



# СУТ БЕЗИ РАКИДА МАДДЕН МОДИФИКАЦИЯСИ БУЙИЧА МАСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ ЛИМФОРЕЯНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ МУОММОСИНИНГ ҲОЗИРГИ ЗАМОН ХОЛАТИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

**Аннотация:**

Сут беzi саратони энг кўп тарқалган онкологик касалликлардан бири бўлиб, охириги йилларда биринчи ўринга чиқди. БМССТ маълумотларига кўра хар йили дунё буйича 1,5 млн.га яқин сут беzi саратони янгидан аниқланади. Бир йилда аниқланган беморларнинг 500 мингтаси шу бир йил ичида вафот этади. Сўнги йиллар статистик маълумотлари кўкрак саратони билан касалланиш даражаси ва ўлим кўрсаткичининг 16,5 фоизга кўпайганлигидан далолат беради. Кукрак беzi саратони билан оғриган беморларни даволашининг асосий усули кукрак тўқимасининг бир қисмини ёки бутун кукракни ўсма билан бирга олиб ташлаш ва қўлтиқ ости, ўмров ости, курак ости лимфа тугунларини бирга қўшиб олиш операциясини бажаришидир. Сут беzi раки билан беморларнинг катта қисмига Мадден томонидан таклиф қилинган модификацияланган мастэктомия ҳажмидаги жарроҳлик даволаш усули амалга оширилади

**Калит сўзлар:**

сут беzi раки, лимфорея, радикал мастэктомия, Мадден модификацияси, лимфаденэктомия.

**Information about  
the authors**

**Каримова Мавлуда Нематовна**  
т.ф.н. доцент, Самарканд давлат тиббиёт университети

**Тугизова Дилдора Исмоиловна**  
PhD, Самарканд давлат тиббиёт университети

**Ибрагимов Исмаил Шарофович, Хужакулов Шахриёр Шокир угли**  
Магистрлар, Самарканд давлат тиббиёт университети

Россия федерацияси статистик маълумотларига кўра, 2010 йилда 25346 та Мадден усулида мастэктомия амалга оширилган [30]. Сут беzi раки (СБР) билан беморларнинг катта қисмида касалликнинг III босқичи аниқланади, бу эса Мадден томонидан модификацияланган мастэктомия учун кўрсатма бўлади. Кукрак тўқимасини тулиқ олиб ташлашга ўсимта соҳасидан ташқарида кукрак тўқимаси фонида бир неча диффуз жойлашган микрокальцинатлар мавжудлиги, диаметри 2,5 см дан ортик ўсма ҳажми, айниқса кукракнинг кичик ҳажмда бўлиши, ўсманинг марказий квадрантда жойлашганлиги ва СБР нинг ирсий бўлиши, шунингдек касалликнинг маҳаллий кенг тарқалган шакли (лимфа тугунларига метастазлари) кўрсатма бўла олади [3,5,25]. Радикал мастэктомия ва радикал кукрак резекциялари регионар лимфа тугунлари қўлтиқ ости, ўмров ости ва курак ости лимфа тугунлари билан бирга амалга оширилиши операциядан кейинги даврда узок муддатли лимфореяни юзага келтиради. Жарроҳ қўлтиқ ости,



ўмров ости ва курак ости соҳа лимфадиссекциясида қанча кўп лимфа тугунни олса, шунча кўп миқдорда ва узок муддатли лимфорея кузатилади. [6,26,31,33].

Суюқликнинг катта миқдорда бўлиши, курак деворидан тери лоскутини ажралишига, жароҳатни очилишига олиб келади ва қўлтиқ ости соҳасини узок вақт дренажлаш ва узок муддат лимфани аспирациясига олиб келади, бу эса беморларда безовталикка сабаб бўлади, беморларни стационарда узок ётишига тўғри келади. Бунинг оқибатида жароҳат киргоқларининг некрози, яра битишининг кечикиши, йирингли асоратлар, лимфадема, контрактуларнинг ривожланиши узок ва кўп миқдордаги лимфореянинг асоратлари деб кўрсатилади.[13,26]. Бундан ташқари, узок муддатли лимфорея операциядан кейинги даврда беморларга махсус даволаш (химиотерапия ёки нур терапияси) ни ўз вақтида ўтказишга тусқинлик қилади, беморларни тиббий муассасада узок муддат қолиши туфайли тиббий-профилактик муассасалардаги иктисодий бюджетига тасир қилади. Ҳозирги вақтда лимфореяни олдини олишнинг бир қанча усуллари мавжудлиги адабиётларда курсатиб ўтилган.

Сут беги раки касалликларида узок муддатли лимфореяни камайтириш усуллари шартли равишда 3 гуруҳга бўлинади:

1. операциядан олдинги,
2. Интраоперацион,
3. операциядан кейинги.

Лимфатик томирлардан лимфанинг "оқиб чиқиши" ни олдини олиш, мобилизация қилинган тери қопламаларини кўкрагига мослаштириш ва курак деворига ёпишишини ошириш, жароҳатни даволаш жараёнларини такомиллаштириш, яранинг яллиғланиш фазасининг давомийлигини камайтириш каби самарали олдини олиш усуллари қўллаш мумкин [27].

Узоқ ва кўп миқдордаги лимфореяни олдини олишнинг операциядан олдинги профилактик усуллари.

Лимфореяни олдини олишнинг ушбу усули Мадден усулидаги ММЭ бўлган беморларда операциядан кейинги жароҳатларда цитокин ва хемокинларнинг қўллаш динамикасини ўрганиш билан боғлиқ. Лоуис W. Chow ва бошқ. ўз мақоласида операциядан кейинги жароҳатларда лейкоцитлар ва нейтрофиллар миқдорини сезиларли даражада ошганини кўрсатди. Қон плазмасида Интерлеукин-6 ва С-реактив оксил даражаси ошди ва ўсимта некроз омил даражаси-алфа операциядан кейин камайди. Операциядан кейинги биринчи кунида цитокин статусини ўзгариши жарроҳлик жароҳатларига яллиғланиш жавобини акс эттирди ва операциядан кейинги бешинчи куни жароҳатдаги цитокин маълумотларининг даражаси уларнинг роли ва жароҳатни даволаш жараёнига таъсирини акс эттирди [12]. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, Интерлейкин-6 тўқималарнинг яллиғланишнинг яллиғланиш босқичининг асосий цитокинидир, ўсма некроз омил – алфа эса пролифератив фазанинг цитокинидир [23]. Интерлейкин – бу ўсиш омиллари синтезида иштирок этган генларнинг ифодасини тартибга солувчи яра ва тўқималарни даволашга яъни битишига таъсир қилади [28]. Яллиғланишга қарши цитокинлар қон томирларининг ўтказувчанлигини оширади ва сероз суюқлик ишлаб чиқаришни стимуляция қилади. Тўқима битишидаги яллиғланиш босқичини бостириш жарроҳлик усулида даволашдан кейинги сероз суюқлик ҳажмини камайтириши мумкин. Клинк ва бошқ. ўз мақоласида Интерлейкин-1 қон плазмасининг юқори операциядан олдинги даражасига эга беморларда операциядан кейинги даврда узок муддатли ва кўп миқдорда лимфорея ҳосил бўлиш хавфини оширганлигини аниқладилар. Турли муаллифларнинг тадқиқотлари шуни кўрсатадики, ҳатто паст дозадаги стероидлар операциядан кейинги яллиғланиш жавобини камайтиради [33].



Тадқиқот натижаларида Метте Окҳолм ва бошқ. Мадден томонидан ММЭ дан олдин солумедрол (узайтирилган метилпреднизолон) препаратини юбориш операциядан кейинги биринчи беш кун давомида беморларда лимфорея суyoқлик ҳажмини камайтирди, лекин лимфорея давомийлиги ўзгаргани йўқ, деб кўрсатди.

Глукокортикоидларнинг тананинг ҳимоя тизимига таъсиридан эҳтиёт бўлишига олиб келади, чунки метилпреднизолон фагоцитик-макрофагал тизимининг фаоллигини пасайтиради.

Лимфорея профилактикасининг интраоперацион усуллари.

Адабиётда лимфорея давомийлиги ва ҳажмини камайтириш учун турли интраоператив усуллар, ишлатиладиган дренажларнинг давомийлиги ва тури, склерозантлардан фойдаланиш ва бошқа усуллар тавсифланади.

Мадден томонидан ММЭ давомида тўқималарнинг ажратиш усули муваффақиятли операция учун муҳим шартдир. Мадден усулидаги ММЭ операциясида регионар ЛАЭ ва тери қопламани мобилизацияси анъанавий операция бўлиб, унда қон йўқотиш ҳажмини камайтириш операция давомийлигини қисқартириш ва шунга кўра қон компонентларини узатиш частотасини камайтириш мақсадида электрокоогулятор ёрдамида амалга оширилади [32]. Бошқа томондан, Амит Агравал ва бошқ. Электрокоагуляциядан фойдаланиш лимфореяни 30-40 фоиз [25] га оширишини кўрсатиб ўтган. Коурош С. ва бошқаларнинг айтишича электрокоагуляциядан фойдаланиш қон йўқотилишини сезиларли даражада камайтиради ва операциядан кейинги оғриқ синдромининг зўрайишини камайтиради [18]. Оздоган ва бошқ., операциялар скалпел [1,3,5] дан фойдаланиб ўтказилганда нисбатан электрокоагуляция ёрдамида амалга оширилган беморларда сезиларли даражада узoқ муддатли лимфорея ривожланишини топди. Муаллифлар скалпел ёрдамида ўтказилган операцияли беморлар гуруҳида 13 фоиз ва электрокоагуляция ёрдамида бўлган беморларда 38 фоиз лимфорея даражасини топдилар. Андреас Маноурас ва бошқ. ўз мақоласида операциядан кейинги даврда биполяр электрокоагуляциянинг қон йўқотишига ва лимфорея давомийлигига таъсири баҳоланди. Натижалар операция давомида 300 мл га қон йўқотиш камайишини кўрсатди, лекин лимфорея давомийлиги ўзгаришсиз қолди [6,10,11].

Лазерлар онкологияда кенг тарқалган усуллардан биридир. Мадден усулидаги ММЭ дан кейин лимфореянинг олдини олиш учун юқори энергияли лазер ишлатилади. Операциядан кейинги лимфореяни олдини олиш учун яра юзасида юқори энергияли лазер таъсирида лимфа томирлари микрокоагуляцияси туфайли лимфарейни муҳим пасайишига ҳисса қўшади, уларнинг релитератив сабаб лазер нурланиш, деб аслида шунга асосланган. Сут беги раки касалликларини даволашда яра сиртини коагуляция режимида юқори энергияли лазердан фойдаланиш операциядан кейинги лимфорея миқдорини камайтиради ва операциядан кейинги яллигланиш асоратларни ривожланишига тўсқинлик қилади [18,21,27,28]. Эрмошенков М.В ва ҳаммуаллифлар Мадден [10] томонидан ММЭ пайтида лимфа каналларини кесиб ўтиш учун аргон-плазма коагуляторидан фойдаланишни ўрганишди. Ушбу муаллифлар қон таркибий қисмларининг трансфер частотаси билан лимфорея давомийлигининг 34 фоизга камайишини аниқладилар. Шу билан бирга, Кгаш аргон - плазма коагуляциясидан [14] фойдаланишда лимфорея давомийлиги ва миқдоридан фарқ борлигини аниқлади.

Ультратовушли скалпел ёрдамида тўқималарни ажратиш жигар, юрак-қон томир, пластик жарроҳликда яхши ва маълум тўқималарнинг термал шикастланишини камайитириши мумкин [8,13,30]. Электрокоагуляция ва лазер нурига алтернатив сифатида ультратовушли скалпелнинг кириб келиши жарроҳлик пайтида тўқималарни ажратиш, гемостазга эришиш ва лимфорея [4,16,21] ни камайитириш учун ишлатилган. Тўқималар ва гемостаз дисекцияси учун юқори частотали ультратовуш тўлқинларини ишлаб чиқарувчи ультратовуш гармоник скалпел биринчи марта қорин ва юрак-қон томир жарроҳлигида ишлатилган ва кейинчалик клиник маммология ва пластик жарроҳликда кенг қўлланилган. Сут беги раки бўлган беморларнинг



жарроҳлик даволашда ультратовуш скалпелни қўллаш операциядан кейинги лимфореяни 20-30 фоизга ва давомийлигини 5-8 кунга [7,8,9,10,11,26] камайтириши исботланган. Электр ва лазерга муқобил равишда ультратовуш энергияси тўқималарни ажратиш ва ММЭ [2,4,6,27] да гемостазни бажариш учун қўлланилади.

Гармоник скалпел ёрдамида тўқималар ва томирларнинг коагуляцияси пайтида оксил комплекслари пайдо бўлади бу эса бир вақтнинг ўзида қон ва лимфа томирлари [12,13,14,15,33] ни ёпиб кетади. Сауа Паго ва бошқаларнинг кўрсатишича ультратовуш скалпелининг тўқималарни ажратиши Мадден усулидаги ММЭ амалга ошириш жараёнида ишлатилиши электрокоагуляция ва лазер билан солиштирганда узок ва кўп миқдорда лимфорея ҳосил бўлиш сонини икки марта камайтиришга имкон беради [18,23]. Бирок, А. Адвани, Стофф А., 100 та беморга радикал мастэктомияни гармоник скалпелдан фойдаланган ҳолда амалга оширишда лимфорея давомийлиги ва ҳажмининг камайиши ва беморларнинг касалхонада қолиш муддати камайганлигини кўрсатди, ҳамда операция вақтида қон йўқотишининг 350мл [19,20,25] га камайиши кузатилди. Турли муаллифлар гармоник скалпелнинг лимфорея давомийлигини ва ҳажмини деярли икки баробарга камайтиришини ва операция вақтида қон йўқотилишини камайтиришини таъкидлайдилар. Бошқа муаллифлар узок муддатли лимфореянинг давомийлиги ва миқдори ўзгармаслигини таъкидлайдилар [26]. Бундан ташқари, адабиётда гармоник скалпелнинг операция давомийлиги ва операциядан кейинги асоратларга таъсири (жароҳатнинг йиринглаши, маргинал некроз, диастаз ва операциядан кейинги эрта даврда қон кетиши) таъсири ҳақида курсатилмаган ва гармоник скалпелнинг афзалликлари ва камчиликлари айтилмаган.

Маддендаги ММЭ дан кейин дренажлардан фойдаланиш энг кўп ўрганилган масала ва айти пайтда энг тортишувли масаладир. Вакуум дренажлар биринчи марта Мурфей томонидан 1947 йилда ишлатилган. Манфий босим ҳосил қилиб, дренаж ёрдамида субклавикуляр-субкапуляр ва аксилляр лимфаденэктомияни амалга оширгандан кейинги қолган бўшлиқни ёпиш учун қулай бўлди. Манфий босим мобилизация қилинган тери қопламаларини "ёпишиши"га ёрдам беради, шу билан жароҳатни даволашни тезлаштиради, йирингли асоратлар, жароҳатнинг чеккалари некрозлари, жароҳатнинг чеккалари ўртасидаги фарқлар, лимфорея давомийлиги ва ҳажмини камайтиради [17]. Одатда қабул қилинган амалиёт жароҳатларда дренажларни қолдиришни ўз ичига олади, бу эса шу вақтга қадар лимфореянинг бир кундалик ажратиш миқдори 30-80 млдан/кунига кам бўлмайди. Не Х., Гуо З. ва бошқаларнинг ишларида кўрсатилишича лимфореянинг давомийлиги ва ҳажми паст ёки юқори манфий босим билан [31] дренажлардан фойдаланишга таъсир қилмайди. Юқори салбий босим лимфа каналларидан [11,33] лимфа оқимининг кучайишига ёрдам бериши мумкин. Чинтамани В. ва бошқаларнинг ишларида кўрсатишича Мадден усулидаги ММЭ дан кейинги лимфа давомийлиги ва ҳажмида паст ва юқори босимли дренажлардан фойдаланишда сезиларли фарқ йўқлигини кўрсатди. Шу билан бирга, паст босимли дренажлар 5 кун олдин олиб ташланади, бу эса беморларнинг касалхонада қолишини камайтирди [20,21]. Бартон А. ўз ишида курсатишича лимфорея давомийлиги ва ҳажми ва касалхонада беморларнинг қолиш муддати паст манфий босимли дренаж [8,9,11] ёрдамида дренирланганда сезиларли даражада кам эканлигини (11 кун) кўрсатди. Ўз навбатида, Дроссер Р. ва бошқалар 46 беморларда рандомизланган текширув ўтказилганда юқори босимли дренажларга нисбатан паст босимли дренажлардан фойдаланганда лимфа суюқлик миқдори сезиларли даражада юқори эканлигини кўрсатди [23]. Slegg-lampteu ва бошқалар дренажни лимфорея давомийлиги ва лимфа ҳажмига таъсир қилмайди деб Мадден усулидаги ММЭдан кейинги дренаж беморларнинг жароҳат соҳасидаги оғриққа сабаб бўлиб, жароҳатни йирингли асоратларини ошириши ва беморларни касалхонада [3] ётишини чузилишига сабаб бўлади деб ишонч билан айтган. Аксилляр, субклавикуляр ва курак ости лимфаденэктомиядан кейин ҳосил бўлган "ўлик бушлиқ"нинг ёпилиши, лимфа суюқлиги тўпланиши учун қўлтиқ ости соҳасидаги бўшлиқни камайтириш орқали лимфорея давомийлиги ва ҳажмини камайтириш мумкин [13]. Баъзи муаллифлар регионар лимфаденэктомия [19,20,21,22,23] ни бажарганидан кейин қўлтиқ



остидаги "ўлик макон" миопластикасининг турли хил вариантларини таклиф қилишади. Қўлтиқ остидаги миопластиканинг турли хил вариантларидан фойдаланиш [5] лимфорея давомийлиги ва миқдорини 35-40 фоизга камайишига олиб келади. Ушбу усулнинг асосий мақсади-кўкрак деворига мобилизация қилинган лоскутларни тикиш, шунингдек, қўлтиқ остидаги сохани "тампонлаш" учун кичик ва катта кўкрак, кенг ва олдинги тишли мушакларнинг мушак булакларини ишлатишдир. Шундай қилиб, "ўлик макон" нинг кичрайиб камайиши кузатилади ва нафас олиш вақтида тери қопламани кўкрак деворидан узилишига йўл қўйилмайди.

Миопластиканинг турли усуллари клиник амалиётда қўллаш бир нечта терапевтик ва иқтисодий натижаларга эришишга имкон беради [21]:

1. Мадден томонидан ММЭдан кейин лимфорея давомийлиги ва миқдорини камайтириш;
2. Йирингли асоратларни олдини олиш (операциядан кейинги жароҳатларнинг йиринглаши, яранинг қирралари орасидаги фарқ, тери қопламаларининг чекка некрозларини ривожланишини, септицемия);
3. Қўлдаги постмастэктомик шишнинг олдини олиш;
4. Мадден томонидан ММЭнинг косметик натижаларини яхшилаш;
5. СБР беморларининг ижтимоий-меҳнат реабилитациясини тезлаштириш ва такомиллаштириш;
6. Беморнинг амбулатория ташрифлари сонини камайтириш, тиббий муассасанинг молиявий харажатларини камайтириш.

Бир қатор муаллифлар қўлтиқ ости ва ўмров ости томирлар [5,12,19] остидаги кўкрак деворига тери қопламаларини тикишни тавсия қилади. Бир қатор техникалар узликсиз тикув [7,17] ёрдамида кўкрак деворининг мушакларига тери қопламаларини тикишни таклиф қилади. Ўз мақоласида Огаэпе ва бошқалар ушбу усулларнинг самарадорлигини тасдиқлаган. Лимфорея давомийлиги ва миқдори ўрганилаётган гуруҳда 25 фоиз ва беморларнинг назорат гуруҳида 65 фоизни ташкил қилди [7]. Ўз мақоласида Обае В. ва бошқалар операциядан кейинги жароҳатни ёпиш учун оддий усулни, катта кўкрак мушаклари ва олдинги тишли мушакларга тери қопламаларини тикиш орқали тасвираб берди. Ушбу оддий техникадан фойдаланиш лимфорея давомийлиги ва миқдорини 60 фоиздан 18 фоиз [18] гача камайтирди. Slegg-ва бошқаларнинг мақоласида орқа сербар мушакни кўкрак деворига ва олдинги тишли мушакни дренажлардан фойдаланмасдан [12] тикишнинг бир вариантыни тасвираб берди. Исмаилов А. Х. ва ҳам муаллифлар оддий усулни таклиф қилдилар "ўлик маконни ёпиш" ковурағалар билан боғланган жойидан кесиб олиниб мобилизация қилинган кичик кўкрак мушакни ўмров ости венаси устига ётқизилиб, аксиллар депрессиясининг латерал қисмига тикилган. Радикал Мастэктомия аксиллар соҳаси миопластикаси усулидан фойдаланиш лимфорея ҳажмини 98,2 фоиз ва 14 кунга камайтириб [11,12] беморни касалхонадаги даврини 14 кунга камайтириш имконини берди. Бундан ташқари, узоқ муддатли лимфореяни олдини олиш учун маълум бир усул, деб МАДДЕН усулидаги ММЭ тўмтоқ ва ўткир йўллар билан амалга оширилгандан кейин, иккинчи кўкрак олд тишли мушагининг кўкрак деворидан ажратилган, дарҳол елка куракка ёпишган қисмидан кесиб, ва кенгайтириш, субфасциал толаси ва фасция четига тикиш билан сафарбар мушак учини тикишда, қўлтиқ остидаги соҳасидаги қон томир-асаб боғини камраб олади. Шундан сўнг, трансплантатнинг сўнгги қисми катта кўкрак мушаклари [1] билан ёпилади. Тадқиқотлардан бирида маълум бир усулнинг муаллифи операциядан кейинги лимфорея беморларда назорат гуруҳи беморларига нисбатан 3,3 кун камроқ давом этганини кўрсатади. Маълум қилинган усулнинг энг яқин усули-бу Мадден буйича ММЭда лимфорияни олдини олиш, шу жумладан орқа сербар мушак лоскутини интраоператив секрецияси, мушакнинг ички қисмидан фасцияни олиб ташлаш ва кўкрак деворига тикиш ва қўлтиқ остидаги лимфа томирларини кесиб ўтишдир. Бу усул миопластикадан фойдаланиш 45,4 фоиз (794 мл) Мадден томонидан ММЭдан кейин лимфа давомийлиги ва ҳажмини камайтириш ва эвакуация



давомийлиги 7 кун [19,20] га камайтириш мумкин. Сидоренко Ю. С. ва ҳаммуаллифлар Маддендаги ММЭдан кейин лимфорияни олдини олиш усулини ишлаб чиқдилар ва кундалик амалиётга жорий этдилар. Бу усул қуйидагича таърифланади: кўкрак беги ўсмаси билан ва регионар лимфа тугунлари ва ёг тўқималари билан олингандан сўнг, яра юзаси спрей-коагуляция режимида электрокоагулятор билан даволанган. Тери қопқоқлари кўкрак деворига курак ости сохасининг юқори қисмидан алоҳида тикувлар билан тикилган. Юқори ва пастки қовоқларнинг тери ости тўқимаси субкутан мушак фасцияси билан доимий тикув билан тикилиб, катта курак мушак ёки интеркостал мушаклар қисмларини олди. Ярани фаол дренажлаш ишлатилмайди. Методологиядан узоқ муддатли фойдаланиш натижалари лимфа ривожланиш частотаси 33,3 фоиздан 10 фоизгача камайди, деб кўрсатди), ва ярани битиш ўртача вақти 14 кундан 8,9 кун [30] га камайди.

Тўқималарининг ёпиштирувчи препаратлари фибрин ёпиштирувчи клей ва тромбин шаклида тақдим этилади. Ушбу дорилар коагуляцион каскаднинг охириги босқичини, хусусан, фибриногеннинг калций ионлари [32,33] мавжудлигида фибринга айланишини фаоллаштиради. Фибрин ёпиштирувчи елим ва тромбоцитик препаратлар пластик ва ортопедик жарроҳликда жароҳатни даволаш жараёнини тезлаштиради. Маддендан кейин фибрин елимидан фойдаланиш лимфорейя давомийлиги ва ҳажмининг пасайишига олиб келди. Жаоуен Р. ўз мақоласида радикал мастэктомиядан сўнг 101 аёлда фибрин ёпиштирувчи воситани қўллаш имкониятини тасвирлаб берди. Натижалар лимфорейя давомийлиги ва ҳажмида сезиларли пасайишни кўрсатмади (давомийлиги 2 кунга камайди, лимфа ҳажми 60-80 мл) [14]. Айти пайтда Жонсон ва бошқ. фибрин елимини РМЭ [30] жарроҳлик даволанишидан кейин 96 млга пуркаш пайтида лимфотик суюқлик ҳажмининг пасайиши кузатилди. Ўз навбатида, бир қатор муаллифлар фибрин ёпиштирувчидан фойдаланиш сезиларли (850-1050 млгача) лимфа суюқлиги ҳажмини ва касалхонада (10-12 кунгача) беморларнинг қолиш вақтини камайтиради, лекин лимфорейя [4,5,6,7,8] давомийлигига таъсир қилмайди, деб кўрсатди. Шу билан бирга, баъзи ишлар мастэктомиядан [12,14,15,16] кейин фибрин елимини қўллаш (3050 млгача) лимфа суюқлиги ҳажмининг фақат бироз пасайишини кўрсатади. Бир қатор муаллифлар, фибрин елимидан фойдаланиш лимфорейя давомийлиги ва ҳажмини камайтириш учун самарали эмаслигини, яра инфекцияларига олиб келади ва жароҳатни даволашни секинлаштиради деганлар [3,4,6,8,9]. Саккорий ўз мақоласида Мадден усулидаги ММЭ дан кейин суюқлик бирикмасини бўшлиғига фибрин елимини киритиш имкониятини тасвирлаб берди [9,12,30,33]. Эндоскопик жарроҳликни кенг жорий этиш Мадден усулидаги ММЭдан кейин СБР булган беморларда лимфарейяни олдини олиш муаммосини четлаб ўтмади. Эндоскопик усулларнинг минимал инвазив таркиби эндоскопик аксилляр ЛАЭ ни амалга ошириш қобилиятига эътибор қаратди ва шу билан лимфорейя давомийлиги ва ҳажмини камайтирди. Nadkarni М. ўз ишида СБР булган 63 та беморларда эндоскопик аксилляр лаэ ни амалга оширишда ва эндоскопик кўкрак жарроҳлик усули ўсимта ва регионар клетчаткаларни олиб ташлашда абластик талабларига тубдан жавоб бериши мумкин, деб исботлади. Муаллифлар эндоскопик аксилляр лаэ [1,2,4] ёрдамида лимфорейя давомийлиги ва ҳажми 11% камайишини кўрсатди.

### **Лимфорейянинг давомийлиги ва микдорини камайтириш учун операциядан кейинги даврда қўлланиладиган усуллар.**

Сиқиб турадиган компрессияловчи ички кийимларини кийиш тери лоскутини (қопқоғини) кўкрак деворига "ёпиштириш" га ёрдам беради. Бу усул Мадден [4,5] томонидан ММЭдан кейин лимфа давомийлигини камайтириш учун ишлатилади. Бироқ Kontos М ва бошқалар ўз мақоласида бу сиқиб турувчи ички кийимлардан фойдаланиш лимфорейя давомийлиги ва ҳажмига таъсир қилмайди, деб кўрсатди ва [1,5] аксинча беморларда нокулайликларга сабаб бўлади. Мадден усулидаги ММЭ асоратларидан бири елка бугимида ҳаракатнинг бузилиши ва контрактурасининг ривожланшидир, шунинг учун операциядан кейинги эрта даврда юқори экстремал иммобилизация масаласи тортишувларга сабаб бўлмоқда [27]. Кўпгина муаллифлар



юқори экстремал имобилизацияси бўлган беморларда ва имобилизациясиз [3,6,9,13] бўлган беморларда лимфа ривожланиш частотасини солиштиришга ҳаракат қилдилар. Баъзи муаллифлар юқори экстремал имобилизацияни амалга оширган беморларда лимфатик суюқлик ҳажмининг 20% камайишига ва ярада дренаж туриш муддати (2-3 кун) қисқарганлигини кўрсатди [4,7,9]. Flew ва бошқалар ўз мақоласида экстремитев имобилизацияси бўлган беморларда операциядан кейинги жароҳатни дренажлаш давомийлигининг пасайиши (29%) ва лимфа суюқлиги ҳажмининг пасайиши (40%) эканлиги кўрсатилди. Бирок, бир қатор муаллифлар юқори экстремитев имобилизация [15,28] да операциядан кейин лимфа ҳажми сезиларли даражада камаймаслигини тасдиқлади. Oertli ва бошқалар томонидан ўтказилган тадқиқотлар Мадден усулида ўтказилган РМЭдан кейин транексамик кислотани юбориш лимфа суюқлиги ҳажмини камайтиради, деб кўрсатди. Тадқиқот гуруҳининг беморлари 9 кун олдин стационардан чиқарилди ва назорат гуруҳига нисбатан камроқ сероз суюқлик аспирациясини талаб қилди. Транексамик кислота олган 53 та беморни ўрганиш лимфорея давомийлиги ва ҳажмининг [6] бироз камайишини кўрсатди.

Октреотид маҳаллий яллиғланишни ва лимфа оқимининг тезлигини камайтиришда ўз самарадорлигини кўрсатди. Carco Aeroo ва бошқ. ўз ишларида Мадден томонидан бажарилган ММЭ кейинги 261 та беморларда ўрганиш ўтказдилар. Беморларнинг бир гуруҳи 0,1 мг дан 5 кун давомида октреотидни олди. Натижалар лимфа суюқликнинг ўртача кундалик ҳажми 30-50 млга [13] камайганлигини кўрсатди. Люмбарский М.С. ва ҳам муаллифларни айтишича, иммунотропик дори глутоксим СБР булган беморларда Мадден томонидан ММЭ кейинги лимфореяни олдини олиш учун ишлатилади. Беморларда операциядан олдинги даврда Глутоксимдан фойдаланиш жаррохликдан кейинги ярани яллиғланишини камайтиради ва шу йул билан динамикада лимфадаги лейкоцитлар ва лимфоцитлар микдорини нормаллаштиради. Натижада, тери лоскутигаида ажраладиган ярали ажралма ҳажми ва вакти камаяди ва бу операциядан кейинги даврда [15] узоқ муддатли лимфореяни олдини олади. Шундай қилиб, ММЭ дан кейинги узоқ ва кўп микдордаги лимфорея муаммоси тўлиқ ҳал қилинмаган. Лимфореянинг олдини олишнинг кўплаб усуллари шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда лимфореяни олдини олишни оптимал ёки комбинациялашган усули мавжуд эмаслигини таъкидлайди. Турли муаллифлар гармоник скалпелнинг лимфа давомийлиги ва микдорини деярли икки баробарга камайтиришини ва операция вақтида ва кунлар давомида қон йўқотилишини [8,11,22,30] камайтиришини таъкидлайдилар. Бошқа муаллифлар узоқ муддатли лимфорея давомийлиги ва ҳажми ўзгаришсиз қолади, деб баҳслашиб, қарама-қарши маълумотларни берганлар [3,6,26]. Адабий маълумотларни таҳлил қилишда миопластиканинг лимфорея давомийлиги ва ҳажмига таъсири ҳақида зиддиятли маълумотлар мавжуд. Бир қатор муаллифлар қўлтиқ остидаги миопластикадан кейин асоратларнинг сонини ва юқори экстремал қаттиқлик ривожланишини тасвирламайди. Кичик кукрак мушаклар кесилганда, елка бугимининг контрактураси ривожланиши мумкин, чунки мушак елка суягининг кичик ўсимтасига бириктирилади ва нормал анатомия бузилади. Лимфореянинг давомийлиги ва ҳажмини камайтириш учун фибрин елимидан фойдаланишнинг кўплаб қарама-қарши натижаларни юзага келишига олиб келади. Лимфорея давомийлиги ва ҳажми бевосита лаэ ҳажмига боғлиқ эканлиги маълум. Баъзи муаллифлар фибрин ёпиштирувчи [11,13,23] ишлатилганда лимфорея давомийлиги ва ҳажмининг сезиларли камайишини кўрсатади, бошқалари эса қарама-қарши маълумотларни келтириб чиқаради [5,7,9,19]. 30-50 мл гача бўлган лимфа ҳажмининг энгил пасайиши лимфорея муаммосини ҳал қилиш учун етарли эмас. Бундан ташқари, адабиётда лимфа инфекциясининг олдини олишнинг бир неча усуллари, масалан, ултратовуш лаэ ва миопластиканинг комбинацияси ёки фибрин ёпиштирувчи ва миопластикани бирга қуллаш ҳақида ҳеч қандай маълумот йўқ. Ушбу усулларнинг комбинацияси узоқ муддатли лимфа ривожланишининг патогенетик механизмларига оптимал таъсир кўрсатиш орқали самарали бўлиши мумкин.

**Фойдаланилган адабиётлар.**

1. Бурлаков А.С. Радикальность или сохранение органа в хирургическом лечении рака молочной железы. // Российский онкологический журнал. -2002. №2. С. 8-12.
2. Вельшер Л.З., Бирденштейн Л.М., Аверьянова С.В. Радикальная мастэктомия или органосохранные операции. Проблема выбора при лечении больных раком молочной железы. // Хирург. -2009. №6. С.57- 63.
3. Ермощенкова М.В. Профилактика лимфореи после радикальных мастэктомий с использованием хирургических методик и плазменной коагуляции. Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук./ Москва. -2007.19с.
4. Исмагшов А.Х., Хасанов Р.Ш.Миопластика как метод профилактики длительной лимфореи после радикальных операций при раке молочной железы.//Сибирский онкологический журнал.-2008.Ш. С.51-52.
5. Луганская Р.Г., Сидоренко И.П., Козлова М.Б. Влияние злокачественного процесса и химиотерапии на содержание гормонов в крови и тканях у больных с первичным раком молочной железы и рецидивом заболевания. // Сибирский онкологический журнал. -2009. №1. С.125-126.
6. Пак Д.Д., Ермощенкова М.В., Соколов В.В. Применение воздушно- плазменных потоков для профилактики лимфореи при хирургическом лечении рака молочной железы. // Российский онкологический журнал, -2007. №5, С.29-34.
7. Полежаев А.А., Неволсай В.И., Денеж А.А. Применение внутривенного лазерного облучения крови для профилактики послеоперационных осложнений у больных раком молочной железы.// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.-2007.№4. С.85-87.
8. Харченко В.П., Рожкова Н.И. Маммология, национальное руководство. Москва: ГЕОТАР-медиа.-2009. 386с.
9. Царапкин Ю.Е. Моноцитарно-макрофагальная лимфостатическая терапия постмастэктомическойлимфореи. Автореф. дис. на на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., -2010. -21с.
10. Черенкова М.М. Структура подмышечных лимфатических узлов и лимфорея после неоадьювантного лечения при раке молочной железы. Автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед.наук. Н., -2008. - 23с.
11. Akinci M., Cetin B., Asian S. Factors affecting seroma formation after mastectomy with full axillary dissection // Acta Chirurgica Belgica. -2009. - Vol. 109. N4. -P. 481-3.
12. Andreas M., Haridimos M., Genetzakis M. et al. Modified radical mastectomy with axillary dissection using the Electrothermal bipolar vessel sealing system. // Arch. Surgery. -2008. -Vol. 143.N6. -P. 575-580.
13. Bailey S., Oni G., Guevara R. et al. The combination of quilting and fibrin sealant reduce length of drain placement and seroma // Annals of plastic surgery. -2012. -Vol. 68.N 6. -P. 555-558.
14. Bilas S., Carlos M., Binyamin G. et al. Injectable biomaterials in surgery // Journal of surgery. - 2008. -Vol.34. -P.2325-2344.
15. Cipolla C., Fricano S., Vieni S. et al. Does the use of fibrin glue prevent seroma formation after axillary lymphadenectomy for breast cancer? A prospective randomized trial in 159 patients // Journal of surgical oncology. -2010. -Vol. 101. N 7. -P. 600-3.
16. Clegg- lampy J., Dukabu J., Hodasi W. Comparison of four-day and ten- day post- mastectomy passive drainage in Accra, Ghana // East African medical journal. -2007. -Vol. 84.N12. -P. 561-5.





17. Delva R. Shamley, Karen Barker, Vanessa Simonite et al. Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer: a systematic review. //Breast cancer research and treatment.-2005.-Vol.90.-P.263-271.
18. Droeser R., Frey D., Oertli D. et al Volume -controlled vs no/short -term drainage after axillary lymph node dissection in breast cancer surgery: a meta- analysis // Breast. -2009.-Vol. 18.N2. -P. 109-114.
19. Firmin F., Marchac A., Nicholas C. Use of harmonic blade in face lifting: a report based on 420 operation // Plastic and reconstructive surgery.-2012.- Vol.124.N1. -P.245-255.
20. Harper J., Elliot L., Bergey P. The use of autologous platelet-leukocyte- enriched plasma to minimize drain burden and prevent seroma formation in latissimus dorsi breast reconstruction // Annals of plastic surgery. -2012.- Vol. 68.N5.-P. 429-31.
21. Heusse J., Hivelin M., Lepage C. et al. Fibrin sealant significantly decrease postoperative drainage in breast reconstruction by deep inferior epigastric perforator (DIEP) flap // Annals de chirurgie plastique esthetique. -2012. - Vol. 57.N1. -P.50-58.
22. Johnson L., Cusic T., Helmer S. et al. Influence of fibrin glue on seroma formation after breast surgery I I Breast diseases. -2005. -Vol.16.N4. -P. 362.
23. Katsumasa K., Kojiro S., Tetsuya T. Effect of mechanical closure of dead space on seroma formation after breast surgery // Breast cancer. -2006. -Vol. 13.N3.-P. 260-265.
24. Khan U. Seroma formation following abdominoplasty: a retrospective clinical review following three different techniques // European journal of plastic surgery. -2012. -Vol. 35.N 4. -P. 299-308.
25. Kraus- Tiefenbacher U., Welzel G., BradeJ. Postoperative seroma formation after intraoperative radiotherapy using low-kilovoltage X-rays given during breast- conserving surgery // International journal of radiation oncology, biology, physics. -2010. -Vol. 77. N 4.-P. 1140-5.
26. Рахимов Н. М. и др. клинико-рентгенологическая и компьютерно-томографическая характеристика тимомы //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
27. Зокирова Н. и др. Оптимизация ведение женщин с пузырьным заносом //Журнал вестник врача. – 2014. – Т. 1. – №. 1. – С. 89-93.
28. Тугизова Д. И., Джураев М. Д., Каримова М. Н. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ //АССОЦИИРОВАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ.
29. Каримова М. Н. и др. Билатеральная лимфосаркома молочных желез (клинический случай из практики) //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 94-100.
30. Каримова М. и др. Метахронный рак молочной железы и возможности его прогнозирования //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 50-51.
31. Каримова М. и др. РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА У ЖЕНЩИН С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Т-ОБРАЗНОГО РАЗРЕЗА //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2. – С. 186-189.
32. Тугизова Д. И., Каримова М. Н. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ //The Role of Technical Sciences in IV Industrial Civilization: International Scientific and Practical Conference (UK). – 2023. – Т. 4. – С. 1-1.
33. Тугизова Д. И., Каримова М. Н. УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ //Current approaches and new research in modern sciences. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 118-119.



34. Тугизова Д. И., Каримова М. Н. Совершенствование Методов Ранней Диагностики И Тактики Ведения Беременных С Раком Шейки Матки //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 3. – С. 643-656.
35. Тугизова Д. И., Каримова М. Н., Рахимов Н. М. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) //Т [a\_XW [i [S US S\_S^[ùe YfcS^]. – С. 99.