

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ
ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 2 (22)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya- klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Узбекистон Мустакиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

СУТ БЕЗИ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ТУРЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ ВА АСОРАТЛАРИ

Рауфов Ф.М.¹, Ярмухамедова Н.А.², Улмасов Ф.Г.¹

¹Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази
Самарқанд филиали, Самарқанд ш., Ўзбекистон

²Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Резюме. Онкологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлган кўкрак беши раки билан касалланиш кўрсаткичларининг бутун дунё статистикасида олд қаторларда туриши, унинг нақадар жиддий муаммолигидан далолатдир. Мақолада кўкрак безининг ракиннинг турли хил тарихий ва замонавий даво муолажалари турлари ва уларнинг кузатилиши мумкин бўлган асоратлари ҳақида турли олимларнинг олиб борилган тадқиқотлари юзасидан фикрлари шарҳлари таҳлил қилинган.

Калит сўзлар: кўкрак беши раки, комплекс даво, операция, асоратлар.

VARIOUS TREATMENTS AND COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Raufov F.M.¹, Yarmukhamedova N.A.², Ulmasov F.G.¹

¹Samarkand Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and
Radiology, Samarkand, Uzbekistan

²Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Resume. The fact that breast cancer, one of the most pressing problems in oncology, is at the forefront of global statistics, is evidence of how serious a problem it is. The article analyzes the opinions of various scientists on the studies conducted on various historical and modern types of breast cancer treatment and their possible complications.

Keywords: breast cancer, complex treatment, surgery, complications

РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рауфов Ф.М.¹, Ярмухамедова Н.А.², Улмасов Ф.Г.¹

¹Самарқандский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии, г. Самарқанд, Узбекистан

²Самарқандский государственный медицинский университет, г. Самарқанд, Узбекистан

Резюме. Рак молочной железы, одна из самых актуальных проблем в онкологии, находится в центре внимания мировой статистики, свидетельствует о серьезности этой проблемы. В статье анализируются мнения различных ученых об исследованиях, проведенных по различным историческим и современным методам лечения рака молочной железы и их возможным осложнениям.

Ключевые слова: рак молочной железы, комплексное лечение, хирургия, осложнения.

e-mail: Farxodbek_85@mail.ru, dr.dsc.nargiza.anvarovna@gmail.com, dr.ulmasov@gmail.com

Кўкрак беши раки (КБР) билан беморларни даволашнинг бир неча хил усуллари мавжуд бўлиб, улар бир неча йўналишларга қараб фарқланади. Даво усуллари алоҳида кўриб чиқиладиган бўлса, хирургик даво маҳаллий давонинг асосий бўғини ҳисобланади [5, 16]. Чунки бунда патологик ўчоқни тўлиқ ёки қисман олиб ташлаш, таъсир кўрсатиш ва лозим бўлганда тўлиқ диагностик хулосага келиш мақсадида биопсия учун материалларни олиш имконини беради. Шундай қилиб, хирургик даво асосида аъзоларга симптоматик таъсирлаш, радикаллик ва ситоредуктивлик принциплари ётади.

Онкологиянинг асосий қонунларидан бўлган абластика ва антибластика қонунларига асосланиб, КБРнинг хирургик давосида безни нафақат тўлиқ олиб ташлаш, шу билан бирга атрофдаги ва лимфа тугунларни диссекция қилиш катта аҳамиятга эгадир [9, 20]. Умумий хирургиянинг асосий қонунларидан бўлган “аъзони сақлаш” қоидалари бу ерда аҳамиятсиз бўлиб, давондан кейинги о’сманинг ретсидиви хавфини ошириб юборади. Албатта, КБРнинг хирургик

давосини кимётерапия билан амалга оширилса, юқори натижаларга эришиш имконияти каттадир. Хирургик даво КБРни даволашнинг асосий усули сифатида асосий ўринларга туради.

КБРнинг комплекс давосидан бири бўлган нур терапияси ҳам ўз аҳамияти жиҳатидан бошқа даво усулларида кам эмас. Илк бор кўкрак беши онкологик патологияларида нур терапияни 1901-йилда қўлланилган бўлиб [10], ҳозирги даврга келиб нур терапиянинг режим ва дозалари бўйича яқдил тавсиялар берилган. Нур терапиянинг оператсиядан олдинги давларида фойдаланиш фақатгина кимётерапияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда амалга оширилади.

КБРларнинг кимётерапиявий даво усули ҳам кенг қўлланилиб, асосан операция олди ва операциядан кейинги давларда кўпроқ фойдаланилади [15]. Бунинг учун кўпинча турли таъсир доираларига эга бўлган бир неча хил дорилардан фойдаланилиб, бу фанда поликимётерапия деб аталади. Кимётерапиянинг тайинланишида асосан ўсманинг ривожланиш даражаси ва иммуногистохимик тадқиқотлар натижаларига асосланади. Ҳозирги вақтда ўсмаларнинг турли хил кўринишлари, характерлари, олиб келувчи омилларнинг турлари, метастазланиш даражаларига қараб онкологлар томонидан хирургик давога кўрсатмалар ишлаб чиқилиб, операциядан олдинги даврда беморларга кимётерапия, операциядан кейинги даврда бўлса, хирургик давои нурли, медикаментоз ёки таргет-терапия билан тўлдириш мақсадган мувофиқдир.

КБР сабабли мастектомия операцияси тўғрисида маълумотлар қадимги антик давр адабиётларида ҳам учраб туради [1, 18]. Унга кўра КБРнинг охири босқичларида, яъни емирилиш ва массив қон кетиш натижасида беморларга қизиқ турган металл жисм билан қуйдириш амалиёти бажарилган. Тўғриси, бу амалиётларнинг самара бермаганлиги ҳаммага аён. Хирургия ривожланишининг ИИ даври, яъни анатомио-физиологик кашфиётлар даврида бошқа аъзолар каби, сут безининг ҳам анатомик хусусиятлари ўрганила бошлаган. Натижада уларни даволаш, шу жумладан, хирургик даволаш усуллари ҳам ишлаб чиқила бошлади. Натижада КБРни деярли барча даражаларида ва турларида ҳам операция қилиш усуллари кашф қилинди.

Илк бор, тотал мастектомия операцияси 1891 йилда В.Холстед ва 1894 йилда В. Меерлар томонидан тавсия қилинди [4, 12]. Ушбу операцияда улар ҳам катта, ҳам кичик кўкрак мушакларини олиб ташлашни тавсия қилдилар. Секин-аста бу операцияларнинг катта травматик жиҳатлари исботланганидан кейин каминвазив операцияларни кашф қилиш давр талабига чиқди. 1948 йилда Д.Патей ва В.Дайссонлар [6] тотал мастектомия операциясида катта кўкрак мушагини сақлашни тавсия қилдилар.

1965 йилда Ж.Мадден тотал мастектомиядан ўзгача қарашларни киритди. Мадден операциясига кўра, иккала кўкрак мушаклари сақланади, лекин сут беши билан биргаликда мушаклараро ва мушакларости лимфа тугунлари лимфадиссектсия қилиниб кетилади. Бу тактика хирургларнинг аъзони сақлаш тамойилларига тўғри келади, шунингдек, онкологларнинг абластика ва антибластика тамойилларига ҳам мос келади [8, 13, 21]. XX асрнинг 70-80-йилларигача КБРнинг асосий даволаш усули хирургик усул сифатида кўрилган эди. Бунга асосан КБРнинг жойлашган жойи, ўсиш тезлиги, тез асоратланиши ва метастаз бериши каби омилларни сабаб қилиб кўрсатиш мумкин. 80-йиллардан бошлаб тиббий диагностик усулларнинг ривожланиши, беморларнинг эрта муружаат қилишлари ўсма жараёнини эрта давларида аниқлашда катта имкон яратган бўлса, медикаментоз (кимёвий) ва нур терапия усулларининг янги кўринишлари ва турлари кашф қилиниши ва ривожланиши хирургик давога нисбатан аҳамияти кам эмаслигини исботлаб берди.

Кўлтиқ ости лимфа тугунларини ишлов беришдан олдин яна анатомик хусусиятларига тўхталиб ўтсак, кўлтиқ ости лимфа тугунлари кичик кўкрак мушагининг жойлашган жойига кўра бир неча хил даражада жойлашиши мумкин. Биринчи даражали лимфа тугунлар кичик кўкрак мушагидан латерал соҳада жойлашган. иккинчи даражали тугунлар мушакнинг бўшлиғида жойлашган бўлиб, 3-даражали тугунлар кичик кўкрак мушагининг медиал (ички) қирғоғидан бошланиб, кўлтиқ ости чуқурчасининг марказигача тарқалган бўлади.

Лимфадиссектсия операция босқичининг энг хавфли асоратларига маҳаллий нервларнинг зарарланиши қиради. Маълумки [2, 14], шу соҳадаги ёғ тўқималари орасида кўкрак-орка нерви, кўкракнинг узун нерви ва қовурғалараро-елка нервлари жойлашган. Ушбу нервларнинг асосий функтсияси сезги бўлиб, улар кўлтиқ ости чуқурчаси, кўлларнинг медиал юзасида сезгига ва олдинги тишсимон мушаклар ҳамда орқанинг кенг мушагининг харакатига жавобгар ҳисобланади. Мастектомиядан кейинги кўллардаги шиш синдромининг ривожланиши ҳам катта муаммолардан бири ҳисобланади.

Кўпинча кўлтиқ ости соҳасини лимфадиссектсия қилиш вақтида шу соҳада албатта, камида битта катталашган лимфа тугуни бўлади. Агарда шу соҳада катталашган биронта ҳам тугун аниқланмаса, тўлиқ лимфадиссектсия ҳам шарт бўлмай қолади. Бунинг учун алоҳида

катталаштирувчи қурилмалардан фойдаланиш лозим. Лекин, бу қурилманинг йўқлиги ба'зи бир кийинчиликларни келтириб чиқаради.

Ли Ж. ва ҳаммуаллифларининг берган маълумотларига кўра [7], қўлтиқ ости венаси ва қовурғалараро-елка нерви орасидаги юмшоқ тўқималарни олмаслик, постмастектомик шишнинг ривожланишини сезиларли даражада камайтиради.

Аммо, бошқа гуруҳ олимларнинг таъкидлашларича [19], қўлтиқ ости соҳасида лимфадиссектсия вақтида қовурғалараро-элка нервини сақлаб қолиш асоратларин гривожланишини камайтирмайди.

Асоратлар. Мастектомиядан кейинги энг эрта асоратларга - лимфорея натижасидаги тери ости сероманинг ривожланиши хисобланади. Лимфорея одатда, 10-15 кундан 35-40 кунларгача давом этади. Тери ости тўқималарида лимфа суюқлигининг то'планиши инфексия йиг'илишига замин яратади [3, 11, 16], чунки унинг таркибида оз миқдорда фибриноген сақланади. Бундан ташқари, 0.5% ҳолатларда - терининг четки некрози, чоклар етишмовчилиги ва йиринглаши каби асоратлар ҳам учраб туради. Мастектомиядан кейинги жароҳатнинг йиринглашига кўпгина омиллар: организмнинг умумий кучсиз ҳолати, атроф-муҳит, операциянинг травматиклиги ва асетика қоидаларининг бузилиши кабилар олиб келади.

КБРнинг оператив давосидан кейинги асоратлар қуйидаги гуруҳларга бўлинади [1, 6, 12, 17]:

1. Психо-эмоционал асоратлар. КБРни оператив давосидан кейинги энг кенг кузатилувчи асоратлари бўлиб, о'з навбатида, касалликнинг мавжудлигига, кечишига, даражасига, о'тказилиши керак бўлган операциянинг хажмига ва оғ'ирлигига, беморнинг келажакни тасаввур қила олмаслигига, о'лим қо'рқувига каби кўплаб омилларга бог'лик.

Койчакаева А.С. маълумотларига кўра [5], радикал мастектомия о'тказган аёлларнинг 56-89%ларида турли даражалардаги депрессия ва руҳий қо'зғ'алувчанлик каби психик о'згаришлар кузатилади. Бу психо-эмотсионал ҳолатлар вақтинча бўлиб, операциядан кейинги 3-6 ойларида 40.9% дан 3-5%га тушиши кузатилади. Лекин бу кўрсаткич бир йилдан со'нг яна 40%га қо'тарилиши ҳам мумкин. Психо-эмотсионал о'згаришларни кузатилиши, кечиши ва профилактикаси, авваламбор, беморнинг руҳиятига, иродасига ва сабр-тоқатига бог'лик. Шунингдек, атрофдагиларнинг психологик далда бўлишига, ҳозирги замонавий дориларнинг таъсирларига ва бошқа кўп унсурларга ҳам бог'лик бўлади.

2. Скелет-мушак тизими асоратлари. Бу асоратлар асосан тотал мастектомия ўтказган беморларда кўкрак қафасининг олд қисмидаги катта косметик дефектлар сабабли келиб чиқади. Бу ҳолат мастектомия ўтказган аёлларнинг 5-48%ида кузатилиб [9, 13], операциядан кейинги даврнинг 3-ойларидан кейин келиб чиқади ва бир неча йиллаб кечиши мумкин. Ушбу синдромнинг патогенези тўлиқ ўрганилмаган бўлиб, бир нечта фикрлар мавжуд. Уларнинг асосийси - бу операциядан кейинги даврда маҳаллий веноз ва лимфоид тизимда ўзгаришлар кузатилиб, бу гиперкоагулятсия ва юмшоқ тўқималарнинг зарарланиши билан ҳам изоҳланади.

Қўлтиқ ости тўрсимон ёки ипсимон синдромининг клиник кўринишлари асосан 2-48% ҳолатларда елка бўғими соҳасидаги ҳаракатларнинг чекланиши билан кечади. Бу ҳаракат чекланганлик ҳолатларининг асосий сабабларига нерв-мушак дисфунксияси, юмшоқ тўқималарнинг чандикли деформатсияси киради. Бу синдром айниқса, мастектомия пайтида катта кўкрак мушаги ҳам биргаликда олинган беморларда кўпроқ кузатилади.

Кенгайтирилган мастектомия вақтида катта кўкрак мушагини ҳам биргаликда олиниши натижасида кўкрак олд соҳаси ва елка бўғими соҳаларининг гнормал ва топографик анатомиялари ўзгариши кузатилади: субакромиал бўшлиқ ўлчамлари кенгаяди, елка бўғимининг биомеханикаси ва функционал ҳолати ўзгаради.

Хурани И.Ф.нинг берган маълумотларига бўйича [11], кўкрак соҳасидаги мушакларини эхография қилиниб, мастектомия қилинган томонда соғ томонга нисбатан мушакларнинг эхографик зичликларида катта ўзгаришлар кузатилган. Тотал мастектомия ўтказган беморларда скелет-мушак тизими асоратларининг клиник кўринишларида: беморлар елка бўғими ҳаракатининг чегараланиши ва шу соҳада оғрикларга, елка мушакларининг функциясининг етишмовчилигига, ҳолсизлигига шикоят қилишиб, кейинчалик бу жараён бутун қўл бўйлаб тарқалади. Кўпинча бу ҳолат елка бўғимининг адгезив капсулитига ёки импинжмент синдромига айланиши мумкин. Қўлтиқ ости тўрсимон ёки ипсимон синдроми кўпинча даволанмаса ҳам тўғриланиб кетиши ҳам мумкин.

Мастектомия ўтказган аёлларнинг 40%гача қисмида бўғимлардаги артралгик оғриклар симметрик характерга эга бўлиб, тирсак, биллак, қафт ва тизза бўғимларида ҳаракатнинг чегараланишигача бориши мумкин [16]. Бу шикоятлар асосан кимётерапия ва ароматаза ингибиторлари билан даволаш натижасида кучайиши кузатилган. Кейинчалик ушбу ўзгаришлар

хаттоки тендовагинит, компрессион-ишемик полинейропатиялар даражасигача кузатилиши мумкин. Шунинг учун охириги вақтларда мастектомия вақтида кўкрак мушакларининг иложи борича сақлаб қолиш чораларига катта эътибор қаратилган.

3. Нейро-мушак асоратлар. КБР билан аёлларнинг кўпчилигида [7] ушбу асоратлар бўйин умуртқалари ва қўллардаги оғриқлар, қўллардаги дармонсизлик кузатилади.

Сариди Ж.М. ва шогирдларининг таъкидлашларича [9], КБР билан беморларда нейро-мушакли асоратларнинг сабаби бўлиб бир ёки бир нечта нерв илдизларининг зарарланиши натижасидаги бўйин радикулопатияси хисобланади. Юқорида айтилганидек, мастектомия операциясидан кейин ўтказиладиган кимётерапевтик препаратлар ўзларининг нейротоксик таъсирлари натижасида ушбу радикулопатик оғриқларни янада кучайтириб беради. Албатта, бу оғриқ қайси нерв илдизининг зарарланганлигига ҳам боғлиқ. Масалан, С5-С6 даражасидаги радикулопатияларда беморлар қўлнинг юқори-ташқи соҳаларида оғриқ сезиб, елка бўғими мушакларида дармонсизлик сезишади. Натижада елка бўғимининг адгезив капсулитига ёки импинжмент синдроми ривожланади.

Жаескле К.А. ва ҳаммуаллифларининг маълумотларига кўра [19], кенгайтирилган мастектомиядан кейинги боскичда давони давом эттириш мақсадида беморларга нур терапияси тавсия қилингандан сўнг, кўпинча юмшоқ тўқималарда фибротик жараённинг кучайиши кузатилиши мумкин. Шунингдек, маҳаллий ўсманинг қайталаниши ва метастазнинг тарқалиши натижасида елка бўғимида плексопатиялар кузатилиши мумкин. Юмшоқ тўқималарнинг фиброзланиш жараёни кучайиши натижасида периферик нервлар, капиллярларнинг ишемик ўзгаришлари ва аксонларнинг миелинизатсияланишлари ўзгариши натижасида нурланишдан кейинги радикулопатия ривожланиши мумкин.

Кўпгина олимлар маълумотларига кўра [10, 27], елка бўғими плексопатияларига жуда кўп патологияларни сабаб қилиб кўрсатиш мумкин. Уларга: Персонейж-Тернер синдроми кабиларни мисол қилиш мумкин. Бу айнан КБР билан даволанган аёлларда бўйин радикулопатияларининг учраши билан ифодаланади.

Шихкеримов Р.К. маълумотларига кўра [21], елка нерв тутамининг зарарланиши компрессион-ишемик генезли мушак-тоник ва невровакуляр характерли бўлиб, Нафсиггер синдроми (олд нарвонсимон мушаклар синдроми), Райт-Мендловичнинг гиперабдуксион синдроми (киичк кўкрак мушаги синдроми) ва Фолкнер-Уеделл юқорин апертурали синдроми (ўмров-қовурғали синдром) каби клиник белгилар беради. Ушбу барча синдромлар асосан кучли оғриқ билан бирга кечиби, КБР сабали мастектомия ўтказган аёлларнинг 5-52% ида учрайди.

Елка бўғими плексопатияларида оғриқнинг жойлашуви кўлтик ости чуқурчаси, елка, қўлнинг медиал юзаларида, кўкрак қафасининг олди соҳаларида бўлиб, унинг пайдо бўлиши операциядан кейинги даврнинг илк боскичларидан то бир неча ойдан сўнг ривожланиши мумкин ҳамда беморларни бир неча йилларгача безовта қилиб туради. Елка бўғими плексопатияларини ташхислашда асосан беморларнинг субектив шикоятлари, елка бўғимини МРТси (кўшимча контраст моддалар билан биргаликда), ПЕТ сканерлаш, зарарланган қўлларда ЭНМГ текширувларининг натижалари чуқур ахборот беради.

Оғриқ синдромининг яна бир кўриниши - бу фантом оғриқлар бўлиб, улар олиб ташланган сут бези ўрнида сезилади. Турли маълумотларга кўра [3], фантом оғриқлар мастектомия қилинган аёлларнинг 30-75% ида учрайди. Уларни “фантомли кўкрак синдроми” (пфантом брест синдроме) деб ҳам аташади. Фантомли кўкрак синдромида олинган кўкрак бези сезилиб, шу соҳада кучли оғриқлар кузатилади.

Фантомли оғриқлар бошқа плексопатик оғриқлар каби йиллар давомида кечиши, беморларнинг ҳаёт сифатини пасайтиришган, кучли жисмоний ва эмотсионал бузилишларга олиб келиши мумкин. Баъзи беморларда симметрик дистал сенсо-мотор аксон-демиелинловчи полинейропатиялар ҳам учраб, уларга клиник белгилар, ЭНМГ ва иммунологик текширишлар натижасида ташхис қўйиш мумкин. Иммунологик текширувлари қон зардоби таркибидаги антинеуронал антитаначаларнинг кузатилиши билан аниқланади. Шунингдек, ушбу иммунологик усул орқали 45-50% беморлар қон зардобидаги антитаначаларни уларда клиник белгилар пайдо бўлишидан бир неча кун олдин ҳам аниқлаш мумкин. Периферик нейропатиялар асосан беморларнинг оёқларидаги оғриқ билан кузатилса, кейинчалик кўп ҳолларда жараёнга қўллар ҳам кўшилади.

Периферик полинейропатияларга олиб келувчи энг кучли дориларга таксанлар кириб, улар 15-82% ҳолатларда клиник кўриниш беради [14]. Шу билан бирга, ушбу кўрсаткич алкалоидларда 30-45% ва платина препаратларидан кейин 28-95% ҳолатларни ташкил қилади. Периферик нейропатияларнинг яна бир кўриниши - мононейропатиялар бўлиб, уларнинг учраш ҳолатлари ҳам

кўп кузатилиши мумкин. Улар ичида билак нерсининг зарарланиши энг кўп учраб, 2-ўринда тирсак нервнинг нейропатияси туради.

4. Лимфа-қон-томирли асоратлар. Лимфа-қон томирли асоратлар асосан лимфостаз шаклида кечади. Лимфостазнинг асосий сабаби сифатида чандикли деформатсияларнинг лимфа фўлларини ёпиб юбориши натижасида бўлиб, бунинг натижасида дастлаб интерстициал бўшлиқда суюклик йиғилади, кейин қўллар, елка камари ва хаттоки, бўйин соҳаларигача шиш кузатилади. КБР сабабли мастектомия ўтказган беморлардаги лимфостаз жараёнини дастлаб 1921 йили В.Холстед фанга киритган бўлиб, унинг “elephantiasis chirurgica” термини шу даврдан бери ишлатилиб келинмоқда.

МсНеелй М.Л. маълумотларига кўра [18], мастектомия операциясини ўтказган беморларнинг 5-31%ида операциядан кейинги илк ой ичида турли даражалардаги лимфедема ривожланади.

Қўллардаги лимедемик шишнинг ривожланиш даражаси асосан лимфа томларининг ангиоархитектоникасига боғлиқдир. Шунга кўра, қўллардаги лимфоид тизим коллекторли, диффуз ёки тугунли шаклларда бўлиши мумкин. Шикоятларда беморлар шишдан ташқари қўллардаги оғирликка, тери рангининг ўзгаришларига, бўғимлардаги ҳаракатларнинг чекланганликларига шикоят қилишади. Айниқса, бу ҳолатлар инфекция ривожланишига мойилликни оширади. Лимфедеманинг ўзи оғриқ синдромига олиб келмайди. Оғриқ бўлиши учун бошқа жараёнларнинг (адгезив капсулит, импинжмент синдром, туннелли невропатиялар, Де Кервен тендовагинитлари ва б.) ҳам қўшилиши таъсир қилади.

Операциядан кейинги даврда аёлларимизда шишнинг ривожланиши нафақат лимфедемада, балки қўлнинг чуқур веналарининг тромбозиди ҳам кузатилиши мумкин. Шунинг учун бу иккала патологияларни дифференциал диагностика қилиш мақсадида қўлнинг магистрал қон-томирларини УТ-доплерографиясини ўтказиш лозим. Ут-доплерография вақтида нафақат қўлнинг чуқур веналарининг тромбози, балки, вертебробазилляр артериялар соҳасида қон айланишининг тақсимланишининг бузилиши бўлган Такаясу синдромининг клиник белгиларини ҳам фарқлаш лозим.

Шундай қилиб, кўкрак беги ракиннинг учраш даражалари қанчалик долзарб муаммо бўлса, унинг давоси ҳам ўзига хос мукамаллик ва асоратларига эга ҳисобланади. Бундай беморларга даво муолажаларини танлаш индивидуал тарзда амалга оширилиши ва комплекс давонинг қайси турининг фойдаланилишига кўра кузатилиши мумкин бўлган асоратларнинг профилактикасини амалга ошириш катта аҳамиятга эга.

Адабиётлар рўйхати:

1. Адамян Л.В., Богданова Е.А., Сибирская Е.В., Сорокина И.Н. Развитие молочных желез у девочек. Обзор литературы // Проблемы репродукции, 6, 2012. С.20-23
2. Аметов А.С., Косян А.А., Пашкова Е.Ю., Пяних О.П. Преимущество применения комплексной терапии диабетической полиневропатии у пациентов с сахарным диабетом типа 2. Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2019; 8 (3): 8–21.
3. Avallone A., Vimonte S., Cardone C., et al. Pathophysiology and Therapeutic Perspectives for Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy. *Anticancer Res* 2022;42(10):4667–4678.
4. Болиева Л.З., Болотина Л.В., Галстян Г.Р. и др. Резолюция совета экспертов «Недостаточность/дефицит витамина В12 в клинической практике». Профилактическая медицина. 2023; 26 (1): 109–113.
5. Cavaletti G., Marmiroli P. Pharmacotherapy options for managing chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity. *Expert Opin Pharmacother*. 2018; 19(2): 113-121.
6. Чиж Г.А., Риков И.В., Орлова Д.С. и соавт. Существующие проблемы профилактики и
- лечения химиоиндуцированной периферической нейропатии: мировой опыт и собственные данные. *Злокачественные опухоли* 2024;14(1):74–82.
7. Грушина Т.И., Кончугова Т.В., Кулчитская Д.Б., Гушина Н.В., Астахова К.А. Методы реабилитации онкологических больных с периферической полинейропатией, индуктированной ситостатиками. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2021;98(1):58–63.
8. Matsuoka H., Clark K., Fazekas B., et al. Phase III, international, multicentre, double-blind, dose increment, parallel-arm, randomised controlled trial of duloxetine versus pregabalin for opioid-unresponsive neuropathic cancer pain: a JORTC-PAL16 trial protocol. *BMJ Open* 2022;12(2):e050182.
9. Molassiotis A., Cheng H.L., Leung K.T., et al. Risk factors for chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients receiving taxane- and platinum-based chemotherapy. *Brain Behav* 2019;9(6):e01312. <https://doi.org/10.1002/brb3.1312>
10. Raufov F. M. Statistical analysis of endometriosis, prostate, and breast cancer incidence

in samarkand state: a retrospective review of patient data (2022–2024) // European journal of modern medicine and practice Vol. 4 No. 11 (Nov - 2024) EJMP ISSN: 2795-921X. P 174-179.

11. Рахимов Н.М., Рауфов Ф.М., Шаханова Ш.Ш. Факторы прогноза ретсидива злокачественных герминогенных опухолей яичек. // Клиническая и экспериментальная онкология, №4(22)–2022. С. 75-79.

12. Sa'dulloeva S, Raufov F, Bakhadirova M, Nasirova N, Pekhanova Y, Mamarasulova I, et al. Development of a chatbot for mental health support using ai-intelligent. Health Leadership and Quality of Life. 2024;3:178. <https://doi.org/10.56294/hl2024.178>

13. Широкова И. Прожерина Ю. Рак молочной железы: взгляд экспертов // Ремедиум. №10, 2016. С.53-58.

14. Staff N.P., Grisold A., Grisold W., Windebank A.J. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A current review. Ann Neurol 2017;81(6):772–781. <https://doi.org/10.1002/ana.24951>

15. Супонева Н.А., Гришина Д.А., Грозова Д.А., Казиева М.С. Полинейропатии: общие принципы классификации, диагностики и лечения. Эффективная фармакотерапия. 2025; 21 (17): 28–34.

16. Супонева Н.А., Гришина Д.А., Нарбут А.М., Казиева М.С. Транстиретиновая семейная амилоидная полинейропатия: рол и диагностическая значимость лабораторных и

инструментальных методов обследования в первичной диагностике. РМЖ. 2024; 4: 36–41.

17. Тихонова О.А., Дружинин Д.С., Дружинина Е.С., Рукосуева М.А. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия на фоне применения ингибиторов контрольных точек: клинические наблюдения. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2024; 18 (1): 98–104.

18. William J.G., Meena S.M., Jame A., et al. NCCN Guidelines insights: breast cancer, version 4.2023. J Natl Compr Canc Netw 2023;21(6):594–608.

19. Холодова Н.Б., Сотников В.М., Добровольская Н.Ю., Понкратова Ю.А. Особенности клинических проявлений и лечения полинейропатии, развившейся после химиотерапии // Журнал неврологии и психиатрии, 5, 2013. С. 20-24.

20. Zis P., Sarrigiannis P.G., Rao D.G., et al. Chronic idiopathic axonal polyneuropathy: a systematic review. J. Neurol. 2016; 263 (10): 1903–1910.

21. Золотовская И.А., Давидкин И.Л., Локштанова Т.М., Орлов А.Е. Клинические проявления полинейропатии у онкологических больных на фоне химиотерапии и возможность их фармакокоррекции (результаты наблюдательной программы посеидон). Архивъ внутренней медитсини. 2018; 8(2): 137-144.

Иктибос учун: Рауфов Ф.М., Ярмухамедова Н.А., Улмасов Ф.Г. Сут беги саратони билан касалланган беморларни турли даволаш усуллари ва асоратлари // Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси. – 2026. – № 2(22). – Б. 300–305. [doi: https://doi.org/10.5281/zenodo.18643163](https://doi.org/10.5281/zenodo.18643163)