

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, фибroadенома 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 фибroadеномами 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. Вишеков*

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-

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 35-38<sup>0</sup>С. 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 (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) 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 H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 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