

А.В. РУСИН^{1,2}, В.И. РУСИН¹, Е.М. ОДОШЕВСКАЯ¹, О.Т. ДЕВИНЯК¹

ПРОБЛЕМЫ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРИМЕРЕ ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»¹,
Закарпатский областной клинический онкологический диспансер²,
г. Ужгород,
Украина

Цель. Определить уровень знаний о раке молочной железы среди женщин Закарпаття, факторы, на них влияющие, предикторы для проведения самообследования молочных желез. Изучить и проанализировать основные мотивации для прохождения специального обследования молочных желез, причины несвоевременного обращения за помощью.

Материал и методы. В статье приведены результаты исследования уровня знаний и отношения к раку молочной железы на основе анкетирования 100 женщин в возрасте от 29 до 82 лет, которые не имели жалоб и анамнеза рака молочной железы. Основными характеристиками были: возраст, регион проживания, национальность, уровень образования, брачный статус. Статистический анализ анкетных данных проводился в среде для статистических вычислений R.

Результаты. Было опрошено 100 женщин, большинство из которых были украинками, со средним уровнем образования, пребывающие в браке. 85% среди опрошенных женщин имели недостаточные или неудовлетворительные знания о раке молочной железы. Шанс продемонстрировать высокую оценку у жителей городской местности в 4 раза больше такого шанса у сельских жительниц. Статистически значимыми предикторами частоты самообследований является уровень знаний женщины о раке молочной железы и ее образование. Убедительными аргументами в пользу прохождения медицинского обследования молочных желез являются рекомендации врачей-специалистов. Главными препятствиями для прохождения регулярных обследований является отсутствие обязательных профилактических осмотров и опасения узнать диагноз.

Заключение. Для улучшения диагностики рака молочной железы необходимо усиление информационно-пропагандистской работы на региональном уровне, внедрение пилотных скрининговых программ.

Ключевые слова: рак молочной железы, скрининг, анкетирование, самообследование молочных желез

Objectives. To identify the level of breast cancer knowledge among Transcarpathian women, factors influencing on the conversance, predictors for breast self-examination. To study and analyze the main motivation for passing a special examination of the mammary glands, untimely consult physician.

Methods. The article suggests the research results of knowledge level as well as attitude to breast cancer on the basis of surveys of 100 women (aged 29-82 years) without any complaints and history of breast cancer. The main characteristics were: age, residence, nationality, education level, marital status. Statistical analysis of data was carried in the environment for statistical computations R.

Results. 100 women have been interviewed, most of them – the married Ukrainians with the secondary education. 85% of the surveyed women had insufficient or inadequate knowledge about breast cancer. Chance to demonstrate high knowledge among residents of the urban area is 4-fold higher than for rural ones. Statistically significant predictors of performing breast self-examination are considered to be the levels of knowledge about breast cancer and education. Convincing argument in favor of the medical examination of the mammary glands should be recommendations made by physicians. The main obstacle to pass the regular examination is the lack of mandatory preventive medical inspection and misgiving to know the diagnosis.

Conclusions. To improve the diagnosis of breast cancer the public health authorities should strengthen advocacy effort work at the regional level and implementation of pilot screening programs.

Keywords: breast cancer, screening, survey, breast self examination

Novosti Khirurgii. 2013 Sep-Oct; Vol 21 (5): 71-79

Some problems of breast cancer screening demonstrated by the example of Transcarpathian region

A.V. Rusin, V.I. Rusin, O.M. Odoshevskaya, O.T. Devinyak

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) остается серьезной медицинской и социальной проблемой во всем мире. По данным Американского института рака, риск для женщины заболеть РМЖ в течение ее жизни составляет 12,38% (т.е. у 1-й из 8-ми женщин) [1]. На развиваю-

щиеся страны приходится около 45% ежегодного мирового прироста заболеваемости РМЖ и 55% летальных исходов [2]. Уровни заболеваемости, смертности и выживаемости отличаются в разных частях мира из-за различий в факторах риска, доступности квалифицированной помощи, влияния организованных программ скрининга [3].

В Украине злокачественные опухоли молочной железы (МЖ) остаются самой распространенной онкологической патологией у женщин и составляют 19,6% в структуре заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями [4].

Заболеваемость женщин РМЖ в Закарпатской области за 2011 год составила 45,3 на 100 тыс. женского населения. Статистика свидетельствует и о высокой смертности от рака этой локализации, в структуре смертности женского населения от этой онкологической патологии стоит на первом месте с показателем 20,2 на 100 тыс. женского населения в 2011 году (в среднем по Украине – 31,5). Причем, 24% случаев диагностируются на поздних стадиях, а основной причиной несвоевременной диагностики РМЖ является позднее обращение пациентов за медицинской помощью и самолечение [4].

Идеология скрининга базируется на том соображении, что рутинное клиническое обследование и самообследование обычно не обеспечивают выявление излечимых форм рака. Поэтому необходимо применение таких инструментально-диагностических средств, которые обнаруживали бы проявления значительно более ранних форм опухолей, излечимых существующими хирургическими, химио-гормональными или лучевыми воздействиями. [5]. Но, учитывая имеющиеся ресурсы здравоохранения, внедрение маммографического скрининга в Закарпатской области остается малореальным.

В развивающихся странах существует много препятствий для женщин в плане раннего выявления РМЖ, включающие в себя отсутствие осведомленности о РМЖ из-за плохого санитарного образования, отсутствие программ скрининга, в связи с недостаточной государственной поддержкой и недостаточным финансовым обеспечением, социальными барьерами для диагностики и лечения, в связи с низким приоритетом вопросов здоровья для женщин, страхом перед диагнозом, ошибками в диагностике и лечении, неправильным представлением о лечении рака и его результатах [6]. Известно, что успех мероприятий, направленных на выявление РМЖ на ранней стадии, во многом зависит от осведомленности женщин [7]. Осведомленность женщин по вопросам здоровья груди была определена в качестве одного из ключевых компонентов раннего выявления, снижения показателей местнораспространенных форм РМЖ [8]. Поэтому чрезвычайно актуальными вопросами являются ориентация женского

населения в проблеме, понимание ее важности, знание о факторах риска, возможных вариантах профилактики и методах диагностики заболевания [9].

Цель работы: определить уровень знаний о раке молочной железы среди женщин Закарпатья, факторы, на них влияющие, предикторы для проведения самообследования молочных желез, а также изучить и проанализировать основные мотивации для прохождения специального обследования молочных желез, причины несвоевременного обращения за помощью.

Материал и методы

Проведено анкетирование 100 женщин в возрасте от 29 до 82 лет (медиана 56 лет), 43 городских жительниц, 57 жительниц села, которые не имели ни жалоб, ни анамнеза РМЖ.

Была разработана украиноязычная «Анкета определения уровня знаний и отношения к раку молочной железы» – на основе литературного обзора факторов риска, признаков и симптомов, общих методов раннего выявления и скрининга рака молочной железы. Вопросник был предварительно протестирован на 10 женщинах (не вошедших в окончательную выборку), взятых из целевой группы населения. Вопросы по социально-демографическим характеристикам включали: возраст, регион проживания (город, село), национальность (украинка, русская, венгерка / словачка, цыганка), образование (начальное, среднее / среднее специальное, высшее), брачный статус (замужем или иной: никогда не была замужем, разведена, вдова). В дополнение было поставлено 24 вопроса, которые были разделены на четыре части: общие знания в области РМЖ: 4 вопроса, знание факторов риска: 10 вопросов, знание симптомов и скрининговых тестов: 10 вопросов. Для определения отношения женщин к проблеме РМЖ были поставлены вопросы о причинах несвоевременного обращения за помощью, мотивации для прохождения клинического обследования молочных желез (КОМЖ), практики самообследования молочных желез (СОМЖ). Частоту самообследования респондентки описывали одной из четырех порядковых категорий: «никогда», «реже 1 раза в год», «1 раз в год», «1 раз в месяц» (женщины, проводившие самообследования формально – не были включены в анализ).

Участницам выставлялось по одному баллу за каждый правильный ответ и ноль

баллов за каждый неправильный ответ или ответ «Не знаю» на вопросы, связанные со знаниями о РМЖ. Максимальное количество набранных баллов составляло 24, а уровень знаний определялся как «низкий» (0-5 баллов), «средний» (6-15 баллов) и «хороший» (16-24 балла).

Статистический анализ анкетных данных проводился в среде для статистических вычислений R [10] с использованием дополнительного пакета для построения модели порядковой логистической регрессии ordinal [11]. Для установления степени и статистической значимости влияния возможных предикторов на зависимую переменную использовалась модель порядковой логистической регрессии, логистической регрессии для бинарного отклика. Чтобы установить статистическую значимость влияния каждого из предикторов после контроля всех других возможных, проводился тест соотношения правдоподобия (Likelihood Ratio Test, LRT) модели с определенным предиктором относительно модели, полученной при исключении этого предиктора, многофакторный дисперсионный анализ, а также для каждого из предикторов единичные статистические тесты — χ^2 .

Результаты и обсуждение

Было проанализировано 100 анкет, которые были правильно заполнены. Средний возраст опрошенных составил 56 лет. Большин-

ство женщин были украинками, со средним уровнем образования, пребывающие в браке. Социо-демографические характеристики опрошенных представлены в таблице 1. Важным аспектом успешного проведения скрининга является активное участие женского населения. Благодаря публикациям в газетах, журналах, выступлениям по телевидению и радио, большинство женщин знает о проблеме РМЖ. Однако значительная часть женщин не владеет информацией об основных фактах относительно этого заболевания: основных причинах возникновения, ранних признаках и симптомах, методах диагностики.

В среднем уровень знаний о проблеме РМЖ, причинах, факторах риска, методах диагностики в нашем исследовании был низким и составил — 52%. 33% респонденток показали средние знания и только 15% — хорошие знания. Коэффициенты модели для уровня знаний о РМЖ представлены в таблице 2.

Логистическая регрессия оперирует понятием шанса в качестве зависимой величины. Экспоненты полученных коэффициентов модели трактуются как множители, меняющие шансы наблюдать лучшие знания. Так, шанс продемонстрировать высокую оценку относительно низкой у жителей городской местности в 4 раза больше такого шанса у сельских жительниц. Другими словами смысл экспоненты коэффициента на данном примере можно объяснить так: если взять равное количество женщин из города и села с

Таблица 1

Разпределение опрошенных по социально-демографическим характеристикам			
Характеристики+Варианты		Город (%)	Село (%)
Возрастные группы (лет)	25-39	14	6
	40-49	9	7
	50-59	12	18
	60-69	7	20
	70 и более	1	6
Национальность	Украинка	27	46
	Русская	8	1
	Венгерка /словачка	7	9
	Цыганка	1	1
Образование	Начальное	2	11
	Среднее/ ср. специальное	25	39
	Высшее	16	7
Брачный статус	Замужем	26	41
	Не замужем: разведенная	10	3
	вдова	5	11
	Одинокая/ никогда не была в браке	2	2
Знания	Низкие	11	41
	Средние	21	12
	Хорошие	11	4

Таблица 2

**Модель порядковой логистической регрессии уровня знаний
о раке молочной железы**

Фактор влияния	Коэффициент	Стандартная погрешность	Экспонента коэффициента	95% доверительный интервал (нижний предел)	95% доверительный интервал (верхний предел)	p-значение
Местность городская / сельская	1,39	0,50	4,030503	1,52266	10,6688	0,00501
Возраст	-0,03	0,02	0,9685534	0,928094	1,010776	0,14221
Национальность украинская / (венгерская и словацкая)	-1,05	0,59	0,3507501	0,110984	1,108494	0,07434
Национальность цыганская / (венгерская и словацкая)	-19,68	10900,00	2,83×10 ⁻⁹	0	∞	0,99856
Национальность русская/(венгерская и словацкая)	-0,72	0,88	0,4855276	0,086681	2,719597	0,41114
Образование среднее / высшее	-1,33	0,58	0,2649997	0,085044	0,825746	0,02201
Образование начальное / среднее	-1,87	1,07	0,153899	0,01898	1,247878	0,07967
Семейный статус разведена / замужем	-0,42	0,65	0,6544442	0,182252	2,350027	0,51569
Семейный статус вдова / замужем	0,49	0,70	1,639962	0,419759	6,407198	0,4768
Семейный статус не замужем / замужем	-0,64	1,08	0,5250147	0,06296	4,377998	0,55156

одинаковыми другими факторами (возрастом, национальностью, образованием, семейным статусом), то количество городских женщин с хорошими знаниями о РМЖ будет в 4 раза больше количества сельских женщин с хорошими знаниями, а количество городских женщин с низкими знаниями о РМЖ будет в 4 раза меньше чем количество сельских женщин с низкими знаниями. Более высокая образованность городских женщин по сравнению с сельскими является статистически значимой ($p=0,00501$). Следует понимать, что значение экспоненты коэффициента является фактически единичным наблюдением. И при проведении повторных опросов с участием других женщин соотношения шансов будут отличаться. Границы, в которые попадет экспонента коэффициента в 95% таких повторных опросов является доверительным интервалом и приведены в таблице 3. А p-значения касаются только направления воздействия (увеличение или уменьшение), а не самой оценки силы воздействия.

Также при анализе модели (рис. 1) видно, что чем старше женщина, тем меньше шанс наблюдать у нее лучшие знания (с каждым годом шанс умножается на 0,9686,

т.е. уменьшается на 3,14%), однако это наблюдение не является статистически значимым ($p=0,14221$). Украинские женщины оказались хуже осведомлены, чем женщины с национальностью соседних стран (венгрок и словачек) – шанс иметь лучшие знания меньше почти в 3 раза; $p=0,074$. В анкетировании участвовали две цыганки, которые продемонстрировали низкие знания, однако судить о всей национальности по двум представительницам неуместно, что и отражено соответствующим p-значением ($p=0,99856$). Русские также оказались хуже осведомлены по сравнению с венгерками и словачками, однако шанс лучших знаний меньше лишь вдвое ($p=0,41114$). Лица с высшим образованием имеют в 5 раз больше шансов проявить лучшие знания, чем женщины со средним образованием, и в 6,5 раз больше шансов, чем женщины с начальным образованием (соответствующие p-значения составляют 0,02201 и 0,07967 соответственно). По сравнению с замужними женщинами, разведенные и незамужние оказались хуже осведомлены, а вдовы – лучше, однако эти наблюдения не являются статистически значимыми.

В нашем исследовании 68% женщин зна-

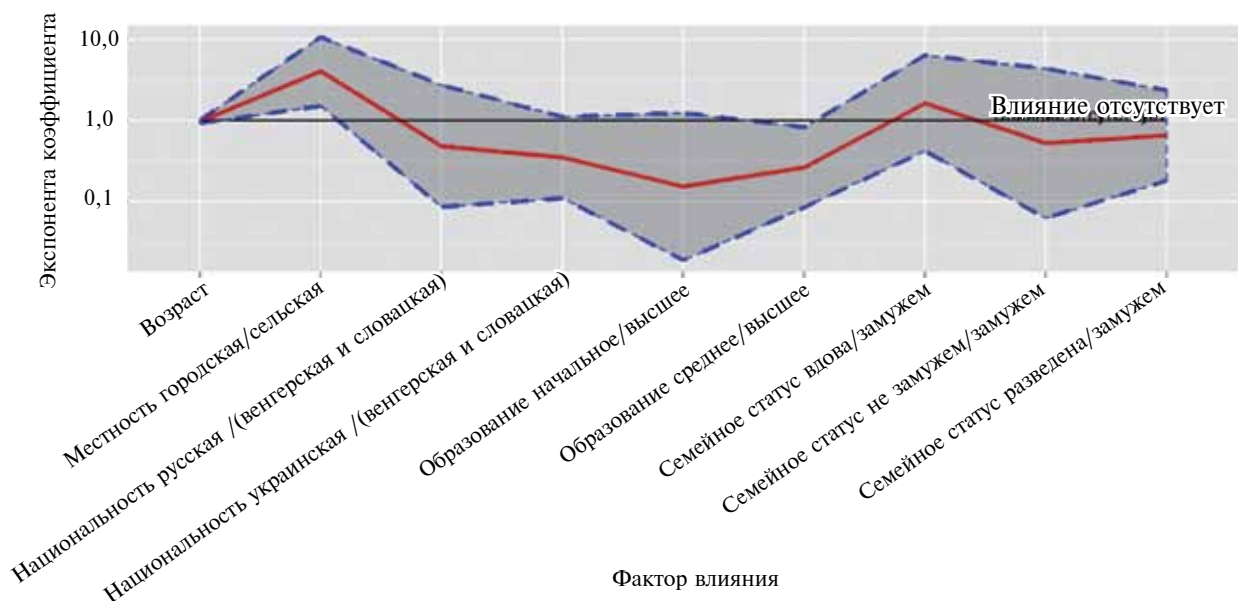


Рис. 1. Экспоненты коэффициентов и доверительные интервалы модели порядковой логистической регрессии для уровня знаний о раке молочной железы

ют о СОМЖ, из них: 10% проводят СОМЖ реже 1-го раза в год, 21% – 1 раз в год и только 22% респонденток проводят СОМЖ сознательно 1 раз в месяц. Вызывает тревогу тот факт, что 15% опрошенных женщин проводят СОМЖ, не придерживаясь методики и не обладая минимальными знаниями о симптомах РМЖ, а 32% среди опрошенных вообще ничего не знают о практике самообследования.

Возможными предикторами частоты самообследований были: знание женщины о РМЖ, местность, возраст, национальность, образование и семейный статус. Полученная модель порядковой логистической регрессии приведена в таблице 4. Модель подтвердила бесспорную роль осведомленности в исполнении периодических самообследований молочных желез (рис. 2). Интересно, что при одинаковых знаниях, наблюдалось более небрежное отношение жителей города к самообследованиям по сравнению с

жителями сельской местности (однако статистически незначимое, $p=0,3144$). Возраст практически не влиял на частоту самообследований (экспонента коэффициента 0,993). Хотя женщины с высшим образованием проводили СОМЖ чаще, чем с начальным ($p=0,0228$), оказалось, что при одинаковых знаниях пациентки со средним образованием проводят СОМЖ чаще, чем лица с высшим ($p=0,025$). Можно подытожить, что, имея равные знания, жители города, и, так же, женщины с высшим образованием, чаще пренебрегают ими и ведут себя вопреки здравому смыслу.

Результаты теста соотношения правдоподобия для модели частоты самообследования молочных желез приведены в таблице 5.

Таким образом, повышение осведомленности о РМЖ является решающим для увеличения частоты самообследований, причем на этот фактор можно влиять на региональном уровне.

Таблица 3

Сравнение р-величин воздействия возможных предикторов на уровень знаний о раке молочной железы, полученных при применении модели порядковой логистической регрессии, многофакторного дисперсионного анализа и единичных тестов χ^2

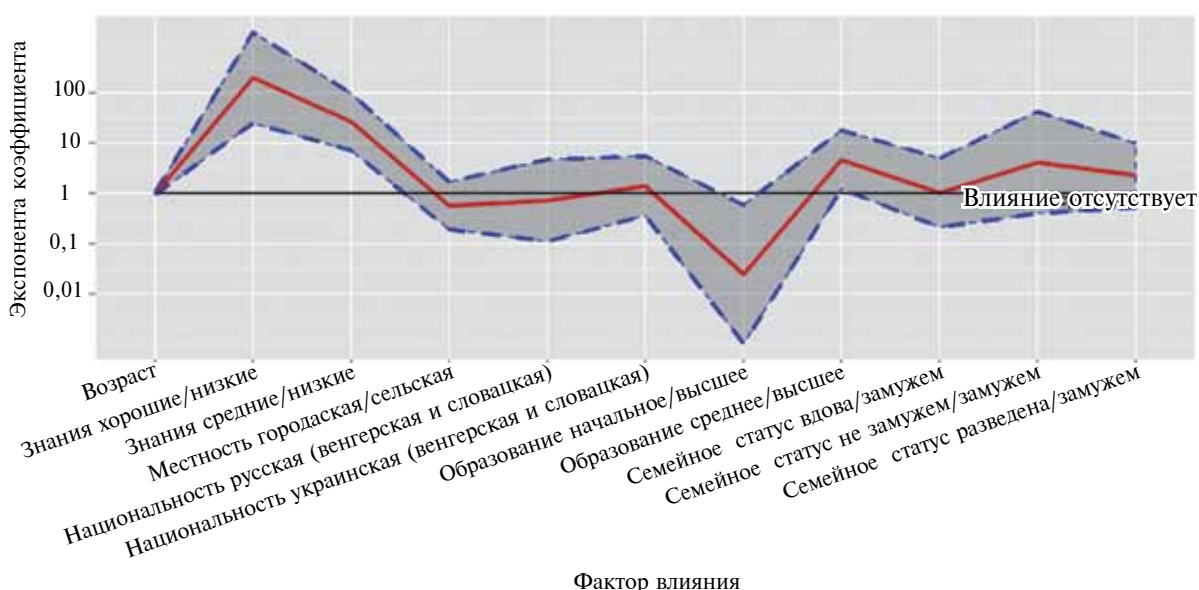
Предикторы	р-значение (LRT моделей порядковой логистической регрессии)	р-значение (многофакторный дисперсионный анализ)	р-значение (единичные тесты χ^2 или однофакторный дисперсионный анализ)
Местность	0,004276	0,0000885	0,00007466
Возраст	0,141969	0,0836	0,00381
Национальность	0,189525	0,295	0,3598
Образование	0,055085	0,0218	0,0006595
Семейный статус	0,70914	0,6717	0,2757

Таблица 4

**Модель порядковой логистической регрессии
частоты самообследований молочных желез**

Фактор влияния	Коэффициент	Стандартная погрешность	Экспонента коэффициента	95% доверительный интервал (нижний предел)	95% доверительный интервал (верхний предел)	p-значение
Знания средние/ низкие	3,279	0,6701	26,54378	7,138073	98,7062	$9,93 \times 10^{-7}$
Знания хорошие/ низкие	5,316	1,061	203,5159	25,42752	1628,89	$5,47 \times 10^{-7}$
Местность городская / сельская	-0,5582	0,5549	0,5722229	0,19286	1,69780	0,3144
Возраст	-0,006771	0,02368	0,9932518	0,948212	1,04043	0,7749
Национальность украинская / (венгерская и словацкая)	0,346	0,6945	1,413417	0,362313	5,51387	0,6183
Национальность цыганская / (венгерская и словацкая)	-13,19	9284	$1,872 \times 10^{-6}$	0	∞	0,9989
Национальность русская/(венгерская и словацкая)	-0,3236	0,9566	0,7235134	0,110964	4,71748	0,7351
Образование среднее / высшее	1,543	0,6883	4,678975	1,214247	18,0299	0,025
Образование начальное / высшее	-3,696	1,624	0,0248281	0,00103	0,59846	0,0228
Семейный статус разведена / замужем	0,8382	0,7531	2,312208	0,528382	10,1182	0,2657
Семейный статус вдова / замужем	0,03494	0,8053	1,03556	0,213649	5,01936	0,9654
Семейный статус не замужем / замужем	1,415	1,192	4,118367	0,397972	42,6184	0,2352

Рис. 2. Экспоненты коэффициентов и доверительные интервалы модели порядковой логистической регрессии для частоты самообследований молочных желез



Сравнение р-величин для воздействия возможных предикторов на частоту самообследований, полученных при применении модели порядковой логистической регрессии, многофакторного дисперсионного анализа и единичных тестов χ^2

Предикторы	р-значение (LRT моделей порядковой логистической регрессии)	р-значение (многофакторный дисперсионный анализ)	р-значение (единичные тесты χ^2 или однофакторный дисперсионный анализ)
Знания	$8,829 \times 10^{-11}$	$1,48 \times 10^{-11}$	$3,08 \times 10^{-7}$
Местность	0,3085	0,43436	0,1329
Возраст	0,7748	0,15981	0,0104
Национальность	0,8299	0,72452	0,2001
Образование	0,0000567	0,00519	0,009755
Семейный статус	0,5045	0,72322	0,575

Из представленного распределения (рис. 3) следует, что наиболее убедительными аргументами в пользу прохождения медицинского обследования МЖ служат рекомендации врачей-специалистов — 52% женщин готовы прислушаться к совету врача и пройти обследование МЖ. Для 36% пациенток веским основанием для прохождения обследования может послужить наличие необычных ощущений в МЖ, включая сильные боли и результаты самообследования, вызывающих беспокойство. 6% женщин сильнейшим мотивом считают болезнь близкого человека и еще 6% — попадание в группу риска. Из ответов женщин становится понятно, что они доверяют мнению специалистов, а проведение санитарно-пропагандистской работы в регионе может помочь многим в преодолении существующих барьеров для прохождения обследования. Поэтому медицинские работники должны принимать более активные действия в повышении осведомленности о проблеме РМЖ и обучении женщин СОМЖ.

Настораживает тот факт, что 22% женщинам медицинские работники никогда не проводили

Рис. 3. Распределение аргументов в пользу прохождения специального обследования молочных желез



КОМЖ, 30% женщин проходили обследование у гинеколога более 2 лет назад, а 90% опрошенных даже не могут вспомнить, когда они последний раз были у специалиста — маммолога.

В отличие от рационального, прагматического отношения к своему здоровью на Западе, наш контингент обследуемых часто не уделяет должного внимания состоянию здоровья, не осознает важности, значимости своевременной диагностики и лечения (в том числе и по стоимости затрат на обеспечение здоровья) [12]. В США, по данным Американского общества по борьбе с раком (ACS), за 2008 год 72,8% женщин со средним и высоким доходом за последние 2 года прошли скрининговую маммографию, по сравнению с бедными женщинами, которые только на 55,8% были охвачены скринингом [1]. ACS установило, что эти показатели «ниже тех, которые являются реальными и оптимальными», а для увеличения частоты прохождения скрининга рекомендовало предпринять следующие меры: повысить осведомленность населения, поощрить медицинских работников для направления пациентов на скрининг с использованием систем напоминания, а также обеспечить доступ к медицинской помощи всех слоев населения [1]. По данным S.P. Tu et al., 75% американок проводят СОМЖ [13]. В Украине же, по данным социологического исследования, проведенного в мае 2008 года по заказу Avon [14]:

- 73% женщин в возрасте после 40 (так называемая группа риска) никогда не проходили обследования на специальном оборудовании;
- 61% женщин не обращались к врачу для профилактического обследования, потому что считают: если ничего не беспокоит — то и проблемы нет;
- 68% женщин нуждаются в информации, относительно медицинских учреждений, куда они могут обращаться для прохождения маммологического обследования.



Рис. 4. Распределение причин игнорирования регулярного обследования МЖ

Существуют общепризнанные преграды для женщин из развивающихся стран в прохождении не только скрининга РМЖ, но и своевременного обращения за помощью к специалисту [7, 8, 15].

Главным препятствием для прохождения регулярных обследований, по мнению опрошенных женщин, является отсутствие обязательных профилактических осмотров и диспансеризации. На втором месте по значимости стоит фактор опасения узнать диагноз РМЖ. Менее значимым оказался фактор нехватки времени. 9% женщин реальной причиной отказа от прохождения КОМЖ указывают недоверие к врачам, разочарование в отечественной системе здравоохранения, еще 2% — отсутствие специалиста — маммолога (рис. 4). Полученные данные будут использованы как исходные перед внедрением программ по скринингу РМЖ, КОМЖ, онко-эпидемиологического тестирования с формированием групп риска, ультразвукового обследования молочных желез с последующим уточняющим дообследованием, лечением и предоставлением рекомендаций.

Выводы

1. Статистически значимыми предикторами частоты самообследований молочных желез является уровень знаний женщины о раке молочной железы и ее образование.

2. 85% среди опрошенных женщин имели недостаточные или неудовлетворительные знания о раке молочной железы.

3. Убедительными аргументами в пользу прохождения медицинского обследования молочных желез являются рекомендации врачей-специалистов, а главными препятствиями для прохождения регулярных обследований — от-

сутствие обязательных профилактических осмотров и опасения узнать диагноз.

4. Для улучшения диагностики РМЖ необходимо усиление информационно-пропагандистской работы на региональном уровне, внедрение пилотных скрининговых программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Siegel R. Cancer statistics, 2012 / R. Siegel, D. Naisadham, A. Jemal // *CA Cancer J Clin.* — 2012 Jan-Feb. — Vol. 62, N 1. — P. 10–29.
2. Porter P. “Westernizing” women's risks? Breast cancer in lower-income countries / P. Porter // *N Engl J Med.* — 2008 Jan 17. — Vol. 358, N 3. — P. 213–16.
3. Breast cancer in limited-resource countries: early detection and access to care / R. A. Smith [et al.] // *Breast J.* — 2006 Jan-Feb. — Vol. 12. — Suppl. 1. — P. 16–26.
4. Рак в Україні, 2011–2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічно служби // Бюл. нац. канцер-реєстру України / З. П. Федоренко [и др.]. — Вид. № 14. — К., 2013. — 38 с.
5. Семиглазов В. Ф. Скрининг рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов, В. В. Семиглазов // *Практ. онкология.* — 2010. — Т. 11, № 2. — С. 60–65.
6. Breast cancer in low- and middle-income countries: an emerging and challenging epidemic / A. Tfyli [et al.] // *J Oncol* [Electronic resource]. — 2010. — Mode of access : <http://dx.doi.org/10.1155/2010/490631>.
7. Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies / L. Remennick // *Breast J.* — 2006 Jan-Feb. — Vol. 12. — Suppl. 1. — P. S103–10.
8. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middleincome countries: early detection resource allocation / C. H. Yip [et al.] // *Cancer.* — 2008 Oct 15. — Vol. 113, N 8. — Suppl. — P. 2244–56.
9. Высоцкая И. В. Возможности улучшения скрининга рака молочной железы / И.В. Высоцкая // *Опухоли женской репродуктив. системы.* — 2010. — № 4. — С. 28–32.
10. R: A language and environment for statistical computing / R Development Core Team. — Vienna : R Foundation for Statistical Computing, 2011. — 409 p.
11. Christensen R. Ordinal-regression models for ordinal data (R package version 2011.08-12) [Computer software manual] / R. Christensen. — 2011.
12. Опыт проведения маммографического скрининга в Москве / А. М. Сдвижков [и др.] // *Рос. онкол. журн.* — 2009. — № 4. — С. 33–36.
13. Breast self-examination: Self-reported frequency, quality, and associated outcomes / S. P. Tu [et al.] // *J Cancer Educ.* — 2006 Fall. — Vol. 21, N 3. — P. 175–81.
14. Вместе против рака груди : информация о благотворительной программе AVON [Электронный ресурс]. — 2008. — Режим доступа : <http://www.avonprotyraku.org.ua>. — Дата доступа: 04.04.2011.
15. Barriers for breast cancer screening among Asian women: a mini literature review / P. Parsa [et al.] // *Asian Pac J Cancer Prev.* — 2006 Oct-Dec. — Vol. 7, N 4. — P. 509–14.

Адрес для корреспонденции

88014, Украина,
г. Ужгород, ул. Бродяковича, д. 2,
Закарпатский областной клинический

онкологический диспансер,
тел.моб.: +380 50 556-65-48,
e-mail: alyelya@mail.ru,
Одошевская Елена Михайловна

Сведения об авторах

Русин А.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсами радиационной медицины и реаниматологии медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», главный врач Закарпатского областного клинического онкологического диспансера.

Русин В.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный

университет».

Одошевская Е.М., аспирантка кафедры онкологии с курсами радиационной медицины и реаниматологии медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет».

Девиняк О.Т., ассистент кафедры фармацевтических дисциплин медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет».

Поступила 2.07.2013 г.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

15-16 мая 2014 года, в г. Самара, в Самарском государственном медицинском университете запланировано проведение VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОБЩИХ ХИРУРГОВ, посвященной 95-летию СамГМУ, совместно с Пленумом проблемной комиссии «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета по хирургии Минздрава РФ и РАМН.

Предполагаемая тематика конференции:

- Острая кишечная непроходимость. Современные аспекты патогенеза, диагностики, лечения.
- Актуальные вопросы гнойных заболеваний костей и суставов.
- Преподавание хирургии.

Приглашаем Вас принять участие в подготовке и работе конференции.

Подробная информация размещена на официальном сайте Самарского государственного медицинского университета: <http://www.samsmu.ru>

Контакты:

Тел.: раб.: 8(846)2647803,

Тел. моб.: 8 927 202 40 50,

E-mail: sonis_ag@mail.ru

Зав. кафедрой общей хирургии СамГМУ, профессор Сонис Александр Григорьевич