

ОНКОЛОГИЯ

УДК:616-006.611-69

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УСЛОВНЫХ РЕГИСТРОВ

Джураев М.Д.¹, Джураев Ф.М.¹, Зарипова П.И.², Кутлумуратов А.Б.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗ РУз,

²Самаркандский государственный медицинский институт

ХУЛОСА

Кириш. Яшовчанлик эҳтимоли ва бемор ҳаётининг сифати кўрсаткичлар саратонни, хусусан сут беzi саратонини (СБС), назорат қилишда ўта муҳим вазифани бажаради.

Тадқиқот мақсади. Тошкент шаҳрида онкомаммологик хизматнинг самарадорлигини ошириш мақсадида СБС билан оғриган беморларнинг 5 йил яшовчанлигининг популяцион ва госпитал кўрсаткичларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Шартли канцер-регистра (ШР) бўйича 2018-2022 йй. олинган материалларга барча аниқликлар қиритилгандан сўнг СБС таиҳиси билан рўйхатга биринчи бор олинган беморларнинг сони 3942 шахсни ташкил этди. Госпитал регистрдан (ГР) тасодифий услуб орқали сараланган терма беморларнинг сони 463га тенг бўлди. Бу тадқиқот режаляштирилганда ГРга кирган беморларга деярли доимий маҳсус тиббий хизмат кўрсатилиши, ШРга кирган беморларга эса бу хизмат чегараланганлиги ҳисобга олинди. Назорат санаси (НС) - 01.04.2023.

Натижалар. 01.07.2017-31.12.2021 оралигида шакланган беморлар “оқимига” кирган аёллар сони 7088га тенг бўлиб, шулардан 3942 (55,6%) нафари биринчи бор ШР рўйхатига олинган эди. Шулардан КСга қадар 769 (19,5%) бемор вафот этди. ГРдан сараланиб олинган 463 нафар беморлардан 352-сига (76,0%) СБС таиҳиси биринчи бор қўйилган. Шулардан 90 нафари (25,6%) КСга қадар вафот этди. ШРга кириб ёши 64 ешгача бўлган беморлар миқдори ГРга кирганларга нисбатан кам бўлганлиги ($p<0,05$), 65 ва ундан юқори ёшдагилар миқдори эса ШРда ГРга кирганларга қараганда кўпроқ эканлиги ($p<0,05$) кўрсатилди. Шу билан бирга 65 ва ундан юқори ёшдаги беморларнинг 5 йил яшовчанлиги кўрсаткичи ГРга кирган беморларда ШРга кирган беморларга нисбатан анча кўпроқ эканлиги ($p<0,05$) кузатилди.

Хулоса. Тошкент шаҳрида СБС таиҳисига дуч

SUMMARY

Background. Survival rate and quality of life of patients is the basic criteria of efficiency of the control of breast cancer (BC) on population and hospital levels.

Objective. The comparative estimation of efficiency of control relative to 5-year-survival of the women with BC in Tashkent city on population and hospital level depending on age of patients.

Material and methods. Data of standard cancer-register of TCB RSSPMCO&R of MPHUZR about all BC which were registered during 2018-2022 (3942 cases), and data of patients of hospital register (HCR) (casual sample of 463 cases) in this period are studied. Control date of research (CD) is 01.04.2023. All patients who are registered in HCR are on special service, but for the patients who are registered in PCR it is not regular.

Results. The general number of patients with BC in a “stream” from PCR during 01.07.2017-31.12.2021 add up to 7088 women, from which 3942 (55,6%) are registered during this period for the first time. And 769 (19,5%) from them have died to CD. In sample from HCR diagnosis “BC” diagnosis was established during 2018-2022 at 352 (76,0%), and 90 from them has died (25,6%) to CD. The fraction of women with BC in age till 64 years in PCR is more low, than in HCR ($p<0.05$), and at the age of 65 years and higher in PCR is above than in HCR ($p<0.05$). Thus probability of the five year survival among women at the age of 65 years and higher are significantly prevails in HCR in comparison with PCR ($p<0,05$).

Conclusion. Reserves of efficiency of BC treatment on population level in Tashkent city are connected with an irregular special service of the women with BC registered in PCR, and the patients age can influence common efficiency of treatment of them.

Keywords: breast cancer; population survival rate, hospital survival rate, age of patients.

келган аёлларни даволаш самарадорлигини популяцион миқёсида қўшимча ошириш имконияти доимий махсус тиббий жараёни ва уларнинг еши билан боғлиқлиги ҳақидаги фикр олга сурилади.

Калит сўзлар: сут бези саратони, популяцион яшовчанлик, беморлар ёши.

Рак молочной железы (РМЖ) - одно из наиболее распространенных и наиболее частых злокачественных новообразований (ЗНО) у женщин [11] в мире, особенно - у жительниц стран Западной Европы, США, Канады. РМЖ составляет до 22.9% всех агрессивных форм ЗНО у женщин в мире [6]. В 2020 г. в мире РМЖ был диагностирован у 2,3 млн. женщин, при этом зарегистрировано 685 000 случаев смерти от этой болезни. РМЖ - главная причина смерти в структуре онкопатологии у женщин [11]. При этом контроль РМЖ, как и любого ЗНО, предполагает, помимо прочего, отслеживание факторов 1) поддающихся (экологических) и 2) не поддающихся произвольному изменению, генетически детерминированных факторов, к числу коих относят возраст, пол и др. факторы [7]. Возраст пациента - один из основных факторов, определяющих возможность клинических вмешательств и существенно влияющих на течение РМЖ. В предклимактерический период жизни у женщин с диагнозом РМЖ при положительном тесте на рецепторы эстрогена и на фоне химиотерапии, может наступить ранняя менопауза, а также отмечаться гормонозависимость РМЖ и необходимость противодействия яичниковой функции [9]. Возраст относится к первичным факторам риска РМЖ [10], как и генетические факторы [5]. На возраст нельзя повлиять, но его можно учесть при планировании медицинского обслуживания популяции, стремясь увеличить выживаемость больных на популяционном уровне. Возрастная стратификация обслуживаемого специализированным онкологическим учреждением населения, может влиять на возможности оптимизации клинической работы.

В статье сравнительно анализируется пятилетняя выживаемость женщин, больных РМЖ, в выборочных клинических исследованиях и на уровне популяции г. Ташкента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Существуют два основных типа раковых регистров - госпитальные и популяционные [4]. Госпитальные ведут учет информации об онкологических пациентах, наблюдаемых в конкретной медицинской организации, обеспечивая оперативной и достоверной информацией о больных со злокачественными новообразованиями, их лечении и исходах. Основное же назначение популяционных регистров - постоянный сбор, накопление и обработка статистических данных об онкологических больных в пределах административной территории. Выживаемость больных на популяционном уровне - наиболее объективный критерий оценки деятельно-

сти онкослужбы [3].

В Узбекистане используют условный популяционный канцеррегистр (УПР) и условный госпитальный регистр (УГР). Нами сравнительно изучена пятилетняя выживаемость женщин, больных РМЖ, впервые учтенным за период 01.07.2017-31.12.2021, на фоне статистической оценки распределения их по возрасту а) в городской популяции, учтенных УПР и б) в выборке, полученной случайным отбором из УГР. То есть оценили данные УГР и УПР по критерию выживаемости больных, находящихся под прямым наблюдением специалистов онкологов (УГР), и больных, чье обслуживание не носит регулярного характера (УПР). Контрольная дата (КД) наблюдения - 31.03.2023. При статистической обработке материала использовали стандартные рекомендации [1,8,2]. Сравнивали долевые средние (М) в разных возрастных категориях больных, учитывая t-критерий Стьюдента-Фишера в 95%-м интервале достоверности (confidential interval - CI95%) и внося поправки при нулевых и 100%-х показателях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В потоке онкологических больных в период 01.01.2018-31.12.2021 было 7088 пациентов с диагнозом «РМЖ». После всех сверок и уточнений число впервые взятых на диспансерный учет в этот период случаев РМЖ по г. Ташкенту составило 3942 (55,6%) - более половины общего их потока. Сюда вошли случаи первично-множественных опухолей (ПМО) - в сочетании с ЗНО других локализаций - синхронных и метакронных РМЖ (первый диагноз «РМЖ» мог быть учтен и до 01.07.2017 г.). Из них 767 больных (19,5%) умерли к КД, в том числе 70 выявлены посмертно (1,8%) и 93 выбыли из-под наблюдения сразу же после выявления (2,4%). Последнее обстоятельство мы относим в счет высокого «миграционного фона», осложняющего диспансерное наблюдение. В течение пяти лет 746 (18,9%), выбыло из-под наблюдения - 704 (17,9%), выжило к КД 2492 человек (63,2%).

Из таблицы 1 видно, что доля взятых на учет с диагнозом РМЖ до 01.07.2017 по данным УПР в 1,85 раз (=44,38/23,97) выше, чем аналогичный показатель по УГР ($p<0,05$). Доля больных, взятых на учет с диагнозом «РМЖ» и начавших лечение в интервале с 01.07.2017 по 31.12.2021, в УГР в 1,73 раз (=55,62/76,03) выше, чем в УПР ($p<0,05$). В то же время доли больных, умерших к 01.04.2023 из числа начавших лечение в период с 01.07.2017 по 31.12.2021 в УПР и УГР, составили 19,5% и 25,6% соответственно ($0,1>p>0,05$).

Таблица 1

Распределение больных РМЖ женщин г. Ташкента в УПР и случайной выборке из УГР ТГФ РСНПМЦОиР МЗРУз, взятых на учет в период 01.07.2017-31.12.2021гг.

Категория	N	M,%	m,%	CI95%
В потоке учтенных УПР больных РМЖ				
Все случаи диагноза «РМЖ» в потоке учтенных УПР с 01.07.2017 по 31.12.2021. Из них:	7088	100,0	-	-
- взято на учет с диагнозом РМЖ ДО 01.07.2017.	3146	44,38	0,59	43,23÷45,54
- взято на учет больных с диагнозом «РМЖ» и начали лечение с 01.07.2017 по 31.12.2021. Из них:	3942	55,62	0,59	54,46÷56,77
- умерло больных к 01.04.2023.	769	19,51	0,63	18,27÷20,74
Случайная выборка из потока больных РМЖ в УГР				
Всего больных с диагнозом «РМЖ» из потока учтенных с 01.07.2017-31.12.2021. Из них:	463	100,0	-	-
- взято на учет ДО 01.07.2017 г.	111	23,97	1,98	20,09÷27,86
- взято на учет 01.07.2017-31.12.2021.Из них:	352	76,03	1,98	72,14÷79,91
умерли к 01.04.2023	90	25,57	2,33	21,06÷30,08
Пересмотрен диагноз РМЖ с 01.07.2017г. по 31.12.2021г.	1	0,22	0,22	0,00÷0,85

Таблица 2

Распределение по возрасту больных РМЖ г. Ташкента в УПР и УГР, выявленных впервые и учтенных ТГФ РСНПМЦОиР с 01.07.2017 по 31.12.2021.

Данные УПР ТГФ РСНПМЦОиР				
Возрастная группа	Абс. число	M,%	m	CI95%
до 14 лет	0	0,03	0,03	0,00÷0,10
15-44 лет	730	18,52	0,62	17,31÷19,73
45-64лет	2044	51,85	0,80	50,29÷53,41
65-79 лет	956	24,25	0,68	22,91÷25,59
80 лет и старше	201	5,10	0,35	4,41÷5,79
Возраст не указан	11	0,28	0,08	0,11÷0,44
Всего	3942	100,0	-	-
Данные УГР ТГФ РСНПМЦОиР				
Возрастная группа	Абс. число	M,%	m	CI95%
до 14 лет	0	0,22	0,21	0,01÷0,85
15-44 лет	108	23,33	1,97	19,47÷27,18
45-64лет	275	59,40	2,28	54,92÷63,87
65-79 лет	75	16,20	1,71	12,84÷19,55
80 лет и старше	5	1,08	0,48	0,14÷2,02
Возраст не указан	0	0,22	0,21	0,01÷0,85
Всего	463	-	-	-

Таблица 3

Кумулятивная вероятность пятилетнего дожития женщин г. Ташкента, больных РМЖ, в зависимости от возраста (на момент установления диагноза) на популяционном уровне (УПР) и уровне госпитальном (УГР) к КД (01.04.2023)

Прожито лет	N	Вероятность дожития,%	CI95%
По данным УПР			
до 44 лет	730	86,02	83,47÷88,57
45-64 года	2044	83,82	82,20÷85,45
65 лет и старше	1157	68,20	65,48÷70,91
Возраст не указан	11	-	-
Все больные из УПР	3942	79,46	77,88÷81,04
Случайная выборка из УГР (N=463)			
до 44 лет	108	86,53	80,09÷92,97
45-64 года	275	80,31	75,61÷85,01
65 лет и старше	80	82,13	73,73÷90,52
Возраст не указан	0	-	-
Вся выборка из УГР	463	82,07	78,57÷85,56

Распределения больных РМЖ женщин по возрасту в УПР и УГР (табл. 2) заметно различаются: доля лиц в возрасте 45-64 лет в УПР достоверно ниже, чем в УГР ($p < 0.05$); а 65 лет и старше в УПР выше, чем в УГР ($p < 0.05$). Распределение больных в УПР как бы несколько «сдвинуто» в возраст 65 лет и старше по сравнению с УГР.

В таблице 3 приведены вероятности пятилетнего дожития больных РМЖ женщин в трех возрастных категориях по данным УПР и УГР. Вероятность дожития была у молодых женщин в обеих совокупностях в возрасте до 44 лет (включительно) была достоверно ($p < 0.05$) выше, чем в возрасте старше 65 лет. В УПР среди больных в возрасте 45-64 лет и старше этот показатель составил 83,8% ($CI_{95\%} = 82,20 \div 85,45$) и был достоверно выше, чем в возрасте 65 лет и старше ($p < 0.05$).

При сравнении обеих совокупностей больных РМЖ женщин выясняется, что в возрасте до 44 лет (включительно) вероятности дожития в них статистически идентичны ($p > 0.05$). При аналогичном сравнении больных РМЖ женщин в возрасте 45-64 лет разница между ними в пользу УПР статистически не значима ($p > 0.05$). При сравнении же возрастных групп старше 65 лет отмечено достоверное преобладание этого показателя в УГР, чем в УПР ($p < 0.05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Очевидно, статистические различия между УПР и УГР в общем распределении больных РМЖ женщин связано с присутствием в первом всех зарегистрированных больных городской популяции, тогда как в УГР фиксированы только находящиеся в потоке клинического наблюдения. Они, таким образом, обусловлены особенностями текущего «фонов» медицинского обслуживания больных в популяции (в случае УПР), при котором основная нагрузка приходится на СП, и обслуживанием в специализированной онкологической клинике (в случае УГР). Иными словами, они указывают на эффективность общего медицинского обслуживания населения г. Ташкента на популяционном уровне и на специализированном госпитальном уровне. Эти различия согласуются и со статистически надежными данными о более высокой 5-летней выживаемости в специализированных онкологических учреждениях, чем в стационарах общего профиля [2]. Можно, таким образом, говорить о незадействованных резервах развития диспансерного наблюдения, которые можно было бы полнее раскрыть в рамках практики мониторинга на основе полноценного популяционного канцер-регистра. Ныне же эффективность обслуживания больных РМЖ женщин в г. Ташкенте ограничена, главным образом, лечебно-диагностической деятельностью ТГФ РСНПМЦОиР. Дальнейший рост ее зависит от развития практики своевременного выявления больных РМЖ на этапах предварительного диагноза (в частности, в рамках деятельности СП, в том числе – в ходе маммоскрининга) и раннего начала их лече-

ния. При этом важно учесть возрастную стратификацию обслуживаемой популяции. В частности, на наш взгляд есть смысл в изучении мотивации женщин обращаться за помощью к врачам, которая, по-видимому, сцеплена с возрастом. Преклонный возраст не располагает к испытаниям, связанным с пребыванием в специализированных лечебных учреждениях, молодые же пациенты склонны откладывать такое посещение. Здесь, могут быть заложены незадействованные резервы улучшения маммологического обслуживания женщин города.

В УГР числятся больные, подпадающие под прямое наблюдение специалистов-онкологов, что объясняет их более высокое выживание, чем на популяционном уровне. Следует обратить внимание на то, что доля женщин в возрасте 65 лет и старше в УГР меньше, чем в УПР, хотя их выживаемость при этом выше.

Частично разница между вероятностями пятилетнего дожития в одних и тех же возрастных группах УПР и УГР может указывать на то, что дальнейшее наращивание популяционного эффекта от клинических вмешательств возможно при существенном росте обращаемости потенциальных пациенток не старше 65 лет в клинику ТГФ РСНПМЦОиР. Тот факт, что на популяционном уровне отмечается снижение выживаемости больных РМЖ женщин относительно молодого возраста, можно рассматривать как повод к поощрению дополнительной онкологической сертификации врачей смежных профилей, которые могли бы взять на себя часть нагрузок, которые несет на себе специализированная клиника ТГФ РСНПМЦОиР. Можно ожидать большего эффекта и от информирования населения о важности раннего обращения в СП по месту жительства, а, в случае подозрения на РМЖ, посещения пациентов специализированной клиники для максимизации эффекта врачебных вмешательств.

ВЫВОДЫ

1. Статистические различия между УПР и УГР в распределении больных РМЖ женщин связано с присутствием в УГР больных находящиеся в потоке клинического наблюдения и указывает на эффект специализированного обслуживания на популяционном уровне.

2. Доля больных РМЖ женщин в возрасте до 44 лет и 45-64 лет в УПР ниже, чем в УГР ($p > 0.05$), а в возрасте 65 лет и старше в УПР выше, чем в УГР ($p < 0.05$). При этом вероятности пятилетнего дожития среди женщин до 44 лет и 45-64 лет в УГР и УПР статистически неразличимы ($p > 0.05$), а в возрасте 65 лет и старше показателя УГР статистически значимо преобладают по сравнению с УПР ($p < 0.05$).

3. Резервы роста эффективности лечения РМЖ на популяционном уровне в г. Ташкенте можно связать с регулярностью специальных наблюдений за больными, числящимися в УПР, на что влияет возраст больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лакин Г.Ф. Биометрия: Учеб. пособие для биол. спец. вузов. - 4-е изд., перераб. и доп. М.: Высш. шк. - 1990. - С. 352.
2. Мерабишвили В.М. Наблюдаемая и относительная выживаемость онкологических больных (популяционное исследование). // Российский онкологический журнал. - № 3. - 2012 - С.25-29.
3. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. Изд-е 2-е, доп-е. Ч I. - 2015. - С.223.
4. Минаков С.Н., Левина Ю.В., Простов М.Ю. Популяционный раковый регистр. функциональные возможности, задачи и существующие проблемы // Злокачественные опухоли. - 2019; 9(1): 6-9.
5. Am I at risk? (2013) (<http://www.breastcancercare.org.uk/breast-cancer-information/breast-awareness/am-i-risk/risk>). // Breast Cancer Care. 23 February 2018.
6. Breast cancer: prevention and control. WHO. Archived from the original (<https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>) on 6 September 2015.
7. Hayes J., Richardson A., Frampton C. (2013). Population attributable risks for modifiable lifestyle factors and breast cancer in New Zealand women. // Internal Medicine Journal. 43 (11): 1198-204.
8. Kirkwood B.R., Sterne J.A.S. Essential medical statistics / 2nd edition, Oxford. - 2003. - P.512.
9. Pritchard K.I. (2009). Ovarian Suppression/Ablation in Premenopausal ER-Positive Breast Cancer Patients (<http://www.cancernetwork.com/display/article/10165/1366719?pageNumber=1>) // Oncology. 23 (1).
10. Reeder J.G., Vogel V.G. (2008). Breast cancer prevention. // Advances in Breast Cancer Management, Second Edition. Cancer Treatment and Research. - V.141. - P.149-64. doi:10.1007/978-0-387-73161-2_10 (https://doi.org/10.1007/978-0-387-73161-2_10).
11. Wang X., Wang N., Zhong L. et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. // Molecular Psychiatry. 2020;(25):3186-3197.

УДК: 618.19-006-089.87

СУТ БЕЗИ САРАТОНИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ЎЗ ВАҚТИДА ВА САМАРАЛИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ УСУЛЛАРИ

Джураев Ф.М., Ризаев Ж.А.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

РЕЗЮМЕ

В статье изучена эффективность персонализированных реабилитационных программ для улучшения качества жизни пациентов раком молочной железы. В исследовании 60 пациентов были разделены на две группы: 1-й группе была назначена комплексная программа реабилитации, 2-й группе - стандартные методы лечения. Клиническое состояние пациентов оценивалось по шкалам SF-36 и HADS, а также по другим показателям. По результатам проведенного исследования у пациентов 1-й группы отмечены значительные положительные изменения показателей качества жизни ($p < 0,05-0,01$), тогда как во 2-й группе изменения были относительно незначительными. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комплексной реабилитации больных раком молочной железы на основе биопсихосоциального подхода. Практическая значимость исследования заключается в том, что оно создает основу для разработки новых, эффективных и индивидуально ориентированных подходов к реабилитации пациентов в системе здравоохранения.

SUMMARY

This article examines the effectiveness of personalized rehabilitation programs in improving the quality of life for breast cancer patients. The study involved 60 patients divided into two groups: the first group was assigned a comprehensive rehabilitation program, while the second group received standard treatment methods. The patients' clinical condition was assessed using SF-36 and HADS scales, as well as other indicators. The study results showed significant positive changes in quality of life indicators for patients in the first group ($p < 0.05-0.01$), whereas changes in the second group were relatively minor. These findings demonstrate the high effectiveness of comprehensive rehabilitation for breast cancer patients based on a biopsychosocial approach. The practical significance of this research lies in its creation of a foundation for developing new, effective, and individually tailored approaches to patient rehabilitation within the healthcare system.

Keywords: breast cancer, rehabilitation, treatment, quality of life.