

ЛОКОРЕГИОНАРНЫЕ РЕЦИДИВЫ, УДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ЖЕНЩИН САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА**А. Б. Кутлумуратов¹, П. И. Зарипова¹, С. М. Узаков¹, М. Д. Жураев²**¹Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самарканд,²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан**Ключевые слова:** рак молочной железы, локорегионарный рецидив, отдаленные метастазы, выживаемость, хирургическое лечение, Самаркандская область.**Таянч сўзлар:** кўкрак беги саратони, локорегионар рецидив, узок метастазлар, яшаш эҳтимоллиги, жарроҳлик даволаш, Самарканд вилояти.**Key words:** breast cancer, locoregional recurrence, distant metastasis, survival, surgical treatment, Samarkand region.

Введение. Врачи-онкологи ныне часто сталкиваются с локорегионарными рецидивами (ЛРР) и удаленными метастазами (УМ) рака молочной железы (РМЖ). Цель исследования: изучить в условиях Самаркандского региона вероятность развития у больных РМЖ после хирургического вмешательства ЛРР и УМ и их связи с выживаемостью больных в ходе специального лечения и наблюдения. Материалы и методы. Составлены случайные выборки больных РМЖ, поступавших в клинику Самаркандского филиала РСНПМЦОиР МЗРУз за 2017-2024 гг. Основная группа - 61 больных РМЖ с ЛРР, развившимся после первичного лечения, Контрольная - 129 первично леченых больных. Больных обслуживали по клиническим стандартам, принятым в Узбекистане с 2017 года, включающим секторальную резекцию и радикальную мастэктомию по Маддену (РМЭ). Дата старта исследования 01.01.2017 г., контрольная дата (КД) - 01.01.2025. Контрольный период (КП) - 8 лет (2017-2024 гг.). Изучены частоты ЛРР, УМ, полной ремиссии, состояние пациентов к КД и вероятность их семилетнего дожития. Результаты. Среди больных с развившимися у них ЛРР доля больных РМЖ в стадии не выше IIb почти на 16,0% ниже, а в стадии IIIA и более - почти на 15,5% выше, чем среди первично леченых больных. При этом средние сроки обнаружения УМ у больных с ЛРР не меньше таковых для первично леченых. Семилетнее дожитие больных после первичного лечения при развитии ЛРР снизилось на 23%. Заключение. Тактика секторальной резекции молочной железы как диагностической операции для решения вопроса о целесообразности РМЭ в условиях Самаркандской области в целом оправдана. Дальнейшее улучшение эффективности специального лечения РМЖ во многом зависит от успеха химиотерапии, ориентирующейся на оценку индивидуальных биологических свойств опухоли и организма каждой больной.

ЎЗБЕКИСТОНДА САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ МИКИЁСИДА АЁЛЛАРДА КЎРАК БЕГИ САРАТОНИ БОСҚИЧИГА ҚАРАБ, ЛОКОРЕГИОНАР ҚАЙТАЛАНИШИ, УЗОҚҚА ТАРҚАЛИШИ ВА ЯШАШ ЭҲТИМОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШ**А. Б. Кутлумуратов¹, П. И. Зарипова¹, С. М. Узаков¹, М. Д. Жураев²**¹Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Самарканд филиали, Самарканд,²Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш. Онколог шифокорлар аёлларда кўкрак беги саратонининг (КБС) локорегионар қайталаниши (ЛРК) ва узокқа тарқалишини (УТ) тез-тез кўздан кечиради. Мақсад: Самарканд вилояти мисолида КБСга учраган аёлларда ЛРК ва УТ ривожланиш хавфларини ва беморларнинг яшаш эҳтимоллини ўрганиш. Материал ва методлар. Таҳлил учун РСНПМЦОиР Самарканд филиали қошидаги клиникага 2017-2024 йй. Давомида муружаат қилган КБС ташхисли беморлардан тасодиқий терма гуруҳлар шаклланди: Асосий гуруҳ - 61 нафар ЛРКга дуч келган беморлар. Контроль гуруҳи - 129 нафар бирламчи даволанган бемор, Беморлар Ўзбекистонда 2017 й. амалиёт учун киритилган клиник стандартлар бўйича, жумладан - секторал резекция ва Мадден усулидаги радикал мастэктомия (РМЭ) ўтказиш орқали шифо олган. Тадқиқотни бошлаш санаси - 01.01.2017йил, контрол санаси (КС) - 01.01.2025 йил, контрол даври (КД) - 8 йил (2017-2024йй.). Касалликнинг ЛРК, УТ, ремиссия частоталари, КСга қадар кузатилган беморлар ҳолати ва улар 7 йил яшаши эҳтимоллиги ўрганилди. Натижа. ЛРК ривожланган беморлар орасида СБРга қарши бирламчи даво олаётганга нисбатан I-IIb босқичли беморлар деярли 16%га камлиги, IIIabc-IV босқичли беморлар орасида эса 15,5%га кўплиги аниқланди. Шу билан бирга ЛРКга учраган беморлар орасида биламчи даводан кейинги УТни аниқлаш даври бирламчи даволанган беморларга нисбатан статистик жиҳатдан кам эмаслиги кузатилди. ЛРКга чалинган беморларда бирламчи даволанган беморларга қараганда етти йиллик яшаш муддати 23%га камлиги аниқланди. Хулоса: Самарканд вилоятида секторал резекция РМЭ бажариш зарурлигини аниқлаш учун керак бўлган ташхисий услуб сифатида ишлатиш самарали деб топилди. Эндиликда КБСни махсус даволаш эффективлигини яхшилаш асосан химиотерапия самаралигини ҳар бир беморда усманинг индивидуал биологик хислатларини ўрганиш орқали кўтариш кўзда тутилиши лозим деган фикр олга сўрилади.

LOCOREGIONAR RELAPSES, DISTANT METASTASISES AND SURVIVAL RATE AT DIFFERENT STAGES OF BREAST CANCER AMONG WOMEN OF THE SAMARKAND AREA OF UZBEKISTAN**A. B. Kutlumuratov¹, P. I. Zaripova¹, S. M. Uzakov¹, M. D. Dzhuraev²**¹Samarkand branch of Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology, Samarkand,²Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology, Tashkent, Uzbekistan

Introduction. Last two decades doctors-mammologi even more often face a problem locoregional relapses (LRR) and distant metstases (DM) of a breast cancer (BC). Aim: to study the risk of LRR and DM after surgical intervention and their link with survival rate of patients after special complex treatment and supervision in the conditions of the Samarkand region. Materials and methods. Casual samples of patients with BC on materials of clinic of Samarkand branch of RSPMCO&R of PHM of Uzbekistan for 2017-2024 yy. We were investigated the Experience group (61 patients with LRR developed after primary treatment of their BC)? Control group (129 initially treated patients). Patients were served by the clinical standards accepted in Uzbekistan since 2017, including a sectoral resection and radical mastectomy on Madden. Date of start of research - 01.01.2017, control date (CD) - 01.01.2025, control period (CP) of supervision - 2017-2024yy. Frequency of LRR, DM, remission, state of patients to CD and their seven-year survival probability are studied. Results. Among patients with developed LRR at them share of patients PMЖ in a stage I-IIb almost on 16,0% less, and in stage IIIA-IV almost on 15,5 % above, than among initially treated patients. Average period of detection of distant DM at patients with LRR is not less of it at initially treated patients. Seven-year survival of patients after primary treatment at patients with LRR has decreased on 23 % in comparison with initially treated patients. Conclusion. Sectoral resection of mammary gland as diagnostic tactics for the decision of a question on expediency of RME in the conditions of the Samarkand area is justified. The further improvement of efficiency of special treatment of BC in many respects depends on success of the chemotherapy which is guided by an estimation of individual biological properties of BC and viability of each patient organism.

Введение. В последние десятилетия во многих странах мира достигнуты серьезные успехи в ранней диагностике и раннем лечении рака молочной железы (РМЖ) (Зикирходжаев А.Д., Рассказова Е.А. е.а., 2014). Локорегионарные рецидивы (ЛРР) и удаленное метастазирование (УМ) составляют основную проблему клиники РМЖ. Причем ЛРР могут отличаться от первичной опухоли рецепторным статусом (Ilgun S., е.а., 2016; McAnena P.F., е.а., 2018; Chen R., е.а., 2020; Субботина Д.Р. с соавт., 2021). Прямые эксперименты с перевивными опухолями животных показали, что последствия комплексного лечения больных РМЖ проявляются в сложных (системных) отношениях между первичным очагом опухоли и метастазами (Shah е.а., 1983; Кутлимуратов А.Б., 1985; Кутлимуратов А.Б. с соавт., 1990). Эта сложность объясняет противоречивость высказываемых в специальной литературе версий о причинах развития ЛРР и удаленных метастазов у больных РМЖ, препятствующих выработке удовлетворительного алгоритма клинического ведения больных.

Цель исследования – изучить в клинических условиях развитие ЛРР и отдаленных метастазов после хирургического вмешательства при РМЖ и их влияние на выживаемость больных в ходе их специального комплексного лечения и диспансерного наблюдения.

Материалы и методы. Исследованы материалы клиники Самаркандском филиале РСНПМЦОиР МЗРУз за 2017-2024 гг. Исследованную выборку составили случайным отбором. Основную группу составили ретроспективно - из 61 больных РМЖ женщин с ЛРР, развившимся в ходе их первичного лечения, наблюдения и долечивания, Контрольную – проспективно, 129 больных из числа первично леченых (с последующим их наблюдением и долечиванием). Обе группы представляли генеральную совокупность пациенток с диагнозом РМЖ, поступавших в клинику СФ РСНПМЦОиР МЗРУз в общем потоке больных в 2017-2024 гг. Больные обслуживались по клиническим стандартам, принятым в Узбекистане (Сборник стандартов и ..., 2017), включающим секторальную резекцию как полудиагностическую операцию, проводимую для уточнения целесообразности радикальной мастэктомии по Маддену (РМЭ). Дата старта исследования 01.01.2017 г., контрольная дата (КД) - 01.01.2025. Контрольный период (КП) наблюдения - восемь лет. Отмечали развитие у больных за КП ЛРР, удаленных метастазов или полную ремиссию заболевания, определяли их частоту, а также состояние пациентов к КД (живы, умерли или выбыли из под наблюдения) и вероятность их семилетнего дожития. Использованы общепринятые рекомендации и методики статистического анализа результатов наблюдения (Лакин Г.Ф., 1990; Kirkwood B.R., Sterne J.A.S., 2003; Мерабишвили В.М., 2015) и расчета вероятности дожития (Swaminathan R., Brenner H., 2011; Мерабишвили В.М., 2015) и пакеты соответствующих компьютерных программ. Оценивали долевые средние (М), стандартные ошибки (m), t-критерий Стьюдента-Фишера и 95%-х интервалы достоверности (confidential interval - CI95%).

Результаты и их обсуждение. В Контрольной группе мы наблюдали ЛРР примерно у 11% больных женщин. При этом в 135 случаях (91,8% всех оперативных вмешательств в Контрольной группе) провели РМЭ, в единичных случаях осуществляли лимфадиссекцию, онкопластическую резекцию, радикальную резекцию, ТДЛ-пластику, простую мастэктомию, удаление опухоли и секторальную резекцию – у 12 (8,2%). В Основной группе (больные с развившимися ЛРР) достоверно (в сравнении с Контрольной группой) большей (таблица 1) оказалась доля подвергнутых секторальной резекции больных и ниже доля подвергнутых РМЭ ($p < 0,05$). На наш взгляд, эти факты соответствуют данным специальной литературы: с одной стороны они свидетельствуют о том, что повышенный риск развития ЛРР сцеплен с секторальной резекцией как самостоятельным методом хирургического лечения, с другой – что РМЭ уменьшает этот риск. То есть хирургическая тактика проведения секторальной резекции с целью уточнения целесообразности РМЭ себя оправдывает.

Таблица 1.

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

Категория больных	N	M, %	m	CI95%
129 больных Контрольной выборке				
РМЭ по Маддену	135	91,84	2,3	87,41÷96,26
Только секторальная резекция	12	8,16	2,3	3,74÷12,59
Всего хирургических операций	147	100,0	-	-
61 больных Основной группы				
РМЭ	51	65,38	5,39	54,83÷75,94
Только секторальная резекция	12	33,33	1,33	30,73÷35,94
Всего хирургических вмешательств	78	-	-	-

В двух случаях в Основной группе (таблица 2) стадия РМЖ не была уточнена (в обоих случаях она была выше IIВ). Наибольшую долю в ней составили пациентки со стадией IIВ - 36,1%, (CI95%=24,0÷48,1), со стадией не выше IIВ - 44,3%. В Основной группе доля больных с стадиями I-IIВ на 18,7% ниже, чем в Контрольной, а в стадии IIIabc-IV – на 15,5% выше. То есть, хотя достоверной статистической разницы в распределении больных по стадиям опухолевого процесса между группами не отмечено ($p > 0,05$), суммарно она составила 34,2%, что можно связать со склонностью к развитию ЛРР запущенных случаев РМЖ.

Таблица 2.

Распределение больных в зависимости от стадии опухолевого процесса на момент первого лечебного хирургического вмешательства.

в Основной группе				
Стадии РМЖ	N	M	m	CI95%
IA-IIВ	27	44,26	6,36	31,80÷56,73
IIIBC-IV	32	52,46	6,39	39,93÷64,99
Не определена	2	3,28	2,28	0,00÷8,94
Всего	61	100	-	-
в Контрольной группе				
IA-IIВ	80	62,0	4,3	53,64÷70,39
IIIBC-IV	49	38,0	4,3	29,61÷46,36
Всего	129	100,0	-	-

У 14 больных из Контрольной группы (10,8%, CI95%=5,49÷16,22) за восьмилетний КП развились ЛРР (таблица 3), из которых у 6 больных (42,9%, CI95%=16,93÷68,78) выявили удаленные метастазы (в легкие, кости скелета, печень, мозг или лимфоузлы противоположной стороны). При этом число случаев ЛРР в Контрольной группе невелико (11%), поэтому следует осторожно отнестись к тому, что статистически значимого различия между группами по частоте удаленного метастазирования на фоне ЛРР не отмечено ($p > 0,05$). Вместе с тем в Контрольной группе (первично леченых больных) доля больных с развившимися удаленными метастазами достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем в Основной (на фоне ЛРР) - у 32 из 61 больных (52,5%, CI95%=50,8÷54,1). Таким образом, данная таблица свидетельствует о том, что в целом у больных с развившимся у них ЛРР лиц риск развития удаленного метастазирования РМЖ больше, чем среди первично леченых больных.

Таблица 3.

Распределение больных РМЖ женщин в группах в зависимости от выявления у них удаленных метастазов на фоне ЛРР в течение КП.

Категория больных	N	M	m	CI95%
Контрольная группа, N=129				
Всего с мтс	40	31,01	4,07	23,03÷38,99
Вышли из под наблюдения	1	0,78	0,77	0,00÷3,03
Всего с ЛРР	14	10,85	2,74	5,49÷16,22
из них с мтс на фоне ЛРР	6	42,86	13,23	16,93÷68,78
Всего больных	129	100,00	-	-
Основная группа				
Всего с мтс на фоне ЛРР	32	52,46	0,83	50,84÷54,08
Всего ЛРР	61	100,00	-	-

За семь лет наблюдения у 40 больных Контрольной группы (31,0%) выявили удаленные метастазы (в кости скелета, печень, легкие, мозг и лимфоузлы противоположной груди), ЛРР - у 14 (10,8%), что в 2,86 раз реже, чем удаленных метастазов ($p<0,05$). Средний срок обнаружения ЛРР у 61 больной Основной группы (таблица 4) составил 21,6 мес., а сроков обнаружения удаленных метастазов у 32 больных - 26,3 мес. ($p<0,05$). Сроки обнаружения ЛРР и удаленных метастазов в Контрольной группе составили соответственно 27,6 и 28,6 мес., что статистически не больше ($p>0,05$), чем среди больных Основной группы, что, возможно, говорит о слабой тенденции к раннему развитию ЛРР в Основной группе.

Таблица 4.

Распределение в исследованных группах больных по средним срокам обнаружения у них ЛРР и удаленных метастазов.

Категории	N	M, мес.	m	CI95%
Основная группа				
Обнаружение удаленных метастазов	32	26,3	0,92	24,50÷28,10
Обнаружение ЛРР	61	21,6	0,60	20,42÷22,78
Всего	61	100,0	-	-
Контрольная группа				
Обнаружение удаленных метастазов	40	28,6	2,97	22,78÷34,42
Обнаружение ЛРР	14	27,6	7,43	13,04÷42,16
Всего	129	100,0	-	-

Средний возраст больных (таблица 5) в Контрольной группе на момент первого лечебного хирургического вмешательства составил 50,7 года, на момент смерти (или КД) - 55,4 года. В Основной группе соответственно - 45,5 лет и 49,0 лет. В обоих случаях разница между группами статистически достоверна ($p<0,05$).

Из 61 больных Основной группы (таблица 6) к КД выжило достоверно меньше боль-

Таблица 5.

Средний возраст на момент первого лечебного хирургического вмешательства и на момент смерти или к КД.

Категория	Контрольная группа, N=129			Основная группа, N=61		
	M	m	CI95%	M	m	CI95%
... момент первого лечебного хирургического вмешательства	50,73	0,94	48,9÷52,6	45,5	1,39	42,8÷48,2
... момент смерти или к КД	55,45	0,90	53,7÷57,2	49,0	1,43	46,2÷51,8

ных, чем в Контрольной группе ($p<0,05$). В Основной группе выживших на фоне полной ремиссии было достоверно меньше ($p<0,05$), а с удаленными метастазами на фоне ЛРР - достоверно больше ($p<0,05$), чем в Контроле. В Основной группе выжило на фоне только ЛРР недостоверно меньше ($p>0,05$), только с удаленными метастазами - больше, чем в Контроле ($p>0,05$).

Отмечено (таблица 7) достоверное преобладание среднего срока выживания (за КП) среди больных Контрольной группы, чем Основной ($p<0,05$). При этом среди умерших за КП больных достоверных различий между группами по этому показателю не отмечено ($p>0,05$). В целом же группы по этому показателю достоверно между собой не различались

Таблица 6.

Распределение больных РМЖ женщин по их состоянию к КД.

Состояние к КД:	N	M, %	m	CI95%
в Основной группе				
Живы	32	52,5	6,4	39,93÷64,99
живы с ремиссией	12	19,7	5,1	9,70÷29,65
живы с ЛРР	3	4,9	2,8	0,00÷10,85
живы с метастазами на фоне ЛРР	10	16,4	4,7	7,10÷25,68
живы с метастазами	7	11,5	4,1	3,48÷19,47
всего больных	61	100,0	-	-
в Контрольной выборке				
Живы	97	74,42	3,84	66,89÷81,95
живы с полной ремиссией	80	62,02	4,27	53,64÷70,39
живы с ЛРР	11	8,53	2,46	3,71÷13,35
живы с метастазами на фоне ЛРР	3	2,33	1,33	0,00÷5,21
живы с метастазами	9	6,98	2,24	2,58÷11,37
всего больных	129	100,00	-	-

Таблица 7.

Средние сроки выживания среди умерших и выживших к КД.

Прожито к КД больными...	N	M (мес.)	m	CI95%
Основная группа				
Выжившими	32	48,1	3,74	40,75÷55,41
Умершими	29	36,2	3,27	29,79÷42,61
группа в целом	61	42,4	6,1	30,50÷54,36
Контрольная группа				
Выжившие	97	60,5	1,67	57,27÷63,81
Умершие	31	38,3	3,45	31,52÷45,04
группа в целом	129	54,9	1,46	52,03÷57,77

($p>0,05$), но в Контрольной группе он преобладал на 12,5%. Это можно связать с тем, что на этапе первичного лечения большую долю больных составляют сохранившие жизнеспособность пациентки, у большей же части больных с ЛРР она снижена.

Вероятность дожития в течение семи лет после хирургического лечения пациенток в сравниваемых группах (таблица 8) достоверно не различалась ($p>0,05$). Но она снижалась в Основной группе быстрее. Разница между группами к концу семилетнего периода составила около 23%.

Особенно заметными были различия в динамике семилетней вероятности дожития между группами (таблица 9) при стадии опухолевого процесса Ia-IIb: в Основной группе она оказалась на 38%, что статистически достоверно ($p<0,05$), выше, чем в Основной. При стадиях же IIIabc-IV это различие практически нивелировались, составив лишь около 2,5% ($p>0,05$). При этом в Контрольной группе вероятность семилетнего дожития больных в стадии Ia-IIb превышало таковую больных при стадии IIIabc-IV на 21,36%. В Основной группе мы наблюдали противоположную картину: при стадии IIIabc-IV имели вероятность семилетнего дожития на 14,38% больше, чем больные при стадии Ia-IIb. То есть суммарное различие между группами составило 35,74%.

Таблица 8.

Динамика вероятности семилетнего дожития больных Контрольной (проспективной) и Основной (ретроспективной) группах в течение КП наблюдения (2017-2024 гг.)

Прожито лет	Основная группа, N=61			Контрольная группа, N=129		
	M, %	m	CI95%	M, %	m	CI95%
1	95,08	2,79	89,56÷100,0	96,16	1,69	92,84÷99,48
2	86,89	4,47	78,12÷95,65	93,85	2,12	89,70÷97,99
3	72,13	6,28	59,83÷84,44	89,19	2,73	83,84÷94,55
4	63,93	7,50	49,24÷78,63	82,21	3,42	75,51÷88,92
5	59,02	7,98	43,38÷74,65	77,56	3,79	70,13÷84,99
6	52,46	8,56	35,67÷69,25	76,79	4,03	68,90÷84,68
7	52,46	8,83	35,16÷69,76	75,23	4,23	66,94÷83,53

Таблица 9.

Кумулятивная вероятность дожития (М, %) в потоке больных РМЖ женщин Самаркандской области в зависимости от стадии опухолевого процесса.

Прожито лет	Ia-IIb			IIIabc-IV		
	М,%	m	CI95%	М,%	m	CI95%
	Основная группа, N=27			Основная группа, N=34		
3	70,37	9,32	52,10÷88,64	73,53	8,49	56,89÷90,17
5	55,56	12,05	31,93÷79,18	58,82	10,74	37,77÷79,87
7	44,44	14,34	16,33÷72,56	58,82	11,00	37,25÷80,39
	Контрольная группа, N=80			Контрольная группа, N=49		
3	91,37	3,14	85,22÷97,52	83,88	5,25	73,58÷94,17
5	83,96	4,18	75,77÷92,16	65,46	7,17	51,42÷79,51
7	82,73	4,52	73,87÷91,58	61,37	8,35	45,01÷77,74

Это, на первый взгляд может показаться “парадоксальным”. Но если учесть, что Основная группа составлена ретроспективно из 61 больной с уже имевшим место ЛРР, а Контрольная – проспективно, из 129 первично зарегистрированных больных РМЖ женщин, то он вполне ожидаем. Больные обеих групп лечились по одним и тем же стандартам радикальной и условно радикальной схем комплексного и комбинированного лечения. В основном статистические различия и сходства между группами можно связывать, главным образом, с этим обстоятельством. Конкретно можно, видимо, среди больных Основной группы больше оказалось лиц с продвинутыми стадиями РМЖ (IIIabc-IV), склонностью опухоли к относительно медленному прогрессированию, чем в Контрольной. Среди больных Контрольной группы велика доля лиц с развившимися удаленными метастазами без ЛРР, чем на фоне ЛРР. Возможно, развитие ЛРР сцеплено с относительно медленным прогрессированием опухолевого процесса и, следовательно, меньшим влиянием удаленного метастазирования на их жизнеспособность. Важно также учесть, что организм пациенток с ЛРР подвергается дополнительным испытаниям в виде повторных операций и химиотерапии, небезразличной для него. Эти допущения вписываются в представления о сложных системных взаимоотношениях между развитием первичного очага опухоли и метастазов, которые можно сделать и по результатам еще ранних экспериментальных исследований (Shah S. e.a., 1983; Кутлумуратов А.Б., 1985).

В Самаркандской области Узбекистана на текущий период по своей клинической значимости преобладает проблемы удаленного метастазирования РМЖ после лечебного хирургического вмешательства, нежели проблема ЛРР (Джураев М.Д., 2025; Кутлумуратов А.Б., 2025; Зарипова П.И., 2025). Возможно, это связано с тем, что РМЖ медленнее прогрессирует, давая удаленные метастазы на фоне ЛРР, чем в отсутствии ЛРР.

Возраст - важный фактор прогноза течения РМЖ. В частности об этом говорит то, что в Основной группе молодых женщин оказалось относительно больше, чем в Контрольной на момент хирургического вмешательства и смерти в течение КП, что связано с высоким риском прогрессирования опухоли у молодых женщин на фоне ЛРР.

Что касается стадии процесса, то на фоне ЛРР вероятность семилетнего дожития больных РМЖ, первично леченных в стадии Ia-IIb, снижается заметно быстрее, чем у общей совокупности первично леченных больных той же стадии. В стадии же IIIabc-IV различие между группами практически нивелировано, что может быть обусловлено относительным преобладанием в Основной группе больных с продвинутыми (на момент первичного их лечения) стадиями и относительно медленнее прогрессирующими опухолями. В целом же на фоне развития ЛРР вероятность семилетнего дожития больных РМЖ женщин снижается быстрее, чем в общей совокупности первично леченных пациенток.

В целом полученные результаты говорят с одной стороны о более быстрой элиминации среди первично леченных больных РМЖ лиц со склонностью к метастазированию без ЛРР. С другой они свидетельствуют об относительно медленной элиминации на фоне развития ЛРР лиц из-за склонности к относительно медленному прогрессированию опухоли.

Дальнейшие успехи в лечении РМЖ мы связываем с проблемой снижения риска развития у больных удаленных метастазов – как на фоне ЛРР, так и вне прямой связи с развитием ЛРР. Адекватные суждения врачей о жизнеспособности каждой больной РМЖ в каждом клиническом случае будут играть все возрастающую роль в практике клинической он-

комаммологии. Этому, в частности, может способствовать контроль в динамике биологических характеристик опухоли.

Можно констатировать, что на текущий момент в Самаркандской области стандартные алгоритмы клинического ведения больных РМЖ женщин, предусматривающие тактику секторальной резекции как диагностической операции с целью срочного решения вопроса о целесообразности РМЭ, оправдывают себя. Дальнейшее же улучшение эффективности специального лечения РМЖ женщин в области, то во многом мы связываем с уместностью химиотерапии, входящей в схемы комплексного и комбинированного лечения, под контролем биологических характеристик опухоли (Семиглазов В.Ф., 2016; Nolan L. e.a., 2024). В частности, совершенствование его эффективности может зависеть от контроля степени злокачественности опухоли и ее ИГХ-тестирования в условиях клиники, которую мы считаем одной из важных текущих задач развития онкослужбы области.

Выводы:

1. Среди больных с развившимися ЛПР доля больных РМЖ в стадии Ia-IIb почти на 16,0% ниже, чем среди первично леченых больных, а в стадии IIIabc-IV – почти на 15,5% выше.
2. Средние сроки обнаружения удаленных метастазов у больных РМЖ женщин с выявленными ЛПР статистически не меньше таковых у первично леченых больных. При этом в условиях Самаркандской области вероятность семилетнего дожития больных после первичного лечения в сравнении с таковой больных с развившимися ЛПР ниже.
3. В условиях Самаркандской области тактика секторальной резекции в качестве диагностической операции для решения вопроса о целесообразности РМЭ в каждом клиническом случае в целом оправдана. Дальнейшее улучшение эффективности лечения РМЖ во многом будет зависеть от проведения химиотерапии под контролем биологических свойств опухоли и жизнеспособности организма каждой больной.

Использованная литература:

1. Закирходжаев А.Д., Рассказова Е.А. Рецидивы рака молочной железы после подкожных радикальных мастэктомий с одномоментной реконструкцией // Research'n Practical Medicine Journal. 2014. Т. 1, № 1. С. 24–28.
2. Кутлумуратов А.Б. Кратковременная гипертермия и ультразвуковая гипертермия при радиотерапии [экспериментальных] опухолей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент, 1986. 18 с.
3. Кутлумуратов А.Б., Закирходжаев У.Д., Ивашкин А.В. Влияние общего и локального облучения, модифицированного гипергликемией на метастазирование карциносаркомы Уокера 256 у крыс // Экспериментальная онкология. 1990. Т. 12, № 2. С. 76-79.
4. Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Высшая школа, 1990. 352 с.
5. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. Изд. 2-е, доп. Ч. I. СПб., 2015. 223 с.
6. Сборник стандартов и клинических протоколов диагностики и лечения злокачественных новообразований / под ред. проф. М.Н. Тилляшайхова. Ташкент, 2017. 254 с.
7. Семиглазов В.Ф. Рак молочной железы: клинко-экспериментальные исследования // Вопросы онкологии. 2016. Т. 62, № 2. С. 208-213.
8. Субботина Д.Р., Гуляев Д.А., Митрофанова Л.Б. Биологическая гетерогенность первичной и церебральной метастатической опухолей при раке молочной железы // Саратовский научно-медицинский журнал. 2021. Т. 17, № 4. С. 719-724. DOI: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48155714>
9. Chen R., Qarmali M., Siegal G.P., Wei S. Receptor conversion in metastatic breast cancer: analysis of 390 cases from a single institution // Modern Pathology. 2020. Vol. 33. P. 2499-2506. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41379-020-0615-z>
10. Ilgun S., Sarsenov D., Erdogan Z., Ordu C., Celebi F., Pilanci K. et al. Receptor discordance rate and its effects on survival in primary and recurrent breast cancer patients // JBUON. 2016. Vol. 21, № 6. P. 1425-1432.
11. Kirkwood B.R., Sterne J.A.S. Essential Medical Statistics. 2nd edition. Oxford: Blackwell Science, 2003. 512 p.
12. McAnena P.F., McGuire A., Ramli A., Curran C., Malone C., McLaughlin R. et al. Breast cancer subtype discordance: impact on post-recurrence survival and potential treatment options // BMC Cancer. 2018. Vol. 18. P. 203. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4101-7>
13. Nolan L., Davey M.G., Calpin G.G., Ryan E.J., Boland M.R. Risk of locoregional recurrence after breast cancer surgery by molecular subtype – a systematic review and network meta-analysis // Irish Journal of Medical Science. 2024. DOI: 10.1007/s11845-024-03809-z
14. Shah S.A., Jain R.K., Finney P.L. Enhanced metastases formation by combined hyperthermia and hyperglycemia in rats bearing Walker 256 carcinoma // Cancer Letters. 1983. Vol. 19, № 3. P. 317-323.
15. Swaminathan R., Brenner H. Statistical methods for cancer survival analysis // Cancer Survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America (SurvCan) / eds. Sankaranarayanan R., Swaminathan R., Lucas E. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC Scientific Publications № 162), 2011. ISBN 978-92-832-2162-3.