

чин. В расчетах социально-экономического ущерба смертности от РМЖ женского населения Томской области использованы официальные данные Госкомстата о повозрастной численности населения области, абсолютных числах умерших от рака молочной железы (РМЖ) и от всех причин, об объемах и динамике производства валового регионального продукта, о численности экономически активного населения за период 1999–2006 гг.

Устранение РМЖ как причины смерти женского населения Томской области увеличило бы среднюю продолжительность жизни новорожденной девочки на 0,52 года для родившихся в 2000 г. (по РФ – 0,35), на 0,73 года – для родившихся в 2006 г. У женщин Томской области количество потерянных жизней в трудоспособном возрасте от смертности от всех причин колебалось от 14 927,3 до 17 221,3 человеко-лет, при устранении смерти от РМЖ этот показатель снизился бы на 590,6 – в 2000 г. и на 496,3 человеко-лет – в 2006 г. Среднее количество лет жизни, не дожитых умершими в трудоспособном возрасте, составляло от 12,58 года в 2000 г. до 11,64 года – в 2006 г.

Важным для характеристики социально-экономических потерь является показатель сокращения человеко-лет жизни населения в связи со смертностью от злокачественных новообразований (утраченный жизненный потенциал). По причине смерти от РМЖ женщины Томской области не дожили в 2000 г. – 5 432, в 2006 г. – 5 837 человеко-лет. Утраченный жизненный потенциал в трудоспособном возрасте составил соответственно 680 и 577 человеко-лет.

Экономические потери, связанные с преждевременной смертью, определяются размером национального дохода, который могли бы произвести умершие лица до достижения ими пенсионного возраста, т.е. за предстоящий трудовой период. Условные экономические потери общества за счет смертей от РМЖ по области составили в 2000 г. – 9.852.034, в 2006 г. – 44.451.510 рублей (чистые потери).

Таким образом, мероприятия, направленные на профилактику и раннюю диагностику рака молочной железы, позволят своевременно лечить данное заболевание, что, несомненно, снизит потери населения в трудоспособном возрасте и уменьшит экономический ущерб.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАННЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ФАКТОР ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА?

А.Б. ПОРОШЕНКО, Ю.А. ГЕВОРКЯН, Н.В. СОЛДАТКИНА, А.В. ДАШКОВ, Д.А. ХАРАГЕЗОВ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»

Цель исследования – изучить особенности отдаленных результатов органосохраняющего лечения ранних стадий рака правой и левой молочной железы.

Материал и методы. Проанализированы 75 случаев органосохраняющего лечения рака молочной железы ($T_1N_0M_0$ – 45, $T_1N_1M_0$ – 5, $T_2N_0M_0$ – 21, $T_2N_1M_0$ – 4), включая 27 случаев заболевания до 50 лет (36 %). У 30 пациенток опухоль располагалась в наружных квадрантах левой (L-РМЖ), у 45 – в правой молочной железе (R-РМЖ). Превалировал инфильтрирующий протоковый рак – 51 (68 %). 43 пациенткам была выполнена расширенная секторальная резекция

молочной железы с последующей дистанционной гамма-терапией на молочную железу и пути лимфооттока до суммарной очаговой дозы 40 Гр (43 пациентки) и полихимиотерапией (20 пациенток). 32 пациенткам была выполнена расширенная секторальная резекция молочной железы с диссекцией подмышечных лимфатических узлов всех трех этапов лимфогенного метастазирования с последующей дистанционной гамма-терапией (32 пациентки) и полихимиотерапией ($T_{1-2}N_1M_0$ – 9, $T_{1-2}N_0M_0$ – 9 случаев).

Результаты. Метастазы в регионарных лимфатических узлах (Mts+) выявлены в 5 (11,1 %) случаях L-РМЖ (M: 9,0_{LQ}-9,0-13,0_{UQ}),

генерализация в 2 (4,4 %) случаях L-PMЖ, локо-регионарные рецидивы (LR+) (M: 22,0_{LO}-45,0-48,0_{UQ}) в 6 (20 %) случаях R-PMЖ, в 1 (2,2 %) случае L-PMЖ. Лог-линейный анализ взаимодействий «Сторона»*«Группа»*«Mts(±)»*«LR(±)» показывает, что в упрощенной модели (при отсеивании по уровням $p(1) > 0,100$; $p(2) < 0,05$; $\chi^2 = 8,3995$; $df = 9$; $p = 0,4945$) в качестве определяющих остаются следующие взаимодействия: «Сторона»*«Mts(±)», «Сторона»*«LR(±)»,

«LR(±)»*«Mts(±)». Замена фактора «Группа» на «CMF±» не меняет структуры модели.

Выводы. Опухоли, расположенные в левой молочной железе, имеют тенденцию к регионарному и отдаленному метастазированию, в правой железе – к локо-регионарному рецидивированию. Представленные результаты указывают на возможность разработки дифференцированных схем лечения раннего рака молочной железы, с учетом стороны расположения опухоли.

СКРИНИНГ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**А.М. СДВИЖКОВ, В.И. БОРИСОВ, И.Д. ВАСИЛЬЕВА, В.В. ЕВТЯГИН,
Т.Д. КРОПАЧЕВА, И.П. СВИЧКАРЬ**

Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

В стратегии борьбы с раком молочной железы (PMЖ) нет альтернативы вторичной профилактике, то есть скринингу, под которым подразумевается массовое периодическое обследование здорового населения с целью выявления скрыто протекающего онкологического заболевания. В настоящее время для ранней диагностики доклинических форм PMЖ применяется рентгеномаммография. Маммографический скрининг позволяет уменьшить смертность от PMЖ на 30 % через 5–7 лет от начала скрининга и на 20 % через 15–20 лет (Семиглазов В.Ф. и др., 2001; Tabar L., Chen H., 1997). В Москве маммографический скрининг проводится с 2004 г., число маммографических кабинетов в 2007 г. возросло до 97. Маммографический скрининг проводится женщинам 40–60 лет с интервалом 1 раз в два года. Маммографический скрининг состоит из трех звеньев. Первое – городская поликлиника, которая организует проведение скрининга среди женского населения на закрепленной территории, формирует активный вызов и направление на обследование, а также проводит учет результатов скрининга. В каждой поликлинике составлены списки женщин 40–60 лет, проживающих на закрепленной территории, которые ежегодно корректируются. Второе – маммографический кабинет, в котором обследуются пациентки из нескольких прикрепленных поликлиник,

каждой женщине выполняется маммография в стандартной косой проекции. Если у женщины не выявляется патология, то ей выдается об этом письменное заключение и рекомендуется пройти очередное маммографическое обследование через два года. В случае выявления на маммограммах патологических изменений больная направляется на третье звено скрининга – окружное маммологическое отделение для проведения уточняющей диагностики. При выявлении PMЖ или доброкачественного узлового образования больная направляется для лечения в онкологическое учреждение. В Москве в 2004–2007 гг. маммографический скрининг проведен у 1328570 женщин. У 3311 (0,2 % от всех обследованных) выявлен PMЖ. Из них: 0 стадия (рак in situ) – у 36 (1,1 %), I стадия – у 1143 (34,5 %), II стадия – у 1868 (56,4 %), III стадия – у 264 (8,0 %). У 35283 (2,7 %) выявлены доброкачественные узловые образования. В результате скрининга в Москве прослеживается тенденция к стабилизации показателей смертности от PMЖ: в 2005 г. – 44,2 на 100 тыс. женского населения, в 2007 г. – 44,0 соответственно. Больные в возрасте 40–60 лет составляют 43,2 % от всех больных PMЖ, а в возрасте 60–69 лет – 24,6 %. Поэтому планируется расширение границ скрининга до 69 лет.