

торов, в то время как во втором они были низкими или отрицательными. Совершенно ясно, что при мультицентрическом раке молочной железы исследовать рецепторный статус необходимо в каждом из узлов опухоли.

Исследована эффективность различных методов диагностики мультицентрического рака молочной железы. Наиболее значимыми оказались: сцинтимаммография — диагностическая чувствительность составила 94.6%, специфичность — 89.2% и точность — 90.0%. рентгеномаммография — чувствительность 92.5%, специфичность — 88.9%, точность — 91.2% и ультразвуковая компьютерная томография — чувствительность 83.6%, специфичность — 86.9%, точность — 79.9%.

Только хирургическое лечение получили 134 больные (34.9%), комбинированное 182 (47.5%) и комплексное 67 больных (17.5%). 10 больным (2.6%) выполнены органосохраняющие операции. Все больные после органосохраняющих операций получили адъювантную лучевую терапию. Общая 5-летняя выживаемость составила 67.2+4.2%, а безрецидивная выживаемость — 62.9+5.0%.

5-летняя выживаемость при T1-2N0 составила 94.8+1.8%, при T1-2N1 — 78.0+2.9%, T1-2N2 — 54.8+11.3%, T3-4N1 — 66.2+2.5%, T3-4N2 — 39.7+3.6%. 5-летняя выживаемость при K1 составила 100%, при K2 — 87.6+5.5%, при K3 — 46.8+5.6% и при K4 — 30.2+9.3%. Закономерно, что с увеличением стадии процесса и значений индекса "K" показатели выживаемости снижаются. Различия в группах высокодостоверны ($p < 0.01$), следовательно, индекс "K", наряду со стадией по TNM, можно рассматривать, как важный фактор прогноза при мультицентрическом раке молочной железы.

При исследовании влияния на прогноз вида операции мы не стратифицировали группы по стадиям, учитывая тот факт, что радикальные мастэктомии в различных модификациях выполнялись приблизительно равномерно во всех группах больных.

Лишь при сравнении отдаленных результатов органосохраняющих операций и мастэктомий, мы рассмотрели группу с первой стадией отдельно, так как органосохраняющие операции были выполнены только больным с первой стадией. Общая и безрецидивная выживаемость в группе больных, которым были выполнены органосохраняющие операции, практически не отличалась от выживаемости больных, которым были выполнены мастэктомии.

Имея в виду данные литературы о большей частоте местных рецидивов после органосохраняющих операций, мы провели анализ выживаемости без местных рецидивов в зависимости от вида операции. Мы не обнаружили достоверных различий в выживаемости без местного рецидива при различных видах хирургического вмешательства. Следовательно, можно сделать вывод о том, что при мультицентрическом раке молочной железы возможно выполнение органосберегающих операций со строгим соблюдением показаний к ним: локализация опухоли в пределах одного квадранта, начальная стадия процесса (T1N0M0) по системе TNM и по значению индекса "K" ($K < 0.1\%$).

Анализ прогностической значимости рецепторного статуса опухоли показал, что и общая и безрецидивная выживаемость выше в группе больных с рецептороположительными опухолями. Однако, показатели выживаемости в группе больных с рецепторотрицательными опухолями, получавшими гормональное лечение, практически совпадают с показателями выживаемости в группе с рецептороположительными опухолями, не получавшими гормонотерапии.

Многофакторный анализ прогноза при мультицентрическом раке молочной железы позволяет предсказать летальный исход в первые 5 лет после лечения с вероятностью 83.6%, а вероятность пережить 5-летний срок — 89.9%, возврат заболевания в течение 5 лет с вероятностью 86.8%, его отсутствие в этот период — с вероятностью 82.9%.

Время выполнения оперативного вмешательства у больных раком молочной железы

В.В. РОДИОНОВ¹, Г.А. НОВИКОВ², КУЛИКОВ Е.П.³, СЕМЕНОВ В.Д.¹, СУЕТИН А.В.¹
Ульяновский областной клинический онкологический диспансер¹,
Московский НИИ онкологии им. П.А.Герцена²,
Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова³

Молочные железы являются частью репродуктивной системы, гормонозависимым органом, мишенью для действия половых гормонов, гормонов гипофиза и других гормонов, продуцируемых железами внутренней секреции. Уровень гормонов в крови зависит не только от того, сохранена менструальная функция у пациентки или она находится в менопаузе. В течение самого менструального цикла отмечается фазовое колебание концентрации половых гормонов. Поэтому можно было бы предположить, что фазы менструального цикла могут оказать влияние на результаты лечения больных раком молочной железы.

Мы изучили влияние менструального цикла на результаты хирургического лечения 181 больной раком молочной железы, проходивших лечение в Ульяновском областном онкологическом диспансере. Все больные имели регулярный менструальный цикл, продолжительность которого колебалась от 24 до 30 дней, средняя величина составила 28,3 дня (28,1+28,5). Момент овуляции гипотетически совпадал с серединой цикла. День цикла, приходившийся на момент операции, высчитывался по дате начала последней перед операцией менструации.

С помощью статистической компьютерной программы Stat-Soft Statistica 6.0 мы выделили две группы больных, оперированных в разные периоды менструального цикла, в показателях выживаемости между которыми были получены наибольшие статистические различия. Первую группу больных составили 68 пациенток, оперированные с 11 по 21 дни менструального цикла. Во вторую группу вошло большее число пациенток ($n=113$); им оперативное вмешательство было выполнено с 22 по 10 дни менструального цикла. Группы оказались однородными по возрасту, стадии опу-

холевого процесса, статусу регионарных лимфатических узлов. Показатели общей и безрецидивной выживаемости рассчитывались с помощью графического метода. Сравнение полученных кривых выживаемости различных групп больных осуществлено с помощью логрангового критерия. Кроме того, рассчитывались показатели трех- и пятилетней выживаемости.

Как показали графические данные, имелись достоверные различия в показателях общей выживаемости между группами пациенток, которым оперативное вмешательство было выполнено с 11 по 21 и с 22 по 10 дни менструального цикла ($p=0,0001$). Данный факт подтвердили показатели 3-х и 5-ти летней выживаемости, которые в первой группе оказались на порядок выше, чем во второй — 84,6% против 67,0% ($p=0,003$) и 57,1% против 34,8% ($p=0,002$) соответственно. Различия в показателях безрецидивной выживаемости между группами больных оказались еще более очевидными. В группе пациенток, оперированных с 11 по 21 дни менструального цикла, безрецидивная 3-х и 5-ти летняя выживаемость составила 68,2% и 53,6% соответственно. В то время как, в группе больных, которым оперативное вмешательство выполнялось с 23 по 10 дни, эти показатели составили 43,3% и 23,7% соответственно ($p<0,001$).

Следующим этапом мы проанализировали показатели выживаемости в группах в зависимости от метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. Для пациенток с N0, различия в общей и безрецидивной выживаемости между группами оказались статистически недостоверными. При сравнении выживаемости больных РМЖ с метастазами в регионарные лимфатические узлы различия между группами оказались более, чем очевидны-

ми. На основании кривых Каплана-Майера общая выживаемость в группе пациенток, оперированных с 11 по 21 дни менструального цикла, оказалась на порядок выше по сравнению с группой больных, которым оперативное вмешательство выполнялось с 22 по 10 дни ($p=0,00008$). Данную тенденцию полностью подтверждают показатели общей 3-х и 5-ти летней выживаемости — 74,1% и 59,1%, 52,9% и 29% соответственно. Причем если различия в трехлетней выживаемости между группами носят статистически значимый характер ($p=0,025$), то различия в пятилетней выживаемости оказались высоко достоверными ($p<0,001$).

Различия между группами оказались еще более существенными при анализе безрецидивной выживаемости. Показатели 3-х летней безрецидивной выживаемости были в 2 раза выше в группе пациенток, оперированных с 11 по 21 дни менструального цикла в сравнении с больными, которым хирургическое вмешательство выполнялось с 22 по 10 дни — 59,5% против 31,3%. Различия в 5-ти летней безрецидивной выживаемости выглядели ещё более демонстративно. У половины больных из первой группы в течение 5-летнего срока развивался рецидив заболевания. В то время как во второй группе число таких пациентов не достигало 15% ($p<0,001$).

Мы применили регрессионную модель Кокса пропорционального риска для проверки независимых влияний ряда клинических факторов на показатели общей и безрецидивной выживаемости. В качестве переменных были использованы следующие параметры: возраст пациентки; день менструального цикла, на момент выполнения оперативного вмешательства; стадия опухолевого процесса; размер первичного опухолевого очага; статус регионарных лимфатических узлов; факт проведения лучевой и лекарственной

терапии в лечении первичной опухоли. Построенная модель была достоверна как по общей ($p=0,00001$), так и по безрецидивной ($p<0,000001$) выживаемости. Коэффициенты регрессии оценивались на основе критерия максимального правдоподобия модели. Анализ данных показал, что значимыми параметрами в многофакторном анализе для общей выживаемости являются — возраст больной ($p=0,027$) и день менструального цикла на момент выполнения хирургического вмешательства ($p=0,0001$). Для безрецидивной выживаемости эти же параметры сохранили прогностическое значение только с большей степенью достоверности ($p=0,0009$ и $p=0,00008$ соответственно). Кроме того, в разряд статистически значимых дополнительно вошел такой показатель, как метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов ($p=0,040$).

Таким образом, период менструального цикла на момент выполнения оперативного вмешательства оказывает существенное влияние на результаты лечения больных раком молочной железы. Наиболее благоприятный период для выполнения операции приходится на 22-10 дни менструального цикла. Влияние периода менструального цикла на результаты хирургического лечения больных раком молочной железы зависит от статуса регионарных лимфатических узлов. У больных без метастазов в регионарные лимфоузлы менструальный цикл практически не оказывает влияния на результаты выживаемости. В то время как у пациенток с метастатическим поражением лимфатических узлов показатели общей и особенно безрецидивной выживаемости во многом зависят от периода менструального цикла в течение которого выполняется хирургическое вмешательство.

Организация ранней диагностики злокачественных новообразований органов репродукции у женщин г.Казани

САДЫКОВ М.Н. МАВЛЮТОВА З.В. ГАБИТОВ Н.А.
МУЗ «Городской онкологический диспансер»

Заболеваемость женщин города Казани постоянно выше, чем у сельских жительниц. Причем существует тенденция постоянного роста заболеваемости.

Показатели работы централизованной цитологической лаборатории за 5 лет.

	ОБЩЕЕ КОЛ-ВО	КОЛ-ВО ПАТОЛОГИИ (Д1, Д2, ВОСП.)	ДИСПЛАЗИЯ 3 СТ.	ПОДОЗРЕНИЯ	СА
2000 г.	153.963	40.855	254	79	24
2001 г.	141.655	38.598	421	64	27
2002 г.	121.551	40.149	587	85	14
2003 г.	113.511	37.889	203	110	15
2004 г.	109.887	36.010	214	61	10

Так заболеваемость на 100.000 женского населения с 1993 по 2000г. выросла: по раку шейки матки с 13,6 до 19,5, раку тела матки с 13,5 до 19,9, раку яичника с 14,5 до 18,9

В связи с этим, с целью раннего выявления и своевременного лечения предраковых заболеваний и рака гениталий онкологической службой города в 1999 году была разработана програм-

Заболеваемость раком органов репродукции у женщин г.Казани за 5 лет (на 100.000 жен. населения).

ЛОКАЛИЗАЦИЯ	2000	2001	2002	2003	2004	РТ
ШЕЙКА МАТКИ	19,5	15,7	15,3	16,4	18,4	15,2
ТЕЛО МАТКИ	19,9	17,8	19,2	23,5	22,2	14,9
ЯИЧНИКИ	18,9	19,0	16,1	17,4	16,2	13,9

ма вторичной профилактики рака гениталий и внедрен в работу женских консультаций и поликлиник бланк профилактического

Запущенность ЗНО гениталий за 2000-2004г. (в %)

ЛОКАЛИЗАЦИЯ	2000	2001	2002	2003	2004	РТ
ШЕЙКА МАТКИ	18,3	17,2	21,1	27,8	19,1	21,7
ТЕЛО МАТКИ	3,4	3,8	4,4	3,6	5,3	8,5
ЯИЧНИКИ	17,1	14,3	12,6	14,6	14,4	18,1
Запущенность стабильно ниже, чем в РТ и РФ						

осмотра — 1 этапа, который позволяет выделить группу риска для углубленного обследования на 2 этапе.

Для контроля проводимых мероприятий, а также для консультации выявленных больных, к каждой женской консультации и поликлинике прикреплен куратор из врачей онкологов, разосланы методические рекомендации, ежегодно проводятся семинары с врачами женских консультаций и акушерками смотровых кабинетов по ранней диагностике рака органов репродукции.

Особенностью предлагаемого метода обследования 1 этапа является осмотр женских половых органов, взятие мазка на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала с неизменной «на глаз» шейки с начала половой жизни, а также формирование группы риска по раку шейки матки, яичников, тела матки, и молочной железы.

На 2 этапе для установления фактора риска по показаниям производятся: УЗИ молочных желез, малого таза, кольпоскопия, биопсия, обследование на онкомаркеры: СА-125, ХГЧ, аспирационная биопсия, либо диагностическое выскабливание, гистероскопия, PCR диагностика на ВИЧ-16-18 и другие.

Некоторые из этих обследований проводятся за счет средств женщины.

После установления фактора риска куратор совместно с врачом женской консультации составляет план активных профилактических и лечебных мероприятий.