, серьезные успехи достигнуты в их диагностике и лечении [1]. В то же время вопросы организации дерматоонкологической службы остаются в тени, а между тем неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи (ЗНК) и смертности от них делает работы в этом направлении весьма актуальными и перспективными. Так, например, заболеваемость ЗНК с 1985 по 1989 г. в СССР увеличилась на 6,9 % у мужчин, 5,7 % — у женщин [2], в Москве — на 7,7 % (оба пола) [3]. Удельный вес ЗНК в общей структуре онкопатологии в СССР в 1989 г. составил 11 % (2—3-е место), в Москве — 7,4 % (4-е место). Смертность от ЗНК с 1985 по 1989 г. в Москве увеличилась на 7,4 %.

Изучение заболеваемости и обстоятельств выявления ЗНК у лиц, находящихся на постоянном диспансерном наблюдении, ранее не проводилось, а между тем оно представляет интерес с точки зрения совершенствования организационных форм дерматоонкологической помощи населению.

Целью нашей работы являлась оценка заболеваемости и обстоятельств выявления ЗНК у лиц, находящихся на постоянном диспансерном наблюдении в течение 1985—1989 гг.

Сведения о больных получены из первичных медицинских документов — амбулаторных карт, стационарных историй болезни, а также «известий о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (учетная форма № 281).

В результате проведенных исследований обнаружено, что ЗНК на протяжении 1985—1989 гг. постоянно занимали 1-е место в общей структуре онкопатологии, оставляя позади рак молочной железы, желудка, толстой кишки, легкого (табл. 1).

На долю базального и плоскоклеточного рака кожи приходилось 18,2—22,5 % от общего числа всех злокачественных новообразований. Отметим, что этот показатель в Австралии составляет 50 %