New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (71) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (71)

2024

сентябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.08.2024, Accepted: 02.09.2024, Published: 10.09.2024

УДК 618.19-06:616-073.43

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКОГО И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОК С ВНУТРИПРОТОКОВОЙ КАРЦИНОМОЙ IN SITU

Хакимов А.Т. https://orcid.org/0000-0001-8988-2000
Полатова Д.Ш. https://orcid.org/0000-0001-8128-2553

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Махтумкули, 103. Тел: +998 (71) 230-20-65. e-mail: info@tsdi.uz

✓ ***Резюме***

В данной статье изучены результаты хирургического лечения DCIS в зависимости от размера опухоли, возраста пациенток и типа роста опухоли по маммографическим и УЗИ критериям. Материалом исследования послужили истории болезней 129 женщин с DCIS в возрасте 29-78 лет, средний возраст 56,44±11,92 лет.

Ключевые слова: DCIS, выживаемость, РМЖ, маммография, УЗИ МЖ.

INFLUENCE OF CLINICAL-ANAMNESTIC AND RADIATION FINDINGS ON SURVIVAL OF PATIENTS WITH DUCTAL CARCINOMA IN SITU

Khakimov A.T. https://orcid.org/0000-0001-8988-2000
Polatova D.Sh. https://orcid.org/0000-0001-8128-2553

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan, Tashkent, Makhtumkuli street, 103.
Phone number: +998 (71) 230-20-65. e-mail: info@tsdi.uz

✓ ***Resume***

This article examines the results of surgical treatment of DCIS (ductal carcinoma in situ) depending on tumor size, patient age, and tumor growth type based on mammographic and ultrasound criteria. The study material consisted of the medical records of 129 women with DCIS aged 29-78 years, with an average age of 56.44±11.92 years.

Keywords: DCIS, survivance, breast cancer, mammography, ultrasound of the breast.

TADQIQOTNING KLINIK-ANAMNESTIK XUSUSIYATLARI VA NUR TEKSHIRUVI NATIJALARINING INTRADUKTAL KARSINOMASI IN SITU BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNING YASHASH DARAJASIGA TA’SIRI

Xakimov A.T. https://orcid.org/0000-0001-8988-2000
Polatova D.Sh. https://orcid.org/0000-0001-8128-2553

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, O’zbekiston, Toshkent, Mahtumquli ko’chasi, 103.
Tel: +998 (71) 230-20-65. e-mail: info@tsdi.uz

✓ ***Rezume***

Ushbu maqolada o‘smaning o‘lchami, bemorlarning yoshi va o‘smaning o‘sish turiga qarab, DCISni jarrohlik yo‘li bilan davolash natijalari mammografik va ultratovush mezonlari bo‘yicha o‘rganilgan. Tadqiqot materiali sifatida 29-78 yoshdagi, o‘rtacha yoshi 56,44±11,92 bo‘lgan 129 nafar DCIS bilan kasallangan ayollarning kasallik tarixlari xizmat qildi.

Kalit sozlar: DCIS, yashovchanlik, SBS, mammografiya, Sut bezi UTT.

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ) – одна из самых часто встречающихся онкологических патологий у женщин. В Российской федерации в 2018 году диагностированы свыше 70000 новых заболеваний, что составило пятую часть всей онкопатологии женского населения. В среднем РМЖ выявляют в возрасте 61,5 лет. Ежегодное увеличение частоты РМЖ составляет 2% в новом тысячелетии, кумулятивный риск составляет 5,87%, а длительность жизни пациенток – 74 года. Современные методы диагностики позволяют выявлять РМЖ на I–II стадиях (71,2%), что позволило снизится летальности до 5,8% в первый год после обнаружения, пятилетняя выживаемость достигает 60,9%, 65,5% из которых получают комплексное лечение, а 34,5% только хирургию. РМЖ – лидер по летальности среди женщин – 16,2% [1].

Выделение в структуре РМЖ в качестве отдельной нозологической единицы DCIS (Ductal carcinoma in situ) произошло в середине XX века [10]. На тот момент DCIS диагностировалось крайне редко и в основном при значительном объеме образования, достигая лишь 2% от новых случаев РМЖ, а мастэктомия была золотым стандартом лечения таких пациентов и зачастую имела хорошую эффективность – уменьшала риск рецидива ниже 1% в течение 5 лет [7].

Во второй половине XX века несколько медицинских прорывов кардинально поменяли наши знания о DCIS. Первым из них явилось признание всем медицинским обществом факта: «DCIS – непосредственный предшественник инвазивной карциномы молочной железы (МЖ) и требует проведения результативного лечения в меньшем объеме, чем мастэктомия, так как DCIS не имеет инвазии и распространения» [8].

Во-вторых, широкое применение маммографического исследования в качестве скринингового метода позволил диагностировать DCIS малого объема до прогресса в инвазивную карциному. Маммография в скрининге опирается на наличие кальцинатов, ассоциируемых с DCIS и характеризуется высокой чувствительностью. Современная диагностика DCIS – около 30% из всего РМЖ [9].

Еще одной вехой в диагностике и лечении DCIS считают появление высокоэффективных методик комплексной терапии DCIS без удаления МЖ – люмпэктомия, лучевая терапия и адъювантная гормонотерапия, хотя изначально они применялись в лечении инвазивных карцином [6].

Учитывая все вышеизложенное, определение и уточнение влияния клинико-анамнестических и лучевых факторов риска на формирование рецидива DCIS и летальность пациенток, является одной из актуальнейших целей исследований на современном этапе развития медицины.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения DCIS в зависимости от размера опухоли, возраста пациенток и типа роста опухоли по маммографическим и УЗИ критериям.

Материал и методы

Материалом исследования послужили истории болезней 129 женщин с диагнозом «Внутрипротоковый рак молочной железы, $T_{is}N_0M_0$» в возрасте 29-78 лет, средний возраст 56,44±11,92 лет, находящихся на стационарном лечении и наблюдении в период с 2009 по 2017 гг. в хирургическом отделении опухолей молочной железы на базе Ташкентского городского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии г.Ташкента.

Распределение обследованных больных в возрастном аспекте по критериям ВОЗ [2] представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациенток по возрастному критерию ВОЗ

Возрастные группы	DCIS (n=129)	
	Абс	%
Молодой возраст (18-44 лет)	26	20,16
Средний возраст (45-59 лет)	46	35,66
Пожилой возраст (60-74 лет)	49	37,98
Старческий возраст (75-90 лет)	8	6,20
Всего:	129	100

Основную массу обследованных больных составили женщины пожилого возраста – 49 (37,98%) и среднего возраста – 46 (35,66%).

Больных с подтвержденным диагнозом DCIS распределили на возрастные группы, а по клинической классификации TNM все они соответствовали – Tis (tumor in situ), т.е. опухоль была ограничена протоком МЖ без инвазии в стенки протоков, опухоль с отсутствием манифестации, без вовлечения регионарных лимфоузлов.

У всех изучаемых пациенток были тщательно изучены жалобы и анамнез, применяя метод активного сбора анамнеза. Всем пациентам настоящего исследования до проведения специфического обследования было проведено пальпаторное исследование МЖ и полностью исключены все неврологические и кардиологические заболевания.

Из лучевых методов исследования в настоящем исследовании применены цифровая билатеральная маммография (ЦБМ) в двух проекциях маммографом «Маммо-5МТУ» (ООО «ТСМТ», Россия) и УЗИ МЖ и регионарных зон аппарат УЗИ «Chison i3» (Китай) с высокочастотными линейными датчиками 7 и 7,5 МГц.

Показатели всех исследований подвергались статистическому анализу в программном пакете Microsoft Excel 2019. Первичный анализ методами описательной статистики включал в себя: «вычисление средних величин, стандартных ошибок среднего, относительных показателей, сравнение полученных статистических характеристик между собой с использованием t-критерия Стьюдента» [3, 5].

Сравнение независимых групп проводили, применяя критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 и критерий Фишера, взаимосвязь показателей определяли коэффициентом корреляции Спирмена и методом Пирсона (r) [4, 5].

Результат и обсуждение

В настоящем исследовании преследовалась цель определения особенность анамнестического и клинического, маммографического и УЗИ статуса исследуемых пациенток с DCIS.

Мы акцентировали внимание на акушерском анамнезе наших пациенток – 7 (5,43%) пациенток ранее не были беременны, при этом наивысший показатель показали пациентки из III группы 10,2%. У большей половины исследуемых пациенток было 4 и более беременностей – 69 (53,49%), тогда, как максимальное значение было 10 беременностей, а средний показатель составил 3,73±2,0. Чаще всего у пациенток в настоящем исследовании было 3 беременности – у 27 (20,93%) и 2 беременности – у 22 (17,05%). При этом 3 беременности имели 14 (30,43%) представительниц II группы, 9 (18,37%) пациенток из III группы и 4 (15,38%) пациенток I группы, а в IV группе не было пациентов с 2 или 3 беременностями. В IV группе беременности распределились следующим образом – у 1 (12,5%) пациентки не было ни одной беременности, а у 7 (87,5%) – 4 и более беременностей с максимумом в 10 беременностей и средним показателем 5,88±3,27 беременностей. 4 и более беременности имели половина пациенток I группы (в среднем 3,27±1,51), 27 (58,7%) представительниц II группы (в среднем 3,89±1,58) и 22 (44,9%) пациентки III группы (в среднем 3,47±2,15).

Сбор анамнеза выявил, что большая часть исследуемых пациенток – 51 (39,53%) имели в истории 2 родовые деятельности, тогда, как 27 (20,93%) пациенток имели в анамнезе 3 родов. 4 и более родов было выявлено у 22 (17,05%) пациенток. У 18 пациенток исследования в истории отмечались 1 роды, и 13 (10,08%) пациенток не рожали вовсе. При этом среднее число родов у исследуемых пациенток составило 2,04±1,41.

Медицинские аборты среди исследуемых нами женщин тоже были весьма распространенным явлением, так 70 (54,26%) пациенток имели медицинский аборт в анамнезе, при этом только 1 аборт сделали 26 (20,16%) пациенток из всех исследуемых, 2 аборта – 24 (18,6%), 3 аборта – 7 (5,43%), 4 и более абортов – 13 (10,08%) исследуемых женщин, максимум составлял 8 абортов, в среднем 2,09±1,39 на всех, перенесших аборты. Как минимум 1 аборт приходится на II группу – 29 (63,04%), в IV группе – 5 (62,5%), в III группе – 26 (53,06%) и в I группе – всего 10 (38,46%). Среди сделавших аборт в I группе среднее число абортов равно 2,0±0,87, при максимуме 4 аборта, во II группе среднее число абортов – 2,36±1,63, при максимуме 8 абортов, в III группе среднее число абортов составляет 2,0±1,39, а максимум – 6 абортов, в IV группе – 1,4±0,55 и 2 соответственно.

Среди исследуемых пациенток чаще всего встречался перенесенный 1 самопроизвольный выкидыш (СВ) – у 13 (10,08%) пациенток, реже встречались 2 СВ – у 9 (6,98%) и 3 СВ – у 4 (3,1%), а 4 и более СВ констатированы только у 1 (0,78%) пациентки, относящейся к 4 группе.

Не имели ни одного СВ 101 (78,29%) пациенток, при этом максимум приходится на II группу – 39 (84,78%), а минимум на IV группу – 3 (37,5%). В среднем в I группе на перенесших СВ приходилось 1,44±0,55 СВ при максимуме 2 СВ, во II группе – 1,71±0,76 СВ с максимумом 3 СВ, в III группе – 1,64±0,81 СВ при максимуме 3 СВ, в IV группе – 2,4±1,14 СВ с максимумом 4 СВ.

Аллергические реакции в анамнезе встречались только у 5 (10,2%) женщин III группы, что из всех исследуемых больных составило 3,88%. Курили всего 13 (10,08%) женщин, в I группе – 4 (15,38%), во II – 7 (15,38%) и в III – 2 (4,08%). Употребляли алкоголь всего 12 (9,3%) исследуемых – в I группе – 4 (15,38%), во II – 7 (15,38%) и в III – 1 (2,04%). Женщины IV группы отрицали табакокурение и употребление алкоголя.

Кормили детей грудным молоком 98 (75,97%) исследуемых пациенток, при этом максимум – 22 (84,62%) приходится на I группу, минимум – 5 (62,5%) – на IV группу.

У всех 26 (100%) представительниц I группы был нормальный менструальный цикл (МЦ), такой же цикл констатирован у 17 (39,96%) женщин II группы, в III и IV группе МЦ не было ни у одной женщины. В то же время пременопаузы, естественной или искусственной менопаузы не было в I группе, во II группе они имели место у 11 (23,91%), 16 (34,78%) и 2 (4,35%) соответственно, в III и IV группах у всех констатирована естественная менопауза.

24 (18,6%) пациентки из всех обследуемых с DCIS перенесли какие-либо оперативные вмешательства, при этом 11 (8,53%) перенесли хирургические операции на МЖ, а 8 (6,2%) – заболевания МЖ. Отягощенную наследственность по РМЖ имели 17 (13,18%) пациенток, при этом 25% в IV группе, 7,69% – в I группе, во II группе – 13,04%, в III группе – 14,29%.

При проведении сбора анамнеза было выявлено, что основной жалобой исследуемых пациенток было наличие образования в МЖ – 128 (99,22%) исследуемых, при этом преобладало поражение левой МЖ – 67 (51,94%) пациенток над правой МЖ – 62 (48,6%). В I группе это соотношение сохранялось – 14 (53,85%) пациенток имели опухоль левой МЖ и 12 (46,15%) пациенток – правой МЖ, во II группе преобладало поражение правой МЖ – 52,17% к 47,83%, в III группе констатирована общая тенденция – у 51,02% больных поражена левая МЖ, у 48,98% представительниц – правая МЖ, в IV группе частота поражения левой МЖ трехкратно превосходила правую МЖ – 75% и 25% соответственно.

Боли в пораженной МЖ в I группе констатировали 6 (23,08%) пациенток, во II группе – 12 (26,09%), в III – 14 (28,57%) и в IV – 2 (25%) женщин, всего боль в МЖ отмечали 34 (26,36%) исследуемых женщин.

Инфильтрацию МЖ по фазам МЦ отмечали только часть представительниц I и II групп у которых сохранялся МЦ, так в I группе эту жалобу предъявляли 22 (84,62%) женщины, а во II – 16 (94,12%) из 17, имевших (34,78% из группы). Отечность МЖ констатировали у 34 (26,36%) исследуемых, при этом в I группе – 15 (57,69%), во II – 14 (34,78%), в III – 3 (6.12%) и в IV – 2 (25%) женщин.

Самой редкой жалобой было наличие кровянистых выделений из соска – ее отмечали по 1 женщине в I и во II группе. В III и IV группе такой жалобы, исследуемые не предъявляли. Таким образом, основные жалобы встречались приблизительно в равных долях пациенток в возрастных группах.

Максимальную распространенность среди изучаемых пациенток имела патология кардиоваскулярной системы – у 62 (48,06%) женщин настоящего исследования. Следует отметить, что в I группе эти сопутствующие заболевания не встречались ни у одной представительницы, а со II группы к IV их частота неуклонно возрастала, что обусловлено возрастом, – во II группе – 43,48%, в III 71,43%, а в IV – 87,50% пациенток.

Второе место по встречаемости занимала эндокринная патология – констатирована у 21,71% исследуемых, минимальная частота ее зафиксирована в I группе – у 7,69%, максимальная – в III группе – у 38,78%.

Самыми редкими сопутствующими заболеваниями мы констатировали патологию опорно-двигательной системы – 1,55%, неврологические нарушения встречались у 2,33% исследуемых женщин.

Нами скрупулезно изучена локализация DCIS у исследуемых пациенток, так наиболее распространенной локализацией констатирован верхненаружный квадрант, DCIS в котором обнаружен у 53 (41,09%) пациенток, в I группе – у 10 (38,46%) больных, во II – у 17 (36,96%), в

III – у 22 (44,9%), в IV – у 4 (50%) пациенток, т.е. по мере увеличения возраста пациенток вероятность локализации DCIS в верхненаружном квадранте возрастает (r=0,54, p=0,047).

Верхневнутренний квадрант был поражен у 9,3% исследуемых пациенток, центральный – у 8,53%, нижние внутренний и наружный – по 6,98% женщин (рис. 1).

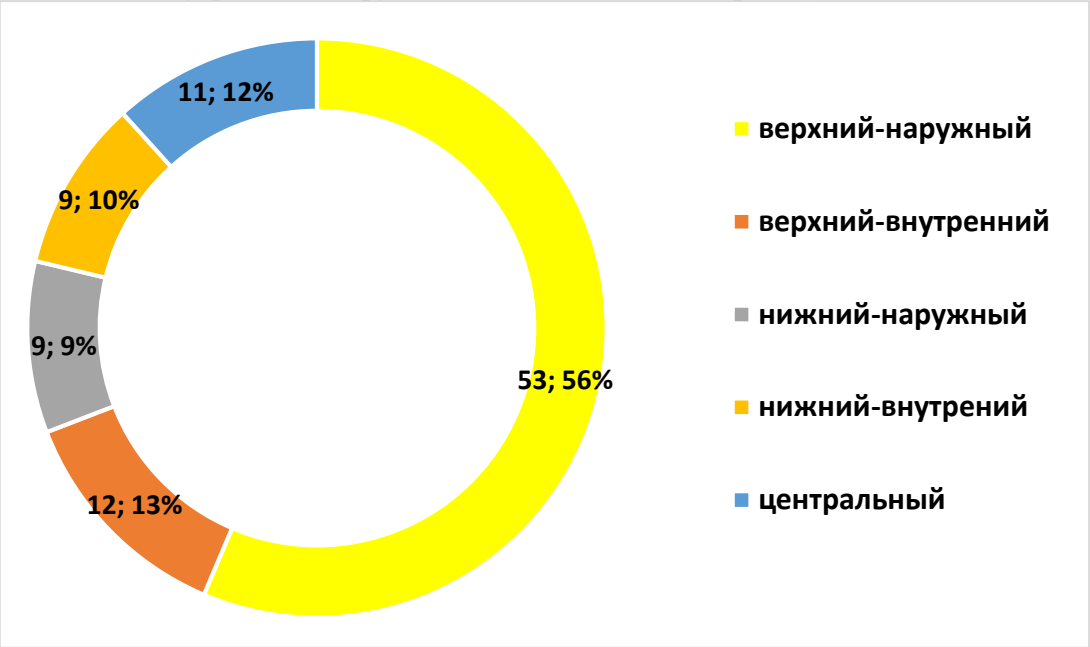

Рис. 1. Локализация DCIS по квадрантам МЖ (абс.,%)

У большинства исследуемых (69,77%) контуры опухолей были неровными и нечеткими, а четкими и ровными контурами характеризовались опухоли у 30,23% исследуемых женщин. Следует отметить возрастание частоты встречаемости неровных нечетких контуров с увеличением возраста пациенток – в I группе у 14 (53,85%) пациенток, во II – у 32 (69,57%), в III – у 37 (75,51%), в IV – у 7 (87,5%) женщин – статистически значимая прямая корреляция средней силы (r=0,59, p=0,043). Взаимосвязь возраста и четких ровных контуров DCIS соответственно признана статистически значимой отрицательной корреляцией средней силы (r= –0,56, p=0,047).

Плотная консистенция характеризовала 65,89% опухолей МЖ в настоящем исследовании, в I группе – у 16 (61,54%), во II – у 31 (67,39%), в III – у 32 (65,31%), в IV группе – у 6 (75%) пациенток, однако статистически значимой корреляции консистенции и возраста женщин нет (r=0,17, p=0,052).

Большая часть (71,32%) опухолей характеризовались неподвижностью, так в I группе – 65,38%, во II – 65,2%, в III – 75,51%, в IV – 100%. При этом нами не обнаружено корреляционных взаимосвязей подвижности опухолей с возрастом пациенток и изменением консистенции опухолей.

На УЗИ МЖ нами определены размеры и число опухолевых образований у всех исследуемых с максимальной погрешностью в 0,1 см, после чего высчитаны средние групповые значения (табл. 2).

Таблица 2

Метрические показатели опухолей исследуемых больных на УЗИ МЖ в разрезе групп (M±m).

Показатели	I группа (n=26)	II группа (n=46)	III группа (n=49)	IV группа (n=8)	Всего (n=129)
Длина, мм	17,77±1,66	17,36±1,09	17,73±1,02	18,88±2,50	17,68±0,65
Ширина, мм	13,60±1,48	15,08±0,96	14,17±0,95	15,70±2,27	14,47±0,59
Толщина, мм	9,97±0,72	10,56±0,62	10,21±0,49	11,86±1,28	10,39±0,33
Объём опухоли, $см^3$	4,15±1,72	3,87±0,62	3,58±0,64	4,43±1,43	3,85±0,48
Увеличены РЛУ	5 / 19,23%	11 / 23,91%	9 / 18,37%	2 / 25%	27 / 20,93%
Размер РЛУ, $см^3$	1,71±0,92	2,40±0,78	1,40±0,68	3,75±2,52	3,72±0,62

Как следует из таблицы у исследуемых пациенток с DCIS средняя длина DCIS составляла 17,68±0,65 мм (5,3-50 мм), причем без статистически значимой разницы между возрастными

группами, средняя ширина опухолей – 14,47±0,59 мм (4,6-43 мм), также без статистически значимой разницы между возрастными группами, средняя толщина опухолей – 10,39±0,33 мм (4,5-22 мм), таким образом средние размеры DCIS равнялись у изучаемых пациенток 17,68±0,65 * 14,47±0,59 * 10,39±0,33 мм или 1,77*1,45*1,04 см, что в среднем составляло объём опухоли 3,85±0,48 $см^3$ (0,11-45,55 $см^3$).

По результатам УЗИ МЖ увеличенные РЛУ констатированы у 27 (20,93%) пациенток при среднем размере 3,72±0,62 $см^3$.

По результатам маммографии у 27 (20,93%) изучаемых пациенток с DCIS нами, как и при УЗИ, констатирована заинтересованность РЛУ, распределение по группам также идентично УЗИ.

У 13 (10,08%) пациенток не было обнаружено кальцификатов при маммографии, у 116 (82,17%) изучаемых пациенток с DCIS нами констатировано наличие кальцинатов в МЖ, при этом преобладал линейный тип кальциноза МЖ – у 63 (48,84%) пациенток, диффузный тип – у 26 (20,16%) пациенток, регионарный тип – у 27 (20,93%) пациенток.

У 119 (92,25%) изучаемых пациенток с DCIS нами дифференцирован унифокальный тип роста опухолей (табл. 3).

При сравнении размеров опухолей DCIS по УЗИ и маммографии нами констатировано отсутствие статистически значимой разницы по всем линейным показателям и объему опухолей с тенденцией к некоторому увеличению размеров на УЗИ, что, на наш взгляд, обусловлено спецификой метода и некоторым субъективным увеличением размеров.

Таблица 3

Характеристика DCIS у исследуемых пациенток в разрезе групп по результатам маммографии

Показатели маммографии	I группа (n=26)		II группа (n=46)		III группа (n=49)		IV группа (n=8)		Всего (n=129)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Типы кальциноза МЖ										
Отсутствует	3	11,54	4	8,70	6	12,24	0	0	13	10,08
Диффузный	7	26,92	9	19,57	10	20,41	0	0	26	20,16
Регионарный	4	15,38	10	21,74	9	18,37	4	50	27	20,93
Линейный	12	46,15	23	50,00	24	48,98	4	50	63	48,84
Типы роста DCIS										
Не определен	3	11,54	2	4,35	5	10,20	–	–	10	7,75
Унифокальный	23	88,46	44	95,65	44	89,80	8	100	119	92,52
Размеры опухолей DCIS										
Длина, мм,	15,87±1,35		15,96±1,01		17,24±0,94		17,50±2,28		16,51±0,59	
Ширина, мм,	12,12±0,99		14,79±0,98		14,04±0,88		14,25±1,93		13,92±0,54	
Толщина, мм,	8,92±0,45		10,09±0,58		9,91±0,47		11,50±0,87		9,87±0,29	
Объём опухоли, $см^3$,	2,26±0,53		3,43±0,72		3,33±0,60		3,32±0,93		3,14±0,36	
Увеличены РЛУ	5	19,23	11	23,91	9	18,37	2	25,00	27	20,93

Всем изученным пациенткам проведено оперативное лечение по поводу DCIS, при этом радикальную мастэктомию провели у 105 (81,4%) женщин, секторальную резекцию – у 24 (18,60%).

В группе молодых женщин (I группа) радикальную мастэктомию провели у 23 (88,46%) женщин, секторальную резекцию – у 3 (11,54%), во II группе – 38 (82,61%), и 13 (28,26%) соответственно, в III группе – 38 (77,55%) и 11 (22,45%) соответственно и в IV группе – 6 (75,0%) и 2 (25,0%) соответственно.

Средний объем опухоли составил 1,56±1,06 $см^3$, также без статистически значимой разницы между возрастными группами пациенток. Такой показатель, как размер DCIS опухолей ≥ 41 мм

в нашем исследовании отсутствовал, DCIS < 15 мм преобладал (89 (68,99%) пациенток) над DCIS 16-40 мм (40 (31,01%) больных) – (χ^2=37,225, p<0,001), но сравнительный межгрупповой анализ не выявил статистически значимой разницы (p>0,05).

В среднем в нашем исследовании было большинство – 62 (48,08%) – пациенток в возрасте 40-60 лет, 57 (44,19%) женщин старше 60 лет и только 10 (7,75%) младше 40 лет, что статистически значимо – (χ^2=52,093, p<0,001) для 40-60 лет и (χ^2=44,536, p<0,001) для возраста старше 60 лет относительно женщин младше 40 лет.

Все 129 исследуемых пациенток после проведенных операций получали лучевую терапию.

У всех 129 исследуемых пациенток после проведённого хирургического, лучевого и фармакологического лечения нами прослежен катамнез рецидивов и выживаемости в течение 5 лет. За период наблюдения пережили 5 лет 82 (63,57%), 47 (36,43%) не прожили 5 лет, из умерших пациенток средняя продолжительность жизни составила 3,72±1,12 лет при минимуме 1 год и максимуме 4,5 лет.

В I группе не прожили 5 лет 3 (11,54%) пациенток, их средняя продолжительность составила 3,47±1,53 лет (1-4,5 лет), во II группе – 8 (17,39%) женщин, со средней продолжительностью жизни 3,58±1,29 лет (3-4,5 лет), в III группе до 5 лет умерли 15 (32,61%) при средней продолжительности жизни 3,40±1,53 лет (1-4,5 лет), в IV группе – до 5 лет умерли 4 (50%) при средней продолжительности жизни 3,45±1,54 лет (1-4,5 лет).

Средняя выживаемость пациенток с DCIS в настоящем исследовании составила 10,25±0,4 лет (95%ДИ=9,46-11,04) при этом медиана времени выживания составляет 10,0±1,49 лет, 75% процентиль – 7,0±0,38 лет.

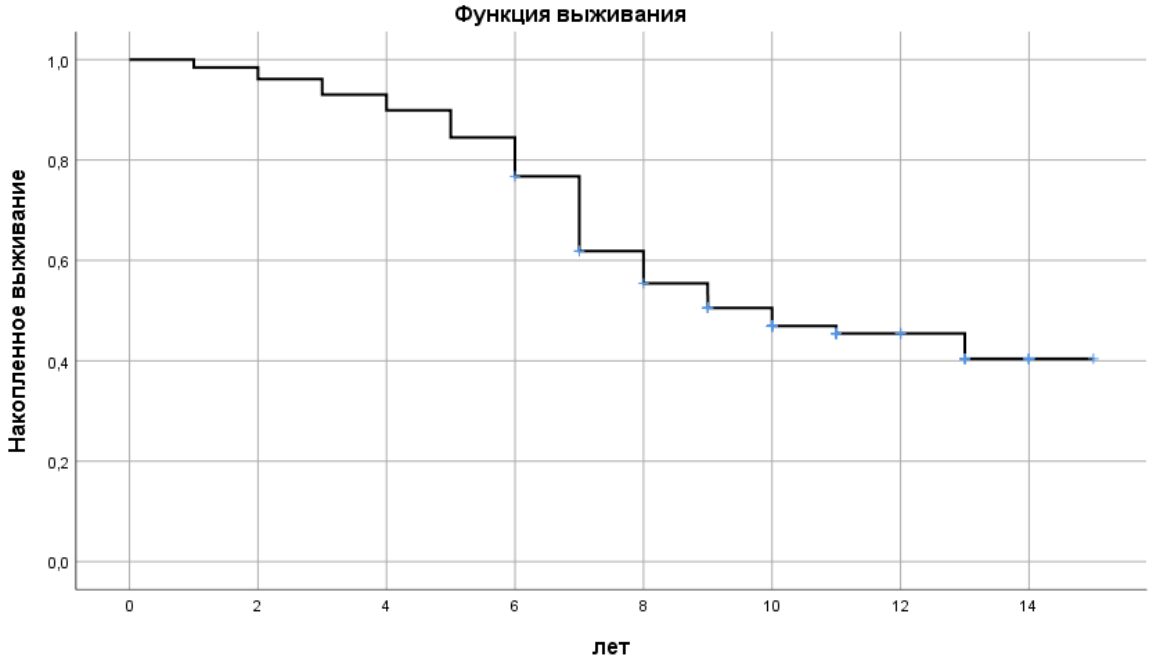

Рис. 2 Общая кривая выживаемости пациенток с DCIS

Как следует из представленных данных из наших исследуемых 75% проживут 7,0±0,38 лет, половина проживет 10,0±1,49 лет, а средняя выживаемость составит 10,25±0,4 лет.

Нами проведен сравнительный анализ выживаемости пациенток с DCIS в зависимости от определённого нами возрастного порога прироста риска (до 44 и старше 45 лет) и построена сравнительная кривая выживаемости этих групп.

Таким образом из женщин с DCIS старше 45 лет половина проживет 10,0±2,11 лет, 75% переживут порог 7,0±0,41 лет при средней продолжительности жизни 10,53±0,45 лет (95%-ДИ= 9,66-11,40 лет), а у пациенток с DCIS младше 44 лет половина проживет 8,0±1,79 лет, 75% переживут порог 7,0±1,26 лет при средней продолжительности жизни 8,75±0,80 лет (95%-ДИ= 7,18-10,315 лет). Таким образом при DCIS у женщины старше 45 лет выживаемость статистически значимо лучше, чем при DCIS до 44 лет (p≤0,05).

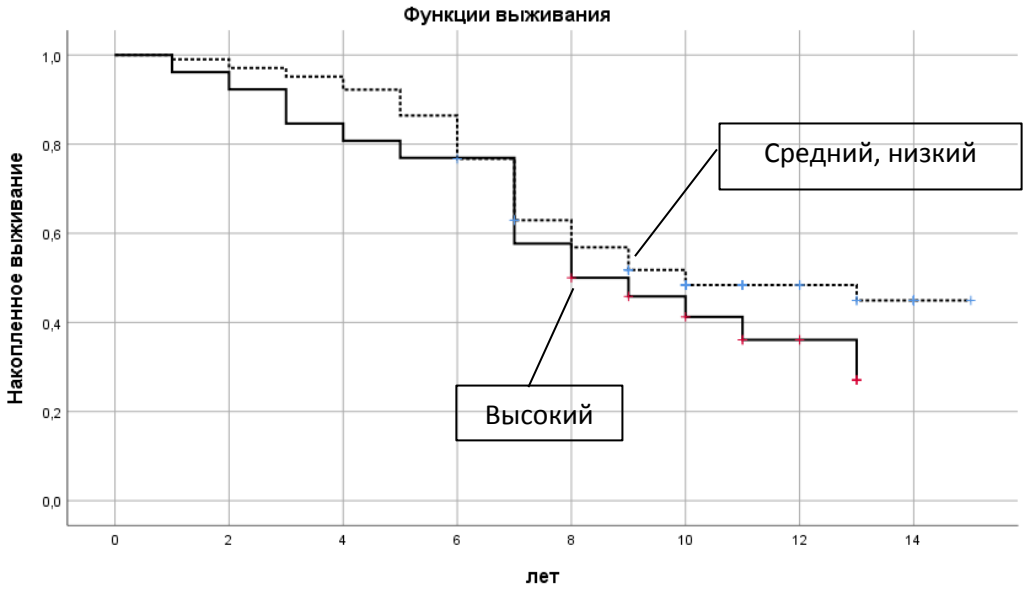

Рис. 3. Сравнительный анализ кривых выживаемости в зависимости от возрастного порога риска.

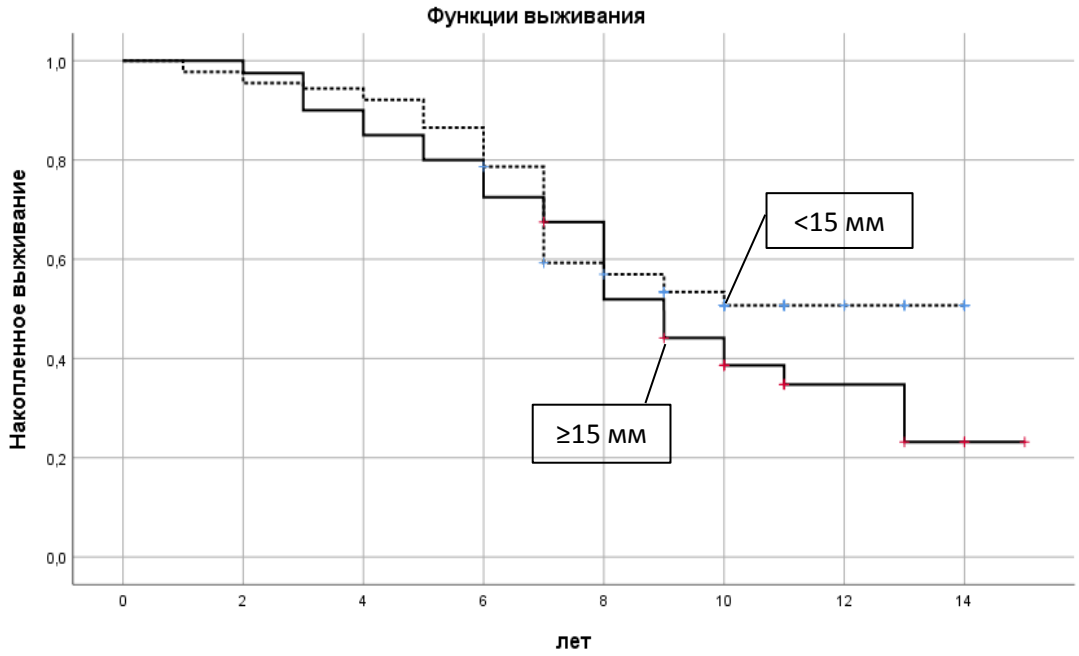

Рис. 4. Сравнительный анализ кривых выживаемости в зависимости от размера DCIS.

Таблица 4

Показатели выживаемости в зависимости от возрастного порога риска, лет

Группа исследуемых	M±m	95%-ДИ		Me	75%-процентиль
		Мин.	Макс.		
Старше 45 лет	10,53±0,45	9,66	11,40	10,0±2,11	7,0±0,41
Младше 44 лет	8,75±0,80	7,18	10,315	8,0±1,79	7,0±1,26
Среднее	10,25±0,40	9,46	11,04	10,0±1,49	7,0±0,38

Таким образом из женщин DCIS размером меньше 15 мм половина проживет 10,0±1,78 лет, 75% переживут порог 7,0±0,38 лет при средней продолжительности жизни 10,17±0,44 лет (95%-ДИ= 9,31-11,04 лет), а при DCIS размером ≥15 мм половина проживет 9,0±0,68 лет, 75% переживут порог 6,0±1,13 лет при средней продолжительности жизни 9,43±0,67 лет (95%-ДИ= 8,11-10,75 лет). Таким образом при DCIS размером меньше 15 мм у женщины выживаемость статистически значимо лучше, чем при DCIS размером ≥15 мм ($p \leq 0,05$).

Таблица 5

Показатели выживаемости в зависимости от размера DCIS, лет

Группа исследуемых	M±m	95%-ДИ		Me	75%-процентиль
		Мин.	Макс.		
Меньше 15 мм	10,17±0,44	9,31	11,04	10,0±1,78	7,0±0,38
Больше 15 мм	9,43±0,67	8,11	10,75	9,0±0,68	6,0±1,13
Среднее	10,25±0,40	9,46	11,04	10,0±1,49	7,0±0,38

Заключение

Как следует из представленных анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных данных, по мере увеличения возраста ухудшается клиническое состояние пациенток.

Приведенные данные выживаемости говорят о необходимости ранней диагностики (для выявления минимального размера опухоли) и проведения скрининговых программ, особенно среди молодых женщин (до 44 лет).

Пережили 5 лет 82 (63,57%), 47 (36,43%) не прожили 5 лет, из умерших пациенток средняя продолжительность жизни составила 3,72±1,12 лет при минимуме 1 год и максимуме 4,5 лет. В группе молодых женщин не прожили 5 лет 3 (11,54%) пациентки, их средняя продолжительность составила 3,47±1,53 лет (1-4,5 лет), в группе среднего возраста – 8 (17,39%) женщин, со средней продолжительностью жизни 3,58±1,29 лет (3-4,5 лет), в группе пожилого возраста до 5 лет умерли 15 (32,61%) при средней продолжительности жизни 3,40±1,53 лет (1-4,5 лет), в старческой группе – до 5 лет умерли 4 (50%) при средней продолжительности жизни 3,45±1,54 лет (1-4,5 лет).

Средняя выживаемость пациенток с DCIS составила 10,25±0,4 лет (95%ДИ=9,46-11,04) при этом медиана времени выживания составляет 10,0±1,49 лет, 75% процентиль – 7,0±0,38 лет. из женщин с DCIS старше 45 лет половина проживет 10,0±2,11 лет, 75% переживут порог 7,0±0,41 лет при средней продолжительности жизни 10,53±0,45 лет (95%-ДИ= 9,66-11,40 лет), а у пациенток с DCIS младше 44 лет половина проживет 8,0±1,79 лет, 75% переживут порог 7,0±1,26 лет при средней продолжительности жизни 8,75±0,80 лет (95%-ДИ= 7,18-10,315 лет).

Вывод

При DCIS у женщины старше 45 лет выживаемость статистически значимо лучше, чем при DCIS до 44 лет ($p \leq 0,05$), при DCIS размером меньше 15 мм у женщины выживаемость статистически значимо лучше, чем при DCIS размером ≥15 мм ($p \leq 0,05$), при низкой или средней ядерной дифференцировки DCIS у женщины выживаемость статистически значимо лучше, чем при высокой ядерной дифференцировки DCIS ($p \leq 0,05$), т.е. максимальная настороженность к рецидивированию DCIS должны вызывать женщины до 44 лет с DCIS размером ≥15 мм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019.
2. Классификация возрастов, принятая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) // http://www.who.int/topics/classification/ru/ https://agesecrets.ru/vozrast/vozrastnaya-klassifikatsiya-vsemirnoj-organizatsii-zdravoohraneniya#i
3. Королюк И.П. Медицинская информатика: Учебник // И.П. Королюк. – 2 изд., перераб. и доп. Самара: ООО «Офорт» ГБОУ ВПО «СамГМУ». 2012; С. 244
4. Медик В.А., Токмачёв М.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии: руководство в 2-х томах. Т.1. Теоретическая статистика. - М.: Медицина, 2000; 412 с.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA – М.: Медиа Сфера, 2006; – 3-е изд. – 312 с
6. Khan MM, Yalamarty SSK, Rajmalani BA, Filipczak N, Torchilin VP. Recent strategies to overcome breast cancer resistance. //Crit Rev Oncol Hematol. 2024;197:104-111.
7. Page DL, Rogers LW. Carcinoma in situ (CIS). In: Page DL, Anderson TJ, eds. Diagnostic Histopathology of the Breast. 1st ed. New York, NY: Churchill Livingston; 1987;157-174.
8. Schnitt SJ, Silen W, Sadowsky NL, Connolly JL, Harris JR. Ductal carcinoma in situ (intraductal carcinoma) of the breast. //N Engl J Med. 2018;318(14):898-903.
9. Ward EM, DeSantis CE, Lin CC, Kramer JL, Jemal A, Kohler B, et al. Cancer statistics: breast cancer in situ. //CA Cancer J Clin, 2015;65:481-495.
10. Wellings RR, Jensen HM. On the origin and progression of ductal carcinoma in the human breast. //J Natl Cancer Inst. 1973;50(5):1111-1118.

Поступила 20.08.2024