

ЛІТЕРАТУРА

1. *Фетоплацентарна недостатність у вагітних з захворюваннями серцево-судинної системи* / І. С. Лук'янова, Л. Б. Гутман, В. Є. Дашкевич, Т. Д. Задорожна // Перинатологія та педіатрія. — 2002. — № 1. — С. 5-9.

2. *Вдовиченко Ю. П., Шалдун Д. В., Глазков И. С.* Особенности акушерской и перинатальной патологии при герпетической инфекции // ПАГ. — 1999. — № 6. — С. 120-123.

3. *Невідкладні стани в акушерстві та гінекології* / Г. К. Степанківська, Б. М. Венцьківський, Л. В. Тимошенко та ін. — К.: Здоров'я, 2000. — 672 с.

4. *Дильман В. М.* Эндокринологическая онкология. — Л.: Медицина, 1983. — 408 с.

5. *Классификация результатов исследования плазмы крови с помощью лазерной корреляционной спектроскопии на основе семиотики предклинических и клинических состояний* / К. С. Терновой, Г. Н. Крыжановский, Ю. И. Мусийчук и др. // Бюл. проблем эксперим. биологии и медицины. — 1998. — № 3. — С. 16-24.

6. *Молекулярно-генетические и биофизические методы исследования в медицине* / Под ред. Ю. И. Бажора, В. И. Кресюна, В. Н. Запорожана. — Одесса, 1996. — 208 с.

7. *Прогнозирование и профилактика акушерской патологии* / Под ред. Е. Т. Михайленко, П. Г. Жученко. — К.: Здоров'я, 1986. — 224 с.

8. *Vigil de Gracia P., Lasso M., Montufar-Rueda C.* Perinatal outcome

in women with severe chronic hypertension during the second half of pregnancy // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2004. — Vol. 85. — P. 139-144.

9. *Theron G. B., Theron A. M., Odendaal H. J.* Screening for chronic placental insufficiency by Doppler flow velocimetry of the umbilical artery in patients with symphysis-fundus height determined gestational age // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2004. — N 84. — P. 262-263.

10. *Madazli R.* Prognostic factors for survival of growth-restricted fetuses with absent end-diastolic velocity in the umbilical artery // J. Perinatol. — 2002. — N 22. — P. 286-290.

11. *A community-based obstetric ultrasound service* / L. Geerts, A. M. Theron, D. Grove et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2004. — N 84. — P. 23-31.

УДК 616.248:616.12-073.7

О. М. Пасько, М. І. Яблчанський, О. В. Мартиненко

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ ОДИН І ТРИ МІСЯЦІ

Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна

Вступ

Бронхіальна астма (БА) — проблема світового масштабу. Її поширеність у розвинутих країнах сягає 8 % серед дорослого та 15 % — серед дитячого населення (в Україні цей показник у середньому дорівнює 0,5 %). Розбіжності показників, у першу чергу, зумовлені низькою якістю діагностики БА в нашій країні. Діагностичними критеріями ступеня тяжкості БА є клінічні прояви і зниження показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) [6; 7]. Для поліпшення якості діагностики необхідно враховувати патогенетичну основу формування бронхо-

обструкції: дисрегуляцію вегетативної нервової системи, що формується під впливом тривалого запалення бронхіального дерева у пацієнтів із БА [3; 5; 10]. Проста неінвазивна технологія оцінки вегетативного статусу — варіабельність серцевого ритму (ВСР) [8].

Аналіз публікацій, використаних автором, свідчить: останні дослідження (GINA, GOAL) довели можливість контролю симптомів БА і стабільного поліпшення показників ФЗД при адекватно підібраній терапії [1; 7; 9]. Вплив терапії на ВНС виражається підвищенням активності симпатичної нервової системи [2–5].

Стаття присвячується питанню взаємозв'язку змін клінічних проявів, показників ФЗД і ВСР у пацієнтів із БА під впливом терапії.

Мета дослідження — вивчення взаємозв'язку показників ВСР і ФЗД під впливом терапії для розробки пропозицій щодо поліпшення якості лікування БА.

Матеріали та методи дослідження

На базі міської поліклініки № 6 обстежено 138 пацієнтів із бронхіальною астмою I–IV ступенів тяжкості, серед яких було 58 чоловіків і 80 жінок. Середній вік обстежених —



(48±25) року. Тривалість захворювання — (9,3±8,1) року. У вибірці переважали пацієнти середнього (32 %) і тяжкого (49 %) ступенів персистуючої БА. У більшості (58 %) пацієнтів частота загострень БА — 2 рази на рік. Діагностика ступеня тяжкості БА ґрунтувалася на діагностичних критеріях, рекомендованих наказом № 499 МОЗ України. Враховувалися дані анамнезу, об'єктивного огляду і лабораторно-інструментальних діагностичних досліджень (клінічний аналіз сечі, крові, мокротиння; флюорографія; ФЗД).

Усі пацієнти одержували терапію відповідно до ступеня тяжкості БА: щодня інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС) дозою 250–1500 мкг/добу, інгаляційні β2-агоністи короткої дії у разі необхідності. Оцінювався вплив терапії на клінічні прояви й показники ФЗД і ВСР після закінчення лікування БА через 1 і 3 міс.

Вивчення параметрів ФЗД і ВСР проводилися у базальних умовах до і через 15–30 хв після інгаляції бронхолітиками короткої дії (сальбутамол, 200 мкг). Перед дослідженням ФЗД і ВСР пацієнтам скасовували проведену терапію бронхолітиками короткої дії за 6 год до початку тесту, пролонгованими — за 12 год. Протягом 24 год до дослідження пацієнти не вживали каву, алкоголь і препарати, які впливають на показники ВСР. Аналіз ФЗД проводили за допомогою комп'ютерного спірографа "Spirocom", враховуючи: частоту дихальних рухів (ЧДР); об'єми форсованого видиху за 1-шу, 2-гу і 3-тю секунду (ОФВ_{1, 2, 3}), миттєві об'ємні швидкості форсованого видиху в момент 25, 50, 75 % ФЖЄЛ (МОШ_{25, 50, 75}). Показники ВСР і фазової структури серцевого циклу оцінювали за допомогою комп'ютерного електрокардіографа "Cardiolab+". Для аналізу варіабельності серцевого ритму використовували такі показники: ЧСС

— частота серцевих скорочень за хвилину; TP (мс²) — загальна потужність спектра; LF (мс²) — низьких частот і HF (мс²) — високих частот; відношення потужностей низькочастотної і високочастотної ділянок спектра (LF/HF). Для ідентифікації ділянок ритмограми, придатних для коректного спектрального аналізу ВСР, і оцінки стаціонарності ВСР використовували М-індекси, що базуються на обчисленні локальних показників Ляпунова: М — стійкості, М0 — нелінійності і М1 — фазового руху [8].

Дані заносили в базу Microsoft Excel і обробляли стандартними статистичними методами. Розраховували: середнє значення (М); стандартне відхилення (δ); середнє відхилення від стаціонарного стану (μ); стандартне відхилення середнього відхилення від стаціонарного стану (σ); середній напрямок відхилення від стаціонарного стану (δ₁); середній зважений напрямок відхилення від стаціонарного стану (λ).

Статистично значущі розбіжності між групами визначали параметричними і непараметричними методами за до-

помогою t-критерію Стьюдента, U-критерію Манна — Уїтні.

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічні прояви БА до початку і на етапах терапії подано в табл. 1. До початку терапії в 49 % пацієнтів напади ядухи були щоденними, у 37 % — рідше 1 разу на день, але частіше 1 разу на тиждень, у 14 % — рідше 1 разу на тиждень. У 42 % пацієнтів із БА значення ОФВ₁ були нижче 60 %, у 51 % пацієнтів — 60–80 %, у 7 % — більше 80 % від належних величин. До початку терапії у 75 % пацієнтів БА супроводжувалася легеневою недостатністю I–II ступеня. Терапія позитивно вплинула на клінічні ознаки у пацієнтів із БА, зменшуючи кількість, тяжкість нападів і загострень, підвищуючи клас легеневої недостатності.

Показники ФЗД у гострій фармакологічній пробі (ГФП) в кліно- та ортостазі у пацієнтів із БА до початку терапії і через 1, 3 міс лікування подано в табл. 2. До початку терапії в базальних умовах частота дихальних рухів (ЧДР) становила 17 рухів за 1 хв, ФЖЄЛ — 73 % від належних показників, ОФВ₁ — 69 %, ОФВ₂ — 73 %,

Таблиця 1

Клінічні прояви у пацієнтів з бронхіальною астмою на етапах терапії, М, n (%)

Показники		Етапи терапії		
		До терапії	1 міс	3 міс
Частота нападів	Рідше 1 разу на тиждень	18 (14)	76 (58)	79 (60)
	1 раз на тиждень і частіше, але рідше 1 разу на день	49 (37)	31 (23)	28 (15)
	Щодня	65 (49)	25 (19)	33 (24)
Тяжкість загострення	Легка	67 (51)	77 (58)	79 (59)
	Середня	65 (49)	55 (46)	49 (50)
ОФВ ₁ , %	понад 80	9 (7)	25 (19)	41 (45)
	60–80	67 (51)	90 (69)	85 (64)
	менше 60	56 (42)	17 (13)	7 (5)
Легенева недостатність, стадія	0	67 (14)	76 (58)	81 (63)
	I	32 (24)	25 (19)	32 (25)
	II	33 (25)	31 (24)	19 (11)



**Показники ФЗД в кліно- та ортостазі у пацієнтів
із бронхіальною астмою під впливом терапії, М, δ**

Етапи терапії	Показники ФЗД								
	ГФП	ЧДР, рух./хв	ФЖЄЛ, %	ОФВ ₁ , %	ОФВ ₂ , %	ОФВ ₃ , %	МОШ ₂₅ , %	МОШ ₅₀ , %	МОШ ₇₅ , %
До терапії	до	17 4,8	73 11,1	69 14,5	73 6,5	79 8,7	61 16,7	60 50,3	53 52,1
	після		81 9,9	84* 11,2	80 7,1	90* 9,1	75* 10,5	66 34,1	75* 44,2
1 міс	до	15 2,3	88** 3,7	70 19,3	80 14,0	83 10,0	65 37,7	50 32,3	68** 25,5
	після		91** 5,6	83* 19,3	91* 8,8	95* 7,9	73 25,6	64* 27,3	81* 37,8
3 міс	до	15 2,2	85** 4,1	76 22,3	79 6,8	80 12,7	67 19,6	66 11,8	69** 21,1
	після		90 4,9	84 19,0	83 11,2	89 9,9	80 9,5	79* 10,8	77 12,9

Примітка. В табл. 2 і 3: * — статистично значущі розбіжності в групі при гострій фармакологічній пробі (P<0,005); ** — статистично значущі розбіжності між групами (P<0,005).

Таблиця 3

**Показники ВСР в кліно- (к) та ортостазі (о) у пацієнтів
із бронхіальною астмою під впливом терапії, М, δ**

Етапи терапії	ГФП	ТР, мс ²		LF, мс ²		HF, мс ²		LF/HF, %		ЧСС, уд/хв	
		к	о	к	о	к	о	к	о	к	о
До терапії	до	771 684	662 553	189 195	157 166	97 112	51 60	3,1 2,8	4,3* 3,1	81 12	87 12
	після	877 607	860 712	246 242	232 236	116 134	78 99	4,0* 5,6	4,9 4,0	78 11	85 11
1 міс	до	1061** 795	739* 598	298 292	138* 162	155** 195	64* 97	3,6 3,1	4,2 3,5	80 11	88* 12
	після	829 626	821 728	187 215	169 188	86 123	84 128	3,6 4,5	4,3 4,2	80 10	86 10
3 міс	до	987 665	856 471	357 198	214 155	176 165	109 81	2,6 3,2	3,3 3,5	80 15	86* 11
	після	765 549	745 723	212 177	197 176	163 141	89 96	2,9 3,6	3,9 3,5	82 11	88 12

ОФВ₃ — 79 %, МОШ₂₅ — 61 %, МОШ₅₀ — 60 %, МОШ₇₅ — 53 %. Після ГФП відбулося зростання усіх показників: ОФВ_{1, 3}, МОШ_{25, 75} підвищилися вірогідно на 15, 11, 14 і 22 % відповідно. Через 1 міс терапії всі значення ФЗД зросли, із них вірогідно — тільки ФЖЄЛ та МОШ₇₅ — на 15 %, ОФВ₁ — на 5 %, ОФВ₂ — на 3 %, ОФВ₃ — на 3 %, МОШ₂₅ — на 3 %, МОШ₅₀ — на 15 %. Реакція показників ФЗД на ГФП після терапії зберегла свою спрямованість і характеризу-

валася вірогідним зростанням показників: ОФВ₁ — на 13 %, ОФВ₂ — на 11 %, ОФВ₃ — на 12 %, МОШ₅₀ — на 14 % та МОШ₇₅ — на 13 %. Через 3 міс ФЖЄЛ і МОШ₇₅ вірогідно збільшилися на 16 та 30 % відповідно; ГФП спричинила приріст ОФВ₁ на 8 %, ОФВ₂ — на 4 %, ОФВ₃ — на 9 %, МОШ₅₀ — на 13 % та МОШ₇₅ — на 8 %.

Результати порівняння показників ВСР у ГФП у кліно- та ортостазі у пацієнтів із БА під впливом терапії подано в табл. 3. До початку терапії у

базальних умовах ТР дорівнювала 771 мс², LF — 189 мс², HF — 97 мс²; LF/HF — 3,1; ЧСС — 81 уд/хв. Реакція на ортостаз була фізіологічною і виявлялася зростанням ЧСС на 8 %, невірогідним зниженням усіх спектральних доменів ТР ВСР: ТР — на 15 %, LF — на 17 %, HF — на 47 % і вірогідним зростанням LF/HF на 39 %. Гостра фармакологічна проба спричинила невірогідне збільшення ТР ВСР і всіх її складових і вірогідне — LF/HF (на 29 %). Реакція на ортостаз на фоні ГФП виявлялася незначним зниженням ТР, LF, HF (на 2, 6, 33 % відповідно), збільшенням LF/HF на 23 % та ЧСС — на 9 %.

Терапія БА протягом 1 міс вплинула на показники ВСР: ТР і HF вірогідно зросли на 38 та 59 % відповідно; LF і LF/HF — невірогідно на 58 і 16 %, на ЧСС значущого впливу не виявлено. Ортостатична проба характеризувалася вірогідним зниженням ТР на 31 %, LF — на 52 %, HF — на 69 %, при цьому відношення LF/HF невірогідно збільшилося на 12 %, ЧСС — на 10 %. Лікування протягом 3 міс спричинило зростання ТР на 28 %, LF — на 88 %, HF — на 81 %, LF/HF знизилася на 15 %, на ЧСС



значущого впливу не виявлено. Ортостатична проба засвідчила зниження TP на 14 %, LF — на 43 %, HF — на 39 %, LF/HF зросло на 26 %, ЧСС — на 10 %. Гостра фармакологічна проба знижувала показники BCP: TP — на 27 %, LF — на 41 %, HF — на 8 %, LF/HF зросло на 11 %. Ортостаз на фоні ГФП спричинив зниження значень BCP: TP — на 3 %, LF — на 7 %, HF — на 45 %, LF/HF зросло на 34 %, ЧСС — на 7 %.

Показники стаціонарності BCP (стійкість, нелінійність, фазовий рух) у ГФП в кліно-та ортостазі у пацієнтів із БА на етапах терапії подані в табл. 4. Для пацієнтів із БА характерні малі коливання значень, деяке підвищення значень середнього відхилення від стаціонарного стану спостерігається через 1 міс терапії для M, M1-індексу; для решти показників характерна тенденція до зниження індексів на етапах терапії.

Поліпшення клінічних проявів БА і збільшення значень ФЗД у відповідь на застосування бронхолітиків короткої дії в ГФП у пацієнтів із БА є очікуваним, воно пояснюється

їхнім механізмом дії. Базисна терапія зменшує клінічні прояви БА та поліпшує значення ФЗД [6; 7; 9].

Лікування пацієнтів із БА протягом 1 міс стимулювало активність ВНС, що виявлялося підвищенням потужності всіх частотних доменів TP BCP із деяким зростанням LF/HF. Терапія БА протягом 3 міс підвищувала потужність ВНС порівняно з вихідним станом, що виявлялося збільшенням LF, HF і деяким зниженням LF/HF. Підвищення загальної потужності спектра BCP під впливом терапії БА має розцінюватися як свідчення стабілізації нейрогуморальної регуляції (НГР) [10]. Малі коливання значень і тенденція до зниження M-індексів на етапах терапії в пацієнтів із БА свідчать про позитивний вплив терапії на стійкість НГР.

Висновки

1. Базисна терапія приводить до поліпшення клінічних ознак БА зі зростанням показників ФЗД та підвищенням потужності усіх частотних доменів BCP із підвищенням LF/HF.

2. Виявлений нами високий ступінь взаємовпливу змін LF,

LF/HF BCP із ОФВ₁ свідчить про важливість нейрогуморальної регуляції у пацієнтів із БА під впливом терапії.

3. Для пацієнтів із БА характерні малі коливання значень і тенденція до зниження M-індексів на етапах терапії.

Виявлений зв'язок клінічних проявів, параметрів BCP із даними ФЗД на етапі терапії — підстава для подальшого вивчення її можливого застосування в пошуку нових підходів до ведення пацієнтів із БА.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горячкина Л. А. Исследования GOAL: достижимы ли цели лечения, сформулированные в GINA? // Аллергология. — 2005. — № 1. — С. 40-46.

2. Анализ вариабельности сердечного ритма в оценке эффектов бронходилататоров при хроническом обструктивном синдроме / Е. В. Давыдова, О. А. Смольникова, Г. Р. Зарипова и др. // Пульмонология. — 1999. — № 5. — С. 67-72.

3. Ключева М. Г., Геппе Н. А., Рывкин А. И. Влияние атровента на нейровегетативный статус, вентиляционно-перфузионные отношения у больных бронхиальной астмой // Аллергология. — 2005. — № 1. — С. 27-30.

4. Марков А. Е. Роль глюкокортикоидов для ингаляционного

Таблиця 4

M-індекси варіабельності серцевого ритму в гострій фармакологічній пробі в кліно- (к) та ортостазі (о) у пацієнтів із бронхіальною астмою на етапах терапії, M, M0, M1

Етапи терапії	ГФП	Середнє відхилення від стаціонарного стану, стандартне відхилення, μ , σ						Середній напрямок відхилення від стаціонарного стану, δ_1				Середній зважений напрямок відхилення від стаціонарного стану, λ			
		M		M0		M1		M		M0		M		M0	
		к	о	к	о	к	о	к	о	к	о	к	о	к	о
До терапії	до	0,32 0,57	0,29 0,46	0,96 0,74	0,9 0,78	0,21 0,23	0,21 0,3	13,9	4,3	-17,7	-39,4	-37,5	-40,8	45,8	21,4
	після	0,27 0,22	0,25 0,31	0,85 0,74	1,04 0,97	0,25 0,35	0,29 0,35	-15,4	-7,4	-33,0	-36,1	-32,6	-30,2	-18,4	0,6
1 міс	до	0,36 0,53	0,25 0,28	0,81 0,83	0,17 0,77	0,33 0,48	0,19 0,17	16,0	44,2	-33,7	-100	-43,6	-100	-31,3	-44,2
	після	0,26 0,23	0,25 0,29	0,64 0,63	1,18 0,85	0,24 0,37	0,16 0,24	0,0	-21,4	-4,2	56,8	-29,3	-53,8	-79,5	-9,5
3 міс	до	0,24 0,32	0,22 0,29	0,64 0,84	0,02 0,83	0,21 0,34	0,17 0,17	27,9	-38,8	-27,8	-95,6	-36,0	-100	-1,1	-18,9
	після	0,21 0,25	0,22 0,29	0,5 0,6	1,07 0,93	0,13 0,14	0,09 0,09	0,0	-35,7	-4,7	-51,8	-28,1	-51,8	-77,3	-72,7



применения в лечении больных с бронхиальной астмой // Укр. мед. часопис. — 1999. — № 3 (11). — С. 23-25.

5. *Влияние* функциональных проб на вариабельность сердечного ритма у больных бронхиальной астмой / В. Н. Марченко, В. И. Трофимов, В. А. Александрин и др. // Пульмонология. — 2003. — № 6. — С. 13-17.

6. *Наказ* Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2003 р.

№ 499 «Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів».

7. *Обструктивные* заболевания легких: Образовательная программа для врачей / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина, М. А. Полянская, А. Н. Туманов. — К.: Книга, 2004. — С. 287.

8. *Исследуем* регуляторные процессы / Н. И. Яблчанский, А. В. Мартыненко, А. С. Исаева и др. — Донецк: ЧП Бутасова, 2005. — С. 196.

9. *Inhaled* glucocorticosteroids decrease hydrogen peroxide level in expired air condensate in asthmatic patients / A. Antczak, Z. Kurmanowska, M. Kasielski et al. // Respir. Med. — 2000. — Vol. 94, N 5. — P. 416-421.

10. *Sympathetic* Activation in Patients with Chronic Respiratory Failure / S. Heindl, M. Lehnert, C.-P. Criée et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2001. — N 164 (4). — P. 597-601.

УДК 618.19-006.04-073.75-076

Е. В. Тарасовська, В. М. Соколов, В. В. Степула

ЗНАЧЕННЯ РЕЦЕПТОРІВ ЕСТРОГЕНУ І ПРОГЕСТЕРОНУ В ПРОГНОЗУВАННІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ — РЕЗУЛЬТАТИ ШЕСТИРІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Одеський державний медичний університет,
Одеський обласний онкологічний диспансер

Визначення рецепторів естрогену і прогестерону в первинній пухлині молочної залози стало невід'ємною частиною діагнозу раку молочної залози (РМЗ), оскільки це забезпечує важливу інформацію про доцільність прогнозу та вибір терапевтичного підходу [1; 2]. Проте думки дослідників про роль і значущість стероїдних рецепторів у прогнозуванні загальної та безрецидивної виживаності досить суперечливі. Так, одні автори найменшу безрецидивну виживаність хворих на РМЗ пов'язують із позитивним рецепторним статусом обох гормонів (ER+, PR+) [1–3], другі — відзначають обмежене прогностичне значення стероїдних рецепторів [4–6], треті — пов'язують кращу виживаність з естроген-позитивними пухлинами [7], четверті — пояснюють пізні рецидивування РМЗ наявністю естроген-позитивних пухлин [8; 9], п'яті асоціюють

гіршу безрецидивну виживаність з естроген-негативними і прогестерон-позитивними пухлинами [10].

Метою нашого дослідження став ретроспективний аналіз результатів шестирічного спостереження за хворими на РМЗ, у пухлинах яких були визначені рецептори естрогену та прогестерону, для оцінки ролі цих показників у прогнозі загальної та безрецидивної виживаності хворих на РМЗ.

Матеріали та методи дослідження

У 31 жінки з доопераційно й інтраопераційно встановленим РМЗ після оперативного втручання в гістологічних зрізах були визначені стероїдні рецептори. Розподіл РМЗ за стадіями у цих хворих був таким: T₁N₀M₀ — 1; T₁N₁M₀ — 2; T₁N₂M₀ — 1; T₂N₀M₀ — 3; T₂N₁M₀ — 4; T₂N₂M₀ — 2; T₃N₀M₀ — 1; T₃N₁M₀ — 5; T₃N₂M₀ — 3; T₄N₀M₀ — 2;

T₄N₁M₀ — 3; T₄N₂M₀ — 4. Усі жінки одержували комплексне лікування. У 16 хворих була проведена лівобічна радикальна мастектомія за Пейті, у 9 — радикальна правобічна мастектомія за Пейті, у 1 — лівобічна радикальна мастектомія за Вінівартером, у 1 — лівобічна радикальна квадрантектomia, у 1 — секторальна резекція лівої молочної залози, у 2 — секторальна резекція правої молочної залози, у 1 — санітарна мастектомія; 7 жінок одержали курси післяопераційної ПХТ, 2 — перед- і післяопераційну ПХТ, 21 — передопераційну ПХТ, 4 — післяопераційну ТГТ, 4 — передопераційну ТГТ. За час спостереження рецидиви виникли у 14 хворих на РМЗ, померло 12 осіб.

Рецептори естрогену та прогестерону визначали імуногістохімічним методом (DAKO, клон 1D5, Великобританія; "DAKO ER/PR", DAKO CORPO-

