

СУТ БЕЗИ САРАТОНИНИ ДАВОЛАШДА РЕКОНСТРУКТИВ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ БОРАСИДА ҲОЗИРГИ ЗАМОН ҚАРАШЛАРИ



Каримова Мавлуда Нематовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каримова Мавлуда Нематовна

Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CONTEMPORARY VIEWS ON THE USE OF RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY IN THE TREATMENT OF BREAST CANCER

Karimova Mavluda Nematovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақолада Сут беzi саратонини даволашда қўлланиладиган радикал мастэктомия операциясидан кейинги йўқотилган сут беzi ўрнини қайта тиклаш, реконструкциянинг бир нечта усуллари батафсил ёритиб берилган. Бир вақтнинг ўзида ва кечиктирилган реконструкция усуллари ҳақида, уларнинг даво ва косметик эффективлиги ва ҳар бир усулнинг устунлиги ва камчиликлари ҳақида тўлиқ тухталиб ўтилган.

Калим сўзлар. Сут беzi саратони, реконструктив пластик операция, эндопротез, ректоабдоминал лоскут.

Abstract. This article describes several methods of breast reconstruction performed after radical mastectomy for breast cancer, aimed at restoring the lost breast. Both immediate and delayed reconstruction techniques are discussed, with detailed consideration of their therapeutic and cosmetic effectiveness, as well as the advantages and disadvantages of each method.

Keywords: breast cancer, reconstructive plastic surgery, endoprosthesis, rectoabdominal flap.

Сут беzi саратони (СБС) патогенезини тушунишдаги муайян ютуқлар ҳамда барча ривожланган мамлакатларда тизимли скрининг ўтказилиши СБС ни эрта босқичларда аниқлаш имконини берди. Тасодифий танлов усулида ўтказилган ретроспектив ва проспектив тадқиқотлар шуни кўрсатдики, СБСнинг бошланғич босқичларида органни сақлаб қолувчи операциялар ёки тери ости мастэктомияси нур терапияси билан биргаликда қўлланилганда [4,5], модификациялашган радикал мастэктомияга нисбатан умумий ва рецидивсиз яшаш кўрсаткичлари бир хил бўлади. Ушбу кузатувлар сут беziда радиотерапия билан уйғунлаштирилган минимал инвазив операцияларни ривожлантиришга туртки бўлди [6]. Даволашнинг асосий мақсади касалликнинг маҳаллий рецидивларсиз кечишини таъминлашдан иборатдир.

Касалликнинг ноинвазив шаклларида хусусан инвазив бўлмаган сут йўли карциномаси ёки инвазив бўлмаган лобуляр карциномаларда ўсманинг ўлчамига қараб сут беziда органни сақлаб қолувчи ёки мастэктомия операциясини ўтказиш кўрсатилади. Баъзи ҳолатларда органни сақлаб қолувчи операция ўтказилганидан кейин маҳаллий рецидивлар кўпроқ кузатилиши мумкин, аммо иккала гуруҳда ҳам умумий яшаш кўрсаткичлари бир хил бўлиб қолмоқда.

Органни сақлаб қолувчи операцияни қўллаш инвазив карциномани даволашнинг ҳам асосий методи бўлиб ҳисобланади. Ушбу операциянинг мақсади яхши косметик натижаларга эришган ҳолда мастэктомиядан кейинги рецидивлар сонини маҳаллий рецидивлар сони билан таққосланадиган даражага етказишдир. Ўсма ҳажми 2 см дан кичик бўлган беморларда квадрантэктомия вақтида ўсма билан

резекция чети орасидаги масофа 2–3 см бўлса, мастэктомия билан солиштирилганда бир хил рецидив кўрсаткичларига эришилади: ўртача 6 йиллик кузатув даврида рецидив 2,6% [7].

Косметик натижани яхшилаш мақсадида ўсма ҳажми 2,5 см бўлган ҳолларда резекция четигача бўлган масофани 1 см гача қисқартириш операциянинг косметик натижасини яхшилади [8], бироқ 10 йиллик кузатув давомида маҳаллий рецидивлар сонини 7,4% дан 18,6% гача оширди [9].

Операцияни «органи сақлаб қолувчи» хусусиятига қарамай, кенг маҳаллий кесиб олиш ва нур терапиясини биргаликда қўллаш ҳар доим ҳам яхши косметик натижа бермайди. Шу сабабли коррекцияловчи пластик операцияга эҳтиёж туғилади: беморларнинг 20–30% ида қолдиқ дефект кузатилиб, уни бартараф этиш учун жарроҳлик коррекцияси талаб этилади [10,11]. Ушбу дефектлар сут безидаги асимметриядан тортиб, бартараф этиш учун мастэктомияни талаб қиладиган оғир нуқсонларгача бўлиши мумкин.

Сут бези саратони (СБС) да беморларнинг 40 фоизигача қисмига мастэктомия ўтказишга тўғри келади. Мастэктомия ўтказишга касалликнинг агрессив кечиши, ўсманинг мультицентрик ёки мультифокал ўсиши, унинг марказий квадрантларда жойлашиши ҳамда ўсма ўлчамлари билан сут бези ҳажми ўртасидаги ноқулай нисбат сабаб бўлади. Жарроҳлик аралашуви ҳажмини танлашда беморнинг шахсий танлови ва жарроҳнинг касбий малакаси муҳим аҳамиятга эга.

Органи сақлаб қолувчи операцияни қўллаш учун одатда катта ҳажмли ўсмалар (>4 см) истисно ҳолат бўлиб ҳисоблани. Шу билан бирга, маммография текширувида кенг микрокальцинатлар майдонлари аниқланган ёш беморларда, бу ҳолат карцинома *in situ* кенг тарқалганлигининг белгиси бўлиши мумкинлиги сабабли, мастэктомия операцияси ўтказишга кўрсатма берилади [12,13]. Шиш-инфилтратив СБСда ёки ўсма томонидан тери кенг зарарланган ҳолларда ҳам мастэктомия танлов усули ҳисобланади.

«Тери ости мастэктомияси» атамаси без тўқимасини олиб ташлаб, терини, шу жумладан сурғич-ареола комплексини сақлаб қолиш билан бажариладиган операцияни англатади. Илк даврларда ушбу операция олиб ташланган без тўқимаси ҳажмини силикон протез билан тўлдирмасдан амалга оширилган [14,15]. Бунда косметик натижалар кўпинча қониқарсиз бўлиб, тери некрози ва сурғичнинг йўқолиши каби асоратлар кузатилган.

Қўлтиқ ости экспандери ёки имплантати қўйилиши, ёхуд тери-мушак лоскутидан фойдаланилган ҳолда реконструкция қилиш

билан уйғунлаштирилган «тери ости мастэктомияси» ривожланиши натижасида операция натижалари яхшиланди [16]. Терини сақлаб қолувчи мастэктомия касалликнинг эрта босқичидаги беморлар учун мос бўлиб, сут бези терисини сақлаб қолиш дефект даражасини камайтиради ва ҳажмини тиклашда косметик натижани яхшилади. Бироқ шу билан бирга, кўкрак девори териси маҳаллий рецидивлар энг кўп учрайдиган жой ҳисобланади [17,18].

Онкопластик сут бези жарроҳлиги - бу мастэктомия ёки органи сақлаб қолувчи операциядан кейин сут безининг ҳажми, шакли ва контурини тиклашга қаратилган жарроҳлик аралашувидир. Иккала сут бези ўртасида ўлчам, шакл ва жойлашув бўйича симметрияни сақлаш зарур. Бунда энг яхши симметрияга эришиш учун қарши томондаги соғлом сут безини ҳам коррекция қилиш талаб этилиши мумкин. Орган олиб ташланганидан кейин психотерапиянинг энг самарали усули косметик нуқсонни тиклаш ҳисобланади, бироқ у фақат беморнинг онгли ва мустақил хоҳиши асосида амалга оширилади. Бу вазиятда шифокорнинг вазифаси реконструктив жарроҳлик усуллари, уларнинг натижалари ва эҳтимолий асоратлари ҳақида тўлиқ маълумот бериш, шунингдек онкологик нуқтаи назардан операцияни бажариш имконияти ва муддатларини баҳолашдан иборат.

Шартли равишда барча реконструктив-пластик операцияларни тўқима экспандерлари ва ёки эндопротезлар қўлланиладиган, аутолог тўқималардан фойдаланиладиган ҳамда уларнинг турли комбинацияларига асосланган операцияларга бўлиш мумкин. Ўз тажрибамиз ва адабиётлар маълумотларига асосланган ҳолда, реконструктив операцияларни ўтказиш учун беморларни танлашда қуйидаги мезонларга амал қиламиз: сут безида радикал жарроҳлик аралашуви ўтказилган бўлиши (операция олди ва операция вақтидаги текширув маълумотларини ҳисобга олган ҳолда), шунингдек режалаштирилган операция олди ва ёки операциядан кейинги кимё-нур терапияси мавжудлиги. Беморнинг умумий соматик ҳолати қониқарли бўлиши мажбурий шарт сифатида талаб этилади: беморнинг сут безини реконструкция қилишга қаратилган мураккаб ва травматик операцияга онгли, аниқ ва асосланган хоҳиши, руҳий касалликларнинг мавжуд эмаслиги, сут безини тиклаш усулини мустақил ва онгли равишда танлаши ҳамда операциядан кейинги эҳтимолий косметик натижалар ҳақида хабардорлиги, қон томирлар ва мушакларнинг ҳолати қониқарли бўлиши, донор соҳада тери ва тери ости клетчаткаси, шунингдек жиддий ҳамроҳ касалликларнинг (миокард инфаркти, қон айланишининг декомпенсацияланган

етишмовчилиги, мия қон айланишининг ўткир ёки сурункали бузилишлари, сурункали буйрак ва жигар етишмовчилиги) мавжуд эмаслиги зарур.

1887 йилда Аристид Вернейль иккинчи (қарши) томондаги соғлом сут безининг бир қисмини озиклантирувчи томир пойчаси билан бирга олиб, бошқа сут безини тиклаш учун қўллаган [24]. 1895 йилда Винсент Черни сурункали мастит ва кўп сонли фиброаденомалари бўлган беморда тери ости мастэктомияси ўтказилгани ҳақида хабар берган бўлиб, реконструкция бел соҳасида жойлашган липомадан олинган ёғ тўқимаси ёрдамида амалга оширилган. 1917 йилда Бартлетт тери ости мастэктомияси ўтказилган 6 нафар бемордан иборат гуруҳ ҳақида маълумот берган бўлиб, уларда ҳажми тиклаш учун қорин бўшлиғидан, сон ва думба соҳаларидан олинган эркин ёғ тўқимаси ишлатилган [25]. Бироқ ушбу усуллар қисқа вақт ичида ёғ тўқимасининг сўрилиши ва ёғли некроз билан асоратланиб, натижада кенг фиброз ва кальцификатлар пайдо бўлишига олиб келган.

1896 йилда италиялик жарроҳ Игинио Тансини тери ва унинг остида жойлашган кенг орқа мушагидан иборат лоскутни тавсифлаб берган бўлиб, у сут беи ампутациясидан кейин ҳосил бўлган асосий дефектларни ёпиш мақсадида дарҳол кўчириб қўлланилган [26]. 1912 йилда унинг шогирди Стефано Эсте радикал мастэктомиядан кейин сут безини тиклашда тери-мушак лоскутларидан фойдаланиш бўйича ўз тажрибасини нашр этган [27,28]. Йигирманчи асрнинг биринчи ярмида амалиётга яқин жойлашган соҳалар тўқималаридан фойдаланишга асосланган бошқа усуллар жорий этилди: қарши томондаги сут беи, қўлтиқ ости чуқурчаси ва қорин бўшлиғи. Ушбу усулларнинг айримлари бир босқичда, бошқалари эса бир неча босқичда бажарилиши мумкин эди [29–32]. Бироқ лоскутнинг шикастланиши билан боғлиқ асоратлар ҳамда сут безлари ўртасида барқарор ва яққол асимметрия сақланиб қолиши сабабли, ушбу усулларнинг ҳеч бири кенг қўлланилмаган.

1899 йилга қадар кўкрак ҳажмини ошириш мақсадида парафин инъекциялари, кейинчалик эса полиэтилен каби турли материаллар фойдаланилган. Бироқ уларни ишлатиш маҳаллий ва тизимли асоратлар билан кечгани сабабли, бу материаллар амалиётдан чиқарилган [33,34].

Сут беи реконструктив-пластик жарроҳлигининг ривожланишидаги янги босқич 1963 йилда Кронин Т. ва Героу Ф. томонидан «Dow Corning» компанияси билан ҳамкорликда силикон асосидаги сут беи эндопротезларининг яратилиши, шунингдек тери етишмовчилигини бартараф этиш учун тўқима экспандерларининг (тери кенгайтиргичлари) ишлаб чиқилиши билан

боғлиқ. Силикон эндопротез тикишсиз, ёпик капсула кўринишида бўлиб, силикон резинасидан тайёрланган ва гел консистенциясидаги диметилполисилоксан билан тўлдирилган. У қайта стерилизация қилиниши мумкин, 100 Гр гача бўлган нур юкламасига чидамли, атрофдаги тўқималарга салбий таъсир кўрсатмайди, ўз физик-кимёвий хусусиятларини ўзгартирмайди ҳамда канцерогенлик хусусиятига эга эмас. Силикон эндопротезлар ёрдамида сут безини реконструкция қилишга бағишланган кўплаб маҳаллий ва хорижий тадқиқот ишлари мавжуд [34–37] бўлиб, улар бундай операцияларнинг қониқарли ва яхши косметик самара бериши ҳақида далолат беради. Бироқ силикон эндопротезлар ва экспандерларни қўллаш онкологияда сут беи пластикасининг барча муаммоларини ҳал қилиб бермади. Адабиёт маълумотларига кўра, эндопротез капсуласининг констриктив фибрози беморларнинг 4–56%ида кузатилади [38,39], экспандерлар қўлланилганда эса бу кўрсаткич 29–40%ни ташкил этади [40]. Шунингдек, эндопротезнинг тери юзасига сил-жиши ва тери перфорацияси натижасида унинг рад этилиши эҳтимол мавжуд [41]. Кўплаб жарроҳлар асоратларнинг асосий сабаблари сифатида силикон протезларнинг сифатини ҳамда операция усуллари ўзлаштириш ва такомиллаштириш жараёнида йўл қўйилган техник хатоларни кўрса-тадилар [42,43].

Озиклантирувчи қон томир пойчаларига эга бўлган тери-ёғ лоскутларидан фойдаланишга асосланган усуллар ишлаб чиқиш давом этмоқда. Сут беи пластик жарроҳлигида энг кўп қўлланиладиган усуллар қаторига сербар орқа мушагидан олинган озиклантирувчи пойчали тери-ёғ лоскутлари ҳамда қориннинг тўғри мушакларидан олинган озиклантирувчи пойчали тери-ёғ лоскутлари киради. Кенг орқа мушагидан олинган озиклантирувчи пойчали тери-ёғ лоскути (TDL-лоскути) биринчи марта Тансини И. томонидан 1906 йилда таклиф этилган бўлиб, ушбу методиканинг кейинги ривожланиши Оливари Н. (1976 й.) номи билан боғлиқ [51]. Кенг орқа мушагининг катта юзаси, лоскутларнинг юқори ҳаракатчанлиги, автоном қон билан таъминланишни сақлаб қолиш имконияти, донор соҳанинг функционал йўқотишларининг аҳамиятсизлиги, озиклантирувчи пойчали трансплантатларнинг юксак пластик хусусиятлари ва қўшимча қон таъминоти манбаи бўлиши ушбу усулнинг реконструктив-пластик операцияларда муваффақиятли қўлланилишига замин яратди. Ҳозирги кунда беморнинг индивидуал хусусиятларига қараб турли реконструкция усуллари қўлланилади: фақат ўз тўқималари ёрдамида ёки эндопротез қўллаш билан бирга.

Бироқ айрим ҳолларда кенг орқа мушагининг операция қилинган томонда атрофияга учраши, мастэктомия вақтида торакодорсал артериянинг кесилиши, сут безининг катта ҳажмда бўлиши каби объектив сабаблар мавжуд бўлиб, ушбу пластика усулини кенг қўллаш имконини чеклайди.

Озиқлантирувчи мушак пойчасига эга бўлган тери-ёғ лоскутларидан фойдаланиш СБСни реконструктив жарроҳликда муайян ривожланиш босқичи ҳисобланади. Сут безини кўндаланг ректоабдоминал лоскут (TRAM-лоскут) ёрдамида тиклаш операцияларининг ишлаб чиқиши эса даволаш табдирлари мажмуасини такомиллаштиришда муҳим қадам бўлди. Қориннинг тўғри мушагидан олинган озиқлантирувчи пойчали тери-ёғ лоскути ёрдамида сут безининг қисман дефектини бартараф этиш усули биринчи марта Фернандес Ж. томонидан 1968 йилда қўлланилган бўлса, 1977 йилда Древер Ж.М. ушбу усул ёрдамида сут безини тўлиқ тиклашга эришган [52]. Усулнинг моҳияти йўқотилган сут безини қориннинг битта ёки иккита тўғри мушаклари ёрдамида шакллантирилган йирик овал тери-ёғ лоскутини кўчириш орқали реконструкция қилишдан иборат. Лоскут универсал пластик материал ҳисобланади, чунки у сут безини керакли ҳажмда тиклаш учун етарли массага эга бўлиб, шакллантирилган сут безининг бир хил ва табиий кўринишини, шунингдек сут безлари ўртасида симметриянинг узоқ вақт сақланишини таъминлайди. TRAM-лоскут ёрдамида бажариладиган пластиканинг энг кўп учрайдиган асоратларига лоскут четларининг некрози, қорин олд деворининг пролапси ва ёғли некрозлар киради. Ушбу турдаги реконструкцияда хавф омиллари сифатида тамаки чекиш, семизлик, кўкрак деворининг операция олдида нурлантирилиши, шунингдек аввал ўтказилган операциялардан кейин қорин соҳасида қолган чандиклар қайд этилади, бу эса ушбу операция турини кенг қўллаш имкониятини чеклайди. Жарроҳлик кечиктириш (surgical delay) концепцияси, яъни операция тери ости юза (SIEA) ёки чуқур қуйи қорин томирлари (DIEA)га лигатура қўйилгандан бир ҳафта ўтгач пастки кўндаланг кесма орқали бажарилиши, бир мушак пойчали TRAM-лоскут учун самарали ҳисобланади. У лоскутнинг ҳаётийлигини яхшилаб, даволаш натижаларини эркин TRAM-лоскут ёрдамида бажарилган пластика билан таққосланадиган даражага олиб чиқади [61]. Эркин TRAM-лоскут ҳақида илк марта 1979 йилда сут безини тиклаш бўйича икки ҳолатда хабар берилган [76], бир неча йил ўтгач эса ушбу усул кенг қўлланила бошланган. Ушбу реконструкция тури яхши қон билан таъминланган тўқиманинг катта ҳажмини,

анастомоз қилиш учун катта диаметри қон томирларига эга узун томир пойчасини тақдим этади ҳамда сут безини реконструкция қилиш ва донор соҳани тиклашга бир вақтнинг ўзида осон кириш имконини яратади. Эркин TRAM-лоскут кенг тарқалган усулга айланди [77], бунда қолган мушакнинг иннервацияси ва функцияси сақланиб қолади.

Микроқонтомирли жарроҳликнинг ривожланиши сут беzi пластикасининг мавжуд усулларини такомиллаштириш имконини бериб, лоскутларнинг четки ва тўлиқ некрози каби асоратларни камайтирди, шунингдек лоскутларни олишнинг бошқа вариантларини (думба соҳаси) ҳамда мушак қисми билан ёки усиз тери-ёғ лоскутларини эркин кўчириш усулларини ишлаб чиқишга йўл очди [3,69–71]. Катта думба мушагидан олинган тери-мушак лоскути биринчи марта туғма сут беzi аплазиясида реконструкция қилиш учун қўлланилган [72], кейинчалик эса мастэктомиядан кейин сут безини тиклашда ишлатилган. Бунда имплантат қўлламасдан оптимал юмшоқ тўқима ҳажмига эришишни таъминлайдиган ҳолда қон томир пойчасини аниқ ва эҳтиёткорлик билан ажратиш талаб этилади [73].

Эркин қуйи думба лоскути биринчи марта 1980 йилда тасвирланган [74], бироқ кейинчалик эса уни сут беzi пластикасида қўллаш имкониятлари баён этилган [75]. Қуйи думба лоскути бир қатор афзаллик ва камчиликларга эга бўлиб, у етарли ҳажмда юмшоқ тўқималарни таъминлайди, бироқ беморни операция столида мураккаб ҳолатда жойлаштириш зарурати ҳамда қон-нерв тугунунинг шикастланиш хавфи инсоннинг ҳаракат қобилиятига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ушбу омилларнинг барчаси мазкур жарроҳлик аралашувини танлашга таъсир қилади.

Тери ва тери ости ёғ тўқимасини ўз ичига олган юмшоқ тўқима лоскутлари мушак олиш заруратидан қочиш имконини беради ҳамда бу ҳолатда мушак функцияси сақланиб қолади ва донор соҳадаги оғрик камайишига эришилади [79]. Айрим беморларда қорин юмшоқ тўқима лоскути қон билан таъминланишини қўллаб-қувватлаш учун юза ва чуқур фойдаланиш мумкин (80,81). Қон таъминоти тери юзасидан тўғри қорин мушаги қинигача амалга оширилади, бунда қорин тўғри мушаги ва унинг фасцияси шикаст етмайди.

Эркин TRAM, DIEP ва SIEP лоскутлари пойча узунлиги, қон томир диаметри ҳамда юмшоқ тўқималарнинг хавфсиз васкуляризация соҳаси бўйича бир-бирига нисбатан ўз афзаллик ва камчиликларига эга [82,83].

Илк бор эркин думба лоскутлари тери-мушакли бўлган. Юза ва чуқур думба артерияла-

рининг перфорацияланган лоскутлари (S-GAP ва I-GAP) донор соҳада мушакни ажратмасдан кесиб олинадиган қон томир пойчасига боғлиқ бўлиб, бунда пойча узунроқ бўлади, веноз трансплантатга эҳтиёж қолмайди ҳамда мушак тўқимасининг атрофияси ва қўшни нервнинг шикастланиши билан боғлиқ донор соҳадаги оғриқ камаяди [84].

Сут безини тиклаш мақсадида катта чарвини кўчириш мумкин, бу одатда тери ости мастэктомиядан сўнг қўлланилади. Жигар-чарви қон томир пойчасидаги чарви тўқимаси кичик ҳажмли сут безини тиклашда зарур ҳажмни таъминлаш ёки эндопротезни қоплаш учун лоскут сифатида ишлатилиши мумкин [37].

Сут безини реконструктив жарроҳликда янги йўналишлардан бири - аутолог ёғдан фойдаланиш ҳисобланади. Мастэктомия ва реконструктив операциядан сўнг ҳажмни тиклаш учун аутолог ёғ инъекциялари таклиф қилинган [109]. Бундай процедураларни Францияда кенг қўллаш тажрибаси мавжуд бўлиб, у ерда «липомоделлаш» усули ҳам қўлланилади, бу бошқа хирургик усуллардан кейинги дефектлар ва нотенгликларни тўғирлашда қўлланилади [110]. Бироқ, ушбу усулда қўплаб кальцификатлар ва сурункали яллиғланиш ўчоқлари шаклланади, бу эса рентгенологик тасвирни талқин қилишни қийинлаштиради ва хато таъхисга олиб келиши мумкин (с-г in situ).

Инъекция қилинадиган тўлдиргичлар ва бошқа синтетик материаллар билан боғлиқ қийинчиликларга, шунингдек узоқ муддатли синовлар етишмаслигига қарамай, янги маҳсулотлар доимо жорий этилади ва амалиётда қўлланилади.

Ҳар қандай реконструктив усулнинг якуний босқичи - сут безлари симметриясини таъминлаш ва сўрғич-ареолар комплексни (САК) тиклаш ҳисобланади.

САК реконструкцияси маҳаллий тўқималардан амалга оширилиши мумкин: олинган САКни қайта имплантация қилиш, пигментланган тери участкаси (қин, кулоқ орти, перинеум зонаси), кичик жинсий лаб участкаси, юқори кўз қопқоғи трансплантати орқали, кулоқ хрящининг қисмидан, ҳамда ареола имитациясини татуировка йўли билан бажариш [17, 18, 19]. Сут беги реконструкциясини фақат САК пластикасида сўнг тугалланган деб ҳисоблаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Радиотерапия ҳам кенг тарқалган ракда даволашнинг бир компоненти ҳисобланади, чунки у рецидивсиз тирик қолишни яхшилайди [31, 32], аммо реконструктив операцияларнинг косметик натижасига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Бир босқичли пластика, фақат имплантатдан фойдаланган ҳолда, тўғридан-тўғри хирургик усул ҳисобланади ва бу операциядан сўнг беморнинг тезроқ нормал ҳолатга қайтиши учун имконият яратади. 315 беморда ўтказилган 410 та бир

босқичли пластик операцияни (тўқима экспандерлари/имплантатлар билан) ретроспектив кўриб чиқишда, беморларнинг 88% да камида бир йил кузатиш давомида ажойиб эстетик натижалар қайд этилган [98]. Муваффақиятли даволаш учун энг муҳим омил беморларни пухта саралашдир.

Бироқ, агар кейинчалик радиотерапия ўтказилса, косметик натижалар ноқулай бўлиши мумкин. Радиотерапиянинг асоратлари қаторидан аввалги инфекциялар, имплантатнинг силжиши ва узоқ муддатли перспективада катта капсуляр контрактурани айтиш мумкин. Бир босқичли пластик операцияларнинг катта қисмида эндопротезни тўлиқ қоплаш учун аутологик лоскутдан фойдаланиш талаб қилинади [99]. Имплантат билан бирга нур терапияси қилинган пластик операциялар ва аутологик лоскутдан фойдаланилган операцияларни таққослаган тадқиқотлар аутологик лоскут гуруҳида асоратлар сони камайганлигини кўрсатади [100]. Аммо, барча тадқиқотларда нурланишнинг миқдори ва схемаси бир хил эмаслиги сабабли, тери ва тери ости тўқималарга радиация таъсирини тўғридан-тўғри солиштириш қийинлашади.

Бир тадқиқотда, 108 беморда операциядан олдин нурланишдан сўнг TRAM лоскут билан тиклаш ва 572 беморда нурланишсиз тиклаш натижалари солиштирилган. Натижада, нурланиш олинган гуруҳда адипонекроз 17% да кузатилган, нурланишсиз гуруҳда эса 10% [1]. Муаллифлар шундай натижани келтириб чиқаришади: олдиндан радиотерапия олиш TRAM лоскут билан тиклаш учун қарши кўрсатма эмас ва TRAM лоскутлар радиотерапиядан сўнг пластика операцияси ўтказиладиган беморлар учун афзал усул ҳисобланади.

Кейинги тадқиқотларда 32 беморда бир босқичли пластика TRAM лоскут билан ва кейинчалик радиотерапия, ҳамда 70 беморда радиотерапиядан сўнг TRAM лоскут билан тиклаш натижалари солиштирилган. Икки гуруҳда эрта асоратлар бўлиши жиҳатидан сезиларли фарқ топилмаган, аммо кеч асоратлар сони бир босқичли пластика ва кейинчалик радиотерапия олинган гуруҳда сезиларли даражада юқори бўлган (87,5% га қарши 8,6%). Шунингдек, бир босқичли тиклаш гуруҳидаги 28% беморда лоскутнинг деформацияси туфайли сут беги контурини тузатиш учун қўшимча лоскут қўйиш талаб қилинган.

Сут безига реконструктив-пластик операциялар беморларнинг тўлиқ реабилитацияси учун янги имкониятлар очади. Ҳозирги пайтда СБР да истиқболли ҳисобланадиган йўналиш - бу унинг бирламчи реконструкцияси, яъни пластик операция хирургик даволаш босқичида бажарилади: биринчи босқичда онкологик операция, кейинчалик реконструктив-пластик босқич амалга оширилади. Тадқиқотларда сут безини зудлик билан

реконструкция қилиш онкологик жиҳатдан хавфсизлиги кўрсатилган, яъни бу усул касалликнинг маҳаллий рецидив жиҳатидан кўпайишига олиб келмайди (Petit JY, 2006).

Хулоса. Мастэктомия операциясидан сўт безини тиклашда қўлланиладиган усулларда пластик ва реконструктив хирургиянинг барча замонавий техник ютуқларидан фойдаланилади. Даволашда муваффақият пластика усулининг тўғри танлови ва мавжуд ресурслар - хирургик маҳорати, жиҳозлар ва молиявий имкониятларга боғлиқ бўлади. Реконструктив пластик операциялардан ҳозирги кунда энг оптимал операция бу бир вақтининг ўзида мастэктомия билан бирга реконструкция ўтказишдир. Силикон ёрдамида сўт безини тиклашдан кура ауто трансплантант қуйиш кам асоратли булиб жуда яхши хирургик ва косметик натижа бермоқда. Янги реконструктив хирургия усуллари аввалги усуллари такомиллаштириш сифатида қўлланилиши мумкин, масалан, ТРАМ лоскутнинг яшаш қобилиятини яхшилаш учун томирни кечиктириш ёки янги инновацион имкониятлар, масалан, ёғ ва ствол хужайраларни кўчиришда. Беморлар учун олинган органни тиклашдаги психологик эҳтиёжлар ҳам янада аҳамият касб этмоқда. Реконструктив аралашувларнинг турли модификациялари ва вариантлари танлов масаласини юзага келтиради, бу эса бемор билан биргаликда ҳал қилиниши керак.

Адабиётлар:

1. Блохин С.Н. Первичные реконструктивно-пластические операции в комплексном лечении больных раком молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1996. - 14 с.
2. Блохин С.Н., Лактионов К.П., Дадкина И.Ю., Мелихова Е.А. Первичные пластические операции в хирургии рака молочной железы // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. - 1997. - № 3. - С. 59–64.
3. Боровиков А.М. Восстановление груди после мастэктомии. - Москва, 2000. - 96 с.
4. Боровиков А.М., Желтова Е.В. Двусторонняя реконструкция груди при одностороннем раке молочной железы // *Анналы хирургии*. - 2000. - № 2. - С. 53–59.
5. Братик А.В. Отдалённые результаты и осложнения после реконструктивно-пластических операций на молочной железе с использованием силиконовых эндопротезов у онкологических больных: дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1997. - 157 с.
6. Бурлаков А.С. Радикальность или сохранение органа в хирургическом лечении рака молочной железы: косметика и онкология // *Российский онкологический журнал*. - 2002. - № 2. - С. 8–12.
7. Ганцев Ш.Х., Галлямов А.А. Оптимизация хирургического лечения рака молочной железы T1–

2N0M0: разработка критериев и показаний к органосохраняющим операциям // *Российский онкологический журнал*. - 2000. - № 2. - С. 35–39.

8. Голубев О.А. Взаимоотношения сосудистого компонента коммуникационных систем и внутриканальных регуляторов при раке молочной железы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Санкт-Петербург, 2002. - 36 с.

9. Дашкова И.Р. Способ коррекции дефекта молочной железы после органосохраняющих операций при начальных стадиях рака и доброкачественных образованиях: дис. ... канд. мед. наук. - Ростов-на-Дону, 2000. - 143 с.

10. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2012 году: заболеваемость и смертность. - Москва, 2014. - 250 с.

11. Лактионов К.П., Блохин С.Н. Реконструктивные операции при раке молочной железы. - Москва, 2008. - 128 с.

12. Личиницер М.Р., Загрекова Е.И., Жукова Л.Г., Ермилова В.Д., Лукашина М.И. Современные возможности и проблемы неоадьювантной лекарственной терапии при местно-распространённом раке молочной железы // *Российский онкологический журнал*. - 2001. - № 5. - С. 31–34.

13. Магали Я. Ранние и поздние местные лучевые изменения после органосохраняющего лечения больных ранним раком молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2000. - 24 с.

14. Малыгин С.Е. Одномоментная реконструкция при раке молочной железы с использованием ректоабдоминального лоскута: дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2000. - 152 с.

15. Неробеев А.И., Акопян И.Г., Уткин Д.В. Использование кожно-жирового лоскута с включением широчайшей мышцы спины в хирургическом лечении рака молочной железы // *Российский онкологический журнал*. - 2002. - № 2. - С. 31–32.

16. Оганесян К.Р. Сравнительная оценка реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы: дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2005. - 164 с.

17. Орлов О.А. Одномоментная пластика молочной железы кожно-жировым лоскутом с боковой поверхности грудной стенки после органосохраняющих операций по поводу рака // *Российский онкологический журнал*. - 2000. - № 6. - С. 26–28.

18. Орлов О.А. Органосохраняющие операции при различных локализациях рака молочной железы // *Хирургия*. - 2001. - № 2. - С. 4–6.

19. Павлюк-Павлюченко Л.Л., Шахов А.А. Отдалённые результаты липофиллинга, или ауто-трансплантации жировой ткани, с целью контурной пластики молочных желёз // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. - 2001. - № 2. - С. 21–40.

- 20.Пак Д.Д., Евтягин В.В. Субтотальная радикальная резекция молочной железы с первичной маммопластикой аутогенными тканями при раке // Материалы V Ежегодной Российской конференции. - Москва, 2001. - С. 189.
- 21.Пак Д.Д., Рассказова Е.А. Результаты первичных реконструктивных операций при раке молочной железы: опыт 1143 операций // Вопросы онкологии. - 2011. - Т. 57, № 5. - С. 658–663.
- 22.Ризаев Ж.А., Хазратов А.И. Канцерогенное влияние 1,2-диметилгидразина на организм в целом // Биология. - 2020. - Т. 1. - С. 116.
- 23.Alshahrani M.Y., Oghenemaro E.F., Rizaev J., Kyada A., Roopashree R., Kumar S. et al. Exploring the modulation of TLR4 and its associated ncRNAs in cancer immunopathogenesis, with an emphasis on the therapeutic implications and mechanisms underlying drug resistance // Human Immunology. - 2025. - Vol. 86, No. 1. - Article 111188.
- 24.Cordeiro P.G. Breast reconstruction after surgery for breast cancer // New England Journal of Medicine. - 2008. - Vol. 359, № 15. - P. 1590–1601.
- 25.Djuraev F.M., Rizaev J.A. Evaluation of the effectiveness of rehabilitation in breast cancer patients // New Day in Medicine. - 2025. - № 5(79). - P. 1005–1009.
- 26.Grotting J.C., Urist M.M., Madox W.A. Conventional versus free microsurgical TRAM-flap for immediate breast reconstruction // Plastic and Reconstructive Surgery. - 1989. - Vol. 83, № 5. - P. 828–832.
- 27.Khazratov A.I., Rizaev J.A., Alieva D.A., Ganiev A.A. Study of regional peculiarities of oral cancer morbidity in the Republic of Uzbekistan // Doctor's Herald. - 2024. - № 3(115). - P. 104–108.
- 28.Khazratov A.I., Rizaev J.A., Ganiev A.A. Epidemiological assessment of the incidence and mortality of oral cancer // Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. - 2024. - Vol. 4, № 12. - P. 99–103. DOI: 10.5281/zenodo.14509370.
- 29.Pallathadka H., Khaleel A.Q., Zwamel A.H., Malathi H., Sharma S., Rizaev J.A. et al. Multi-drug resistance and breast cancer progression via Toll-like receptors (TLRs) signaling // Cell Biochemistry and Biophysics. - 2024. - Vol. 82, № 4. - P. 3015–3030. DOI: 10.1007/s12013-024-01418-2.
- 30.Rizaev J.A., Khazratov A.I. Cytostructural changes in the oral mucosa in colon cancer // Journal of Biomedicine and Practice. - 2020. - Vol. 6, № 5.
- 31.Rizaev J.A., Khazratov A.I., Akhmedov A.A., Isaev U.I. Morphological picture of the resistance of experimental rats against the background of carcinogenesis // Actual Problems of Dentistry and Maxillofacial Surgery. - 2021. - P. 677–678.
- 32.Rizaev J.A., Maeda H., Khramova N.V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. - 2019. - Vol. 27, № 1. - P. 22–23.
- 33.Rizaev J.A., Norbutayev A., Murtazayev A. Modern methods for detecting oral cavity defects in hemoblastosis, detecting the degree of damage and prediction of the clinical current // Journal of Biomedicine and Practice. - 2021. - Vol. 6, Issue 5. - P. 45–51.
- 34.Rizaev J.A., Rahimov N.M., Kadirov X.X., Shaxanova Sh.Sh. Oncoepidemiological assessment of the incidence and mortality of prostate cancer for the period 2015–2020 in the cross section of the Republic of Uzbekistan and individual regions // Open Access Repository. - 2023. - Vol. 4, № 3. - P. 1108–1113. DOI: 10.17605/OSF.IO/J3KWB.

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРИМЕНЕНИЕ
РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ПЛАСТИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

Каримова М.Н.

Резюме. В данной статье подробно освещены несколько методов восстановления утраченной молочной железы после радикальной мастэктомии, применяемой при лечении рака молочной железы. Подробно рассмотрены методы одномоментной и отсроченной реконструкции, их лечебная и косметическая эффективность, а также преимущества и недостатки каждого метода.

Ключевые слова: рак молочной железы, реконструктивная пластическая операция, эндопротез, ректоабдоминальный лоскут.