

переведены в детскую клиническую больницу.

Вывод. Учитывая полученные данные, можно выделить факторы, которые потенциально опасны для новорожденного развитием аспирационного синдрома. Факторы можно разделить на антенатальные и интранатальные. К антенатальным факторам относятся острые респираторные заболевания, перенесенные во время беременности, гестозы, фетоплацентарная недостаточность, гипотрофия плода, крупный плод. Интранатальные факторы - несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, длительное применение утеротонических свойств, обвитие пуповины.

Литература

1. Абрамченко, В.В. Беременность и роды высокого риска. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. 400с.
2. Сидорова, И.С., Эдокова А.Б., Макаров И.О. и др. О риске развития аспирационного синдрома у новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. - № 3. С. 13-16.
3. Хан, Дж., Кароткин Э. Отдельные случаи патологии новорожденных. Справочник калифорнийского университета / пер. с англ.; под редакцией К. Нисвайдера и А. Эванса. - М.: Практика, 1999. 704 с.
4. Абрамченко, В.В., Киселев А.Г., Орлова О.О. и др. Ведение беременности и родов высокого риска. М.: Медицинское информационное агентство, - 2004. - 400 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БАНКОВСКИХ СЛУЖАЩИХ

Волков В.Н., Лопухова А.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной онкологии, занимая ведущее место по показателям заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в женской популяции. Характерными особенностями РМЖ являются высокий темп прироста и территориальная неравномерность заболеваемости во всем мире. Именно поэтому большое значение приобретают онко-эпидемиологические исследования, проведение которых позволяет выявить факторы риска, оказывающие влияние на развития данного заболевания [1].

По итогам проекта ПРООН «Повышение уровня безопасности человека на территориях, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» в наиболее уязвимом положении находятся жительницы удалённых сельских населённых пунктов на загрязнённой территории. В рамках проекта все женщины 40-69 лет, проживающие в Брагинском и Чечерском районах, получили возможность регулярно обследоваться на рак молочной железы. На протяжении 2010-2012 годов было обследовано 2020 женщин. Патология молочных желез выявлена у 28,3%. Структура заболеваемости была представлена следующими формами: рак (0,3%), фиброаденома (3,0%), липома (1,3%), киста (3,0%), диффузная мастопатия (14,1%).

Целью исследования - выявление заболеваемости молочной железы в группе лиц, проживающих в городских условиях с низким уровнем радиационного.

Материал и методы. У 128 сотрудниц ОАО «Беларусбанк» г. Гродно в возрасте от 20 до 65 лет проводилось скрининговое ультразвуковое исследование молочных желез. Обследование проводилось по стандартной методике линейным датчиком с частотой 10 МГц на аппарате «Aloka SSD-3500».

Результаты исследования. У 31% лиц представленной группы были выявлены патологические изменения молочных желез. В 1 случае (0,8%) был диагностирован рак, подтверждённый морфологически. Остальная патология была представлена в виде фиброаденом (3,9%), липом (2,3%), кист (7,0%) и диффузной мастопатии (17,2%). В возрастной группе 40-65 лет (n=81) заболеваемость соответственно изменилась: рак (1,2%), фиброаденома (2,5%), липома (3,7%), киста (6,2%), диффузная мастопатия (19,7%).

Полученные данные свидетельствуют о неоднозначности вклада ионизирующего излучения в патогенез развития рака молочной железы. По литературным данным ионизирующая радиация служит фактором риска развития рака молочной железы преимущественно у молодых женщин. Так, заболеваемость существенно выше среди женщин, которые до 30 лет неоднократно подвергались рентгенокопии (2-3 Гр) или лучевой терапии по поводу лимфогранулематоза (свыше 36 Гр). В то же время после 30 лет облучение, по-видимому, почти не

влияет на риск заболевания [2].

Единственным «естественным» фактором риска, многократно увеличивающим заболеваемость раком молочной железы, является возраст, особенно начиная с 50 лет. Именно поэтому в странах с общенациональным маммографическим скринингом нижний возрастной пик определен в 50 лет, а верхний - в 69 лет [1].

Изучение этиопатогенеза рака молочной железы указывает, на многофакторность причин возникновения. Известно, что высокий социально-экономический уровень ассоциируется с повышенным риском заболеваний молочных желез (диета, позднее рождение первого ребёнка и т.д.). Повышается риск возникновения мастопатий и рака молочных желез под влиянием таких неблагоприятных факторов, как отсутствие беременности или поздняя первая беременность, отсутствие, короткий или очень продолжительный период грудного вскармливания ребёнка [3].

Важным вопросом теперь является относительный вклад самого скрининга в зарегистрированное уменьшение смертности. Установление связи со скринингом не является простым, так как в некоторых странах с программами скрининга снижение смертности началось до внедрения скрининга, и это уменьшение имело место также в нескринингованных возрастных группах и в странах, где национальные программы скрининга отсутствуют вовсе. Это наблюдение поднимает вопросы о потенциальном вкладе других факторов, влияющих на смертность от рака молочной железы, особенно усовершенствования лечения. Таким образом, проблемой для исследователей в этом аспекте является вычленение относительных вкладов скрининговых и нескрининговых факторов в регистрируемое снижение смертности [4].

Литература

1. Скрининг рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов, В.В. Семиглазов // Практическая онкология. – 2010. – № 2. – С. 60-65.
2. Randomized clinical trials for cancer screening: rationale and design consideration for imaging tests / W. Black // J. Clin. Oncol. – 2006. – Vol. 24. – P. 3252-3260.
3. Диагностика заболеваний молочных желез / В.Н. Серов, Т.Т. Тагиева, В.Н. Прилепская // Гинекология. – 1999. – № 2. С. 36-39.
4. Women's anxieties caused by false positives in mammography screening: a contingent valuation survey / Ide H. Yasunaga, T. Imamura T. [et al.] // Breast Cancer Res Treat. – 2007. – Vol. 8. – P. 235-244.