



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

12 (86) 2025

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
У.О. АБИДОВ
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. ИЛЪЯСОВ
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
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)

12 (86)

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

2025 декабрь

Received: 20.11.2025, Accepted: 06.12.2025, Published: 10.12.2025

УДК 616-097:616.8-085.2/.3

KEKSA YOSHDAGI SUT BEZI SARATONIGA CHALINGAN AYOLLARDA TEKSHIRISH NATIJALARI VA DAVOLASH USULLARINI TAHLIL QILISH

Temirova Dilnoza Valiyevna <https://orcid.org/0009-0000-4354-5025>

e-mail: temirova.dilnoza@bsmi.uz

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy
kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Rezume*

Sut bezi saratoni ayollarda eng ko'p uchraydigan xavfli o'smadir. Dunyoda bir tekis tarqalmagan: kasallikning eng yuqori intensiv ko'rsatkichi Angliya, Daniya, Amerikada eng ko'p bo'lib (30-40%), eng kam ko'rsatkich Yaponiya, Meksika, Markaziy Osiyoda 2-10% ni tashkil etadi. Yosh – sut bezi saratonining asosiy xavf omillaridan biridir. Sut bezi saratonini tashxislashning o'rtacha yoshi taxminan 60 yoshni tashkil qiladi. Sut bezi saratoniga chalinganlarning barcha hollarda 40 foizdan ortig'i 60 va undan yuqori yoshdagi ayollar hissasiga to'g'ri keladi. Yosh oshgan sari kasallanish ehtimoli oshib boradi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotiga ko'ra, 2022-yilda dunyo bo'yicha ayollarda sut bezi saratoni taxminan 2,3 million yangi holat bilan qayd etilgan. Shuningdek, 2022-yilda bu kasallik sababli taxminan 670 000 o'lim ro'y bergan. Kasallanish hamma iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda yildan -yilga o'sib bormoqda.

O'zbekistonda so'nggi yillarda sut bezi saratoniga chalinganlar soni asta -sekin o'sib ,ayollarning xavfli o'smalari ichida birinchi o'rinni egallagan.

Kalit so'zlar: sut bezi saratoni, keksa yosh, adyuvant davo, ximiya, nur terapiya.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГА И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН

Темирова Дилноза Валиевна <https://orcid.org/0009-0000-4354-5025>

e-mail: temirova.dilnoza@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Резюме*

Рак молочной железы является самым распространённым злокачественным новообразованием у женщин. Он распространён неравномерно по миру: наибольшая заболеваемость отмечается в Англии, Дании и США (30–40%), а наименьшая — в Японии, Мексике и странах Центральной Азии (2–10%). Возраст является одним из основных факторов риска развития рака молочной железы. Средний возраст диагностики заболевания составляет примерно 60 лет. Более 40% всех случаев заболевания приходится на женщин в возрасте 60 лет и старше. С увеличением возраста риск развития болезни возрастает. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2022 году во всём мире было зарегистрировано около 2,3 миллиона новых случаев рака молочной железы среди женщин. В том же году из-за этого заболевания умерло примерно 670 000 человек. Заболеваемость растёт из года в год во всех экономически развитых странах.

В Узбекистане за последние годы количество больных раком молочной железы постепенно увеличивается, и это заболевание занимает первое место среди злокачественных новообразований у женщин.

Ключевые слова: рак молочной железы, старость, адъювантное лечение, химиотерапия, лучевая терапия.

ANALYSIS OF SCREENING RESULTS AND TREATMENT METHODS IN ELDERLY WOMEN WITH BREAST CANCER

Temirova Dilnoza Valiyevna <https://orcid.org/0009-0000-4354-5025>

e-mail: temirova.dilnoza@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Breast cancer is the most common malignant tumor among women. It is not evenly distributed around the world: the highest incidence rates are observed in England, Denmark, and the United States (30–40%), while the lowest rates are found in Japan, Mexico, and Central Asia (2–10%). Age is one of the main risk factors for breast cancer. The average age at diagnosis is approximately 60 years. More than 40% of all breast cancer cases occur in women aged 60 and older. The likelihood of developing the disease increases with age. According to the World Health Organization, in 2022 there were approximately 2.3 million new cases of breast cancer among women worldwide. In the same year, about 670,000 deaths were recorded due to this disease. The incidence of breast cancer continues to increase year by year in all economically developed countries.

In Uzbekistan, the number of breast cancer cases has gradually increased in recent years, and it has become the most common malignant tumor among women.

Keywords: breast cancer, old age, adjuvant treatment, chemotherapy, radiation therapy.

Dolzarbligi

Foydalanilgan ilmiy adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, SBS kasalligi bilan kasallanish va o'lim ko'rsatkichlari dunyo bo'yicha o'syapti, bu esa erta tashxislash, davolash, xavf omillari, bashoratlash mezonlari, samarador profilaktik usullarini ishlab chiqish va bu borada ilmiy tadqiqotlar olib borish zaruriyatini ta'kidlaydi [1,2,3,4,5,6,7,8]. Oxirgi yigirma yilda skrining dasturlari va davolashning o'z vaqtida olib borilishi natijasida dunyoning rivojlangan mamlakatlarida ushbu kasallik bilan kasallanish va o'lim ko'rsatkichlari pasayganligi kuzatilmoqda [9,10,11,12,13,14,15].

Tadqiqod maqsadi: Davolash usullarini optimallashtirish va nur terapiyaning samarali ta'sirini o'rganish.

Tadqiqot vazifalari:

1. 60 yoshdan oshgan sut bezi saratoniga chalingan bemorlarni turli xil jarrohlik amaliyoti bilan davolash natijalarini taqqoslash.

2. Ushbu yosh guruhida adyuvant davo samaradorligini aniqlash.

3. Sut bezi saratoni bilan kasallangan keksa yoshdagi bemorlarni davolash natijalariga yondosh kasalliklarining ta'sirini o'rganish.

Tadqiqotning predmeti sifatida 60 yoshdan oshgan bemor ayollar.

Tadqiqot usullari:

Sut bezlarining mammografiyasi;

Ko'krak qafasi tamografiyasi;

Biopsiya, o'sma morfologiyasi.

Davolash va uning natijalarini tahlil qilish

Operatsiya doirasi. Bizning tadqiqotimizda, yuqorida aytib o'tilganidek, radikal mastektomiya 37 ta holatda amalga oshirildi, bu 64,4% ni, radikal rezektsiya esa 21 (35,6%) holatda. Shunday qilib, operatsiya doirasini tanlashni belgilovchi omillardan biri asosiy o'simta tugunining kattaligi edi, ya'ni. T mezoni (1-jadval).

1-jadval. O'simta hajmi bo'yicha operatsiya turini taqsimlash

Tugun o'lchami T(cm)	Operatsiya turi				Jami	
	Mastektomiya		Rezeksiya			
2sm gacha	12	34,7%	11	33,3%	23	34,2%
2,0-5,0 sm	24	53%	9	44,4%	33	50%
5 dan katta	1	8,1%	1	18,5%	2	15,8%
Jami	37	100%	21	100%	58	100%

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda atigi 7 ta (7,4%) turli lokalizatsiyali metastaz, limfostaz asoratlari kuzatilgan. Ular operatsiya hajmiga qarab quyidagicha taqsimlandi (2-jadval):

2-jadval. Operatsiya turiga qarab jarrohlik davolashdan keyingi asoratlarning lokalizatsiyasiga ko'ra bemorlarni taqsimlash

Asorati	RMK		RR		Jami		χ^2	P
	a6c	%	a6c	%	a6c	%		
Limforeya	11	34,4	5	7,9	16	16,8	10,59	<0,001
Limfosele	1	3,1	2	3,2	3	3,2	0,00	>0,05
Yaraning yiringlashi	6	18,8	3	4,8	9	9,4	4,824	<0,001

Olingan natijalarni inobatga olib, kelgusida taqdim etishga qaror qilindi

Tahlil qilingan guruhdagi bemorlarning 3 va 5 yillik omon qolishlari haqidagi ijobiy ma'lumotlar berildi

Adyuvant nur terapiya

Yetakchi onkologik maktablarning tavsiyalari va shaxsiy tajribaga asoslanib, organlarni saqlovchi jarrohlik amaliyotidan o'tgan bemorlar, shuningdek mastektomiyadan keyin mintaqaviy metastazlar (4 va undan ko'p) bo'lgan bemorlar, agar mavjud bo'lsa, mintaqaviy metastazlar bo'lsa, operatsiyadan keyingi radiatsiya terapiyasidan o'tkazildi.

3-jadval. Mastektomiyadan so'ng pT va pN ga qarab ANTni buyurishning taqsimlanishi

pT	ДЛТ	pNI	pN2a	pN3a	pN3b
pT1	bor	-	1	-	1
	yo'q	12	4	1	-
pT2	bor	-	1	-	2
	yo'q	13	8	5	2

Yoshi va yondosh kasalliklarni hisobga olgan holda, unga muhtoj bo'lganlarning hammasi ham operatsiyadan keyingi ANT kursidan o'ta olmadilar. Shuning uchun operatsiyadan keyingi nur terapiyasi asosida bemorlarni taqsimlash alohida ahamiyatga ega. Radikal mastektomiya o'tkazilganda va mintaqaviy metastazlar (pNO) bo'lmasa, pT1-3 mezonlari bo'lgan bemorlarda ANT o'tkazilmagan. 4 ta holatda, pT4 mezonni mavjud bo'lganda, operatsiyadan keyingi chandiq sohasida radiatsiya terapiyasi

o'tkazildi. Mintaqaviy limfa tugunlarida gistologik jihatdan tasdiqlangan metastazlar bilan adyuvant nur terapiya o'tkazuvchanligi quyidagicha taqsimlangan (3-jadval).

Shunday qilib, ANTni tayinlashda, mintaqaviy limfa tugunlarida metastazlar aniqlanmaganida, biz pT qiymatini hisobga oldik va agar ular mavjud bo'lsa, pN indeksi operatsiyadan keyingi ANTni tayinlash uchun asos bo'lib xizmat qildi.

Davolanishning uzoq muddatli natijalarini (omon qolish, qaytalanish) yanada aniqlash uchun kuzatilgan bemorlar ikkita asosiy guruhga bo'lingan: mastektomiyadan keyingi bemorlarning birinchi guruhi, ikkinchi guruh - radikal rezektsiyadan keyin. Har bir guruh ichida aksillar limfa tugunlarining metastatik sohalari mavjudligi yoki yo'qligi bo'yicha bo'lingan. Shuni ta'kidlash kerakki, musbat va salbiy aksilliyar limfa tugunlari bo'lgan guruhlarda birlamchi o'simta pT1-2 mezonini mavjud bo'lgan bemorlarda ham radikal rezektsiya, ham mastektomiya o'tkazildi.

Operatsiyadan keyingi ANTni tayinlash bo'yicha bemorlar quyidagicha taqsimlandi: metastatik bo'lgan nur terapiyasi o'tkazish bajarilgan bo'lsa, ta'sirlangan aksilliyar limfa tugunlari mastektomiya - 7 ta holatda, radikal rezektsiya bilan - 21 ta holatda. Ta'sirlanmagan aksilliyar uchun ANTni tayinlash radikal mastektomiyadan keyin limfa tugunlari pT1-2 bilan amalga oshirildi va radikal rezektsiya bilan 39 ta holatda operatsiyadan keyingi tashqi nurli nurlanish terapiyasi buyurildi (15-jadval). Mintaqaviy limfa tugunlarining metastatik o'choqlari mavjudligi yoki yo'qligida sut beziga turli hajmdagi jarrohlik aralashuvlar uchun operatsiyadan keyingi masofaviy nurli terapiya (MNT)ni tayinlash taqsimoti 4-jadvalda keltirilgan.

4-jadval. Musbat va manfiy limfa tugunlari bilan operatsiya turi bo'yicha guruhlariga taqsimlash

pT darajasi	Operatsiya turi	N +	Nur terapiyasi		Jami
			Yo`q	Bor	
pT1-2	Radikal rezektsiya	Yo`q	57 (59,4%)	39 (40,6%)	96 (100%)
		Bor	15 (41,7%)	21 (58,3%)	36 (100%)
		Jami	72 (54,5%)	60 (45,5%)	132 (100%)
pT1-2	mastektomiya	Yo`q	59 (100%)	0	59 (100%)
		Bor	45 (90,0%)	5 (10,0%)	50 (100%)
		Jami	104 (95,4%)	5 (4,6%)	109 (100%)

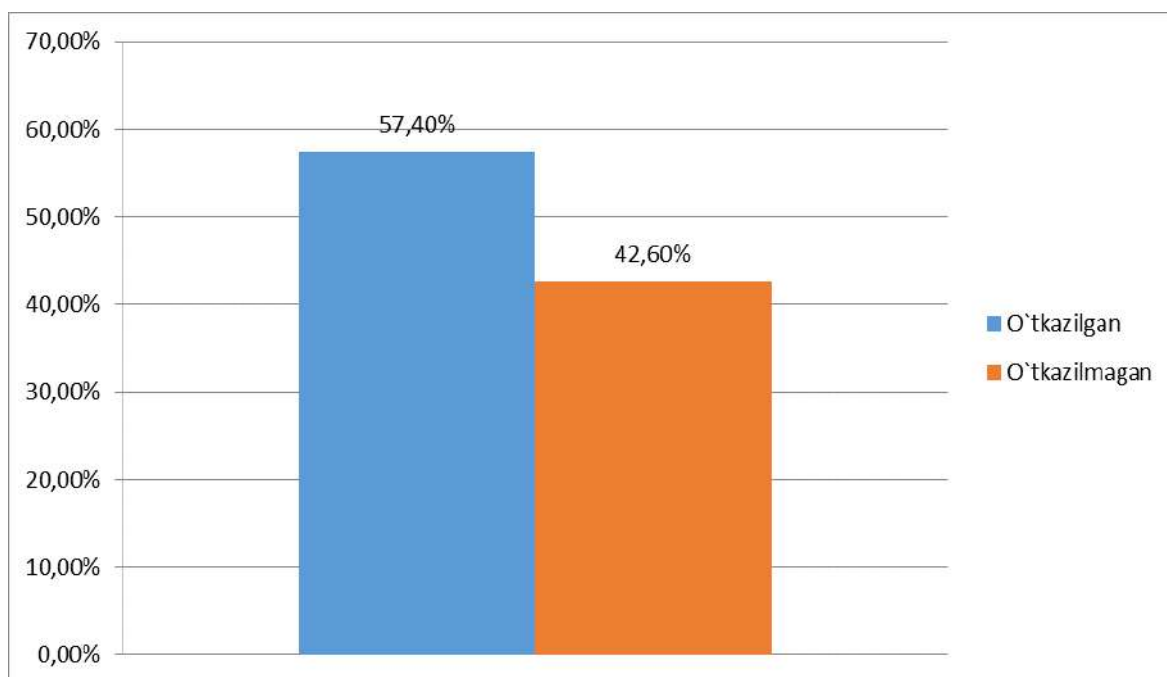


Diagramma 1. Yordamchi gormon terapiyasi. Rasm shuni ko'rsatadi ko'proq bemorlar 33 (57,4%) gormonal terapiya oldi

Haqiqatan ham, birgalikdagi bemorlarni hisobga olgan holda patologiyada operatsiyadan keyingi radiatsiya terapiyasini o'tkazish kerak, va u ANTni tayinlash uchun zamonaviy ko'rsatmalar yordamida amalga oshirildi. Operatsiyadan keyingi davr - mintaqaviy MTSning ijobiy holati limfa tugunlari (N+), oldingi hajmidan qat'i nazar jarrohlik aralashuvi (N+ bo'lsa ham), qolganlari sut bezlari va mintaqaviy metastaz maydoni), radikal rezektsiyada ham adyuvant nur terapiyasi juda yaxshi samaradprlik berdi.

Yordamchi gormon terapiyasi.

28 ta bemorda (48,9%) o'smalar retseptorlari garmonga sezgirligi aniqlandi, 17ta bemorda (29,0%) hollarda manfiy, 13tasida (22,1%) hollarda deyarli ta'sir qilmaganligi aniqlandi. Tamoksifen bilan gormon terapiyasi Kuniga 20 mg 33ta (57,4%) bemorga steroid gormon retseptorlariga ijobiy samara bergan (asosan uzoq vaqt kasallik tarixida radikal rezektsiya qilingan va ANT olgan bemorlar).

Yordamchi polikimyoterapiya.

Sut bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarga IIB, III, IV bosqichlarida adyuvant polikimyoterapevtik davolash o'tkazildi. Biroq, og'ir patologiya mavjud bo'lgan, shuningdek, bemorlarning ushbu turdagi davolanishdan juda tez-tez voz kechishi sababli kimyoterapiyaga chidamliligi pasayishiga olib keldi, faqat 23 (39.65%) bemor CAF sxemasi bo'yicha kimyoterapiya oldi (6 kurs).

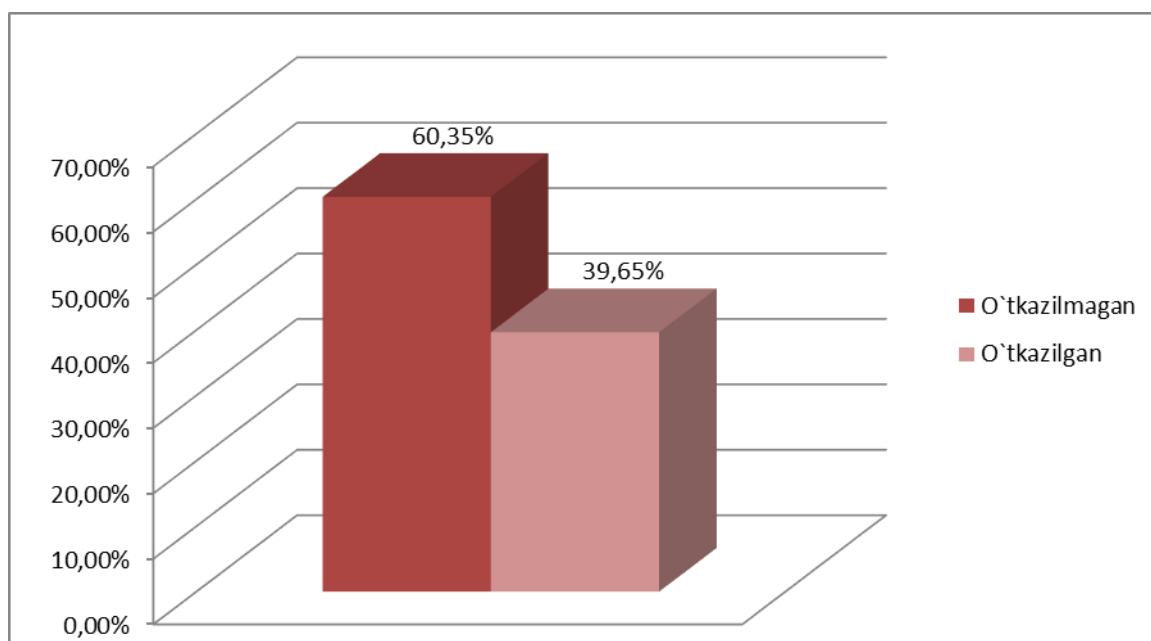


Diagramma 2. Yordamchi polikimyoterapiya.

Rasm shuni ko'rsatadiki bemorlarning katta qismi (60.35 %) kimyoterapiya olmagan.

Omon qolish bo'yicha tadqiqotlar:

Umumiy va kasalliksiz omon qolish.

Prognostik omillarning ta'sirini tahlil qilish

Tashxisning to'g'riligini tavsiflovchi eng muhim mezon va bemorni davolash omon qolish ko'rsatkichining qanday bo'lganligi/ Yuqorida ta'kidlanganidek, biz ishimizda 3 yillik ma'lumotlarga asoslanib jarrohlik muolaja qilingan kundan boshlab umumiy omon qolish tahlil qilindi (sut bezi saratonidan o'limni hisobga olgan holda omon qolish vaboshqa kasallikdan) va takroriy omon qolish (sut bezi saratoni rivojlanishining har qanday namoyon bo'lishi faktini hisobga olgan holda). Olingan ko'rsatkichlarni solishtirganda umumiy va relapssiz(qaytalanishsiz) omon qolish ularning o'zaro taqsimlanishining g'ayrioddiy holatini aniqladi, 3 yillik relapssiz omon qolish darajasi umumiy ko'rsatkichdan bir oz yuqori bo'lsa, bu odatdagi tarqalish sxemasidan farq qiladi. Omon qolish ko'rsatkichlarini shu bilan izohlash mumkini (ko'rib chiqilayotgan bemorlarning yosh guruhining xususiyatlari, xususan yosh bilan bog'liq bo'lgan yondosh kasalliklar sababli yuqori o'lim darajasi). Maxsus taqsimotni tushuntirish uchun keksa bemorlarning tadqiqot guruhida omon qolish darajasi, biz kasalliklarga xos omon qolish ko'rsatkichlarini hisoblab chiqdik (faqat sut bezi saratonidan o'limni hisobga olgan holda).

Quyidagi prognostik omillar tahlil qilindi: yosh, asosiy o'simta kattaligi (pT), mintaqaviy metastazning mavjudligi (pN), saratonning gistologik shakli, gormonal holat, o'smalar lokalizatsiyasi, yondosh kasalliklarning mavjudligi, malignlik darajasi solishtirildi (22-29-jadvallar). Shuningdek, umumiy holatga prognostik omillarning o'zaro ta'sirini taqsimlash,

Kasalliklarga xos va kasalliksiz omon qolish, o'tkazildi Cox'a modeli bo'yicha ko'p o'zgaruvchan regressiya tahlili (5-jadval). Prognostik omillarning omon qolishga ta'sirini o'rganishda bo'lgan 58 ta bemordan 32 tasi kasallikning IV bosqichi, chunki kasallikning prognozi ma'lum jarayonning keng tarqalganligi bilan oldindan belgilanadi va katta ulush bilan ehtimollik, qoniqarsiz bo'ladi.

5-jadval Kasalliklarga xos va kasalliksiz omon qolish, o'tkazildi Cox'a modeli bo'yicha ko'p o'zgaruvchan regressiya tahlili

Yosh	Abs. son	3 yillik (cr.xatolik)	5 yillik (cr. xatolik)	p (log-rank)
Umumiy omon qolish				
1. 72 yoshgacha	38	85.1 (3.8)	77.0(5,0)	0,154(1-2)
2. 73-74 yosh	20	81.3(5.4)	61,1 (8,2)	0,26 (2-3)
Retsedivsiz omon qolish				
1. 72 yoshgacha	36	84,9(3.9)	80,2(4,5)	0,28(1-2)
2. 73-74 yosh	22	82,0(5.2)	71,2(6,8)	0,47(2-3)
Kasallik asoratlari bilan omon qolish				
1. 72 yoshgacha	40	89,2(3,4)	81,4(4,9)	0,32(1-2)
2. 73-74 yosh	28	88,3(4,5)	71,4 (8,3)	0,42 (2-3)

Biz hisoblagan omon qolishning barcha turlari uchun bir o'zgaruvchan tahlil

75 va undan ortiq yoshdagi bemorlar guruhidagi 3 va 5 yillik omon qolish bilan solishtirganda, 72 yoshgacha bo'lgan bemorlar guruhida 3 va 5 yillik omon qolishning statistik jihatdan sezilarli o'sishini ko'rsatadi. Umumiy omon qolish parametrlari: 3 va 5 yillik umumiy omon qolish darajasi 72 yoshgacha bo'lgan bemorlar guruhida mos ravishda $85,1 \pm 3,8$ va $77,0 \pm 5,0$, 3 va 5 yillik umumiy omon qolish darajasi. 75 yosh va undan katta yoshdagi bemorlar guruhi - mos ravishda $78,7 \pm 4,0$ va $50,7 \pm 6,5$, $p=0,004$.

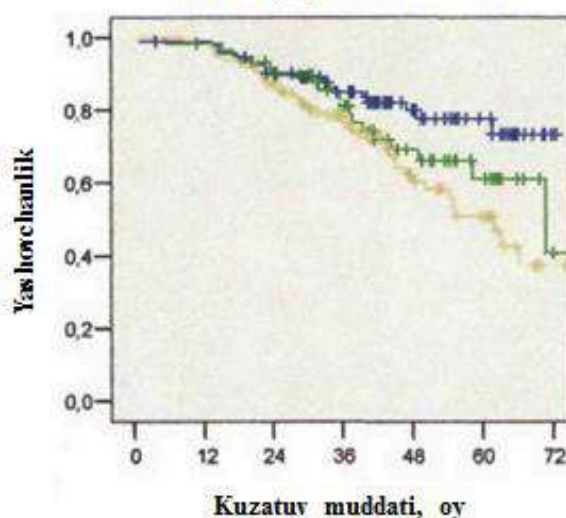
Relapssiz omon qolish ko'rsatkichlari: 3 va 5 yillik relapssiz omon qolish - 72 yoshgacha bo'lgan bemorlar guruhida mos ravishda $84,9 \pm 3,9$ va $80,2 \pm 4,5$, 3 va 5 yillik relapssiz omon qolish bilan solishtirganda. 75 yosh va undan katta bemorlar guruhida omon qolish mos ravishda $-76,8 \pm 4,1$ va $66,0 \pm 5,2$, $p=0,04$.

Kasallikning o'ziga xos omon qolish stavkalari: 3 va 5 yil kasalliklarga xos omon qolish - mos ravishda $89,2 \pm 3,4$ va $81,4 \pm 4,9$ 3 va 5 yoshli bemorlarga nisbatan 72 yoshgacha bo'lgan bemorlar guruhida 75 yosh va undan katta bemorlar guruhida kasallikka xos omon qolish - mos ravishda $85,7 \pm 3,4$ va $68,8 \pm 6,0$, $p=0,05$.

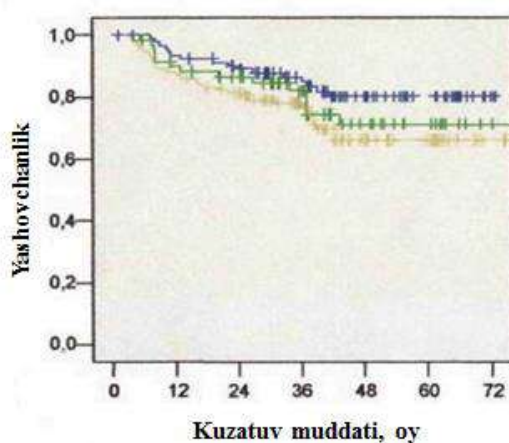
6-jadval pT mezonining prognostik omil sifatida ta'sirini o'rganish, omon qolish uchun.

pT darajasi	Abs. son	3 yillik (cr.xatolik)	5 yillik (cr. xatolik)	p (log-rank)
Umumiy omon qolish				
1. pT1	118	90.1 (2.9)	90.1 (2.9)	Solishtirishning barcha holatlarida gruppa<0.001
2. pT2	121	81.3(3,7)	81.3(3,7)	
3. pT3-4	26	45.0 (10,0)	45.0 (10,0)	
Retsedivsiz omon qolish				
1. pT1	118	90.6(2.8)	90.6(2.8)	Solishtirishning barcha holatlarida gruppa<0.001
2. pT2	121	81.4(3.7)	81.4(3.7)	
3.pT3-4	26	34.6(9.3)	34.6(9.3)	
Kasallik asoratlari bilan omon qolish				
1. pT1	118	96.3(1.8)	96.3(1.8)	Solishtirishning barcha holatlarida gruppa<0.001
2. pT2	121	88.5(3.1)	88.5(3.1)	
3.pT3-4	26	45.0(10.0)	45.0(10.4)	

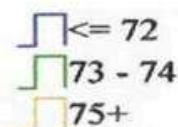
Umumiy yashovchanlik



Retsidivsiz yashovchanlik

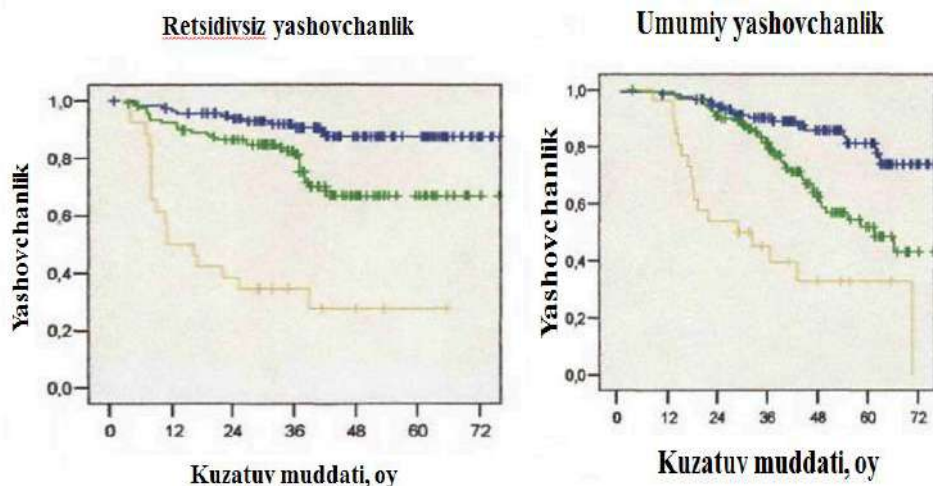


Bemor voshi

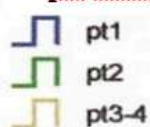


1-2 rasmlarda bemorlarning yoshga qarab omon qolish egri chiziqlari ko'rsatilgan .

Statistik jihatdan ahamiyatli (guruhlarni taqqoslashning barcha holatlarida $p < 0,001$) ichida biz hisoblagan omon qolishning barcha turlari bo'yicha ko'rsatkichlarning o'sishi 3- va pT1 o'simtasi mezonlariga ko'ra bemorlarning guruhlarida 5 yillik omon qolish darajasi pT2 o'sma mezonlari bo'lgan bemorlar guruhi bilan solishtirganda; guruhlar pT3-4 o'simta mezoni bo'lgan bemorlar guruhiga nisbatan pT1 va pT2 o'simta mezoni bo'lgan bemorlar. pT1 o'simta mezoni bo'lgan bemorlar guruhlarida 3 va 5 yillik umumiy omon qolish ko'rsatkichlari - pT2 o'simta mezoni bo'lgan bemorlar guruhiga nisbatan $90,1 \pm 2,9$ va $81,1 \pm 4,7$ - $81,3 \pm 3,7$ va $51,8 \pm 6,2$; o'simta mezoni pT1 va pT2 bo'lgan bemorlar guruhlarida pT3-4 o'simta mezoni bo'lgan bemorlar guruhiga nisbatan - mos ravishda $45,0 \pm 10,0$ va $32,8 \pm 10,4$. Birlamchi o'simta pT1 mezoni bo'lgan bemorlarning guruhlarida 3 va 5 yillik relapssiz omon qolish ko'rsatkichlari mos ravishda .T2- $81,4 \pm 3,7$ va $67,0$ bo'lgan bemorlar guruhiga nisbatan mos ravishda $90,6 \pm 2,8$ va $87,6 \pm 3,5$. $\pm 5,0$, shuningdek, rTZ-4 - mos ravishda $34,6 \pm 9,3$ va $27,7 \pm 9,7$. pT2 guruhida - pT3-4 guruhiga nisbatan $81,4 \pm 3,7$ va $67,0 \pm 5,0$ - mos ravishda $34,6 \pm 9,3$ va $27,7 \pm 9,7$. Birlamchi o'sma mezoni pT1 - $96,3 \pm 1,8$ va $89,6 \pm 4,2$ bo'lgan bemorlar guruhlarida 3 va 5 yillik kasalliklarga xos omon qolish ko'rsatkichlari, pT2 o'sma mezoni bo'lgan bemorlar guruhiga nisbatan mos ravishda - $88,5 \pm 3,1$ va $69,3 \pm 5,4$, shuningdek, rTZ-4 - mos ravishda $45,0 \pm 10,0$ va $32,8 \pm 10,4$. pT2 guruhida - $88,5 \pm 3,1$ va $69,3 \pm 5,4$ pT3-4 guruhida 3 va 5 yillik relapssiz omon qolish bilan solishtirganda - $45,0 \pm 10,0$ va $32,8 \pm 10,4$



pT kriteriyasi



3-rasmda pTga nisbatan omon qolish egri chiziqlari ko'rsatilgan.

O'sma retseptorlari bemorlarning omon qolishiga ta'siri 24 va 25-jadvallarda keltirilgan.

7-jadval. EC+ RP+ o'smalari bo'lgan yoshga qarab sut bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarning omon qolishi.

Yosh	Jami	Umumiy		Retsedivsiy	
		3 yillik	5 yillik	3 yillik	5 yillik
60-69	30	95,1±1,8	89,0±2,4	89,6±2,4	75,0±3,3
70-74	28	88,5±4,9	74,9±8,3	80,8±5,6	64,8±7,8

8-jadval. ER-RP-o'smalari bilan yoshga qarab sut bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarning omon qolishi.

Yosh	Jami	Umumiy		Retsedivsiy	
		3 yillik	5 yillik	3 yillik	5 yillik
60-69	10	90,9±3,5	88,9±4,0	78,2±4,2	70,7±5,0
70-74	9	90,4±6,4	84,6±8,2	79,0±7,6	66,6±9,2

Ushbu mezon bilan bog'liq holda, tadqiqot guruhi asosan ikkala turdagi retseptorlar uchun ijobiy va salbiy o'smalardan iborat.

Estrogen va progesteron-musbat o'smalari bo'lgan turli yosh guruhlarida sut bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarning omon qolishini qiyosiy tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 70 yoshdan oshgan bemorlarning omon qolish darajasi 60-69 yoshdagi bemorlarga qaraganda statistik jihatdan sezilarli darajada past.

Xulosa

Tizimli davolashni tayinlash uchun aniq tanlov mezonlarining mavjud emasligi, ayniqsa keksa yoshdagi bemorlarni davolash jarayonida, shifokorlarning e'tiborini yanada kuchliroq jamlashni talab

qiladi. Tadqiqot davomida masofaviy neoadyuvant va adyuvant kimyoterapiya usullarining natijalari sut bezi saratonining turli biologik kichik turlarini hisobga olgan holda tahlil qilindi va Mammologiya bo'limida davolangan bemorlar misolida qiyosiy baholandi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. AbeO, AbeR, EnomotoK, et al. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005;365(9472):1687–717
2. Albain K, Anderson S, Arriagada R, et al. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomised trials. *Lancet* 2012;379(9814):432–44
3. Alberini J.L., Meunier B., Denzler B. et al. Somatostatin receptor in breast cancer and axillary nodes: study with scintigraphy, histopathology and receptor autoradiography // *Breast Cancer Res. Treat* 2000;61:21-32.
4. Allen B., Campbell I., Desai S et al Pilot study comparing the accuracy of lymphoscintigraphy sentinel lymph node localisation with axillary node dissection in women with operable breast cancer // *N. Z. Med. J* 2001;114:233-236
5. Anderson BO et al. (2008) Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*, 202008;113:2221–43.
6. Anderson W.F., Pfeiffer R.M., Dores G.M., Sherman M.E. Comparison of age distribution patterns for different histopathologic types of breast carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(10): 1899–905
7. Anderson W.F., Pfeiffer R.M., Dores G.M., Sherman M.E. Comparison of age distribution patterns for different histopathologic types of breast carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(10): 1899–905
8. Antoniou A. et al. Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case Series unselected for family history: a combined analysis of 22 studies // *Am. J. Hum. Genet.* 2003;72:1117-1130
9. Arriagada R., Le M. G., Guinebretiere J. M. et al. Late local recurrences in a randomised trial comparing conservative treatment with total mastectomy in early breast cancer patients // *Ann. Oncol* 2003;11:1617-1622
10. Burstein HJ, Prestrud AA, Seidenfeld J, et al. American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline: update on adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer. *J Clin Oncol* 2010;28(23):3784–96
11. Balducci L, Beghe C. Cancer and age in the USA. *CritRevOncolHematol* 2001;37: 137–45
12. BalducciL. Geriatriconcology. *CritRevOncolHematol* 2003;46:211–20
13. Campone M, Peron J, Freyer G, et al. Adjuvant docetaxel/cyclophosphamide in breast cancer patients over the age of 70: results of an observational study. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;80(3):466–73
14. Cancer, International Agency for Research on. Cancer Mundial IARC, págs. <http://www-dep.iarc.fr>.
15. Carey L.A., Perou C.M., Livasy C.A., Dressler L.G., Cowan D., Conway K., Karaca G., Troester M.A., Tse C.K., Edmiston S., Deming S.L., Geradts J., Cheang M.C., Nielsen T.O., Moorman P.G., Earp H.S., Millikan R.C. Race, breast cancer subtypes, and survival in the Carolina Breast Cancer Study // *JAMA*. 2006;295:2492-2502

Qabul qilingan sana 20.11.2025