

работку проводили с использованием программы "Microsoft Excel 2002".

Исследование средних показателей поглощения радиоактивного I^{131} тканью щитовидной железы у больных РМЖ (1 группа), гормональными гиперплазиями молочной железы (2 группа), а также у здоровых женщин (3 группа) показало, что процент накопления изотопа в щитовидной железе у больных был ниже, чем у здоровых женщин. Особенно существенна эта разница у больных РМЖ. У этой категории больных количество накоплений изотопа через 2, 4, 24 и 48 часов соответственно составило: 7,11±3,04, 10,79±3,97, 21,85±9,10, 21,05±8,61%, против 10,51±2,56, 15,79±2,79, 29,56±3,09 и 30,52±2,58% у здоровых лиц. Полученные данные свидетельствуют о снижении поглотительной способности ткани щитовидной железы у больных РМЖ.

Показатели органической фазы йодного обмена дали возможность оценить функциональное состояние щитовидной железы. При этом гипофункция её отмечена у 52,63±11,40% больных гормональными гиперплазиями, у 62,50±6,50% РМЖ и 16,0±7,30% здоровых женщин, гиперфункция – соответственно у 15,78±8,40, 12,50±4,40 и у 24,0±8,50%, т.е. гипофункция в 4-5 раз чаще наблюдалась у больных женщин.

Эутиреоидное состояние щитовидной железы значительно чаще регистрировалось среди здоровых женщин: 60,0±9,70% против больных гормональными гиперплазиями (31,59±10,6%) и РМЖ (25,0±8,0%). Всё это свидетельствует о том, что угнетение функциональной активности щитовидной железы чаще наблюдается у больных с опухолями молочной железы.

Наши исследования показали прямую взаимосвязь между стадиями опухолевого процесса и функциональным состоянием щитовидной железы, т.е. по мере прогрессии опухоли частота возникновения гипофункции щитовидной железы параллельно повышалась и при стадиях T1-2N0M0, T1-2N1M0, T1-3N2M0 соответственно составила 27,20±13,40, 69,20±8,90, 92,30±7,50%.

Таким образом, у больных с местнораспространённым и генерализованными формами РМЖ наблюдается глубокое угнетение функционального состояния щитовидной железы, этот факт необходимо учитывать при выработке плана лечения больных.

При угнетении функциональной активности щитовидной железы показатели выживаемости ухудшаются в 2 раза. Так 5-летняя выживаемость больных РМЖ при гипо-, гиперфункции и эутиреоидном состоянии щитовидной железы соответственно составила: 25,0±6,20, 50,0±13,30 и 65,21±9,90%.

Угнетение функциональной активности щитовидной железы усиливает процесс метастазирования опухоли. Частота регионарных и отда-

лённых метастазов РМЖ при эутиреоидном состоянии, гипо- и гиперфункции щитовидной железы соответственно составила 60,87±10,0, 95,84±3,0 и 64,28±12,0%, т.е. угнетение функциональной активности щитовидной железы усиливает процесс метастазирования опухоли.

Таким образом, при гипофункции щитовидной железы, прогноз РМЖ в 2-3 раза хуже, чем при эутиреоидном и гиперфункциональном состоянии. Гипофункция щитовидной железы отрицательно влияет на прогноз РМЖ и обусловлена темпами роста, клинико-анатомическими формами опухоли, а также состоянием зон регионарного лимфооттока щитовидной железы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Верещагина Г.В. Функциональное состояние щитовидной железы у онкологических больных // Вопросы онкологии. – 1980. – №8. – С.76-79.
2. Cuzich J. Thiroid disease and breast cancer // Zancet, 1981. – №8215, P.-326.
3. Singh L., c.a. Thiroid in breast cancer //Asian Med. J. 1982. V.25, P. 14-18.
4. Акимов Р.Н. Функциональное состояние щитовидной железы с различными нейроэндокринными нарушениями в анамнезе // Канцерогенез, методы диагностики и лечения опухолей – Киев, 1971. – С. 5-6.

ФАКТОРЫ РИСКА, СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Добренький М.Н., Добренькая Е.М.
ГОУ ВПО Астраханская государственная
медицинская академия
Астрахань, Россия

Рак молочной железы (РМЖ) занимает сегодня одно из первых мест в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований у женщин. За последние 20 лет заболеваемость РМЖ в России возросла на 64%. Каждая 9-я женщина на протяжении жизни заболевает РМЖ. Так, в Астраханской области ежегодно выявляется от 340 до 350 случаев РМЖ. Смертность по области составляет половину от выявленных случаев (157 женщин в год). Высокая смертность обусловлена в первую очередь большим процентом запущенности заболевания. Запущенность (выявление РМЖ в III и IV стадиях) по области составляет более 50%.

Анализ сегодняшних возможностей первичной и вторичной профилактики РМЖ показывает перспективность разработки и внедрения в клиническую практику новых современных профилактических технологий, которые в условиях Астраханского региона позволили нам остановить рост заболеваемости, повысить раннюю вы-

являемость и существенно снизить смертность от РМЖ. Наиболее перспективными из них, на наш взгляд, являются:

- Формирование групп повышенного риска развития sporadического РМЖ
- Открытие сети маммографических, маммологических кабинетов и центров.
- Формирование региональной программы скрининга заболеваемости РМЖ.
- Пропаганда эффективности ранней диагностики РМЖ как среди врачей общей лечебной сети, так и среди женского населения.

Среди множества разнообразных факторов риска РМЖ особенно необходимо выделить три группы: низкие, средние, высокие.

К низким факторам риска (превышают таковые в популяции в 1 – 2 раза) относятся: использование оральных контрацептивов, заместительная гормонотерапия, прерывание первой беременности, диета, богатая жирами.

К средним факторам риска (превышают таковые в популяции в 2 - 3 раза) относятся: раннее начало менструаций, позднее начало менопаузы, бесплодие и поздние (после 30 лет) роды, высокий социально-экономический статус, наличие первичного рака яичников, эндометрия, прямой кишки, пролиферативные заболевания молочных желез без атипии, частое употребление алкоголя, ожирение (для женщин постменопаузального возраста).

К высоким факторам риска (превышают таковые в популяции в 4 и более раза) относятся: возраст старше 50 лет, персональный анамнез первичного рака молочной железы, семейный анамнез (РМЖ в первой линии родства), атипические пролиферативные заболевания молочной железы, ионизирующее излучение, мутации BRCA-1 и BRCA-2 генах.

Особый интерес онкологов, как и врачей общей лечебной сети, должен проявляться к многочисленной группе пациенток с фиброзно-кистозной болезнью (ФКБ) и доброкачественными опухолями молочной железы на фоне которых частота возникновения РМЖ в 25 – 30 раз выше, чем в общей популяции. Каждая женщина с мастопатией требует самого пристального внимания, комплексного клинического и лабораторного обследования. Основная тактика их лечения должна основываться на патогенетических механизмах развития данного заболевания и заключаться в коррекции гормонального баланса. Необходимо исключить детский возраст, как источник пополнения группы риска развития мастопатии, разработать щадящие схемы применения гормонов в эмбриональный и прегубертатный периоды развития детей, когда особенно велика опасность нарушений формирования нейроэндокринной системы и органов мишеней. Это же относится и к ряду лекарственных средств, которые прямо или опосредовано меняют гормональный баланс.

Реальный путь улучшения результатов лечения РМЖ – ранняя, а в ряде случаев доклиническая, диагностика. Диагностика РМЖ должна состоять из двух этапов: первичного и уточняющего.

К первичной диагностике относится самообследование пациенток и индивидуальный осмотр врачами различных специальностей.

Одним из ведущих методов уточняющей диагностики является рентгенологическое исследование молочных желез – маммография. В ряде случаев, при выраженных диффузных формах мастопатии, у молодых пациенток с плотными молочными железами, при наличии имплантантов, выраженных воспалительных изменениях, отеке молочной железы эффективность маммографии снижается, и в этих случаях необходимо использовать ультразвуковое исследование молочных желез.

Высокоэффективным методом диагностики является радиоизотопное исследование молочных желез (сцинтимаммография), магнитно-резонансная томография. Завершающим этапом уточняющей диагностики является морфологическое исследование (цитологическое и/или гистологическое).

Таким образом, реализация на практике указанных направлений в Астраханской области приведет к улучшению ситуации в плане профилактики, ранней диагностики и снижению смертности от РМЖ.

РАЗВИТИЕ НЕЛИНЕЙНОЙ ЛАЗЕРНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ В НОВОСИБИРСКОМ АКАДЕМГОРОДКЕ И ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В ВУЗАХ

Дубнищева Т.Я., Бетеров И.И.

Кафедра современного естествознания и наукоемких технологий,

Новосибирский государственный университет экономики и управления (НГУЭУ)

Новосибирск, Россия

Разделение отечественной науки на академическую и вузовскую породило многие искусственно созданные проблемы. Недостаточность материальной базы вузов снижает уровень научной работы, порождая разрыв науки и образования. Наиболее эффективно эта проблема решалась в «физтеховской системе». В Новосибирском Академгородке, основанном в 1957 г., уровень интеграции науки и образования изначально был очень высоким. Большинство преподавателей Новосибирского государственного университета (НГУ) были действующими учеными, сотрудниками Сибирского отделения (СО АН СССР, ныне СО РАН). Студенты НГУ проходили практику в институтах СО АН и после окончания университета продолжали в них научную работу. Сегодня эта традиция продолжается.