

кими, чем в двух других группах: ОКА ниже уровня в группе здоровых доноров на 14,7%, ЭКА – на 38,5%, ССА – на 27,9%, что привело к повышению коэффициента КИ на 74,1%. Можно думать, что в данном случае увеличение последнего параметра не свидетельствует об усилении эндогенной интоксикации и предположительно обусловлено тем, что у больных саркомой мягких тканей без рецидивов молекулы альбумина, возможно, более активно связывают продукты измененного при опухолевой болезни метаболизма и их активные центры оказываются заполненными в большей степени, чем у первичных больных и больных с рецидивами. Очевидно, что по изученным показателям эндогенной интоксикации не представляется возможным судить о развитии рецидива заболевания.

В тоже время у больных с первичными опухолями мягких тканей и у больных с рецидивами саркомы, по сравнению с группой больных без рецидивов саркомы мягких тканей на момент исследования, было выявлено более высокое содержание ряда белков, прирост которых в сыворотке крови относят к важным диагностическим показателям клинической биохимии. Так среднее значение уровня С-реактивного белка в группе больных с первичными опухолями был выше в 12,9 раза, а в группе больных с рецидивами саркомы – в 14,5 раза, среднее значение гаптоглобина – в 2,2 раза и в 2,1 раза соответственно, а средний уровень миоглобина превышал значение в группе больных без рецидивов на 28,8% и 31,9% соответственно. У больных с первичными опухолями и у больных с рецидивами саркомы мягких тканей также были выявлены более высокие значения активности лактатдегидрогеназы и щелочной фосфатазы, активация которых характерна для многих групп онкологических больных. Среднее значение активности лактатдегидрогеназы в группе больных с первичными опухолями было на 39,8%, а в группе больных с рецидивами на 30,9% выше по сравнению с уровнем у больных с саркомой без рецидива. По щелочной фосфатазе превышение средних значений активности достигло 3,1 раза и 2 раз соответственно для больных с первичными опухолями и с рецидивами саркомы мягких тканей. Полученные данные свидетельствуют о том, что повышение в крови больных при контрольных осмотрах одного или нескольких из вышеперечисленных белков, а также высокая активность лактатдегидрогеназы и щелочной фосфатазы должны насторожить клинициста, поскольку могут указывать на наличие рецидива заболевания.

Таким образом, выявленные биохимические различия у больных с рецидивами и без рецидивов свидетельствуют о диагностической значимо-

сти выполнения подобных несложных исследований ряда белков и ферментов в крови при контрольных осмотрах пациентов с саркомой мягких тканей, особенно в сомнительных случаях.

МАССОВАЯ МАММОГРАФИЯ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПРИ СКРИНИНГЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Ш. Навесова, О.К. Кулакеев, Д.Т. Арыбжанов

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

Ежегодно в мире регистрируется около 10 млн. новых случаев онкологических заболеваний, и более 6,2 млн человек умирают от рака. В развитых странах 46% случаев рака регистрируется в возрастной группе старше 64 лет, а в 2050г. ожидается рост этого показателя до 71%. Современная лучевая диагностика заболеваний молочной железы включает целый ряд методов визуализации, основным из которых является рентгеновская маммография (РМГ) – “золотой стандарт”, старейший и надежный метод, благодаря которому выявляется большинство злокачественных новообразований молочной железы. Скрининговая РМГ позволяет уменьшить смертность от РГЖ как минимум на 25-30%, в Швеции этот показатель достигает 36-44%.

Цель исследования: изучить результаты маммографического скрининга РМЖ по данным ООД ЮКО.

Материал и методы.

В основу исследования легли данные маммографического обследования женщин в возрасте 50-60 лет по всем районам и городам ЮКО за период 2007-2008 гг. За указанный период маммография проведена у 54547 женщин. Отбор исследуемых групп женщин производился в соответствии с приказом министерства здравоохранения Республики Казахстан № 607 «О проведении профилактических осмотров путем скрининг обследований женщин в возрасте 50-60 лет на выявление предопухолевых заболеваний и рака молочной железы» все женщины проходили профосмотры в участковых поликлиниках по месту жительства, где обязательно проходили осмотр молочных желез. При выявлении на опухолевые образования молочных желез больные повторно осматривались участковым онкологом поликлиники. Далее женщины с наличием патологии молочных желез в обязательном порядке проходили УЗИ молочных желез и маммографию и формировалась группа риска, затем эти женщины направлялись на консультацию маммологам в ООД ЮКО. После осмотра маммологов ООД каждой

осмотренной женщине определялся индивидуальный план лечебных и профилактических мероприятий.

Результаты и их обсуждение.

Анализ маммограмм показал, что 5% маммографических снимков оказались низкого качества, и эти женщины были отправлены на повторное обследование. По возрасту, анализируемая группа выглядела следующим образом: в возрасте 51-55 лет обследовано 28160 (51,62%) женщин, в этой возрастной группе менопауза более 5 лет отмечена у 78% женщин, у 12% отмечена менопауза от 3 до 5 лет и у 10% женщин отмечена пременопауза (в основном это женщины 50-52 лет), в возрасте 56-60 лет обследовано 26387 (48,38%) женщин, в этой группе все обследуемые были в менопаузе более 5 лет. Патология молочной железы выявлена у 44184 (81%) женщин, из них: фиброзно-кистозная мастопатия у женщин 43211 (79,21%), доброкачественные кисты у 540 (0,98%) женщин, липомы у 230 (0,42%) женщин, фиброаденома у 140 (0,25%) женщин, рак молочной железы у 63 (0,11%) женщин. Женщины с фиброзно-кистозной мастопатией, доброкачественными кистами и липомами были направлены в общую лечебную сеть для лечения у участковых маммологов, а группа женщин с фиброаденомами и раком молочной железы были оставлены на лечение в условиях ООД ЮКО. Среди 63 выявленных женщин раком молочной железы опухолевый процесс I стадии был отмечен у 43 больных, во II стадии был у 20 больных, что свидетельствует о возможности ранней диагностики рака молочной железы у женщин в возрасте 50-60 лет.

Таким образом, анализ материала маммографического скрининга по Южно-Казахстанской области среди женщин 50-60 лет показал, в указанной возрастной группе в силу возрастных и гормональных особенностей у 81% женщин выявлена патология молочных желез. Причем у 1,78% (973) женщин выявлены кистозно-солидные образования, из них у 63 (0,11%) рак молочной железы в I-II стадии. Сравнивая полученные данные с литературными источниками можно отметить, что проведенный скрининг в вышеуказанной группе показал свою эффективность, так как, больных раком молочной железы в ранней стадии выявлено более 0,1% случаев.

О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СКЕЛЕТА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СИСТЕМЕ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

А.Г. Синяков, П.Б. Зотов, В.В. Вишневков

Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) у женщин занимает ведущее место среди солидных опухолей по частоте гематогенного метастатического поражения скелета. Несмотря на знание высокой вероятности развития костных метастазов при этой локализации у многих больных диагностика поражения костей скелета осуществляется на стадии патологического перелома, что значительно снижает качество жизни пациенток, и, нередко, повышает риск летального исхода от осложнений. Необходимость повышения качества и расширения объема онкологической помощи в нашей стране активно ставит вопрос о разработке новых организационных моделей третичной профилактики.

Традиционный подход подразумевает обследование больного при возникновении соответствующих жалоб. При этом считается, что наиболее характерными признаками поражения скелета являются: болевой синдром, гиперкальциемия и патологический перелом.

Боль является наиболее частым проявлением поражения костной ткани. Дальнейшее прогрессирование опухоли приводит к патологическим переломам, которые у 10-15% больных могут быть первым признаком метастатического поражения костей. Более редким симптомом метастатического процесса является гиперкальциемия, выявляемая у 10-20% больных РМЖ. Клинические проявления гиперкальциемии неспецифичны, что нивелирует их диагностическую ценность.

Таким образом, клиническая картина метастатического поражения костной системы достаточно многообразна и в большинстве случаев позволяет диагностировать процесс на стадии курабельности процесса.

Практический опыт работы в онкологической клинике указывает на снижение, нередко, отсутствие вторичной онкологической настороженности у врачей общей лечебной сети, наблюдающих пациенток в 3 клинической группе. Важно обратить внимание врачей общей лечебной сети, что при наблюдении этих пациенток необходим системный, прежде всего, клинический поиск наиболее важных симптомов, среди которых ведущее место занимает боль. Именно активный целенаправленный сбор болевого анамнеза позволяет, врачу заподозрить метастатический процесс и рекомендовать больному необходимый минимум инструментальных и лабораторных методов обследования.

С учетом имеющихся сегодня научных данных, вполне обоснованным является выделение групп повышенного риска костного метастазиро-