



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 (74) 2024

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
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. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
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 (74)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.11.2024, Accepted: 03.12.2024, Published: 10.12.2024

UDK 616-006.611-69-07-036-08

**METASTATIK KO'KRAK BEZI SARATONI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI
PROGNOSTIK OMILLARNI HISOBGA OLGAN HOLDA TASHXISLASH VA
KONSERVATIV DAVOLASHNI ISBOTLASH**

Mirakhmedova Sohiba Soibnazarovna <https://orcid.org/0000-0003-2436-2703>

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

✓ **Rezyume**

Ko'krak saratoni juda agressiv o'sish va faol metastaz berish qobiliyati bilan tavsiflangan xavfli o'smadir. Ushbu patogenез genetik, gormonal, metabolik, ekzogen va boshqa omillarning murakkab o'zaro ta'siridan kelib chiqadi va dunyodagi ayollar orasida eng keng tarqalgan malignant o'smadir. Kalit so'zlar: ko'krak saratoni, prognoz, genetik, gormonal.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК
С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЕТОМ
ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ**

Мирахмедова Сохиба Соибназаровна <https://orcid.org/0000-0003-2436-2703>

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 — злокачественная опухоль, характеризующаяся достаточно агрессивным ростом и способностью к активному метастазированию. Патогенез обусловлен сложным взаимодействием генетических, гормональных, метаболических, экзогенных и других факторов и является наиболее распространенным злокачественным новообразованием среди женщин в мире.

Ключевые слова: рак молочной железы, прогноз, генетический, гормональный.

**PROVING THE DIAGNOSIS AND DRUG TREATMENT OF PATIENTS WITH
METASTATIC BREAST CANCER, TAKING INTO ACCOUNT PROGNOSTIC FACTORS**

Mirakhmedova Sohiba Soibnazarovna <https://orcid.org/0000-0003-2436-2703>

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 a malignant tumor characterized by rather aggressive growth and the ability to actively metastasize. This pathogenesis is caused by a complex interaction of genetic, hormonal, metabolic, exogenous and other factors and is the most common malignant neoplasm among women in the world.

Keywords: breast cancer, prognosis, genetic, hormonal.

Dolzarbligi

Ko'krak bezi saratoni-bu anormal ko'krak hujayralari nazoratdan chiqib, o'smalar hosil qiladigan kasallik. Agar nazorat qilinmasa, o'smalar butun tanaga tarqalib, o'limga olib kelishi mumkin. Ko'krak bezi saratoni hujayralari sut kanallari va/yoki ko'krakning sut ishlab chiqaradigan lobulalari ichida boshlanadi. Eng erta shakl (joyida) hayot uchun xavfli emas va uni dastlabki bosqichlarda

aniqlash mumkin. Saraton hujayralari yaqin atrofdagi ko'krak to'qimalariga tarqalishi mumkin (invaziya). Bu shish yoki qalinlashishga olib keladigan o'smalarni hosil qiladi. Invaziv saraton yaqin atrofdagi limfa tugunlariga yoki boshqa organlarga tarqalishi mumkin (metastaz). Metastaz hayot uchun xavfli va o'limga olib kelishi mumkin. Davolash odamga, saraton turiga va uning tarqalishiga asoslangan. Davolash jarrohlik, radiatsiya terapiyasi va dori-darmonlarni birlashtiradi. 2022 yilda ko'krak bezi saratoni bilan kasallangan 2,3 million ayol va global miqyosda 670 000 o'lim bor edi. Ko'krak bezi saratoni dunyoning har bir mamlakatida balog'at yoshidan keyin har qanday yoshdagi ayollarda uchraydi, ammo keyingi hayotda o'sish sur'atlari bilan. Global hisob-kitoblarga ko'ra, inson rivojlanishi ko'ra ko'krak saratoni yukini ajoyib tengsizlik oshkor. Misol uchun, inson taraqqiyoti indeksi (inson taraqqiyoti indeksi) juda yuqori bo'lgan mamlakatlarda 1 ayolda 12 umrida ko'krak saratoni tashxisi qo'yiladi va 1 ayolda 71 ayoldan vafot etadi. Aksincha, past inson taraqqiyoti indeksi bilan mamlakatlarda; faqat 1 27 ayollar o'z umri davomida ko'krak bezi saratoni bilan kasallangan esa, 1 48 ayollar undan o'ladi. Ayol jinsi ko'krak bezi saratoni xavfining eng kuchli omilidir. Ko'krak saratonining taxminan 99% ayollarda, ko'krak saratonining 0,5–1% erkaklarda uchraydi. Erkaklarda ko'krak bezi saratonini davolash ayollar bilan bir xil boshqaruv tamoyillariga amal qiladi. Ba'zi omillar ko'krak bezi saratoni xavfini oshiradi, shu jumladan yoshning oshishi, semirish, spirtli ichimliklarni zararli iste'mol qilish, oilada ko'krak bezi saratoni tarixi, radiatsiya ta'siri tarixi, reproduktiv tarix (masalan, hayz ko'rish boshlangan yosh va birinchi homiladorlik yoshi), tamaki iste'mol qilish va postmenopozal gormon terapiyasi. Ko'krak saratonining taxminan yarmi jinsi (ayol) va yoshidan (40 yoshdan katta) boshqa aniqlanadigan ko'krak saratoni xavf omiliga ega bo'lmagan ayollarda rivojlanadi. Ko'krak bezi saratonining oilaviy tarixi ko'krak saratoni xavfini oshiradi, ammo ko'krak bezi saratoni tashxisi qo'yilgan ayollarning aksariyati kasallikning ma'lum oilaviy tarixiga ega emas. Ma'lum bo'lgan oilaviy tarixning etishmasligi, ayolning xavfi kamayganligini anglatmaydi. Ba'zi meros qilib olingan yuqori penetrans gen mutatsiyalari ko'krak saratoni xavfini sezilarli darajada oshiradi, BRCA1, BRCA2 va PALB-2 genlaridagi eng dominant mutatsiyalar. Ushbu asosiy genlarda mutatsiyalar borligi aniqlangan ayollar ikkala ko'krakni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash yoki kimyoprevensiya strategiyalari kabi xavfni kamaytirish strategiyasini ko'rib chiqishlari mumkin. Keksalik va ayol bo'lib tug'ilish ko'krak bezi saratoni uchun eng kuchli xavf omilidir. Potentially Ayollarda xavfning oshishi bilan bog'liq potentsial o'zgaruvchan omillar orasida 18 yoshdan keyin vazn ortishi va/yoki ortiqcha vazn yoki semirish (postmenopozal ko'krak saratoni holatida); menopauzali gormon terapiyasi (combination of estrogen va progestin kombinatsiyasi), ilgari gormonlarni almashtirish terapiyasi deb nomlangan; spirtli ichimliklarni iste'mol qilish; va jismoniy harakatsizlik. Breastfeeding for at Kamida bir yil davomida emizish reduces the xavfni kamaytiradi. O'zgarma xavf omillariga ko'krak bezi saratonining shaxsiy yoki oilaviy tarixi kiradi; atipik giperplaziya kabi ba'zi benign ko'krak kasalliklari; dcis yoki lobular karsinoma in situ (LCIS) tarixi; yuqori ko'krak to'qimalarining zichligi (amount of glandular and connective tissue relative mammogrammada o'lchangan yog ' to'qimalariga nisbatan bezli va biriktiruvchi to'qima miqdori adipose tissue); yuqori dozalar (lenfoma davolash uchun, masalan) 30 yoshgacha ko'krak radiatsiya ; va (masalan, BRCA1 yoki BRCA2 uchun) ko'krak saratoni moyillik genlar genetik mutatsiyalar meros qilib. Xavfni oshiradigan reproduktiv va gormonal omillar orasida uzoq hayz ko'rish tarixi (erta boshlanadigan va/yoki hayotning oxirida tugaydigan hayz davrlari); 30 yoshdan keyin farzand ko'rmaslik yoki farzand ko'rmaslik; estrogen yoki testosteronning yuqori tabiiy darajasi; va yaqinda gormonal kontratseptiv vositalardan foydalanish. Erta tashxis ko'krak bezi saratonidan o'lim xavfini kamaytiradi vadavolash usullarini kengaytiradi.

Tadqiqot maqsadi: Qon zardobida buyrak shikastlanishining o'ziga xos biomarkerlarini ifodalash asosida palliativ polikemoterapiyadan o'tgan metastatik ko'krak saratoni bilan og'rigan bemorlarda buyrakning o'tkir shikastlanishi uchun neyroprotektiv terapiyani optimallashtirish.

Tadqiqot ob'ekti: The tadqiqot 100 ta 2022 yilgacha bo'lgan davrda saraton markazining Samarqand va Buxoro filiallarida statsionar va ambulator davolangan ko'krak bezi saratoni tashxisi qo'yilgan 2023 dan ortiq bemorlardan iborat kogortada o'tkaziladi. Bemorlar ikki guruhga randomize qilinadi: palliativ polikemoterapiya uchun standart hamrohlik terapiyasini olgan nazorat guruhi va palliativ polikemoterapiya uchun nefroprotektiv hamrohlik terapiyasi tayinlanadigan asosiy guruh.

2022 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda saraton markazining Samarqand va Buxoro filiallari. Bemorlar ikki guruhga randomize qilinadi: palliativ polikemoterapiya uchun standart hamrohlik

terapiyasini olgan nazorat guruhi va palliativ polikemoterapiya uchun nefroprotektiv hamrohlik terapiyasi tayinlanadigan asosiy guruh.

Tadqiqot mavzusi: tadqiqot mavzusi: saraton kasalligining tasdiqlangan tashxisi bo'lgan bemorlardan olingan saraton belgilarini immunohistokimyoviy tahlil qilish uchun gistologik namunalar (retrospektiv ma'lumotlar asosida); istiqbolli tahlil uchun qon plazmasi namunalari; tibbiy hujjatlar, shu jumladan tibbiy tarix va ambulatoriya yozuvlari; saraton reestri ma'lumotlari.

Ilmiy yangilik: birinchi marta, bu ish, palliativ keyin tarqalgan ko'krak bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarda buyrak zarar kontekstida funktsional parametrlari (osmolar rasmiylashtiruv, chiqariladi karbamid fraktsiyasi) va tarkibiy biyomarkerlerin (sitokin marker interleykin-6 va biyomarker SNS ifodasi) prognostik ahamiyatga har tomonlama baholash beradi polixemoterapiya. Buyrak funktsiyasining uzoq muddatli pasayishi bilan ularning o'zaro bog'liqligiga alohida e'tibor beriladi. Ayollargashaxsiy imtiyozlar, oilaviy tarix va xavflarni baholash asosida tibbiy guruh bilan individual skrining rejasini ishlab chiqish tavsiya etiladi. of developing Ko'krak bezi saratoni rivojlanish xavfi o'rtacha bo'lgan ayollarga cancer are recommended by the Amerika saraton jamiyati tomonidan to undergo har yili 45 yoshdan 54 yoshgacha mamografiyadan o'tish tavsiya etiladi; 55 va undan katta yoshdagi odamlar switch to har ikki yilda bir marta mamografiyaga o'tadilar yoki yillik tekshiruvlardan o'tishni davom ettiradilar; va 40 yoshdan 44 yoshgacha mammografiyaga o'tadilar. yillik mamografiyani boshlash imkoniyati. Umuman olganda, mammografik skrining sog'lig'ining umumiy holati yaxshi bo'lsa va umr ko'rish davomiyligi 10 yil yoki undan ko'p bo'lsa, davom ettirilishi kerak. Ba'zi yuqori xavfli ayollarga mamografiya bilan birga ko'krakning yillik magnit-rezonans tomografiyasi (MRI) tavsiya etiladi, ko'pincha umumiy aholidan erta yoshdan boshlanadi. Ko'krak saratoni is characterized as a tumor that tez-tez metastasizes to the suyaklari (13,5% dan 85% gacha) [3, 4] uchun metastasizes bir o'simta sifatida xarakterlanadi, skeleti metastatik zarar mahalliyashtirish chastotasi jihatidan o'pka va jigar keyin uchinchi o'rinda esa of metastatic damage [4, 5, 6, 7]. Izolyatsiya qilingan suyak metastaz occurs in 17-37% patient's withkengaytirilgan ko'krak saratoni bilan 17-37% bemorlarda uchraydi breast cancer [8]. Ko'krak bezi saratoni is ayollarda eng keng tarqalgan malign gormonga bog'liq o'sma in hisoblanadi. Insidans darajasi barqaror o'sib bormoqda. Asosiy kanserogen omil -estrogenlarning bez kanallari epiteliyasiga ta'siri [17]. 2022 yilda qo'shma Shtatlarda birinchi marta taxminan 287,850 ayol va 2,710 erkak invaziv ko'krak saratoni bilan kasallanadi, ayollarda esa yana 51,400 Duktal karsinoma in situ (DCIS) tashxisi qo'yiladi. estimated that 43,780 deaths from Ko'krak bezi saratonidan 43,780 o'lim will 2022 yilda sodir bo'lishi taxmin qilinmoqda in 2022 (in ayollarda 43,250, 530 in erkaklarda 530). 2000-yillarning o'rtalaridan boshlab ayollarda invaziv ko'krak saratoni bilan kasallanish yiliga taxminan 0,5% ga oshdi. Ayollar orasida ko'krak bezi saratonidan o'lim darajasi 1989 yilda avjiga chiqdi. va shundan beri 42 yilga kelib 2019% ga kamaydi, asosan skrining orqali ilgari aniqlash, shuningdek, ko'krak bezi saratoni haqida xabardorlikni oshirish va davolanishni yaxshilash tufayli. Ushbu pasayish ushbu vaqt oralig'ida ko'krak bezi saratoni bilan o'lim hollari ushbu taraqqiyot bo'lmaganida kutilganidan taxminan 431,800 ga kamligini anglatadi. Biroq, qora tanli ayollarning o'lim darajasi past bo'lishiga qaramay, oq tanli ayollarga qaraganda 41% yuqori bo'lib qolmoqda the [18].

Natija va tahlillar

Ko'krak bezi saratoni occupies the leading place in morbidity among dunyodagi boshqa xavfli o'smalar orasida kasallanish bo'yicha etakchi o'rinni tumors in the worldva o'lim soni bo'yicha 5-o'rinni egallaydi. Global saraton observatoriyasi ma'lumotlariga ko'ra, 2020 yilda dunyo bo'ylab 2,26 milliondan ortiq ko'krak bezi saratoni qayd etilgan, bu of ikkala jinsdagi odamlarda malign neoplazmalarning barcha holatlarining 11,7% neoplasms in persons of both ni tashkil qiladi. According to standardized and Ko'krak bezi saratoni bilan kasallanishning standartlashtirilgan va "qo'pol" ko'rsatkichlariga ko'raof the incidence of breast, as shuningdek as in mutlaq qiymatlarda u is ahead of barcha malign neoplazmalardan oldinda. Shunday qilib, 2020 yilda standartlashtirilgan ko'rsatkich 47,8 mingga 100 holatni tashkil etdi. bir kishi va "qo'pol" indikator 58,5 holat.2020 yilda o'limlarning umumiy soni 685,0 ming kishiga yetdi (barcha saraton o'limining 6,9%). Mutlaq o'lim ko'rsatkichlari bo'yicha (ikkala jins bo'yicha) ko'krak saratoni o'pka, yo'g'on ichak, to'g'ri ichak va anus, jigar va oshqozon saratonidan past va reytingda 5-o'rinni egallaydi, ammo standartlashtirilgan va "qo'pol" qiymatlarga ko'ra u allaqachon 2-o'rinda (13,6 ming kishiga 17,7 va 100 holat navbati

bilan) [5] jins ko'krak bezi saratoni rivojlanishining eng jiddiy xavf omilidir: the bemorlarning of aksariyati are ayollardir. Ko'krak bezi saratoni accounts for about 21,7 of cancer yilda ayollarda saraton holatlarining taxminan 2020% ni tashkil qiladi. O'lim jihatidan ko'krak saratoni ayollarda 1-o'rinni egallaydi (malign neoplazmalardan barcha o'limlarning 15,9%). Erkaklarda ko'krak saratoni kam uchraydigan patologiya hisoblanadi. Kasallik 1 ming kishiga 100 holat, ya'ni erkaklarda ko'krak bezi saratoni ayollarga qaraganda taxminan 100 marta kamroq uchraydi, malign neoplazmalarning barcha holatlarining 0,1–1,5% va barcha ko'krak o'smalarining 0,5–2,0% ni tashkil qiladi. Ammo shu bilan birga, ko'krak bezi saratoni ayollarga qaraganda erkaklarda ko'proq tajovuzkor uchraydi. Erkaklarda saraton o'limining sabablari tarkibida ko'krak bezi saratoni 0,3% ni tashkil qiladi, bu bunday noyob kasallik uchun juda ko'p. So'nggi o'n yillikda ushbu kasallikdan aziyat chekadigan erkaklar sonining ko'payishi kuzatildi. Ko'krak bezi saratonining oilaviy tarixi uning rivojlanish xavfini oshiradi, ammo ko'krak bezi saratoni tashxisi qo'yilgan bemorlarning aksariyati yaqin qarindoshlarida ushbu kasallikning oilaviy tarixiga ega emaslar. Genlardagi ma'lum irsiy inherited yuqori bardoshlik mutatsiyalari in genes significantly increase the risk of developing ko'krak saratoni rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi cancer, with mutations in the, BRCA1, BRCA2 va PALB-2 genlaridagi mutatsiyalar being dominant hisoblanadi.[5]

- Klinik variantlar
 - o Yallig'lanish (mastitga o'xshash) saraton
 - o Ikki tomonlama ko'krak bezi saratoni

Ko'krak bezi saratonini davolash saratonning pastki turiga va uning ko'krakdan tashqarida limfa tugunlariga (II yoki III bosqichlar) yoki tananing boshqa qismlariga (IV bosqich) qanchalik tarqalishiga bog'liq.

Shifokorlar saratonning qaytalanish ehtimolini minimallashtirish uchun muolajalarni birlashtiradilar (qaytalanish). Bularga quyidagilar kiradi:

- jarrohlik ko'krak o'simta olib tashlash uchun
- radiatsiya davolash ko'krak va uning atrofidagi to'qimalarda qaytish xavfini kamaytirish uchun
- saraton hujayralarini yo'q qilish va tarqalishini oldini olish uchun dorilar, shu jumladan gormonal terapiya, kimyoviy terapiya yoki maqsadli biologik terapiya.

Ko'krak bezi saratonini davolash samaraliroq bo'lib, erta boshlanib, oxirigacha qabul qilinganda yaxshi muhosaba qilinadi. Jarrohlik faqat saraton to'qimasini (lumpektomiya deb ataladi) yoki butun ko'krakni (mastektomiya) olib tashlashi mumkin. Jarrohlik saratonning tarqalish qobiliyatini baholash uchun limfa tugunlarini ham olib tashlashi mumkin. Radiatsiya terapiyasi ko'krak to'qimalarida va/yoki limfa tugunlarida qolgan qoldiq mikroskopik saratonlarni davolaydi va ko'krak devorida saraton takrorlanish ehtimolini kamaytiradi. Murakkab saraton teri orqali yemirilib, ochiq yaralarni (oshqozon yarasi) keltirib chiqarishi mumkin, ammo og'riqli bo'lishi shart emas. Ko'krak yarasi bitmaydigan ayollar biopsiya o'tkazish uchun tibbiy yordamga murojaat qilishlari kerak. Ko'krak bezi saratonini davolash uchun dorilar maxsus testlar (o'simta markerini aniqlash) bilan aniqlangan saratonning biologik xususiyatlariga qarab tanlanadi. Ko'krak bezi saratoni uchun ishlatiladigan dorilarning aksariyati allaqachon JSSTning muhim dorilar ro'yxatiga (EML) kiritilgan. Limfa tugunlari invaziv saraton uchun saraton jarrohlik vaqtida chiqariladi. O'tmishda qo'l ostidagi limfa tugunlari to'shagini to'liq olib tashlash (to'liq aksillar diseksiyasi) saraton tarqalishining oldini olish uchun zarur deb hisoblangan. "Sentinel tugun biopsiyasi" deb nomlangan kichikroq limfa tugunlari protsedurasiga afzallik beriladi, chunki u kamroq asoratlarga ega. Oldin berilishi mumkin bo'lgan ko'krak saratoni uchun tibbiy muolajalar ("neoadjuvan") yoki keyin ("yordamchi") jarrohlik, saraton kasalligining biologik subtipatsiyasiga asoslangan. Ko'krak bezi saratoni ayrim pastki bunday uch salbiy (estrogen retseptorlari (ER), progesteron retseptorlari (PR) yoki uning-2 retseptorlari ifoda yo'qlar) kabi boshqalardan ko'ra ko'proq tajovuzkor bo'ladi. Estrogen retseptorlari (ER) va/yoki progesteron retseptorlari (PR) ni ifodalovchi saraton tamoksifen yoki aromataza ingibitorlari kabi endokrin (gormon) terapiyalariga javob berishi mumkin. Ushbu dorilar 5-10 yil davomida og'iz orqali qabul qilinadi va bu "gormon-musbat" Saratonlarning takrorlanish ehtimolini deyarli yarmiga kamaytiradi. Endokrin terapiya menopauza

alamatlarini keltirib chiqarishi mumkin, ammo odatda yaxshi muhosaba qilinadi. ER yoki PRni ifoda etmaydigan saraton "gormon retseptorlari salbiy" bo'lib, saraton juda kichik bo'lmasa, kimyoviy terapiya bilan davolash kerak. Bugungi kunda mavjud bo'lgan kimyoviy terapiya sxemalari saraton tarqalishi yoki qaytalanish ehtimolini kamaytirishda juda samarali va odatda ambulatoriya terapiyasi sifatida beriladi. Ko'krak bezi saratoni uchun kimyoterapiya odatda asoratlar bo'lmasa kasalxonaga yotqizishni talab qilmaydi. HER-2/neu onkogen (HER-2 ijobiy) deb nomlangan molekulani mustaqil ravishda haddan tashqari oshirib yuboradigan ko'krak saratoni Trastuzumab kabi maqsadli biologik vositalar bilan davolanishga yaroqlidir. Maqsadli biologik terapiya o'tkazilganda, ular saraton hujayralarini o'ldirishda samarali bo'lishi uchun kimyoterapiya bilan birlashtiriladi. Radioterapiya ko'krak bezi saratonini davolashda juda muhim rol o'ynaydi. Ko'krak bezi saratonining dastlabki bosqichida nurlanish ayolning mastektomiyadan o'tishiga to'sqinlik qilishi mumkin. Saratonning keyingi bosqichida radioterapiya mastektomiya qilingan taqdirda ham saratonning qaytalanish xavfini kamaytirishi mumkin. Ko'krak bezi saratonining ilg'or bosqichlarida, ba'zi hollarda, radiatsiya terapiyasi kasallikning o'lish ehtimolini kamaytirishi mumkin. Ko'krak bezi saratonini davolash samaradorligi davolashning to'liq kursiga bog'liq. Qisman davolanish ijobiy natijaga olib kelishi ehtimoli kamroq.

Xulosa

Shunday qilib, prognostik omillarni har tomonlama tahlil qilish asosida ko'krak bezi saratonini davolashga yondashuvlarni individuallashtirish bemorlarning natijalarini sezilarli darajada yaxshilaydi va ularning har biriga eng mos va samarali davolash rejasini taqdim etadi. Ushbu sohada olib borilayotgan tadqiqotlar ushbu murakkab bez kasalligini davolash va tushunishni yanada yaxshilashni va'da qilmoqda.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Crosible J, Kilbreath SL, Dylke E, et al. Effect of mastectomy on shoulder and spinal kinematics during bilateral upper-limb movement. //Physical. 2010;90:679-692.
2. Crosible J, Kilbreath SL, Hollman L, et al. Scapulohumeral rhythm and associated spinal motion. //Clin Biomech. 2008;23:184-192.
3. Fischer JP, Fox JP, Nelson JA, et al. Along it udinal assessment of outcomes and healthcare resource utilization after immediate breast reconstruction-comparing implant- and autologous-based breast reconstruction. //Ann Surg. 2015;262:692-699.
4. Fong SSM, Choi AWM, Luk WS, et al. Bone mineral density, balance performance, balance self-efficacy, and falls in breast cancer survivors with and without qigong training: an observational study. //Integr Cancer Ther. 2018;17:124-130.
5. Gonza 'lez-Ferna 'ndez S, Ferna 'ndez-Rodri 'guez C, Mota-Alonso MJ, et al. Emotional state and psy-chological flexibility in breast cancer survivors. //Eur J Oncol Nurs. 2017;30:75-83.
6. Haddad CA, Saad M, Perez Mdel C, et al. As-sessment of posture and joint movements of the upper limbs of patients after mastectomy and lymphadenec-tomy. //Einstein (Sao Paulo). 2013;11:426-434.
7. Hojan K, Manikowska F. Can the Weight of an external breast prosthesis influence trunk biomechan-ics during functional movement in postmastectomy women Biomed Res Int. 2017;2017:9867694.
8. Mirakhmedov S.S. et al. Mechanisms of Cardiotoxicity Development in Breast Cancer Chemotherapy //European journal of innovation in nonformal education. 2023;3(4):138-141.
9. Kizi M. S. S. Risk Factors and Morphological Features of Breast Diseases Fibrosis-Cystosis //European journal of innovation in nonformal education. 2022;2(12):82-85.
10. Mirakhmedova S. Features of surgical treatment of phylloid tumors of the breast //Инновационные исследования в современном мире: теория и практика. 2023;2(5):8-9.

Qabul qilingan sana 20.11.2024