

ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО РЕГИОНАМ (Обзор литературы)

Юлдашев Б.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

✓ Резюме

За последние годы рак молочной железы в среде женщин увеличивается и остается заболеванием с очень высоким летальным риском. У пациентов с РМЖ очень хорошие шансы на выживание, если рак обнаружен и вылечен на ранней стадии. По данным ВОЗ в 2020 году на рак молочной железы пришелся каждый восьмой новый случай рака в мире и каждый четвертый - среди женщин: это заболевание диагностировали у 2,3 млн человек, 685 тысяч от него скончались. В последние годы проведен ряд исследований, свидетельствующих о наличии особенностей проблемы РМЖ в центральноазиатском и кавказском регионах. В структуре смертности женского населения Узбекистана от злокачественных новообразований наибольший удельный вес имеют злокачественные опухоли молочной железы (20,4%).

Ключевые слова: Рак молочной железы, рецидивы, смертность, доброкачественность, злокачественность.

СУТ БЕЗИНИНГ ХУДУДЛАР БЎЙИЧА МУАММОЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Юлдашев Б.С.

Ташкент тиббиёт академияси Урганч филиали

✓ Резюме

Охирги йилларда сўт беги ракиннинг ортиб бориши кузатилиб, юқори ўлим сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. Агар касалликни эрта даврларда аниқлаб даволанса беморларда узоқ яшаиш имкониятлари мавжуд. БЖССТ маълумотларига қараганда 2020 йилда ҳар бир 8 та рак ҳолатига 1 та, аёллар орасида ҳар бир 4 та ҳолатга 1 та сўт беги раки тўғри келган, ва бу касаллик 2,3 миллион кишида аниқланиб шундан 685 минг нафари вафот этган. Охирги йилларда СБР нинг Марказий Осиё ва Кавказ ҳудудларидаги муаммоли хусусиятлари бўйича бир қатор тадқиқотлар ўтказилган. Ўзбекистонда аёллар ўртасидаги ёмон сифатли ўсмалардан ўлим таркибида энг юқори кўрсаткич сўт беги ракига тўғри келмоқда (20,4%).

Калит сўзлар: Сўт беги раки, рецидивлар, ўлим ҳолати, яхши сифатлилиқ, ёмон сифатлилиқ.

FEATURES OF THE PROBLEM OF BREAST CANCER BY REGION. (LITERATURE REVIEW)

Yuldashev B.S.

Urgency Branch Tashkent Medical Academy

✓ Resume

In recent years, breast cancer among women has increased and remains a disease with a very high lethal risk. If the cancer is detected and treated early, chance of survival increases in patients with breast cancer. According to the WHO, in 2020, breast cancer accounted for every eighth new case of cancer in the world and every fourth among women: this disease was diagnosed in 2.3 million people, 685 thousand died from it. In recent years, a number of studies have been carried out indicating the presence of specific features of the breast cancer problem in the Central Asian and Caucasian regions. In the structure of mortality of the female population of Uzbekistan from malignant neoplasms, malignant tumors of the mammary gland have the largest specific weight (20.4%).

Key words: Breast cancer, relapses, mortality, benign, malignant.

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ), несмотря на выдающиеся технологические достижения современной медицины, все же остается заболеванием с очень высоким летальным риском. Ранняя диагностика, совершенствование молекулярно-генетических методов и активная хирургическая тактика конечно же оказали положительное влияние на снижение летальности, но подавляющее большинство пациентов с РМЖ все еще живут в страхе «рецидива» заболевания. Рецидив РМЖ с клинической точки зрения представляет собой огромную проблему, которая в значительной степени не изучена. На протяжении многих лет изучается ряд факторов с общей целью - прогнозировать рецидив заболевания РМЖ.

У пациентов с РМЖ очень хорошие шансы на выживание, если рак обнаружен и вылечен на ранней стадии [1]. Важно отметить, что термин «рано» очень субъективен. Во многих случаях считается, что рак лечили на ранней стадии, только чтобы обнаружить его повторное появление спустя годы после первого вмешательства [2].

По данным ВОЗ в 2020 году на рак молочной железы пришелся каждый восьмой новый случай рака в мире и каждый четвертый - среди женщин: это заболевание диагностировали у 2,3 млн человек, 685 тысяч от него скончались. На показатели заболеваемости раком молочной железы также влияют социально-культурные факторы, например, женщины все позже рожают первого ребенка и имеют все меньше детей. Это касается всех стран мира, но смертность от рака молочной железы выше в странах с низким и средним индексом развития человеческого потенциала. Это объясняется прежде всего поздней диагностикой [1].

Заболеваемость РМЖ высока практически во всех развитых странах мира [1]. Самая высокая заболеваемость РМЖ зафиксирована среди белого населения Австралии (Квинсленд) – 101, Гавайских островов – 101, Швейцарии (Женева – 97), США – 92, в Израиле – 87. Низка заболеваемость в Китае (Шанхай – 27) и Японии (Осака – 28).

В Северной Америке, Западной Европе и Австралии РМЖ составляет 30% всех зарегистрированных случаев рака (исключая немеланомный рак кожи) [1]. В странах Восточной Европы доля случаев РМЖ в структуре злокачественных опухолей меньше: в России – 23 %, в Словении – 23%, Венгрии – 23%, Румынии – 23%, Польше (Варшава) – 21

%, Чехии – 21 %, Словакии – 20%, Белоруссии – 17%.

Заболеваемость РМЖ растет в большинстве стран мира, особенно в странах Восточной Азии [1]. В Китае ежегодный прирост заболеваемости РМЖ составил 5%. В то же время смертность от РМЖ во многих западных странах начала снижаться. Например, в США темп снижения составляет 1,7% в год.

Интерпретация трендов заболеваемости и смертности от РМЖ трудна. Очевидно, что в заболеваемости РМЖ в течение длительного времени наблюдался рост. Однако его можно объяснить и возросшим уровнем скрининга среди женщин без симптомов РМЖ, особенно в последнее время. В частности, было установлено, что маммографический скрининг позволяет диагностировать изменения в молочной железе, которые гистологически могут быть квалифицированы как рак; но по клиническому течению оказались доброкачественными. Причины роста заболеваемости РМЖ могут отличаться в разных странах. В США, Великобритании и Норвегии рост заболеваемости объясняется возросшим скринингом [1,2]. В большинстве европейских и других стран рост заболеваемости и смертности от РМЖ столь значителен, что вряд ли может объясняться только скринингом или улучшением регистрации впервые заболевших и учетом умерших

Прогноз РМЖ достаточно благоприятен [1]. Наилучший показатель 5-летней выживаемости отмечен в США (84%), Австралии (73%), Японии (74%). Показатель выживаемости в Европе составляет 63-67 %. В целом в мире 5-летняя выживаемость равна 50-60 %

Общепризнано, что в области исследований рака молочной железы был достигнут значительный научный прогресс, и именно благодаря этим усилиям шансы выживших после рака молочной железы без болезней значительно увеличились за последние несколько десятилетий. Однако это применимо только в том случае, если рак молочной железы диагностирован на ранней стадии и ограничен первичным органом.

Высокий риск заболеваемости РМЖ обусловлен, в первую очередь биологическими особенностями самой молочной железы, заключающимися с одной стороны потенциальной способностью к пролиферативной активности в период лактации и с другой стороны крайне

выраженной зависимостью от гормонального фона женщины [1].

Вероятность заболеть раком молочной железы меняется с возрастом. У женщин до 30 лет риск заболеть составляет 1 к 233, а у тех, кому исполнилось 85 он значительно выше – рак развивается уже у каждой восьмой женщины [1].

Рак молочной железы поражает не все расовые группы одинаково. В последние годы исследования показали общий рост заболеваемости раком груди в Соединенных Штатах, причем наибольший рост отмечен среди чернокожих женщин и женщин с азиатских и тихоокеанских островов. Напротив, заболеваемость оставалась стабильной среди европеоидных женщин, испаноязычных и американских индейцев и коренных женщин Аляски [1].

Социально-экономическая депривация (СЭД) может быть причиной повышенного риска смертности от рака молочной железы у афроамериканцев и латиноамериканцев [1]. Среди европеоидов социальная депривация связана с плохим прогнозом рака молочной железы, с повышенным уровнем распространенности высокозлокачественных опухолей, отрицательных по рецепторам эстрогена (ER) [1].

В последние годы проведен ряд исследований, свидетельствующих о наличии особенностей проблемы РМЖ в центральноазиатском [1,2,3] и кавказском регионах [1]. В частности, в Республике Азербайджан, первое ранговое мест в структуре онкологической заболеваемости жителей Баку занимает рак молочной железы (удельный вес 31,6%), наивысшему риску заболевания подвержены женщины в возрасте 50–70 лет; наивысшие показатели летальности зарегистрированы у женщин с раком молочной железы, проживающих в наиболее отдаленных районах г. Баку, что даёт основание для усиления профилактической работы в этих районах [1].

В структуре смертности женского населения Узбекистана от злокачественных новообразований наибольший удельный вес имеют злокачественные опухоли молочной железы (20,4%). По данным канцер-регистра Республиканского онкологического научного центра, в 2012 году в общей структуре злокачественных новообразований женщин заболевшие РМЖ (24,6%) занимают 1-е ранговое место, опережая больных раком шейки матки (12,4%), желудка (5,9%), яичников (5,0%) и тела матки (4,4%) [1]. На территории Республики Узбекистан встречаются области с высокой и низкой заболеваемостью РМЖ [1].

У женщин Бухарской, Навоийской, Сырдарьинской и Ташкентской областей и г. Ташкента в возрасте 60–69 лет — самая высокая заболеваемость РМЖ (от 43–83%), тогда как у женщин Кашкадарьинской, Наманганской и Сурхандарьинской областей такого же возраста самая низкая (от 25,3–30,1%). На этом основании можно заключить, что на уровень заболеваемости РМЖ наряду с возрастной структурой населения оказывают определенное влияние другие факторы. Авторы считают, что на уровень заболеваемости в определенной мере влияет социально-экономический уклад жизни, возрастной и этнический состав населения. Из-за особенностей возрастной, этнической структуры и социально-экономического уклада жизни населения на территории республики сформировались области с высокой и низкой заболеваемостью РМЖ. Различие между заболеваемостью сельского и городского населения областей республики свидетельствует о существовании каких-то факторов, присущих среде обитания установленных географических районов. Возможно, это связано с изменением бытового образа жизни, питания, снижением репродуктивной функции, урбанизацией, притоком населения из других областей страны; миграцией населения в промышленные зоны [1].

Заключение

Сложное взаимодействие факторов, влияющих на развитие рака молочной железы, а также на исход заболевания влияют состояние яичников и менструальной функции женщины, возраст, репродуктивный статус, генетические факторы, особенности питания, наличие дисгормональных заболеваний груди.

С клинической точки зрения особые свойства смертности от рака молочной железы в значительной степени связана либо с резистентностью к терапии, либо с метастазами в отдаленные органы, которые способствуют рецидиву. Одним из факторов, сильно препятствующих прогрессу в этой области, является отсутствие какой-либо приемлемой модели для изучения рецидива опухоли. Исследования *in vitro* так часто не являются «физиологически значимыми», в то время как клинические исследования очень часто неоднозначны в связи с невозможностью учета всех важных факторов и многих других причин.

Клинические наблюдения либо столь разнообразны, либо просто неубедительны. Для значимого исследования жизненно важно наладить конструктивное сотрудничество между фундаментальными учеными и клиническими исследователями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Aleksandrova L.M., Starinskiy V.V., Kaprin A.D. s soavt. Profilaktika onkologicheskikh zabolevaniy kak osnova vzaimodeystviya onkologicheskoy sluzhby s pervichnym zvenom zdravookhraneniya //Issledovaniya i praktika v meditsine. - 2017. - T. 4, № 1. - S. 74-80.
2. Semiglazov V.F. Rak molochnoy zhelezy: multidisziplinarnyy podkhod k lecheniyu. //Prakticheskaya onkologiya 2015;16(2):49-52.
3. Semiglazov V.F., Merabishvili B.M., Semiglazov V.V. s soavt. Epidemiologiya i skrining raka molochnoy zhelezy //Voprosy onkologii. - 2017. -T. 63, № 3. - S. 375-384.
4. Llanos A.A., Chandwani S., Bandera E.V., Hirshfield K.M., Lin Y., Ambrosone C.B., et al. Associations between sociodemographic and clinicopathological factors and breast cancer subtypes in a population-based study. //Cancer Causes Control. (2015) 26:1737–50. doi: 10.1007/s10552-015-0667-4
5. Ademuyiwa F.O., Tao Y., Luo J., Weilbaecher K., Ma C.X. Differences in the mutational landscape of triple-negative breast cancer in African Americans and Caucasians. //Breast Cancer Res Treat. (2017) 161:491–9. doi: 10.1007/s10549-016-4062-y
6. Williams D.R., Mohammed S.A., Shields A.E.. Understanding and effectively addressing breast cancer in African American women: Unpacking the social context. //Cancer. (2016) 122:2138–49. doi: 10.1002/cncr.29935
7. Iqbal J., Ginsburg O., Rochon P.A., Sun P, Narod S.A. Differences in breast cancer stage at diagnosis and cancer-specific survival by race and ethnicity in the United States. JAMA. (2015) 313:165–73. doi: 10.1001/jama.2014.17322
8. Tao L., Gomez S.L., Keegan T.H., Kurian A.W., Clarke C.A. Breast cancer mortality in african-american and non-hispanic white women by molecular subtype and stage at diagnosis: a population-based study. //Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. (2015) 24:1039–45. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0243
9. Bae S.Y., Jung S.P., Lee S.K., et al. Prognostic value of immunohistochemically detected p53 in adjuvant chemotherapy- treated triple negative breast cancer. //Kaohsiung J Med Sci 2018; 34:663–72.
10. Hossain F., Danos D., Prakash O., Gilliland A., Ferguson T.F., Simonsen N., et al. Neighborhood social determinants of triple negative breast cancer. //Front Public Health. (2019) 7:18. doi: 10.3389/fpubh.2019.00018
11. Bandera EV, Chandran U, Hong CC, Troester MA, Bethea TN, Adams-Campbell LL, et al. Obesity, body fat distribution, and risk of breast cancer subtypes in African American women participating in the AMBER consortium. //Breast Cancer Res Treat. (2015) 150:655–66. doi: 10.1007/s10549-015-3353-z
12. Yedjou C.G., Sims J.N., Miele L. et al. Health and Racial Disparity in Breast Cancer. Advances in experimental medicine and biology. 2019; [PubMed PMID: 31456178]
13. Flegal K.M., Kruszon-Moran D., Carroll M.D., Fryar C.D., Ogden C.L. Trends in obesity among adults in the United States, 2005 to 2014. //JAMA. (2016) 315:2284–91. doi: 10.1001/jama.2016.6458
14. Kohler B.A., Sherman R.L., Howlander N.. at al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2011, Featuring Incidence of Breast Cancer Subtypes by Race/Ethnicity, Poverty, and State. //L.J Nat'l Cancer Inst. 2015 Mar 30; 107(6):djv048. doi: 10.1093/jnci/djv048. Print 2015 Jun.PMID: 25825511
15. Chichua N.A., Talayeva SH.ZH., Omarbayeva N.A., Smagulova G.K. Osobennosti techeniya troynogo negativnogo raka molochnoy zhelezy. Onkol. i radiol. Kazakhstana. 2015; (3): 26–31.
16. Khmel'nitskaya N.M. Morfologiya raka molochnoy zhelezy u zhenshchin Respubliki Tadzhikistan n slavyanskoy etnicheskoy gruppy /N.M. Khmel'nitskaya, F.YU. Meliyeva //Meditsinskiy al'manakh. - Nizhniy Novgorod, 2011, №5. - S. 127-129.
17. Umarova S.G., Zikiryakhodzhayev A.D., Zikiryakhodzhayev D.Z. Epidemiologicheskiye aspekty zlokachestvennykh novoobrazovaniy organov reproduktivnoy sistemy u zhenshchin v Tadzhikistane. - Dushanbe: //Optima, 2013. - 120 s.
18. Марданлы Ф.А., Алиева Ф.К., Джафарова Е.Р. и др. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями в Азербайджанской Республике за период с января по апрель 2014 года. //Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri. 2015; (1): 148–154.
19. Vatankha S.S. Epidemiologicheskiye aspekty zabolevayemosti rakom molochnoy zhelezy v gorode Baku //Kazanskiy meditsinskiy zhurnal, 2018 g., tom 99, №2. - S. 287-290.
20. Khudaykulov T.K., Khudaykulov A.T. Zabolevayemost' rakom molochnoy zhelezy v Uzbekistane //Povolzhskiy onkologicheskii vestnik. - 2016. - №2. - S. 38-42.
21. Navruzov S.N., Khodzhayev A.V., Khudaykulov A.T. Rak molochnoy zhelezy. Problemy ranney diagnostiki i profilaktiki. //Metodicheskiye rekomendatsii. — Tashkent, 2013. - 24S.
22. Khudaykulov T.K., Khudaykulov A.T. Zabolevayemost' rakom molochnoy zhelezy v Uzbekistane //Povolzhskiy onkologicheskii vestnik. - 2016. - №2. - S. 38-42.

Поступила 09.10.2021