

**ПРОГНОЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Тугизова Дилдора Исмоиловна

Норкулова Сохиба Уктамовна

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Аннотация.

Метастазирование рака молочной железы является большой и трудной проблемой в онкомаммологии. По данным различных авторов от 20 до 70 процентов больных с РМЖ при поступлении имеют уже метастазы различного характера. В данном исследовании положены сведения по изучению результатов лечения метастатического рака молочной желез (РМЖ) в Самаркандской области за период с 2012 по 2016 года (5лет). За исследуемый период по данным Самаркандского филиала РИОиРНПМЦ было зарегистрировано и пролечено 1200 больных с РМЖ, из них 800 больных с впервые установленным диагнозом рака молочной железы с метастазами. Выживаемость больных при МРМЖ зависила от размеров первичной опухоли, от возраста больных, от репродуктивной функции, от локализации опухоли в молочной железы и от морфологических вариантов. Полученные нами результаты будут расширять теоретические и практические представления о факторах прогноза метастатического рака молочной железы.

Ключевые слова: метастаз, репродуктивная функция, локализация опухоли, морфологический вариант.

Актуальность. Метастазирование рака молочной железы является большой и трудной проблемой в онкомаммологии [3, 10]. По разным данным, в зависимости от экономического статуса и состояния развития медицины в целом, от 20 до 70 процентов при поступлении имеют уже распространенные формы заболевания. Опухоль характеризуется значительной вариабельностью в клиническом течении. Имеется множество факторов, влияющих на прогноз и отдаленные результаты. Среди них в первую очередь специалисты выделяют возраст, репродуктивный и гормональный статусы, гистологическую форму и некоторые другие. Поиск пусковых факторов и механизмов развития рака молочной железы, включая рецидив и метастазирование, ведется многими исследователями, однако до сих пор единого мнения о причинах их возникновения нет [7, 8, 10]. Поэтому изучение распространенности и

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10

возможных причин и патогенетических факторов при раке молочной железы является приоритетным в планировании и работе онкомамологической службы в целом [1,2,3]. Совершенствование методов специальной терапии и использование комбинированных радикальных программ лечения позволило добиться улучшения выживаемости, повышение качества жизни больных раком молочной железы. Так пятилетняя выживаемость при начальных стадиях рака молочной железы составляет 80-90% [1, 6, 4]. Однако настоящее время продолжает наблюдаться высокая запущенность при первичном поступлении. Около 70% больных, с впервые установленным диагнозом рака молочной железы имеют III и IV стадии опухолевого процесса, что значительно затрудняет лечение и, следовательно, отражается на низкой выживаемости [4, 7].

Цель исследования. Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий с оценкой факторов прогноза при метастатическом раке молочной железы.

Материал и методы исследования. Исследование по изучению результатов лечения метастатического рака молочной желез (РМЖ) в Самаркандской области охватывает период с 2012 по 2016 года (5лет). Материалам исследования служили данные обо всех случаях заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований молочной железы в Самаркандского филиала РИОиРНПМЦ города Самарканда. За исследуемый период по данным Самаркандского филиала РИОиРНПМЦ города Самарканда в течение 5 лет было зарегистрировано и пролечено 1200 больных с РМЖ, из них 800 больных с впервые установленным диагнозом рака молочной железы с метастазами. За исследуемый период времени было зарегистрировано 800 больных с метастатическим раком молочной железы. Девушек, больных РМЖ до 20 лет не было, однако в возрастной группе 21-30 лет поступили 50 больных (6,25%). В возрасте 31-40 лет было выявлено уже 140 больных МРМЖ (17,5%). В возрасте 41-50 лет 310 больных (38,75%), в 51-61 лет 180 больных (22,5%), в 61-70 лет 120 больных (15%). Необходимо отметить, что это довольно удручающие цифры, когда женщины столь молодого возраста заболевают раком молочной железы, к тому же ее метастатическим формами при поступлении. Также обращает внимание тот факт, что в последние годы число женщин молодого возраста с метастатическим РМЖ значительно выросло. Фактором, обуславливающим

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10

высокую заболеваемость и смертность женщин молодого репродуктивного возраста, отражающим состояние здравоохранения и онко службы с ее многочисленными недостатками, а также общую низкую медико-социальную грамотность населения.

Наиболее многочисленную группу составили больные РМЖ с метастазами в возрастной группе 41-50 лет (38,75%) и 51-60 лет (22,5%). Таким образом, почти 60% больных с МРМЖ были женщины этих возрастных групп. Несколько меньше было больных РМЖ в возрасте 61-70 лет (15%).

Наиболее частыми гистологическими формами первичной опухоли были дольковый (41%) и протоковый (30%) типы рака. В 13,5% случаев гистологическая структура опухоли была представлена недифференцированной формой, обусловленной в некоторых случаях лечебным патоморфозом. Реже были представлены другие гистологические варианты опухоли, такие как железисто-солидный, скirroзный, слизистый и медуллярный типы.

Однако по нашим результатам исследования, какой-либо зависимости частоты метастазирования, связанной от расположения первичной опухоли на правой или левой груди не отмечено. Первичная опухоль примерно одинаково часто располагалась, как в левой, так и правой груди. У 2-х женщин (2,5%) при первичном поступлении было отмечено двухстороннее поражение. По термину местно-распространенный рак молочной железы, многие авторы, такие как Огнерубов Н.А., Летагин В.П., Поддубная И.В. и другие понимают любое поражение молочной железы, сопровождающееся метастазированием в регионарные лимфатические узлы при отсутствии генерализации процесса [10].

Частота развития метастаза в регионарных лимфатических узлах в прямую зависит от локализации опухоли в квадрантах молочной железы.

Из 800 больных при локализации первичной опухоли в верхнем наружном квадранте наиболее часто РМЖ метастазировал в подмышечные лимфатические узлы - 264 больных (32,9%). Почти в четверти случаев метастазы обнаруживались в подключичных лимфатических узлах и реже (примерно у каждой 10 женщины) в надключичных (При локализации опухоли в нижнее - внутренних квадрантах, что было обнаружено у 44 женщин из 800 (5,5%) более чем в половине случаев (54,4%) метастазы также были в подмышечном коллекторе. В трети случаев метастазы локализовались в

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10

подключичной области при данном расположении первичной опухоли. Аналогичная картина наблюдалась при расположении опухоли в центральной части молочной железы. Парастернальные лимфоузлы наиболее часто поражались метастазами при локализации первичной опухоли в нижнее – внутренних квадрантах (26%), что обусловлено особенностями регионарного лимфооттока. Из приведенных данных видно, что в целом подмышечная область наиболее часто поражалась при регионарном метастазировании РМЖ. Ранее считалось, что распространение рака молочной железы на начальном этапе происходит лимфогенно, однако Б. Фишер в эксперименте доказал, что лимфогенная и гематогенная диссеминация происходят одновременно. Поэтому метастазы в регионарных лимфатических узлах не этап развития опухоли, а свидетельство о приобретении опухолью способности метастазированию и фактически являются маркером гематогенной опухолевой диссеминации. Процесс метастазирования является динамичным и непрерывным.

Из 800 больных 61 или 7,6% уже при первичном обращении имели отдаленные метастазы в различные органы. При этом наиболее часто из этих 61 больных метастатический очаг локализовался в легких (23 случаев или 37,7%), затем в противоположной молочной железе (10 случаев или 16,5%). Из 61 больных 8 (13,1%) случаев были метастазы в печень, 19 (31,1%) в кость (позвоночник, подвздошная кость, ребро), 1 (1,6%) в головной мозг. Если взять все костные (позвоночник, подвздошную кость, ребра) поражения вместе, то на их долю приходится всего 19 случаев (31,1%). Т.е. эти данные свидетельствуют о том, что наблюдается значительная запущенность опухолевого процесса, так как метастазы в кости свидетельствует о длительном существовании и развитии опухоли. Наиболее часто метастазирование рака молочной железы, как в отдаленные органы, так и в регионарные лимфоузлы происходило, когда опухоль локализовалась в центральной части органа (в 355 случаях из 800, или в 44,4%). Довольно часто опухоль была расположена в верхнее – наружных квадрантах молочной железы (264 случая или 32,9%). Затем по частоте находятся верхнее-внутренний (7,2%) и нижнее - наружный (5,5%) квадранты.

Поражение всей молочной железы при первичном поступлении, когда было невозможно определить четкие границы опухоли и шло распространение на несколько секторов или отделов отмечено в 62 случаях (7,7%). По годовой

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10

анализ регистрации случаев метастатического рака молочной железы показал, что реже всего опухоль метастазировала в лимфоузлы и другие отдаленные органы, когда опухоль располагалась в нижне-внутреннем квадранте молочной железы (2,2 %).

Результаты. Как было изложено ранее, существуют определенные факторы, которые имеют важное прогностическое значение и влияют на результаты лечения рака молочной железы. Нами была поставлена задача, изучить какие же факторы имеют прогностическое значение, и насколько они достоверно влияют на выживаемость больных, как в ближайшем, так и отдаленном периодах после специальной терапии. Большинство авторов, как было показано в обзоре литературы, выделяют несколько прогностических факторов, таких как возраст больных на момент постановки диагноза, размеры первичной опухоли, количество пораженных лимфоузлов, размеры этих узлов, репродуктивный статус, вид проведенного лечения (радикальный, паллиативный), длительность без метастатического периода, гормональный статус. Однако по тем же литературным данным имеются довольно противоречивые сведения, касающиеся достоверности влияния перечисленных и некоторых других факторов прогноза на выживаемость больных. На первом этапе нами были изучены такие факторы, как стадия первичной опухоли, или размеры новообразования в молочной железе. В представлена общая выживаемость в процентах больных МРМЖ в зависимости от размеров первичной опухоли. Размеры новообразование колебались от 0 до 5 см и более. Такая градация по делению от 0 до 2 см, от 2 до 5 см и более 5 см является общепринятой и соответствует международной классификации по TNM.

Выживаемость больных при МРМЖ зависила от размеров первичной опухоли. Практически при всех сроках наблюдения (от 12 месяцев до 60 месяцев) выживаемость была статистически достоверно выше в группе больных, где размеры первичной опухоли были до двух сантиметров. Между группами больных с размерами от 2 до 5 см и более 5 см общая 5-ти летняя выживаемость была довольно статистически достоверно не различалась (35% и 28% соответственно). Заметно, что 5-ти летняя выживаемость больных метастатическим раком молочной железы при опухолях менее 2 см. была равна 59,9%, тогда как при опухолях более 5 см она составила только 28,8%. Результаты проведенного исследования по выявлению зависимости между

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10

выживаемостью и количеством пораженных метастатических лимфатических узлов показывает, что количество пораженных лимфоузлов достоверно влияет на показатели выживаемости, с увеличением количества пораженных лимфоузлов длительность жизни уменьшается.

Выживаемость больных метастатическим раком молочной железы зависит и от локализации пораженных лимфатических узлов. Результаты наших исследований показали, что одно- и трехлетняя выживаемость при поражении шейных и парастеральных лимфатических узлов была статистически достоверно ниже, чем при поражении подключичных и надключичных лимфатических узлов. Анализ данных пятилетней выживаемости показал, что самые низкие показатели были получены при поражении парастеральных лимфатических узлов (47,5%) и эта разность была статистически значимой по сравнению со всеми другими группами больных. Довольно низкая выживаемость была отмечена и среди группы больных с поражением шейных и надключичных лимфатических узлов (50-51%) по сравнению с подмышечным и подключичным поражением (57% и 65%).

О том, что возраст больных также имеет прогностическое значение в отношении выживаемости, упоминают большинство исследователей. Нами изучена общая выживаемость больных с метастатическим раком молочной железы в зависимости от возраста больных на момент постановки диагноза. Выживаемость больных на первом году жизни статистически достоверно была выше в группе женщин относительно старшего возраста (51 лет и выше), по сравнению с возрастной группой 31 -40 лет. Также следует отметить, что при сравнении возрастных групп 61-70 лет и 41-50 лет, выживаемость была статистически достоверно выше в первой. Между возрастными группами 61-70 лет и 51-60 лет значимых различий в выживаемости не отмечено.

Далее нами изучены показатели выживаемости больных МРМЖ в зависимости от менопаузального статуса (до и после менопаузы). Известно, что этот статус влияет на прогноз заболевания, и во всем мире приняты определенные дифференцированные подходы к комплексной терапии. Исследование показывает, что практически на всех этапах наблюдения у больных, находящихся в постменопаузе наблюдаются лучшие показатели общей выживаемости, чем у больных в пременопаузе. Также нами изучены

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10

выживаемость больных при метастатическом раке молочной железы в зависимости от проведенного лечения.

При оценке общей выживаемости больных, при различных лечебных подходах, наилучшие результаты были достигнуты также при комплексном лечении метастатического РМЖ. Так 5 лет и более пережили 64,2% больных, что было статистически достоверно выше, чем при комбинированном и сочетанном методах. Примечательно, что выживаемость при комбинированном методе была выше, чем при использовании только сочетанного лечения. То, что гистологическая структура первичной опухоли играет важную роль в клинических особенностях заболевания и выборе тактики лечения это не вызывает никакого сомнения. Одной из задач нашего исследования явилось изучение влияния гистологической структуры на результаты лечения и общую выживаемость больных МРМЖ. Как было указано ранее, основными гистологическими формами рака молочной железы были дольковый и протоковый варианты опухоли, которые вместе составили 71% от форм. Практически на всех этапах наблюдения (12, 36 и 60 месяцев) выживаемость больных раком молочной железы была статистически достоверно выше при дольковой форме опухоли, чем при протоковом типе.

Выводы

1. Частота метастатического рака молочной железы при первичном поступлении составила около 45%. Из них большой процент составила ближжающие регионарные метастазы. Отдаленные метастазы обнаружены при первичном обращении у 8%больных.

2. Наиболее часто метастазирование рака молочной железы, как в отдаленные органы, так и в регионарные лимфоузлы происходило, когда опухоль локализовалась в центральной части органа (в 355 случаях из 800, или в 44,4%).

3. Имеется прямая зависимость частоты выживаемости от следующих факторов. Пятилетние результаты статистически достоверны выше при размерах первичной опухоли до 2 см, чем от 2-х до 5 и более 5 см и Гистологически дольковый рак имеет лучшие результаты, чем протоковый вариант. Выживаемость при поражении шейных и парастеральных лимфоузлов была статистически достоверно ниже, чем при поражении подключичных и надключичных лимфоузлов.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10

4. У больных, находящихся в постменопаузе наблюдаются лучшие показатели общей выживаемости, чем у больных в пременопаузе.

5. При комплексной терапии пять лет и более пережили 64,2% больных, что было статистически достоверно выше, чем при комбинированном и сочетанном методах.

Список литературы

1. Артамонова Е.В. Применение комбинации карбоплатина, доксорубицина и 5-фторурацила в предоперационном химиолучевом лечении местно-распространенного рака молочной железы./Артамонова Е.В., Манзюк Л.В., Хайленко В.А. и др. //Русск. мед.журнал. - 2013. - Т. 11 - №26 - С. 45 - 52.

2. Баженова А.П. Рак молочной железы. /Баженова А.П., Островцев Л.Д.Хахапашвили Г.Н. М.:Медицина.2015. - 272с.

3. Блохин С.Н. Реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы /Автореф. дисс. д.м.н., М., 2014. - 34 с.

4. Герштейн Е.С. Тканевые маркеры как факторы прогноза при раке молочной железы. // Практическая онкология - 2012. — Т.3 - № 1 - С.38-44.

5. Диагностика и лечение рака молочной железы./Под ред.В.П.Демидова. - М. : Медицина. 2017: - 172 с.

6.Завизион В.Ф. Пути улучшения результатов органосохраняющего лечения больных раком молочной железы /Завизион В.Ф., Косса В.А.,Машталер В.Е. и др. // Онкология - 2011. - Т.3 - № 2-3.

7. Камарли З.П. Особенности распространения злокачественных опухолей в Кыргызской Республике. // Актуальные проблемы онкологии и радиологии. Сб. науч. работ. Бишкек - 2013. - С.5-11.

8. Burstein H. Docetaxel Administered on Weekly Basis for Metastatic Breast Cancer. Burstein H., Manola J., Younger J. et al. // J. Clin. Oncol. -2013.-у. 18.-P. 1212-1219.

9. Darby S. Mortality from cardiovascular disease after radiotherapy for breast cancer, in 298885 women registered in the SEER cancer registries/Darby S., McGale P., Peto R. // 27 th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium.. -2014. - Vol. 88. - Suppl. - Abstr. 32.

10. Elangovan A.E. Predicting sentinel node involvement: Manchester experience. Breast Cancer Research Treatment /Elangovan A.E., Wilson M.,ICnox F.W. et al. //Special Issue: 24th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium. - 2012. - V.69. - P.220. - Abstract 114.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10

11. Рахимов Н. М. и др. клинико-рентгенологическая и компьютерно-томографическая характеристика тимомы //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.

12. Зокирова Н. и др. Оптимизация ведение женщин с пузырьным заносом //Журнал вестник врача. – 2014. – Т. 1. – №. 1. – С. 89-93.

13. Тугизова Д. И., Джураев М. Д., Каримова М. Н. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ //АССОЦИИРОВАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ.

14. Каримова М. Н. и др. Билатеральная лимфосаркома молочных желез (клинический случай из практики) //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 94-100.

15. Каримова М. и др. Метахронный рак молочной железы и возможности его прогнозирования //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 50-51.

16. Каримова М. и др. РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА У ЖЕНЩИН С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Т-ОБРАЗНОГО РАЗРЕЗА //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2. – С. 186-189.

17. Тугизова Д. И., Каримова М. Н. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ //The Role of Technical Sciences in IV Industrial Civilization: International Scientific and Practical Conference (UK). – 2023. – Т. 4. – С. 1-1.

18. Тугизова Д. И., Каримова М. Н. УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ //Current approaches and new research in modern sciences. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 118-119.

19. Тугизова Д. И., Каримова М. Н. Совершенствование Методов Ранней Диагностики И Тактики Ведения Беременных С Раком Шейки Матки //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 3. – С. 643-656.

20. Тугизова Д. И., Каримова М. Н., Рахимов Н. М. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) //Т [a_XW [i [S US S_S^[ùe YfcS^. – С. 99.