

## СЕМИЛЕТНЕЕ ДОЖИТИЕ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ (ВЫБОРОЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗА 2017-2024 ГГ.)



Джураев Миржалол Дехканович<sup>1</sup>, Зарипова Парвина Илхомовна<sup>2</sup>, Узаков Соhib Максудович<sup>3</sup>,  
Джураев Фаррух Миржалолович<sup>2</sup>, Кутлумуратов Атабек Бекчанович<sup>1</sup>

1 - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

3 - Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА КЎКРАК БЕЗИ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АЁЛЛАРНИНГ ЕТТИ ЙИЛЛИК ТИРИК ҚОЛИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ (2017–2024 ЙИЛЛАР БЎЙИЧА ТАНЛАНМА ТАДҚИҚОТ)

Джураев Миржалол Дехканович<sup>1</sup>, Зарипова Парвина Илхомовна<sup>2</sup>, Узаков Соhib Максудович<sup>3</sup>,  
Джураев Фаррух Миржалолович<sup>2</sup>, Кутлумуратов Атабек Бекчанович<sup>1</sup>

1 - Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

3 - Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

## SEVEN-YEAR SURVIVAL OF WOMEN WITH BREAST CANCER IN SAMARKAND REGION (A SAMPLE STUDY FOR 2017–2024)

Juraev Mirjalol Dekhkanovich<sup>1</sup>, Zaripova Parvina Ilhomovna<sup>2</sup>, Uzakov Sohib Maksudovich<sup>3</sup>,  
Juraev Farrukh Mirjalolovich<sup>2</sup>, Kutlumuratov Atabek Bekchanovich<sup>1</sup>

1 - Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

3 - Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Кириш. Замонавий онкомаммология кўкрак беzi саратоми (КБС) билан оғриган беморларни доволашда икки ўзаро боғлиқ стратегияга таянади — тирик қолиш даражасини ошириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш. Мақсад. Самарқанд вилояти КБС билан касалланган аёллар популяциясини ифодаловчи танланмада, яшаиш жойига қараб, 5 ва 7 йиллик тирик қолиш эҳтимолини баҳолаш. Тадқиқот Республикамиз ССВнинг Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология маркази (РИОН ва Р) Самарқанд филиали беморлари мисолида ўтказилди. Материаллар ва усуллар. 2017–2024 йилларда илк бор КБС таиҳисси қўйилган 129 бемор тасодифий танлаш усули билан танловга киритилди. Назорат санаси — 01.01.2025. Кузатув даврида локал-регионал қайталанишлар (ЛРҚ) ва узоқ метастазлар частотаси алоҳида ўрганилди. Натижалар. Самарқанд вилоятида КБС билан касалланган аёлларнинг 5 ва 7 йиллик тирик қолиш кўрсаткичлари мос равишда 78,2 % ва 75,8 % ни ташиқил этди; бу Тошкент вилояти маълумотлари (79,5 % ва 82,1 %) билан таққослаганда ишончли фарқга эга эмас эди ( $p > 0,05$ ). Шунингдек, Самарқанд шаҳри аёлларида тирик қолиш нисбатан юқори (5 ва 7 йиллик — 86,7 % ва 83,3 %) бўлиб, туман шаҳарлари ҳамда қишлоқларда мос равишда 69,4 %/68,0 % ва 66,7 %/68,0 % кўрсаткичлардан устунлиги кузатилди ( $p > 0,05$ ). Хулоса. КБС билан касалланган аёлларда тирик қолишнинг чекланиши асосан кўп сонли метастазлар ривожланиши билан, камроқ даражада эса LRQ билан боғлиқ. Аҳоли онкологик регистрлари тизимини яратиш Ўзбекистон ҳудудларида беморларнинг яшаиш жойи бўйича тирик қолиш кўрсаткичларини мунтазам назорат қилиш ва фарқларни қисқа фурсатда камайитириш имконини беради.

**Калим сўзлар:** кўкрак беzi саратоми, тирик қолиш, дугитиш, локал-регионал қайталаниш, узоқ метастазлар, аҳоли онкологик регистри, эпидемиология, Самарқанд вилояти, ҳаёт сифати, онкомаммология.

**Abstract.** Introduction. The modern mammology is based on two interconnected strategy of service of women with

*mammary cancer (MC) - 1) of increasing of survival rate and 2) of improvement of quality of patient's life. The aim. An estimation of 5 and 7-year-old survival of women with MC, inhabitants of Samarkand region depending on a their residence, in the investigation sample, which represents a general population of women with MC. Materials and methods. Sample of 129 patients was made by method of casual selection in a "stream" of patients with MC which were diagnosed at first time in 2017-2024yy. Control date (CD) of supervision is 01.01.2025. We place emphasis to frequency of local-regional relapses (LRR) of MC and metastasizes to CD. Results. We found out that the 5 and 7-year survival of women with MC in the conditions of the Samarkand area are 78,2% and 75,8% accordingly, and that is comparable with data on the Tashkent area for the same period of supervision - 79,5% and 82,1% ( $p>0,05$ ). It was shown that 5 and 7-year survival of women patients with MC in Samarkand were accordingly 86,7% and 83,3%, and in country towns and villages - 69,4%, 68,0% and 66,7%, 68,0% ( $p> 0,05$ ). The conclusion: Limiting of the survival rate of women with MC in Samarkand area is connected basically with development in them of metastasises, and this is less in patients with LRR. The system of population cancer-registers would allow regions of Uzbekistan in the next years to monitor regularly the survival of patients with MC in connection with a place of their residing and to take measures for eliminating these distinctions.*

**Keywords:** breast cancer, survival, longevity, locoregional recurrence, distant metastases, population cancer registry, epidemiology, samarkand region, quality of life, oncomammology.

**Введение.** Рак молочной железы (РМЖ) - наиболее распространенная и одна из агрессивных форм локализации злокачественных новообразований у женщин [10]. Во втором десятилетии текущего века около четверти выявляемых в мире злокачественных опухолей составил РМЖ [2-4, 8, 10]. О социально-экономической значимости проблемы РМЖ говорит то, что чаще диагностируют его у женщин трудоспособного возраста [1]. Значительный прогресса в контроле над РМЖ достигнут еще в первом десятилетии текущего века, когда в мире примерно 3.6 миллионов женщин, больных РМЖ, жили не менее пяти лет [9]. Можно выделить две связанные между собой основные стратегии улучшения результатов обслуживания больных РМЖ на популяционном уровне: 1) стратегию повышения выживаемости больных РМЖ, взятых на диспансерный учет, и 2) стратегию улучшения качества их жизни. В Ташкентском городском и Самаркандском областном филиалах РСНПМЦОиР МЗРУз с 2017 года ведутся исследования в этих двух направлениях [5,6,11,12]. В частности, выявлены существенные резервы существенного снижения вероятности развития вторичной лимфедемы у пациенток на фоне специального лечения РМЖ [5, 6, 14].

Цель настоящей статьи – оценка эффективности применяемых в СФ РСНПМЦОиР МЗРУз схем и технологий диагностики, лечения и долечивания больных РМЖ в ходе диспансерного контроля по критериям вероятности 5- и 7-летнего дожития больных РМЖ в зависимости от места их жительства.

**Материалы и методы.** Использован метод *выборочных* исследований. Выборку составили методом случайного отбора из потока пациенток с впервые диагностированным РМЖ в период с 2017 г. по 2024 г.г.

(в том числе – как элемент первично-множественной опухоли), формируемого приемной поликлиникой СФ РСНПМЦОиР МЗРУз. После всех уточнений ее численность составила 129 больных. Для их специального лечения и долечивания в ходе диспансерного наблюдения использовали клинические стандарты, применяемые в Узбекистане с 2017 года [13], включавшие хирургическое вмешательство - секторальную резекцию и/или радикальную мастэктомию (РМЭ). В схему лечения входили ПХТ в режимах неoadьювантной, адьювантной, а также паллиативной терапии, лучевая терапия. В целом, выборка репрезентировала совокупность больных, в отношении которых планировали радикальное (или условно радикальное) лечение в рамках указанных стандартам. Особое внимание уделили характеру течения РМЖ в ходе семилетнего диспансерного наблюдения, составившего контрольный период (КП) отмечая развитие у больных локорегиональных рецидивов (ЛРР) и удаленных множественных метастазов.

Контрольная дата (КД) наблюдения - 01.01.2025. Использовали общепринятые рекомендации и методики статистического анализа результатов наблюдения [7,14], пакета соответствующих компьютерных программ. Оценивали долевые средние (М), стандартные ошибки (m), t-критерий Стьюдента-Фишера и 95%-х интервалы достоверности (confidential interval - CI95%), внося при необходимости поправки к нулевым и 100%-м результатам [11]. Пример распределения больных в зависимости от характера хирургической операции в схеме осуществленных лечебных вмешательств (показатели рассчитаны от числа больных) приведен в таблице 1.

**Таблица 1.** Распределение больных в зависимости от характера хирургической операции при лечебных вмешательствах

Категория больных по схеме лечебного вмешательства	Число вмешательств	М,%	m	CI95%
РМЭ по Маддену	135	91,84	2,3	87,41÷96,26
НПХТ+РМЭ (по Маддену)+...	106	72,11	3,7	64,86÷79,36
РМЭ (по Маддену)+АПХТ...	8	5,44	1,9	1,77÷9,11
Всего сект.рез.	12	8,16	2,3	3,74÷12,59
Сект.рез.+РМЭ (по Маддену)...	9	6,12	2,0	2,25÷10,0
РМЭ по Блохину	1	0,68	0,7	0,00÷2,66
ЛТ+др. лечение...	2	1,36	1,0	0,00÷3,74
Всего хирургических операций	147	100,0	-	-

**Таблица 2.** Распределение по возрастным интервалам

Возрастной интервал (годы)	N	M,%	m	CI95%
до 35	11	8,53	2,5	3,71÷13,35
35-44	29	22,48	3,7	15,28÷29,68
45-54	41	31,78	4,1	23,75÷39,82
55-64	37	28,68	4,0	20,88÷36,49
65-74	10	7,75	2,4	3,14÷12,37
75 и старше	1	0,78	0,8	0,00÷3,03
Всего	129	100,0	-	-

**Таблица 3.** Распределение больных РМЖ по клиническому течению в ходе диспансерного наблюдения в течение КП и исходу основного заболевания к КД

Клиническое течение РМЖ	Абс. число больных	M,%	m	CI95%
С ЛРР	14	10,85	2,7	5,49÷16,22
С ЛРР, мтс	6	4,65	1,9	1,02÷8,29
С ЛРР и мтс умерло	3	2,33	1,3	0,00÷5,21
С ЛРР живы	11	8,53	2,5	3,71÷13,35
С ЛРР без мтс	8	6,20	2,1	2,04÷10,36
С ЛРР без мтс умерло	0	0,76	0,9	0,00÷3,40
Без ЛРР всего	114	88,37	2,8	82,84÷93,90
Без ЛРР с мтс	34	26,36	3,9	18,75÷33,96
Без ЛРР и без мтс	80	62,02	4,3	53,64÷70,39
Всего без мтс	88	68,22	4,1	60,18÷76,25
Всего с мтс	40	31,01	4,1	23,03÷38,99
Без ЛРР вышла из под наблюдения	1	0,78	0,8	0,00÷3,03
Без ЛРР и с мтс умерло	28	21,71	3,6	14,59÷28,82
Без ЛРР и без мтс умерло	3	2,33	1,3	0,30÷5,51
Без ЛРР умерло	31	24,03	3,8	16,66÷31,40
Всего умерло	32	24,81	3,8	17,35÷32,26
Всего больных	129	100,0	-	-

**Таблица 4.** Вероятность семилетней кумулятивной выживаемости больных РМЖ женщин Самаркандской области после хирургического лечения (%) в зависимости от места проживания

Число прожитых лет	Вся выборка		Жительницы г. Самарканд		Жительницы провинциальных городов Самаркандской области		Жительницы сельской местности Самаркандской области	
	Вероятность дожития (M, %)	CI95%	M, %	CI95%	M, %	CI95%	M, %	CI95%
1	\	93,90÷99,9	96,67	86,93÷100,0	91,67	81,14÷100,0	95,24	78,88÷95,73
2	94,57	90,65÷98,49	96,67	81,85÷100,0	88,89	63,37÷92,18	84,13	68,42÷90,22
3	89,88	84,67÷95,09	93,33	81,49÷100,0	72,22	55,63÷88,81	76,08	64,14÷88,03
4	82,85	76,24÷89,46	90,00	71,78÷100,00	72,22	55,01÷89,44	71,23	58,14÷84,31
5	78,16	70,79÷85,53	86,67	73,60÷99,73	69,44	51,39÷87,50	67,99	54,2÷81,77
6	77,38	69,56÷85,2	86,67	73,6÷99,73	66,67	47,81÷85,53	67,99	53,88÷82,10
7	75,81	67,58÷84,04	83,33	68,72÷97,94	66,67	47,81÷85,53	67,99	53,88÷82,10

У 129 больных осуществлено 147 хирургических вмешательств, причем в 135 случаях (91,8%) больные подверглись РМЭ.

**Результаты и их обсуждение.** Из 129 больных выборки 40 (см. таблицу 2) пришлось на возраст до 45 лет (около 31%, CI95%=23,03÷38,99), 41 больной - на возрастной интервал с 45-54 года (около 32%, CI95%=23,75÷39,82). Остальные 48 (около 37%, CI95%=28,87÷45,55) пришлось на возраст 55 лет и старше. Средний возраст больных составил 50,2 года.

В течение КП из 129 больных к КД умерло 32 (24,8%, CI95%=24,15÷25,46; выжило 96 (74,4%, CI95%=73,76÷75,08). Из под наблюдения выбыла 1 больная (0,78%, CI95%=0,00÷3,03). При этом прожито

всеми 129 больными РМЖ к КД в среднем 56,9 месяцев (CI95%=55,5÷58,2). Выжившие к КД больные (96 человек) прожили в среднем 62,4 месяца (CI95%=60,8÷64,0). Умершие к КД (32 больных) прожили в среднем 38,8 месяцев (CI95%=36,6÷41,0). Выбыла из под наблюдения одна пациентка - спустя 22,7 месяца после операции.

Хирургическое вмешательство при РМЖ ныне является элементом (этапом) его комплексного и комбинированного лечения, дающего хороший эффект при сохранности противоопухолевой резистентности организма. Феномен ЛРР сам по себе свидетельствует о ее сохранности, что оправдывает хирургическую тактику и при лечении ЛРР. Значительную проблему лечения

РМЖ составляют случаи развития отдаленных метастазов. В таблице 3 приведено распределение больных по клиническому течению РМЖ, фиксированного в ходе диспансерного наблюдения за ними в течение 7-летнего КП. Обращает на себя внимание то, что за КП доля больных с развившимися удаленными метастазами (40 из 129, или 31,0%) оказалась почти втрое выше, чем доля больных с ЛРР (14 из 129, или 10,8%). В 28 из 32 случаев смерти больные умирали на фоне развития отдаленных метастазов РМЖ - в печень, легкие, головной мозг и кости скелета. Было отмечено три случая смерти больных с ЛРР, наступившей на фоне отдаленных метастазов. При наличии только ЛРР (без отдаленного метастазирования) ни одного случая смерти мы не наблюдали. Это говорит о том, что в Самаркандской области проблема предупреждения отдаленного метастазирования РМЖ и борьбы с ним становится все более актуальной. Заметим, что еще результаты ранних экспериментальных исследований на штамме крысиной опухоли молочной железы (штамм Уокера-256), показали, что связь между рецидивами и метастазированием с одной стороны и выживаемостью организма опухоленосителя с другой носит сложный (системный) характер [13]. Таблица 3 позволяет полнее ощутить эту сложность в масштабе выборочных клинических исследований.

В борьбе с метастазированием особое место принадлежит химиотерапии, эффективность которой зависит от строгого следования больными режима, предписанного диспансерным их наблюдением на фоне специального лечения и после него. Нарушение сроков явки на контрольные осмотры серьезно затрудняет шансы больного на эффективное поддерживающее лечение. К причинам, способным влиять на своевременность явки больных на контрольное обследование, относится место проживания больных. Больным, живущим в городе, где находится специализированное онкологическое учреждение, оно и более доступно. Поэтому следует обратить внимание на таблицу 4, из которой видно, что вероятность 5-летнего дожития больных РМЖ жительниц Самаркандской области в целом составляет 78,2%.

Аналогичные исследования в г. Ташкенте [11, 12] показали, что вероятность 5-го дожития больных РМЖ за тот же период в популяционных исследованиях составила 79,5% (CI95%=77,9÷81,0), в выборочных - 82,1% (CI95%=78,6÷85,6). Если учесть, что население г. Ташкент компактно проживает на территории одного города, тогда как население Самаркандской области рассеяно на значительной территории, то небольшое различие легко объяснить сугубо пространственными сложностями в доступе к специальному онкологическому обслуживанию. Очевидно, с учетом сказанного, можно считать, что контроль РМЖ в г. Ташкент и Самаркандской области осуществляется практически на одном уровне. Это становится особенно отчетливым, если сравнить вероятность 5-летнего дожития больных РМЖ женщин г. Ташкента с таковой жительниц г. Самарканда, где она составила 86,7%. То есть она даже выше, чем в г. Ташкенте. Далее учтем, что у жительниц провинциальных городов и сел области этот показатель заметно ниже - 69,4%, 68,0% соответственно. Однако следует принять во внимание специфику демографии, в частности, миграционного про-

цесса, в крупном трехмиллионном мегаполисе, нынешнем Ташкенте. Заметим также, что в г. Ташкенте существенную долю населения составляют некоренные жители Центральной Азии, среди которых, как показали многочисленные исследования, проведенные в 90-х годах минувшего и первое десятилетие текущего столетия, заболеваемость раком, в том числе - РМЖ, выше, чем среди коренных жительниц Центральной Азии.

Для вероятности семилетнего дожития в наших выборочных исследованиях получены значения 75,8%, 83,3%, 66,7%, 68,0% соответственно - для области в целом, г. Самарканда, провинциальных городов и сел. Различия между показателями разных категорий населения статистически незначительны, что связано с выборочным характером исследования. Численность выборки составляет примерно на порядок меньше численности генеральной совокупности больных РМЖ, получающих ежегодно диспансерное обслуживание в области. Поскольку выборка сформирована на основе случайного отбора, то правомерна теоретическая экстраполяция показателя на всю генеральную совокупность больных РМЖ, что указывает на тенденцию к лучшей выживаемости больных РМЖ жительниц областного центра, чем у удаленных от областного центра провинциальных городов и сел области. Диспансерное обслуживание женщин на этапах первичной диагностики РМЖ легче обеспечить в условиях Самарканда, чем в разрозненных провинциальных городах и селах. Налаживание системы популяционных канцеррегистров позволит регионам в ближайшие годы систематически оценивать статистическую значимость различий в дожитии больных РМЖ в связи с местом их проживания и принять меры для их сглаживания.

Таким образом, результаты данного выборочного исследования позволяют сделать следующие выводы.

#### **Выводы:**

1. Согласно данным выборочных исследований, репрезентирующих генеральную совокупность больных РМЖ Самаркандской области на популяционном уровне, вероятность 5- и 7-летнего их дожития составила 78,16% и 75,8% соответственно, что в целом сравнимо с данными по Ташкентской области за тот же период наблюдения.

2. Выявлена тенденция к более высокой вероятности 5- и 7-летнего дожития больных РМЖ жительниц г. Самарканда (соответственно 86,7% и 83,3%), чем провинциальных городов и сел (соответственно - 69,4%, 68,0% и 66,7%, 68,0%).

3. На фоне перехода на новые стандарты клинического ведения больных РМЖ на первые позиции среди факторов, лимитирующих вероятность дожития больных РМЖ женщин, выходит проблема развития ЛРР и множественных метастазов у больных.

#### **Литература:**

1. Ahmad A. Breast cancer statistics: Recent trends. // *Adv Exp Med Biol.* 2019;1 (152):1-7.
2. Balasubramanian R., Rolph R., Morgan C., Hamed H. (2019). Genetics of breast cancer: management strategies and risk-reducing surgery. // *Br.J.Hosp. Med. (Lond).* 80 (12): 720-725.

3. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. e.a. (2018) Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 68 (6): 394- 424.
4. Breast cancer: prevention and control // *WHO*. (<https://web.archive.org/web/20150906121739/http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>).
5. Djurayev M.D., Uzokov S.M., Kutlumuratov A.B., Esankulova B.S. (2023) To the question of the risk of postmastectomy lymphedema in patients with breast cancer and its connection with concomitant vascular pathology. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10057478> // *Science and Innovation. International Scientific Journal* – V.2 Issue 10 October. 2023 UIF-2022: 8.2. ISSN: 2181-3337. SCIENTISTS.UZ 184.
6. Djurayev M.D., Uzokov S.M., Kutlumuratov A.B., Esankulova B.S. (2023) Whether exist links between toxic liver injury and risk of postmastectomic lymphedema in breast cancer patients? <https://doi.org/10.5281/zenodo.10063423> // *Science and Innovation. International Scientific Journal* – V.2 Issue 10 October. 2023 UIF-2022: 8.2. ISSN: 2181-3337 | SCIENTISTS.UZ 248.
7. McGuire A., Brown J.A., Malone C. e.a. 2015. Effects of age on the detection and management of breast cancer. // *Cancers*. 7 (2): 908-29;
8. Olopade O.L, Falkson C.I. (2010). *Breast Cancer in Women of African Descent*. Springer Science & Business Media, p.5.
9. *World Cancer Report*. (2014). WHO. 2014. pp. Chapter 1.1. ISBN 978-92-832-0429-9.
10. Джураев М.Д., Джураев Ф.М., Кутлумуратов А.Б. Популяционное исследование вероятности пятилетнего дожития женщин, больных раком молочной железы в зависимости от степени злокачественности опухоли в г. Ташкенте // *Журнал теоретической и клинической медицины* - №1. - 2025.– С.90-94.
11. Джураев М.Д., Джураев Ф.М., Кутлумуратов А.Б. Пятилетнее дожитие женщин при раке молочной железы в зависимости от степени злокачественности опухолевого процесса в г. Ташкенте (выборочные клинические исследования)//*Вестник врача*, №1 (117), 2025.– С.56-59.
12. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. Изд-е 2-е, доп-е. Ч I., 2015.- 223с.
13. Сборник стандартов и клинических протоколов диагностики и лечения злокачественных новообразований / Коллектив составителей, под ред. проф., д.м.н. М.Н. Тилляшайхова. – Ташкент. - 2017. – 254с.
14. Узаков С.М., Джураев М.Д., Кутлумуратов А.Б. (2024) Оценка эффективности на популяционном

уровне одномоментного наложения лимфопластического анастомоза при радикальной мастэктомии в предупреждении вторичной лимфедемы у больных раком молочной железы / (Методические рекомендации). – Сам. гос. мед. университет. - Самарканд – 2024.

**СЕМИЛЕТНЕЕ ДОЖИТИЕ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ  
РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В  
САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ (ВЫБОРОЧНОЕ  
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗА 2017-2024 ГГ.)**

*Джураев М.Д., Зарипова П.И., Узаков С.М.,  
Джураев Ф.М., Кутлумуратов А.Б.*

**Резюме.** Введение. Современная онкомаммология основана на двух взаимосвязанных стратегиях обслуживания больных раком молочной железы (РМЖ) - повышении выживаемости и улучшении качества их жизни. Цель. Оценка вероятности 5- и 7-летнего их дожития больных РМЖ жительниц Самаркандского областного филиала РСНПМЦОиР МЗРУз в зависимости от места их жительства в выборке, репрезентирующей генеральную совокупность больных РМЖ женщин Самаркандской области. Материалы и методы. Выборку из 129 больных составили методом случайного отбора из потока пациенток с впервые диагностированным в период 2017-2024 гг. РМЖ. Контрольная дата (КД) наблюдения - 01.01.2025. Особое внимание уделили частоте локорегиональных рецидивов (ЛРР) и отдаленных метастазов в период контрольных наблюдений. Результаты. Установлено, что вероятность 5- и 7-летнего дожития больных РМЖ женщин в условиях Самаркандской области составила 78,2% и 75,8% соответственно, что сравнимо с данными по Ташкентской области за тот же период наблюдения - 79,5% и 82,1% ( $p > 0,05$ ). При этом показано, что существует тенденция к большему 5- и 7-летнему дожитию больных РМЖ в г. Самарканде (соответственно 86,7% и 83,3%), чем провинциальных городах и селах (соответственно - 69,4%, 68,0% и 66,7%, 68,0%) ( $p > 0,05$ ). Заключение: Лимитация выживаемости больных РМЖ женщин области связано в основном с развитием у них множественных метастазов, меньше – с ЛРР. Система популяционных канцеррегистров позволила бы регионам Узбекистана уже в ближайшие годы систематически отслеживать дожитие больных РМЖ в связи с местом их проживания и оперативно принимать меры по сглаживанию соответствующих различий.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, дожитие, выживаемость, локорегиональные рецидивы, отдалённые метастазы, популяционный канцер-регистр, эпидемиология, Самаркандская область, качество жизни, онкомаммология.