

- фактор их репродуктивного здоровья // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2014. - Т. 69. - №9-10. - С.27–32.
6. Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника: отраслевой стандарт. ОСТ 91500.11.0004-2003. Приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации №231 от 9 сент. 2003г. // М., 2003. – 65 с.
 7. Соловьева А.В., Гаче В.Нарушения биоценоза влагалища у женщин репродуктивного возраста. Журнал Акушерства и гинекология. – 2017. - №4. – с. 126-136.
 8. Хикматова Н.И., Гариб В.Ф., Пахомова Ж.Е., Гариб Ф.Ю. Определение антиспермальных IgE антител у женщин с бесплодием, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. Клиническая лабораторная диагностика. 2020; 65 (7): 435-438. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2084-2020-65-7-435-43>
 9. Francino M. P. The ecology of bacterial genes and the survival of the new // *Int. J. Evol. Biol.* 2012;394026. DOI: 10.1155/2012/394026. Epub 2012 Jul 31. PMID: 22900231.
 10. Francino M. P. Early development of the gut microbiota and immune health. *Pathogens*.2014, Sep24; 3(3). P. 769-790. DOI: 10.3390/pathogens3030769. Review. PMID: 25438024.
 11. Schooley R.T. The human microbiome: implications for health and disease, including HIV infection // *Top. Antivir. - Med.* – 2018. – 26 (3). – P.75-78.
 12. Sherrard J, Sherrard J., Donders G., White D., Jensen J.S. European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011 // *Int. J. STD & AIDS.*– 2011. – 22(8). - 421. – p. 9.
 13. Valles Y., Artacho A., Pascual-Garcia A. et al. Microbial succession in the gut: directional trends of taxonomic and functional change in a birth cohort of Spanish infants // *PLoS Genet.* 2014, Jun 5; 10 (6). e1004406. DOI: 10.1371/journal.pgen.1004406. eCollection 2014 Jun. PMID: 24901968.
 14. Wesemann DR, Nagler CR. The microbiome, timing, and barrier function in the context of allergic disease. *Immunity.* 2016;44:728-738.

УДК: 618.19-006.6:575.21

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИПРОТОКОВОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Полатова Д.Ш.^{1,2,a}, Хакимов А.Т.^{3,b}, Каххаров А.Ж.^{4,c}

¹д.м.н., доцент, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

²д.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт

³базовый докторант, Ташкентский государственный стоматологический институт

⁴к.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт

^apolatova.dj@gmail.com, ^batkhakimov@hotmail.com ^calisher1510@mail.ru

MODERN APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF DCIS

Polatova D.Sh.^{1,2,a}, Khakimov A.T.^{3,b}, Kahharov A.J.^{4,c}

¹DSc, associate professor, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology

² DSc, associate professor, Tashkent State Dental Institute

³Postdoctoral student, Tashkent State Dental Institute

⁴PhD, associate professor, Tashkent State Dental Institute

^apolatova.dj@gmail.com, ^batkhakimov@hotmail.com ^calisher1510@mail.ru

INTRADUKTAL SUT BEZI SARATONI TASHXISIGA ZAMONAVIY YONDASHUV

Polatova D.Sh.^{1,2,a}, Hakimov A.T.^{3,b}, Kaxxarov A.J.^{4,c}

¹t.f.d., dotsent, Respublika Ixtisoslashtirilgan Onkologiya va Radiologiya Ilmiy-Amaliy Tibbiyot Markazi

²t.f.d., dotsent, Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti

³tayanch doktorant, Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti

⁴t.f.n., dotsent, Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti

^apolatova.dj@gmail.com, ^batkhakimov@hotmail.com ^calisher1510@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Заболеваемость раком молочной железы в Республики Узбекистан увеличивается из года в год. Нами была изучена статистика распространения рака молочной железы и влияние скрининга на прогноз и течение заболевания. Для усовершенствования ранней диагностики и лечения внутрипротокового рака молочной железы была изучены данные мировой литературы. В статье описаны статистические показатели заболеваемости РМЖ, скрининговые методы исследования и их эффективность в ранней диагностике внутрипротокового рака молочной железы.

Ключевые слова: скрининг, внутрипротоковый рак, рак молочной железы, маммография, МРТ молочных желез

ANNOTATION

The incidence of breast cancer in the Republic of Uzbekistan is increasing from year to year. We studied the statistics of the spread of breast cancer and the impact of screening on the prognosis and course of the disease. To improve the early diagnosis and treatment of DCIS, the data of the world literature was studied. The article describes the statistical indicators of breast cancer incidence, screening methods of research and their effectiveness in the early diagnosis of DCIS.

Keywords: screening, DCIS, breast cancer, mammography, breast MRI

XULOSA

O'zbekiston Respublikasida sut bezi saratoni bilan kasallanish yildan-yilga oshib bormoqda. Biz sut bezi saratonining tarqalish statistikasi va skriningning

kasallikning prognozi va kechishi ta'sirini o'rganib chiqdik. Intraduktal sut bezi saratonini erta tashxislash va davolashni takomillashtirish uchun jahon adabiyoti ma'lumotlari o'rganildi. Maqolada sut bezi saratoni bilan kasallanishning statistik ko'rsatkichlari, skrining tadqiqot usullari va ularning intraduktal sut bezi saratonini erta tashxislashda samaradorligi tasvirlangan.

Kalit so'zlar: skrining, intraduktal sut bezi saratoni, sut bezi saratoni, mammografiya, sut bezi MRTsi

Рак молочной железы является самым распространенным злокачественным новообразованием среди женщин по всему миру. По данным ежегодно в мире выявляется около 1,38 миллионов или каждый час 158 новых случаев рака молочной железы, при этом наблюдается неуклонный рост заболеваемости и смертности от данного вида заболевания [5,6].

Наиболее высокие показатели заболеваемости раком молочной железы наблюдаются в развитых странах, таких как США, страны Западной Европы [6, 11]. Однако в развивающихся странах также отмечается тенденция к росту заболеваемости раком молочной железы, в связи с изменением в репродуктивном поведении населения, изменением образа жизни и повышением продолжительности жизни населения. По прогнозам GLOBACAN 2018, к 2020 году в странах с низким и средним уровнем дохода, количество вновь выявленных случаев рака молочной железы составит около 1 млн. случаев в год [5].

Согласно данным МАИР (2015), смертность от рака молочной железы варьирует в зависимости от уровня дохода страны, в странах с высоким уровнем дохода уровень смертности составляет 24%, тогда как в странах с низким и средним уровнем дохода- 48%, 38% соответственно [1]. При этом около 1,5 млн. смертей от рака молочной железы, возможно, было бы предотвратить. Высокая смертность обусловлена поздним обращением больных, отсутствием эффективных скрининговых программ, низким уровнем диагностики и лечения рака молочной железы [3].

Однако даже ранняя диагностика рака молочной железы негарантирует полного излечения. Согласно исследованиям (O'Shaughnessy, 2005; EBCTGG 2012), в развитых странах, у 20-30% пациентов, диагностированных на ранней стадии в последующем может наблюдаться прогрессирование заболевания, в то время как данный показатель может быть намного выше в развивающихся странах, где качество лечения рака молочной железы значительно ниже, чем в развитых странах [8].

При анализе динамики заболеваемости раком молочной железы в Республике Узбекистан отмечается медленный, но неуклонный рост [5,6]. Согласно данным, канцер регистра РСНПМЦОиР, в 2010 году заболеваемость раком молочной железы составила 7,9 случаев на 100 тыс. населения, тогда как в 2016 году-9,1 случаев на 100 тыс. населения. Смертность от данного вида злокачественной опухоли также растет, если в 2010 году показатель смертности составлял 3,5 на 100 тыс. населения, то в 2016 году 4,4 на 100 тыс. населения. Также отмечается рост числа новых впервые выявленных случаев рака молочной железы с 2010 по 2016 годы 2296 и 2932 соответственно. Из числа впервые выявленных случаев рака молочной железы больные с I-II стадией в 2010 году составили-1244 (54,2%) случаев, III-828 (36%) случаев, IV-224 (9,8%) случаев, тогда как в 2016 году распределение больных по стадиям заболевания составило: I-II-1776 (60,5%) III-834(28,5%) IV-322 (11%). Тенденция к росту рака молочной железы в I-II стадиях, может быть обусловлена активной просветительской работе со стороны онкологического сообщества, ростом онкологической настороженности среди врачей первичного звена, повышением санитарной грамотности населения [1,5].

Говоря о выживаемости РМЖ, имеется прямая зависимость продолжительности жизни от распространенности опухолевого процесса [2]. В случае локального процесса 5-летняя выживаемость составляет 99%, если процесс распространяется регионально - 85%, в случае наличия отдаленных метастазов - 26%. На выживаемость сильно влияет размер опухоли. К примеру, в случае регионального распространении опухолевого процесса, при размере опухоли до 2,0 см 5-летняя выживаемость составляет 95%, от 2,1 до 5,0 см- 84%, при размере опухоли более 5,0 см 42% [2, 9].

РМЖ является гетерогенным заболеванием, включающим в себя злокачественные новообразования молочной железы с различным клиническим течением, ответом на лечение и прогнозом. На сегодняшний день различают 21 гистологических подтипа РМЖ, и как минимум 4 различных молекулярных подтипа [1,2].

Несмотря на множество исследований в течение нескольких десятилетий, основанных на эпидемиологических и генетических исследованиях, канцерогенез рака молочной железы до сих пор остаётся неясным [1]. Выявленные факторы риска развития рака молочной железы, не до конца объясняют изменения на молекулярно-генетическом уровне, приводящие к генетическим альтерациям, способствующим дальнейшему переходу нормальных эпителиальных клеток молочной железы в рак [1,5].

Наиболее вероятным механизмом возникновения рака молочной железы является инактивация гена-супрессора опухолевого роста, путем промоции их метилинизации. Это приводит к нарушению контроля клеточного цикла и изменению апоптотических путей, что в дальнейшем способствует нарушению баланса между пролиферацией и апоптозом. Инактивация гена p53, хромосомальная нестабильность, амплификация онкогенов запускает процесс канцерогенеза [1,9].

Одной из важных патологий молочной железы является внутрипротоковый рак, так как он является непосредственным предшественником инвазивного рака молочной железы.

Успехи в лечении РМЖ зависят от выявляемости заболевания на ранних стадиях, а также от точности диагностики онкологического процесса. До внедрения скрининга процент встречаемости внутрипротокового рака был крайне низок и составлял 1-2%. Во второй половине XX века с внедрением скрининга в виде маммографического исследования, встречаемость внутрипротокового рака молочной железы составил 20-30% случаев.

Вопросам ранней диагностики и скрининга посвящено множество крупных международных исследований, но, к сожалению, до сегодняшнего дня не нашел своего решения и является одним из наиболее дискуссионных в онкологии. С внедрением скрининга в повседневную практику увеличивается выявление внутрипротокового рака *in situ*, однако все же сохраняются определенные показатели пациентов с запущенными формами заболевания. Основным скрининговым методом в большинстве развитых стран является маммографическое исследование [3,4,]. Рекомендации по скринингу РМЖ варьируют в зависимости от страны, ее социально-экономических и демографических особенностей. Согласно МАИР, рекомендуемый возраст начала маммографического исследования составляет 50 лет [3,4,8]. Скрининг необходимо проводить до достижения 70 лет. В США различные научные сообщества и ассоциации имеют отличительные друг от друга взгляды по вопросам скрининга. Американское противораковое общество рекомендует начинать скрининг с 45 лет и проводить его ежегодно до 55 лет, с последующим маммографическим исследованием 1 раз в два года после 55 лет, тогда как согласно Американскому колледжу радиологии скрининговое исследование должно быть начато с 40 лет, и проводиться ежегодно до 75 лет, затем продолжать до того пока ожидаемая продолжительность жизни не достигнет 5-7 лет [1,4]. Согласно рекомендациям ESMO 2015, проведение скрининга РМЖ начинают с 50 лет, 1 раз в 2 года [2]. Также маммографический скрининг имеет свои ограничения: невозможность его проведения у лиц с высокой плотностью

ткани молочной железы, в возрасте младше 40 лет [3,4,]. В Южной Корее, где большинство женщин имеет плотную молочную железу, в качестве скринингового исследования используют ультразвуковое исследование [7].

В большинстве развивающихся странах скрининговые программы не функционируют. Это связано, как и с большими финансовыми затратами, отсутствием оборудования и подготовленных специалистов, а также с географическими, социальными и демографическими условиями.

В комплекс диагностических мероприятий при РМЖ входят клинический осмотр и пальпация, УЗИ, маммография, МРТ молочных желез [8,10,12]. С целью верификации диагноза используют тонкоигольную пункционную биопсию, core- и открытую биопсию. Согласно рекомендациям Европейского общества медицинских онкологов, проведение углубленного исследования, на предмет выявления отдаленных метастазов, проводится только в случае наличия жалоб и подозрения о распространенном характере процесса (большие размеры опухоли, пораженные лимфатические узлы, агрессивное течение заболевания) [2].

МРТ молочных желез с контрастированием является высокочувствительным методом (85-100%) в диагностике заболеваний молочной железы, однако, специфичность метода невысока (47-65%). МРТ исследование рекомендовано у пациентов в случаях, когда маммография и УЗИ малоинформативны: после органосохранных операций, с целью дифференциальной диагностики послеоперационных изменений от рецидивной опухоли, с целью выявления мультифокального, мультицентрического, билатерального РМЖ, у женщин с наследственным РМЖ, высокой плотностью молочной железы и силиконовыми имплантами. МРТ также позволяет определить взаимоотношение опухоли с мышцами и грудной стенкой. Кроме того, при помощи специальных волнометрических программ данный метод дает возможность определить объем и форму молочной железы, что особенно важно для планирования реконструктивно-пластических операций [10,12].

Литература/References

1. *American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2015. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2015. Available online Notificación de salida // Last accessed October. – 2015. – Vol. 30.*
2. *ESMO Guidelines Committee, F. Cardoso, on behalf of the ESMO Guidelines Committee; Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up // Annals of Oncology. – 2015. – Vol. 26, Issue suppl 5. - P. 8–30*

3. Gotzsche PC, Jorgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2013, Jun 4. – P. 6: CD001877. doi: 10.1002/14651858.CD001877.pub5.
4. Hall, Ferris M. Guidelines for Screening Mammography // *Journal of the American College of Radiology.* – 2018. – Vol. 15, № 1. – P. 8 - 9
5. IARC GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, WHO 2015. 2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics 2012. // *CA Cancer J Clin.* – 2015, Mar. – Vol. 65, №2.
6. Jemal A., Siegel R., Ward E., et al. Cancer statistics // *CA Cancer J Clinic.* – 2009. – Vol. 59. – P. 225-249.
7. Kang, Moon Hae et al. The National Cancer Screening Program for breast cancer in the Republic of Korea: is it cost-effective? // *Asian Pacific journal of cancer prevention.* – 2013. – Vol. 3. – P. 2059-2065.
8. Monticciolo D.L., Newell M.S., Hendrick R.E. et al. Breast cancer screening for average-risk women: recommendations from the ACR Commission on Breast Imaging // *J Am Coll Radiol.* – 2017. – Vol. 14. – P. 1137–1143.
9. Pijnappel R.M., van den Donk M., Holland R., et al. Diagnostic accuracy for different strategies of image-guided breast intervention in cases of nonpalpable breast lesions // *Br J Cancer.* – 2004. – Vol. 90, №3. – P. 595-600.
10. Radhakrishna S., Agarwal S., Parikh P.M., et al. Role of magnetic resonance imaging in breast cancer management // *South Asian J Cancer.* – 2018. – Vol. 7, №2. – P. 69-71.
11. Stewart, B.W. and Wild, C.P. World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon.
12. Wibmer A.G., Hricak H., Ulaner G.A., Weber W. Trends in oncologic hybrid imaging // *Eur J Hybrid Imaging.* – 2018. – Vol. 2, №1. – P. 11.

УДК: 616.314-76:616.089.843-008.1-08

**ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНАЯ ОБРАБОТКА ПОВЕРХНОСТИ
ТИТАНОВОГО ИМПЛАНТАТА ПОРОШКАМИ НА ОСНОВЕ
ГЛИЦИНА И ЭРИТРИТОЛА (ИССЛЕДОВАНИЕ in vitro)**

Мелькумян Т.В., Камиров Н.Х., Мусашайхова Ш.К., Дадамова А.Д.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт МЗРУз

**AIR-ABRASIVE SURFACE TREATMENT OF TITANIUM
IMPLANT WITH POWDERS BASED ON GLYCINE AND ERYTHRITOL
(in vitro STUDY)**

Melkumyan T.V., Kamilov N.H., Musashaykhova Sh.K., Dadamova A.D.

Tashkent State Dental Institute