

УДК 618.19-003.269

DOI 10.23648/UMBJ.2018.31.17216

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Р.М. Шабаев¹, П.М. Староконь², С.А. Ходырев¹, В.И. Лисянский¹

¹Военно-медицинская организация, г. Голицыно, Россия;

²Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ, г. Москва, Россия

e-mail: kampramis@mail.ru

Цель – изучить качество жизни (КЖ) пациенток с фиброзно-кистозной мастопатией в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование КЖ пациенток, перенесших оперативное лечение по поводу фиброзно-кистозной мастопатии. Первая (основная) группа состояла из 62 пациенток: 29 чел. выполнялась лазерная вапоризация кист молочных желез под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), 33 пациенткам выполнялось склерозирование кист молочных желез 1 % раствором «Фибро-вейн» под контролем УЗИ. Вторую группу сравнения составили 20 пациенток, оперированных с помощью общепринятого периареолярного хирургического доступа. Третья группа сравнения состояла из 15 здоровых женщин. Для оценки показателей КЖ нами было проведено анкетирование пациенток с использованием русскоязычной версии опросника SF-36 через 12 мес. после операции.

Результаты. КЖ пациенток, которым было выполнено оперативное лечение с помощью периареолярного доступа, ниже по всем показателям, чем у пациенток, которым проводились малоинвазивные оперативные вмешательства. Невысокие баллы социального функционирования у пациенток группы сравнения № 2 по сравнению с основной группой и группой сравнения № 3 свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения

в связи с ухудшением эмоционального состояния. Низкие показатели психического здоровья свидетельствуют о наличии депрессивных и тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Выводы. Лечение фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента должно быть преимущественно малоинвазивным. Применение малоинвазивных технологий позволит улучшить качество жизни женщин, уменьшить инвазивность хирургических операций, избавит от риска тяжелых послеоперационных осложнений, рецидива заболевания, уменьшит риск озлокачествления. Применение малоинвазивных технологий в лечении фиброзно-кистозной мастопатии в условиях даже дневного стационара и поликлинического звена позволяет в конечном итоге восстановить функцию органа, купировать клинические проявления и повысить КЖ.

Ключевые слова: качество жизни, фиброзно-кистозная мастопатия, малоинвазивные технологии.

Введение. В настоящее время во всем мире наблюдается рост распространения рака молочной железы [1–3] и предраковых доброкачественных заболеваний молочных желез, в т.ч. диффузной фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) [4, 5].

Актуальность проблемы определяется прежде всего тем, что ранее ФКМ являлась болезнью женщин зрелого возраста. Сейчас

она значительно омолодилась и встречается даже в подростковом периоде [6]. Известно, что рак молочной железы (МЖ) развивается в 3–5 раз чаще на фоне доброкачественных образований МЖ [7, 8]. В Российской Федерации наблюдается ежегодный рост заболеваемости раком молочной железы на 3,6–16,8 %, определяется тенденция к росту доброкачественных заболеваний молочных

желез, выявленных у 75–80 % женщин репродуктивного возраста [8]. Снижение заболеваемости дисгормональной дисплазией МЖ – путь к снижению частоты рака МЖ, лидера онкологической заболеваемости и смертности пациенток [9, 10]. Мастопатия с клиническими проявлениями оценивается как заболевание молочных желез, влекущее за собой снижение качества жизни (КЖ). Исследование качества жизни пациенток с раком молочных желез и фиброзно-кистозной мастопатией является одним из важных аспектов лечения, напрямую влияющим на уровень психоэмоционального состояния больной [11–15].

Цель исследования. Изучить качество жизни пациенток с фиброзно-кистозной мастопатией в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В основу данной работы легли наблюдения за 97 женщинами. Все пациентки (за исключением 15 здоровых женщин контрольной группы) подбирались на основании результатов клинического, эхографического и маммографического обследований, позволивших установить диагноз «фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) с преобладанием кистозного компонента». У исследуемых пациенток был сохранен менструальный цикл. Все женщины были обследованы до и после окончания лечения по следующему алгоритму: визуальный осмотр и пальпация молочных желез с последующей оценкой клинической симптоматики; анализ анамнестических данных; маммографическое исследование; ультразвуковое исследование (УЗИ) МЖ с измерением размера кистозных образований. После операции на 3, 6, 12-м мес. проводились контрольные осмотры, пальпации МЖ с оценкой клинической симптоматики и контрольными УЗИ. До окончания исследования под наблюдением находилось 97 пациенток; 7 пациенток выбыли из нашего наблюдения, так как не явились на этапный осмотр врача. Все обследования проводились в первой половине менструального цикла.

Проведено клиническое исследование качества жизни больных, перенесших оперативное лечение. Первая (основная)

группа состояла из 62 пациенток: 29 пациенткам выполнялась лазерная вапоризация кист МЖ под контролем УЗИ, 33 чел. проводилось склерозирование кист молочных желез 1 % раствором «Фибровейн» также под контролем УЗИ.

Во вторую группу сравнения вошли 20 пациенток, которым выполнялось оперативное лечение с помощью общепринятого перiareолярного доступа.

Третью группу сравнения составили 15 женщин без патологии МЖ (группа контроля).

Не ранее чем через 12 мес. после выполненного оперативного лечения нами было проведено обследование по опросникам.

Методика оценки КЖ учитывает не только физическую составляющую здоровья, но и социальное функционирование. В целях изучения КЖ нами было проведено анкетирование пациенток с использованием русскоязычной версии опросника SF-36 (ShortForm).

В настоящее время опросник SF-36 считается золотым стандартом общих методик оценки качества жизни, так как прошел культурную и языковую адаптацию, доказана его надежность, чувствительность и валидность [16].

Опросник SF-36 содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий качества жизни [16]. Количественно оценивали следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок.

2. Ролевое физическое функционирование (Role-Physical Functioning – RP) – влияние физического состояния на повседневную деятельность.

3. Интенсивность боли (Bodilypain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

4. Общее состояния здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и

перспектив лечения.

5. Жизнеспособность или жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, наоборот, обессиленным.

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность.

7. Эмоциональное функционирование (Role-Emotional – RE) предполагает оценку степени, в которой состояние мешает выполнению работы.

8. Психологическое здоровье (Mental Health – MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги.

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1–4-я шкалы) и психический (5–8-я шкалы) [16].

Результаты и обсуждение. Анализ анамнестических данных показал, что средний возраст исследуемых пациенток составил 42 года. У 27 (27,8 %) женщин наблюдалась онкологическая наследственность: у ближайших родственниц в анамнезе имелся рак МЖ или рак женских половых органов. У 28 (28,9 %) пациенток в анамнезе были искусственные аборты. У 63 (64,9 %) женщин зафиксированы перенесенные ранее гинекологические заболевания, среди которых наиболее часто встречались эрозии шейки матки (33 (34,0 %) чел.). У 24 (24,7 %) женщин выявлены хронические воспалительные процессы придатков. Отмечена высокая частота встречаемости гиперпластических процессов гениталий у женщин данной возрастной группы; первое место занимала миома матки, которая наблюдалась у 37 (38,1 %) больных (табл. 1).

Таблица 1

Анамнестические данные пациенток

Показатель	Значение
Всего пациенток	97 чел.
Средний возраст	42 года
Отягощенный родственный анамнез (рак молочных желез)	8 чел. (8,2 %)
Отягощенный родственный анамнез (рак женских половых органов)	19 чел. (19,6 %)
Искусственные аборты (в анамнезе)	28 чел. (28,9 %)
Перенесенные гинекологические заболевания в анамнезе	63 чел. (64,9 %)
Миома матки	37 чел. (38,1 %)

Таким образом, ФКМ образуется чаще всего на преморбидном фоне. На организм женщины оказывает влияние целый ряд факторов, которые способствуют появлению патологических процессов в МЖ: гинекологические заболевания, наследственная предрасположенность, аборты. Полученные нами данные доказывают неправильность изолированного рассмотрения заболеваний МЖ и необходимость объединения в единую систему принципов обследования, лечения

женщин с заболеваниями органов репродуктивной системы.

У большинства пациенток лечение по поводу ФКМ не проводилось; 18 (18,6 %) женщин получали ранее консервативное лечение, однако оно не было систематическим (не более 2–4 мес., с кратковременным эффектом).

До лечения различные психоэмоциональные расстройства наблюдались у всех женщин. Хирургическое вмешательство оказало положительное

влияние на психоэмоциональное состояние пациенток, что выражалось в повышении активности, улучшении настроения, исчезновении чувства тревоги, нормализации сна. Все вышеназванные лечебные эффекты

были статистически значимыми и доказаны с помощью теста SF-36 (заполнение анкет проводилось перед началом лечения и через 12 мес. (рис. 1)).

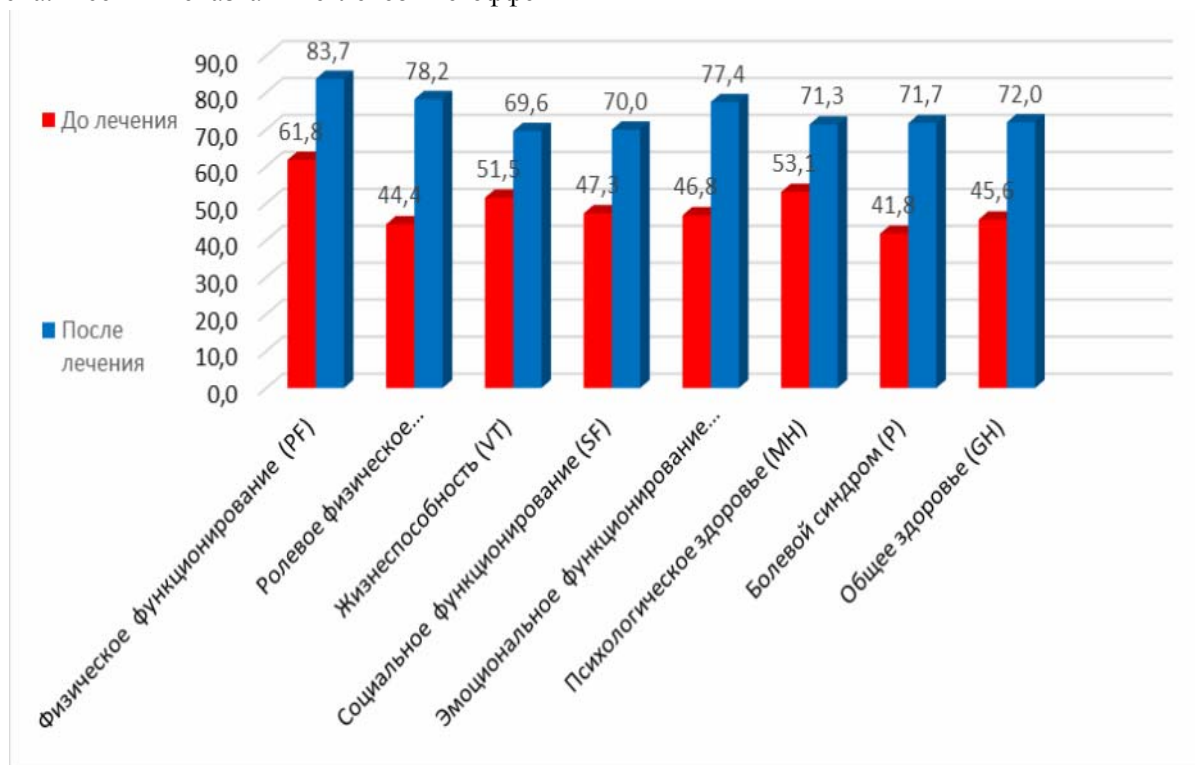


Рис. 1. Качество жизни пациенток до и после лечения

В результате исследования также выявлено, что кисты МЖ малого размера (менее 2 см) практически не имеют клинической симптоматики.

Все женщины, которым проводилось лечение кист МЖ малоинвазивным способом, смогли приступить к работе на следующий день, без оформления больничного листа, что является немаловажным преимуществом.

У 9 (45,1 %) женщин через год после хирургического лечения с помощью периареолярного доступа отмечались косметические недостатки в виде рубца периареолярной области, незначительного дефекта оперированной молочной железы, что сказывалось на результатах опроса по качеству жизни.

Данные о КЖ, полученные через год после выполнения операций, представлены в табл. 2.

Качество жизни пациенток, которым выполнялось лечение с помощью периареолярного (классического, открытого) доступа, по всем показателям уступало качеству жизни пациенток, которым проводились оперативные вмешательства малоинвазивными методиками (лазерная вапоризация и склерозирование кист молочных желез под УЗ-навигацией).

Невысокие баллы социального функционирования у пациенток группы сравнения № 2, по сравнению с основной группой и группой сравнения № 3, отражают значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения, связанные с изменением эмоционального состояния в худшую сторону. Невысокие показатели психического здоровья указывают на присутствие тревожных, депрессивных переживаний, психическое неблагополучие.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что наиболее низкие показатели качества жизни получены в группе № 2, тогда как основная группа наиболее близка к результатам контрольной группы (без патологии молочных желез) – сравнения

№ 3. Исходя из этого можно констатировать, что применение малоинвазивных методик в лечении ФКМ наносит меньший вред психоэмоциональному состоянию, качеству жизни женщин, нежели классическая, открытая операция.

Таблица 2

**Показатели качества жизни пациентов по данным теста SF-36
через год после оперативного лечения**

Шкалы теста SF-36	Основная группа	Группа сравнения № 2	Группа сравнения № 3 (норма)
Физическое функционирование (PF)	83,709	67,75	96
	p>0,05		
Ролевое физическое функционирование (RP)	78,225	68,75	91,666
	p>0,05		
Жизнеспособность (VT)	69,596	49	76
	p>0,05		
Социальное функционирование (SF)	69,959	51,875	87,5
	p<0,05		
Эмоциональное функционирование (RE)	77,420	63,336	93,334
	p<0,05		
Психологическое здоровье (MH)	71,338	51,4	78,933
	p<0,05		
Болевой синдром (P)	71,709	49,55	87,466
	p>0,05		
Общее здоровье (GH)	71,967	55,3	77,333
	p>0,05		

Заключение. Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что лечение ФКБ молочных желез с преобладанием кистозного компонента должно быть преимущественно малоинвазивным, а выбор методик должен осуществляться индивидуально.

Применение малоинвазивных технологий позволит улучшить качество жизни женщин, снизить инвазивность хирургических операций, риск озлокачествления, а также избавит от риска тяжелых

послеоперационных осложнений, рецидива заболевания.

Применение малоинвазивных технологий в лечении ФКБ молочных желез в условиях даже дневного стационара и поликлинического звена позволяет выполнять быстрое и радикальное лечение с помощью малоинвазивного доступа, что в конечном итоге приводит к улучшению функции МЖ, купированию клинических проявлений мастопатии и повышению КЖ данной категории пациенток.

Литература

1. Ströbele L., Kantelhardt E.J., Traoré Millogo T.F.D., Sarigda M., Wacker J., Grosse Frie K. Prevalence of breast-related symptoms, health care seeking behaviour and diagnostic needs among women in Burkina Faso. *BMC Public Health*. 2018; 18: 447–452.
2. Chen S.Q., Liu J.E., Zhang Z.X., Li Z. Self-acceptance and associated factors among Chinese women with breast cancer. *J. Clin. Nurs*. 2017; 10: 1111–1119.
3. Cipora E., Konieczny M., Sobieszczański J. Acceptance of illness by women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018; 25 (1): 167–171. DOI: 10.26444/aaem.75876.
4. Каприн А.Д., Рожков Н.И. Доброкачественные заболевания молочной железы. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 272.
5. Łuczyk M., Pietraszek A., Łuczyk R., Stanisławek A., Szadowska-Szlachetka Z., Charzyńska-Gula M. Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi (Illness acceptance among women who have undergone surgical treatment for a breast neoplasm). *J. Edu. Health and Sport*. 2015; 5 (9): 569–575.
6. Belmajdoub M., Jayi S. Cystic fibroadenoma detected incidentally in a patient with postpartum infectious mastitis. *The Pan African Medical Journal*. 2017; 28: 148–152. DOI: 10.11604/pamj.13491.
7. Kong Q., Mondschein S., Pereira A. Effectiveness of breast cancer screening policies in countries with medium-low incidence rates. *Europe PNC Revista de Saude Publica*. 2018; 52: 7–11.
8. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 г. (заболеваемость и смертность). М.; 2016. 250.
9. Сотникова Л.С. Мастопатия. Новые аспекты в лечении. Томск; 2011. 148.
10. Сухарева Е.А., Егорова А.Г., А.Н. Сомов. Характеристика онкоэпидемиологических факторов риска заболеваний молочных желез. *Медицинский альманах*. 2017; 6 (51): 94–98.
11. Чернявский А.А., Кочуева М.В. Мастопатии: учебно-методическое пособие. 4-е изд. Нижний Новгород; 2017. 52.
12. Mermer G., Nazli A., Ceber E., Mermer G. Social perceptions of breast cancer by women still undergoing or having completed therapy: a qualitative study. *Asian Pac. J. Cancer Prev*. 2016; 17 (2): 503–510.
13. Wojtyna E., Życińska J., Stawiarska P. The influence of cognitivebehaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Rep. Pract. Oncol. Radiother*. 2007; 12 (2): 109–117.
14. Gall T.L., Bilodeau C. «Why me?» – women’s use of spiritual causal attributions in making sense of breast cancer. *Psychol. Health*. 2017; 32: 709–727. DOI: 10.1080/08870446.1293270.
15. Buki L.P., Reich M., Lehardy E.N. «Our organs have a purpose»: body image acceptance in Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2017; 25: 1337–1342. DOI: 10.1002/pon.4270.
16. Староконь П.М., Шапкина М.К. Исследование качества жизни у больных с абдоминальными спайками: учебно-методическое пособие. Саратов: СарВМедИ; 2008. 80.

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH FIBROCYSTIC MASTOPATHY DURING A LONG-TERM POST-OPERATIONAL PERIOD

R.M. Shabaev¹, P.M. Starokon², S.A. Khodyrev¹, V.I. Lisyanskiy¹

¹Military Medical Organization, Golitsyno, Russia;

²Branch of S.M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defence of the Russian Federation,
Moscow, Russia

e-mail: kampramis@mail.ru

The purpose of the paper is to study the quality of life (QoL) in patients with fibrocystic mastopathy during a long-term postoperative period.

Materials and Methods. The authors carried out a clinical investigation of QoL in patients who underwent operative treatment for fibrocystic mastopathy. Group 1 consisted of 62 patients. Twenty-nine women underwent laser vaporization of the mammary gland cysts controlled by ultrasound, and 33 women underwent sclerotherapy of mammary gland cysts with 1 % Fibrovin solution, also controlled by ultrasound. The conventional periareolar surgical approach was used in Group 2 (20 patients). Group 3 consisted of 15 healthy women. The Russian version of the SF-36 questionnaire was used to interview all the women 12 months after operation in order to assess their QoL.

Results. QoLs in patients, who underwent periareolar operative treatment, were lower, by every measure, than in patients who underwent minimally invasive surgery. Low scores of social functioning in Group 2 in comparison with Group 1 and Group 3 indicated a significant limit of social contacts, and decrease in communication level due to deterioration of the emotional state. Low indicators of mental health denoted depression and anxiety, mental ill-being.

Conclusion. Treatment of fibrocystic mastopathy with cystic component predominance should be minimally invasive. The use of minimally invasive technologies will improve the QoL in women, reduce surgery invasiveness, relieve the risk of severe postoperative complications, disease recurrence, and reduce the malignancy risk. Minimally invasive technologies in fibrocystic mastopathy even in the day patient department and outpatient hospital allow physicians ultimately to restore the organ function, to curtail clinical manifestations and to increase QoL.

Keywords: quality of life, fibrocystic mastopathy, minimally invasive technologies.

References

1. Ströbele L., Kantelhardt E.J., Traoré Millogo T.F.D., Sarigda M., Wacker J., Grosse Frie K. Prevalence of breast-related symptoms, health care seeking behaviour and diagnostic needs among women in Burkina Faso. *BMC Public Health*. 2018; 18: 447–452.
2. Chen S.Q., Liu J.E., Zhang Z.X., Li Z. Self-acceptance and associated factors among Chinese women with breast cancer. *J. Clin. Nurs*. 2017; 10: 1111–1119.
3. Cipora E., Konieczny M., Sobieszczanski J. Acceptance of illness by women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018; 25 (1): 167–171. DOI: 10.26444/aaem.75876.
4. Kaprin A.D., Rozhkov N.I. *Dobrokachestvennyye zabolevaniya molochnoy zhelezy* [Benign breast diseases]. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 272 (in Russian).
5. Łuczyk M., Pietraszek A., Łuczyk R., Stanisławek A., Szadowska-Szlachetka Z., Charzyńska-Gula M. Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi (Illness acceptance among women who have undergone surgical treatment for a breast neoplasm). *J. Edu. Health and Sport*. 2015; 5 (9): 569–575.
6. Belmajdoub M., Jayi S. Cystic fibroadenoma detected incidentally in a patient with postpartum infectious mastitis. *The Pan African Medical Journal*. 2017; 28: 148–152. DOI: 10.11604/pamj.13491.
7. Kong Q., Mondschein S., Pereira A. Effectiveness of breast cancer screening policies in countries with medium-low incidence rates. *Europe PNC Revista de Saude Publica*. 2018; 52: 7–11.
8. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. *Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2015 g. (zabolevaemost' i smertnost')* [Malignant neoplasms in Russia in 2015 (Morbidity and mortality)]. Moscow; 2016. 250 (in Russian).
9. Sotnikova L.S. *Mastopatiya. Novye aspekty v lechenii* [Mastopathy. New aspects in treatment]. Tomsk; 2011. 148 (in Russian).
10. Sukhareva E.A., Egorova A.G., Somov A.N. Kharakteristika onkoepidemiologicheskikh faktorov riska zabolevaniy molochnykh zhelez [Characteristics of oncological and epidemiological risk factors of mastopathies]. *Meditinskiy al'manakh*. 2017; 6 (51): 94–98 (in Russian).
11. Chernyavskiy A.A., Kochueva M.V. *Mastopatii: uchebno-metodicheskoe posobie* [Mastopathy: Guidance manual]. 4-e izd. Nizhniy Novgorod; 2017. 52 (in Russian).
12. Mermer G., Nazli A., Ceber E., Mermer G. Social perceptions of breast cancer by women still undergoing or having completed therapy: a qualitative study. *Asian Pac. J. Cancer Prev*. 2016; 17 (2): 503–510.
13. Wojtyna E., Życińska J., Stawiarska P. The influence of cognitivebehaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Rep. Pract. Oncol. Radiother*. 2007; 12 (2): 109–117.
14. Gall T.L., Bilodeau C. «Why me?» – women's use of spiritual causal attributions in making sense of

- breast cancer. *Psychol. Health*. 2017; 32: 709–727. DOI: 10.1080/08870446.1293270.
15. Buki L.P., Reich M., Lehardy E.N. «Our organs have a purpose»: body image acceptance in Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2017; 25: 1337–1342. DOI: 10.1002/pon.4270.
16. Starokon' P.M., Shashkina M.K. *Issledovanie kachestva zhizni u bol'nykh s abdominal'nymi spaykami: uchebno-metodicheskoe posobie* [Investigation of the quality of life in patients with abdominal spikes: Guidance manual]. Saratov: SarVMedI; 2008. 80 (in Russian).

УДК 618.146:618.19:616-006.04
DOI 10.23648/UMBJ.2018.31.17217

СКРИНИНГ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В.Е. Радзинский¹, И.П. Аминодова², Д.С. Крючко²

¹ГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия;

²АНО «Медицинский центр «Белая роза», г. Иваново, Россия

e-mail: aminodovsi@mail.ru

Актуальность проблемы скрининга опухолевых заболеваний репродуктивных органов (ОЗРО) обусловлена высокими показателями заболеваемости, тенденцией к «омоложению», неудовлетворительными результатами терапии. В России показатели активного выявления ОЗРО, диагностики в преинвазивной и ранней стадиях остаются низкими, оказывая неблагоприятное влияние на качество и продолжительность жизни пациентки и ее репродуктивную функцию.

Цель исследования. На основании анализа литературных источников установить причины неэффективности скрининга опухолевых заболеваний репродуктивных органов.

Результаты. Библиографический анализ современных принципов и методов скрининга показал, что основными причинами неудовлетворительных показателей скрининга и ранней диагностики ОЗРО следует считать низкие показатели скринингового охвата, противоречивость законодательной базы, несогласованность времени начала, окончания обследования и скринингового интервала, отсутствие единой информационной базы с возможностью фиксации и архивирования результатов обследования, нарушение логистики обмена данными проведенных исследований, выраженный диссонанс диагностических возможностей в различных регионах, отсутствие комплексного подхода и единой программы скрининга в масштабах страны.

Выводы. Одним из возможных вариантов решения существующей проблемы может стать выполнение комплексного диагностического обследования с одновременной оценкой состояния всех органов репродуктивной системы, включая молочные железы, с целью своевременного выявления ОЗРО с формированием групп риска опухолевой патологии и коррекцией тактики ведения.

Ключевые слова: скрининг, рак молочной железы, рак шейки матки, опухолевые заболевания репродуктивных органов.

Введение. Повышение уровня онкологической заболеваемости, регистрирующееся во всем мире на протяжении последних 10 лет, увеличение числа опухолевых заболеваний репродуктивных органов (ОЗРО) у женщин детородного возраста, недостаточная

эффективность терапии, низкие показатели выявления опухолей на ранних стадиях обуславливают необходимость внедрения широкомасштабных скрининговых программ, способных обеспечить своевременную диагностику заболевания, в идеале – на стадии предрака, и снижение показателей