

МАММОГРАФИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ И СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.Е. Комарова

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Рак молочной железы (РМЖ) остается медицинской и социальной проблемой в развитых и в развивающихся странах. Увеличение народонаселения и старение человеческой популяции может стать причиной роста онкологической заболеваемости к 2020 г. до 15 млн и смертности — до 10 млн случаев. Риск развития РМЖ у женщин нарастает с возрастом. Около 77% случаев выявляется у женщин старше 50 лет на момент установления диагноза. У женщин моложе 30 лет РМЖ встречается в 0,3% случаев. Сейчас отмечается снижение смертности от РМЖ, в связи с чем обсуждается вопрос о роли маммографии и современных методов лечения в этом процессе. Снижение показателей смертности впервые было отмечено у молодых женщин и в меньшей степени — у женщин среднего возраста, а у женщин старших возрастных групп отмечается продолжающийся рост данного показателя. Маммографический скрининг влияет на снижение показателей смертности от РМЖ в 46% случаев, а адъювантные

методы терапии (химиотерапия и тамоксифен) ответственны за снижение смертности в 54%. В США уровень смертности понизился на 19, 18, и 9% для женщин 20—49, 50—69 и 70—79 лет соответственно. За период с 1975 по 2000 г. число умерших от РМЖ в США постепенно снижалось с 45 до 38 на 100 000 женщин. В Великобритании анализ данных о заболеваемости и смертности за 30 лет после внедрения скрининга показал значительный рост выявления неинвазивной карциномы — 8,3% от всех случаев. В Нидерландах скрининг способствовал снижению распространенных форм РМЖ на 12,1% у женщин 50—69 лет за период с 1989 по 1997 г., а через 2 года — и снижению смертности в тех же пределах. В Италии 5-летняя относительная выживаемость увеличилась на 17% — с 0,71 в 1978—1982 гг. до 0,86 в 1994—1998 гг. Улучшение данного показателя наиболее очевидно у женщин 45—54 и 65—74 лет. Таким образом, маммографический скрининг снижает смертность от РМЖ в изучаемой популяции.

ТОРЕМИФЕН В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОМАСТИИ

С.К. Азатян, Н.А. Зализняк

Городской клинический ОЦ, Днепрпетровск

Стандартная тактика при узловых формах гинекомастии — хирургическое лечение. Однако есть успешный опыт применения в пролиферативной (ранней) стадии гинекомастии антиэстрогена торемифена.

В исследование включены 29 больных, отказавшихся от хирургического лечения. Проведено лечение торемифеном в дозе 20 мг/сут в монорегиме в течение 2 мес у 20 больных и 4 мес — у 9. Полная редукция болевого синдрома отмечена у 24 (83%) больных, частичная — у 4 (10%). Рентгенологически у 19 (65,5%) пациентов достигнут полный регресс новообразования, у 6 (21%) — частичный регресс (от 25 до 50%).

У 9 (31%) больных через 2 мес лечения клинически отмечалась удовлетворительная регрессия новообразования (50—70%) при отсутствии болевого синдрома, лечение было продлено до 4 мес, благодаря чему у трех больных из этой группы был достигнут полный регресс. Побочных эффектов при лечении больных торемифеном не наблюдалось, либидо не страдало.

Торемифен показал высокую эффективность при консервативном лечении пролиферирующей стадии гинекомастии и может применяться при отказе пациента от хирургического лечения либо при наличии противопоказаний к операции.