

было выполнено 2–4 курса неоадьювантной химиотерапии по схеме CMF или CAF. Объем операции соответствовал радикальной мастэктомии или радикальной резекции молочной железы. В послеоперационном периоде по показаниям части больных проводилась адьювантная химиотерапия по стандартной схеме CMF, дистанционная гамма-терапия на зоны регионарного лимфооттока в стандартном режиме. Больным в постменопаузе назначалась антиэстрогенная терапия тамоксифеном. Сроки наблюдения за больными составили 5–10 лет. Гистологическому исследованию подвергался операционный материал. Изучалась ткань первичных опухолевых узлов и все аксиллярные лимфатические узлы. В инфильтративном компоненте выделяли трабекулярные, тубулярные, микроальвеолярные, солидные структуры и дискретные группы клеток. Представительство микроальвеолярных структур в инфильтративном компоненте оценивалось по трехбалльной системе, где 1 баллом обозначались случаи с наличием микроальвеолярных структур до 10 %, 2 баллами – 50 % микроальвеолярных структур, 3 баллами > 75 %.

Обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты. Только у менопаузальных больных частота лимфогенного метастазирования зависела от наличия и количества микроальвеолярных структур. Причем этот феномен не зависел от проведенной химиотерапии. В этой группе пациенток лимфогенные метастазы чаще обнаруживались при наличии в инфильтративном компоненте микроальвеолярных структур (соответственно: 65 % и 10 %; $\chi^2=17,4$; $p=0,00003$). Кроме этого, лимфогенные метастазы чаще обнаруживались при умеренном или большом числе микроальвеолярных структур в инфильтративном компоненте. При отсутствии микроальвеолярных структур лимфогенные метастазы выявлялись у 5 % больных; при наличии до 10 % микроальвеолярных структур от общего числа инфильтративного компонента – у 31 % больных; при наличии 50 % микроальвеолярных структур – у 82 %; при наличии 75 % микроальвеолярных структур – у 100 % ($\chi^2=31,4$; $p=0,000001$). У пациенток с сохраненной менструальной функцией подобная зависимость отсутствовала.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить разный патогенез лимфогенного метастазирования у больных с разным состоянием менструальной функции.

ВЛИЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ФАКТОРОВ НА РИСК РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Д. ПЕТРОВА, Т.В. СИНКИНА, С.А. ТЕРЕХОВА, А.Ф. ЛАЗАРЕВ

Алтайский филиал ГУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН», г. Барнаул

Профилактика злокачественных новообразований (ЗН) молочной железы является одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Мероприятия по профилактике ЗН молочной железы в первую очередь направлены на выявление и учет факторов риска их возникновения. Высокая частота встречаемости доброкачественной патологии молочной железы, подлежащей хирургическому лечению, обуславливает интерес к факторам риска, которые,

при наличии в анамнезе фактора операции на молочной железе, могут способствовать возникновению ЗН в дальнейшем.

Цель исследования – оценка влияния репродуктивных факторов на риск развития ЗН молочной железы у женщин, перенесших оперативное вмешательство по поводу доброкачественной патологии молочной железы.

Материал и методы. Влияние репродуктивных факторов было оценено в рамках эпи-

демиологического исследования по прогнозированию возникновения ЗН молочной железы, которое было проведено на основе многофакторного анализа у пациенток, ранее хирургически пролеченных по поводу узловых форм фиброзно-кистозной болезни. 505 пациенток были обследованы и опрошены по специально разработанной анкете, отражающей социально-гигиенические, медико-биологические факторы и лабораторные методы диагностики. По возрасту пациентки были разделены на 3 возрастные группы: до 39 лет – 144 женщины; 40–59 лет – 293 женщины; 60 лет и старше – 68 пациенток. Из представленных в анкете 300 факторов, нами были проанализированы с оценкой показателей относительного риска репродуктивные факторы (количество родов, аборт, хронические воспалительные заболевания гениталий, гиперпластические процессы, способ контрацепции, ранние и поздние роды, начало менструации и возраст наступления менопаузы и т.д.).

Результаты. У женщин с предшествующим оперативным вмешательством на молочной железе по поводу доброкачественной патологии

относительный риск рака данной локализации статистически значимо ($p < 0,05$) выше при наличии следующих репродуктивных факторов: ранняя менопауза (в 40–45 лет) – относительный риск (ОР) 1,83, 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,13–2,96; наличие гиперпластических процессов – ОР 1,62, 95 % ДИ 1,02–2,56; начало менструации после 15 лет – ОР 2,39, 95 % ДИ 1,27–4,50; поздние роды после 35 лет – ОР 2,47, 95 % ДИ 1,03–5,88.

Выводы. Учитывая полученные результаты, при проведении мероприятий по раннему выявлению и профилактике рака молочной железы в группе женщин, ранее хирургически пролеченных по поводу узловых форм фиброзно-кистозной мастопатии, необходимо учитывать репродуктивные факторы. При формировании групп риска данной онкопатологии, учитывая наличие у пациенток в анамнезе оперативных вмешательств на молочной железе, в комплексной оценке факторов риска необходимо предусматривать в том числе и нарушения со стороны репродуктивной системы.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ СМЕРТНОСТЬЮ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.Ф. ПИСАРЕВА, И.Н. ОДИНЦОВА, В.Д. ГОЛЬДИН

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Социально-экономическое значение злокачественных новообразований молочной железы обусловлено не только тем, что среди причин смерти женского населения они занимают одно из ведущих мест, но и тем, что они являются причинами определенного экономического ущерба. Экономические потери от злокачественных новообразований складываются из двух компонентов: прямые затраты на профилактику, лечение, реабилитацию, страхование и социальное обеспечение больных, на научные исследования и медицинское обследование (примерно 20 % общих затрат); косвенные издержки, измеряемые «непроизведенным продуктом» в связи с потерей трудоспособности

(5 %) или преждевременной смертью больного (75 %) в трудоспособном и детском возрастах (Аксель Е.М., Герасименко В.Н., Двойрин В.В., 1990).

Оценка косвенного социально-экономического ущерба от злокачественных новообразований молочной железы в Томской области проведена согласно методике, предложенной В.В. Двойриным и Е.М. Акселем (1984), которая основана на сопоставлении двух таблиц дожития, из которых одна рассчитана при обычных условиях, а вторая (гипотетическая) – при допущении, что данную форму опухоли удалось полностью или частично устранить, оставив неизменными уровни смертности от всех при-