



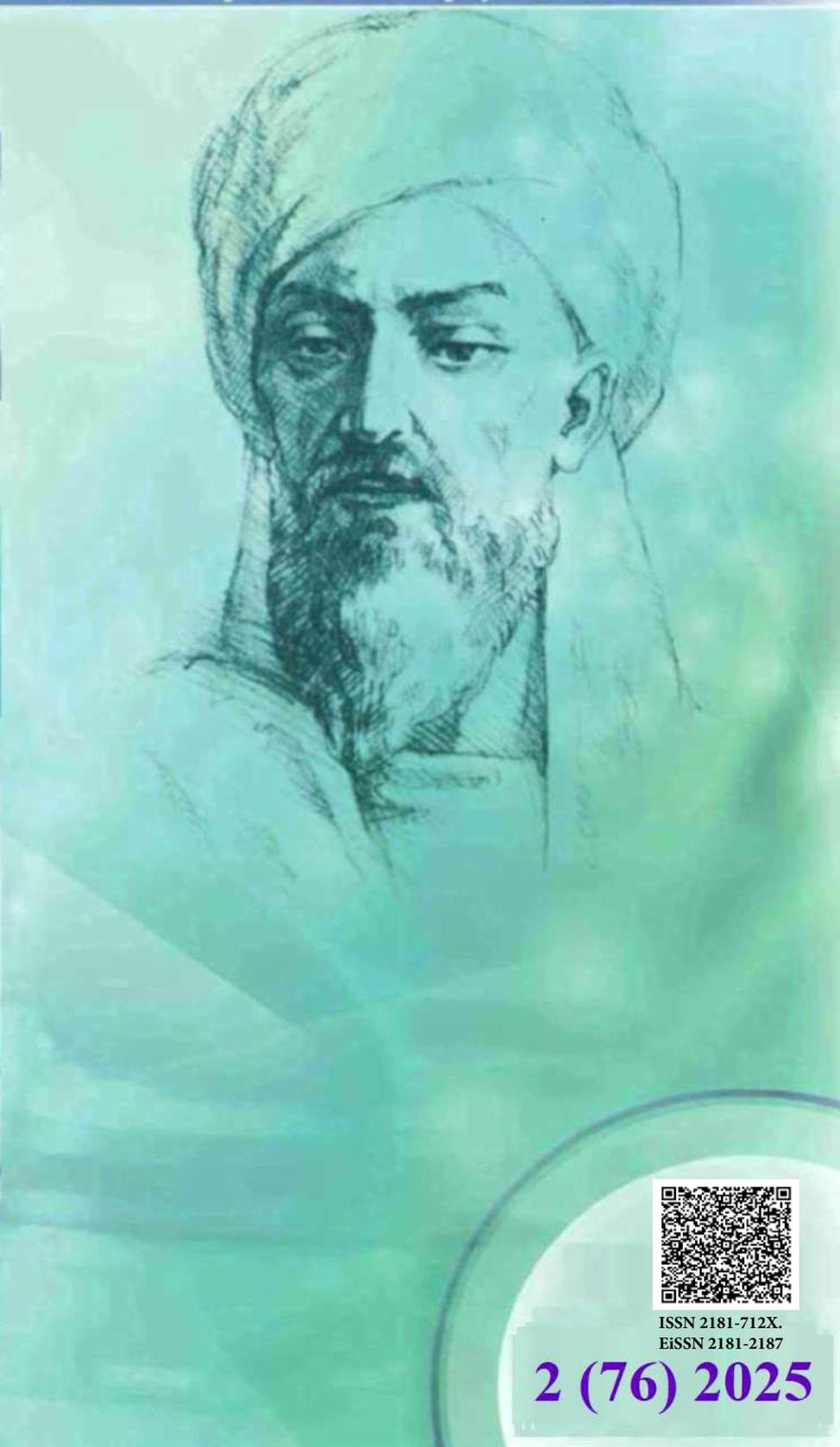
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (76) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**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. АБДУМАЖИДОВ
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. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

2 (76)

2025

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 616-006.04

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ.

Урманбаева Дилбарой Абдулкосимовна e-mail: dilbaroyurmanbaeva@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-9137-5670>

Мамарасулова Дильфузахон Закиржановна e-mail: dilya2580559@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-0631-5594>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ *Резюме*

В данной статье описаны основные этиологические факторы и методы диагностики рака молочной железы, а также современные взгляды на лечение и профилактики этой патологии. Заболевания молочных желез являются важной медицинской и социальной проблемой в связи с широким распространением и неуклонным ростом количества таких пациентов. В структуре заболеваемости неоплазмы молочной железы в РУз занимает 1 место, в структуре смертности - 2 место. Рак молочной железы довольно редко встречается у женщин в возрасте до 20 лет, с возрастом количество случаев увеличивается. Пик заболеваемости приходится на период менопаузы и после нее. К сожалению, смертность от этого заболевания в нашей стране высока, что связано с отсутствием скрининговых программ для населения и поздним обращением женщин врачу.

Ключевые слова: злокачественные опухоли, рак молочной железы, лимфатические узлы, методы лечения, скрининговые программы, методы профилактики.

BREAST CANCER: ETIOLOGICAL FACTORS, CLINICAL SIGNS, METHODS OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION

Urmanbaeva Dilbaroy Abdulkosimovna e-mail: dilbaroyurmanbaeva@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-9137-5670>

Mamarasulova Dilyfuzakhon Zakirzhanovna e-mail: dilya2580559@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-0631-5594>

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ *Resume*

This article describes the main etiological factors and methods of diagnosing breast cancer, as well as modern views on the treatment and prevention of this pathology. Diseases of the mammary glands are an important medical and social problem due to the widespread and steady increase in the number of such patients. In the structure of morbidity, breast neoplasms in the Republic of Uzbekistan rank 1st, in the structure of mortality - 2nd. Breast cancer is quite rare in women under 20 years of age, with the incidence increasing with age. The peak incidence occurs during menopause and after it. Unfortunately, mortality from this disease in our country is high, which is due to the lack of screening programs for the population and late visits to the doctor by women.

Key words: malignant tumors, breast cancer, lymph nodes, treatment methods, screening programs, prevention methods.

КЎКРАК БЕЗИ САРАТОНИ: ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАР, КЛИНИК БЕЛГИЛАР, ДИАГНОСТИКА, ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИ

Урманбаева Дилбарой Абдулқосимовна e-mail: dilbaroyurmanbaeva@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-9137-5670>

Мамарасулова Дильфузахон Закиржановна e-mail: dilya2580559@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-0631-5594>

Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1
Тел: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

✓ Резюме

Ушбу мақолада кўкрак беzi саратони диагностикасининг асосий этиологик омиллари ва усуллари, шунингдек, ушбу патологияни даволаш ва олдини олиш бўйича ҳозирги қарашлар тасвирланган. Кўкрак касалликлари бундай беморлар сонининг кенг ва барқарор ўсиши туфайли муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо ҳисобланади. Ўзбекистон Республикасида кўкрак неоплазмалари билан касалланиш таркибида у 1-ўринни, ўлим таркибида 2-ўринни эгаллайди. Кўкрак беzi саратони 20 ёшгача бўлган аёлларда жуда кам учрайди ва бу ҳолатлар сони ёшга қараб ортади. Энг юқори касалланиш менопауза пайтида ва ундан кейин содир бўлади. Афсуски, мамлакатимизда ушбу касалликдан ўлим даражаси юқори, бу аҳоли учун скрининг дастурларининг йўқлиги ва аёлларни шифокор томонидан кеч даволаниши билан боғлиқ.

Калит сўзлар: хавfli ўсмалар, кўкрак беzi саратони, лимфа тугунлари, даволаш усуллари, скрининг дастурлари, олдини олиш усуллари.

Актуальность

В современном мире рак молочной железы является одной из наиболее исследуемых форм злокачественных новообразований, но проблема ранней диагностики, профилактики и лечения этого заболевания до сих пор не решена. Первые описания этой патологии были найдены в Египте примерно 1600 лет до нашей эры. Так называемый "Папирус Эдвина Смита" описывает 8 случаев опухолей или язв молочной железы. В тексте говорится: "От этой болезни нет лечения, она всегда приводит к смерти". На протяжении многих веков врачи описывали подобные случаи в своей практике с тем же печальным выводом [1,5].

Никаких сдвигов в лечении рака молочной железы не происходило до тех пор, пока в XVII-м веке врачи подробно не изучили строение кровеносной и лимфатической систем организма и смогли понять, что рак молочной железы распространяется (метастазирует) по лимфатическим путям и в первую очередь поражает ближайшие запахи. Французский хирург Жан-Луи Петит (1674-1750) и вскоре после него шотландский хирург Бенджамин Белл (1749-1806) были первыми, кто догадался удалять при раке молочного железа не только самую молочную железу, но и ближайшие лимфатические узлы и подчиненная грудная мышца. Их успешная работа была подхвачена Уильямом Стюардом Холстедом, который в 1882 году ввел в широкую медицинскую практику технически усовершенствованный вариант этой операции, которую он назвал "радикальной мастэктомией". Операция стала настолько популярной при раке молочного железа, что даже получила название по имени ее изобретателя - "Мастэктомия Холстеда" [11].

В настоящее время исследована экспрессия различных генов в опухолях молочной железы и выделены различные молекулярные типы опухоли. Клинически, они имеют разный риск развития метастазов и требуют различной терапии.

По данным института рака в США, при своевременном выявлении рак молочной железы удается вылечить у 98,1% женщин [14,17]. По гистологическому строению рак молочных желез чаще относят к аденокарциноме или солидному раку с большим количеством переходных форм. Различают внутривещечный и частичный раки, представленные инфильтративными и неинфильтративными формами. Следует отметить, что кроме раковых опухолей в молочных железах (всего в 1% случаев) могут возникать и не эпителиальные злокачественные опухоли - саркомы, в диагностике и лечении которых нет принципиальных отличий от рака.

Раки молочной железы классифицируют по наличию или отсутствию эстрогеновых рецепторов, от которых зависит течение болезни. Эстрогеноположительные опухоли чаще отмечают в постменопаузе (после наступления климакса). Около 60–70 % первичных раков молочной железы характеризует наличие эстрогеновых рецепторов. Эстрогено-отрицательные опухоли чаще наблюдают у больных в пременопаузе (до наступления климакса). Состояние эстрогенных рецепторов влияет также на выбор тактики лечения [10].

Цель исследования на основе литературных данных – выявить основные этиологические факторы, современные методы диагностики и профилактики рака молочной железы.

Пути метастазирования. По лимфатическим сосудам, хорошо развитым в тканях молочной железы, опухолевые клетки переносятся в лимфатические узлы и дают начальные метастазы. В первую очередь поражаются подмышечные, подключичные и подлопаточные группы узлов, а при расположении опухоли в медиальных квадрантах железы - цепочка парастеральных лимфатических узлов. Следующим этапом метастазирования является попадание опухолевых клеток в надключичные, шейные и медиастинальные лимфатические вузы, а также перекрестно в противоположные подмышечные. Наблюдается перекрестное метастазирование во вторую молочную железу. В некоторых случаях метастазы в подмышечных лимфатических узлах появляются раньше, чем обнаруживают опухоль в молочной железе. Гематогенным путем метастазы возникают в легких, плевре, печени, костях и головном мозге. Для костных метастазов характерно поражение позвоночника, плоских костей таза, ребер, черепа, а также бедренной и плечевой костей, что проявляется сначала непостоянными ноющими болями в костях, в дальнейшем принимающих устойчивый характер [7,8].

Факторы риска заболеваемости раком молочного железа: возраст более 40 лет; высокий уровень эстрогена в крови; наличие родственников 1-й линии, больных раком молочной железы; прием гормональных препаратов с целью контрацепции или регуляции менструального цикла, заместительной гормональной терапии в менопаузе; первая беременность в возрасте старше 30 лет; ранее перенесенный рак яичника или молочной железы; контакт с источниками радиации; изменения в молочной железе, трактуемые врачом, как возникновение атипичной эпителиальной гиперплазии. Несмотря на то, что фиброзно-кистозная мастопатия не является предраковым состоянием, атипичные изменения в эпителии протоков увеличивают риск рака молочной железы; отсутствие родов и беременностей; эндокринные и обменные нарушения (заболевание щитовидной железы, ожирение); раннее начало менструаций (до 12 лет) и/или позднее начало менопаузы; повышенное употребление жирной пищи [4,7]. В развитии рака молочной железы существенную роль играют предыдущие патологические процессы в ее тканях, в основном повторные дисгормональные гиперплазии с образованием очагов фиброзно-кистозной мастопатии (фиброаденома тоза). Причинами этих изменений в ткани молочной железы служит ряд эндокринных нарушений, нередко обусловленных сопутствующими заболеваниями яичников, повторными абортами, неправильным кормлением ребенка. Некоторое значение в развитии рака молочной железы могут иметь анатомо-эмбриональные отклонения – наличие дополнительных долек железистой ткани, а также предварительной доброкачественной опухоли – фиброаденомы молочной железы. Все эти образования, независимо от их склонности к злу качественного перерождения, подлежат удалению, потому что иногда их трудно с достаточной уверенностью отличить от злокачественного новообразования [3,11].

Симптомы рака молочной железы. Локализация раковых опухолей в молочных железах достаточно разнообразна. Однако чаще всего поражается как правая, так и левая железа; приблизительно в 25% наблюдают двусторонние раки молочных желез. Узел во второй железе может появиться в виде метастаза или самостоятельной опухоли. В самой молочной железе чаще всего (приблизительно у 1/2 больных) опухоли возникают в верхненаружном квадранте. К сожалению, наиболее очевидные проявления рака груди появляются, как правило, уже при запущенных формах опухоли. Как правило, это плотные безболезненные узлы в молочных железах.

При прорастании в грудную стенку, опухоль и вся железа становятся неподвижными. А при прорастании опухоли на кожу – она деформируется, втягивается. Проявлением рака могут быть и выделения из соска, как правило, кровянистые. При распространении процесса в лимфатические узлы они увеличиваются, что может вызвать дискомфорт в подмышечных

областях. Кроме обычной клинической картины рака молочной железы, выделяют особые ее формы: маститовидная форма, бляшковидная, броненосный рак и рак Педжета [2,12].

Маститовидный рак отличается бурным течением с резким увеличением молочной железы, ее на бряком и болезненностью. появлением резкой гиперемии на коже железы, иногда распространяется за ее пределы, участок опухоли с неровными зубами частыми краями, клинически протекает с повышенной температурой. инфильтрации по лимфатическим сосудам и щелям кожи, что приводит к бугристому утолщению кожного покрова. В дальнейшем раковая опухоль распространяется по протокам железы вглубь, образуя в ткани ее типичный раковый узел с целью статического поражения лимфатических узлов. факторов и, в первую очередь, от гормонального статуса и возраста женщины.

У молодых, особенно на фоне беременности и кормления, он очень быстро, рано дает отдаленные метастазы. В то же время у пожилых женщин рак молочной железы может существовать по 8-10 лет без склонности к метастазированию.

Диагностика рака молочной железы. Современные диагностические методы, применяемые во всем мире, являются залогом успешного лечения. В результате комплексной диагностики становится понятно, насколько процесс распространён. Тогда он может выбрать оптимальную тактику лечения каждой пациентки. Диагностические методы можно разделить на 3 группы: Методы визуализация рака молочной железы: рентгенологический (маммография); ультразвуковой; метод магниторезонансной томографии. Маммография является наиболее информативным диагностическим методом [9,16]. Диагностическая биопсия. Для постановки точного диагноза необходимо провести биопсию. Биопсия – малоинвазивный метод – позволяет взять участок подозрительной ткани для гистологического исследования до начала лечения.

Патогистологическое исследование определяет тип опухоли, а иммуногистохимические тесты позволяют определить гормонозависимость опухоли (т.е. наличие эстрогеновых и гестероновых рецепторов). Гормональный статус влияет на прогноз и выбор лечения. Необходимо использовать все необходимые виды биопсии. Диагностические процедуры выполняются с обезболиванием в амбулаторных условиях, никакой специальной подготовки перед проведением таких манипуляций не требуется [4,12]

Дополнительные исследования при раке молочной железы: ультразвуковое исследование органов брюшной полости; рентгенография легких; компьютерная томография органов брюшной полости и грудной клетки; сцинтиграфия (радиоизотопное исследование) скелета; общеклинические анализы и обследования; исследование лимфатических узлов до начала лечения. Эти исследования проводятся для оценки распространенности опухолевого процесса в организме, наличия или отсутствия метастазов в лимфатических узлах или других органах. Они также характеризуют общее состояние организма, сопутствующую патологию, которые также могут повлиять на выбор лечения [6,12].

Лечение рака молочной железы. В последнее десятилетие мировой онкологией достигнуты значительные успехи в лечении рака молочной железы. Основой успешного лечения является комплексный подход - оптимальное сочетание хирургического, химиотерапевтического и радиотерапевтического этапов.

Тактика лечения выбирается совместно клиническими онкологами, хирургами, радиотерапевтами. При необходимости к этому привлекается пластический хирург, заранее принимающий участие в планировании оптимальной операции или в выполнении ее пластического этапа. На выбор метода лечения влияет тип опухоли, ее размер, наличие метастазов, индивидуальных особенностей каждого пациента.

Чем раньше обнаружена опухоль, тем эффективнее лечение. До недавнего времени классическим подходом считалось хирургическое удаление опухоли вместе со всей молочной железой и путями лимфооттока - регионарными лимфоузлами (мастэктомия) с последующим возможным проведением химиотерапии или гормонотерапии [8,14]. Однако современные подходы к хирургическому лечению значительно изменились. Многими исследованиями была доказана возможность более "консервативного" лечения. Не всегда обязательно удалять всю молочную лозу и лимфатические узлы. Если опухоль небольшая, достаточно удалить только ее, отступив в пределах здоровых тканей около 1 см, и провести послеоперационное облучение молочной железы. Такая тактика дает результаты, абсолютно аналогичные мастэктомии, но

позволяет сохранить молочную железу. Полное удаление всех лимфатических узлов из зоны лимфооттока молочной железы необходимо только в случае привлечения их в опухолевый процесс. Если по данным обследований лимфатические узлы не увеличены, а вероятность их поражения опухолью сохраняется, то возможно исследование так называемого "сторожевого" лимфатического узла. Этот узел первым получает лимфу из зоны опухоли и является первым, в котором развиваются метастазы. Если же в "сторожевом" узле метастазов не обнаружено, то вероятность их распространения в другие узлы не превышает 2-3%. Таким образом, исследуя состояние "сторожевого" лимфатического узла, мы с очень высокой степенью достоверности можем судить о состоянии всех других лимфоузлов, и избавить многих пациенток от травматической операции и связанных с ней возможных осложнений [11]. Эта дилемма выявления "сторожевого" лимфатического узла активно применяется во всем мире и является стандартом в определении распространенности опухолевого процесса с хорошими отдаленными результатами. К сожалению, для Украины этот метод пока уникален. После удаления молочной железы или ее части возможна реконструкция, то есть восстановление ее формы и объема. Это выполняет пластический хирург во время первичной операции (одномоментная реконструкция) или после окончания всего курса лечения (отсроченная реконструкция). Восстановление возможно тремя основными методами: пластикой собственными тканями, взятыми из других участков тела (как правило – это живот, реже – спина). При этом возможна коррекция фигуры пластикой искусственным имплантом, сочетание обоих методов. Задачей химиотерапии является уничтожение опухолевых клеток не только в основной среде, но и во всем организме.

Опухолевое заболевание вначале рассматривается как системное, то есть имеет тенденцию к распространению – метастазирование сразу по всем системам и органам. На ранних этапах вероятность распространения не высока, а если и происходит, то на уровне отдельных клеток. Их невозможно выявить современными методами обследования, но возможно уничтожить химиотерапевтическими средствами. Чем меньше опухолевых клеток в организме, тем легче и эффективнее достичь положительного результата. Поэтому местное лечение – непосредственное влияние на опухоль – хирургическое или лучевое, почти всегда дополняется системным – химиотерапией [12,14]. Это значительно улучшает результаты и, самое главное, выживание пациенток. Химиотерапия может назначаться как до, так и после операции. Целью химиотерапии перед операцией является уменьшение размера первичной опухоли. В таком случае создаются условия для радикального удаления опухоли с сохранением молочной железы. Адювантную химиотерапию начинают через 2-3 недели после операции. Наиболее часто используют режим (циклофосфан -100 мг/м² перорально, 1-14-й дни в сочетании с метотрексатом - 40 мг/м² в/в, 1-й и 8-й дни и 5-фторурацилом - 500 мг/м² в/в, 1-й и 8-й дни; 6). В период менопаузы дополнительно назначают тамоксифен (20 мг ежедневно в течение 2 лет), а при сохраненном менструальном цикле осуществляют овариэктомию, затем используют тамоксифен (20 мг) или преднизолон (10 мг) длительно. При менопаузе более 10 лет адъювантная терапия может проводиться только тамоксифеном. Режим химиотерапии должен включать адриамицин: 1) адриамицин (20 мг/м² в/в, 1-й, 8-й и 15-й дни) в сочетании с метотрексатом (20 мг/м² в/в, 1-й день), 5-фторурацилом (500 мг/м² в/в 15-й день); 2) адриамицин (40 мг/м² в/в, 1-й день) в сочетании с циклофосфаном (600 мг/м² в/в, 1-й день); 3) адриамицин (30 мг/м² в/в, 1-й и 8-й дни) и циклофосфаном (100 мг/м² перорально, 1- 14-й дни); Курсы лечения проводят каждые 4 недели. Четких доказательств различий в эффективности названных режимов нет.

Тамоксифен занимает ведущее место в эндокринной терапии рака молочной железы. Назначают его при положительных эстрогенных рецепторах перорально по 20 мг/сут три раза. При недостаточном эффекте тамоксифена целесообразно применение аминоглютемида (ориметена) - 500 мг/сут из кортизона ацетатом - 50 мг/сут ежедневно. Сохраняют лечебное значение андрогенов (тестостерона или медротестерона пропионат 100 мг в/м ежедневно или через день; омнадрен, пролотестон – 3 раза в месяц) [9,12].

Радиотерапия или лучевая терапия при раке молочной железы применяется в основном в трех случаях: для уменьшения вероятности рецидива после иссечения опухоли в молочной железе и после удаления пораженных лимфатических узлов; для симптоматического (паллиативного) лечения неоперабельных опухолей, при развитии осложнений - язвы,

кровотечения; для паллиативного лечения отдаленных метастазов, если они вызывают тяжелые осложнения – со стороны головного или спинного мозга, выражен болевой синдром [4,7].

Профилактика рака молочной железы состоит прежде всего в своевременном обращении пациентов при выявлении уплотнений в молочных железах, а также в соблюдении нормального физиологического ритма жизни женщины (беременность, кормление) с сокращением до минимума количества аборт. В диагностике рака молочной железы важное значение имеют систематические самостоятельные обследования и ежегодные профилактические осмотры женщин. О ведении маммографии рекомендуется 1 раз в 2 года в возрасте после 40 лет, 1 раз в год – после 50 лет. Женщинам, относящимся к группам риска, необходима ежегодная маммография. Наиболее простым и доступным методом профилактики является самообследование – осмотр и пальпация молочных желез самой женщиной. Эта процедура позволяет выявить опухоль на ранней стадии. Самообследование проводится один раз в месяц. Сначала проводится осмотр перед зеркалом. При обнаружении уплотнений или неоднородности структуры железы, выделений из соска следует обратиться к онкологу. Наиболее эффективным методом профилактики рака молочной железы является скрининг – плановое обследование здорового населения с целью выявления наиболее ранних форм опухоли. Процедуры скрининга рака молочной железы очень просты и безболезненны. Так, женщинам рекомендовано, в зависимости от возраста, проводить: в 20 - 39 лет - самообследование молочной железы ежемесячно, ежегодно УЗИ (ультразвуковое) исследование), особенно если женщина входит в группу риска; однократно в возрасте 35-39 лет выполнить маммографию; с 40 лет – самообследование ежемесячно, ежегодно – маммография [Мужичук, 2003].

Прогноз при раке молочной железы зависит от стадии процесса, скорости его течения и возраста больных. В запущенных стадиях продолжительность жизни составляет 2-3 года. Диагноз рака молочной железы обеспечивает успешное лечение большинства больных. Пятилетняя выживаемость при лечении локализованной формы I-II стадии составляет 90%, при локализованной форме рака – 60%, результаты лечения гораздо хуже при наличии отдаленных метастазов [3,9].

Заключение

1. Таким образом, в мире до сих пор сохраняется высокий уровень заболеваемости и смертности от рака молочной железы, несмотря на большое количество исследований, при посвященных этой патологии. Пик заболеваемости приходится на менопаузу и постменопаузальный период.
2. Целесообразно использовать следующие диагностические методы: визуализация рака молочной железы: рентгенологический (маммография); ультразвуковой; метод магниторезонансной томографии, диагностическая биопсия; ультразвуковое исследование органов брюшной полости; рентгенография легких; компьютерная томография органов брюшной полости и грудной клетки; сцинтиграфия (радиоизотопное исследование) скелета; общеклинические анализы и обследования; исследование лимфатических узлов.
3. Основой успешного лечения является комплексный подход – оптимальное сочетание хирургического, химиотерапевтического и радиотерапевтического этапов. Тактика лечения выбирается совместно клиническими онкологами, хирургами, радиотерапевтами. Использование и усовершенствование профилактических программ поможет выявлять рак молочных желез на ранних стадиях развития. Скрининг должен проводить высококвалифицированный специалист, а применяемое оборудование должно быть высокоточным и соответствовать современным мировым стандартам. В случаях выявления опухолей есть необходимость в проведении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Конат-Бонска К., Матковский Р., Блащик Й. и др. Рак молочной железы все чаще поражает молодых женщин? //Int J Environ Res Public Health 2020;17(13):4884 <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/13/4884>
2. Поляк К. Гетерогенность при раке молочной железы. //J Clin Invest 2011;121(10):3786-88.

3. Перу С.М., Сёрли Т., Эйзен М.Б. и др. Молекулярные портреты опухолей молочной железы человека. //Nature 2000;406(6797):747-52.
4. Хейс Д.Ф., Айзекс К., Стернс В. Прогностические факторы при раке молочной железы: современные и новые предикторы метастазирования. //J Mammary Gland Biol Neoplasia 2001;6(4):375-392.
5. Шиллинг К., Нараянан Д., Калиняк Дж.Е. и др. Позитронно-эмиссионная маммография в предоперационном планировании рака молочной железы: сравнение с магнитно-резонансной томографией. //Eur J Nucl Med mol Imag 2011;38(1):23-6.
6. Огбуанья А.У., Аньянву С.Н., Ияре Е.Ф. и др. Роль тонкоигольной аспирационной цитологии в тройной оценке пациентов со злокачественными уплотнениями молочной железы. //Niger J Surg 2020;26(1):35-41.
7. Гонсалвес А., Сабатье Р., Шараф-Жоффри Э. и др. Трижды негативный рак молочной железы: гистоклинические и молекулярные особенности, терапевтическое ведение и перспективы. //Бычий рак 2013;100(5):453-64.
8. Крейтон С.Дж., Кент Осборн С., ван де Вийвер М.Дж. и др. Молекулярные профили потери рецепторов прогестерона при опухолях молочной железы человека. //Лечение рака молочной железы 2009;114:287-99.
9. Боze С. Трижды негативная карцинома молочной железы: морфологические и молекулярные подтипы. //Adv Anat Pathol 2015;22(5):306-13.
10. IARC GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, WHO 2015.
11. Месяц повышения осведомленности о раке молочной железы, WHO 2015. Ссылка: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/breast-cancer-wareness/ru>
12. Онкологические заболевания молочной железы, саркомы мягких тканей и костей: учебное пособие. В.К. Косенок [и др.]; ред. А.И. Новиков [и др.]. Омск: Издательство Центра МО и ИТОМГМА, 2008; 187 с.
13. Wang L, Guyatt G, Kennedy S et al. Predictors of persistent pain after breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. //CMAJ, 2016 July 11. First published July 11, 2016, doi:10.1503/cmaj.151276.
14. Тамкович С.Н., Войцицкий В.Е., Лактионов П.П. Современные методы диагностики рака молочной железы. //Биомедицинская химия, 2014;60(2):141-160.
15. Стенина М.Б., Владимирова Л.Ю., Гладков О.А. и др. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака молочной железы. //Злокачественные опухоли, 2015;4(спецвыпуск):99-115.
16. Ганьшина И.П. Гиперэкспрессия HER2/NEU - новые возможности в лечении рака молочной железы. //РМЖ 2005;13:869.

Поступила 20.01.2025