



## СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ИНГ ТАҲЛИЛИ

<sup>1</sup>Матязова Ф.Р.

<sup>2</sup>Иноятова Н.Н.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7984721>

### ARTICLE INFO

Received: 23<sup>th</sup> May 2023

Accepted: 29<sup>th</sup> May 2023

Online: 30<sup>th</sup> May 2023

### KEY WORDS

Сут беzi саратони, лимфадиссексия, аксиляр зонанинг лимфадиссексияси билан кенг секторал резексия, сут безининг радикал секторал резексияси.

### ABSTRACT

Сут беzi саратони аёллардаги барча саратонларнинг 18% ни ташкил қилади. Прогнозларга кўра сут беzi саратони билан касалланиш 2021 йилга келиб 100 000 аёлга 85 тагача кўтарилган. Сут беzi саратонини даволашда сут безини сақлаб қолиш мақсадида регионлар лимфа тугунларини оператив йўл билан олиб ташлаш усули ишлаб чиқилган ва бу орқали ижобий натижаларга эришилган. Тадқиқотимизда сут беzi саратонини I ва IIА босқичларида локализацияланган шакллари билан касалланган, комбинир даво олган 42 бемор икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. Биринчи гуруҳда сут безининг кенг секторал резексияси аксиляр зонанинг лимфадиссексияси билан даволаш амалга оширилган бўлса иккинчи гуруҳда катта кўкрак мушакларининг босқичма босқич диссексияси билан сут безининг радикал секторал резексияси ва кўкрак кафасидаги кичик мушакни битта блокада фация ва лимфадиссексия билан олиб ташлаш амалиёти бажарилган. Барча беморлар операциядан кейинги нур терапиясини олганлар. Биринчи гуруҳ учун умумий ва рецидивсиз беш йиллик яшовчанлик 86,4%, иккинчи гуруҳ учун 95%ни ташкил қилган.

**Мавзунинг долзарблиги:** Сут беzi саратони аёллардаги барча саратонларнинг 18% ни ташкил қилади. Прогнозларга кўра сут беzi саратони билан касалланиш 2021 йилга келиб 100 000 аёлга 85 тагача кўтарилган. Аёллар саратон касалликлари ичида СБС ни ўсиш тезлиги 2,7 баробар юқорилиги шу касалликни энг долзарб муаммосидир[1,2]. СБСни наслий шакллари кўпинча репродуктив ёшдаги ёш аёлларда учраб, анамнезида яқин қариндошларида СБС билан касалланган беморларни кўриш мумкин. СБС наслий шаклида сут безини бирламчи кўплаб зарарланиши



кузатилади[2,3].Сут беzi саратони-замонавий онкологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, дунё миқёсидаги ижтимоий патологиялар ичида лидери ҳисобланади[3].СБС билан касалланган аёлларнинг 40% меҳнат қобилиятли ёшдаги аёллар ташкил этади[4].

Онкологларнинг сут беzi саратонига қарши курашишга қаратилган сай-ҳаракатлари ҳали кутилган натижани бермади. Ўзбекистон аҳолиси орасида кенг тарқалган ва бошқа мамлакатлардаги хавfli ўсмалар билан касалланган беморларнинг 50% дан ортиғида кузатилган ўлимчилик тиббиёт муассасаларига мурожат қилишлар ва даволашнинг умумеътироф этилган усуллари етарли даражада самарали эмаслиги сабаблидир[5,6]. Дунё мамлакатларида онкологик касалликлар юрак-қон томир касалликларидан кейин иккинчи ўринни эгаллашда давом этмоқда. Бу сут беzi саратонини ташхислаш ва даволаш учун янги ва мавжуд усулларни ишлаб чиқишнинг долзарблигини белгилайди[7,8].

Кансерогенезнинг ўта мураккаблиги ва сут беzi саратонини эрта ташхислашнинг қийинчиликлари энг муҳим вазифани ҳар бир беморда сут беzi саратонини даволашнинг оптимал вариантини танлашни қўяди. Бу жуда қийин вазифа, чунки сут беzi саратонини даволашда онкологиянинг барча замонавий усуллари қўлланилади: жарроҳлик, комбинацияланган ва комплекс даволаш усули каби турли хил вариантлар мавжуд. Бироқ, замонавий даволаш усулларининг натижалари қониқарсизлигича қолмоқда. Беш йиллик нисбий яшовчанлик даражаси 60-65% орасида ўзгариб туради. Беморлар кўпинча жараёни умумлаштиришдан дастлабки икки йил ичида вафот этадилар[9,10]. Операциядан кейинги химиятерапияга катта эътибор берилган (Павлов А.С., Доценко В.С., Давидов М.И. ва босхқалар). Мураккаб терапияни қўллашда жарроҳлик сут беzi саратонини даволашда энг муҳим даволаш усули бўлиб қолади.Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда сут беzi саратони билан касалланган беморларнинг ҳаётини яхшилаш йўллари излаш онкология соҳасида илмий аҳамиятга эга бўлиб ҳозирги даврда долзарбдир. Сўнги 10-15 йил ичида хавfli ўсмаларни(хусусан, сут беzi) даволаш дастурида янги ёндашувлар белгиланди[11,12].

**Ушбу ишнинг мақсади:** Сут беzi саратони билан касалланган беморларни кўкрак қафаси мушакларини босқичма-босқич кесиш ва кўкрак қафасининг кичик мушакларини фация билан олиб ташлаш, биттада блоклаш, ўмров ости, курак ости, мушак ости, қўлтиқ ости, регионар ва регионар бўлмаган лимфа тугунларини жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш ва комбинацияланган даволаш жараёнини амалга оширишни ўрганиш.

**Материал ва методлар:** Лимфадиссекция турли усуллар кимёрадиотерапия ва жарроҳлик билан даволашдан кейин сут беzi саратонининг лимфоген метастазининг энг кенг тарқалган усуллари таҳлил қилиш маълумотлари асосида амалга оширилган. Турли усуллар ва кимёрадиотерапия билан жарроҳлик даволашдан сўнг, сут беzi саратони билан касалланган беморларнинг беш йиллик яшовчанлик даражаси таҳлил қилинди. Беш йил давомида РИО ва РИАТМ Хоразм филиалида даволанаётган сут беzi саратонининг IIA босқичининг маҳаллий тарқалган шакллари чалинган беморларни комплекс даволаш натижаларини ретроспектив тарзда ўргандик ва таҳлил қилдик. 42 кишидан иборат беморлар икки гуруҳга бўлинди 1-гуруҳ (22 бемор)



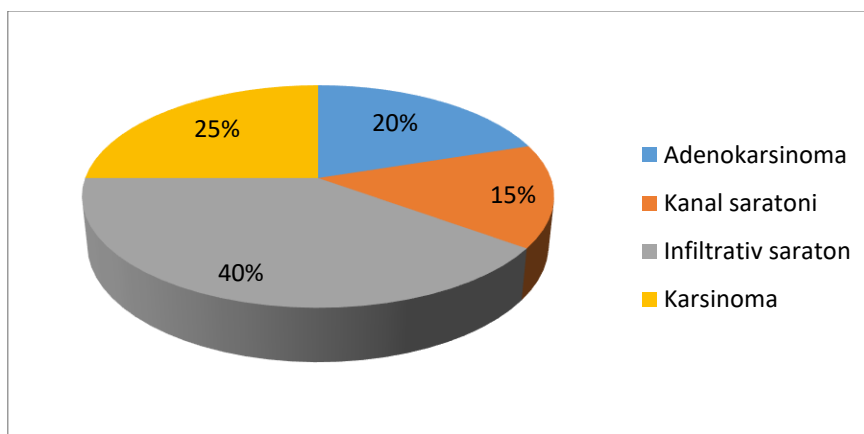
қўлтиқ ости зонасининг лимфа тугунлари билан кенг секторал резексия қилинган. Кенг секторал резексия билан фақат аксилляр зонанинг лимфа тугунлари олинган.

### Зарарланиш локолизацияси

Гурух	Юкори ташки квадранти	Пастки ташки квадранти	Юкори ички квадранти	Пастки ички квадранти	Марказий зарарланиш и
Биринчи Гурух	60%(13)	20%(4)	6.7%(2)	-	13.3%(3)
Иккинчи гурух	66.7%(15)	13.3%(2)	-	13.3%(2)	6.7%(1)

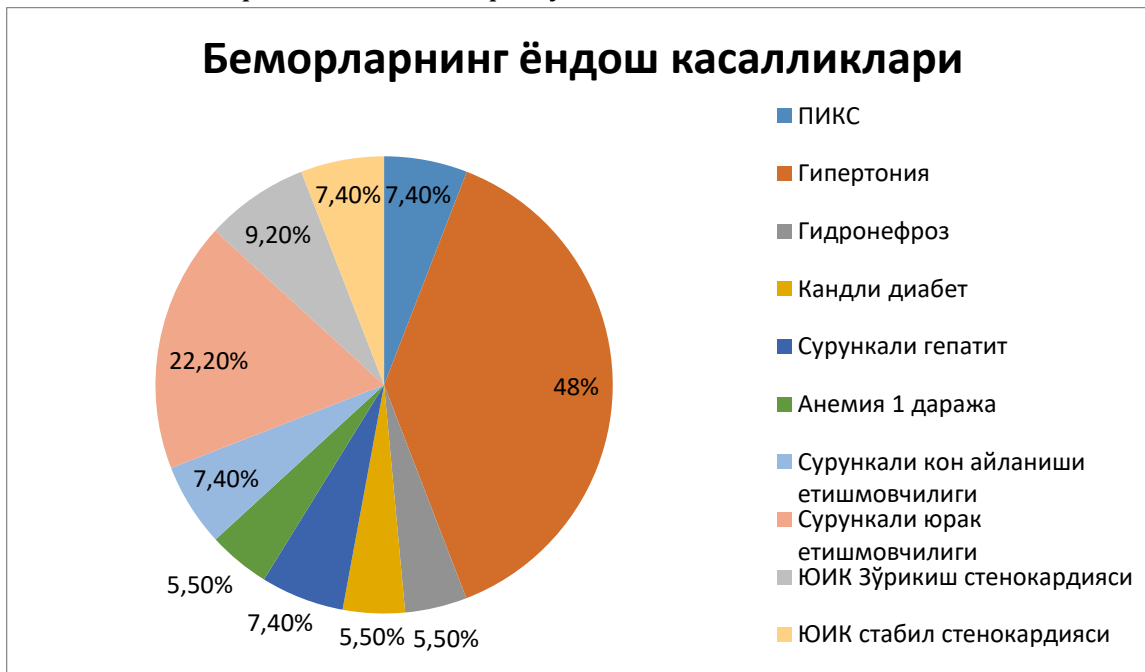
Лекин баъзи муаллифлар нафақат лимфа тугунларини, балки ўмров ости зона тўқималарини ҳам олиб ташлаш зарурлиги ҳақида айтишади. Биз ушбу техникадан фойдаланмадик, лекин биз кичик пекторалис мушакларини ушлаб турган ўмров ости зонадаги тўқималарни олиб ташлаб бўлмайди деб ҳисоблаймиз, чунки лимфа тугунлари шунчалик кичикки, уларни мушак орқали аниқлаб бўлмайди. Бизнинг техникамизнинг афзаллиги ўмров ости венага эркин киришда ва клавикуланинг медиал учларидан абластик лимфодиссексияда лимфа тугунларини жароҳатламасдан, шу билан бирга жарроҳлик соҳасида ўсма ҳужайраларининг чиқишига йўл очмасдан ва ўсмани бутунлигини бузмасдан абластиклик принципига амал қилган ҳолда бажарилади. 2-гурух(20 бемор) ушбу беморларга сут беги саратонининг радикал секторал резексияси катта кўкрак мушакларининг босқичма-босқич диссексияси, фация билан битта блокда олиб ташлаш ва ўмров ости, курак ости, аксилляр зоналарнинг лимфадиссексияси амалга оширилган.

Операциядан кейинги нур терапияси 1 ва 2 гуруҳдаги барча беморлар учун ўтказилган. Радиация СОД 42-50 грда таъсир қилиш сут безлари ва 2-3 см кўкрак қафаси остига ўпка тўқималари майдонигача амалга оширилган. Беморлар нафақат касалликнинг босқичлари бўйича, балки сут беги саратони турлари бўйича ҳам тақсимланди. Беморларнинг 20% аденокарсинома, 15%-канал саратони, 40% инфилтративсаратон, 25% да карсинома аниқланган.



Биринчи гуруҳга аксиляр лимфадиссексиянинг кенг секторал резексияси деб аталадиган жарроҳлик даволаш турини олган беморлар киради.

**Натижалар:** Текширишлар натижасига кўра Беморларда ёндош касалликлари аниқланганда 3(7,4%) та беморда ПИКС, 20 (48%)та беморда гипертония касаллиги, 2(5,5%) та беморда гидронефроз, 2(5,5%) та беморда қандли диабет, 3(7,4%) та беморда сурункали гепатит, 2(5,5%) та беморда анемия 1-даражаси, 3(7,4%) та беморда сурункали қон айланиши етишмовчили, 10(22,2%) та беморда сурункали юрак етишмовчилиги, 4(9,2%) та беморда ЮИК зўриқиш стенокардияси, 3(7,4%) та беморда ЮИК стабил стенокардия касалликлари кузатилган.



Биринчи гуруҳдаги қўлтиқ ости зонасининг лимфа тугунлари билан кенг секторал резексия қилинган ва кенг секторал резексия билан фақат аксиляр зонанинг лимфа тугунлари олинган 22 та беморнинг(1-босқич 8 бемор; 2-босқич 12 бемор ).22 та беморнинг 19тасида беш йиллик яшовчанлик аниқланди. Иккинчи гуруҳга радикал секторал резексия усули билан босқичма-босқич кесиш ва кўкрак қафасининг кичик мушакларини олиб ташлаш, барча зоналарнинг лимфадиссексияси амалга оширилган 20та беморнинг (1-босқич 7 бемор, 2-босқич 13 бемор). 20 беморнинг 19 тасида беш йиллик яшовчанлик аниқланди.

**Хулоса:** Олинган натижаларга кўра биринчи гуруҳ I-II А босқичидаги беш йиллик яшовчанлик даражаси 86,4%ни ташкил қилади. Операциядан кейинги даврда маҳаллий рецидивлар сут беши саратони билан касалланган беморларнинг 9%да пайдо бўлди. Иккинчи гуруҳ I-II А босқичидаги беш йиллик яшовчанлик даражаси 95% ни ташкил қилади. Операциядан кейинги даврда рецидивлар сут беши саратони билан касалланган беморларнинг 5%да пайдо бўлди. Умумий беш йиллик яшовчанлик 90,5%ни ташкил этди.

Шундай қилиб, биз беморнинг яшовчанлик даражасини аниқлашда кўкрак қафаси мушакларини босқичма-босқич ажратиш ва операциядан кейинги даврда маҳаллий рецидивларнинг намоён бўлишининг афзаллигида кўрамыз.



Учинчи афзаллик шундаки, бу турдаги жарроҳлик билан даволаш ўмров ости венасига ва барча зоналарнинг абластик лимфадиссекциясига эркин кириш имконини беради. Биз сут беши саратонининг турли босқичлари бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга айнан шу техника сабаб бўлди деб ҳисоблаймиз.

## References:

1. Подрегульский К.Э., Поддубная И.В. Региональная программа лечения местнораспространенного и метастатического рака молочной железы. Организационно-методические аспекты реализации Региональной программы лечения местнораспространенного и метастатического рака молочной железы с использованием режима доцетаксел/доксорубицин. // Современная онкология. 2003. № 1. С.6-7.
2. Самойленко В.М., Горбунова В.А., Кошелев М.Н., Юрашко К.В. Опыт применения Доцетаксела в комбинации с доксорубицином в качестве химиотерапии 1-й линии у больных метастатическим раком молочной железы. // Клиническая онкология. 2006. Т. 08. №1. С. 13-15.
3. Переводчиковой Н.И. и Стениной М.Б.-Лекарственная терапия рака молочной железы.2014г.
4. Переводчиковой Н.И., В.А.Горбуновой. –Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. 2015г.
5. Семиглазова Т.Ю., Л.В.Филатова, М.Л.Гершанович. Комбинированная химиотерапия гемцитабином (гемзаром) и цисплатином при диссеминированном раке молочной железы, прогрессирующем после лечения антрациклинами, доцетакселом и капецитабином. Вопросы онкологии 2005г; 51 (1):66-70
6. Гольдберг В.Е., Т.Ю.Хричкова, М.Г.Матяш, Е.И.Симолина, В.А.Шатолова, Н.О. Попова, В.В.Высоцкая, И.О.Недавняя, В.В.Жданов, А.М.Дыгай. Реакция гранулоцитарного ростка гемопоэза и механизмы их развития у больных раком молочной железы при сочетанном применении адриабластина с таксотером. Российский онкологический журнал.2009; №5; 33-39.
7. Давиденко И.С., М.В.Казанцева, О.А.Гончарова. Сравнительный анализ комбинаций интаксел +доксарубицин и САФ в первой линии терапии метастатического рака молочной железы. Российский онкологический журнал.2006; №4; 36-38.
8. Стенина М.Б., Л.И.Османова, А.Е.Стеценко, И.Н.Шакирова, С.А.Тюляндин. Комбинация паклитаксел и доксорубицина в качестве первой линии химиотерапии у больных диссеминированным раком молочной железы. Российский онкологический журнал.2001; №5; 28-31.
9. Семиглазова Т.Ю., Л.В.Филатова, М.Л.Гершанович. Комбинированная химиотерапия гемцитабином (гемзаром) и цисплатином при диссеминированном раке молочной железы, прогрессирующем после лечения антрациклинами, доцетакселом и капецитабином. Вопросы онкологии 2005г; 51 (1):66-70.
10. Семиглазова В.Ф., А.А.Божок, О.А.Иванова, В.Г.Иванов, А.С.Арзуманов, Н.Ю.Бараш, А.А.Орлов, О.М.Голубева, Э.Э.Топузов, И.К.Селезнев, Н.Ш.Мигманова, Р.Т.Попова, Т.В.Брежнева, Р.М.Палтуев. Антрациклин-содержащая адъювантная химиотерапия в



сравнени с классической схемой СМФ у больных раком молочной железы с высоким риском рецидива. Вопросы онкологии 2000г; 46 (2):160-165.

11. Трапезников Н.Н. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в России в 1996 году /Н.Н.Трапезников, Е.М.Аксель, Н.М. Бармина // РМЖ. 1998. -Т. 6, №10 - С. 616-620.

12. Кушлинский Н.Е. Возможности, неудачи и перспективы исследования опухолевых маркёров в онкологической клинике // Часть И (Лекция). Клиническая лабораторная диагностика. 1999г. - №3 .- С. 25-32.