

**TADQIQOT**

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

---

**JOURNAL OF**  
**REPRODUCTIVE**  
**HEALTH AND**  
**URO-NEPHROLOGY**  
**RESEARCH**

---



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 2

**2021**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-  
нефрологических исследований

# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный  
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

**№ 2**  
**2021**

---

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

**Главный редактор:**  
**Chief Editor:**

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2  
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics  
and Gynecology Department No. 2 of the  
Samarkand State Medical Institute

**Заместитель главного редактора:**  
**Deputy Chief Editor:**

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**

доктор медицинских наук, профессор  
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского  
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor  
Departments of Obstetrics and Gynecology  
Tashkent State Dental Institute

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:**  
**MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

**Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес**  
профессор, член Европейского общества  
репродукции человека и эмбриологии  
Prof. Medical Director of the Instituto  
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

**Ramašauskaitė Diana**

профессор, руководитель Вильнюсского центра  
перинатологии, профессор и руководитель клиники  
акушерства и гинекологии при институте клинической  
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of  
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty  
of Medicine, Latvia)

**Аюпова Фариди Мирзаевна**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1  
Ташкентской медицинской академии.

**Зокирова Нодира Исламовна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич**

доктор медицинских наук, профессор заведующий  
кафедрой Эндоскопической урологии факультета  
непрерывного медицинского образования  
медицинского института РУДН.

**Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии №2, Бухарского  
медицинского института.

**Окулов Алексей Борисович**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
медицинской репродуктологии и хирургии  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета.

**Махмудова Севара Эркиновна**

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии  
факультета последипломного образования  
Самаркандского Государственного медицинского  
института (**ответственный секретарь**)

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:**  
**MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

**Boris Chertin**

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric  
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in  
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,  
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский  
факультета ивритского университета)

**Fisun Vural**

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa  
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari  
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета  
естественных наук, учебно-исследовательской  
больницы клиники акушерства и гинекологии.

**Melike Betül Öğütmen**

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji  
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.  
Доцент Университета естественных наук,  
учебно-исследовательской  
больницы клиники нефрологии.

**Аллазов Салах Алазович**

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры урологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна**

доктор медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой №2 педиатрии с  
курсом неонатологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Локшин Вячеслав Нотанович**

доктор медицинских наук, профессор,  
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской  
ассоциации репродуктивной медицины.

**Никольская Ирина Георгиевна**

доктор медицинских наук, профессор  
ГБУ МО МОНИАГ.

**Шалина Раиса Ивановна**

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

**Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов**

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Телефон: +998 (94) 404-0000

**Editorial staff of the journals on [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

<b>1. Абдуллаева Л. М., Турапова М., Мамирова М.</b> Проблема ожирения в гинекологической практике <b>Abdullayeva L. M., Turapova M., Mamirova M.</b> The problem of obesity in gynecological practice.....	5
<b>2. Амонова М. Ф., Азимова К. И., Исроилова Г. П.</b> Ранняя профилактика и диагностика остеопороза у женщин в постменопаузе <b>Amonova M.F., Azimova K.I., Isroilova G.P.</b> Early prevention and diagnosis of osteoporosis in postmenopausal women.....	8
<b>3. Сафаров А.Т., Сафарова Л. А.</b> Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке <b>Safarov A.T., Safarova L.A.</b> Management of pregnancy and childbirth in women with a uterine scar.....	11
<b>4. Сафарова Л. А.</b> Перинатальная трансмиссия вич-инфекции - современный взгляд на проблему <b>Safarova L.A.</b> Perinatal transmission of hiv infection: a modern view of the problem.....	16
<b>5. Ташкенбаева У. А, Музапова У.Р.</b> Инфекции, передающиеся половым путем: особенности эпидемического процесса, клиники и диагностика <b>Tashkenbaeva U.A., Muzarova U.R.</b> Sexually transmitted infections: features of the epidemic process, clinic and diagnosis.....	19
<b>6. Турапова М., Абдуллаева Л. М., Мамирова М.</b> Беременность и сахарный диабет <b>Turapova M., Abdullaeva LM, Mamirova M.</b> Pregnancy and diabetes mellitus.....	22

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

<b>1. Аллазов С. А., Мансуров У. М., Эшбеков М. А., Аллазов А. С., Искандаров Ю. Н., Маманазаров Д.М.</b> Отечественное кровоостанавливающее лекарственное растение – лагохилус <b>Allazov S. A., Mansurov U. M., Eshbekov M.A., Allazov A.S., Iskandarov Y.N., Mamanazarov D.M.</b> Domestic hemostatic medicinal plant – lagohilus.....	26
<b>2. Аллазов С. А., Аллазов Х. С., Искандаров Ю. Н., Эшбеков М. А.</b> Мультиорганная операция на 4-х органах человеческого организма <b>Allazov S. A. A., Allazov H. S., Iskandarov Y. N., Eshbekov M. A.</b> Multiorgan surgery on 4 organs of the human body.....	32
<b>3. Исакова Д. Б., Мамарасулова Д. З., Алмухаммедова Б. Г., Якубова О. А.</b> Онкоэпидемиологическое состояние заболеваемости и смертности предраковых и раковых заболеваний шейки матки <b>Isakova D.B., Mamarasulova D.Z., Almukhammedova B.G., Yakubova O. A.</b> Onkoepidemiological state of morbidity and mortality of precancerous and cancerous diseases of the cervix.....	36
<b>4. Искандаров Ю. Н., Гафаров Р. Р., Эшбеков М. А., Аллазов С. А.</b> Разноperiodные осложнения при аденомэктомии простаты: современные взгляды <b>Iskandarov Y. N., Gafarov R. R., Eshbekov M. A., Allazov S. A.</b> Divergent complications in adenomectomy of the prostate: current views.....	41
<b>5. Каримова М.Н., Тугизова Д.И., Субхонов У., Эсанкулова Б.</b> Прогноз и результаты лечения при метастатическом раке молочной железы <b>Karimova M.N., Tugizova D.I., Subxonov U, Esonkulova B.</b> Prognosis and treatment results in metastatic breast cancer.....	48
<b>6. Каримова М.Н., Тугизова Д.И., Хайдарова Р.Ш., Низомова И.Б.</b> Особенности течения рака молочной железы у женщин пожилого и старческого возраста <b>Karimova M.N., Tugizova D.I., Haidarova R.SH, Nizomova I.B.</b> Features of the course of breast cancer in elderly and senile women.....	53
<b>7. Усинова З. Б., Ниязметов Р. Э., Матякубов Б.Б.</b> Восстановление репродуктивной функции после внематочной беременности <b>Usinova Z.B., Niyazmetov R.E., Matyakubov B.B.</b> Restoration of reproductive function after ectopic pregnancy.....	57



# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК:616.082-43.

**Мавлуда Нематовна Каримова**Кандидат медицинских наук, доцент  
Самаркандский Медицинский институт  
Самарканд Узбекистан**Дилдора Исmoilовна Тугизова**Ассистент Самаркандский Медицинский институт  
Самарканд Узбекистан**Хайдарова Роза Шодиёровна**Резидент магистратуры  
Самаркандский Медицинский институт  
Самарканд Узбекистан**Низомова Икбола Бахтиёровна**Резидент магистратуры  
Самаркандский Медицинский институт  
Самарканд Узбекистан

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**For citation:** Mavluda Nematovna Karimova, Dildora Ismoilovna Tugizova, Roza Shodiyorovna Haidarova, Ikbola Bakhtiyorovna Nizomova, Features of the course of breast cancer in elderly and senile women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 50-53

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-12>

### АННОТАЦИЯ

Заболеваемость раком молочной железы растет во всем мире. По данным ВОЗ в мире ежегодно выявляется более 1,4 млн. случаев рака данной локализации, из них почти 3000 в Республике Узбекистан. Метастатический рак характеризуется распространенным опухолевым клеткам в различные органы и ткани. У 50 до 70% больных уже при поступлении имеют запущенные формы болезни (местно-распространенные формы, в виде поражения регионарных лимфоузлов и отдаленные метастазы в различные органы). Характер и частота отдаленных метастазов рака молочной железы весьма разнообразны. В 40-80% случаев рак молочной железы метастазирует в кости. РМЖ распространяется в кость в 70% случаев в виде отдаленных метастазов. РМЖ метастазирует в позвоночник, ребра, таз и проксимальные конечности. Эти поражения чаще остеобластические, но могут быть остеолитическими, с плохой маргинацией, отсутствием матрикса и кортикальной деструкцией. Из других проявлений могут быть также компрессионные переломы позвоночника и кисты в результате остеоартрита, вызванные опухолью.

**Ключивые слова:** рак молочной железы, протоковый рак, дольковый рак, метастаз, остеобластический, остеолитический.

**Mavluda Nematovna Karimova**Assistant Professor  
Samarkand Medical Institute  
Samarkand, Uzbekistan**Dildora Ismoilovna Tugizova**Assistant  
Samarkand Medical Institute  
Samarkand, Uzbekistan**Roza Shodiyorovna Haidarova**Resident of master's degree  
Samarkand Medical Institute  
Samarkand, Uzbekistan**Ikbola Bakhtiyorovna Nizomova**Resident of master's degree  
Samarkand Medical Institute  
Samarkand, Uzbekistan

## FEATURES OF THE COURSE OF BREAST CANCER IN ELDERLY AND SENILE WOMEN

## ANNOTATION

The incidence of breast cancer is on the rise worldwide. According to WHO, more than 1.4 million cases of cancer of this localization are detected annually in the world, of which almost 3000 are in the Republic of Uzbekistan. Metastatic cancer is characterized by proliferation of tumor cells in various organs and tissues. In 50 to 70% of patients, already upon admission, they have advanced forms of the disease (locally advanced forms, in the form of lesions of regional lymph nodes and distant metastases to various organs). The nature and frequency of distant metastases of breast cancer are very diverse. In 40-80% of cases, breast cancer metastases to the bone. BC spreads to the bone in 70% of cases in the form of distant metastases. BC metastases to the spine, ribs, pelvis, and proximal extremities. These lesions are more often osteoblastic, but can be osteolytic, with poor margination, lack of matrix, and cortical destruction. Other manifestations may also include spinal compression fractures and cysts as a result of osteoarthritis caused by a tumor.

**Key words:** breast cancer, ductal cancer, lobular cancer, metastasis, osteoblastic, osteolytic.

**Mavluda Nematovna Karimova**

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

**Dildora Ismoilovna Tugizova**

Assistant Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

**Roza Shodiyorovna Haidarova**

Magistratura rezidenti

Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

**Ikbola Bakhtiyorovna Nizomova**

Magistratura rezidenti

Samarqand Tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

## KEKSALAR VA KEKSA AYOLLARDA KO'KRAK BEZI SARATONI KECHISH XUSUSIYATLARI

## ANNOTATSIIYA

Sut bezi saratoni bilan kasallanish butun dunyoda oshib bormokda. BJSST ning ma'lumotiga kura, ushbu lokalizatsiyadagi usma xar yili 1,4 mln. taga etgan bulib, shundan 3000 tasi Uzbekiston Respublikasida uchraydi. Metastatik rak organ va tukimalarga usma xujayrasining tarkalishi bilan xarakterlanadi. Murojaat kilgan bemorlarning 50-70 foizida kasallik utib ketgan (regionar limfa tugunlari zararlanishi va organlarga uzok metastazi kurinishidagi maxalliy tarkalgan turi). Sut bezi raki uzok metastazlari uchrashi va xakteri turli tuman. 40-80 % xolatlarda sut bezi raki suyakka metastaz beradi. Sut bezi raki 70 % xolatda uzok metastaz kurinishida tarkaladi. SBR umurtka, kovurga, chanok va proksimal suyaklarga metastazlanadi. Bu zaralanish kupincha osteoblastik yoki osteoklastik, yomon marginatsiyali, kortikal destruksiya va matriksning bulmasligi bilan kuzatilishi mumkin. Boshka bir kurinishlarda usma tufayli umurtka kompression sinishi va kistalari kurinishida buladi.

**Kalit suzlar:** sut bezi raki, sut yullari raki, bulakli rak, metastaz, osteoblastik, osteolitik.

**Актуальность.** Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно выявляется более 1,4 млн новых случаев рака данной локализации, из них 54 000 в России и почти 3000 в Республике Узбекистан. Заболеваемость от этой патологии в мире продолжают расти, подобного же рода тенденции наблюдаются и в Республике Узбекистан [1, 2].

Из 10 млн. новых случаев злокачественных опухолей различных органов, выявляемых в мире, 10% приходится на молочную железу. Если оценивать только женскую популяцию, удельный вес рака молочной железы возрастает до 22%. В промышленно развитых странах удельный вес РМЖ еще выше - 27%. В Узбекистане рак молочной железы занимает первое место в структуре заболеваемости женщин 7,5 на 100000 населения (18,42%). В возрастной группе 40-55 лет рак молочной железы - основная причина смертности женского населения. Более половины новых случаев РМЖ диагностируется у женщин старше 65 лет, что отражает демографическую особенность нашего времени в росте абсолютного числа людей пожилого и старческого возраста в общей структуре населения [7,4,5], а также в увеличении средней продолжительности жизни женщин. Риск смерти от РМЖ у пожилых выше, чем у женщин среднего возраста [3,6]. Также, необходимо учитывать, что старение остается ведущим фактором риска для развития первичного рака молочной железы. Во многих исследованиях 65-летний возраст является нижней "пограничной" линией для группы пожилого возраста. В результате, по предварительным оценкам, среди впервые выявленных случаев РМЖ около 35 % женщин находятся в возрасте старше 70 и до 50% женщин >65 лет. В целом

предварительные подсчеты позволяют прогнозировать, что женщины в возрасте старше 65 лет станут самой распространенной группой пациентов в популяции рака молочной железы [8,10]. Пожилые (>65лет) представляют собой далеко неоднородную группу, отличаясь по наличию сопутствующих заболеваний, объему функциональной активности, уровню необходимой социальной поддержки. Прогноз у таких больных складывается из двух компонентов: сопутствующих заболеваний и прогноз основного заболевания (РМЖ) [9,10]. На прогноз РМЖ непосредственно влияют биологические особенности опухоли. В литературе описывается, что у пожилых гормончувствительный (ЭР+/ПР+) РМЖ встречается до 80% случаев. Обсуждаемые в литературе вопросы, связанные с выбором лечебной тактики в группе больных старше 65 лет с учетом индивидуальных особенностей заболевания и наличия сопутствующих заболеваний, представляют большую практическую значимость. Недостаточно только данных, контролируемых клинических исследований для оптимального лечения РМЖ у женщин пожилого возраста. Разработка оптимальных методов лечения с учетом клинко-морфологических и молекулярно-генетических особенностей опухолей у пожилых женщин является актуальным и представляет практическое значение.

**Цель работы:** Оптимизировать результаты лечения РМЖ у пожилых (старше 65 лет) больных, с учетом соматического статуса и клинко-морфологических и биологических особенностей заболевания.

**Материалы и методы исследования:** В исследовании использовались ретро и перспективные данные, а также проанализированы истории болезней, амбулаторные карты больных находящихся на учете в Самаркандском филиале

Республиканского Онкологического и Радиологического Научно-Практического Центра, за период с 2014 по 2017 год. В исследование было включено 80 больных раком молочной железы (РМЖ) старше 65 лет, самой старшей возрастной пациентке на момент лечения было 80 лет. Из них 60 больным проведена ИГХ (иммуногистохимический исследование и определена молекулярно-биологический подтип). Источниками исследования также послужили протоколы операций, клинические отчеты в которых содержалась информация о возрасте пациента, степени распространения, стадии заболевания, гистологические и иммуногистохимические данные, вид системного лечения, данные клинико-инструментальных исследований, объем хирургического лечения, сопутствующие заболевания, статус пациента (ремиссия, прогрессирование, рецидив, метастазирование, смерть больного). Все больные имели морфологическую верификацию, выполненную путем трепан-биопсии и исследования операционного материала. Биологические подтипы рака молочной железы были определены на основании данных иммуногистохимического исследования. Биологические подтипы определялись иммуногистохимическим методом при получении материала трепан-биопсии, или оперативного вмешательства. Из 60 больных Люминальный А под тип - 45 (75%); Люминальный В (Her2-)- 6 (10%); Люминальный В (Her2+)-5 (8,4%); Erb-B2 сверхэкспрессирующий - 1 (1,6%); Трижды негативный - 3 (5%). Всего гормончувствительных опухолей составило - 85%, Her2-положительных - 15%. Всем больным проведен хирургический метод лечения. Больным было проведено оперативное в следующих объемах: радикальная мастэктомия с лимфодиссекцией, а также в отдельных случаях ампутация молочной железы без аксиллярной лимфодиссекции. В пред- и послеоперационном периоде больные получили химиотерапию и/или лучевую терапию, и/или гормонотерапию, у 27 больных выполнено только оперативное лечение. Ампутация молочной железы без лимфодиссекции выполнена в 14 случаях. Мастэктомии в основном были представлены модифицированными операциями Маддена. Во всех случаях перед выполнением хирургического вмешательства диагноз был гистологически или цитологически подтвержден. В послеоперационном периоде больным, у которых имелся распад опухоли и кровотечение, диагноз подтвержден путем цитологического исследования до операции. Выбор объема хирургического вмешательства проводился с учетом стадии, сопутствующих заболеваний и пожелания больных.

У 33 больных из 60 выполнялось неoadьювантное лечение. 23 женщины получили неoadьювантную химиотерапию, 10 - неoadьювантную гормонотерапию. Неoadьювантная химиотерапия проводилась стандартными схемами (FAC, AC, CMF), в одном случае стандартная химиотерапия FAC, и не превысило более 4х курсов. Неoadьювантная гормонотерапия проводилась Тамоксифеном и ингибиторами ароматазы. Частичный регресс наблюдался в 25 случаях, полный клинический регресс в 1 случае, стабилизация в 4х и прогрессирование у 3х пациенток. Результат неoadьювантного лечения был оценен по классификации степени лечебного патоморфоза Miller&Payne. Послеоперационное адьювантное лечение получили 48 (78,%) пациенток. Лучевую терапию прошли 17 больных, химиотерапию 3, а гормонотерапию 18. Согласно возрасту больные распределились следующим образом: 65-70 лет - 34 (57%); 70-75 лет - 15 (25%); 75 и старше - 11 (18%). Предполагаемая продолжительность жизни оценивалась на основании историй болезни, амбулаторных карт, стадий заболевания, консультации терапевтов, данных инструментальных методов исследования.

**Результаты.** С учетом критериев и целей настоящего исследования было включено 60 больных получивших лечение в отделении маммологии с 2014 по 2017г. Все больные были

распределены по возрастным группам 65-70 лет, 70-75 и 75 и старше лет. Изучена 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость. Выживаемость у больных 65-70 лет ожидается лучше чем, в остальных возрастных группах и достигает 89,9%. В группе 70-75 лет 71,9% и в группе 75 и старше лет 67%. Среди всех включенных в исследование пожилых пациентов преимущественно встречается II стадия заболевания- 50 % и III стадия у 40%, что говорит о недостатках внедрения повсеместной ранней диагностики (скрининга) и отсутствия онкологической осторожности у пожилых пациентов. I стадия встречалась лишь у 10%. При распределении больных по стадиям в зависимости от биологического подтипа так же во всех группах отмечено преобладание II стадии. Процент больных с I стадией Люминальным А подтипом составил 8%. II стадии - 5% и III- 4%. Такая же тенденция сохранена во всех группах больных. Так, например в случае с Люминальным В подтипом с I стадией 16%, II - 32% и III - 50%. Пятилетняя общая выживаемость распределилась следующим образом: при I стадии 89,8%, II-й 82,9% и при III-й стадии 76,6%. 5-летняя 70,4% при I, 63,7% при II-й, и 37,4% при III стадии. Эти данные свидетельствуют, что, несмотря на удельный перевес II и III стадии заболевания, сохраняется общая тенденция более благоприятного течения.

При анализе безрецидивной выживаемости по стадиям сохраняется общая тенденция более благоприятного течения, при I стадии 5-летняя выживаемость составила 84,9%. При II 77,6%. В группе с III стадией 67%.

При распределении больных по стадиям и возрасту наблюдается следующая тенденция: в группе 65-70 лет показатели 5-летней и безрецидивной выживаемости демонстрируют высокие показатели 96,1%, со II стадией 89,8%, в то время как при III стадии показатели 5-летней выживаемости составило 84,1%. В группе 70-75 лет, как и в группе 75 лет и старше сохраняется положительная тенденция 5-летней выживаемости (до 75%). С учетом анализа всех биологических подтипов, больные с Люминальным А встречаются более, чем в половине случаев-75%, с Люминальным В Her2 neu отрицательным подтипом-10%, трижды негативный подтип-5%, Люминальный В Her2 экспрессирующий-8,4% и Her2neu сверхэкспрессирующий - 1,4%. При анализе встречаемости биологических подтипов в зависимости от возраста, выявлено что у больных пожилого возраста отмечается повышение частоты Люминального А подтипа в зависимости от возраста возникновения заболевания, и снижение заболеваемости Her2neu сверхэкспрессирующим подтипом. Для возрастных пациентов характерно более благоприятное течение заболевания, что подтверждает 82% гормончувствительных опухолей в этой группе.

#### **Выводы**

Таким образом, изучая особенности течения рака молочной железы в пожилом возрасте, мы пришли к следующим выводам:

Назначение адьювантной химиотерапии в лечении люминального А биологического подтипа не улучшает показатели общей и безрецидивной выживаемости в сравнении с гормонотерапией. Последовательное назначение химиотерапии и гормонотерапии в лечении Люминального В подтипа у пожилых достоверно улучшает показатели 5-летней в сравнении с одной только гормонотерапией - 68% против 41%.

При лечении гормонотрицательных биологических подтипов у пожилых больных антрациклин-содержащие и безантрациклиновые (CMF) схемы химиотерапии демонстрируют схожие показатели при анализе 5-летней общей выживаемости. Лучшие показатели выживаемости достигнуты у больных с радикальными вмешательствами (мастэктомия или органосохраняющие операции) с лимфодиссекцией. В группе больных без лимфодиссекции 5-летний рубеж ни одна пациентка не пережила.

#### **Используемая литература**

1. Аксель Е.М., Горбачева И.А. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в Москве и Санкт-Петербурге. С.120. 2010 г.

2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г.- Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, т.20, №3 (прил.1), 2009.-57с.
3. Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. //Практическая медицина. Москва/ - 2011. – 512с.
4. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В. Рак молочной железы. Биология, местное и системное лечение. – М.: СИМК, - 2014. – 298-341 с.
5. Семиглазов В.Ф. Новые подходы к лечению рака молочной железы.// Вопросы онкологии 2013.-№3.-С.288-291.
6. Чиссов В.И., В.В. Старинский, Г.В. Петрова. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году- М., 2010. – 196 с.
7. Burstein HJ, Prestrud AA, Seidenfeld J, et al. American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline: update on adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer. J Clin Oncol 2010; 28(23):3784–96.
8. Grant R. Williams, MDa, Ellen Jones, MD, PhDa, Hyman B. Muss, MD Challenges in the Treatment of Older Breast Cancer Patients Hematology/Oncology Clinics of North America Volume 27, Issue 4, August 2013,Pages785–804
9. Gregor M, Zhang N, Niu J, et al. Trastuzumab-related cardiotoxicity among older breast cancer patients. ASCO Meeting Abstract. J Clin Oncol 2012;30(suppl 27):abstract135.
10. Lee S, Smith AK, Widera EW, et al. e Prognosis. 2012. Available at: <http://www.epronosis.org>. Accessed February12,2013.