

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТТИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

**Соғлиқни сақлаш вазирлиги
хузуридаги Илмий техник кенгаш
раиси _____ Ш.К.Атаджанов**

**Жумаев Азам Убайдуллаевич, Саидов Гофур Нормуродович, Саноев
Бахтиёр Абдурасулович**

**ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИДА РЕКОНСТРУКТИВ –
ПЛАСТИК ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
(Монография)**

УДК: 616-006.6:617.52-089.844

Тузувчи:

**Жумаев А.У., Саидов Ғ.Н., Саноев Б.А. // «ОҒИЗ БЎШЛИҒИ
ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИДА РЕКОНСТРУКТИВ – ПЛАСТИК
ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ»:
Монография //**

Республика ихтисослашган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази бухоро филиали 3-хирургия бош-бўйин онкологи: PhD

Республика ихтисослашган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази бухоро филиали директори, PhD

Абу Али Ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтти Паталогик физиология ва паталогик анатомия кафедраси доценти, PhD

Такризчилар

Болтаев М.И. – Республика ихтисослашган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали., DSc

Тўраев У.Р. – Абу Али Ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтти Паталогик физиология ва паталогик анатомия кафедраси доценти, PhD

Аннотатсия

Мазкур монография оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида реконструктив–пластик жарроҳлик амалиётларини такомиллаштириш масалаларига бағишланган бўлиб, замонавий клиник онкология ва реконструктив жарроҳликнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади. Сўнгги йилларда дунё миқёсида бош ва бўйин соҳаси онкологик касалликлари орасида оғиз бўшлиғи хавфли ўсмалари учраш тезлиги ортиб бораётгани, уларнинг кўпинча кеч босқичларда аниқланиши ҳамда беморларнинг ҳаёт сифати ва функционал ҳолатига жиддий таъсир кўрсатиши ушбу муаммонинг долзарблигини янада кучайтирмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотлари ва халқаро онкологик кузатув маълумотларига кўра, оғиз бўшлиғи саратони билан касалланиш ва ундан ўлим кўрсаткичлари бир қатор мамлакатларда юқори бўлиб қолмоқда, айниқса касалликнинг локал ва маҳаллий тарқалган шаклларида даволаш натижалари ҳануз қониқарли даражага эришмаган.

Мазкур илмий ишнинг яна бир муҳим жиҳати шундан иборатки, унда реконструктив-пластик жарроҳликнинг клиник амалиётдаги иқтисодий ва ижтимоий самарадорлиги ҳам кўрсатиб ўтилган. Такомиллаштирилган жарроҳлик усуллари беморларнинг стационарда қолиш муддатини қисқартириши, реабилитатсия даврини тезлаштириши ва умумий даволаш харажатларини камайтириши мумкинлиги асослаб берилган.

Монография амалий йўналтирилган илмий манба бўлиб, у онкологлар, юз-жағ жарроҳлари, реконструктив ва пластик жарроҳлар, резидентлар ҳамда тиббиёт олий таълим муассасалари талабалари учун фойдали қўлланма сифатида хизмат қилади. Монографияда баён этилган назарий ва амалий маълумотлар клиник амалиётга замонавий реконструктив ёндашувларни жорий этиш, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва онкологик натижаларни оптималлаштиришга қаратилганлиги билан алоҳида аҳамиятга эга.

Аннотация

Данная монография посвящена вопросам совершенствования реконструктивно-пластических хирургических операций при злокачественных опухолях полости рта и является одним из актуальных направлений современной клинической онкологии и реконструктивной хирургии. В последние годы во всем мире наблюдается рост частоты злокачественных новообразований области головы и шеи, в том числе опухолей полости рта, которые нередко выявляются на поздних стадиях и оказывают существенное влияние на качество жизни и функциональное состояние пациентов. По данным международных организаций здравоохранения и онкологических наблюдений, показатели заболеваемости и смертности от рака полости рта в ряде стран остаются высокими, особенно при локально распространённых формах заболевания, когда результаты лечения до сих пор не достигают удовлетворительного уровня.

Одним из важных аспектов данной научной работы является то, что в ней также отражена клиническая, социальная и экономическая эффективность реконструктивно-пластической хирургии. Обосновано, что усовершенствованные хирургические методы позволяют сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, ускорить процесс реабилитации и снизить общие затраты на лечение. Это, в свою очередь, способствует повышению качества оказания высокотехнологичной медицинской помощи в системе здравоохранения.

Монография представляет собой практико-ориентированный научный источник и может служить полезным пособием для онкологов, челюстно-лицевых хирургов, реконструктивных и пластических хирургов, врачей-резидентов, а также студентов высших медицинских учебных заведений. Кроме того, представленные научные выводы и практические рекомендации имеют важное значение для совершенствования комплексной стратегии лечения пациентов со злокачественными опухолями полости рта. Теоретические и практические данные, изложенные в монографии,

направлены на внедрение современных реконструктивных подходов в клиническую практику, улучшение качества жизни пациентов и оптимизацию онкологических результатов лечения.

Annotation

This monograph is devoted to the improvement of reconstructive and plastic surgical operations for malignant tumors of the oral cavity and represents one of the actual directions of modern clinical oncology and reconstructive surgery. In recent years, the global incidence of malignant neoplasms of the head and neck region, including oral cavity tumors, has been increasing. These diseases are often diagnosed at advanced stages and significantly affect patients' quality of life and functional status. According to data from international health organizations and oncological monitoring systems, morbidity and mortality rates associated with oral cavity cancer remain high in a number of countries, especially in locally advanced forms of the disease, where treatment outcomes have not yet reached a satisfactory level.

An important aspect of this scientific work is that it also highlights the clinical, social, and economic effectiveness of reconstructive and plastic surgery. It is substantiated that improved surgical approaches can reduce the duration of hospital stay, accelerate the rehabilitation process, and decrease overall treatment costs. This, in turn, contributes to improving the quality of high-technology medical care within the healthcare system.

The monograph is a practice-oriented scientific source and may serve as a useful guide for oncologists, maxillofacial surgeons, reconstructive and plastic surgeons, medical residents, as well as students of higher medical educational institutions. Furthermore, the scientific conclusions and practical recommendations presented in the study are of significant importance for improving comprehensive treatment strategies for patients with malignant tumors of the oral cavity. The theoretical and practical data presented in the monograph are aimed at implementing modern reconstructive approaches into clinical practice, improving patients' quality of life, and optimizing oncological treatment outcomes.

МУНДАРИЖА

| | |
|--|----|
| ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР ВА АТАМАЛАР РЎЙХАТИ | 8 |
| КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)..... | 9 |
| I БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИНГ ҲАВФЛИ ЎСМАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА РЕКОНСТРУКТИВ-ПЛАСТИК ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ ЯНГИЧА ТАЛҚИНИ (АДАБИЁТЛАР ТАХЛИЛИ) | 20 |
| § 1.1 Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ҳавfli ўсмаларининг эпидемиологияси ва иммуногистокимёвий ташхисоти | 20 |
| § 1.2. Оғиз бўшлиғи саратонини комплекс даволашнинг замонавий тамойиллари..... | 27 |
| § 1.3. Оғиз бўшлиғи маҳаллий тарқалган саратонида жарроҳлик йўли билан даволашда катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскути ёрдамида нуқсонни тиклаш самарадорлиги .. | 35 |
| § 1.4 Оғиз бўшлиғининг ҳавfli ўсмалари учун реконструктив пластик жарроҳликдан кейинги асоратларнинг учраш даражалари | 39 |
| II БОБ. КЛИНИК МАТЕРИАЛ ТЎҒРИСИДА УМУМИЙ МАЪЛУМОТ..... | 44 |
| § 2.1 Тадқиқотнинг материали ва усуллари | 44 |
| § 2.2 Тадқиқотда беморларнинг клиник хусусиятлари ва текшириш усуллари. | 46 |
| § 2.3 Текшириш усуллари ва унинг натижалари | 51 |
| § 2.4 Даволаш усуллари..... | 54 |
| § 2.5. Тадқиқот материалларини статистик таҳлил усуллари. | 56 |
| III БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ҲАВФЛИ ЎСМАЛАРИДА СТАНДАРТ КОМБИНИРЛАШГАН ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ | 59 |
| § 3.1. Стандарт даволаш гуруҳидаги беморларни касаллик тарқалиш даражаси ва даволаш усуллари бўйича тақсимланиши | 62 |

| | |
|---|-----|
| IV БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИҒИ САРАТОНИДА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН ҲОСИЛ БЎЛГАН ДЕФЕКТЛАРНИ РЕКОНСТРУКТИВ-ПЛАСТИК УСУЛЛАР БИЛАН БАРТАРАФ ҚИЛИШ..... | 68 |
| § 4.1 Оғиз бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётидаги кейинги ҳосил бўлган деффектларни катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскути билан бартараф этиш. | 68 |
| § 4.2 Оғиз бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётидаги кейинги ҳосил бўлган деффектларни эркин билак ички юзаси тери фациал лоскутидан фойдаланиш натижалари..... | 78 |
| § 4.3 Оғиз бўшлиғи саратонида кузатилган жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар. | 94 |
| V БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИДА ДАВОМИЙ ЎСИШ, РЕЦИДИВ ВА МЕТАСТАЗЛАР ЧАСТОТАСИ ҲАМДА ЯШОВЧАНЛИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ. | 97 |
| ХОТИМА | 107 |
| ХУЛОСАЛАР. | 120 |
| АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР..... | 122 |
| Фойдаланилган адабиётлар рўйхати | 123 |

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР ВА АТАМАЛАР РЎЙХАТИ

| | |
|---------------|--|
| ОП | - операция |
| МХТ | - монокимиотерапия |
| ХТ | - химиотерапия |
| ТГТ | - телегамматерапия |
| МСКТ | – мультиспирал компьютер томография |
| МРТ | – магнитно - резонансная томография |
| ПЭТ/КТ | – позитрон - эмиссион компьютер томография |
| ПХТ | - полихимиотерапия |
| НТ | – нур терапияси |
| ФФО | -фациал - футляр операция |
| Гр | - Грей (ионлаштирувчи нурнинг доза бирлиги) |
| ЎХД | - ўсманинг хавфлилик даражаси –Grade (Gr I - II - III - IV) |
| УЯК | - умумий яшаш кўрсаткичи |
| MTS | - метастаз |

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Оғиз бўшлиғи шиллиқ каватининг саратонини ташхислаш ва даволаш клиник онкологиянинг долзарб муаммоларидан биридир. Globacan маълумотига кўра «... 2022 йилда лаб ва оғиз бўшлиғи саратони билан дунёда 389 846 нафар инсон касалланган ва 188 438 нафар инсон вафот этган ...»¹. Оғиз бўшлиғи саратонининг асосий даволаш усулларида бири жарроҳлик усулидир. Уларнинг локал ва маҳаллий тарқалиши жарроҳлик амалиётидан сўнг юзага келадиган нуқсонлар ҳаётий функцияларда, жумладан нафас олиш, овқатланиш, нутқда жиддий бузилишлар, шунингдек, беморнинг ташқи кўринишидаги жиддий бузилишлар билан бирга келади. Шубҳасиз, бундай беморларнинг ҳаёт сифати ва ижтимоий мослашуви жуда паст даражада бўлади. Бу асоратлар жарроҳлик аралашувнинг радикалигини камайтиради. Буларнинг барчаси оптимал эстетик ва функционал натижаларга эришиш учун нуқсонларни тиклашнинг самарали усулларида фойдаланишни талаб қилади ва бу замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан биридир.

Жаҳонда оғиз бўшлиғи саратонини даволашдаги ишлаб чиқилган усулларнинг ютуқларига қарамай, касалликнинг маҳаллий тарқалган шаклларидаги прогнози қониқарсизлигича қолмоқда ва кўплаб муаммоларни ҳал қилиш бўйича қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада, аъзо сақловчи ва функционал тежамкор даволаш клиник онкологияда устувор илмий ва амалий йўналишга айланмоқда. Ушбу йўналишнинг янада ривожланиши юқори аниқликдаги тиббий технологиялардан фойдаланиш билан боғлиқ. Аксарият мутахассисларнинг илмий ишларида жарроҳлик амалиётида юзага келадиган анатомик ва функционал нуқсонларни реконструктив-пластик тиклаш билан даволаш усуллари такомиллаштирилган. Аммо аксарият мутахассислар орофарингеал бўшлиқнинг бирламчи пластик жарроҳлик самарадорлиги ҳақида умумий

¹ https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=1

кабул қилинган фикрга эга эмаслар, бу эса уни амалга оширишнинг янги усулларини излашни талаб қилади ва бу борада истиқболли илмий тадқиқотларни олиб бориш алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, онкологик касалликларга қарши кенг кўламли кураш ишларининг амалга оширилиши онкологик касалликларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган. Оғиз бўшлиғи саратонида тиббий-ижтимоий реабилитация ва ногиронликни таҳлил қилиш масалалари ҳозиргача кам ўрганилган. Оғиз бўшлиғининг хавfli неоплазмалари бўлган беморларни реабилитация қилиш онкология ва реконструктив пластик жарроҳликда долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Оғиз бўшлиғи ўсмалари билан оғриган беморларни даволаш ва реабилитация қилишнинг яхшилانган натижаларига умид қилиш имконини берадиган соҳалардан бири бу микрожарроҳлик усулларидан фойдаланган ҳолда реконструктив жарроҳликдир. Шу муносабат билан, «... аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш бўйича...»² вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, жумладан, мавжуд диагностика усулларини такомиллаштириш ва янгиларини излашга, шунингдек, оғиз бўшлиғи хавfli ўсмаларда адекват жарроҳлик ва терапевтик даволаш усулларини такомиллаштириш юзасидан тадқиқотларни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида», 2021 йил 5 майдаги ПФ-6221-сон «Соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотларни изчил давом эттириш ва тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш учун зарур шарт-

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

шароитлар яратиш тўғрисида», 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2021 йил 27 майдаги ПҚ-5130-сон «Аҳолига гематологик ва онкологик хизматларини кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш тўғрисида»ги Қарор ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Сўнгги ўн йилликларда бутун дунё бўйлаб оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва орофаренкс саратони билан касалланиш ва ўлим даражасининг барқарор ўсиши кузатилмоқда ва бу онкопатология таркибида 2,3% ни ташкил қилади. Ҳар йили ушбу касаллик билан янги ташхиси бўлган 90 минг бемор рўйхатга олинади (Holmes J. D. et.al., 2010). Реконструктив-пластик жарроҳлик ва микрожарроҳлик трансплантацияси усулини жорий этиш натижасида аутогрефтлар, саратон беморларига ёрдам бериш имкониятлари сезиларли даражада кенгайди, айниқса кенг тарқалган маҳаллий тарқалган ўсмаларни даволаш. (Чиссов В.И., Решетов И.В., 2001).

2021 йилда Ўзбекистон Республикасида 25 578 та хавфли ўсма касалликлари аниқланган. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ҳавфли ўсмалари 2,3% ни ташкил қилган (М.Н. Тилляшайхов, 2022). А.А.Ганиевнинг (2020) маълумотига кўра, сўнгги 10 йил ичида (2008-2017й.) орофаренгиал соҳасининг хавфли ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичлари ўрганилган. Оғиз бўшлиғи саратонининг маҳаллий ривожланган шакллари билан оғриган беморлар комбинирлашган ёки комплекс даволаш усулларидадан ўтадилар. Шу

билан бирга, кимёвий ёки нур терапияси комбинирлашган ва комплекс даволашнинг бир қисми сифатида қўлланилинган. (М.Г. Джумаева, А.Я. Бяшимова 2021йил).

Шундай қилиб, ҳозирги даврда оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида реконструктив – пластик жарроҳлик амалиётларини такомиллаштириш клиник онкологиянинг долзарб муаммоси сифатида қолиб келмоқда.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг “Онкология” кафедраси «Хавфли ўсма касалликларини ташхислаш ва даволашнинг янги усулларини ишлаб чиқиш» мавзусидаги илмий-тадқиқоти доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: Оғиз бўшлиғи саратонидан кейин ҳосил бўлган нуқсонларни бартараф этишда реконструктив-пластик усулларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

оғиз бўшлиғи саратонида стандарт даволаш усулларини самарадорлигини ретроспектив таҳлил қилиш;

оғиз бўшлиғини юмшоқ тўқималар нуқсонини бартараф этишда реконструкция жарроҳлик амалиёти натижаларини баҳолаш;

оғиз бўшлиғидаги нуқсонларни эркин билак ички юзаси лахтаги ёрдамида тиклашда микрожарроҳлик операциялари натижаларини ўрганиш;

оғиз бўшлиғи саратонидан кейин ҳосил бўлган нуқсонларни реконструкция жарроҳлик амалиёти орқали тикланган тўқималарни функционал ҳолатига баҳо бериш ва асоратларининг таҳлил қилиш;

оғиз бўшлиғи саратонида турли даволаш усулларини самарадорлигини қиёсий баҳолаш ва адекват даволаш тадбирларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти бўлиб Республика Ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология Илмий Амалий Тиббиёт Марказининг Бухоро вилоят филиалида 2011 йилдан 2023 йилгача оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида

комбинирлашган ва комплекс даволаш усуллари 116 та беморда қиёсий равишда реконструктив – пластик жарроҳлик усуллари қўллаган ҳолда даволанган беморлар олинди.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмаларида реконструктив-пластик жарроҳлик амалиётларини такомиллаштиришда жарроҳлик усулидан ташқари рентген, УЗИ, МСКТ, МРТ, МСКТ+ангиография, ПЭТ/КТ текширув усуллари натижалари, морфологик текшириш усуллари ва комплекс даволаш: операция, кимёвий терапия ва нур терапия усуллари натижалари олинди.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмаларида реконструктив-пластик жарроҳлик амалиётларини такомиллаштиришда клиник, инструментал, патоморфологик ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

оғиз бўшлиғи саратонида жарроҳлик амалиётидан кейин ҳосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилда юзага келадиган чайнаш, ютиниш ва нутқ бузулиши нуқсонларни бартараф қилишда реконструктив-пластик жарроҳлик аралашув орқали функционал ҳолатларнинг адекват қон билан таъминланиши ҳисобига қўлланиши исботланган.

оғиз бўшлиғи саратонида жарроҳлик амалиётидан кейин ҳосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилдаги кенг нуқсонларни бартараф қилишда микрожарроҳлик усулида реиннервация қилинган радиал лоскут қўлланилиши техникаси такомиллаштирилган;

оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмаларида тил нуқсонини бартараф қилишда эркин биلاق ички юзаси тери-фасциал ва нерв қон-томир лоскут билан нуқсонларни тиклаш комбинирлашган ва комплекс усуллари рецидивни камайтириш ҳисобига қўлланиши исботланган;

микрохирургик жарроҳлик амалиётлардан кейинги эрта даврда аутотрансплантатнинг некрозини профилактика қилиш мақсадида жароҳатни очиқ усулда олиб бориш билан маҳаллий антикоагулянт терапия қўллаш

орқали қон томирлар анастомозини тромбозни олдини олиш усули қўллаш исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

оғиз бўшлиғи ва тил жарроҳлик амалиёти нуқсонини тиклаш учун тавсия этилган фаол аралашуви операциядан кейинги асоратларнинг улушини камайтириши ва шунга мос равишда ҳаёт фаолиятини яхшилаши аниқланган;

жарроҳлик аралашуви хажми-гемиглоссэктомия ва бўйин лимфатугунларини лимфодиссекцияси, шунингдек реиннервация қилинган микрожарроҳлик пластик жарроҳлиги тери - биладан фасциал радиал лоскутини олиш усули, ижтимоий реабилитация яхшиланди ва беморларни даволаш муддатларини қисқартириши аниқланган;

оғиз бўшлиғи сартонини комплекс даволашда реконструктив -пластик операцияни ўрни ўрганилиб, беморларда онкологик натижаларни яхшиланишига олиб келиши ва эрта реабилитация бошлаш орқали оғиз бўшлиғи ҳамда тилнинг ҳаётий ва эстетик функциясининг тезда тикланиши имконини бериши аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги қўлланилган реконструктив-пластик жарроҳлик усулида назарий ҳамда амалий ёндашув ва олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи инструментал, клиник, патоморфологик ва статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, оғиз бўшлиғи ҳавфли ўсмаларида реконструктив-пластик жарроҳлик амалиётларини такомиллаштиришда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти оғиз бўшлиғи ва тил сартонини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги нуқсонларини бартараф этиш бўйича билим ва кўникмаларни кенгайтиришга муҳим ҳисса

қўшади ва тадқиқот натижаларининг оғиз бўшлиғи ва тил саратонини ташхислаш, жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги нуқсонларини бартараф этишда янги технологиялар ва алгоритмларни қўллаш орқали даво самарасини яхшилашдан иборат бўлиб, такомиллаштирилган реконструктив-пластик микрохирургик амалиёти учун эркин билакнинг ички юзаси тери-фасциал ва нерв лоскутини кенг қўллаш усули операциядан кейинги асоратларни, рецидивларни камайтириб, беморларнинг тикланишини тезлаштириши ва ётоқ кунларини қисқариши билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг натижаларининг амалий аҳамияти, такомиллаштирилган яни юқори технологик жарроҳлик амалиётини қўллаш орқали оғиз бўшлиғи ва тил хавfli ўсмаларида жарроҳлик амалиётидан кейинги нуқсонини бартараф этиш билан бир қаторда функциясини тиклаш учун функционал жиҳатдан етарли даражада, эркин билакнинг ички юзаси тери-фасциал ва нерв лоскутини кенг қўллаш усули бўлиб, у оғиз бўшлиғи ва тилнинг эстетик ва функционал фаолиятини(чайнаш, ютиниш, нутқ каби) тиклаш ва асоратларни камайтириш орқали бошқа усулларга нисбатан рецидив, ўсмани давомли ўсишини қисман камайтиради, ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради ва операциядан кейинги стационарда қолиш муддатини қисқартиришга ва дори-дармон ҳамда даволаш харажатларини камайтириши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги илмий техник кенгашининг 2024 йил 22 октябрдаги 07/27-сон қарорига кўра:

Биринчи илмий янгилик: оғиз бўшлиғи саратонида жарроҳлик амалиётидан кейин ҳосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилда юзага келадиган чайнаш, ютиниш ва нутқ бузулиши нуқсонларни бартараф қилишда реконструктив-пластик жарроҳлик аралашув орқали функционал ҳолатларнинг адекват қон билан таъминланиши ҳисобига қўлланиши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё вилоят филиалининг 2023 йил 09 октябр №153-І-сонли ҳамда Самарқанд вилоят филиалининг 2023 йил 07

ноябр №163-сонли буйруқлари билан клиник амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* тадқиқот натижалари бўйича оғиз бўшлиғи саратонидан кейин хосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилда нуқсонлар бартараф қилишда реконструктив-пластик жарроҳлик амалиёти аралашуви орқали ретроспектив таҳлили асосида чайнаш, ютиниш, нутқ ва таъм билиш каби функционал ҳолатларнинг тикланганлиги аниқланди. *Иқтисодий самарадорлиги:* тадқиқот натижалари асосида оғиз бўшлиғи саратонидан кейин хосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилда юзага келадиган чайнаш, ютиниш, нутқ ва таъм билиш каби нуқсонларни бартараф қилишда реконструктив-пластик жарроҳлик амалиёти аралашуви орқали юқоридаги функционал ҳолатларнинг тикланиши учун ўртача 1865000 сўмни иқтисод қилиш имконини берган. *Хулоса:* Ретроспектив таҳлили асосида қиёсий жиҳатдан оғиз бўшлиғи саратонидан кейин хосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилда юзага келадиган чайнаш, ютиниш, нутқ ва таъм билиш каби нуқсонларни бартараф қилишда реконструктив-пластик жарроҳлик амалиёти аралашуви орқали юқоридаги функционал ҳолатларнинг тикланиши учун ҳар бир нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 1865000 сўмгача иқтисод қилиш имконини берган;

Иккинчи илмий янгилик: оғиз бўшлиғи саратонида жарроҳлик амалиётидан кейин хосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилдаги кенг нуқсонларни бартараф қилишда микрожарроҳлик усулида реиннервация қилинган радиал лоскут қўлланилиши техникаси такомиллаштирилганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё вилоят филиалининг 2023 йил 09 октябр №153-І-сонли ҳамда Самарқанд вилоят филиалининг 2023 йил 07 ноябр №163-сонли буйруқлари билан клиник амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* Оғиз бўшлиғи саратонидан кейин хосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилдаги кенг нуқсонларни микрожарроҳлик усулида реиннервация қилинган радиал лоскутни алоҳида ажратиш олиш ҳамда қўллаш орқали нуқсонларни бартараф этилиши ва самарали даволаш тактикасини белгилаш имконини берган.

Иқтисодий самарадорлиги: оғиз бўшлиғи саратонидан кейин хосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилдаги кенг нуқсонларни микрожарроҳлик усулида реиннервация қилинган радиал лоскутни алоҳида ажратиш олиш ҳамда қўллаш орқали нуқсонларни бартараф этилиши учун ўртача 950000 сўмни ташкил этган. *Хулоса:* Оғиз бўшлиғи саратонидан кейин хосил бўлган оғиз бўшлиғи ва тилдаги кенг нуқсонларни микрожарроҳлик усулида реиннервация қилинган радиал лоскутни алоҳида ажратиш олиш ҳамда қўллаш орқали нуқсонларни бартараф этилиши учун бир нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 950000 сўмгача иқтисод қилиш имконини берган;

Учинчи илмий янгилик: оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмаларида тил нуқсонини бартараф қилишда эркин билак ички юзаси тери-фасциал ва нерв қон-томир лоскут билан нуқсонларни тиклаш комбинирлашган ва комплекс усулларини рецидивни камайтириш ҳисобига қўлланиши исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё вилоят филиалининг 2023 йил 09 октябр №153-сонли ҳамда Самарқанд вилоят филиалининг 2023 йил 07 ноябр №163-сонли буйруқлари билан клиник амалиётга жорий этилган. *Ишжтимоий самарадорлиги:* оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмаларида тил нуқсонини бартараф қилишда эркин билак ички юзаси тери-фасциал ва нерв қон-томир лоскут билан нуқсонларни тиклаш, комбинирлашган ва комплекс усулларини қўллаш бошқа усулларга нисбатан рецидив, ўсмани давомли ўсишини қисман камайтириш орқали яшовчанлик кўрсатгичини ошиши имконини берган. *Иқтисодий самарадорлиги:* тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган тавсиялар оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмаларида тил нуқсонини бартараф қилишда эркин билак ички юзаси тери-фасциал ва нерв қон-томир лоскут билан нуқсонларни тиклаш, комбинирлашган ва комплекс усулларини қўллаш бошқа усулларга нисбатан рецидив, ўсмани давомли ўсишини қисман камайтириш орқали яшовчанлик кўрсатгичини ошиши каби афзалликлар учун ўртача 1065000-1225000 сўмни ташкил этган. *Хулоса:* оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмаларида тил

нуқсонини бартараф қилишда эркин билак ички юзаси тери-фасциал ва нерв қон-томир лоскут билан нуқсонларни тиклаш, комбинирлашган ва комплекс усуллари қўллаш бошқа усулларга нисбатан рецидив, ўсмани давомли ўсишини қисман камайтириш орқали яшовчанлик кўрсаткичини ошиши каби афзалликлар учун бир нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 1065000 сўмдан 1225000 сўмгача иқтисод қилиш имконини берган;

Тўртинчи илмий янгилик: микрохирургик жарроҳлик амалиётлардан кейинги эрта даврда аутотрансплантатнинг некрозини профилактика қилиш мақсадида жароҳатни очиқ усулда олиб бориш билан маҳаллий антикоагулянт терапия қўллаш орқали қон томирлар анастомозини тромбозни олдини олиш усули қўллаш исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё вилоят филиалининг 2023 йил 09 октябр №153-І-сонли ҳамда Самарқанд вилоят филиалининг 2023 йил 07 ноябр №163-сонли буйруқлари билан клиник амалиётга жорий этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* таклиф этилган микрохирургик жарроҳлик усулини қўллашда томирлар анастомозини фаолиятини таъминлаш ва тромбоз асоратини олдини олиш мақсадида жароҳатни очиқ усулда олиб бориш ҳамда тромб ҳосил бўлишига қарши маҳаллий антикоагулянт дори воситаларни қўллаш орқали аутотрансплантатнинг некрози олди олиниб, тўқималар функцияси тикланганлиги имконини берган. *Иқтисодий самарадорлиги:* микрохирургик жарроҳлик усулини қўллашда томирлар анастомозини фаолиятини таъминлаш ва тромбоз асоратини олдини олиш мақсадида жароҳатни очиқ усулда олиб бориш ҳамда тромб ҳосил бўлишига қарши маҳаллий антикоагулянт дори воситаларни қўллаш орқали аутотрансплантатнинг некрози олди олиниб, тўқималар функцияси тикланиши учун давлат бюджетидан 750000 минг харажатларни иқтисод қилишга эришилади. *Хулоса:* микрохирургик жарроҳлик усулини қўллашда томирлар анастомозини фаолиятини таъминлаш ва тромбоз асоратини олдини олиш мақсадида жароҳатни очиқ усулда олиб бориш ҳамда тромб ҳосил бўлишига қарши маҳаллий антикоагулянт дори воситаларни қўллаш орқали

ауто трансплантатнинг некрози олди олиниб, тўқималар функцияси тўлиқ тикланиши учун давлат бюджетидан 750000 минг харажатларни иқтисод қилишга қилиш имконини берган.

А.У.Жумаевнинг «**Оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида реконструктив – пластик жарроҳлик амалиётларини такомиллаштириш**» мавзусидаги диссертация тадқиқотида олинган юқоридаги илмий янгиликлар бошқа соғлиқни сақлаш муассаларига жорий этиш бўйича Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш марказининг 2023-йил 27-сентябрдаги 2-сон хати Соғлиқни Сақлаш вазирлигига тақдим этилган.

Илмий натижаларнинг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та республика ва 2 та халқаро илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг нашр этилганлиги. Диссертация мавзуси бўйича 18 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 8 та мақола, жумладан, 6 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хулосалар, амалий тавсиялар ва қўлланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 137 бетни ташкил этади.

I БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИНГ ҲАВФЛИ ЎСМАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА РЕКОНСТРУКТИВ-ПЛАСТИК ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ ЯНГИЧА ТАЛҚИНИ (АДАБИЁТЛАР ТАХЛИЛИ)

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг саратони, бош ва бўйин аъзоларининг хавfli ўсмаларининг энг кенг тарқалган шакли бўлиб, унинг агрессив ўсиши ва ёмон прогнози билан тавсифланади [55; 3-9-б.; 137; 19–27-б.; 143; 406–417-б.]. Ташхислаш усуллари такомиллаштириш ва профилактик текширувлар тизимини модернизация қилиш бугунги кунда қутилган натижаларни бермаётгандиги бевосита кўп ҳолларда ташхис касалликнинг кеч босқичида аниқланиши билан изоҳланади [22; 287—293-б.; 113; 23-29-б.]. Касаллик, эътиборсизлик ва ўлимнинг юқори даражаси туфайли оғиз бўшлиғи саратони бугунги кунда бутун дунё бўйлаб онкологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади [133; 50–53-б.; 112; 867–873-б.].

§ 1.1 Оғиз бўшлиғи шиллик қавати хавfli ўсмаларининг эпидемиологияси ва иммуногистокимёвий ташхисоти

Оғиз бўшлиғи саратони энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, дунёнинг кўплаб мамлакатларида тобора кучайиб бораётган соғлиқ муаммосидир. Буюк Британияда ушбу патологиянинг бирламчи касалланиш даражаси сўнгги ўн йил ичида 49% га ошди ва Cancer Research UK прогнозларига кўра, оғиз бўшлиғи саратони тарқалиши 2035 йилга келиб яна 33% га ошади. Саратон пайдо бўлишининг олдини олиш ёки уни эрта аниқлаш бўйича тегишли чоралар кўрилмаса, бу статистика келажакда глобал фалокатга олиб келиши мумкин [11; 44–49-б.]. Қўшма Штатларда ясси хужайрали карциноманинг йиллик касалланиши 40 минг, Европада - 60 минг ва Россияда - 60 мингни ташкил қилган. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг саратон касаллигининг энг юқори даражаси Ҳиндистонда - 70% ни ташкил қилади. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг саратони дунёдаги энг кенг тарқалган хавfli ўсмалар орасида 6-9 ўринда туради [84; 38-42-б.].

Бош ва бўйин соҳаси хавфли ўсмаларини, шу жумладан оғиз хавфли ўсмаси бўшлиғи, дунёдаги энг кенг тарқалган саратон касалликлари орасида 7-ўринни эгаллайди ва ҳар йили 660 000 дан ортиқ янги ҳолатлар аниқланади, улардан 325 000 таси ўлимга олиб келади. Cancer Research UK (CRUK, 2015) тадқиқотларига кўра, Буюк Британияда оғиз бўшлиғи саратонининг умумий сони ўсишда давом этмоқда ва сўнгги 10 йил ичида тахминан 60% га ошган [107; 161-164-б.]. Эркаклар орасида глобал касалланиш ва ўлим даражаси юқориликча қолмоқда, дунё бўйлаб 150 000 та ҳолат аниқланса ва 70 000 ўлим кузатилади. Бироқ, шунга қарамай, далиллар аёлларда оғиз бўшлиғи саратонининг ортиб бориш тенденциясини ва Европа ва Қўшма Штатлардаги эркакларда пасайиш тенденциясини кўрсатади [132; 1-10-б.]. Оғиз бўшлиғи саратони билан касалланишнинг энг юқори (100 000 кишига) Меланезияда, хусусан Папуа-Янги Гвинея (эркак = 22,2; аёл = 11,9), Жанубий, Марказий Осиё (эркак = 13,3; аёллар = 4,6) ва Шарқий Европада аниқланади, (эркаклар = 9,2; аёллар = 1,9) [145; 209-249-б.].

Оғиз бўшлиғининг ясси хужайрали карциномаси оғиз бўшлиғи саратонининг барча ҳолатларининг 90% дан ортиғини ташкил қилади [23; 64-76-б.; 127; 23-70- б.].

А.А.Ганиевнинг (2020) маълумотиغا кўра, сўнгги 10 йил ичида (2008-2017й.) орофаренгиал соҳасининг хавфли ўсмалари билан касалланиш кўрсаткичлари ("қўпол" ва "стандартлаштирилган") эркаклар ва аёллар ўртасида 2% га камайган. Аммо шунга қарамай, айрим вилоятларда Навоий (3,4), Қашқадарё (3,6) ва Бухоро вилоятларида (3,1) касалланиш юқориликча қолмоқда. Касалликнинг ўсиш суръати мос равишда - 11,4%, 5,0% ва 12,5% ни ташкил этди, паст кўрсаткичлар қайд этилган ҳудудлар, Андижон -1,4% ва Фарғона вилоятлари -1,2% [8; 78-82-б.; 9; 96-98-б.].

Эпидемиологик нуқтаи назардан оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг хавфли ўсмалари билан касалланиш даражаси юқори ҳудудлар чекиш, носвой, турмуш тарзи ва овқатланишни суиистеъмол қилиш билан боғлиқ. Ҳозирги вақтда оғиз бўшлиғи саратони бутун дунёда аҳоли саломатлиги учун долзарб

муаммодир. Ҳар йили касалланиш кўрсаткичларининг барқарор ўсиши кузатилмоқда, бу касаллик учун ҳавф омиллари тарқалишининг ортиши билан боғлиқ бўлиб, улар орасида ёмон одатлар устунлик қилади, оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг сурункали механик шикастланиши, оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмаслик сабаб бўлади [12; 3–7 -б.].

Кўпинча, бу турдаги ўсмалар чекадиган, тамаки чайнаган, спиртли ичимликларни суистеъмол қиладиган, оғиз бўшлиғининг сурункали яллиғланиш патологияси бўлган ёки лейкоплакия билан оғриган одамларда ташхисланади. Шунингдек, оғиз бўшлиғи саратонинг ривожланишининг асосий сабаблари қуйидагилардан иборат: нотўғри танланган ёки нотўғри ўрнатилган протез, даволанмаган тиш касалликлари, оғиз шиллик қаватининг тез-тез механик шикастланиши; иммунитетнинг пасайиши ва инсон папилломавируси тарихи муҳим ахамиятга эга [30; 34– 37- б.; 42; 271-280-б.; 66; 50-57- б.].

Саратон ёш ва ўрта ёшдаги (20-64 ёш) эрта ўлимнинг асосий сабабларидан биридир. Касалликнинг тарқалиши турли хавф омилларининг таъсири билан белгиланади. Экзоген таъсирлар (чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, шу жумладан турмуш тарзи; ультрабинафша нурланиш, овқатланиш омиллари, ионлаштирувчи нурланиш таъсири) оғиз бўшлиғи саратони ривожланишига ёрдам бериши мумкин. ЖССТ тадқиқотига кўра, бутун дунё бўйлаб саратон касаллигидан ўлимнинг 35% потенциал ўзгартирилиши мумкин бўлган (бошқариладиган) хавф омиллари билан боғлиқ [43; 397-404-б.].

Халқаро Саратон тадқиқотлари агентлиги (IARC) маълумотларига кўра, саратон касаллигининг 15,4 фоизи инфекциялар билан боғлиқ бўлиб, уларнинг 9,9 фоизи вируслар билан боғлиқ. Дунё миқёсида инфекциялардан келиб чиқадиган саратон бошқа сабабларга кўра саратонга қараганда тез-тез учрайди. Саратон кўзгатувчи энг кенг тарқалган юқумли патогенлар *Helicobacter pylori* (йилига 770 000 та ҳолат), ВПЧ (йилига 640 000 та ҳолат), гепатит В вируси (йилига 420 000 та ҳолат), Эпштейн-Барр вируси (йилига 200

000 та ҳолат) ва гепатит С вируси (ҳар йили 170 000 та ҳолат) [136; 609–616-б.].

Спиртли ичимликларни истеъмол қилиш бош ва бўйин саратони, шу жумладан оғиз бўшлиғи, томоқ ва ҳалқум саратони ривожланиши учун хавф омилдир ва тамаки истеъмоли билан биргаликда оғиз бўшлиғи саратони ҳолатларининг 75% ни ташкил қилади [103; 229-б.]. ЖССТ ҳисоб-китобларига кўра, Қўшма Штатларда саратон касаллигидан ўлимнинг 3,5 фоизи ва бутун дунё бўйлаб саратон касаллигидан ўлимнинг 4,2 фоизи спиртли ичимликларни истеъмол қилиш билан бевосита боғлиқ. Мавжуд маълумотларга кўра, спиртли ичимликлар оғиз бўшлиғи саратонининг 26,4 фоизини, фарингеал саратоннинг 30,5 фоизини, ҳалқум саратонининг 21,6 фоизини ва қизилўнғач саратонининг 16,9 фоизини келтириб чиқаради [7; 93–108-б.; 146; 313–320-б.].

Эпидемиологик маълумотларнинг қисқача мазмуни шуни кўрсатадики, ҳар куни спиртли ичимликларни истеъмол қилиш билан оғиз бўшлиғи, томоқ ва ҳалқум саратони ривожланиш хавфи 30% ни ташкил қилади [6; 92-99-б.].

Мета-таҳлил натижалари шуни кўрсатадики, бош ва бўйин саратони ривожланиш хавфи периодонтал касаллиги бўлган одамларда 2,6 баравар юқори. 6 дан ортиқ тишини йўқотган одамларда бош ва бўйин саратони ривожланиш хавфи камида 60% юқори, яъни йўқолган тишлар сони билан хавф ортади. Оғиз бўшлиғи саратони хавфи протез тақмайдиғанларга нисбатан 42% ва нотўғри протезли одамларда 4 баравар юқори [87; 24-б.; 97; 1107–1113-б., 131; 1058–1061-б.; 147; 283–290-б.].

Gholizadeh P, Yousefi M et al. (2016) ва Hayes RB, Ahn J, Fan X et al. (2018) тадқиқотларига кўра оғиз бўшлиғи комменсал микробиотаси [117; 552–558-б., 121; 358–365-б.], Gupta S. (2015) фикрича, айниқса инсон папилломавируси бош ва бўйин ясси хужайрали карцинома хавфига сабаб бўлади [119; 91–98-б.].

ЖССТ таснифига кўра ҳозирги вақтда оғиз бўшлиғининг ўсма олди касалликлари сифатида таснифланган 5 та ҳолат мавжуд: ясси лишай,

эритроплакия, лейкоплакия, актиник хейлит ва шиллиқости фиброз [51; 703-707-б.].

Ясси лишай - юз териси ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида жойлашган силлиқ, текис, кўпбурчак папулалар билан тавсифланади, кўпинча ўрта ва кекса аёлларда учрайди [21; 49-55-б.].

Эритроплакия нисбатан кам учрайди. У ёноқларнинг шиллиқ қаватида жойлашади, бу ерда кескин аниқланган ёрқин қизил доғлар пайдо бўлади. Узок муддатли кечиши билан шиллиқ қават яраланади, асосий тўқималар инфильтрацияланади ва 100% ҳолларда маҳаллий лимфа тугунларига метастаз билан саратон касаллигига айланиши мумкин [95; 104–116-б.].

Лейкоплакия оқ шиллиқ қаватнинг силлиқ юзаси ва ўртача мугузланиши билан тавсифланади. Касалликнинг бошланиши турли омиллар билан боғлиқ: никотин, спиртли ичимликлар, нотўғри протезлар. Ташхис цитологик жиҳатдан тасдиқланади [1; 22-24-б.; 105; 43–52-б.].

Актиник хейлит (лаблар қизил чегарасининг гиперкератози) - кўпбурчак мугузланган майдон. Гистологик текширувда хужайра дисконплектацияси ва полиморфизм, гиперкератоз белгилари билан акантознинг чекланган майдони аниқланади [10; 162-171-б.; 100; 575–578-б.].

Оғиз бўшлиғининг шиллиқ ости фибрози - оғиз бўшлиғининг сурункали касаллиги бўлиб, шиллиқ ости тўқималарининг яллиғланиши ва прогрессив фибрози билан тавсифланади – хусусий пластинка ва чуқурроқ бириктирувчи тўқималар [76; 52-58-б.].

Замонавий тушунчаларга кўра, хужайраларнинг хавфли трансформациясининг асоси битта ёки кўп хужайрали онкогенлар ёки супрессор генларнинг фаоллашиши ҳисобланади [37; 287–294-б.].

У инсон саратонининг 30 фоизида кузатилади ва кўп ҳолларда иммуногистокимёвий тарзда аниқланиши мумкин. Турли ўсмаларда онкогенлар *ras p21*, *HER2/neu*, *Vcl-2* ва ўсмани бостирувчи генлар *p53* ва *Rb* ўрганилган. Рўйхатга олинган баъзи онкогенлар (ва ўсмани бостирувчи

генлар) мустақил прогностик ва башорат қилувчи хусусиятлардир [120; 1-5-б.].

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати эпителийсининг морфологик хусусиятлари малигнизация жараёнида дифференциация белгилари тўпламининг ўзгариши (биринчи навбатда эпителия қатламининг цитокератин фенотиби), СЕА ифодаси, шунингдек Ki - 67 пролиферация белгилари билан боғлиқ [15; 146-146-б.].

p53 ўсимтани бостирувчи ген бўлиб, унинг протеин маҳсулоти кўплаб функцияларга эга бўлган ядро транскрипцияси омили бўлиб, хужайра циклида хужайралар ривожланишини блоклайди ва апоптозни кўзғатади. p53 оқсили тананинг барча хужайраларида ифодаланади. Генетик аппаратга зарар етказилмаганда, p53 оқсили фаол бўлмаган ҳолатда бўлади ва ДНК шикастланиши содир бўлганда, у фаоллашади. Активация ДНК билан боғланиш ва p53-жавоб элементи деб аталадиган тартибга солувчи минтақада нуклеотидлар кетма-кетлигини ўз ичига олган генларнинг транскрипциясини фаоллаштириш қобилятига эга бўлишдан иборат [41; 3-5-б.].

Саратон хужайраларининг тахминан 50% да учрайдиган p53 мутацияси функциясини йўқотадиган оқсил синтезига олиб келади, лекин у жуда барқарор ва ядрога тўпланади, бу иммуногистокимёвий равишда аниқ ядровий бўйш сифатида ифодаланади [47; 600-606-б.].

Апоптоз ривожланишида марказий ролни wt-53 ўсимта бостирувчи геннинг "ёввойи" тури ва у кодлаган p53 оқсили ўйнайди. ДНК шикастланганда wt53 гени ва тегишли оқсил ифодаланади. Иккинчиси G1-S фазасида хужайра циклини блоклайди ва шу билан S фазасида аниқ синтез қилинган шикастланган ДНКнинг кейинги репликациясини ингибитор қилади ва шикастланган жойни олиб ташлаш ва унинг ўзгартирилган қисмини тиклаш учун шароит яратади. Агар репарация содир бўлса, хужайра бўлинишда ва соғлом хужайраларни яратишда давом этади. Аммо, агар репарация содир бўлмаса, зарарланган (мутаген) ДНК билан бундай хужайранинг йўқ

қилинишини таъминлайдиган бошқа механизмлар фаоллашади, яъни хужайра ўлимининг генетик дастури - апоптоз ривожланади [40; 20-22-б.].

Тадқиқотлар ишончли тарзда кўрсатдики, беморларнинг кўпчилигида дастурлаштирилган хужайра ўлимининг 1-тури рецепторлари лигандининг ижобий ифодаси - PD- L1 оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ясси хужайрали карциномасининг ўсимта тўқималари намуналарида аниқланади ва экспрессия унинг мембранасида ҳам, ўсимта хужайраларининг ўзида ҳам, ўсимта хужайраларининг атрофида ҳам аниқланади [38; 47-50-б.].

Юз-жағ соҳаси ўсмаларининг клиник ва морфологик диагностикаси сўлакдаги микроРНКси [91; 757-б.; 114; 1771-1776-б.] ва сўлак биомаркерларнинг экспрессияланиш даражаси билан ташхисланиши мумкин [30; 34-37-б.]. Биомаркерлар беморнинг ҳолатини турли клиник шароитларда баҳолаш учун, шу жумладан касаллик хавфини баҳолаш ва яхши ва ёмон сифатли тўқималарни ажратиш учун ишлатилиши мумкин [139; 38–47-б.]. Максимов АЮ ва ҳаммуаллифлар (2021) тадқиқотларига кўра, сўлак безининг аденомасида ИЛ-10 миқдори 3 баравар кўпаяди [44; 24–29-б.].

Yellapurkar S. et al. (2018) илмий тадқиқотлари оғиз бўшлиғи шиллик қавати ясси хужайрали карциномаларда ламинининг ифодасини [149; 407–413-б.], Romano F. (2018) тадқиқотлари интерлейкин (IL)-1 β , IL-9, ўсимта некрози омили (TNF)- α , тромбоцитлар ўсиш омили (PDGF-bb) ва қон томир эндотелиал ўсиш омили (VEGF) миқдорини [140; 1083–1092-б.], Yang Z. et al. (2019) изланишларида AUNIP (Aurora Kinase A and Ninein Interacting Protein) биомаркерининг [148; 44– 57-б.]. Shinn J.R. et al. (2021) эса p16 экспрессиясини [142; 951–961-б.], Shi J, Bao X, Liu Z et al. (2019) таққотлари плазма биомаркери miRNA экспрессиясини баҳолашга қаратилган [141; 920–931-б.].

Kim J., Park, Roh JL et al. (2016) тадқиқотларида 128 (68,8%) беморда глюкозилцерамидсинтаза (GCS) экспрессия ифодасининг ортиши, 43 (23,1%) беморда эса Р-гликопротеин (P-gr) ифодасининг ортиши кузатилган. Юқори GCS ифодаси Р-gr иммунопозитивлиги билан сезиларли даражада боғлиқлиги исботланган [128; 883–889-б.].

§ 1.2. Оғиз бўшлиғи саратонини комплекс даволашнинг замонавий тамойиллари

Функционал жиҳатдан пастки жағ чайнаш, ютиш, нутқ ва юз ифодаларида асосий рол ўйнайди [28; 68-74-б.; 53; 122-130-б.; 79; 104- б.]. Оғиз бўшлиғининг ривожланган ўсмаларида радикал жарроҳлик даволаш кўпинча пастки жағни, шунингдек, оғиз бўшлиғи ва пастки лабнинг юмшоқ тўқималарини резекция қилиш орқали оғиз, тил каби кўплаб қўшни тузилмаларни ўз ичига олган кенг қамровли резекцияларни ўз ичига олади. (Чайнаш мушаклари, паротид беzi, тузилмалар юқори жағ.) Бундай қўшма нуқсонлар реконструктив жарроҳлик учун қийин вазифа бўлиб, юмшоқ ва суяк тўқималари киритилган мураккаб (химерик) лоскутлар ёрдамида уларни қайта тиклашда нозик ва аниқ техникани талаб қилади [46; 92-95-б.; 115; 584-593-б.; 150; 2004-2007-б.].

Кенг қамровли онкологик ёрдам нафақат беморларнинг омон қолиш даражасини ошириш, балки бир нечта бузилишларни нормаллаштириш ва уларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган реабилитация учун ҳам зарурдир [19; 36-48-б.; 124; 1-21-б.]. Уларни қайта тиклашдан мақсад суяк нуқсонини тиклаш, чайнаш ва ютишни адекват тиклаш, "ўлик" бўшлиқларни йўқ қилиш ва оптимал косметик натижани тиклашдир [13; 162-б.; 23; 239-б.].

Чайнаш мушаклари, лунж соҳаси ёғ тўқималари ва паротид безининг резекцияси пайтида юзага келадиган "ўлик" бўшлиқ интерстицеал суюқликнинг тўпланишига олиб келиши мумкин (серома), кейинчалик инфекцияни юқтириши мумкин. Кенг кўламли резекциялардан сўнг юмшоқ тўқималарнинг йўқотилиши етарли даражада қопланмаган бўлса, бу титаниумдан ташқари титан плиталарини маҳкамлаш соҳасида чандикли контрактуралар, тризм, пайдо бўлишига олиб келади ва натижада нутқ ва ютишнинг бузилишига, кўпол косметик нуқсонларга олиб келиши мумкин. Ушбу шартлар операциядан кейинги нур терапияси билан оғирлашиши мумкин [26; 36-43-б.; 28; 68-74-б.; 31; 35-43-б.].

Оғиз бўшлиғининг ўсмаларининг маҳаллий тарқалган босқичлари (Т3-Т4) бўлган беморлар кенг қамровли жарроҳлик аралашуви билан биргаликда нур терапияси ва кимётерапияни қўллашни талаб қилади. Микрожарроҳлик усулининг элементлари билан реконструктив пластик жарроҳликдан фойдаланиш оғиз саратонининг кенг тарқалган шакллари учун радикал жарроҳлик аралашувлар имкониятларини кенгайтиради [16; 25-29-б.; 17; 20-25-б.; 18; 172-б.]. Кулбакин Д.Е. ва ҳаммуаллифларнинг сўзларига кўра (2017) оғиз бўшлиғининг маҳаллий даражада ривожланган саратонида тил ва оғиз туби, пастки жағ, оғиз шиллиқ қавати ва юмшоқ тўқималар, лунж, юқори жағ ўсма жараёнига жалб қилинади [34; 29–34-б.; 35; 862–866-б.; 36; 53-61-б.].

Оғиз бўшлиғи саратонининг маҳаллий ривожланган шакллари билан оғриган беморлар комбинирлашган ёки комплекс даволаш усулларидан ўтадилар. Шу билан бирга, кимёвий ёки нур терапияси комбинирлашган ва комплекс даволашнинг бир қисми сифатида қўлланилади [57; 94-б.; 58; 10–23-б.].

А.А. Ғаниевнинг сўзларига кўра (2020) оғиз бўшлиғининг барча ҳавфли ўсмалари локализациясига қараб гуруҳларга бўлинади ва улар турли прогнозларга эга. Муаллифнинг сўзларига кўра, локализациянинг биринчи шакли қуйидагиларни ўз ичига олади: тил ва оғиз бўшлиғи орқасидаги ўсмалари (40,2%), иккинчи локализация юқори ва пастки алвеоляр ўсиқларни ва лунж шиллиқ қаватни (24,8%), учинчи локализация ўз ичига олади. юмшоқ ва қаттиқ танглай ўсмаси 27,0%, тил илдизи ва ҳалқум ўсмаси тўртинчи локализацияси (8,0%) ҳисобланади [9; 96-98-б.].

Оғиз бўшлиғининг ҳавфли ўсмалари учун реконструктив - пластик жарроҳлик ишлатиладиган пластик материалга махсус талабларни қўядиган бир қатор хусусиятлар билан тавсифланади, улар етарлича ишончли бўлиши, яхши регенератив қобилятга эга бўлиши, маҳаллий тўқималарга яхши мослашиши ва шунинг учун оптимал бўлиши керак (сифати, эластиклиги, қалинлиги [45; 37-41-б.; 67; 165–172-б.; 126; 412-425-б.].

Сўнгги йилларда оғиз бўшлиғининг хавfli ўсмалари учун турли хил реконструктив пластик операциялар орасида нуқсонларни бартараф қилиш субментал лоскут ишлатилган. О.А. Саприна ва ҳаммуал., (2018) бу лоскутни оғиз бўшлиғи ўсмаси бўлган 9 та бемордан огизда – 4 тасида, тилда – 4 тасида ва пастки жағнинг алвеоляр жараёнининг ўсмаси бўлган 1 ҳолатда қўллаган. Ушбу турдаги операцияни бажариш зарурати тил ва оғиз бўшлиғи тўқималарининг резекциясидан кейин пайдо бўлди. Муаллифларнинг фикрига кўра, оғиз бўшлиғи саратони билан оғриган беморларни даволашнинг биринчи босқичида жарроҳлик аралашувни амалга ошириш функционал ва эстетик реабилитацияга эришиш учун бир вақтнинг ўзида пластик материалдан фойдаланишга имкон беради. Оғиз бўшлиғидаги жарроҳлик амалиёти нуқсонларини тиклашда ияк лоскутидан фойдаланиш юқоридаги талабларга тўлиқ жавоб беради [68; 51–57-б.].

Ивашков В.Ю. ва ҳаммуаллифлар (2019) саратон билан оғриган беморларда юқори жағнинг комбинирланган нуқсонларини микрожарроҳлик йўли билан алмаштириш учун курак учи бурчак лоскутидан фойдаланишган [21; 40-48-б.].

Токтосунов А. Т. ва ҳаммуаллифлар (2017) пастки жағ резекциясидан сўнг (ўсма туфайли) 30 беморда нуқсонлар титаниум билан қопланган имплантлар билан биргаликда кичик болдир суягидан, шунингдек, ёнбош суяги ва биладан васкуляризацияланган ва қон томир бўлмаган лоскутлар билан алмаштирилди. Барча кузатувларда ижобий натижаларга эришилди. Муаллифларнинг фикрига кўра, кичик болдир, ёнбош суяги ва биладнинг томирланган ва қон томир бўлмаган қисмларини микрожарроҳлик автотрансплантацияси пастки жағнинг резекциясидан кейин нуқсонларини алмаштиришнинг оптимал усули ҳисобланади [77; 95-100-б.].

Д.Ю. Семин (2013) T1-2 N0M0 билан оғриган беморларда орофарингеал соҳанинг ясси ҳужайрали карциномасини кимё-нур даволаш маълумотларини таҳлил қилиб, комбинирлашган даволашни жарроҳликдан бошлаш керак, деган хулосага келади. Биринчи босқичда операцияни бажариш

комбинирлашган даволаниш натижаларини яхшилайти, омон қолиш даражасини яхшилайти ва такрорланиш даражасини пасайтиради [71; 725-730-б.].

Саратон билан оғриган беморлар учун йўқолган тузилмаларни ўсмани олиб ташлаш билан бир вақтда керакли хусусиятларга эга индивидуал равишда тайёрланган (шахсийлаштирилган) имплантлар билан алмаштириш афзалдир. Бу даволанишнинг давомийлиги ва нархини камайтиришга, такрорий жарроҳлик аралашувларга бўлган эҳтиёжни бартараф этишга имкон беради [59; 97-110-б.; 63; 6-11-б.; 64; 48-57-б.; 70; 65-69-б.].

Бутун дунёда клиник қўлланмаларнинг кенг доирасига мослаша оладиган турли хил аллопластик материаллар ишлаб чиқилмоқда. Одатда, ташқи ва ички, сўрилиши мумкин бўлган ёки сўрилмайдиган имплантлар ўрнатилади [39; 61-67-б.].

А.П. Полякованинг (2019) илмий-текширишларида биокерамика соҳасида илмий ва технологик асосларни яратиш тўғрисида - биологик фаоллик туфайли суяк тўқимаси билан бирлашиши мумкин бўлган юқори биомослашув даражасига эга материаллар [56; 48-56-б.]. Искала технологиялари тиббиётда жозибадор ва жадал ривожланмоқда [93; 4219-4226-б.].

Ҳозирги вақтда ҳавфли ўсмаларни олиб ташлашдан кейин ҳосил бўлган жағ-фасциал соҳадаги нуқсонларни қоплаш учун оғиз бўшлиғининг йўқолган функцияларини нисбатан қисқа вақт ичида тиклаш ва беморнинг нормал кўринишини сақлаб қолиш имконини берадиган мураккаб протезлар кенг қўлланилади. Сўнгги йиллардаги клиник кузатишлар шуни кўрсатдики, ушбу тоифадаги беморлар учун уч босқичли протезлаш техникаси энг оқилона ҳисобланади [4; 21-23-б.].

Аксарият ҳолларда протезлар протез майдони ва тананинг тўқималарининг протезнинг ўзига ва ишлатиладиган протез материалларига индивидуал реакциясини ҳисобга олмасдан амалга оширилади. Мураккаб протезлашга бундай ёндошув нафақат протез материалларини танлашнинг

чекланганлиги, балки ушбу муаммонинг назарий жиҳатдан ишлаб чиқилмаганлиги билан ҳам боғлиқ [2; 45-49-б.; 3; 4-6-б.].

Убайдуллаев Х.А., Гаффаров С.А., Гафур-Ахунов (2019) жағ соҳасининг хавfli ўсмалари билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин реабилитация даврида мураккаб протезлаш усулини ишлаб чиқди ва жорий қилди. Юқори ва пастки жағларнинг кенгайтирилган электрохирургик резекциясидан сўнг асосий гуруҳ беморларини протезлаш тажрибасига асосланиб, полиуретан пластмассадан фойдаланган ҳолда протезлашнинг босқичма-босқич усули ишлаб чиқилган [78; 85-96-б.].

Реконструктив-пластик жарроҳлик учун кўчириб ўтказилувчи эркин қон томир оёкчалари сақлаган ҳолатда ва қон томирсиз аутотрансплантлардан фойдаланилади. Қон томир бўлагининг ҳаракати ва томир анастомозини кўйиш билан микрожарроҳлик вариантыда жарроҳлик аралашувлар энг мос келади. Сўнгги йилларда юқори жағдаги нуқсонларни бартараф этиш учун ёнбош суягининг тери-мушак-суяк лоскути ва фасциясидан кенг фойдаланилмоқда [108; 66–73-б.].

Cai Y.C. (2019) томонидан 2014 йилдан 2018 йилгача эркин радиал билак лоскути ёки соннинг антеролатерал лоскути ёрдамида тилни қайта тиклашнинг 39 та ҳолати таҳлил қилинди. Лоскутнинг омон қолиши, реконструкциядан кейинги функционал ҳолати ва донор жойига таъсири, шунингдек, лоскутнинг афзалликлари ва камчиликлари ва техниканинг муҳим нуқталари ўрганилди. Билакнинг эркин радиал лоскути бўлган 21 та ҳолатда ва соннинг антеролатерал лоскути бўлган 18 та ҳолатда тўлиқ лоскутлар сақланиб қолган. Уларнинг орасида 1 та ҳолат соннинг антеролатерал лоскути операциясидан сўнг веноз томир кризиси билан боғлиқ бўлиб, тромбни олиб ташлаш ва анастомоздан кейин қайта операциядан кейин лоскут сақланиб қолган. Тил функциясининг тикланиши куйидагича бўлган: беморларнинг 41,0% нормал нутқни, 43,6% беморларнинг нормалга яқин нутқини, 12,8% беморларнинг ноаниқ нутқини ва 2,6% беморларда гапира олмаслик ҳолатлари кузатилган [104; 252–264-б.].

Baskin R.M. (2019) маълумотларига кўра, реконструктив - пластик жарроҳлик оғиз бўшлиғи ва юз жағ соҳасининг ҳавfli ўсмалари учун жарроҳлик аралашув самарадорлигини сезиларли даражада кенгайтиради [98; 3693–3699-б.].

Дефектларни ёпиш учун 45,4% ҳолларда эркин лоскутлар, 34,4% ҳолларда қон таъминоти сақланган лоскутлар ва 8,3% ҳолларда бошқа лоскутлар ишлатилган. Эркин лоскутлар орасида радиал (1567 та), камдан-кам ҳолларда ёнбош (195 та) ва кичик болдир (168 та) лоскутлар қўлланилган. Қон таъминоти сақланган лоскутлар орасида катта кўкрак мушакларининг мушактери лоскути кўпинча ишлатилган. Самарадорлиги 96,5% ни ташкил этади [101; 23–30-б.].

Д.Е. Кулбакин (2021) нинг сўзларига кўра, суяк нуқсонларини бартараф қилишда, материал сифатида индивидуал биокерамик имплантлардан фойдаланган ҳолда бош бўйин соҳасини реконструкция қилиш усулини ишлаб чиқди, бу операциядан кейинги нуқсонларни самарали бартараф этиш ва бош ва бўйин ўсмалари бўлган беморларни реконструктив пластик даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради. Муаллифнинг сўзларига кўра, аутотрансплантантлар ёрдамида реконструктив пластик жарроҳлик амалиёти беморларнинг 76,6% функционал ва косметик реабилитацияга эришишга имкон беради. Глоссэктомиядан сўнг тил нуқсонларини бартараф этишда функционал ва косметик реабилитация беморларнинг 50% да, гемиглоссэктомиёда эса 84,9% беморларда эришилади. Реконструктив пластик жарроҳликдан сўнг уч йиллик умумий омон қолишнинг энг паст кўрсаткичлари тил саратони билан оғриган беморларда бошқа локализация (юқори ва пастки жағлар, тери ва юмшоқ тўқималар, ҳалқум ва гипофаренкс) билан солиштирганда кузатилади - 43,5%. Юқори жағни реконструкция қилишда индивидуал биокерамик имплантлардан фойдаланиш 100% функционал ва косметик реабилитацияни таъминлайди, операциядан кейинги асоратлар даражаси 18,8% дан ошмайди. Умумий 3 йиллик омон қолиш даражаси 81,3% ни ташкил этди [36; 53-61-б.].

М.А. Кропотов ва ҳаммуаллифлар (2017) ияги силжиган ва радиал эркин лоскутдан фойдаланиш ҳавfli ўсмалари бўлган беморларда оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати ва юмшоқ тўқималаридаги нуқсонларни алмаштириш учун танланган усулдир [33; 486-494-б.].

Ўз тадқиқотида Сикорский Д.В. (2014) шуни кўрсатдики, орофарингеал ҳавfli ўсмалари билан оғриган беморлар гуруҳида мушак-тери лоскути кўчирилган операциядан кейинги асоратларнинг энг паст частотаси кўкрак қафаси мушакларининг лоскутини ишлатадиган беморларда кузатилган - 44% ва кўкрак қафаси мушакларининг кенг некрози беморларнинг 5% да ривожланган. Кўкрак қафасининг камчиликлари гиперстеникларда мушак ва ёғ тўқималарининг сезиларли миқдори бўлиб, аёлларда кўпинча ортиқча бўлади, айниқса ёноқ ва пастки лабнинг нуқсонлари орқали тикланади [72; 17-22-б.; 73; 19-24-б.].

Раджабова З.А. ва ҳаммуал. (2015) тил ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ҳавfli ўсмалари бўлган беморларда реконструктив- пластик жарроҳликнинг 28 та ҳолатини ўтказгандан сўнг, мушак-тери лоскутларидан фойдаланиш юз ва оғиз бўшлиғининг кенг нуқсонларини ёпиш учун оқланади деган ҳулосага келишди кейинчалик кимётерапия ва радикал нур терапияси дастур бўйича қўлланилган. Муаллифлар лоскутларнинг 6 вариантыдан фойдаланганлар: торокодорсал лоскут, ромбоид сервико-фасциал мушак-скелет лоскути, бўйиннинг катта тери ости мушаги ёрдамида шиллиқ қаватдаги мушак-скелет лоскути, чайнаш-скелет мушакларидаги қон томир мускуллари ёрдамида қон томир озиклантирувчи оёқчаси сақланган мушак-тери лоскути, бўйиннинг қисқа мушаклари, микроваскуляр анастомоз ҳосил қилиш орқали радиал лоскут қўлланилади. Операциядан кейинги асоратларнинг частотаси 10,7% ни ташкил этган [60; 15-18-б.].

Остринская Т.В., Жуманқулов А.М. (2014) ҳавfli ўсмаларни олиб ташлангандан кейин бош ва бўйиндаги нуқсонлар учун реконструктив-пластик жарроҳликнинг турли турларини таҳлил қилиб, микрожарроҳлик усулларида фойдаланган ҳолда реваскуляризацияланган тери-мускул

лоскутини қўллаш функционал ва косметик нуқсонларни сезиларли даражада яхшилаши мумкин, деган хулосага келди. Донор томирларининг катта диаметрига эгаллиги радиал билан лоскути анастомозни сезиларли даражада осонлаштиради. Ҳалқум ва тилнинг орқа сегментлари саратони учун реконструкция қилиш учун ошқозон ва ичакнинг шиллиқ қаватидан (ингичка ва катта) пластик материал ишлатилган. Шундай қилиб, таҳлил шуни кўрсатадики, бош ва бўйин аъзоларини артериализациялашган лоскутлар билан реконструкция қилиш 85 дан 95% гача, кўчиб юривчи тери-ёғ лоскутидан фойдаланиш эса 70-80% дан кўп эмас [54; 25-32-б.]

Артериаллаштирилган тери- фасциал мушак ва бошқа лоскутларнинг турли хил вариантларини қўллашнинг муҳим натижаси - дастлабки пластик материални тайёрламасдан бир вақтнинг ўзида нуқсонни қайта тиклаш имконияти бор [106; 325–330-б.].

Бош ва бўйин соҳаси хавфли ўсма касалликларини даволаш ва операциялар кўпинча оғиз бўшлиғининг оғир дисфункциясига ҳамда анатомик ўзгаришларга олиб келади, масалан, гапириш, чайнаш ва ютишда қийинчиликлар бўлади. Бундан ташқари, бундай даволаниш беморларнинг кўриниши, оғриғи ва азобланишига таъсир қилиши мумкин, бу эса беморларнинг ҳаёт сифатига таъсир қилиши мумкин [84; 38-42- б.]. Ушбу исталмаган ҳолатлар кўпинча операциядан кейинги нур терапияси туфайли юзага келади. Яқин вақтгача на реставрация, на реконструкция, на протезлашнинг анъанавий усуллари бу муаммоларни муваффақиятли ҳал қила олмаган. Шу сабабли, тегишли реконструкция усулини танлаш ушбу беморларни даволашда муҳим параметр бўлиб кўринади [90; 380–384-б.; 109; 15–20-б.].

Бироқ, турли хил даволаш режимлари ва реконструкция жараёнларидан қатъий назар, ушбу беморлар учун соғлиқ билан боғлиқ ҳаёт сифатини яхшилаш муҳим бўлиб қолмоқда. Бош ва бўйин соҳаси хавфли ўсма касалликларини билан оғриган беморларни ўрганиш усуллари ҳаёт сифатига таъсир қилишини кўрсатади. Бундан ташқари, орофарингеал саратон радиал

билак лоскутини реконструкция қилиш операциясидан сўнг ҳаёт сифати ва психосоциал натижаларни узок муддатли кўп марказли ўрганиш шуни кўрсатадики, психо-ижтимоий изтироб узок муддатли ҳаёт сифатининг асосий омили бўлиб, ушбу беморларни фанлараро бошқаришни таклиф қилди [92; 3495-3505-б.; 108; 184-193-б.].

§ 1.3. Оғиз бўшлиғи маҳаллий тарқалган саратонида жарроҳлик йўли билан даволашда катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскути ёрдамида нуқсонни тиклаш самарадорлиги

Операциянинг резекция босқичи охиридаги муҳим масала реконструкция қилиш учун материал танлашдир [81; 94–99-б.; 94; 227–233-б.]. Бош ва бўйин ўсмалари жарроҳлигида реконструктив материалнинг 3 та асосий варианты мавжуд: 1) маҳаллий тўқималар; 2) Қон томир сақланган ҳолда кучириб ўтказувчи лоскутлар; 3) Микрохирургия томонидан кўлланиладиган реваскуляризацияланган лоскутлар [110; 632-646-б.; 111; 134-б.]. Идеал вариант маҳаллий тўқималардан фойдаланиш бўлади, аммо маҳаллий ривожланган ўсмани олиб ташлангандан сўнг уларнинг етишмовчилиги кўпинча бу турдаги реконструкцияга йўл қўймайди [123; 17-18-б.].

Энг оддий усул - бу бўлинган эркин тери лоскутни трансплантация қилиш. Аллақачон амалга оширилган ўсмага қарши даволанишдан сўнг операцияларни бажаришда – нур терапияси (НТ), кимётерапия ва уларнинг комбинацияси - айниқса, оғиздаги стоматит фонида, перфузияланмаган терининг сингдирилиши билан боғлиқ муаммо мавжуд [144; 1-7-б.].

Шу муносабат билан, нуқсонларни тиклаш учун етарли қон таъминоти ва етарли миқдорда қон таъминоти мавжуд бўлган тўқималардан фойдаланиш долзарб бўлиб қолади (майдони ва ҳажми бўйича). Бу талаблар бажариладиган кўчириб ўтказиладиган лоскутлар ва эркин реваскуляризацияланган лоскутлардир [74; 61-64-б.]. Қайта куриш усулларининг ҳар бири учун кўплаб

карама-қаршиликлар мавжуд. Бу ерда қуйидагилар билан боғлиқ бўлган омилларни ҳисобга олиш муҳимдир: 1) ўсмани олиб ташлашдан кейинги жарроҳлик майдонининг ҳолати (ҳажми, шакли, резекциядан кейинги нуқсоннинг локализацияси); 2) Бемор томонидан (умумий ҳолат, донорлик худудида лоскутни олиш имконияти - операциялардан, жароҳатлардан кейинги чандиқлар); 3) Бемор даволанаётган муассасанинг тиббий имкониятлари [69; 361-365-б.; 130; 1-100-б.].

Реконструктив материални танлашда, резекциядан кейинги тўқималар нуқсонини қайта тиклашнинг ҳар хил турлари учун аралашувнинг частотаси фарқларни ҳисобга олиш керак. Адабиётларга кўра, лоскут асоратлари ривожланишининг ўртача вақти операциядан кейинги даврнинг 10-12 кунларига тўғри келади. Агар юмшоқ тўқималарнинг катта ҳажмини алмаштириш зарур бўлса, бир қатор муаллифлар кўкрак қафасининг асосий мушакларини қўшган ҳолда мушак-тери лоскутидан фойдаланиш мумкин, деб ҳисоблашади [134; 363-370-б.].

А.А.Қаюмхўжаевнинг ва ҳаммуал. (2017), сўзларига кўра делтопекторал лоскутдан фойдаланиш периорбитал -зигоматик сохаларнинг кенг ва нуқсонларини пластиканинг асосий муаммоларини муваффақиятли ҳал қилишга имкон беради. Инфраорбитал минтақада юмшоқ тўқималарнинг ортиқча ҳосил бўлиши кўз олмасининг птозини тузатиш ва трансплантация қилиш орқали орбитанинг пастки деворини қайта тиклаш имкониятини янада кенгайтиради [27; 46-49-б.]. Юқоридаги усулдан фойдаланиш, хусусан, қон томир сақланган делтопекторал лоскут, юз соҳасининг кенг қамровли, нуқсонлари орқали реконструкция қилиш техник жиҳатдан содда ва қўшимча микрожарроҳлик ускуналари ва материалларини талаб қилмайди. Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскутидан фойдаланиш таклиф қилинган усулга кўра, бу нафақат бурун бўшлиғи ва оғиз шиллиқ қаватининг шаклланиши билан ўтказувчан нуқсонни ёпиш, балки юзнинг симметриясини тиклаш, бурун қаноти нуқсонини пластик жарроҳлик амалиётини ўтказиш имконини беради.

Таъкидлаш жоизки, такомиллаштирилган пластмастика усули мураккаб микрожарроҳлик технологиясидан фойдаланишни талаб қилмайди ва ҳудудий кўп тармоқли марказларнинг жарроҳлик бўлимлари амалиётига муваффақиятли жорий этилиши мумкин [65; 22-31-б.; 80; 56-58-б.].

Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, кўчирилган мушак-тери лоскут гуруҳидаги асоратларнинг энг паст частотаси, катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскутидан фойдаланиш ёрдамида нуқсонни тиклаш пайтида қайд этилган. Жами асоратлар сони 44% бўлган, беморларнинг 5% да кўкрак қафаси мушакларининг кенг некрози, 18% да тикув этишмовчилиги билан кечадиган маргинал некроз, 21% да қисман некроз ривожланади. Кўкрак қафасининг афзаллиги уч ўлчамли чуқур яра нуқсонларини катта майдон билан қоплаш қобилиятидир [75; 88-94-б.].

Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскути ёрдамида катта нуқсонларни тиклаш учун оптимал материалдир. Ушбу турдаги реконструкциядаги асоратлар 44,2% ҳолларда чуқур некрознинг минимал нисбати (5%) билан ривожланади. Делто-пекторал лоскутдан биринчи марта S. Агуан томонидан 1979 йили фойдаланган. Муаллиф кўкрак қафаси мушакларининг томирлар тўпламида мураккаб тери- ёғ -мушак лоскутини ҳосил қилиш имкониятини исботлади. [96; 73–81-б.]. Тери-ёғ қатламининг қон билан таъминланишига боғлиқлиги остидаги кўкрак қафасининг асосий мушаклари ушбу лоскутни ишлатиш учун анатомик шарт бўлган. Қон таъминотининг табиати лоскут тўқималарининг ҳаётийлигини таъминлайди ва мушак томирларнинг узунлиги донор зонадан сезиларли масофада жойлашган нуқсонларни қайта тиклашга имкон беради. Шу сабабли, бу лоскутнинг тўқималари ва қон таъминоти манбаи бирламчи ўсманинг нурланиш жойлари ва минтақавий лимфа чиқиш йўллари ташқарисида, яъни реконструктив материалнинг радиация билан шикастланиши истисно қилинади [73; 19-24-б.].

Кўкрак қафасининг камчиликлари гиперстеник ва аёлларда мушак ва ёғ тўқималарининг сезиларли миқдори бўлгани сабабли, бунақа ҳолатларда кўпинча ёноқ ва пастки лабнинг соҳасидан олинган лоскутлар ёрдамида нуқсонлар тикланганда. Юқори оёқ-қўлларнинг функционал фаоллигини сақлаб, қон томир эгилишининг олдини олишда энг яхши натижаларга эришишга ёрдам берадиган техникалар таклиф қилинган [50; 90–91-б.].

Делто -пекторал лоскутни қўллаш имконияти донор ҳудудида кўкрак қафасининг олд юзасида чандиқлар йўқлигини назарда тутди. Масалан, олдинги мастэктомия, торакотомия, операция томонида остеосинтез билан клавикуланинг синишидан кейинги реконструкциялар қилинган бўлмаслиги керак. Кўкрак қафаси билан реконструкция қилишнинг зарурий шарти бўйиннинг лимфа тугунларида лоскутнинг озиклантирувчи мушак педикуласи учун туннел ҳосил қилиш учун радикал операцияни бажаришдир [56; 48–56-б.]. Бу ҳолат ҳар доим ҳам мумкин, чунки бу операциялар бўйин лимфа тугунларида микрометастазларга эга бўлиш эҳтимоли юқори бўлган маҳаллий ривожланган ўсмалар учун амалга оширилади, бунда бўйин лимфа томирларида радикал жарроҳлик кўрсатилади. Тери ёки шиллиқ қаватдаги кичик нуқсонлар бўлса, пекторал лоскутнинг тери майдони ареоладан медиал жойлашган. Катта нуқсонларни қоплаш зарурати туғилса, ареолар комплекс муқаррар равишда лоскут ичига тушади, шунда уни тери ҳудудининг марказига жойлаштиришга ҳаракат қилинади. Адекват шаклланиш билан яхши қон таъминоти туфайли, кўкрак қафаси оғиз бўшлиғининг янги ҳосил бўлган қаватининг проекциясида оростомия шаклланиши билан атрофдаги тўқималарнинг некрози шароитида ҳам жуда барқарор. Операциядан сўнг, лоскутнинг мушак оёқчасининг биров атрофияси пайдо бўлади, бу ҳам мобилизация пайтида лоскутнинг денервацияси туфайли мушакларнинг ихтиёрий қисқаришининг йўқлиги билан боғлиқ. Аммо, атрофияга қарамасдан, лоскут новдаси бўйин териси остида контурни давом эттиради, айниқса лоскут оғиз бўшлиғининг олдинги қисмларига кўчирилганда [54; 25-32-б.].

Маҳаллий даражада ривожланган ва такрорий оғиз бўшлиғи саратони учун бажарилган кўп компонентли операцияларнинг резекция босқичи тугагандан сўнг пайдо бўлган тўқима нуқсонни, агар бирламчи реконструкция бажарилмаса, жарроҳлик даволаш учун тўсиқ бўлиши мумкин. Кўкрак қафасининг асосий мускулига асосланган эксенел томир нақшига эга айланадиган жой алмашган мушак-скелет ва мушак лоскутлари қон билан таъминлаш нуқтаи назаридан энг ишончли пластик материал сифатида ишлатилиши мумкин [88; 22–29-б.]. Олдинги РТ операцияси пайтида бу лоскутларнинг қон таъминоти бузилмайди, чунки айлантирилган лоскутнинг оёғи ва лоскутнинг ўзи нурланиш зонасига тушмайди. Шу сабабли, нуқсонни бир вақтнинг ўзида қайта тиклаш нафақат беморнинг ҳаётини сақлаб қолади, балки унинг функционал реабилитациясига ҳам ҳисса қўшади.

Жарроҳлик пайтида ёки ундан кейинги дастлабки 2 соат ичида юзага келадиган тромботик асоратлар дарҳол асоратлар сифатида таснифланади. Эрта тромбознинг сабаблари қуйидагилардир: қон томир оёқчасининг гематома ва веноз етишмовчилик билан ташқи сиқилиши [5; 7-29-б.].

§ 1.4 Оғиз бўшлиғининг ҳавfli ўсмалари учун реконструктив пластик жарроҳликдан кейинги асоратларнинг учраш даражалари

Реконструктив босқичда операциядан кейинги асоратларни камайтириш учун жароҳатнинг жойлашуви ва ўсма ҳажмини ҳисобга олган ҳолда адекват танлаш керак [85; 602–606-б.; 86; 105–111].

Аутоотрасплантат тўқималар комплексларини, шу жумладан тери ва мушак тўқималарини ва юқори биомослашувга эга бўлган турли суяк қисмларини қўллашдир [130; 459-б.; 135; 259-284-б.]. Ушбу материаллар бош ва бўйиннинг реконструктив жарроҳлигида ўзини исботлади ва ушбу локализациянинг мумкин бўлган камчиликларини бартараф этишга имкон беради. Шу билан бирга, мақбул функционал натижаларга эришиш билан саратон касалликларида бош ва бўйин соҳасидаги турли нуқсонларни

бартараф этиш учун оптимал реконструктив техникани танлаш масаласи очик қолмоқда [34; 29–34-б.].

Операциядан кейинги даврда юзага келадиган нуқсонларни етарли даражада таҳлил қилмаслик, реконструктив операция курсини режалаштиришда тактик хатоларга олиб келади, бу операциядан кейинги асоратлар частотасининг кўпайиши ва қониқарсиз функционал ва косметик кўрсаткичларини натижасидир. Кенгайтирилган нуқсонларни бартараф этишда кўпинча бир нечта лоскутлар қўлланилади (юмшоқ тўқималар ва суякларнинг комбинацияси), бу донор худуднинг функционал фаоллигига ҳам, бажарилган реконструктив пластик жарроҳликнинг давомийлигига ҳам та'сир қилади. Атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг етишмовчилигини баҳолаш асосида реконструктив пластик жарроҳликнинг мураккаблик даражасига кўра мандибуляр нуқсонларнинг таснифи ишлаб чиқилди, бу операциядан кейинги асоратлар хавфини баҳолашга имкон беради. 33,3% ҳолларда пастки жағнинг фақат суяк нуқсонини (мураккабликнинг 1-даражаси) бартараф этиш операциядан кейинги асоратларни ривожланиши билан бирга келади. Юмшоқ тўқималарнинг етишмовчилиги (2-даражали мураккаблик) билан биргаликда мандибуляр нуқсонларни бартараф этиш 43,7% ҳолларда операциядан кейинги асоратларни ривожланишига олиб келади. Пастки жағнинг ички нуқсонларини тиклаш (3-даражали мураккаблик) 50% ҳолларда операциядан кейинги асоратларни келтириб чиқаради [35; 862–866-б.].

Чен Хуи, (2021) нинг маълумоти бўйича, маҳаллий асоратлар 11 (23,4%) беморда, донор жароҳати асоратлари - 2 (4,3%) ва 5 (10,6%) беморда умумий характердаги асоратлар пайдо бўлган. Маҳаллий асоратлар орасида радиус лоскутнинг тўлиқ некрози - 3 (6,4%), қисман лоскут некрози - 2 (4,3%), оғиз бўшлиғидаги яра чокларининг дивергенцияси - 5 (10,6%), бу 2 та ҳолатларда радиал лоскутнинг маргинал некрозига, ярада гематома шаклланишига боғлиқ - 3 (6,4%) ва 4 (8,5%) беморда веноз микроанастомоз тромбози кузатилган. Бу 3 (6,4%) ҳолатда лоскутнинг тўлиқ некрозига олиб келди ва 1 (2,1%) ҳолатда

лоскутнинг ҳаётийлигини қайта тиклаш орқали веноз анастомозни қўллаш ва унинг нормал овқатланишини тиклаш мумкин эди. [82; 61-68-б.].

Ривожланган жарроҳлик аралашув турлари йирингли-яллиғланишли асоратларни сезиларли даражада камайтирди (33,6% га нисбатан 17,1%). Шу билан бирга, оростомия билан мандибулотомия миқдорида реконструктив пластик жарроҳлик устувор аҳамиятга эга, чунки уни амалга ошириш тез ижтимоий мослашишга ва ҳаёт сифатини яхшилашга, шунингдек, беморларнинг 5 йил давомида омон қолишига, асосий гуруҳдаги асоратлар 76,1% ни ташкил этди ва уларнинг иштирокида беморларнинг ҳеч бири бу босқични бошдан кечирмаган [83; 55-64-б.].

Тадқиқот натижаларига кўра комбинирлашган резекцияларда мандибуляр нуқсонларни (мандибуляр, оғиз ва тил туби ёки мандибула + ёноқ) реконструкция қилиш учун перонеал тери-суяк ёки тери-мушак-скелет лоскутини (химерик версия) ишлатган. Юқори жағни реконструкция қилишда перонеал тери-суяк қопқоғи ишлатилган (алвеоляр жараён + қаттиқ танглай). Муаллифнинг сўзларига кўра, беморларнинг 15 фоизида лоскутнинг тўлиқ некрози қайд этилган. Кўпинча (10% гача) фибуляр лоскутнинг некрози қайд этилган, бундан ташқари, бу асорат микроваскуляр анастомоз ҳудудида тупик оқиши пайдо бўлишига олиб келди ва тромбозга олиб келди. Муаллифлар лоскутни йиғиш усулини қайта кўриб чиқдилар ва операциянинг микрожарроҳлик босқичини таҳлил қилганда, улар асоратларни 5% гача камайтиришга муваффақ бўлишди [34; 29–34-б.; 48; 84–91-б.; 52; 45-48-б.].

Аутоотрансплантациядан кейинги операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ва вариантлари куйидагиларни ташкил этади: микротомир анастомозлари соҳасидаги веноз тромбоз 2,6 %, артериал тромбоз-0,5%, лоскутнинг қисман некрози-4,6%, лоскутнинг тўлиқ некрози- 9,8%, ён томондан реконструкция майдони (реципиент зонаси): оқма ҳосил бўлиши билан яра яллиғланиши 4,1%, аррозив қон кетиш-1%, бўйин гематомаси-2,6%, реципиент тўқималарининг некрози-2,1%, серома шаклланиши-0,5%, мандибуляр синиш-0,5%, юмшоқ тўқималарнинг массив фибрози-0,5%. донор

соҳаси томонидан: брахиал плексус плексити-0,5%, тери чокларининг диастазлари ривожланиши билан яллиғланиш-0,5% ни ташкил қилган [36; 53-61-б.].

Мандибулотомия миқдорида реконструктив пластик жарроҳлик, шунингдек, орофаренгиал соха билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати ва омон қолиш даражасини оширишга ёрдам берди. Асосий гуруҳда асоратлар бўлмаганда 5 йиллик омон қолиш даражаси -76,1% ни ташкил этди ва мавжудлигида кимётерапевтик асоратлар бирорта ҳам бемор кўрсатилган кузатув давридан омон қолмади [9; 96-98-б.].

Хулоса:

Оғиз бўшлиғининг хавфли ўсмалари билан оғриган беморларни даволашда стандарт ёндашув жарроҳлик бўлиб, у нафақат ўсмани олиб ташлашни, балки нуқсонни коррекциялашни ҳам ўз ичига олади. Жарроҳлик аралашуви оғиз бўшлиғининг хавфли ўсмаларини биргаликда ёки комплекс даволашнинг бир қисми сифатида амалга оширилади. Узоқ муддатли даволаниш натижаларини яхшилаш учун оғиз бўшлиғининг хавфли ўсмаларини олиб ташлашда "тоза" резекция чегараларига эришиш керак. Кўпинча ўсимтанинг кенг резекцияси оғиз бўшлиғининг катта, комбинацияланган ва мураккаб нуқсонларига олиб келади. Оғиз бўшлиғининг ҳаётий функционал ва эстетик аҳамиятга эга бўлган анатомик хусусиятлари туфайли бу соҳадаги нуқсонлар ютиш, овқатланиш, нафас олиш, нутқ, ташқи кўриниш ва пировард натижада ҳаёт сифатининг ёмонлашишига олиб келади. Оғиз бўшлиғи нуқсонларининг беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсирини камайтириш учун реконструктив амалиёт ўтказиш долзарб масаладир.

Оғиз бўшлиғига ўтказилган тўқималар бир нечта мезонларга жавоб бериши керак. Улар нафақат яхши регенератив қобилиятга эга бўлишлари, сиртдаги ва нуқсонларнинг ҳажмидаги нуқсонларни алмаштиришлари, эластик, кесиш осон бўлиши керак, балки сўлак, оғиз микрофлорасининг

таъсирини ва озиқ-овқатнинг термик ва механик таъсирини ҳам ушлаб туриши керак.

Юқорида келтирилган хорижий ва мамлакатимиз олимлари томонидан олиб борилган илмий тадқиқотлар адабиётлари таҳлили бобида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ҳавfli ўсмалари ривожланишида ҳавф омилларининг ўрни ҳақида, оғиз бўшлиғи саратонини комплекс даволаш ва оғиз бўшлиғи маҳаллий тарқалган саратонида жарроҳлик йўли билан даволашда катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскути ёрдамида нуқсонни тиклаш самарадорлиги, оғиз бўшлиғининг ҳавfli ўсмалари учун реконструктив пластик жарроҳликдан кейинги асоратларнинг учраш даражалари таҳлил қилинганда ҳозирги кунда оғиз бўшлиғи саратонида жарроҳлик амалиётидан кейин ҳосил бўлган дефектларни реконструктив-пластик усуллар билан бартараф қилиш усуллари замонавий онкологиянинг долзарб муаммоларидан бири эканлигини етарлича асослайди ва бу борада илмий изланиш заруриятини туғдиради.

II БОБ. КЛИНИК МАТЕРИАЛ ТЎҒРИСИДА УМУМИЙ МАЪЛУМОТ

§ 2.1 Тадқиқотнинг материали ва усуллари

Республика ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология илмий-амалий марказининг Бухоро вилояти филиалида бош-буйин ўсма касалликлари бўлимида оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмаларида комбинирлашган ва комплекс даволаш усуллари 116 та беморда қиёсий равишда реконструктив – пластик жарроҳлик усуллари қўллаган ҳолда даволанган беморлар билан ўрганилган.

Бизнинг тадқиқотимизда оғиз бўшлиғи саратонини турли даволаш усуллари қуйидаги гуруҳлардан иборат бўлган:

1 гуруҳда даволаш стандартларига асосланган равишда (Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 351 сонли буйруғи асосида 29.07.2017 йил) оғиз бўшлиғи саратонига чалинган беморларнинг даволаш стандарт усулларида 50 та беморда ўтказилган:

2 гуруҳдаги беморлар эса: комплекс даволаниб, оғиз бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётидан кейин ҳосил бўлган дефектларни реконструктив-пластик катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут билан ўтказилган:

3-гуруҳ беморлари: 16 та кишидан иборат бўлиб, уларга стандарт даволаш усулларига риоя қилган ҳолда комбинирлашган ва комплекс усулларда жарроҳлик амалиёти реконструктив - пластик операция билан ички юзасидан олинган эркин тери- фациал- нерв, қон томир оёқчалари билан микрохирмик лоскут билан бажарилган.

Даволаш усуллари билан белгилашда асосий мезон сифатида ҳар бир гуруҳ беморлари учун алоҳида мезон ишлаб чиқилиб, бунда асосан касалликнинг тарқалиш даражаси, ўсма атрофидаги тўқималарнинг ҳолати, касаллик босқичи, ўсманинг ўсиш тури, регионар лимфа тугунларининг ҳолати ва узоклашган метастазларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги, жарроҳлик

амалиётидан олдинги ўтказилган нур ёки кимётерпиянинг самарадорлиги муҳим аҳамиятга эга бўлди.

1 гуруҳдаги беморларга асосан даволаш стандартларига биноан ва ташҳис тўлиқ комплекс текшириш ўтказилганидан кейинги ҳолатда касаллик босқичи аниқланиб, қуйидаги даволаш усуллари ўтказилган: Кимётерапия, нур терапия ва жарроҳлик амалиётлари стандарт талаб бўйича (бу гуруҳдаги беморларга ўсмани олиб ташлангандан кейин реконструктив – пластик операциялар бажарилмаган).

2 гуруҳдаги беморларга эса операция олди кимёвий ва нур терапияси ўтказилганидан сўнг реконструктив-пластик операция катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут кўчириб ўтказиш билан жарроҳлик амалиётидан кейин ҳосил бўлган дефект бартараф қилинган.

3 гуруҳдаги 12та беморларга касаллик босқичига қараб операция олди кимёвий ва нур терапияси ўтказилган бўлса, 4 (25%) тасига кимё ва нур терапияси ўтказилмасдан туриб даволаш реконструктив-пластик операция қилишдан бошланган.

Бизнинг тадқиқотларимизда барча беморларда гистологик текширишдан сўнг, касалликнинг тарқалиши ўрганилиб TNM таснифи бўйича ташҳис қўйилиб, беморларга даволаш усуллари ўтказилган.

Бундан ташқари ҳар бир даволаш гуруҳида ўтказилган операция олди кимёвий ва нур терапиясининг самарадорлиги, халқаро тасниф бўйича уни асоратлари ўрганилган бўлиб, даволаш натижасини баҳолаганда касаллик рецидив, метастази, ҳаёт сифати (ECOG , Карновский шкаласи бўйича) ҳамда беморларнинг яшаш кўрсаткичлари ўрганилган.

Ҳар бир гуруҳдаги беморларда ўтказилган амалиётга кўрсатмалар ишлаб чиқилиб, бу кўрсатмалар асосида жарроҳлик амалиётидан ҳосил бўлган дефектларни ёпиш мақсадида турли пластик материаллардан (аутопластикаси) микрохиругик усуллар билан ва кўчириб ўтказувчи усуллар қўлланилган.

§ 2.2 Тадқиқотда беморларнинг клиник хусусиятлари ва текшириш усуллари.

Бизнинг тадқиқотимизда 116 та бемордан 91 (78.4%) таси эркаклар булиб, 25 (21.6%) таси аёлларни ташкил қилган. Беморларнинг ўртача ёши аксарият 40 ёшдан ошган бўлиб, улар 85.2 % ни ташкил қилган.

2.1-жадвал

Беморларни жинси ва ёши бўйича тақсимланиши.

| Беморлар жинси | Беморлар сони | Ёши | | | | | | |
|----------------|---------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|
| | | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | >80 |
| Эркаклар | 91 (78/4%) | - | 6 (6.5%) | 21 (25.2%) | 39 (42.8%) | 22 (24.1%) | 3 (3.2%) | - |
| Аёллар | 25 (21/6%) | 3 (12%) | 1 (4%) | 4 (16%) | 8 (32%) | 5 (20%) | 3 (12%) | 1 (4%) |
| жами | 116 | 3 (2.5%) | 7 (6.0%) | 25 (21.5%) | 47 (40.5%) | 27 (23.2) | 6 (5.1%) | 1 (0.8%) |

Ўсма 15 (12.9%) беморда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида, 9 (7.7%) тасида тилнинг чап латериал юзасида, 21 (18.1%) тилнинг ўнг латериал юзасида, 14 (12%) тасида тил учида, 5 (4.3%) тасида тил илдизида, 23 (19.8%) тасида ўнг томон пастки жағ милкида, 24 (20.6%) тасида чап томон пастки жағ милкида, 1 (0.8%) тасида юкори жағ милкида, 4 (3.4%) тасида лабда жойлашган. Кўришиб турибдики аксарият ҳолатларда (42.1%) ҳавфли ўсма тилнинг турли қисмларида жойлашган, ундан кейин кўпинча (40.4%) ҳавфли ўсма пастки жағнинг шиллик қаватида жойлашган. Кам ҳолатларда ҳавфли ўсма оғиз бўшлиғи шиллик қаватида (12.9%), лабда (3.4%) ва юкори жағ шиллик қаватида (0.8%) жойлашган.

Келтирилган жадвалда кўришиб турибдики, бизнинг тадқиқотимизда фақатгина бир беморда (0.8%) касаллик тарқалиш даражаси TisNOM0 ни ташкил қилган.

Беморларда касалликни даражаси қуйидагича бўлган:

TNM жараёнининг тарқалиши: TisNoMo –1 (0.8%)та бемор, T1N0M0 – 3 (2.5%), T1N1Mo -1 (0/8%), T1N2Mo – 3 (2.5%), T2N0M0 – 22 (18.9%), T2N1M0 – 28 (24.2%), T3N0Mo – 11 (9.4%), T3N1M0—20 (17.2%), T3N2M0 – 10 (8.6%), T4N0M0 – 4 (3.4%), T4N1M0 -5 (4.3%), T4N2M0 -8 (6.8%) бемор.

2.2-жадвал

Оғиз бўшлиғи ўсмаларини тарқалиш даражасига қараб тақсимланиши

| Ўсманинг жойлашган жойи | Беморлар сони | Касаллик босқичлари | | | | |
|----------------------------|---------------|---------------------|-----------|------------|------------|------------|
| | | Tis | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Оғиз бушлиғи шиллиқ қавати | 15 (12.9%), | 1 (6.6%) | - | 6 (40%) | 6 (40%) | 2 (13.4%) |
| Тилнинг чап латериал юзаси | 9 (7.7%) | - | 3 (33.3%) | 5 (55.5%) | 1 (11.2%) | - |
| Тилнинг ўнг латериал юзаси | 21 (18.1%) | - | 1 (4.7%) | 11 (52.3%) | 7 (33.4%) | 2 (9.6%) |
| Тил учи | 14 (12%) | - | - | 6 (42.8%) | 4 (28.6%) | 4 (28.6%) |
| Тил илдизи | 5 (4.3%), | - | 1 (20%) | - | 3 (60%) | 1 (20%) |
| Ўнг томон пастки жағ милки | 23 (19.8%) | - | 2 (8.7%) | 7 (30.5%) | 10 (43.5%) | 4 (17.3%) |
| Чап томон пастки жағ милки | 24 (20.6%), | - | - | 12 (50%) | 9 (37.5%) | 3 (12.5%) |
| Юкори жағ милки | 1 (0.8%), | - | - | - | - | 1 (100%) |
| Лаб | 4 (3.4%) | - | - | 2 (50%) | 2 (50%) | - |
| Жами | 116 | 1 (0.8%) | 7 (6%) | 49 (42.3%) | 42 (36.3%) | 17 (14.6%) |

116 та бемордан 100 тасида (86.2%) клиник текширувда регионар лимфа тугунларининг катталашгани аниқланган бўлса, шунингдек 76 (76%) тасида морфологик жиҳатдан лимфа тугунларидаги метастатик лимфа тугунлари тасдиқланган. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики аксарият беморлар ўсманинг тарқалиш даражаси T2 босқичида (43.1%) ва T3 (35.3%) бўлган.

T4 босқичида 17 (14.6%) та беморда, кам ҳолатларда - 7 (6%) T1 босқичида

аниқланган (2.2-жадвал).

Касалликни анамнези ўрганилганда 70 беморда касалликни давомийлиги 6 ойни ташкил қилган бўлса, қолган беморларда эса (40%) 6 ойдан сўнг беморлар онкологик клиникага муружаат қилган. Шулардан 26 (22.4%) таси стоматологларда даволанган, 2 (1.7%) таси касаллигини юз – жағ соҳасида олинган травмаси билан боғлаган ва даволанган: 88 (75.8%) беморлар касалликни оғиз бўшлиғида жойлашганига қарамасдан бирор марта ҳам стоматологга муружаат қилмаган. 116 та бемордан 33 (28.4%) тасида касаллик оғиз бўшлиғида оғрик синдроми билан бошланган, 51 (43.9%) тасида оғрик+шиш билан, 3 (2.5%) тасида шиш, 18 (15.5%) тасида, шиш + ютиниш функцияси бузулиши, 9 (7.7%) тасида шиш + оғрик, 2 (1.7%) тасида ўсмадан қон кетиш билан бошланган.

Беморларнинг касаллик анамнези ўрганилганда 116 та бемордан 24 (20.6%) тасида тамаки чекиш, 38 (32.7%) нос чекиш, 5 (4.2%) спиртли ичимликларни доимий равишда ичиш қайд қилинган. 49 (42.2%) та беморда зарарли одатлар қайд қилинмаган. 116 та бемордан 20 тасида (17.2%) турли касалликлар туфайли физиотерапевтик муолажалар олган.

Клиник жиҳатдан 110 (94.8%) беморда оғиз бўшлиғида ўсма пайпасланган. Аниқланган ўсманинг 35 тасида (30.1%) экзофит ва 81 (69.9%) эндофит инфилтратив ҳарактердаги ўсмалар аниқланган. Аниқланган ўсмаларнинг 4 (3.4%) таси зич консистенцияли бўлган бўлса, 24 (20.6%) таси қаттик консистенцияда ва 38 (32.7%) таси юмшоқ эластик.

116 бемордан 76 (65.5%) тасида ўсманинг чегаралари аниқ бўлган бўлса, 38 (32.7%) тасида ноаниқ ва 2 (1.7%) тасида чегаралари аниқланмайди. 86 (74.1%) та беморда ўсма силлик юзага эга бўлиб, 29 (25%) нотекис юзага эга бўлган. Фақатгина 1 (0.8%) та беморда ўсманинг парчаланиши аниқланган.

Рентгенологик текширувларда 30 (25.8%) беморда ўсмани атрофдаги (юқори ёки пастки жағга) ўсгани аниқланган. Касалликни тарқалишини нафақат атрофдаги суякларга балки 81 (69.8%) беморларда тери тўқимасига ўсиши аниқланган.

**Касалликни клиник симптомларини ва куриниши буйича даволаш
гурuhlари буйича тақсимлаш.**

| Клиник симптомлари ва хусусиятлари | Беморлар сони | Даволаш гурuhlари | | |
|--|------------------|-------------------|--|--------------------------------------|
| | | Стандарт даво | кагга кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчали кўчириб ўтказилган лоскут | Эркин билак тери фацнал лоскут |
| Палпацияда оғриқли | 110 (94.8%) | 46 (42%) | 50 (46%) | 14 (12%) |
| Палпацияда оғриқсиз | 6 (5.2%) | 4 (66.6%) | - | 2 (33.4%) |
| Зич консистенция | 4 (3.4%) | - | 3 (75%) | 1 (25%) |
| Қаттиқ эластик консистенция | 24 (20.6%) | 9 (37.6%) | 13 (54%) | 2 (8.4%) |
| Юмшоқ эластик консистенция | 38 (32.7%) | 14 (36.8%) | 15 (39.6%) | 9 (23.6%) |
| Юмшоқ консистенция | 43 (37%) | 25 (58%) | 14 (32.5%) | 4 (9.5%) |
| Нотекис консистенция | 7 (6%) | 2 (28.5%) | 5 (71.5%) | - |
| Ўсиш турлари Экзофит | 35 (30.1%) | 13 (37%) | 11 (31.5%) | 11 (31.5%) |
| Эндофит | 81 (69.9%) | 37 (45.6%) | 39 (48.2%) | 5 (6.2%) |
| Ўсма чегараси аниқ | 76 (65.5%) | 35 (46%) | 27 (35.5%) | 14 (18.5%) |
| Ўсма чегараси аниқ эмас | 38 (32.7%) | 14 (36,8%) | 23 (60.7%) | 1 (2.5%) |
| Ўсма чегараси аниқланмаган | 2 (1.7%) | 1 (50%) | - | 1 (50%) |
| Ўсма юзаси силлиқ | 86 (74.2%) | 38 (44%) | 34 (39.5%) | 14 (16.5%) |
| Ўсма юзаси нотекис | 29 (25%) | 12 (41.5%) | 15 (51.7%) | 2 (6.8%) |
| Ўсма парчаланиши | 1 (0.8%) | - | 1 (100%) | - |
| Ўсманинг суякка тарқалиши | 30 (25.8%) | 10 (25%) | 20 (75%) | |

2.3-жадвал (давоми)

Касалликни клиник симптомларини ва куриниши буйича даволаш гуруҳлари буйича тақсимлаш.

| Клиник симптомлари ва хусусиятлари | Беморлар сони | Даволаш гуруҳлари | | |
|---|---------------|-------------------|--|---------------------------------|
| | | Стандарт даво | катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчали кўчириб ўтказилган лоскут | Эркин биллак тери фациал лоскут |
| Ўсма суякка ўсиб чиқмагани | 86 (74.1%) | 40 (46.5%) | 30 (34.9%) | 16 (18.6%) |
| Ўсма терига ўсиши бор | 81 (69.8%) | 36 (44.5%) | 43 (53%) | 2 (2.5%) |
| Ўсма терига ўсмаган | 35 (30.2%) | 14 (40%) | 7 (20%) | 14 (40%) |
| Пастки жағ алвеоляр соҳасига ўсма ўсиб ўтган | 91 (78.4%) | 41 (45%) | 47 (51.5%) | 3 (3.5%) |
| Пастки жағ алвеоляр соҳасига ўсма ўсиб ўтганмаган | 25 (21.5%) | 9 (36%) | 3 (12%) | 13 (52%) |
| Оғиз бўшлиғига ўсма ўсиб ўтган | 82 (70.6%) | 40 (48.8%) | 39 (47.6%) | 3 (3.6%) |
| Оғиз бўшлиғига ўсма ўсиб ўтмаган | 34 (29.3%) | 10 (29.5%) | 11 (32.3%) | 13 (38.2%) |

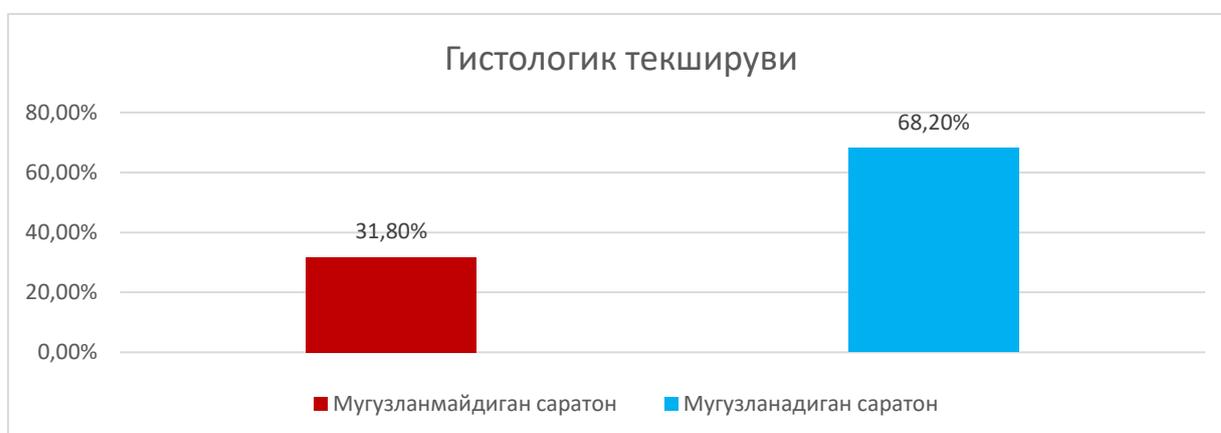
Келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, эркин биллак тери фациал лоскут гуруҳидаги беморларда клиник симптомларни ривожланганлиги бошқа гуруҳларга нисбатан паст бўлиб, ижобий кўрсаткичларга эга бўлган. Стандарт даволаш ва катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчали кўчириб ўтказилган лоскут гуруҳидаги беморларда клиник симптомлар кўп жиҳат ривожланган даражада бўлиб, салбий кўрсаткичларга эга бўлган.

§ 2.3 Текшириш усуллари ва унинг натижалари

Барча беморлар комплекс равишда текширилиб ва шунинг асосида оғиз бўшлиғи саратони ташҳиси қўйилган. Текшириш усулларида умумий касалликни симптомлари ва унинг ривожланиши баҳоланиб кейин клиник кўрик ўтказилган. Ундан ташқари лаборатор текширувлари, рентгенологик, бирламчи ўсма жойлашган бош соҳасини ва ундан ташқари узоқлашган метастазларни аниқлаш учун қулланилган. Ҳамма 116 та беморда рентгенологик текшириш ўтказилиб 44 (37.9%) тасида ўсма жараёни сояси аниқланган. 13 (11.2%) беморда эса рентгенологик текширувда ўсмани соясини интенсивлиги кучайган. 50 (43%) беморда эса ўсмани сояси интенсивлиги пасайгани кузатилган бўлса, 53 (45.6%) тасида эса рентгенологик соя аниқланмади. Рентгенологик текширувда ўсманинг контурлари 67 (57.7%) беморда контурлари аниқ кўринган бўлса, 49 (42.3%) беморда эса ноаниқ булган. 25 (21.5%) беморда рентгенологик текширувда суякларда деструктив ўзгаришлар аниқланган. 43 (37%) беморда эса ўсманинг пастки жағга ўсиш аломати аниқланган.

Ультра товушли текширув 116 та беморда ўтказилган бўлиб, асосан регионар ва периферик лимфа тугунларида метастатик ўсмаларни аниқлаш мақсадида қўлланилган.

Гистологик текширувда 116 тадан 37 (31.8%) та беморда мугузланмайдиган ва 79 (68.2%) та мугузланувчи ясси хужайрали саратон аниқланган.



2.1-расм. Гистологик текширув натижалари

Морфологик текширишда нафақат ўсманинг гистологик структураси балки ўсма хужайраларининг дифференцировкаси ҳам аниқланди. 116 та беморда 47 (40.6%) тасида юқори дифференциялашган (G1) ясси хужайрали саратон аниқланган бўлса, 51 (43.9%) тасида эса ўрта дифференциялашган, 15 (12.9%) тасида паст дифференциялашган ва 3 (2.5%) тасида дифференциялашмаган гистологик ҳулоса олинган. Беморларни даволаш гуруҳлари бўйича ўрганилганда стандарт ва делтопекторал даволаш гуруҳларида G 1 ва G 2 84.6% ва 88.5% ни ташкил қилган бўлса, эркин билак тери фашиал нерв билан лоскутда - 26.8% ни ташкил қилган, G3 кўрсаткичи I ва II даволаш гуруҳлари мос равишда 40.0% ва 46.6% ни ташкил қилган бўлса, III гуруҳда эса 13.4% ташкил қилган. G4 кўрсаткичлари фақатгина бир беморда аниқланиб стандарт даволаш гуруҳидаги беморда аниқланган.

2.4-жадвал

Оғиз бўшлиғи ўсмаларини даволаш усуллари ва ўсма дифференцировкасига қараб тақсимланиши.

| Ўсма хужайрасининг дифференцировкаси | Беморлар сони | Даволаш усуллари | | |
|--------------------------------------|---------------|------------------|--|--|
| | | Стандарт (I) | Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари лоскут (II) | Эркин блак тери фашиал нерв билан лоскут (III) |
| G1 | 47 (40.6%) | 14 (29.7%) | 25 (53.2%) | 8 (17%) |
| G2 | 51 (43.9%) | 28 (54.9%) | 18 (35.3%) | 5 (9.8%) |
| G3 | 15 (12.9%) | 6 (40%) | 7 (46.6%) | 2 (13.4%) |
| G4 | 1 (0.8%) | 1 (100%) | - | - |
| Gx | 2 (1.8%) | 1 (50%) | - | 1 (50%) |
| Жами: | 116 (100%) | 50 | 50 | 16 |

Компьютер томография текшируви.

Компьютер текшируви (МСКТ) текшируви 116 бемордан 99 (85.3%) тасида ўтказилган. Текшириш усули асосан ўсма жараёнини тарқалишини

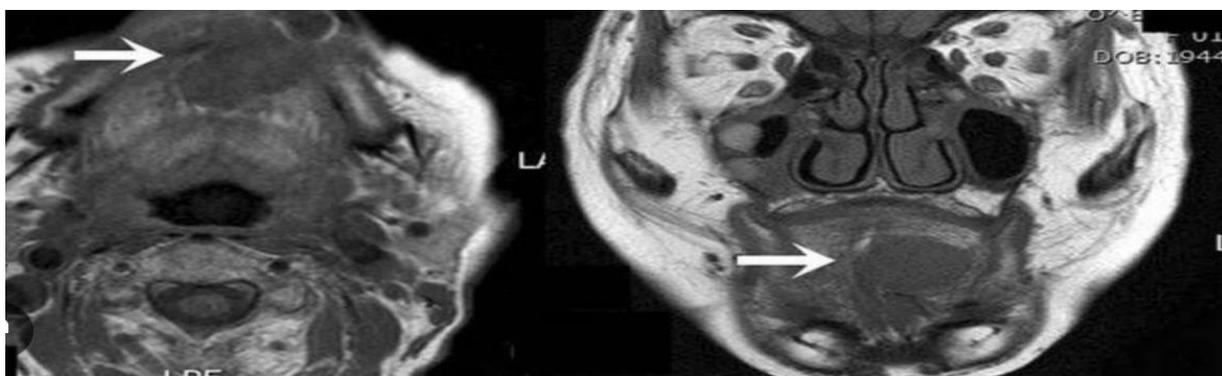
баҳолаш билан бирга атроф суяклардаги деструктив ўзгаришларни аниқлаш имкониятларини яратди. Бунда 25 (21,5%) та беморда пастки ва юкори жағ суяклари соҳасида деструктив ўзгаришлар аниқланди.



2.2-расм. Беморнинг МСКТ текшируви

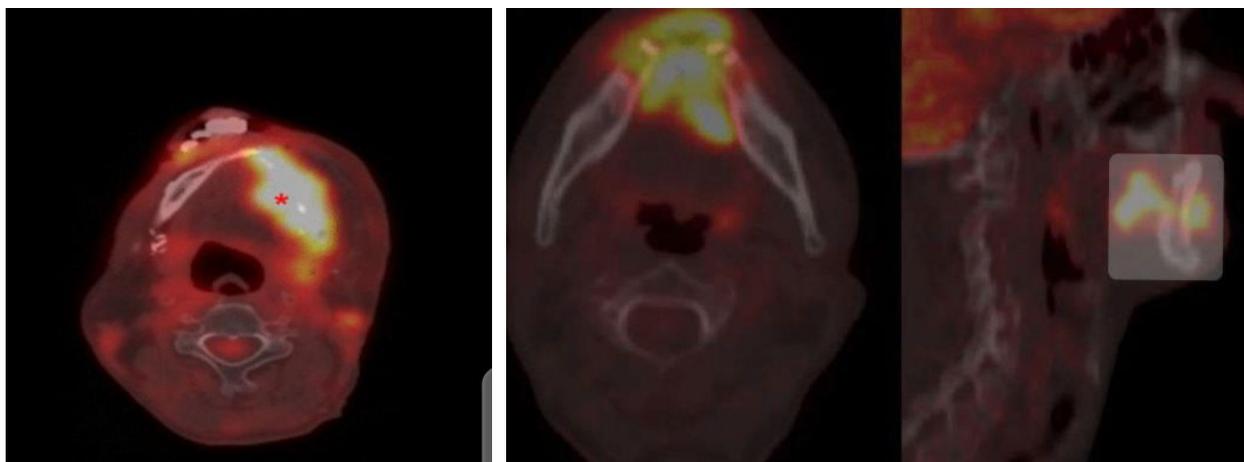
Бундан ташқари регионар лимфа тугунларининг ҳолати ўрганилиб бунда 20 та беморда лимфатугунларида метастатик ўсмага хос ўзгаришларга аниқланди.

МРТ текшируви 116 беморнинг 30 (25.8%) тасида бажарилган бўлиб, асосан ўсма жараёнининг атроф юмшоқ тўқималар ҳолатини ўрганишда муҳим аҳамияга эга бўлди. Бунда 30 (25.8%) бемордан 20 (2.2%) тасида ўсманинг оғиз бўшлиғи атроф юмшоқ тўқималарига ўсгани аниқланди ва бу эса даволаш тактикасини аниқлаб беришга ёрдам берди.



2.3-расм. Беморнинг МРТ текшируви

116 та бемордан 10 (8.6%) тасига ПЭТ КТ текширув усули ўтказилди ва ўсманинг атроф ён тўқималарига ўсганлиги аниқланди. Шунинг билан биргаликда регионар лимфатугунларининг ҳолатини имкониятини яратди.



2.4-расм. Беморнинг ПЭТ/КТ текшируви

§ 2.4 Даволаш усуллари.

Бизнинг тадқиқотимизда барча беморлар даволаш стандартлари асосида даволаниб юқори савияда уни ўтказиш имконияти яратилган.

116 бемордан 50 тасида даволаш – стандарт усул асосида олиб борилиб қуйидагича даволанган: 3 (6%) та беморга жарроҳлик амалиёти бажарилган, 19 (38%) та комбинир даво, 27 (54%) тасида комплекс даво ва 1 (2%) та беморда симптоматик даволаш усуллари ўтказилган.

2 гуруҳдаги 50 та беморлардан 1 (2%) тасида жарроҳлик амалиёти, 20 (40%) тасида комбинирлашган даво, 29 (58%) тасида комплекс даволаш ўтказилган. Барча 50 та беморларга жарроҳлик амалиётида ҳосил бўлган жароҳат дефектини пекторал лоскут ёрдамида реконструкция қилинган.

3 гуруҳдаги 16 та беморларда билак ички юзасидан олинган эркин тери фациал- қон-томир нерв лоскути билан дефект реконструкция қилинган, бунда фақат 1 (6.2%) тасида жарроҳлик амалиёти, 11 (68.8%) комбинирлашган даво, 4 (25%) тасида комплекс даво усуллари қўлланилган.

Оғиз бўшлиғи саратонида кузатилган жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар

Турли даволаш гуруҳларидаги беморларда ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейинги бўладиган асоратлар ўрганилганда қуйидагилар аниқланди.

I даволаш гуруҳидаги 50 беморга турли усуллардаги жарроҳлик амалиётлари бажарилган. Бу гуруҳдаги асоратлар 7 (14%) беморда жароҳат соҳасида яллиғланиш ва 5 (10%) жароҳатни очилиши кузатилган.

II даволаш гуруҳидаги 50 та беморга катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут билан жарроҳлик амалиётидан кейинги ҳосил бўлган дефектни бартараф қилиш реконструктив – пластик операцияси бажарилди. 50 бемордан 4 (8%) беморда лоскутни чекка некрози, 2 (4%) нафарида жароҳат соҳасида яллиғланиш, 2 (4%) тасида жароҳатни очилиши кузатилган. Барча асоратлар консерватив йўл билан бартараф қилинган.

2.5-жадвал

Оғиз бўшлиғи саратонида бажарилган жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар

| Даволаш усуллари | Беморлар сони | Асоратлар % | | | | | жами |
|---|---------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|------------|--------------------|-----------|
| | | Лоскут-ни чекка некрози | Лоскут-ни тўлиқ некрози | Микро-анастомоз тромбози | Яллиғланиш | Жароҳат-ни очилиши | |
| Стандарт гуруҳи | 50 | - | - | - | 7 (14%) | 5 (10%) | 12 (24%) |
| Делтопекторал лоскут гуруҳи | 50 | 4 (8%) | - | - | 2 (4%) | 2 (4%) | 8 (16%) |
| Эркин билак ички юзаси тери фациал қон-томир, нерв лоскути гуруҳи | 16 | - | 1 (6,25%) | 1 (6.25%) | - | - | 2 (12.5%) |

III даволаш гуруҳида 16 бемор бўлиб, уларга жарроҳлик амалиёти – эркин билак ички юзаси тери- фасциал қон томир лоскутни оғиз бўшлиғида ҳосил бўлган дефектни баргараф қилиш мақсадида қўлланилган.

Бунда 16 беморда микрохирургик усул билан қон томир (артерия, вена) анастомоз қўйиш орқали (юз артерия ва венасига микрохирургик усул билан анастомоз қўйилади). Жарроҳлик амалиётидан сўнг 3 - 4 кунлари кўчириб ўтказилган трансплантатни тотал некрози 1 беморларда (6,25%) кузатилган. Бундан ташқари 1 (6.25%) - микроаностомозни тромбози аниқланган.

Микроанастомозни 1 (6.25%) нафар беморда тромбози қайта жарроҳлик амалиёти бажарилиш йўли билан яъни тромбни олиб ташлаш (тромбэктомия) уни қон ўтказувчанлигини тиклаш орқали амалга оширилган. Шундан сўнг трансплантатни “жонланиши” кузатилган ва антикоагулянт терапия фонидида қайта тромб ҳосил бўлиши кузатилмаган.

1 (6.25%) та беморда лоскутни тўлиқ некрози кузатилганлиги туфайли уни трансплантатни олиб ташлаш амалиёти бажарилган. Яра 2-3 ҳафтада иккиламчи битган.

§ 2.5. Тадқиқот материалларини статистик таҳлил усуллари.

Тадқиқот материаллари параметрик ва параметрик бўлмаган таҳлил усулларидадан фойдаланган ҳолда статистик ишловдан ўтказилди. Дастлабки маълумотларни тўплаш, тузатиш, тизимлаштириш ва олинган натижаларни визуаллаштириш “Микрософт Оффисе Эксел”, 2016 электрон жадвалларида амалга оширилди. Статистик таҳлил ИБМ СПСС Статистисс в.23 дастури (ишлаб чиқарувчи - IBM Corporation) ёрдамида амалга оширилди.

Оддий тақсимот билан микдорий кўрсаткичларни тавсифлашда, олинган маълумотлар арифметик ўртача (М) ва стандарт оғишлар (СД), 95% ишонч оралиғи чегаралари (95% СИ) ҳисобланган вариацион қаторларга бирлаштирилди. амалга оширилди.

Номинал маълумотлар мутлақ қийматлар ва фоизлар билан тавсифланган.

Оддий тақсимланган миқдорий маълумотлар тўпламидаги ўртача қийматларни таққослашда Стъюдент t-тести қуйидаги формула бўйича ҳисоблаб чиқилган.

Стъюдент t- критерийси қуйидаги формула бўйича ҳисоблаб чиқилган:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

t-тест формуласи

бу ерда: M_1 ва M_2 - таққосланган ўртача қийматлар, m_1 ва m_2 - мос равишда ўртача қийматларнинг стандарт ҳатолари.

Стъюдент t-тестининг олинган қийматлари критик қийматлар билан таққослаш йўли билан баҳоланди. Кўрсаткичлардаги фарқлар $p < 0,05$ аҳамиятлилик даражасида статистик аҳамиятга эга, деб ҳисобланди.

Маълумотларни таққослаш Пирсон тести ёрдамида амалга оширилди, бу ҳар бир тоифага кирувчи намунанинг ҳақиқий натижалари ёки сифат хусусиятлари ва ўрганилаётган гуруҳларда кутилиши мумкин бўлган назарий сон ўртасидаги фарқларнинг аҳамиятини баҳолашга имкон беради.

Фишернинг аниқ тести P нинг $0,05$ дан ортиқ олинган қиймати статистик жиҳатдан муҳим фарқлар йўқлигини кўрсатди. P қиймати $0,05$ дан кам бўлса, уларнинг мавжудлигини кўрсатади.

Беморларнинг яшаш кўрсаткичи функцияси Каплан-Майер усули ёрдамида баҳоланди. Яшовчанлик функциясини баҳолаш графиги камайиб бораётган босқичли чизик бўлиб, кузатиш нуқталари орасидаги яшаш кўрсаткичи функцияси қийматлари доимий ҳисобланади.

Каплан-Майер усули цензура қилинган маълумотларни таҳлил қилиш имконини беради, яъни беморларнинг эксперимент давомида тарқ этиши ёки турли кузатув даврларига эга бўлиши мумкинлигини ҳисобга олган ҳолда яшаш кўрсаткичини баҳолайди.

Беморнинг яшаш кўрсаткичи Кокс регрессияси усули ёрдамида таҳлил қилинди, бу кўриб чиқилаётган объект учун содир бўлган ҳодиса ҳавфини башорат қилишни ва олдиндан белгиланган мустақил ўзгарувчиларнинг (башоратчиларнинг) ушбу ҳавфга таъсирини баҳолашни ўз ичига олади.

Хулоса. Ушбу бобда тадқиқотни материали ва текшириш усуллари, даволаш усуллари ва статистик текшириш усуллари келтирилган. Тадқиқот РИОРИАТМ БВФ ни бош – бўйин касалликлари бўлимида даволанган 116 беморни текшириш ва даволаш усуллари тўлақонли ёзма равишда тақдим қилинган. Бобда келтирилган беморларни жинси, ёши бўйича клиник симптомлар бўйича тақсимланиши, текшириш ва даволаш усуллари таҳлили келтирилган. II Боб клиник маълумотларни статистик таҳлил ўтказиш усуллари келтириш билан тугалланади.

III БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИГИ ҲАВФЛИ ЎСМАЛАРИДА СТАНДАРТ КОМБИНИРЛАШГАН ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Ушбу бобда тадқиқотларимизнинг 1- гуруҳида даволанган беморлар туғрисида маълумотлар тақдим қилинади. Даволаш усули ушбу гуруҳдаги беморларда 50 нафаридан ўтказилган бўлиб, улар стандартлар асосида олиб борилган лекин ушбу гуруҳдаги беморларда реконструктив-пластик операциялар комбинирлашган ва комплекс давонинг ичида ўтказилмаган. Шунинг учун ҳам ушбу гуруҳни назорат гуруҳи сифатида кўриб чиқилди. Тадқиқотимизда оғиз бўшлиғи ҳавфли ўсмалари ташҳиси билан 50 беморга кўйидаги даволаш усуллари қўлланилган:

Фақат жарроҳлик усули 1 (2%) беморга, комбинирлашган даво 11 (22%), комплекслаш даво 38 (76%) ўтказилган. 50 бемордан 36 (72%) таси эркак бўлиб, 14 (28%) тасини аёллар ташкил қилган.

3.1-жадвал

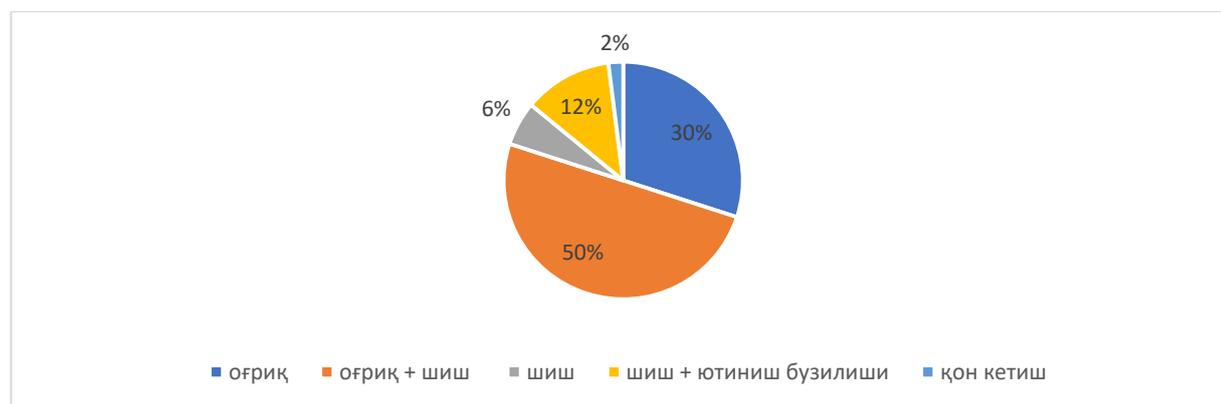
Стандарт даволаш гуруҳидаги беморларни жинси ва ёши бўйича тақсимланиши

| Беморлар жинси | Беморлар сони | 20-29 ёш | 30-39 ёш | 40-49 ёш | 50-59 ёш | 60-69 ёш | 70-79 ёш | <80 ёш |
|----------------|---------------|----------|----------|-----------|------------|-----------|-----------|----------|
| Эркаклар | 36 (72%) | - | 2 (5.5%) | 8 (22.3%) | 19 (52.8%) | 5 (13.9%) | 2 (5.5%) | |
| Аёллар | 14 (28%) | 1 (7.1%) | - | 2 (14.2%) | 5 (35.8%) | 2 (14.3%) | 3 (21.5%) | 1 (7.1%) |
| Жами: | 50 (100%) | 1 (2%) | 2 (4%) | 10 (29%) | 24 (48%) | 7 (14%) | 5 (10%) | 1 (2%) |

Аксарият беморлар эркаклар бўлиб, 40 ёшдан 70 ёшгача булган даврда учраган (64%). Беморларнинг ўртача ёши 44.9 ёшни ташкил қилган. (3.1-жадвал)

Касаллик анамнези давомийлиги 1 ойдан 2 йилгача бўлиб аксарият беморлар 6 ойгача мурожаат қилган (70%). 50 бемордан 15 (30%) тасида касаллик оғрик симптоми билан бошланган, 25 (50%) тасида оғрик ва шиш

пайдо булган, 3 (6%) тасида шиш булган, 6 (12%) тасида эса шиш ва ютинишнинг бузилиши ва ўсмадан қон кетиш 1 (2%) кузатилган.



3.1-расм. Беморлардаги касалликни бошланишдаги симптомлари.

3.2-жадвал

Беморларнинг касалликнинг TNM таснифи бўйича тақсимланиши

| Ўсманинг жойлашган жойи | Беморлар сони | Касаллик боскичлари | | | | |
|----------------------------|---------------|---------------------|--------|----------|----------|---------|
| | | Tis | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Оғиз бўшлиғи шиллик қавати | 10 (20%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 5 (10%) | 1 (2%) | 2 (4%) |
| Тилнинг чап латериал юзаси | 6 (12%) | - | 2 (4%) | 3 (6%) | 1 (2%) | - |
| Тилнинг ўнг латериал юзаси | 9 (18%) | - | - | 5 (10%) | 2 (4%) | 2 (4%) |
| Тил учида | 7 (14%) | - | 1 (2%) | 4 (8%) | 1 (2%) | 1 (2%) |
| Тил илдизи | - | - | - | - | - | - |
| Ўнг томон пастки жағ милки | 9 (18%) | - | - | 4 (8%) | 4 (8%) | 1 (2%) |
| Чап томон пастки жағ милки | 9 (18%) | - | - | 5 (10%) | 3 (6%) | 1 (2%) |
| Юкори жағ милки | | | | | | |
| Лаб | | | | | | |
| Жами | 50 (100%) | 1 (2%) | 4 (8%) | 26 (52%) | 12 (24%) | 7 (14%) |

Барча беморларда касалликнинг тарқалиши TNM таснифи бўйича олиб борилган ва қуйидаги ҳолатлар кузатилган.

Касалликнинг жойлашган жойига қараб оғиз бушлиғи турли қисмларининг ҳавfli ўсмалари билан зарарланиши қуйидаги тарзда бўлган. (3.2-жадвал) Ўсма аксарият ҳолларда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида (20%), тилнинг ўнг латериал юзасида, пастки унг томон жағ милкида (18%) ва чап пастки жағ милкида жойлашган. Касаллик аксарият ҳолларда T2 кўрсаткичи (52%) эга бўлган, T3 кўрсаткичи 24% ни ва T4 кўрсаткичи 14% ни ташкил қилган. 8% беморда T1 кўрсаткичи ва 2% беморда Tis учраган.

3.3-жадвал

Касалликни тарқалиш даражаси “T” бўйича ва хирургик усулларни ҳажми бўйича тақсимланиши.

| Касаллик тарқалиш даражаси | Беморлар сони | Маҳаллий усулда ўсмани кесиб олиш | Кенгайтирилган усулда ўсмани кесиб олиш | Кенгайтирилган усулда ўсмани кесиб олиш ва лимфадиссекция |
|----------------------------|---------------|-----------------------------------|---|---|
| Tis | 1 (2%) | - | 1 (2%) | - |
| T1 | 5 (10%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 3 (6%) |
| T2 | 26 (52%) | 1 (2%) | 18 (36%) | 7 (14%) |
| T3 | 12 (24%) | 1 (2%) | 7 (14%) | 4 (8%) |
| T4 | 6 (12%) | - | - | 6 (12%) |
| жами | 50 (100%) | 3 (6%) | 27 (54%) | 20 (40%) |

Барча беморларга морфологик текшириш цитологик ва гистологик усулларида иборат бўлиб 50 нафардан 37 (74%) тасида мугузланмайдиган ясси хужайрали саратон аниқланган бўлса, 13 (26%) тасида мугузланадиган ясси хужайрали саратон аниқланган. 50 бемордан 13 (26%) тасида ўсма жараёни экзофит характерда бўлса, 37 (74%) тасида эса эндофит ва инфилтратив характердаги ўсмалар кузатилган. Барча беморлар

даволанишдан олдин комплекс равишда текширувдан ўтказилган. Рентгенологик текширув 50 та беморга, ультра товуш текшируви 50 та беморда, МСКТ 10 та беморда, МРТ 10 та беморда ва ПЭТ КТ текшируви 3 та беморда ўтказилган.

3.4-жадвал

Стандарт груҳидаги беморларни даволаш усуллари буйича тақсимланиши.

| Стадия | Беморлар сони | Даво | | | | | | | | Симптоматик | |
|---------|---------------|--------|----------|-------------|-------------|------------------|---------|-------------|-------------|-------------|--------|
| | | ОП | ПХТ+ ОП | ПХТ+ НТ+ ОП | ПХТ+ ОП+ НТ | ПХТ+ НТ+ ОП+ ПХТ | ОП+ ПХТ | ОП+ НТ+ ПХТ | ОП+ НТ+ ПХТ | | |
| TisN0M0 | 1 (2%) | 1 (2%) | | | | | | | | | |
| T1N0M0 | 2 (4%) | | 1 (2%) | 1 (2%) | | | | | | | |
| T1N1M0 | 4 (8%) | | | 4 (8%) | | | | | | | |
| T1N2M0 | 2 (4%) | | 2 (4%) | | | | | | | | |
| T2N0M0 | 8 (16%) | | 3 (6%) | 2 (4%) | | 2 (4%) | | | 1 (2%) | | |
| T2N1M0 | 12 (24%) | | 2 (4%) | 2 (4%) | 3 (6%) | 4 (8%) | | | | 1 (2%) | |
| T2N1M1 | 3 (6%) | | 2 (4%) | | | 1 (2%) | | | | | |
| T3N0M0 | 5 (10%) | | | 3 (6%) | | 1 (2%) | 1 (2%) | | | | |
| T3N1M0 | 4 (8%) | | 1 (2%) | 1 (2%) | 1 (2%) | | 1 (2%) | | | | |
| T3N2M0 | 2 (4%) | | 1 (2%) | | 1 (2%) | | | | | | |
| T4N0M0 | 1 (2%) | | 1 (2%) | | | | | | | | |
| T4N1M0 | 2 (4%) | | 2 (4%) | | | | | | | | |
| T4N2M0 | 2 (4%) | | | 2 (4%) | | | | | | | |
| T4N2M1 | 2 (4%) | | 1 (2%) | | | | | | | | 1 (2%) |
| Жами: | 50 (100%) | 1 (2%) | 16 (32%) | 14 (28%) | 5 (10%) | 8 (36%) | 2 (4%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 1 (2%) | |

Комплекс текширувдан сўнг беморларга даволаш стандарти асосида комбинирлашган ва комплекс даво усуллари ўтказилган. 50 бемордан 3 (6%) тасига маҳаллий туқималар билан биргаликда ўсмани электрохирургик олиш,

27 (54%) тасига ўсмани кенг электрохирургик олиш. 20 (40%) та беморга комбинирлашган (ўсмани кенг кесиб олиш ва бўйин соҳаси лимфодиссекцияси, трахеостома, оростома) операцияси ўтказилган.

§ 3.1. Стандарт даволаш гуруҳидаги беморларни касаллик тарқалиш даражаси ва даволаш усуллари бўйича тақсимланиши

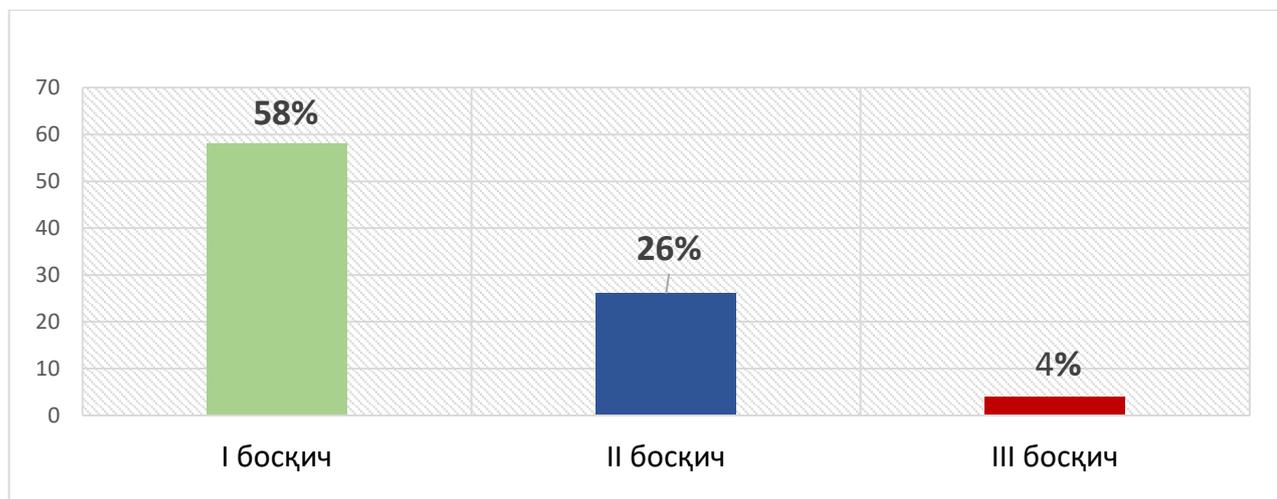
Ўтказилган таҳлиллар шуни кўрсатдики, кимёвий терапия қуйидаги дори воситалари билан ўтказилган. 44 (88%) та беморда бошқа усуллар билан комбинирлашган равишда кимётерапия қуйидаги тизимда ўтказилган: 17 (34%) беморда PF, 25 (50%) беморда TPF ва 3 (6%) беморда TP ўтказилган. Ўтказилган кимётерапияда даволаш натижалари халқаро таснифлар бўйича баҳоланди. Бунда кимётерапия операциядан олдин 7 (14%) беморга, операциядан кейин 6 (12%), операция олди ва кейин 30 (60%) беморга ўтказилган. 7 (14%) беморларда ўтказилмаган. 19 та беморда операция олди нур терапияси, кимётерапияси билан ўтказилган (3 курс кимёвий терапия). Операциядан кейин кимётерапия 20 (40%) та беморга.

Нур терапияси операциядан олдин 19 (38%) та беморда “ TERABALT ” ёки АГАТ-Р аппаратларида ўтказилган бўлиб, 1 марталик дозаси 1.8-2 Гр ташкил қилган бўлса, умумий нурнинг дозаси 40-50 Грни ташкил қилган.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики операциядан олдин кимётерапия ва нур терапиянинг самарадорлиги қуйидагича бўлган. 19 (38%) беморлардан 4 (21%) тасида ўсманинг стабилизацияси, 15 (79%) ўсманинг қисман регрессияси кузатилган.

Кимётерапия ўтказиш даврида қуйидаги асоратлар кузатилган: Кўнгил айниш ва қайд қилиш 30 (69.7%), қайд қилиш 6 (13.9%) беморда, диария 7 (16.3%), кўнгил айниш, қусиш, цистит ва гематурия 2 (4.6%) беморларда кузатилган.

Кимётерапиянинг токсиклик асоратлари 29 (58%) беморда I боскичда бўлган, 13 (26%) беморларда II боскичда, 2 (4%) та беморда эса III боскичда бўлган.



3.2-расм. Кимё терапиянинг токсик таъсирлари

Жарроҳлик амалиёти 49 (98%) та беморда бажарилган бўлиб, шулардан 33 (67.3%) тасида регионар лимфа тугунларига метастазлар борлиги туфайли бўйин соҳаси лимфадиссекция операцияси бажарилган.

Жарроҳлик амалиётлари 35 (71.4%) беморлар радикал равишда, 6 (12%) беморларда шартли радикал ва 8 (16%) паллиатив равишда бажарилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда даволанган беморлардан 20 (40%) тасида ўсманинг қайталаниши кузатилган. 1 та беморда рецидив 2 марта кузатилган. Рецидив пайдо бўлиш муддати 6 ойдан 2 йилгача бўлиб аксарият ҳолатларда рецидив 1 йил ичида пайдо бўлган (80%).

3.5-жадвал

Стандарт даволаш гуруҳидаги беморларни даводан пайдо бўлган рецидив ва метастазлар улуши

| Даволаш усуллари | Беморлар сони | Улуши % | |
|---------------------|---------------|------------|-------------|
| | | Рецидив | метастазлар |
| Жарроҳлик | 4 | 2 (50%) | 2 (50%) |
| Комбинирлашган даво | 38 | 16 (42.1%) | 8 (21%) |
| Комплекс даво | 8 | 2 (25%) | 2 (25%) |
| жами | 50 | 20 (40%) | 12 (24%) |

50 та бемордан 31 (62%) тасида узоклашган сохалар ва регионар лимфатугунларида метастазлар аниқланган. Беморлардан 22 (44%) тасида

регионар лимфатугунларининг метастатик зарарланиш кузатилган. 3 (6%) беморларда ўпкаларга метастаз, 1 (2%) беморда кўкс оралиги лимфатугунларига ва ўпкага, 1 (2%) - жигарга, 3 (6%) та беморда- умуртка поғоналарига метастазлар аниқланган.

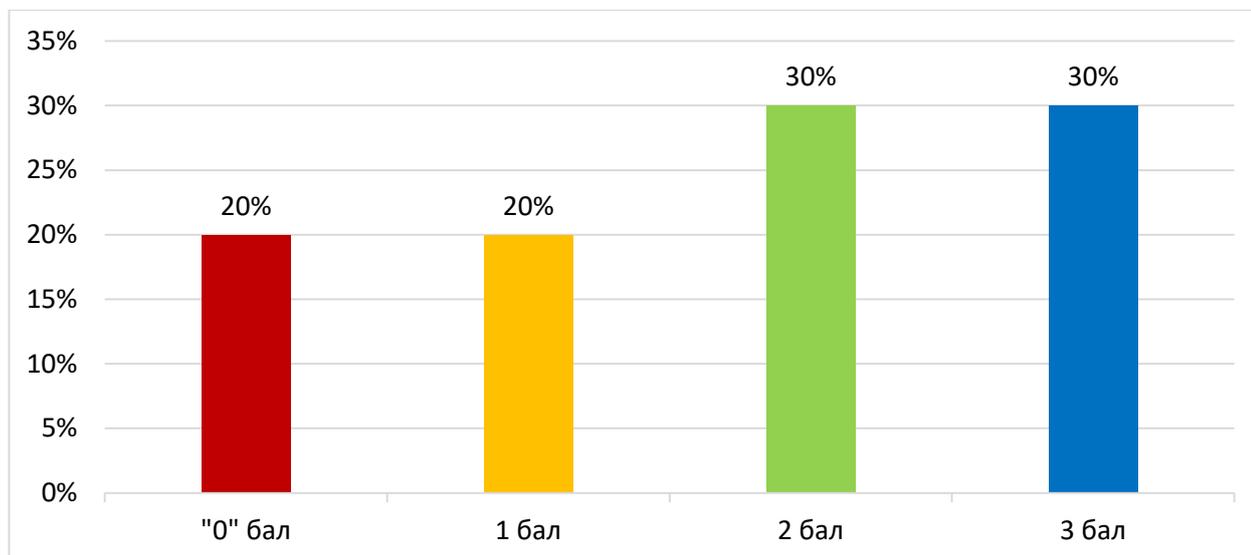
Даводан кейинги функционал кўрсаткичларни 50 беморда ўрганилган бўлиб, даволашдан кейин 2 (4%) тасида чайнашни тикланиши, 23 (46%) тасида ютинишни тикланиши, 18 (36%) - нутқни тикланиши, 1 (2%) - сезги тикланиши, 1 (2%) - таъм билиш, 3 (6%) – функцияларни бузилиши аниқланмаган.

3.6-жадвал

Даволашдан сўнг функционал кўрсаткичларни натижалари

| Беморлар сони | Чайнашни тикланиши | Ютинишни тикланиши | Нутқни тикланиши | Сезгини тикланиши | Таъм билишни тикланиши | Функциялар тикланмаган | Функциялар натижалари текширилмаган |
|----------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------------|------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| n=50 (100%) | 2 (4%) | 23 (46%) | 18 (36%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 3 (6%) | 2 (4%) |

ECOG шкаласи бўйича беморларни ҳолатини тиклаш 10 (20%) “0” балли, 10 (20%) таси 1 бал, 15 (30%) таси 2 бал, 15 (30%) таси 3 бал ташкил қилган. Карноский шкаласи бўйича 10 (20%) та беморда 100% фаоллик, 15 (30%) тасида 80-70% фаоллик, 10 (20%) тасида 60% фаоллик ва 15 (30%) тасида 50 % фаоллик аниқланди.



3.3-расм. ECOG шкаласи бўйича беморларни ҳолатини

Метастазлар рентгенологик, МСКТ ва МРТ текширувларда аниқланган ва цитологик текшириш асосида тасдиқланган.

Метастазлар рентгенологик, МСКТ ва МРТ текширувларда аниқланган ва цитологик текшириш асосида тасдиқланган.

Қайталанган ўсмани даволаш: 15 (32%) беморда ўсма қайталанган, бундан 8 (16%) жарроҳлик амалиёти ва кимётерапия, 1 (2%) беморда жарроҳлик амалиёти, 1 (2%) та беморда жарроҳлик амалиёти ва симптоматик даво, 1 (2%) беморда жарроҳлик амалиёти, кимётерапия, нур терапия, 2 (4%) беморда кимётерапия, 1 (2%) беморда симптоматик, 1 (2%) кимётерапия, жарроҳлик амалиёти ўтказилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда 15 (32%) нафар беморда рецидив кузатилган бўлган бўлса шулардан 12 (85%) нафар қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш жарроҳлик амалиёти бажарилган, 2 (4%) беморда гемимандибулэктомия ва 2 (10%) та беморда қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш ва пастки жағ сегментар резекцияси ва оростома қўйиш бажарилган.

Метастазларни даволаш: 6 (12%) нафар беморда кузатилган бўлиб, 3 (8%) тасида кимиётерапия ва 2 (4%) нафарида эса кимётерапия ва нур терапияси ва 1 (2%) симптоматик давоси берилди.

Беморлар 6 ойдан 72 ойгача кузатувда бўлган, 50 та бемордан 28 (56%) таси шу вақтлар мобайнида вафот этган.

Хулоса. Ушбу бобда стандарт даволаш усули билан даволанган 50 та бемор касалликни тарқалиш босқичига қараб жаррохлик амалиёти, комбинирлашган ва комплекс даволаш усуллари қўлланилган. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, барча беморлар жаррохлик амалиёти, кимёвий терапия, нур терапияси қабул қилган. Аксарият 38 (76%) беморлар касалликни маҳаллий тарқалган босқичида даволанганлар фақатгина 4 беморга хирургик усулларда даво ўтказилган. Даволаш натижаси функционал жихатдан ўрганилган 32% беморларда касалликни қайталаниш кузатил бўлса ва 12 % беморларда узоқлашган метастазлар аниқланган. Қиёсий тахлилда даволаш натижалари келтирилган.

**IV БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИҒИ САРАТОНИДА ЖАРРОҲЛИК
АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН ҲОСИЛ БЎЛГАН ДЕФЕКТЛАРНИ
РЕКОНСТРУКТИВ-ПЛАСТИК УСУЛЛАР БИЛАН БАРТАРАФ
ҚИЛИШ.**

**§ 4.1 Оғиз бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётидаги кейинги ҳосил бўлган
дефектларни катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари
сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскути билан бартараф этиш.**

Ушбу бобда тадқиқотларимизнинг 2- гуруҳида даволанган беморлар туғрисида маълумотлар тақдим қилинади. Даволаш усули ушбу гуруҳдаги беморларнинг 50 нафарида ўтказилган бўлиб, улар стандартлар асосида олиб борилган, лекин ушбу гуруҳдаги беморларда реконструктив-пластик операциялар (катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут) комбинирлашган ва комплекс давонинг ичида ўтказилган. Тадқиқотимизда оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмалари ташҳиси билан 50 беморга қуйидаги даволаш усуллари қўлланилган:

Комбинирлашган даво 30 (60%), комплекс даво 20 (40%) беморларга ўтказилган. 50 бемордан 45 (90%) таси эркак бўлиб, 5 (10%) тасини аёллар ташкил қилган.

4.1-жадвал

**Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда
кўчириб ўтказилган лоскут гуруҳидаги беморларни жинси ва ёши
бўйича тақсимланиши**

| Беморлар жинси | Беморлар сони | 20-29 ёш | 30-39 ёш | 40-49 ёш | 50-59 ёш | 60-69 ёш |
|-------------------|------------------|-------------|----------|----------|----------|----------|
| Эркаклар | 45 (90%) | - | 2 (4%) | 12 (24%) | 16 (32%) | 15 (30%) |
| Аёллар | 5 (10%) | 1 (2%) | | 1 (2%) | 2 (4%) | 1 (2%) |
| Жами: | 50 (100%) | 1 (2%) | 2 (4%) | 13 (26%) | 18 (36%) | 16 (32%) |

Аксарият беморлар эркаклар бўлиб, 40 ёшдан 70 ёшгача бўлган ёшда учраган (80%). Беморларнинг ўртача ёши 53,7 ёшни ташкил қилган. (4.1-жадвал)

Касаллик анамнези давомийлиги 1 ойдан 2 йилгача бўлиб аксарият беморлар 6 ойгача муружаат қилган (70%). 50 бемордан 13 (26%) тасида касаллик оғрик симптоми билан бошланган, 19 (38%) тасида оғрик ва шиш пайдо булган, 9 (18%) тасида эса шиш ва ютинишнинг бузилиши ва 9 (18%) тасида эса шиш ва ютинишнинг бузилиши ва тризм кузатилган.



4.1-расм. Беморлардаги касалликни бошланишдаги симптомлари.

Барча беморларда касалликнинг тарқалиши TNM таснифи бўйича олиб борилган ва қуйидаги ҳолатлар кузатилган.

Касалликнинг жойлашган жойига қараб оғиз бўшлиғи турли қисмларининг ҳавфли ўсмалари билан зарарланиши қуйидаги тарзда бўлган. (4.2-жадвал)

Ўсма аксарият ҳолларда (10%) беморларда оғиз бўшлиғи шиллик каватида, 10% беморларда тилнинг ўнг латериал юзасида, 15% беморларда пастки ўнг томон жағ милкида ва 13% беморларда чап пастки жағ милкида жойлашган. Касаллик аксарият ҳолларда Т3 кўрсаткичга (48%) эга бўлган, Т2 кўрсаткичи 30% ни ва Т4 кўрсаткичи 20% ни ташкил қилган. 2% бемор Т1 кўрсаткичида учраган. 68% беморлар Т3 -Т4 кўрсаткичига эга бўлиб маҳаллий тарқалган ўсма турига кирган. 37 (74%) беморда регионар лимфа тугунларни метастатик зарарланиш кузатилган.

Оғиз бўшлиғи ўсмаларининг локализация ва тарқалиш босқичи бўйича тақсимланиши

| Усманинг жойлашган жойи | Беморлар сони | Касаллик босқичлари | | | |
|----------------------------|---------------|---------------------|----------|----------|----------|
| | | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Оғиз бўшлиғи шиллик қавати | 5 (10%) | - | 1 (2%) | 4 (8%) | - |
| Тилнинг ўнг латериал юзаси | 5 (10%) | - | 1 (2%) | 3 (6%) | 1 (2%) |
| Тил учида | 6 (12%) | - | 2 (4%) | 2 (4%) | 2 (4%) |
| Тил илдизи | 5 (10%) | - | - | 4 (8%) | 1 (2%) |
| Ўнг томон пастки жағ милки | 15 (30%) | 1 (2%) | 4 (8%) | 7 (14%) | 3 (6%) |
| Чап томон пастки жағ милки | 13 (26%) | - | 7 (14%) | 4 (8%) | 2 (4%) |
| Юкори жағ милки | 1 (2%) | - | - | - | 1 (2%) |
| Жами | 50 (100%) | 1 (2%) | 15 (30%) | 24 (48%) | 10 (20%) |

Барча беморларга морфологик текшириш цитологик ва гистологик усулларида иборат бўлиб 50 нафардан 17 (34%) тасида мугузланмайдиган ясси хужайрали саратон аниқланган бўлса, 33 (66%) тасида мугузланган ясси хужайрали саратон аниқланган. 50 бемордан 11 (22%) тасида ўсма жараёни экзофит характерда бўлса, 39 (78%) тасида эса эндофит ва инфилтратив характердаги ўсмалар кузатилган. Барча беморлар даволанишдан олдин комплекс равишда текширувдан ўтказилган. Рентгенологик текширув 50 та беморга, ультра товуш текшируви 50 та беморда, МСКТ 45 та беморда, МРТ 5 та беморда ва ПЭТ КТ текшируви 1 та беморда ўтказилган.

Комплекс текширувдан сўнг беморларга даволаш стандарти асосида комбинирлашган ва комплекс даво усуллари ўтказилган. 50 бемордан (ўсмани кенг кесиб олиш, пастки жағ сегментар резекцияси (гемиглосэктомия) ва

бўйин соҳаси лимфодиссекцияси, трахеостома, дефектни кўчириб ўтказувчи кўкрак катта мускули билан реконструкция операцияси ўтказилган.

Даволаш натижаларини баҳолаш мақсадида клиник мисол келтирамиз.

Бемор: У. Р. 1971й. Т. 10.05.2023 йил

келгандаги шикоятлари: пастки жағ чўлтоғидаги оғрикқа, ўсманинг кайтиб шишга, овқатланишни, гапиришни ва ютинишни қийналишига.

Касаллик анамнезидан: Бемор 2017 йилдан буён РИО ва РИАТМ ҚВФ да чап пастки жағ милки хавфли ўсмаси касаллиги билан назоратда туради. Касаллиги сабабли 2017 йилда РИО ва РИАТМ Бухоро вилояти филиалида- Чап томон пастки жағ сегментар резекцияси жарроҳлик амалиёти бажарилган. Сўнг 4 курс кимётерапия муолажасини олган. Шундан сўнг бемор назоратда бўлган. 2022 йилда ўсма қайталангани сабабли. Қайталанган ўсмасини олиш жарроҳлик амалиёти бажарилган. Операциядан кейин бемор 4 курс кимётерапия + 60 Гр нур терапияси муолажасини олган. Бемор юқоридаги шикоятлар билан РИО ва РИАТМ Бухоро вилояти филиалига мурожаат қилиб келган, текшириш ва даволаш мақсадида III жарроҳлик бўлимига ётқизилган.

Махаллий ҳолати: Кўрилганда юз ва бўйин соҳасида асимметрия бор. Оғиз бўшлиғи кўрилганда: тили нам, тоза. Чап томон тил соҳаси қаттиқ консистенцияда. Чап томон пастки жағ операциядан кейинги дефекти бор. Ўнг томон бўйин лимфатугунлари 2.0x2.0 см. гача катталашган. Бодомча безлари катталашмаган. Қаттиқ ва юмшок танглай шиллиқ қавати оч пушти рангда. Ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати нормада. Бурун-ҳалқум бармоқ билан кўрилганда-хоаналар очиқ, силлиқ. Ташқи бурун деформациясиз. Олд риноскопияда-бурун бўшлиғи шиллиқ қавати оч пушти рангда. Патологик ажралмалар йуқ.

Клиник ва лаборатор текширишлар хулосаси:

УТТ 11.05.2023 й. Жигар, талоқ, буйрақлар ўзгаришсиз. Ўнг томон бўйин соҳасида 1,5 x 2.0 см катталиқдаги лимфатугунлари аниқланади.

МСКТ – 11.03.2023й - ўпкаларда патологик ўчоқлар аниқланмади.

МРТ 28.04.2023йил. – Чап томон пастки жағ сегментар резекциядан кейинги

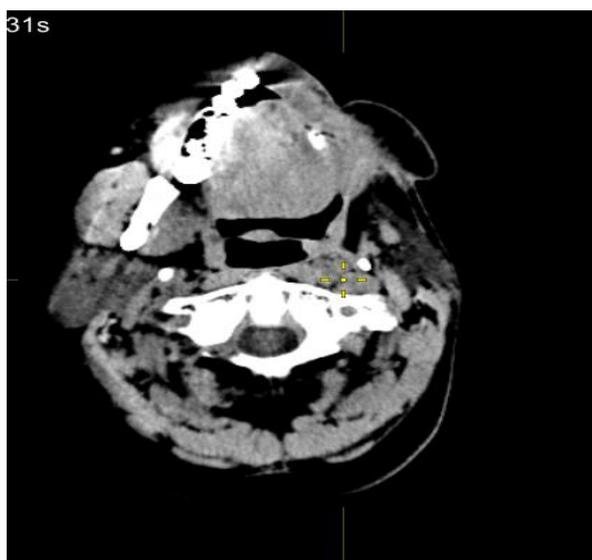
ҳолатда бўлиб, пастки жағ чўлтоғида ўсма 1.5x3.0 см бўлиб, чап томон тил соҳасига ва тил илдизига ўсган.

Гистология хулосаси 32883/2017 ясси ҳужайрали мугузланмайдиган саратон G-1

Асосий таъхиси: Чап томон пастки жағ милки соҳаси хавфли ўсмаси. Оғиз тубига ўсиши T2N1M0. III кас бос, II кл.Гр. Комбинир даво (2 курс кимётерапия + Операция 25.08.2017-й + 2 курс кимётерапия 2017й.дан кейинги ҳолат. Ўсманинг қайталаниши 2022-йил Комплекс даво (2 курс кимётерапия + 17.06.2022-й Операция + 2 курс кимётерапия + 30 Гр Нур терапия) дан кейинги ҳолат. Ўсманинг қайталаниши, чап томон тил ён соҳаси ва илдизига ўсиши билан (2023 йил).

Ўтказилган даволаш турлари: Беморга врачлар консилиуми хулосасидан кейин жарроҳлик амалиёти тавсия қилинди. 16.05.2023 йил куни умумий оғриқсизлантириш билан - Ўнг томон бўйин соҳаси лимфодиссекцияси. Ташқи уйқу артерияси резекцияси. Пастки трахеостома. Қайталанган ўсмаси билан бир блокда глоссэктомия. Дефектни чап томон кўкрак катта мускули кўчириб ўтказувчи лоскути билан ёпиш жарроҳлик амалиёти бажарилди.

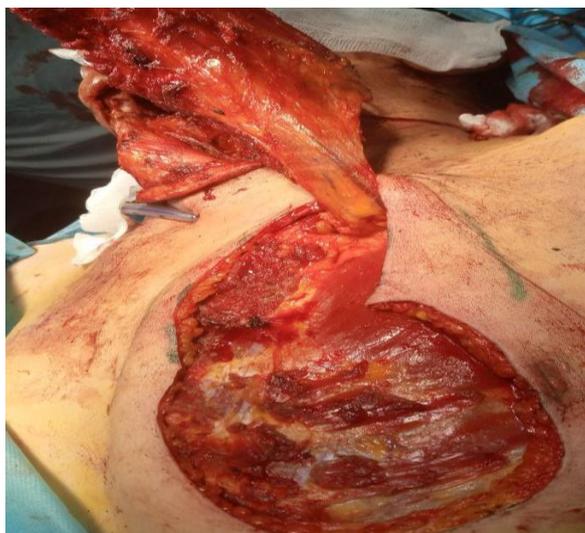
Жарроҳлик амалиёти этаплари:



4.2-расм. МСКТда ўсмани маҳаллий тарқалиши кузатилади



4.3-расм. Ўсмани олиб ташлагандан кейинги ҳолат.



4.4-расм. Дельтопекторал лоскутни кўчириб ўтказилиши



4.5-расм. Дельтопекторал лоскутни кўчириб ўтказилиши.



4.6-расм. Жарроҳлик амалиётдан 3 ой ўтгандан кейинги ҳолат

Ўтказилган таҳлиллар шуни кўрсатдики, кимёвий терапия қуйидаги дори воситалари билан ўтказилган. 49 (98%) та беморда бошқа усуллар билан комбинирлашган равишда кимётерапия қуйидаги тизимда ўтказилган: 13 (26%) беморда PF, 29 (58%) беморда TPF ва 6 (12%) беморда TP ўтказилган.

4.3-жадвал

**Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда
кўчириб ўтказилган лоскут қўлланилган гуруҳидаги беморларни
касаллик тарқалиш даражаси ва даволаш усуллари бўйича
тақсимланиши**

| Стадия | Беморлар сони | Даво | | | | | | Операция |
|--------|---------------|----------|-------------|-------------|------------------|---------|-------------|----------|
| | | ПХТ+ ОП | ПХТ+ НТ+ ОП | ПХТ+ ОП+ НТ | ПХТ+ НТ+ ОП+ ПХТ | ОП+ ПХТ | ОП+ НТ+ ПХТ | |
| T1N1M0 | 1 (2%) | - | 1 (2%) | - | - | - | - | - |
| T1N2M0 | 1 (2%) | 1 (2%) | - | - | - | - | - | - |
| T2N0M0 | 7 (14%) | 2 (4%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 1 (2%) | - | 2 (4%) | - |
| T2N1M0 | 7 (14%) | - | 3 (6%) | 2 (4%) | 1 (2%) | - | - | 1 (2%) |
| T3N0M0 | 3 (6%) | - | 3 (6%) | - | - | - | - | - |
| T3N1M0 | 13 (26%) | 6 (12%) | - | 1 (2%) | 4 (8%) | 2 (4%) | - | - |
| T3N1M1 | 1 (2%) | 1 (2%) | - | - | - | - | - | - |
| T3N2M0 | 6 (12%) | 5 (10%) | - | - | 1 (2%) | - | - | - |
| T3N2M1 | 1 (2%) | 1 (2%) | - | - | - | - | - | - |
| T4N0M0 | 3 (6%) | 3 (6%) | - | - | - | - | - | - |
| T4N1M0 | 3 (6%) | 2 (4%) | - | - | 1 (2%) | - | - | - |
| T4N2M0 | 2 (4%) | - | 1 (2%) | 1 (2%) | - | - | - | - |
| T4N2M1 | 2 (4%) | 2 (4%) | - | - | - | - | - | - |
| Жами | 50 (100%) | 23 (46%) | 9 (18%) | 5 (10%) | 8 (16%) | 2 (4%) | 2 (4%) | 1 (2%) |

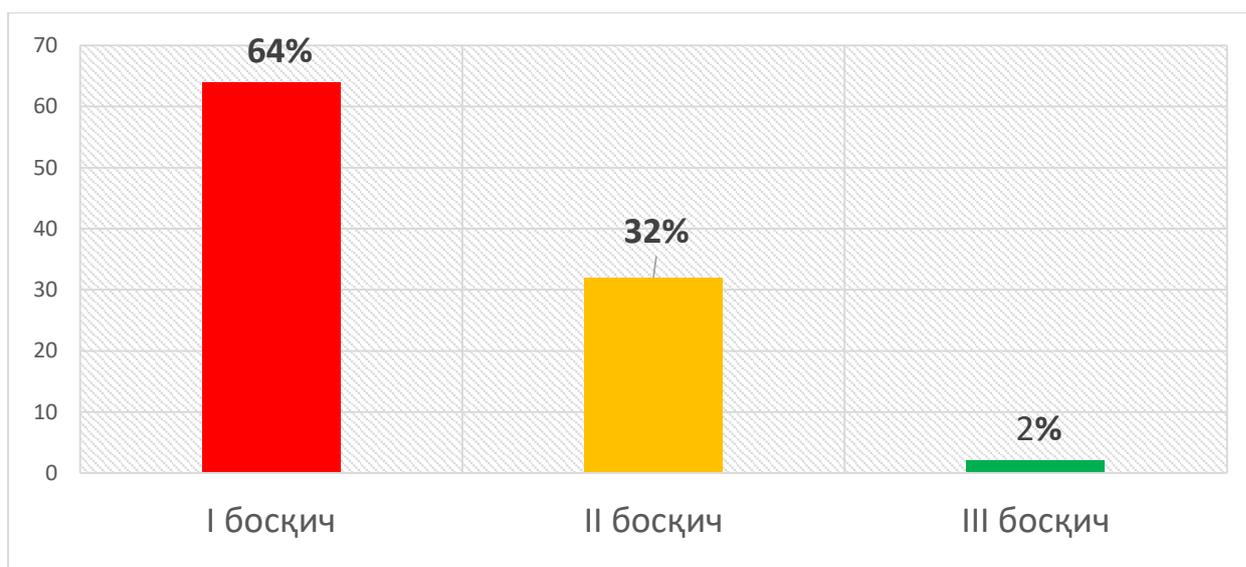
Ўтказилган кимётерапияда даволаш натижалари халқаро таснифлар бўйича баҳоланди. Бунда кимётерапия операциядан олдин 2 (4%) беморга, операциядан кейин 4 (8%), операция олди ва кейин 42 (84%) беморга ўтказилган. 1 (2%) беморларда фақат жарроҳлик амалиёти ўтказилмаган. 12 (24%)та беморда операция олди нур терапияси, кимётерапияси билан ўтказилган (3 курс кимётерапиядан сунг).

Нур терапияси операциядан олдин 19 (38%) та беморда “ TERABALT ” ёки АГАТ-Р аппаратларида ўтказилган бўлиб, 1 марталик дозаси 1.8-2 Гр ташкил қилган бўлса, умумий нурнинг дозаси 40-50 Грни ташкил қилган.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, операциядан олдин кимётерапия ва нур терапиянинг самарадорлиги қуйидагича бўлган. 42 (84%) беморлардан 17 (34%) тасида ўсманинг стабилизацияси, 25 (50%) ўсманинг қисман регрессияси кузатилган.

Кимётерапия ўтказиш даврида қуйидаги асоратлар кузатилган: 29 (58%) беморда кўнгил айланиш ва 14 (28%) тасида қайд қилиш, 6 (12%) тасида диария кузатилган.

Кимётерапиянинг токсиклик асоратлари: 32 (64%) беморда I босқичда бўлган, 16 (32%) беморларда II босқичда ва 1 (2%) та беморда эса III босқичда бўлган



4.7-расм. Кимётерпиянинг токсиклик асорати.

Жарроҳлик амалиёти 50 (100%) та беморда бажарилган бўлиб, шулардан 44 (88%) тасида регионар лимфа тугунларига метастазлар борлиги туфайли бўйин соҳаси лимфадиссекцияси катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскути қўллаш билан бирга операцияси бажарилган.

Жарроҳлик амалиётлари 28 (56%) беморда радикал равишда, 16 (32%) бемор шартли радикал ва 6 (12%) тасида паллиатив равишда бажарилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда даволанган беморлардан 22 (44%) тасида ўсманинг қайталаниши кузатилган. 3 (6%) та беморда рецидив 2 марта ва 2 (4%) беморда 3 марта, 1 (2%) 4 марта рецидив кузатилган. Рецидив пайдо бўлиш муддати 6 ойдан 2 йилгача бўлиб аксарият ҳолатларда рецидив 1 йил ичида пайдо бўлган.

4.4-жадвал

Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут гуруҳидаги беморларда даводан пайдо бўлган рецидив ва метастазлар улуши

| Даволаш усуллари | Беморлар сони | Улуши, % | |
|---------------------|---------------|-------------|----------|
| | | метастазлар | Рецидив |
| Жарроҳлик | 1 (2%) | - | - |
| Комбинирлашган даво | 25 (50%) | 7 (28%) | 3 (12%) |
| Комплекс даво | 24 (48%) | 5 (20.8%) | 2 (8.3%) |
| Жами: | 50 (100%) | 12 (24%) | 5 (10%) |

50 та бемордан 36 (72%) тасида узоклашган сохалар лимфа тугунларида метастазлар аниқланган. Беморлардан 12 (24%) тасида регионар лимфатугунларининг метастатик зарарланиш кузатилган. 4 (8%) беморларда ўпкаларга метастаз, 2 (4%) беморда кўкс ораллиги лимфатугунларига ва ўпкага, 1 (2%) - жигарга, 3 (6%) та беморда- умуртка поғоналарига метастазлар аниқланган.

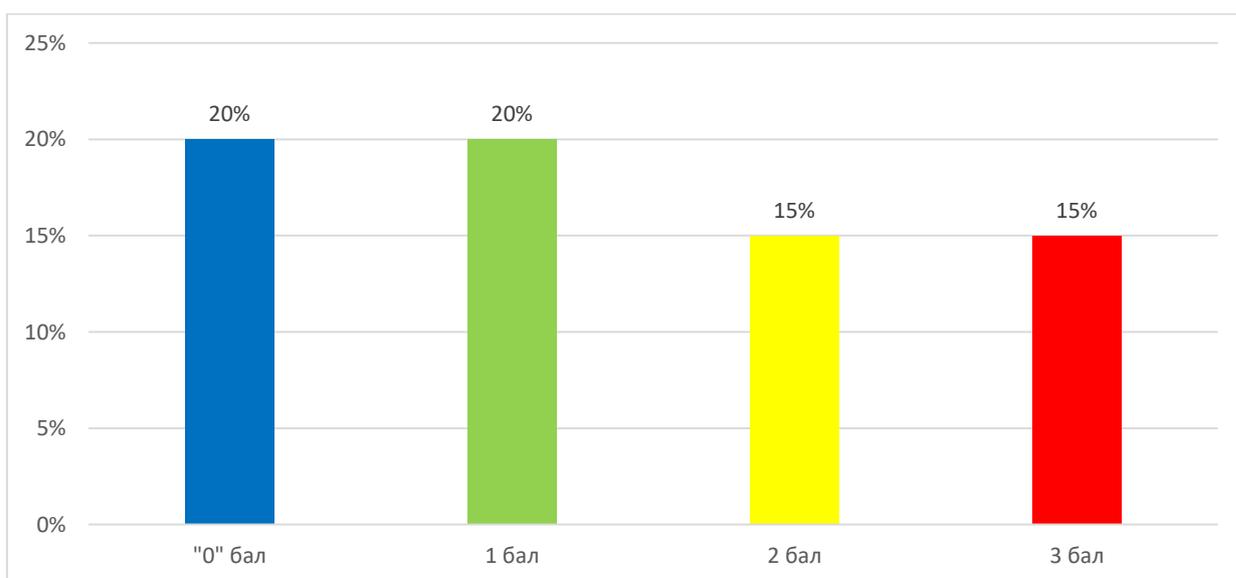
Даводан кейинги функционал кўрсаткичларни 50 беморда ўрганилган бўлиб, даволашдан кейин 7 (14%) тасида чайнашни тикланиши, 23 (46%) тасида ютинишни тикланиши, 16 (32%) - нутқни тикланиши, 1 (2%) - ютиниш ва гапришни тикланиши, 1 (2%) - чайнаш ва ютинишни тикланиши ва 2 (4%) - таъм билиш аниқланган.

4.5-жадвал

Даволашдан сўнг функционал кўрсаткичларни натижалари

| Беморлар сони | Чайнашни тикланиши | Ютинишни тикланиши | Нутқни тикланиши | Ютиниш ва гапришни тикланиши | Чайнаш ва ютинишни тикланиши | Таъм билишни тикланиши |
|----------------|--------------------|--------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|
| n=50 (100%) | 7 (14%) | 23 (46%) | 16 (32%) | 1 (2%) | 1 (2%) | 2 (4%) |

ECOG шкаласи бўйича беморларни ҳолатини тиклаш 10 (20%) “0” баллни, 10 (20%) таси 1 бал, 15 (30%) таси 2 бал, 15 (30%) таси 3 бал ташкил қилган. Карноский шкаласи бўйича 10 (20%) та беморда 100% фаоллик, 15 (30%) тасида 80-70% фаоллик, 10 (20%) тасида 60% фаоллик ва 15 (30%) тасида 50 % фаоллик аниқланди.



4.8-расм. ECOG шкаласи бўйича беморларни ҳолатини тиклаш.

Метастазлар рентгенологик, МСКТ ва МРТ текширувларда аниқланган ва цитологик текшириш асосида тасдиқланган.

Қайталанган ўсмани даволаш: 1 (2%) та беморга кимётерапияси, нур терапияси ва жарроҳлик амалиёти, 3 (6%) беморга жарроҳлик амалиёти, кимётерапия ва нур терапияси, 2 (4%) беморга жарроҳлик амалиёти, кимётерапия, 1 (2%) беморга кимиётерапияси ўтказилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда 7 (14%) та беморда рецидив кузатилган бўлган бўлса шулардан 4 (8%) таси қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш жарроҳлик амалиёти бажарилган, 2 (4%) та беморда қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш ва пастки жағ сегментар резекцияси бажарилган.

Метастазларни даволаш: 7 (14%) та беморда ўтказилган бўлиб , 5 (10%) тасида кимиётерапияси ва 2 (4%) тасида кимётерапия ва нур терапияси берилди.

Беморлар 6 ойдан 72 ойгача кузатувда бўлган, 50 та бемордан 22 (44%) таси шу вақтлар мобайнида вафот этган.

§ 4.2 Оғиз бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётидаги кейинги ҳосил бўлган деффектларни эркин билак ички юзаси тери фациал лоскутидан фойдаланиш натижалари.

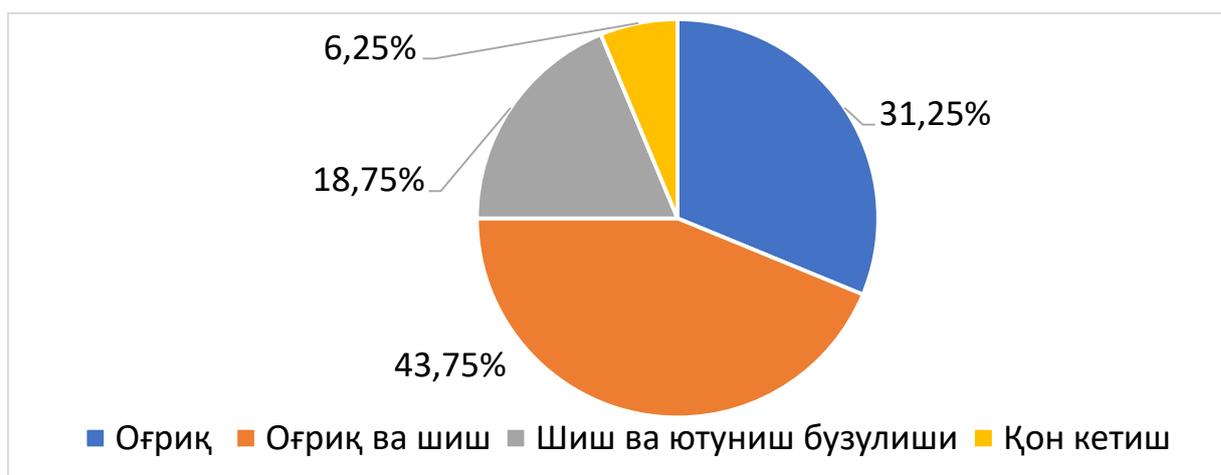
Тадқиқотларимизнинг даволаш усули гуруҳдаги 16 беморлардан бўлиб, улар стандартлар асосида олиб борилган, лекин жарроҳлик амалиёти беморларда реконсруктив-пластик операциялар (эркин билак ички юзаси тери фациал лоскутидан) комбинирлашган ва комплекс давонинг ичида ўтказилган. Тадқиқотимизда оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмалари ташҳиси билан 16 беморга куйидаги даволаш усуллари қўлланилган: факат жарроҳлик усули 1 (6.25%) беморга, комбинирлашган даво 9 (56,25%) ва комплекс даво 6 (37,5%) беморларга ўтказилган. 16 бемордан 10 (62.5%) таси эркак бўлиб ва 6 (37.5%) тасини аёллар ташкил қилган.

**Эркин билак ички юзаси тери фациал лоскути гурухидаги беморларни
жинси ва ёши бўйича тақсимланиши.**

| Беморлар жинси | Беморлар сони | 20-29 ёш | 30-39 ёш | 40-49 ёш | 50-59 ёш | 60-69 ёш | 70-79 ёш |
|-------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| Эркаклар | 10 (62.5%) | - | 2 (12.5%) | 1 (6.25%) | 4 (25%) | 2 (12.5%) | 1 (6.25%) |
| Аёллар | 6 (37.5%) | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) | 2 (12.5%) | - |
| Жами: | 16 (100%) | 1 (6.25%) | 3 (18.75) | 2 (12.5%) | 5 (31,25%) | 4 (25%) | 1 (6.25%) |

Аксарият беморлар эркаклар бўлиб, 40 ёшдан 70 ёшгача бўлган ёшда учраган (50%). Беморларнинг ўртача ёши 50.75% ёшни ташкил қилган. (4.6-жадвал)

Касаллик анамнези давомийлиги 1 ойдан 2 йилгача бўлиб аксарият беморлар 6 ойгача мурожаат қилган (70%). 16 бемордан 5 (31.25%) тасида касаллик оғрик симптоми билан бошланган, 7 (43.75%) тасида оғрик ва шиш пайдо булган, 3 (18.75%) тасида эса шиш ва ютинишнинг бузилиши ва 1 (6.25%) қон кетиш кузатилган.



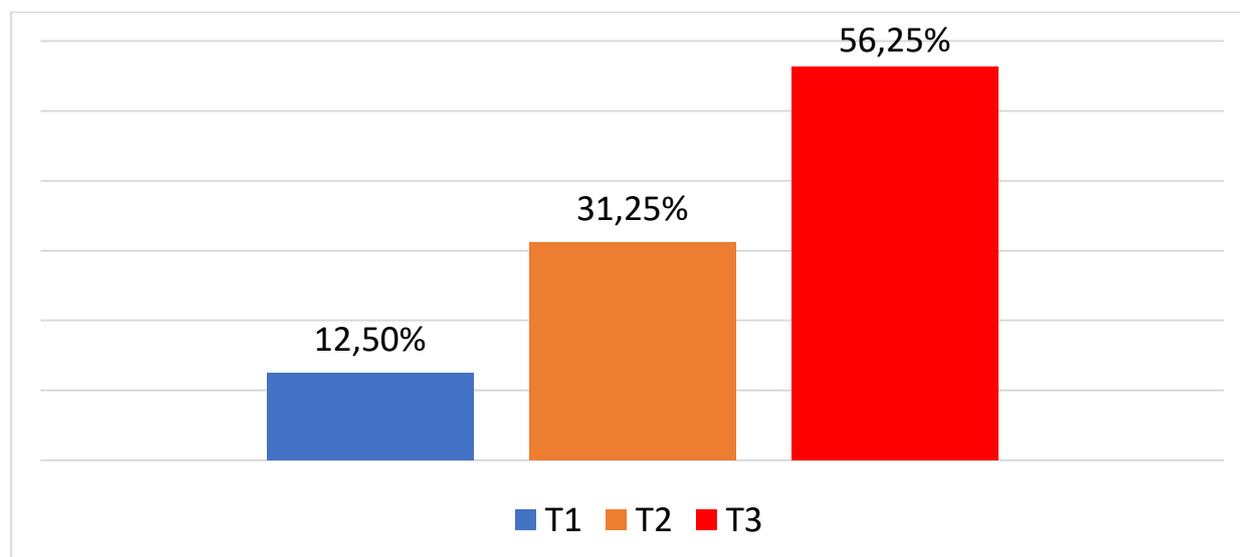
4.9-расм. Беморлардаги касалликни бошланишдаги симптомлари.

Барча беморларда касалликнинг тарқалиши TNM таснифи бўйича олиб борилган ва қуйидаги ҳолатлар кузатилган.

**Оғиз бўшлиғи ўсмаларининг локализацияси ва тарқалиш босқичи
бўйича тақсимланиши.**

| Ўсманинг жойлашган жойи | Беморлар сони | Касаллик босқичлари | | |
|----------------------------|---------------|---------------------|------------|------------|
| | | T1 | T2 | T3 |
| Оғиз бўшлиғи шиллик қавати | 1 (6.25%) | - | - | 1 (6.25%) |
| Тилнинг чап латериал юзаси | 3 (18.75) | 1 (6.25%) | 2 (12.5%) | - |
| Тилнинг ўнг латериал юзаси | 8 (50%) | 1 (6.25%) | 5 (31.2%) | 2 (12.5%) |
| Тил учида | 1 (6.25%) | - | - | 1 (6.25%) |
| Лаб | 3 (18.75) | - | 2 (12.5%) | 1 (6.25%) |
| Жами: | 16 (100%) | 2 (12.5%) | 9 (56.25%) | 5 (31.25%) |

Ўсма аксарият ҳолларда (6.25%) беморларда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида, 18.75% беморларда тилнинг чап латериал юзасида, 50% беморларда тилнинг ўнг латериал юзасида, 6.25% беморларда тил учида ва 18.75% беморларда лабда жойлашган. Касаллик аксарият ҳолларда T2 кўрсаткичга (56.25%) эга бўлган, T3 кўрсаткичи 31.25% беморда ва T1 кўрсаткичи 12.5% беморда учраган.



4.10-расм. Эркин билан ички юзаси тери фациал лоскути беморларини <T> босқичи буйича тақсимланиши.

Барча беморларга морфологик текшириш цитологик ва гистологик усулларида иборат бўлиб, 16 нафардан 7 (43.75%) тасида мугузланмайдиган

ясси хужайрали саратон аниқланган бўлса, 9 (56.25%) тасида мугузланадиган ясси хужайрали саратон аниқланган. 16 бемордан 11 (68.75%) тасида ўсма жараёни экзофит характерда бўлса, 5 (31.25%) тасида эса эндофит ва инфилтратив характердаги ўсмалар кузатилган. Барча беморлар даволанишдан олдин комплекс равишда текширувдан ўтказилган. Ўсманинг дифференцияланиши 9 (56,25%) тасида G1, 5 (31.25%) тасида G2 ва 2 (12.5%) тасида G3 аниқланди. Рентгенологик текширув 16 та беморга, ультратовуш текшируви 16 та беморда, МСКТ 8 та беморда, МРТ 14 та беморда ва ПЭТ КТ текшируви 2 та беморда ўтказилган.

Комплекс текширувдан сўнг беморларга даволаш стандарти асосида комбинирлашган ва комплекс даво усуллари ўтказилган. 16 беморларни хаммаси ўсмани кенг кесиб олиш, гемиглосэктомия ва бўйин соҳаси лимфодиссекцияси, трахеостома, дефектни эркин билак ички юзаси тери фацциал лоскути билан реконструкция операцияси ўтказилган. Шулардан 3 тасида қўшимча равишда 2 тасида пастки лаб ва 1 тасида юқори лаб резекцияси бажарилган.

Клиник мисол: Бемор: Ў.А. 1962 йил. КТ№ 1923/226

Келгандаги шикоят: Ўнг томон бўйин соҳасидаги ва пастки лаб соҳасидаги операциядан кейинги чандиқга. Чап томон бўйин соҳасида катталашган лимфатугуни борлигига.

Anamnesis morbi: Бемор ўзини 5 йилдан буён касал ҳисоблайди. Охири вақтларда пастки лаб соҳасидаги ўсмаси катталашиб борган ва ўз хохиши билан РИО ва РИАТМНВФ га мурожат қилиб борган. РИО ва РИАТМНВФ да 24.11.2020 йил куни пастки лаб ўсмасини кенг кесиб олиш, маҳаллий тўқималар билан пластика қилиш жарроҳлик амалиёти бажарилган. Гистология №3540/957- Ясси хужайрали мугузланувчи саратон - G1. Беморга РИО ва РИАТМБВФ шароитида кўрик ва нур давоси учун йуллама асосида юборилган. Бемор кейинги этап хирургик даво мақсадида ўз ихтиёри билан ва қариндошлари розилигидан сўнг хирургик даволаш мақсадида III - жарроҳлик бўлимига ётқизилди.

Status praesens objektivus: Беморнинг умумий ахволи нисбатан коникарли. Эс хуши ўзида. Ҳолати актив ҳаракатчан. Териси ва шиллик қаватлари оч-пушти рангда. Нафас сони 1 минутда 17- марта. Перкутор аниқ ўпка товуши аниқланади. Аускультацияда ўпкаларида везикуляр нафас аниқланади. Пульс 80 та 1 минутда. Юрак абсолют нисбий чегарали нормада. Тили нам тоза. Оғиз шиллик қаватлари оч пушти рангда. Қорни юмшоқ, оғриксиз. Қорин симметрик, нафас актида қатнашади. Ич ўтиши мустақил. Диурез регуляр.

Маҳаллий ҳолати: Кўрилганда бўйин соҳаси симметрия. Пастки лаб соҳасида 2.5x3.0 см ўлчамдаги ўсмаси бор. Ўсма тўлиқ пастки лабни эгаллаган, усти ва атрофи нотекис, экзофит ўсган. Ўсмага текканда қонайди, оғриқли. қорайиш белгилари йўқ. Текканда оғриксиз. Ўсма атроф териси инфилтрацияси йўқ. Оғиз бўшлиғи кўрилганда: Тили нам, тоза. Бодомча безлари катталашмаган. Овқатланиш оғиз орқали. Қаттиқ ва юмшоқ танглай шиллик қавати ранги нормада. Бодомча безлари катталашмаган. Халқум орқа девори шиллик қавати нормада. Бурун-ҳалқум бармоқ билан кўрилганда-хоаналар очик, силлик. Олд риноскопияда-бурун бўшлиғи шиллик қавати ранги нормада, нафас олиш эркин бурун орқали.

Клиник ва лабаратор текширишлар: Гистология №475/57-21й-Ясси хужайрали мугузланувчи саратон GII.

УТТ 23.01.2021 й. Чап томон бўйин соҳасида 6.5x4.5мм 2,5x3,6мм катталашган лимфа тугунлари аниқланади. Жигар, талок эхопатологиясиз. Буйрақлар нормада. Қорин орти лимфатугунлари катталашмаган.

МСКТ 23.01.2021 йил. Кўкрак қафаси аъзолари эхопатологиясиз.

Клиник ташхис: Пастки лаб хавfli ўсмаси T3N0M0 III кас.бос. II кл.гр. Хирургик даво (РИО ва РИАТМНВФ 24.11.2020й). Пастки лаб соҳаси ўсманинг давомли ўсиши.

Ўтказилган жарроҳлик амалиёти: Ўнг томон бўйин соҳаси лимфодиссекцияси. Пастки лаб тотал резекцияси. Хосил булган нуксонни чап

билак ички юзаси эркин тери- фациал кон томир оёкчали лоскути билан микрохиругик йул оркали пластикаси (01.02.2021й.)



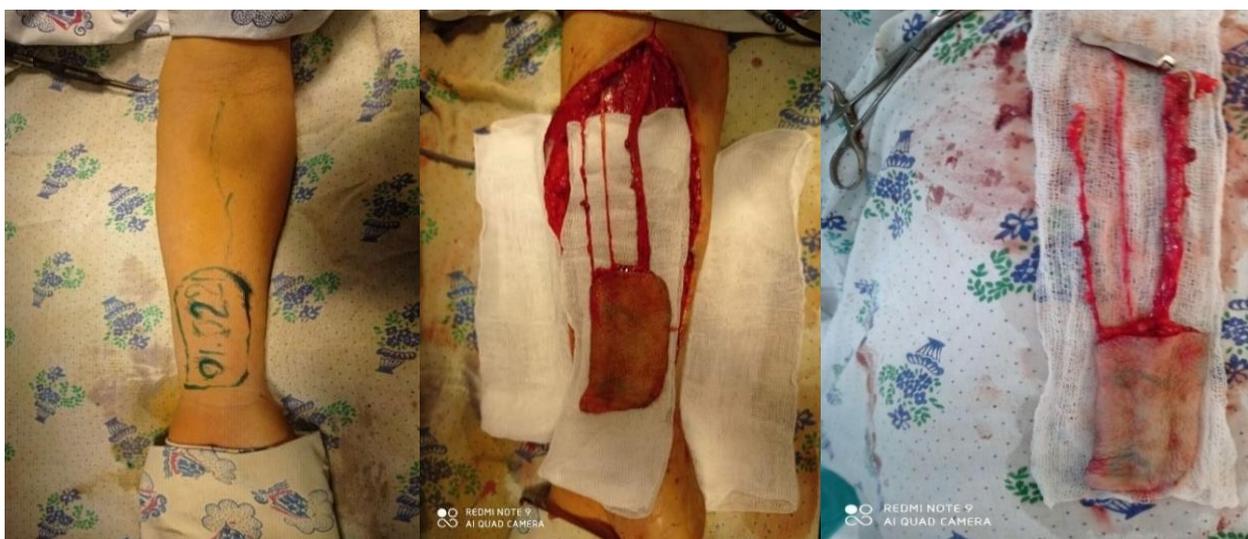
4.11-расм. Пастки лаб сохасидаги давомли ўсган ўсма кўриниши.



4.12-расм. . Бўйин сохаси лимфодиссекцияси ва пастки лаб тотал резекцияси этаплари.



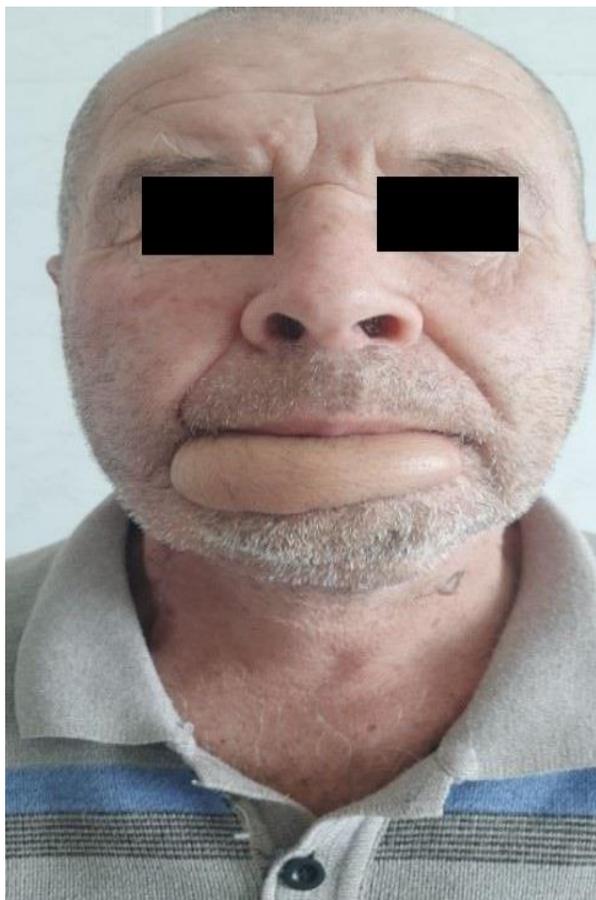
4.13-расм. . Донор лоскутни қон томирларини анастамоз қўйиш учун юз артерияси ва юз веналарига клипси қўйилган этаплари.



4.14-расм. . Билак ички юзаси эркин тери – фациал, қон томир ва нерв оёқчалари билан олинаётган лоскут.



4.15-расм. . Лоскутни қон томир ва нервларини юз артерияси ва юз венасига анастамоз қўйилган боскичлари.



4.16-расм. . Беморнинг 3 ва 6 ойдан кейин тил соҳасига қилинган реконструкцияси ва билак ички юзаси донор соҳасининг кўриниши.

2-клиник мисол. Бемор: Э.Б. 1969 йилда туғилган. КТ№ 1305/549

Шикояти: тил пастки соҳасидаги ўсмага, бўйин ва жаг ости соҳасидаги

катталашган лимфа тугунларга, гапириш ва овқатланишни қийналигига.

Anamnesis morbi: Бемор ўзини 2019 йилдан буён касал хисоблайди. Касаллигини нос чекиш билан боғлайди. 28.02.2020-йилда РИО ва РИАТМ Қашқадарё вилоят филиалига мурожаат қилган ва амбулатор шароитида текширишлардан ўтган. **Гистология № 05-10\2020 йил - ясси хужайрали саратон G2.** 05.03-10.03.2020 йилгача, 30.03-04.04.2020 йилгача, 10.06-15.06.2020 йилгача, 09.07-14.07.2020 йилгача ётиб- кимётерапия ўтказилган. Цисплатин 100мг, Фторурацил 1000мг №4 кун олган. Юқоридаги шикоятлар билан мурожаат қилиб келди. Текшириш ва даволаш мақсадида РИО ва РИАТМ Бухоро вилоят филиали III жаррохлик бўлимига ётқизилган.

Беморни умумий ахволи нисбатан қониқарли. Териси тоза, қуруқ. Териси ва кўринувчи шиллик қаватлари оқимтир рангда. Периферик лимфа тугунлар катталашмаган. Тана тузилиши нормостеник типда. Нафас олиши бурун орқали. 1 минутда 17 та нафас олади. Юрак тонлари бўғик. АҚБ 120/70мм. сим. уст. тенг. Пульс 84 та, 1 минутда, ритмик. Қорини юмшоқ, пальпатор огриксиз. Жигар ва талоқ катталашмаган. Щеткин-Блюмберг симптоми манфий. Перкутор жигар чегаралари нормада. Пастернадский симптоми манфий. Ич ўтиши ва сийиши меъёрида.

Маҳаллий ҳолати: Бўйин соҳаси симметрик. Пайпаслаганда- чап томон жағ остида ва бўйин соҳасида 1.5x1.5 1.5x2.0 см катталиқда лимфатугун пайпасланади. Лимфа тугуни ҳаракатчан бўлиб оғриксиз. Оғиз бўшлиги кўрилганда: тризим аломати йўқ. Тил учи соҳасида ўсмаси бор, ҳажми 2.0x3.0 см бўлиб, ўсманинг усти ва атрофи нотекис. Ўсмага текканда қонайди ва бироз оғриқли. Оғиз туби шиллик қавати ранги нормада, ўзгаришсиз. Инфильтрация йўқ. Қаттиқ ва юмшоқ танглайда ўзгаришлар аниқланмайди. Бодомча безлари катталашмаган. Бурун- халқум соҳаси бармоқ билан кўрилганда хоанаси очик, тоза. Ҳалқум-ҳиқилдоқ соҳаси билвосита ларингоскопияда- ҳиқилдоқ усти қопқоғи нормада. Овоз бойламлари ўзгаришсиз, ҳаркатчан.

Гистология № 05-10\2020 йил- ясси хужайрали саратон G2.

УТТ 19.08.2020 й. Чап томон бўйин лимфатугунлари 13.4x7.7, 10.4x5.6 мм гача катталашган. Ўнг томон бўйин лимфатугунлари катталашмаган. Жигар, талоқ ва буйраклар нормада.

МСКТ 19.08.2020й Кўкрак қафаси аъзоларида ўчоқли ўзгаришлар аниқланмайди.

Фиброгастроскопия 20.08.2020-й Патологик ўзгаришлар аниқланмайди.

Клиник ташхис: Тил учи соҳаси хавфли ўсмаси T3N1M0 III кас.бос. II кл.гр. 4 курс кимётерапиядан кейинги ҳолат. Чап томон буйин лимфатугунларига метастазлар аниқланган.

Жарроҳлик амалиёти: Чап томон буйин соҳаси ФФО. Тил олдинги соҳаси резекцияси. Пастки трахеостома. Тил соҳасидаги дефектни чап билак ички юзаси тери фациал лоскут билан микрохирургик пластика усули билан бартараф қилиш.

Жарроҳлик амалиёти этаплари:



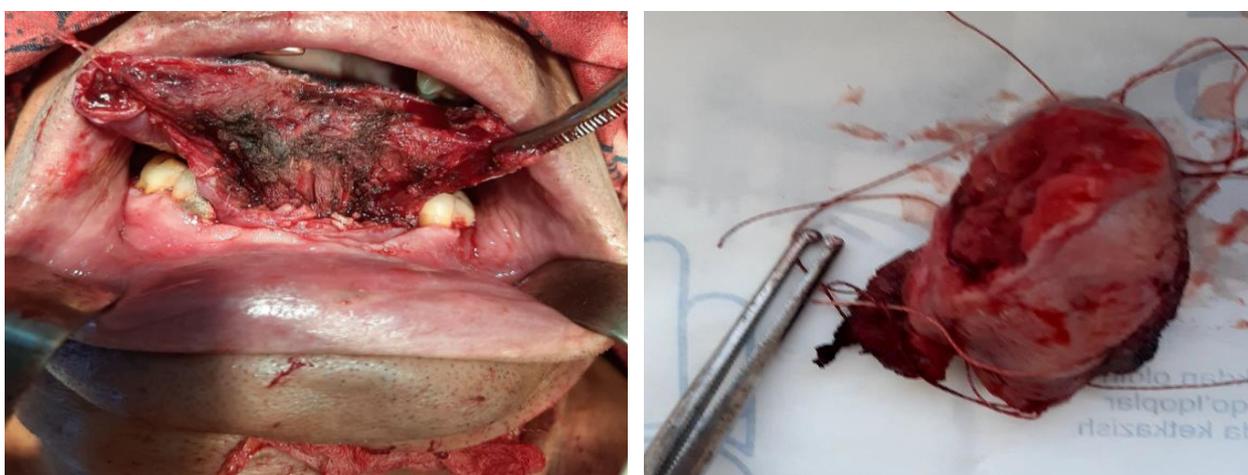
4.17-расм. Тил учида ўсманинг 4 курс кимётерапиядан кейинги ҳолатини кўриниши..



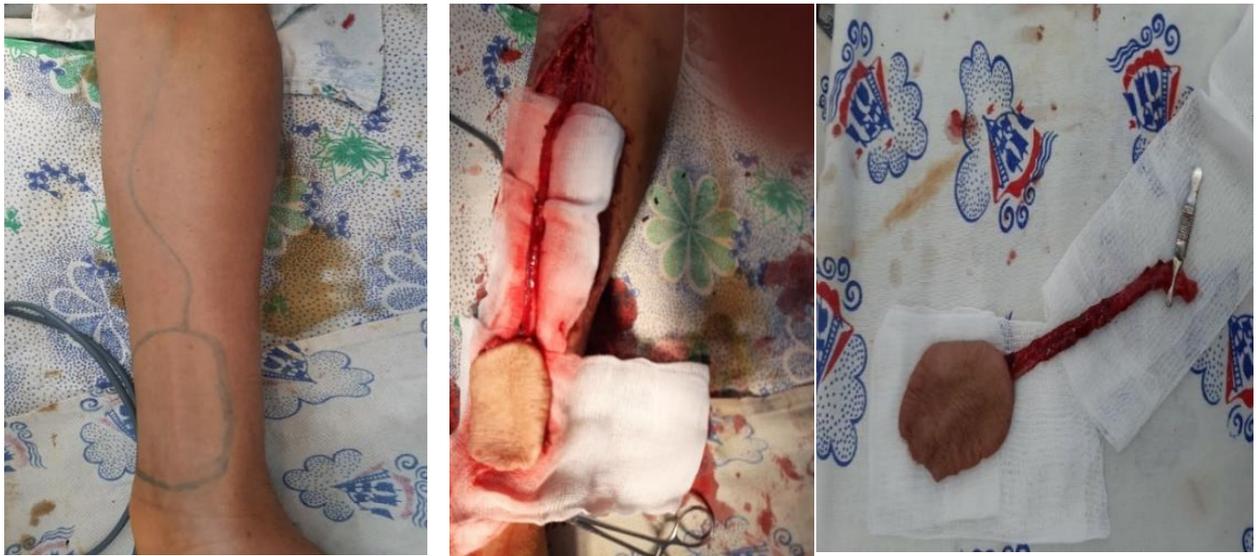
4.18-расм. Бўйин сохаси лимфоденэктомия этаплари



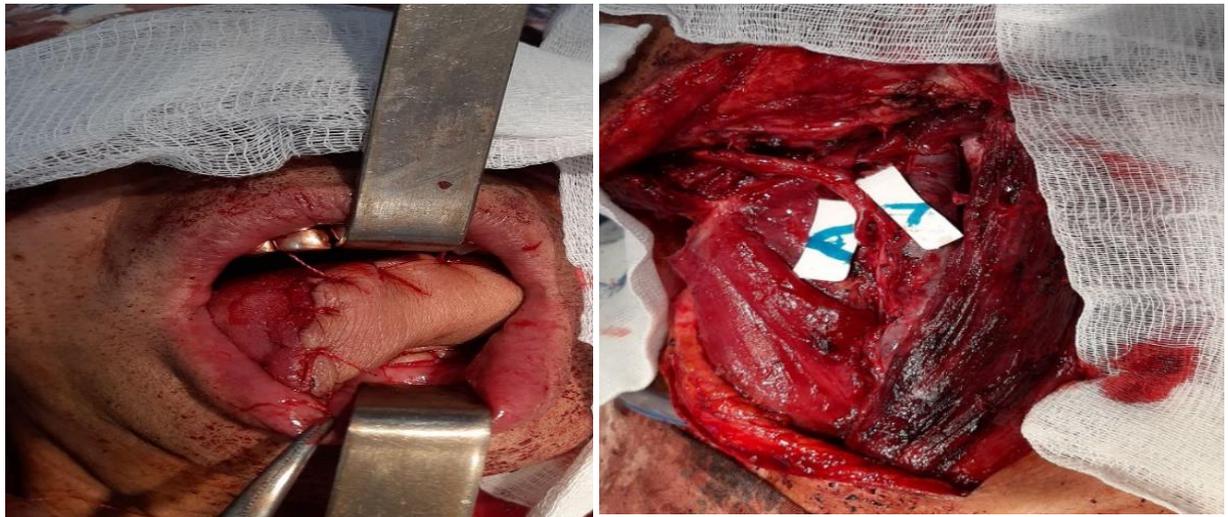
4.19-расм. Донор лоскутни қон томирларини анастомоз қўйиш учун юз артерияси ва юз веналарига клипси қўйилган этаплари.



4.20-расм. Тил олд резекцияси этаплари.



4.21-расм. Билак ички юзаси эркин тери – фациал, қон томир ва нерв оёқчалари билан олинаётган лоскут.



4.22-расм. Лоскутни қон томир ва нервларини юз артерияси ва юз венасига анастомоз қўйилган боскичлари.



4.23-расм. Беморнинг 3 ойдан кейин тил соҳасига қилинган реконструкцияси ва билак ички юзаси донор соҳасининг кўриниши.

4.8-жадвал

Эркин билак ички юзаси тери фациал лоскути қўлланилган гуруҳидаги беморларни касаллик тарқалиш даражаси ва даволаш усуллари бўйича тақсимланиши.

| Стадия | Беморлар сони | Даво | | | |
|--------|---------------|------------|-------------|-------------|-----------|
| | | ПХТ+ ОП | ПХТ+ НТ+ ОП | ПХТ+ ОП+ НТ | ОП+ ПХТ |
| T1N0M0 | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) | | | |
| T1N2M0 | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) | | | |
| T2N0M0 | 8 (50%) | 4 (25%) | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) | 2 (12.5%) |
| T2N1M0 | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) | | | |
| T3N0M0 | 2 (12.5%) | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) | | |
| T3N1M0 | 2 (12.5%) | 2 (12.5%) | | | |
| T3N2M0 | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) | | | |
| Жами: | 16 (100%) | 11 (68.75) | 2 (12.5%) | 1 (6.25%) | 2 (12.5%) |

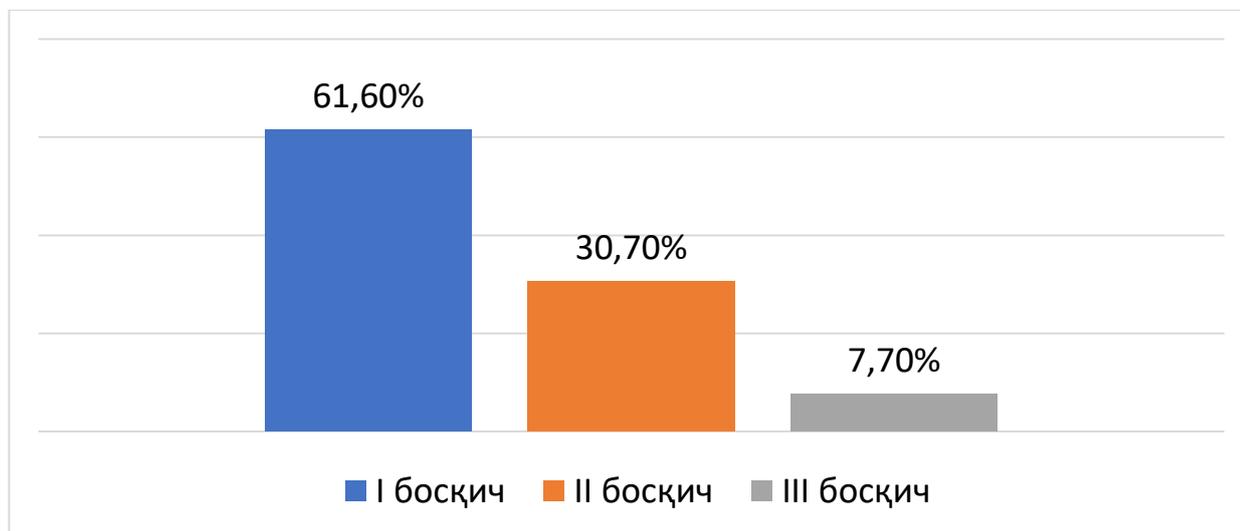
Ўтказилган даво натижалари шуни кўрсатдики, кимёвий терапия куйидаги дори воситалари билан ўтказилган. 15 (93.75%) та беморда бошқа усуллар билан комбинирлашган равишда кимётерапия куйидаги тизимда ўтказилган: 8 (53.4%) беморда PF ва 7 (46.68%) тасида TPF тизимида ўтказилган. Ўтказилган кимётерапияда даволаш натижалари ҳалқаро таснифлар бўйича баҳоланди. Бунда кимётерапия операциядан олдин 5 (31.25%) беморга операциядан кейин 2 (12.5%), операция олди ва кейин 6 (37.5%) беморга ва 2 (12.5%) беморга кимётерапия ва нур терапия ўтказилган. 1 (6.25%) беморда фақат жарроҳлик амалиёти ўтказилмаган.

Нур терапияси операциядан олдин 8 (50%) та беморда “ TERABALT ” ёки АГАТ-Р аппаратларида ўтказилган бўлиб, 1 марталик дозаси 1.8-2 Гр ташкил қилган бўлса, умумий нурнинг дозаси 40-50 Грни ташкил қилган.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, операциядан олдин кимётерапия ва нур терапиянинг самарадорлиги куйидагича бўлган. 7 (43.75%) беморлардан 6 (85.7%) тасида ўсманинг стабилизацияси, 1 (14.3%) ўсманинг қисман регрессияси кузатилган.

Кимётерапия ўтказиш даврида куйидаги асоратлар кузатилган: 2 (12.5%) беморда кўнгил айниш ва 2 (12.5%) тасида қайд қилиш, 6 (37.5%) тасида қайд қилиш ва кўнгил айниш, 4 (25%) тасида диария, 1 (6.25%) тасида анемия, 1 (6.25%) ич қотиш кузатилган.

Кимётерапиянинг токсиклик асоратлари: 8 (61.6%) беморда I боскичда бўлган, 4 (30.7%) беморларда II боскичда ва 1 (7.7%) та беморда эса III боскичда бўлган.



4.24-расм. Кимётерапиянинг токсиклик асоратлари.

Жарроҳлик амалиётлари 16 (100%) беморда радикал равишда бажарилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда даволанган беморлардан 1 (6.25%) тасида ўсманинг қайталаниши кузатилган. Рецидив пайдо бўлиш муддати 6 ойни ташкил қилган.

4.9-жадвал

Эркин билак ички юзаси тери фациал лоскути гурухидаги беморларда даводан пайдо бўлган рецидив ва метастазлар улуши

| Даволаш усуллари | Беморлар сони | Улуши, % | |
|---------------------|---------------|-------------|-----------|
| | | метастазлар | Рецидив |
| Комбинирлашган даво | 13 (81.25%) | - | 1 (6,25%) |
| Комплекс даво | 3 (18.7%) | - | - |
| Жами: | 16 (100%) | - | 1 (6.26%) |

16 та бемордан узоклашган сохалар лимфа тугунларида метастазлар аниқланмаган. Даводан кейинги функционал кўрсаткичларни 16 беморда ўрганилган бўлиб, даволашдан кейин 1 (6.25%) тасида чайнашни тикланиши, 9 (56,25%) тасида ютинишни тикланиши, 4 (25%) - нутқни тикланиши, 1 (6.25%)

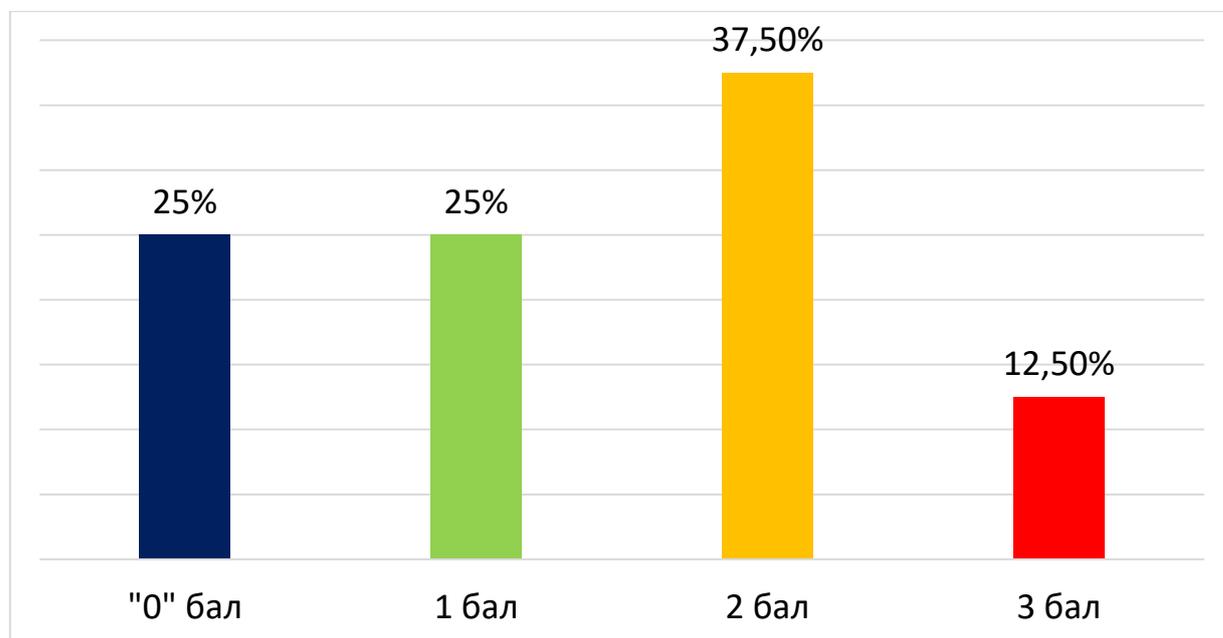
- сезги тикланиши, 1 (6.25%) - тикланмагани аниқланган. 3 (18.75%) та беморда лаб сохаси косметик жихатдан тикланди.

4.10-жадвал

Даволашдан сўнг функционал кўрсаткичларни натижалари

| Беморлар сони | Чайнашни тикланиши | Ютинишни тикланиши | Нутқни тикланиши | сезги | тикланмаган |
|----------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------|--------------|
| n=16 (100%) | 1 (6.25%) | 9 (56,25%) | 4 (25%) | 1 (6.25%) | 1 (6.25%) |

ECOG шкаласи бўйича беморларни ҳолатини тиклаш 4 (25%) тасида “0” баллни, 4 (25%) тасида 1 бал, 6 (37.5%) тасида 2 бал , 2 (12.5%) таси 3 бал ташкил қилган. Карновский шкаласи бўйича 8 (50%) та беморда 100% фаоллик, 5 (31.25%) тасида 80-70% фаоллик, 2 (12.5%) тасида 60% фаоллик ва 1 (6.25%) тасида 50 % фаоллик аниқланди.



4.25-расм. ECOG шкаласи бўйича беморларни ҳолати.

Рецидив рентгенологик, МСКТ ва МРТ текширувларда аниқланган ва цитологик текшириш асосида тасдиқланган.

Қайталанган ўсмани даволаш: 1 (6.25%) та беморда қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш ва пастки жағ сегментар резекцияси ва оростома шакллантириш жарроҳлик амалиёти ва кимётерапия билан ўтказилган. 5 та беморда реконструктив - пластик операциядан кейин бўйин лимфа тугунларига метастазлар аниқланмаган.

Метастазларни даволаш: 5 (31.25%) та беморда ўтказилган бўлиб , 1 (6.25%) тасида кимиётерапия ва 4 (25%) тасида жарроҳлик амалиёти ва кимётерапия берилди.

Беморлар 6 ойдан 72 ойгача кузатувда бўлган, 16 та бемордан 3 (18.75%) таси шу вақтлар мобайнида вафот этган.

§ 4.3 Оғиз бўшлиғи саратонида кузатилган жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар.

Турли даволаш гуруҳларидаги беморларда ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейинги бўладиган асоратлар ўрганилганда қуйидагилар аниқланди.

I даволаш гуруҳидаги 50 беморга турли усуллардаги жарроҳлик амалиётлари бажарилган. Бу гуруҳдаги асоратлар 7 (14%) беморда жароҳат соҳасида яллиғланиш ва 5 (10%) жароҳатни очилиши кузатилган.

II даволаш гуруҳидаги 50 та беморга катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут билан жарроҳлик амалиётидан кейинги ҳосил бўлган дефектни бартараф қилиш реконструктив – пластик операцияси бажарилди. 50 бемордан 4 (8%) беморда лоскутни чекка некрози, 2 (4%) нафарида жароҳат соҳасида яллиғланиш, 2 (4%) тасида жароҳатни очилиши кузатилган. Барча асоратлар консерватив йўл билан бартараф қилинган.

Оғиз бўшлиғи саратонида бажарилган жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар

| Даволаш усуллари | Беморлар сони | Асоратлар % | | | | | жами |
|---|---------------|------------------------|------------------------|-------------------------|------------|-------------------|-----------|
| | | Лоскутни чекка некрози | Лоскутни тўлиқ некрози | Микроанастомоз тромбози | Яллиғланиш | Жароҳатни очилиши | |
| Стандарт гуруҳи | 50 | - | - | - | 7 (14%) | 5 (10%) | 12 (24%) |
| Делтопекторал лоскут гуруҳи | 50 | 4 (8%) | - | - | 2 (4%) | 2 (4%) | 8 (16%) |
| Эркин билак ички юзаси тери фашиал қон-томир, нерв лоскути гуруҳи | 16 | - | 1 (6,25%) | 1 (6,25%) | - | - | 2 (12,5%) |

III даволаш гуруҳида 16 бемор бўлиб, уларга жарроҳлик амалиёти – эркин билак ички юзаси тери- фасциал қон томир лоскутни оғиз бўшлиғида ҳосил бўлган дефектни бартараф қилиш мақсадида қўлланилган.

Бунда 16 беморда микрохирургик усул билан қон томир (артерия, вена) анастомоз қўйиш орқали (юз артерия ва венасига микрохирургик усул билан анастомоз қўйилади). Жарроҳлик амалиётидан сўнг 3 - 4 кунлари кўчириб ўтказилган трансплантатни тотал некрози 1 беморларда (6,25%) кузатилган. Бундан ташқари 1 (6,25%) - микроанастомозни тромбози аниқланган.

Микроанастомозни 1 (6,25%) нафар беморда тромби қайта жарроҳлик амалиёти бажарилиш йўли билан яъни тромбни олиб ташлаш (тромбэктомия) уни қон ўтказувчанлигини тиклаш орқали амалга оширилган. Шундан сўнг трансплантатни “жонланиши” кузатилган ва антикоагулянт терапия фониди қайта тромб ҳосил бўлиши кузатилмаган.

1 (6.25%) та беморда лоскутни тўлиқ некрози кузатилганлиги туфайли уни трансплантатни олиб ташлаш амалиёти бажарилган. Яра 2-3 хафтада иккиламчи битган.



4.26-расм. Жаррохлик амалиётидан 3 суткадан кейинги тери фациал лоскутининг веноз қон томир тромби туфайли тўлиқ некрози кузатилган

Хулоса. Ушбу бобда II даволаш гурухи беморлари оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида реконструктив – пластик делтопекторал лоскути комбинирлашган ва комплексда қўлланиши ва даволаш натижалари келтирилган. 50 беморни ҳаммаси клиник жиҳатдан маҳаллий тарқалган бўлиб, уларнинг 34 (68%) тасида касалликни T3N0M0 дан T4N2M1 гача бўлган. Фақатгина 1 та беморга жаррохлик амалиёти ўтказилган. Қолган 49 беморга комбинирлашган ва комплекс даво ўтказилган. Бобда даволаш натижалари келтирилган, 36% беморда ўсмани давомий ўсиш ва рецидив ва 14% да узоқлашган метастазлар ҳосил бўлган.

Ушбу бобда Республикамизда онкологик касалликларда 16 та беморда ўтказилган жаррохлик амалиётини (комбинирлашган ва комплекс даво ичида) натижасилари келтирилган. Фақатгина 1 та беморда даво жаррохлик амалиёти чегараланган. Қолган ҳолатларда кимёвий ва нур терапияси билан бирга олиб борилган. Бошқа гуруҳдаги беморларга нисбатан яхши натижа олинган. 16 беморда 1 (6%) тасида рецидив ва 1 (6%) узоқлашган метастазлар аниқланган. Бундан ташқари кимёвий, нур терапияси ва жаррохлик амалиётини натижалари, асоратлари келтирилган.

**V БОБ. ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИДА ДАВОМИЙ
ЎСИШ, РЕЦИДИВ ВА МЕТАСТАЗЛАР ЧАСТОТАСИ ҲАМДА
ЯШОВЧАНЛИК КЎРСАТГИЧЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ.**

Оғиз бўшлиғи саратонининг даволашда қўлланилган жарроҳлик амалиёти, комбинирлашган ва комплекс усулларни қўлланилганидан сўнг 116 беморда ўсмани давомий ўсиши, рецидиви ва метастазларни частотаси ҳамда яшовчанлик (рецидивсиз, метастазсиз ва кумулятив) кўрсаткичлари гуруҳлар орасида қиёсий даражада ўрганилди.

5.1-жадвал

**Оғиз бўшлиғи саратонида ўсманинг давомий ўсиши, рецииви ва
метастазлар частотаси бажарилган.**

| Даволаш усуллари | Улуши, % | | | | |
|---|---------------|------------------------|------------|------------------------|--|
| | Беморлар сони | Ўсманинг давомий ўсиши | Рецидивлар | Узоқлашган метастазлар | Регионар лимфа тугун соҳасидаги рецидивлар |
| Стандарт гуруҳ | 50 (100%) | 7 (14,0%) | 15 (30,0%) | 6 (12,0%) | 7 (14,0%) |
| Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчали лоскут гуруҳи | 50 (100%) | 8 (16,0%) | 7 (14,0%) | 7 (14,0%) | 3 (6,0%) |
| Эркин билак ички юзаси тери фациал қон - томир, нерв лоскути гуруҳи | 16 (100%) | - | 1 (6,2%) | 1 (6,2%) | 2 (12,5%) |
| Жами: | 116 (100%) | 15 (12,9%) | 13 (11,2%) | 14 (12,0%) | 12 (10,3%) |

Стандарт даволаш усули гуруҳидаги 50 бемор ўрганилганда, 7 (14%) тасида ўсманинг давомий ўсиши, 15 (30%) тасида ўсмани рецииви ва 7 (14%) тасида эса бўйин метастатик регионар лимфатугунлари соҳасида

рецидив аниқланган. Ўсмани давомий ўсиш даври 7 беморда 2 ойдан 5 ойгача бўлган даврда ўз ичига олиб, ўртача -3,5 ойни ташкил қилган. Рецидивни ҳосил бўлиш даври комбинирлашган ва комплексдан кейин 6 ойдан 2 йилгача бўлиб, ўрта 12 ойни ташкил қилган. Таҳлил натижаси шу кўрсатдики, жарроҳлик амалиёти, комбинирлашган ва комплекс даврдан сўнг 50 бемордан 29 тасида (58%) ўсмани давомий ўсиши ва рецидиви кузатилган.

Стандарт даволаш гуруҳида 50 бемордан 7 (14%) тасида узоқлашган метастазлар пайдо бўлган. 3 (6%) та беморда ўпкага , 2 (4%) та беморда ўпкага ва кўкс оралиғи лимфа тугунларига ва 2 (4%) та беморда ўпка ва кўкрак умуртқаларига узоқлашган метастазлар берган.

II даволаш гуруҳида 50 та бемордан 8 (16,0%) тасида 2 ойдан 6 ойгача бўлган давр мобайнида, ўртача 4 ойда ўсмани давомий ўсиши кузатилган. Бундан ташқари 7 (14,0%) беморда 6 ойдан 2 йилгача бўлган давр мобайнида ўртача 14 ойда рецидив пайдо бўлган ва 3 (6,0%) та беморда эса бўйин регионар лимфа тугунлари метастазлари соҳасида ўсмани рецидиви аниқланган. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ушбу гуруҳдаги 18 (36,0%) беморда ўсмани давомий ўсиши ва рецидиви кузатилган. Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут қўлланилган II гуруҳдаги беморларда 50 бемордан 7 (14%) тасида. Шулардан 4 (8%) тасида ўпкаларга, 1 (2%) та беморда ўпка ва кўкрак умуртқаларга ва 1 (2%) та беморда эса энса суягига метастазлар аниқланган.

III даволаш гуруҳида 16 бемордан, 1 (6,2%) тасида ўсмани рецидиви ва 2 тасида (12,5%) регионар лимфатугунларида ўтказилган операциядан сўнг рецидив кузатилган, умумий ҳисобда ушбу гуруҳдаги беморларда 3 (18,7%) тасида рецидив ва ўсманинг давомий ўсиши кузатилган.

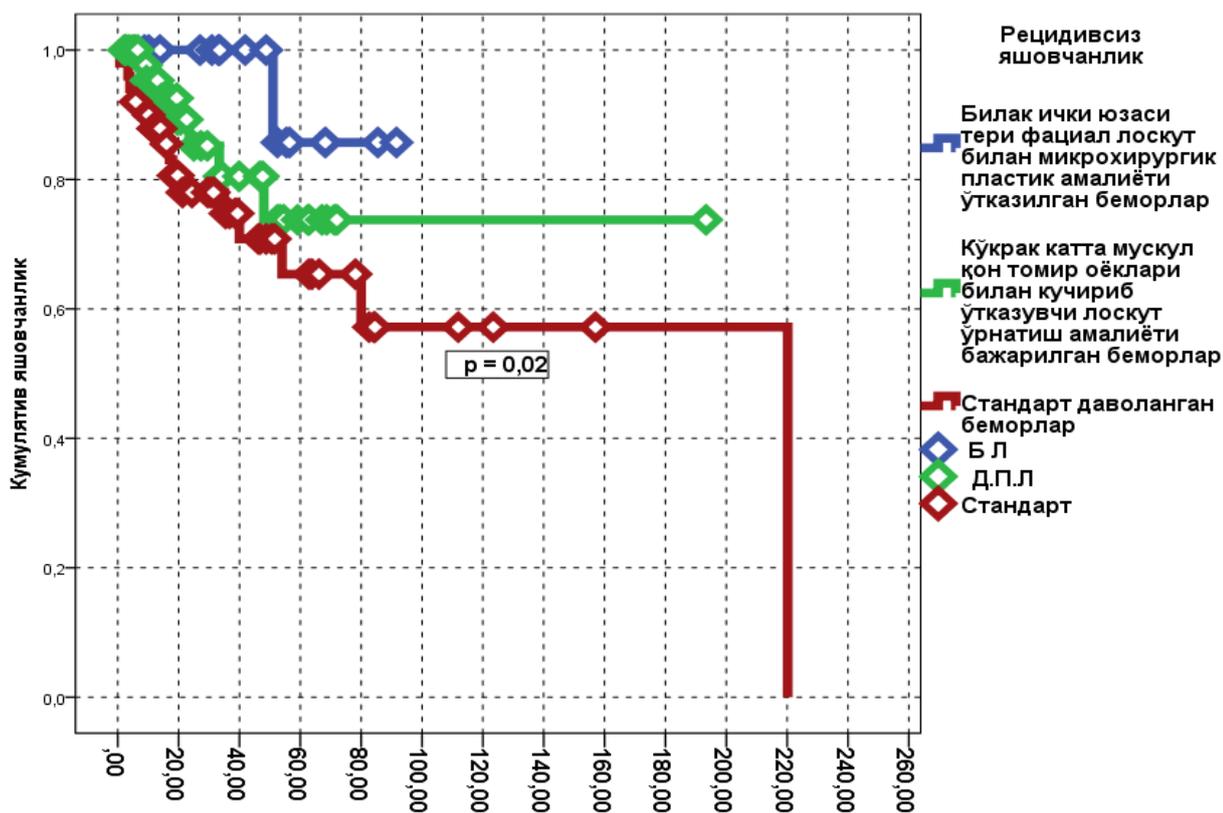
Эркин билак ички юзаси тери фасциал қон – томир , нерв лоскути қўлланилган жарроҳлик амалиётидан сўнг (III гуруҳ) 16 бемордан 1 (6,25%) тасида ўпкаларда метастазлар ҳосил бўлган.

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, стандарт даволаш усули билан даволанган беморлар ичида 58% рецидив ва ўсманинг давомий ўсиши кузатилган бўлса, катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскути қўлланилишида эса бу кўрсаткич 36% ни ва эркин билак ички юзаси тери фасциал қон – томир нерв лоскутини қўлланилиши билан ўтказилган операцияларда 18,7% ни ташкил қилган. Уч гуруҳ беморлари орасида рецидив ва давомий ўсиш натижалари қиёсий солиштирилганда 1 гуруҳ беморларида натижа яхши эмаслиги кўрилди ва бошқа гуруҳларга нисбатан статистик жаҳатдан рецидив ва метастазларнинг кўрсаткичлари юқори эканлиги маълум бўлиб, ишончлилик даражаси $P < 0.05$ ташкил қилган.

Оғиз бўшлиғи хавfli ўсмаларида 3 даволаш гуруҳларидаги беморлар орасида рецидивсиз яшовчанлик кўрсаткичи ўрганилганда куйидаги натижалар олинди. Стандарт даволаш гуруҳидаги беморлар орасида рецидивсиз яшовчанлик кўрсаткичи юқори кўрсаткичга эга бўлиб 3 ва 5 йиллик кўрсаткичлар - $76,0 \pm 3,8\%$ ни ва $62,0 \pm 4,2$ ни мос равишда ташкил қилган. Пекторал лоскут билан бажарилган реконструктив амалиётдан сўнг мос равишда бу кўрсаткичлар $-80,0 \pm 7,8 \%$ ва $78,0 \pm 8,6 \%$ ни ташкил қилган.

Билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик пластик амалиётдан сўнг рецидивсиз яшовчанлик ўрганилганда 3- ва 5 йиллик кўрсаткичлари $92,6 \pm 3,4 \%$ ва $82,2 \pm 3,3 \%$ ташкил қилган.

Гуруҳлар орасидаги кўрсаткичлар бир бирига солиштириб кўрилганда ишончлилик даражаси статистик жихатдан юқори кўрсаткичга эга бўлиб $P = 0,02$ ни ташкил қилган.



5.1-расм. Беморларнинг рецидивсиз яшовчанлиги

Статистик жихатдан гуруҳлар орасидаги рецидивсиз кумулятив яшовчанлик кўрсаткичи ва ўртача яшовчанлик кўрсаткичи ўрганилганда куйидаги натижалар олинган. 1 даволаш гуруҳида стандарт усуллар қўлланилганда кумулятив рецидивсиз яшовчанлик кўрсаткичи – $35,6 \pm 5,3\%$ ни ташкил қилган. Ушбу гуруҳдаги беморлар орасида яшовчанликни ўртача кўрсаткичи $22,6 \pm 4,9$ ойни ташкил қилган. 2 чи даволаш гуруҳидаги (делтопекторал лоскутни қўлланилиши билан) беморлар орасида бу кўрсаткич $45,3 \pm 6,5\%$ ни ташкил қилган. Ўртача яшовчанлик кўрсаткичи эса $41,8 \pm 15,2$ ойни ташкил қилган. 3 чи даволаш гуруҳидаги (билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик усулда) беморлар орасида бу кўрсаткич – $76,2 \pm 10,7\%$ ни ва ўртача яшовчанлик кўрсаткичи эса $50,5 \pm 9,9$ ойни ташкил қилган. (5.2-жадвал). Гуруҳлар орасидаги статистик кўрсаткични ишонччилик даражаси $P = 0,001$ ташкил қилган.

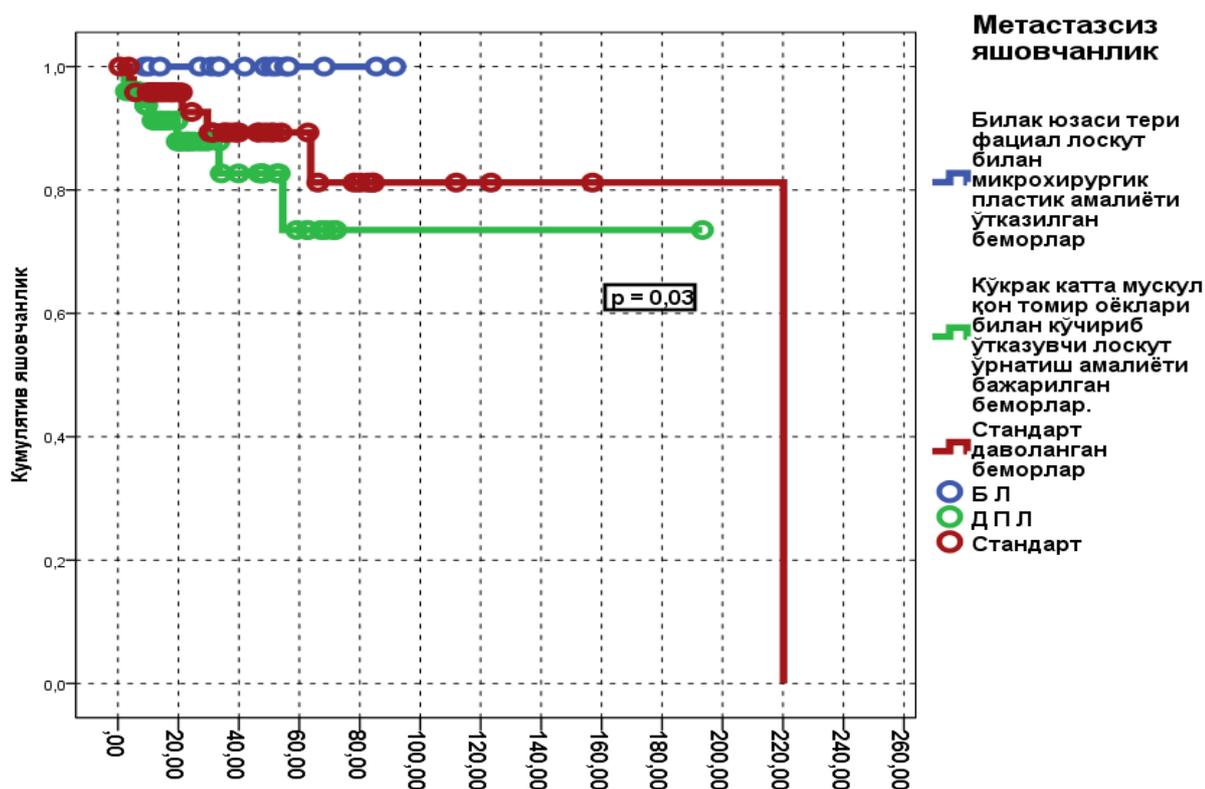
Оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида даволаш гурухлар орасидаги рецидивсиз кумулятив яшовчанлик кўрсатгичи ва медианаси.

| Даволаш усули | Беморлар сони | Кумулятив яшовчанлик кўрсатгичи, % | Яшовчанлик медианаси (ой) | P |
|--|----------------------|---|----------------------------------|----------|
| Стандарт даволаш | 50 | 35,6 ± 5,3% | 22,6±4,9 ой | 0,001 |
| Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчали лоскут | 50 | 45,3±6,5% | 41,8 ±15,2 ой | |
| Билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик пластика | 16 | 76,2±10,7% | 50,5±9,9ой | |
| Жами | 116 | 54,1 ± 5,4% | 39,3±5,9 ой | |

Оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида 3 даволаш гурухларидаги беморлар орасида метастазсиз яшовчанлик кўрсатгичи ўрганилганда қуйидаги натижалар олинди. Стандарт даволаш гурухидаги беморлар орасида рецидивсиз яшовчанлик кўрсатгичи юқори кўрсатгичга эга бўлиб 3 ва 5 йиллик кўрсатгичлар – 82,3 ± 5,9% ни ва 76,0 ± 5,2 ни мос равишда ташкил қилган. Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут билан бажарилган реконструктив амалиётдан сўнг мос равишда бу кўрсатгичлар -86,0 ± 3,8 % ва 80,0 ± 3,9 % ни ташкил қилган.

Билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик пластик амалиётдан сўнг рецидивсиз яшовчанлик ўрганилганда 3- ва 5 йиллик кўрсаткичлари $96,0 \pm 3,1 \%$ ва $96,0 \pm 3,1 \%$ ташкил қилган.

Гурухлар орасидаги кўрсаткичлар бир бирига солиштириб кўрилганда ишончлилик даражаси статистик жихатдан юқори кўрсаткичга эга бўлиб $P = 0,03$ ни ташкил қилган.



5.2-расм. Беморларнинг метастазсиз яшовчанлиги

Статистик жихатдан гурухлар орасидаги метастазсиз кумулятив яшовчанлик кўрсаткичи ва ўртача яшовчанлик кўрсаткичи ўрганилганда қуйидаги натижалар олинган. 1 даволаш гурухида стандарт усуллар қўлланилганда кумулятив рецидивсиз яшовчанлик кўрсаткичи – $35,2 \pm 5,3\%$ ни ташкил қилган. Ушбу гурухдаги беморлар орасида яшовчанликни ўртача кўрсаткичи $23,4 \pm 4,1$ ойни ташкил қилган. 2 чи даволаш гурухидаги (делтопекторал лоскутни қўлланилиши билан) беморлар орасида бу кўрсаткич $44,2 \pm 6,1\%$ ни ташкил қилган. Ўртача яшовчанлик кўрсаткичи эса $41,8 \pm 15,2$ ойни ташкил қилган. 3 чи даволаш гурухидаги (билак ички юзаси тери фациал

лоскути билан микрохирургик усулда) беморлар орасида бу кўрсаткич – $47,3 \pm 6,5\%$ ни ва ўртача яшовчанлик кўрсаткичи эса $35,4 \pm 4,6$ ойни ташкил қилган. (5.3-жадвал). Гурухлар орасидаги статистик кўрсаткични ишончлилиқ даражаси $P = 0,003$ ташкил қилган.

5.3-жадвал

Оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида даволаш гурухлар орасидаги метастазларсиз кумулятив яшовчанлик кўрсаткичи ва медианаси.

| Даволаш усули | Беморлар сони | Кумулятив яшовчанлик кўрсаткичи, % | Яшовчанлик медианаси (ой) | P |
|---|---------------|------------------------------------|---------------------------|-------|
| Стандарт даволаш | 50 | $35,2 \pm 5,3\%$ | $23,4 \pm 4,1$ ой | 0,003 |
| Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчали лоскут | 50 | $44,2 \pm 6,1\%$ | $41,8 \pm 15,2$ ой | |
| Билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик пластика | 16 | $47,3 \pm 6,5\%$ | $35,4 \pm 4,6$ ой | |
| Жами | 116 | $41,7 \pm 3,7\%$ | $33,0 \pm 3,6$ ой | |

Тадқиқотимизда даволаш гурухлари ўртасида самарадорлиги ўрганилганда умумий (кумулятив) яшовчанлик кўрсаткичи натижалари қуйидагиларни ташкил қилди. Стандарт даволаш усуллари гуруҳида умумий яшовчанлик кўрсаткичи $46,7 \pm 3,8\%$ ни, катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут реконструкция қилинган $75,4 \pm 7,7\%$ ва билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик пластика қилинган беморларда - $98,0 \pm 14,3\%$ ни ташкил қилган. Умумий гуруҳдаги беморла ичида кумулятив яшаш кўрсаткичи $93,7 \pm 10,8\%$ ни ташкил қилди.

Ушбу гуруҳдалардаги ўртача яшовчанлик кўрсаткичи бир бирдан тубдан фарқ қилиб, стандарт даволаш усуллари гуруҳида ўртача яшовчанлик кўрсаткичи $24,9 \pm 8,1$ ойни, катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут реконструкция қилинган $39,3 \pm 9,8$ ойни ва билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик пластика қилинган беморларда – $78,1 \pm 10,7$ ойни ташкил қилган. Умумий гуруҳдаги беморла ичида кумулятив яшаш кўрсаткичи $66,1 \pm 13,4$ ойни ташкил қилди.

5.4-жадвал

Оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида даволаш гуруҳлар орасидаги умумий (кумулятив) яшовчанлик кўрсаткичи ва медианаси.

| Даволаш усули | Беморлар сони | Кумулятив яшовчанлик кўрсаткичи, % | Яшовчанлик медианаси (ой) | <i>P</i> |
|---|---------------|------------------------------------|---------------------------|----------|
| Стандарт даволаш | 50 | $46,2 \pm 4,5$ | $24,9 \pm 8,1$ ой | 0,008 |
| Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчали лоскут | 50 | $75,4 \pm 7,7$ % | $39,3 \pm 9,8$ ой | |
| Билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик пластика | 16 | $98,0 \pm 14,3$ % | $78,1 \pm 10,7$ ой | |

Гуруҳлар орасидаги тафовут солиштириб кўрилганда статистик жиҳатдан 3 гуруҳдаги беморларда кўрсаткичлар юқори бўлиб, ишончлилик даражаси $P = 0,008$ ни ташкил қилган.

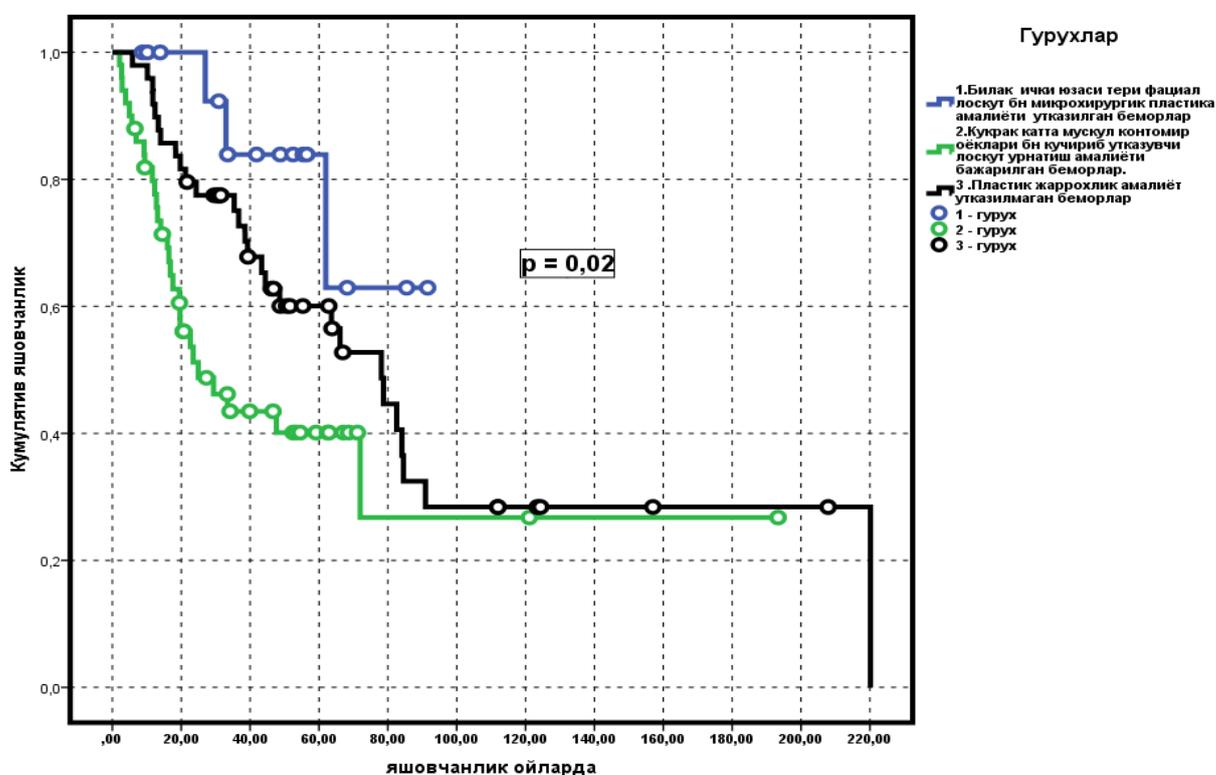
Даволаш гуруҳлари ичида 3 ва 5 йиллик яшаш кўрсаткичи ўрганилганда куйидаги натижалар олинди.

Стандарт даволаш гуруҳидаги беморлар орасида умумий яшовчанлик кўрсаткичи паст даражада бўлиб – $46,2 \pm 4,5$ % ни ва $40,0 \pm 5,5$ ни ташкил

қилган. Катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут билан бажарилган реконструктив амалиётдан сўнг кўрсаткичлар $-76,0 \pm 4,6 \%$ ва $60,0 \pm 4,5 \%$ ни ташкил қилган.

Билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик пластик амалиётдан сўнг умумий яшовчанлик ўрганилганда 3- ва 5 йиллик кўрсаткичлари $95,3 \pm 3,2 \%$ ва $84,0 \pm 4,6 \%$ ташкил қилган.

Гуруҳлар орасидаги кўрсаткичлар бир бирига солиштириб кўрилганда ишончлилик даражаси статистик жихатдан юқори кўрсаткичга эга бўлиб $P = 0,02$ ни ташкил қилган.



5.3-расм. Беморларда умумий яшовчанлик

Хулоса. Тадқиқотимизда даволаш усулларининг самарадорлигини баҳолашда ҳар бир гуруҳдаги олинган натижалар ўсманинг давомий ўсиши, рецидив ва метастазларнинг пайдо бўлиш частотаси орқали ҳамда ҳар бир даволаш усулида рецидивсиз, метастазсиз ва умумий (кумилятив) яшовчанлик ва унинг медианаси ўрганилди. Қуйидаги натижалар олинди: Стандарт даволаш усулида даволанган беморлар ичида 59% да ўсманинг давомий ўсиши

ва рецидиви аниқланган бўлса, 12% да узоқлашган метастазлар турли аъзоларда аниқланган. 2 гуруҳдаги – катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскутни кўчириб ўтқизиш беморлар ичида эса 36% да ўсманинг давомий ўсиши ва рецидиви аниқланган ҳамда 14% беморларда эса узоқлашган метастазлар турли аъзоларда аниқланган. 3 гуруҳдаги беморларда эса (эркин билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик пластик амалиётдан сўнг) 18,7% да ўсмани рецидиви аниқланган. 1 та бемордаям ўсманинг давомий ўсиши аниқланмаган. 1 (6,2 %) та беморда узоқлашган метастаз (ўпкада)аниқланган.

Рецидивсиз яшовчанлик кўрсаткичи даволаш гуруҳлари орасида ўрганилганда: 1 даволаш гуруҳида стандарт усуллар қўлланилганда кумулятив рецидивсиз яшовчанлик кўрсаткичи – $35,6 \pm 5,3\%$ ни, яшовчанликни ўртача кўрсаткичи $22,6 \pm 4,9$ ойни ташкил қилган. 2 чи даволаш гуруҳидаги (делтопекторал лоскутни қўлланилиши билан) беморлар орасида бу кўрсаткич $45,3 \pm 6,5\%$ ни, ўртача яшовчанлик кўрсаткичи эса $41,8 \pm 15,2$ ойни ташкил қилган. 3 чи даволаш гуруҳидаги (билак ички юзаси тери фациал лоскути билан микрохирургик усулда) беморлар орасида бу кўрсаткич – $76,2 \pm 10,7\%$ ни ва ўртача яшовчанлик кўрсаткичи эса $50,5 \pm 9,9$ ойни ташкил қилган. Гуруҳлар орасидаги статистик кўрсаткични ишончлилик даражаси $P = 0,001$ ташкил қилган.

ХОТИМА

Республика ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология илмий-амалий марказининг Бухоро вилояти филиалида бош-буйин ўсма касалликлари бўлимида оғиз бўшлиғи ҳавfli ўсмаларида комбинирлашган ва комплекс даволаш усуллари 116 та беморда қиёсий равишда реконструктив – пластик жарроҳлик усуллари билан даволанган беморлар ўрганилган.

Бизнинг тадқиқотимизда оғиз бўшлиғи саратонини турли даволаш усуллари қуйидаги гуруҳлардан иборат бўлган:

1 гуруҳда даволаш стандартларига асосланган равишда (Соғликни Сақлаш Вазирлигининг 351 сонли буйруғи асосида 29.07.2017 йил) оғиз бўшлиғи саратонига чалинган беморларнинг даволаш стандарт усуллари 50 та беморда ўтказилган:

2 гуруҳдаги беморлар эса: комплекс даволаниб, оғиз бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётидан кейин ҳосил бўлган дефектларни реконструктив-пластик катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут билан ўтказилган:

3-гуруҳ беморлари: 16 та кишидан иборат бўлиб, уларга стандарт даволаш усуллари га риоя қилган ҳолда комбинирлашган ва комплекс усулларда жарроҳлик амалиёти реконструктив - пластик операция - билан ички юзасидан олинган эркин тери фациал нерв, қон томир оёқчалари билан микрохирмик лоскут билан бажарилган.

Даволаш усуллари ни белгилашда асосий мезон сифатида ҳар бир гуруҳ беморлари учун алоҳида мезон ишлаб чикилиб, бунда асосан касалликнинг тарқалиш даражаси, ўсма атрофидаги тўқималарнинг ҳолати, касаллик босқичи, ўсманинг ўсиш тури, регионар лимфа тугунларининг ҳолати ва узоклашган метастазларнинг мавжудлиги ёки йўклиги, жарроҳлик амалиётидан олдинги ўтказилган нур ёки кимётерпиянинг самарадорлиги муҳим аҳамиятга эга бўлди.

1 гуруҳдаги беморларга асосан даволаш стандартларига биноан ва ташҳис тўлиқ комплекс текшириш ўтказилганидан кейинги ҳолатда касаллик босқичи аниқланиб, қуйидаги даволаш усуллари ўтказилган: Кимётерапия, нур терапия ва жарроҳлик амалиётлари стандарт талаб бўйича (бу гуруҳдаги беморларга ўсмани олиб ташлангандан кейин реконструктив – пластик операциялар бажарилмаган) ўтказилган.

2 гуруҳдаги беморларга эса операция олди кимёвий ва нур терапияси ўтказилганидан сўнг реконструктив-пластик операция катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут билан жарроҳлик амалиётидан кейин ҳосил бўлган дефект баргараф қилинган.

3 гуруҳдаги 12та беморларга касаллик босқичига қараб операция олди кимёвий ва нур терапияси ўтказилган бўлса, 4 (25%) тасига кимё ва нур терапияси ўтказилмасдан туриб даволаш реконструктив-пластик операция қилишдан бошланган.

Бизнинг тадқиқотларимизда барча беморларда гистологик текширишдан сўнг, касалликнинг тарқалиши ўрганилиб TNM таснифи бўйича ташҳис қўйилиб, беморларга даволаш усуллари ўтказилган.

Бундан ташқари ҳар бир даволаш гуруҳида ўтказилган операция олди кимёвий ва нур терапиясининг самарадорлиги, халқаро тасниф бўйича уни асоратлари ўрганилган бўлиб, даволаш натижасини баҳолаганда касаллик рецидив, метастази, ҳаёт сифати (ECOG, Карновский шкаласи бўйича) ҳамда беморларнинг яшаш кўрсаткичлари ўрганилган.

Бизнинг тадқиқотимизда 116 та бемордан 91 (78.4%) таси эркаклар булиб, 25 (21.6%) таси аёлларни ташкил қилган. Беморларнинг ўртача ёши аксарият 40 ёшдан ошган бўлиб, улар 85.2 % ни ташкил қилган.

Ўсма 15 (12.9%) беморда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида, 9 (7.7%) тасида тилнинг чап латериал юзасида, 21 (18.1%) тилнинг ўнг латериал юзасида, 14 (12%) тасида тил учида, 5 (4.3%) тасида тил илдизида, 23 (19.8%) тасида ўнг томон пастки жағ милкида, 24 (20.6%) тасида чап томон пастки жағ милкида, 1 (0.8%) тасида юкори жағ милкида, 4 (3.4%) тасида лабда

жойлашган. Кўриниб турибдики аксарият ҳолатларда (42.1%) ҳавфли ўсма тилнинг турли қисмларида жойлашган, ундан кейин кўпинча (40.4%) ҳавфли ўсма пастки жағнинг шиллик қаватида жойлашган. Кам ҳолатларда ҳавфли ўсма оғиз бўшлиғи шиллик қаватида (12.9%), лабда (3.4%) ва юкори жағ шиллик қаватида (0.8%) жойлашган.

TNM жараёнининг тарқалиши: TisNoMo –1 (0.8%)та бемор, T1N0M0 – 3 (2.5%), T1N1Mo -1 (0/8%), T1N2Mo – 3 (2.5%), T2N0M0 – 22 (18.9%), T2N1M0 – 28 (24.2%), T3N0Mo – 11 (9.4%), T3N1M0—20 (17.2%), T3N2M0 – 10 (8.6%), T4N0M0 – 4 (3.4%), T4N1M0 -5 (4.3%), T4N2M0 -8 (6.8%) бемордан иборат бўлган.

Касалликни анамнези ўрганилганда 70 беморда касалликни давомийлиги 6 ойни ташкил қилган бўлса, қолган беморларда эса (40%) 6 ойдан сўнг беморлар онкологик клиникага мурожаат қилган. Шулардан 26 (22.4%) таси стоматологларда даволанган, 2 (1.7%) таси касаллигини юз –жағ соҳасида олинган травмаси билан боғлаган ва даволанган: 88 (75.8%) беморлар касалликни оғиз бўшлиғида жойлашганига қарамасдан бирор марта ҳам стоматологга мурожаат қилмаган. 116 та бемордан 33 (28.4%) тасида касаллик оғиз бўшлиғида оғрик синдроми билан бошланган, 51 (43.9%) тасида оғрик+шиш билан, 3 (2.5%) тасида шиш, 18 (15.5%) тасида, шиш + ютиниш функцияси бузулиши, 9 (7.7%) тасида шиш + оғрик, 2 (1.7%) тасида ўсмадан қон кетиш билан бошланган.

Клиник жиҳатдан 110 (94.8%) беморда оғиз бўшлиғида ўсма пайпасланган. Аниқланган ўсманинг 35 тасида (30.1%) экзофит ва 81 (69.9%) эндофит инфилтратив ҳарактердаги ўсмалар аниқланган. Аниқланган ўсмаларнинг 4 (3.4%) таси зич консистенцияли бўлган бўлса, 24 (20.6%) таси каттик консистенцияда ва 38 (32.7%) таси юмшоқ эластик.

116 бемордан 76 (65.5%) тасида ўсманинг чегаралари аниқ бўлган бўлса, 38 (32.7%) тасида ноаниқ ва 2 (1.7%) тасида чегаралари аниқланмайди. 86 (74.1%) та беморда ўсма силлик юзага эга бўлиб, 29 (25%) нотекис юзага эга бўлган. Фақатгина 1 (0.8%) та беморда ўсманинг парчаланиши аниқланган.

Ҳамма 116 та беморда рентгенологик текшириш ўтказилиб 44 (37.9%) тасида ўсма жараёни сояси аниқланган. 13 (11.2%) беморда эса рентгенологик текширувда ўсмани соясини интенсивлиги кучайган. 50 (43%) беморда эса ўсмани сояси интенсивлиги пасайгани кузатилган бўлса, 53 (45.6%) тасида эса рентгенологик соя аниқланмайди. Рентгенологик текширувда ўсманинг контурлари 67 (57.7%) беморда контурлари аниқ кўринган бўлса, 49 (42.3%) беморда эса ноаниқ булган. 25 (21.5%) беморда рентгенологик текширувда суякларда деструктив ўзгаришлар аниқланган. 43 (37%) беморда эса ўсманинг пастки жағга ўсиш аломати аниқланган.

Ультратовушли текшируви 116 та беморда ўтказилган бўлиб, асосан регионар ва периферик лимфа тугунларида метастатик ўсмаларни аниқлаш мақсадида қўлланилган.

116 та беморда цитологик ва гистологик текшириш усуллари ўтказилган. Цитологик текширувда 116 та бемордан 60 (51.7%) тасида атипик хужайралар аниқланган бўлса, 66 (56.9%) тасида ўсмадан ясси хужайрали саратон аниқланган.

Гистологик текширувда 116 та бемордан 37 (31.8%) тасида мугузланмайдиган ясси хужайралари ва 79 (68.2%) да мугузланган ясси хужайрали саратони аниқланган.

Морфологик текширишда нафақат ўсманинг гистологик структураси балки ўсма хужайраларининг дифференцировкаси ҳам аниқланди. 116 та беморда 47 (40.6%) тасида юқори дифференциялашган (G1) ясси хужайрали саратон аниқланган бўлса, 51 (43.9%) тасида эса ўрта дифференциялашган, 15 (12.9%) тасида паст дифференциялашган ва 3 (2.5%) тасида дифференциялашмаган гистологик ҳулоса олинган. Беморларни даволаш гуруҳлари бўйича ўрганилганда стандарт ва делтопекторал даволаш гуруҳларида G 1 ва G 2 84.6% ва 88.5% ни ташкил қилган бўлса, эркин билак тери фациал нерв билан лоскутда - 26.8% ни ташкил қилган, G3 кўрсаткичи I ва II даволаш гуруҳлари мос равишда 40.0% ва 46.6% ни ташкил қилган бўлса,

III гуруҳда эса 13.4% ташкил қилган. G4 кўрсаткичлари фақатгина бир беморда аниқланиб стандарт даволаш гуруҳидаги беморда аниқланган

Компютер текшируви (МСКТ) текшируви 116 бемордан 99 (85.3%) тасида ўтказилган. Текшириш усули асосан ўсма жараёнини тарқалишини баҳолаш билан бирга атроф суяклардаги деструктив ўзгаришларни аниқлаш имкониятларини яратди. Бунда 25 (21,5%) та беморда пастки ва юкори жағ суяклари соҳасида деструктив ўзгаришлар аниқланди.

МРТ текшируви 116 беморнинг 30 (25.8%) тасида бажарилган бўлиб, асосан ўсма жараёнининг атроф юмшоқ тўқималар ҳолатини ўрганишда муҳим аҳамияга эга бўлди. Бунда 30 (25.8%) бемордан 20 (2.2%) тасида ўсманинг оғиз бўшлиғи атроф юмшоқ тўқималарига ўсгани аниқланди ва бу эса даволаш тактикасини аниқлаб беришга ёрдам берди.

116 та бемордан 10 (8.6%) тасига ПЭТ/ КТ текширув усули ўтказилди ва ўсманинг атроф ён тўқималарига ўсганлиги аниқланди. Шунинг билан биргаликда регионар лимфатугунларининг ҳолатини имкониятини яратди.

116 бемордан 50 тасида даволаш – стандарт усул асосида олиб борилиб куйидагича даволанган: 3 (6%) та беморга жарроҳлик амалиёти бажарилган, 19 (38%) та комбинир даво, 27 (54%) тасида комплекс даво ва 1 (2%) та беморда симптоматик даволаш усуллари ўтказилган.

2 гуруҳдаги 50 та беморлардан 1 (2%) тасида жарроҳлик амалиёти, 20 (40%) тасида комбинирлашган даво, 29 (58%) тасида комплекс даволаш ўтказилган. Барча 50 та беморларга жарроҳлик амалиётида ҳосил бўлган жароҳат дефектини делтопекторал лоскут ёрдамида реконструкция қилинган.

3 гуруҳдаги 16 та беморларда билан ички юзасидан олинган эркин тери фациал- қон-томир нерв лоскути билан дефект реконструкция қилинган, бунда фақат 1 (6.2%) тасида жарроҳлик амалиёти, 11 (68.8%) комбинирлашган даво, 4 (25%) тасида комплекс даво усуллари қўлланилган.

3. Фақат жарроҳлик усули 1 (2%) беморга, комбинирлашган даво 11 (22%), комплекслаш даво 38 (76%) ўтказилган. 50 бемордан 36 (72%) таси эркак бўлиб, 14 (28%) тасини аёллар ташкил қилган.

Комплекс текширувдан сўнг беморларга даволаш стандарти асосида комбинирлашган ва комплекс даво усуллари ўтказилган. 50 бемордан 3 (6%) тасига маҳаллий туқималар билан биргаликда ўсмани электрохирургик олиш, 27 (54%) тасига ўсмани кенг электрохирургик олиш. 20 (40%) та беморга комбинирлашган (ўсмани кенг кесиб олиш ва бўйин соҳаси лимфодиссекцияси, трахеостома, оростома) операцияси ўтказилган.

Ўтказилган даво натижалари шуни кўрсатдики, кимёвий терапия қуйидаги дори воситалари билан ўтказилган. 44 (88%) та беморда бошқа усуллар билан комбинирлашган равишда кимётерапия қуйидаги тизимда ўтказилган: 17 (34%) беморда PF, 25 (50%) беморда TRF ва 3 (6%) беморда TP ўтказилган. Ўтказилган кимётерапияда даволаш натижалари ҳалқаро таснифлар бўйича баҳоланди. Бунда кимётерапия операциядан олдин 7 (14%) беморга, операциядан кейин 6 (12%), операция олди ва кейин 30 (60%) беморга ўтказилган. 7 (14%) беморларда ўтказилмаган. 19 та беморда операция олди нур терапияси, кимётерапияси билан ўтказилган (3 курс кимёвий терапия). Операциядан кейин кимётерапия 20 (40%) та беморга.

Нур терапияси операциядан олдин 19 (38%) та беморда “ TERABALT ” ёки АГАТ-Р аппаратларида ўтказилган бўлиб, 1 марталик дозаси 1.8-2 Гр ташкил қилган бўлса, умумий нурнинг дозаси 40-50 Грни ташкил қилган.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики операциядан олдин кимётерапия ва нур терапиянинг самарадорлиги қуйидагича бўлган. 19 (38%) беморлардан 4 (21%) тасида ўсманинг стабилизацияси, 15 (79%) ўсманинг қисман регрессияси кузатилган.

Жарроҳлик амалиётлари 35 (71.4%) беморлар радикал равишда, 6 (12%) беморларда шартли радикал ва 8 (16%) паллиатив равишда бажарилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда даволанган беморлардан 20 (40%) тасида ўсманинг қайталаниши кузатилган. 1 та беморда рецидив 2 марта кузатилган. Рецидив пайдо бўлиш муддати 6 ойдан 2 йилгача бўлиб аксарият ҳолатларда рецидив 1 йил ичида пайдо бўлган (80%).

50 та бемордан 31 (62%) тасида узоклашган сохалар ва регионар лимфатугунларида метастазлар аниқланган. Беморлардан 22 (44%) тасида регионар лимфатугунларининг метастатик зарарланиш кузатилган. 3 (6%) беморларда ўпкаларга метастаз, 1 (2%) беморда кўкс оралиги лимфатугунларига ва ўпкага, 1 (2%) - жигарга, 3 (6%) та беморда- умуртка поғоналарига метастазлар аниқланган.

Қайталанган ўсмани даволаш: 15 (32%) беморда қайталанган ўсма, 8 (16%) жарроҳлик амалиёти ва кимётерапия, 1 (2%) беморда жарроҳлик амалиёти, 1 (2%) та беморда жарроҳлик амалиёти ва симптоматик даво, 1 (2%) беморда жарроҳлик амалиёти, кимётерапия, нур терапия, 2 (4%) беморда кимётерапия, 1 (2%) беморда симптоматик, 1 (2%) кимётерапия, жарроҳлик амалиёти ўтказилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда 15 (32%) та беморда рецидив кузатилган бўлган бўлса шулардан 12 (85%) таси қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш жарроҳлик амалиёти бажарилган, 2 (4%) беморда гемимандибулэктомия ва 2 (10%) та беморда қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш ва пастки жағ сегментар резекцияси ва ороостома бажарилган.

Метастазларни даволаш: 6 (12%) та беморда ўтказилган бўлиб, 3 (8%) тасида кимиётерапияси ва 2 (4%) тасида кимётерапия ва нур терапияси ва 1 (2%) симптоматик давоси берилди.

Беморлар 6 ойдан 72 ойгача кузатувда бўлган, 50 та бемордан 28 (56%) таси шу вақтлар мобайнида вафот этган.

4. Ушбу бобда тадқиқотларимизнинг 2- гуруҳида даволанган беморлар туғрисида маълумотлар тақдим қилинади. Даволаш усули ушбу гуруҳдаги беморларнинг 50 нафарида ўтказилган бўлиб, улар стандартлар асосида олиб борилган, лекин ушбу гуруҳдаги беморларда реконструктив-пластик операциялар (катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут) комбинирлашган ва комплекс давонинг ичида ўтказилган. Тадқиқотимизда оғиз бўшлиги ҳавфли ўсмалари ташҳиси билан 50 беморга қуйидаги даволаш усуллари қўлланилган:

Комбинирлашган даво 30 (60%), комплекс даво 20 (40%) беморларга ўтказилган. 50 бемордан 45 (90%) таси эркак бўлиб, 5 (10%) тасини аёллар ташкил қилган.

Ўсма аксарият ҳолларда (10%) беморларда оғиз бўшлиғи шиллик каватида, 10% беморларда тилнинг ўнг латериал юзасида, 15% беморларда пастки ўнг томон жағ милкида ва 13% беморларда чап пастки жағ милкида жойлашган. Касаллик аксарият ҳолларда Т3 кўрсаткичга (48%) эга бўлган, Т2 кўрсаткичи 30% ни ва Т4 кўрсаткичи 20% ни ташкил қилган. 2% бемор Т1 кўрсаткичида учраган. 68% беморлар Т3 -Т4 кўрсаткичига эга бўлиб маҳаллий тарқалган ўсма турига кирган. 37 (74%) беморда регионар лимфа тугунларни метастатик зарарланиш кузатилган.

Барча беморларга морфологик текшириш цитологик ва гистологик усулларида иборат бўлиб 50 нафардан 17 (34%) тасида мугузланмайдиган ясси хужайрали саратон аниқланган бўлса, 33 (66%) тасида мугузланган ясси хужайрали саратон аниқланган. 50 бемордан 11 (22%) тасида ўсма жараёни экзофит характерда бўлса, 39 (78%) тасида эса эндофит ва инфилтратив характердаги ўсмалар кузатилган. Барча беморлар даволанишдан олдин комплекс равишда текширувдан ўтказилган. Рентгенологик текширув 50 та беморга, ультра товуш текшируви 50 та беморда, МСКТ 45 та беморда, МРТ 5 та беморда ва ПЭТ КТ текшируви 1 та беморда ўтказилган.

Ўтказилган даво натижалари шуни кўрсатдики, кимёвий терапия қуйидаги дори воситалари билан ўтказилган. 49 (98%) та беморда бошқа усуллар билан комбинирлашган равишда кимётерапия қуйидаги тизимда ўтказилган: 13 (26%) беморда PF, 29 (58%) беморда TRF ва 6 (12%) беморда TP ўтказилган. Ўтказилган кимётерапияда даволаш натижалари ҳалқаро таснифлар бўйича баҳоланди. Бунда кимётерапия операциядан олдин 2 (4%) беморга, операциядан кейин 4 (8%), операция олди ва кейин 42 (84%) беморга ўтказилган. 1 (2%) беморларда фақат жарроҳлик амалиёти ўтказилмаган. 12 (24%)та беморда операция олди нур терапияси, кимётерапияси билан ўтказилган (3 курс кимётерапиядан сунг).

Нур терапияси операциядан олдин 19 (38%) та беморда “ TERABALT ” ёки АГАТ-Р аппаратларида ўтказилган бўлиб, 1 марталик дозаси 1.8-2 Гр ташкил қилган бўлса, умумий нурнинг дозаси 40-50 Грни ташкил қилган.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, операциядан олдин кимётерапия ва нур терапиянинг самарадорлиги қуйидагича бўлган. 42 (84%) беморлардан 17 (34%) тасида ўсманинг стабилизацияси, 25 (50%) ўсманинг қисман регрессияси кузатилган.

Жарроҳлик амалиёти 50 (100%) та беморда бажарилган бўлиб, шулардан 44 (88%) тасида регионар лимфа тугунларига метастазлар борлиги туфайли бўйин соҳаси лимфаденэктомияси катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут қўллаш билан бирга операцияси бажарилган.

Жарроҳлик амалиётлари 28 (56%) беморда радикал равишда, 16 (32%) бемор шартли радикал ва 6 (12%) тасида паллиатив равишда бажарилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда даволанган беморлардан 22 (44%) тасида ўсманинг қайталаниши кузатилган. 3 (6%) та беморда рецидив 2 марта ва 2 (4%) беморда 3 марта, 1 (2%) 4 марта рецидив кузатилган. Рецидив пайдо бўлиш муддати 6 ойдан 2 йилгача бўлиб аксарият ҳолатларда рецидив 1 йил ичида пайдо бўлган.

50 та бемордан 36 (72%) тасида узоклашган сохалар лимфа тугунларида метастазлар аниқланган. Беморлардан 29 (44%) тасида регионар лимфатугунларининг метастатик зарарланиш кузатилган. 4 (8%) беморларда ўпкаларга метастаз, 2 (4%) беморда кўкс оралиги лимфатугунларига ва ўпкага, 1 (2%) - жигарга, 3 (6%) та беморда- умуртка поғоналарига метастазлар аниқланган.

Даводан кейинги функционал кўрсаткичларни 50 беморда ўрганилган бўлиб, даволашдан кейин 7 (14%) тасида чайнашни тикланиши, 23 (46%) тасида ютинишни тикланиши, 16 (32%) - нутқни тикланиши, 1 (2%) - ютиниш ва гапришни тикланиши, 1 (2%) - чайнаш ва ютинишни тикланиши ва 2 (4%) - таъм билиш аниқланган.

ECOG шкаласи бўйича беморларни ҳолатини тиклаш 10 (20%) “0” баллни, 10 (20%) таси 1 бал, 15 (30%) таси 2 бал, 15 (30%) таси 3 бал ташкил қилган. Карноский шкаласи бўйича 10 (20%) та беморда 100% фаоллик, 15 (30%) тасида 80-70% фаоллик, 10 (20%) тасида 60% фаоллик ва 15 (30%) тасида 50 % фаоллик аниқланди.

Қайталанган ўсмани даволаш: 1 (2%) та беморга кимётерапияси, нур терапияси ва жарроҳлик амалиёти, 3 (6%) беморга жарроҳлик амалиёти, кимётерапия ва нур терапияси, 2 (4%) беморга жарроҳлик амалиёти, кимётерапия, 1 (2%) беморга кимиётерапияси ўтказилган.

Бизнинг тадқиқотларимизда 7 (14%) та беморда рецидив кузатилган бўлган бўлса шулардан 4 (8%) таси қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш жарроҳлик амалиёти бажарилган, 2 (4%) та беморда қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш ва пастки жағ сегментар резекцияси бажарилган.

Метастазларни даволаш: 7 (14%) та беморда ўтказилган бўлиб, 5 (10%) тасида кимиётерапияси ва 2 (4%) тасида кимётерапия ва нур терапияси берилди.

Беморлар 6 ойдан 72 ойгача кузатувда бўлган, 50 та бемордан 22 (44%) таси шу вақтлар мобайнида вафот этган.

5. Тадқиқотларимизнинг даволаш усули гуруҳдаги 16 беморлардан бўлиб, улар стандартлар асосида олиб борилган, лекин жарроҳлик амалиёти беморларда реконструктив-пластик операциялар (эркин биллак ички юзаси тери фациал лоскутидан) комбинирлашган ва комплекс давонинг ичида ўтказилган. Тадқиқотимизда оғиз бўшлиғи ҳавфли ўсмалари ташҳиси билан 16 беморга куйидаги даволаш усуллари қўлланилган: факат жарроҳлик усули 1 (6.25%) беморга, комбинирлашган даво 9 (56,25%) ва комплекс даво 6 (37,5%) беморларга ўтказилган. 16 бемордан 10 (62.5%) таси эркак бўлиб ва 6 (37.5%) тасини аёллар ташкил қилган.

Ўсма аксарият ҳолларда (6.25%) беморларда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида, 18.75% беморларда тилнинг чап латериал юзасида, 50% беморларда тилнинг ўнг латериал юзасида, 6.25% беморларда тил учида ва 18.75%

беморларда лабда жойлашган. Касаллик аксарият ҳолларда T2 кўрсаткичга (56.25%) эга бўлган, T3 кўрсаткичи 31.25% беморда ва T1 кўрсаткичи 12.5% беморда учраган.

Барча беморларга морфологик текшириш цитологик ва гистологик усулларида иборат бўлиб, 16 нафардан 7 (43.75%) тасида мугузланмайдиган ясси хужайрали саратон аниқланган бўлса, 9 (56.25%) тасида мугузланган ясси хужайрали саратон аниқланган. 16 бемордан 11 (68.75%) тасида ўсма жараёни экзофит характерда бўлса, 5 (31.25%) тасида эса эндофит ва инфилтратив характердаги ўсмалар кузатилган. Барча беморлар даволанишдан олдин комплекс равишда текширувдан ўтказилган. Ўсманинг дифференцияланиши 9 (56,25%) тасида G1, 5 (31.25%) тасида G2 ва 2 (12.5%) тасида G3 аниқланди. Рентгенологик текширув 16 та беморга, ультратовуш текшируви 16 та беморда, МСКТ 8 та беморда, МРТ 14 та беморда ва ПЭТ КТ текшируви 2 та беморда ўтказилган.

Комплекс текширувдан сўнг беморларга даволаш стандарти асосида комбинирлашган ва комплекс даво усуллари ўтказилган. 16 беморларни ҳаммаси ўсмани кенг кесиб олиш, гемиглосэктомия ва бўйин соҳаси лимфодиссекцияси, трахеостома, дефектни эркин билак ички юзаси тери фацциал лоскути билан реконструкция операцияси ўтказилган. Шулардан 3 тасида қўшимча равишда 2 тасида пастки лаб ва 1 тасида юқори лаб резекцияси бажарилган.

Ўтказилган даво натижалари шуни кўрсатдики, кимёвий терапия қуйидаги дори воситалари билан ўтказилган. 15 (93.75%) та беморда бошқа усуллар билан комбинирлашган равишда кимётерапия қуйидаги тизимда ўтказилган: 8 (53.4%) беморда PF ва 7 (46.68%) тасида TRF тизимида ўтказилган. Ўтказилган кимётерапияда даволаш натижалари ҳалқаро таснифлар бўйича баҳоланди. Бунда кимётерапия операциядан олдин 5 (31.25%) беморга операциядан кейин 2 (12.5%), операция олди ва кейин 6 (37.5%) беморга ва 2 (12.5%) беморга кимётерапия ва нур терпия ўтказилган. 1 (6.25%) беморда факат жарроҳлик амалиёти ўтказилмаган.

Нур терапияси операциядан олдин 8 (50%) та беморда “ TERABALT ” ёки АГАТ-Р аппаратларида ўтказилган бўлиб, 1 марталик дозаси 1.8-2 Гр ташкил қилган бўлса, умумий нурнинг дозаси 40-50 Грни ташкил қилган.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, операциядан олдин кимётерапия ва нур терапиянинг самарадорлиги қуйидагича бўлган. 7 (43.75%) беморлардан 6 (85.7%) тасида ўсманинг стабилизацияси, 1 (14.3%) ўсманинг қисман регрессияси кузатилган.

16 та бемордан узоклашган сохалар лимфа тугунларида метастазлар аниқланмаган. Даводан кейинги функционал кўрсаткичларни 16 беморда ўрганилган бўлиб, даволашдан кейин 1 (6.25%) тасида чайнашни тикланиши, 9 (56,25%) тасида ютинишни тикланиши, 4 (25%) - нутқни тикланиши, 1 (6.25%) - сезги тикланиши, 1 (6.25%) - тикланмагани аниқланган. 3 (18.75%) та беморда лаб сохаси косметик жихатдан тикланди.

ЕСОГ шкаласи бўйича беморларни ҳолатини тиклаш 4 (25%) тасида “0” баллни, 4 (25%) тасида 1 бал, 6 (37.5%) тасида 2 бал , 2 (12.5%) таси 3 бал ташкил қилган. Карновский шкаласи бўйича 8 (50%) та беморда 100% фаоллик, 5 (31.25%) тасида 80-70% фаоллик, 2 (12.5%) тасида 60% фаоллик ва 1 (6.25%) тасида 50 % фаоллик аниқланди.

Қайталанган ўсмани даволаш 1 (6.25%) та беморда қайталанган ўсмани кенг кесиб олиш ва пастки жағ сегментар резекцияси ва оростомо шакллантириш жарроҳлик амалиёти ва кимётерапия билан ўтказилган. 5 та беморда реконструктив - пластик операциядан кейин бўйин лимфа тугунларига метастазлар аниқланмаган.

Метастазларни даволаш: 5 (31.25%) та беморда ўтказилган бўлиб , 1 (6.25%) тасида кимётерапия ва 4 (25%) тасида жарроҳлик амалиёти ва кимётерапия берилди.

Беморлар 6 ойдан 72 ойгача кузатувда бўлган, 16 та бемордан 3 (18.75%) таси шу вақтлар мобайнида вафот этган.

Хулоса қилиб шу айтиш мумкинки оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида давомий ўсиш, рецидив, метастазларни частотасини ўрганиш ҳамда

яшовчанлик кўрсаткичлари, уни медианаси даволаш гуруҳлари бир биридан фарқ қилиб, билак қон – томир фасция билан нерв лоскут юқори натижаларга эга бўлиб, катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскут ва стандарт даволаш усулига нисбатан юқори натижага эга бўлган. Янги қўлланилган реконструктив – пластик жарроҳлик усули стандарт даволаш усулига нисбатан самардорликни оширган.

ХУЛОСАЛАР.

1. Оғиз бўшлиғи саратонининг стандарт даволаш натижалари ўрганилганда 59% беморларда ўсманинг давомий ўсиши ва рецидиви ҳамда 12% да узоклашган метастазлар аниқланган. Бунда рецидивсиз яшовчанлик кўрсаткичи - $35,6 \pm 5,3\%$ ни, метастазсиз яшовчанлик кўрсаткичи - $35,2 \pm 5,3\%$ ни ва умумий (кумулятив) яшовчанлик кўрсаткичи $46,2 \pm 4,5\%$ ни ташкил қилган.

2. Катта кўкрак мушакларидан тери-фасциал, мушак ва қон томир лоскути билан реконструктив-пластик жарроҳлик амалиётлари, функционал натижаларни яхшилаш билан бирга, ўсманинг давомий ўсиши, қайталаниши ва узок метастазлари частотасини 2 баравар камайтиради ва беморларнинг умумий яшовчанлик кўрсаткичини 10% га оширади.

3. Оғиз бўшлиғи саратонини комбинирлашган ва комплекс даволашда микрожарроҳлик операциясининг радикалиги туфайли-эркин билакнинг ички юзаси тери-фасциал ва нерв лоскути ўсманинг давомий ўсиш ва қайталаниш даражаси 6,25% гача камайтиради (стандарт даволаш гуруҳида рецидив 59,0%) ва беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичини 2 баравар оширади.

4. Турли гуруҳларда комбинирлашган ва комплекс даволанишдан сўнг функционал хулосалар таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ЭСОГ шкаласи бўйича ҳаёт сифатини стандарт даволашдан сўнг "0" балл – 20%, "1" – 20%, "2" – 30%"ни ва "3" – 30%ни ташкил қилган, пекторал лоскут қўлланилганда "0" балл – 20%, "1" – 20%, "2" – 30%"ни ва "3" – 30%ни ташкил қилган. Билак ички юзаси тери-фасциал лоскути гуруҳидаги беморларда "0" балл – 25%, "1" – 25%, "2" – 37,5%"ни ва "3" – 12,5%ни ташкил қилган. Реконструктив-пластик операциялардан фойдаланиш эстетик ва функционал натижаларни яхшилашга имкон беради.

5. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати саратонида микрожарроҳлик операцияларидан фойдаланиш нафақат эстетик ва функционал натижаларни,

шунингдек беморларнинг яшовчанлик кўрсаткичини яхшилашга имкон беради ва узок муддатли даволанишни ва турли хил стомаларнинг (оростома, трахеостома) бўлишини олдинини олади. Реконструктив-пластик жарроҳликларни кенг жорий этилиши асоратларни сезиларли даражада камайтиради, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.

1. Оғиз бўшлиғи саратонида маҳаллий тарқалган босқичида хавфли ўсмаларини жарроҳлик йўли билан катта кўкрак тери, мускул, қон-томир оёқчалари сақланган ҳолда кўчириб ўтказилган лоскути ва эркин билак ички юзаси тери-фасциал ва нерв қон-томир лоскут билан нуқсонларни тиклаш натижалари комбинирлашган ва комплекс усулларини даволаш самарадорлигини ошириши туфайли амалиётга кенг тадбиқ қилиш тавсия қилинади.

2. Оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида эркин билак ички юзаси тери-фасциал ва нерв қон-томир лоскутини қўлланилиши қиёсий таҳлил қилинганда, бошқа усулларга нисбатан рецидив, ўсмани давомли ўсишини қисман камайтиради, яшовчанлик кўрсаткичини яхшилайти ва ушбу усулни амалиётга кенг тадбиқ қилиш ижобий натижа беради.

3. Оғиз бўшлиғи хавфли ўсмаларида реконструктив-пластик операцияларни қўлланиши аъзолардаги функционал бузилишларни эрта тикланишга олиб келади ва реабилитация босқичларини қисқартиради, шунинг учун уни кенг миқёсда амалиётга тадбиқ қилиш тавсия қилинади.

4. Микрохирургик усул билан бажариладиган эркин билак ички юзаси тери-фасциал ва нерв қон-томир лоскутини оғиз бўшлиғи саратонида қўлланилиши амалиётдан кейинги ҳаёт учун хавф солувчи асоратларни пасайтиради ҳамда беморларнинг тиббий ва ижтимоий реабилитациясини яхшилайти.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Аксамит Л.А., Лузина В.В., Цветкова А. А. Клинические проявления предраковых заболеваний на слизистой оболочке рта //Клиническая стоматология. – 2016. – №. 4. – С. 22-24.
2. Арутюнов А.С., Арутюнов С.Д. Совершенствование ортопедического стоматологического лечения больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза // Ученые Записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – Т XXII, №2. – С. 45-49.
3. Арутюнов А.С., Кицул И.С., Лебеденко И.Ю. Медико-организационные принципы оказания ортопедической стоматологической помощи больным с послеоперационными челюстно-лицевыми дефектами // Стоматология. – 2011. – №3. – С. 4-6.
4. Асташина Н.Б., Рапекта С.И., Рогожников Г.И. Комплексный подход к лечению больных с дефектами нижней челюсти // Стоматология. – 2012. – №5. – С. 21-23.
5. Байтингер В.Ф., Селянинов К.В. Фатальные осложнения в реконструктивно-пластической хирургии и пути их профилактики //Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2022. – Т. 24. – №. 3-4. – С. 7-29.
6. Белякова Е.Н. Факторы риска развития злокачественных новообразований головы и шеи //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2021. – Т. 20. – №. 1. – С. 92-99.
7. Болотина Л.В. Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей головы и шеи // Malignant tumours. – 2021. – Т. 10, № 3s2-1. – С. 93–108.
8. Ганиев А.А. и др. Основные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями орофарингеальной области в республике узбекистан //Стоматология. – 2019. – Т. 1. – №. 1 (74). – С. 78-82.

9. Ганиев А.А., Самигова Г.Э. Выбор оптимального метода лечения гемангиом в области головы и шеи у детей раннего и младшего возраста //Молодой ученый. – 2020. – №. 3. – С. 96-98.

10. Галченко В.М., Ильтибаев О.М., Ильтибаева М.О. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (литературный обзор) //Теоретические и практические основы научного прогресса в современном обществе. – 2020. – С. 162-171.

11. Гордиенко В.П. Заболеваемость и смертность больными злокачественными новообразованиями полости рта. новообразования полости рта]. Вестник, 2017, т.6, стр.44–49.

12. Джураева Ш.Ф., Чистенко Г.Н., Терехова Т.Н., Иконникова А.В. Рак полости рта: факторы риска и скрининг // Современная стоматология. 2020;2 (79). – С. 3–7

13. Диков Ю.Ю. Реконструкция нижней челюсти с использованием микрохирургических методов у больных с опухолями челюстно-лицевой области. Автореферата канд.мед.наук, 2015г. 162 с.

14. Доброхотова В.З. Анализ осложнений реконструктивных операций при злокачественных опухолях полости рта. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 142 с.

15. Енгибарян М.А. и др. Влияние комплексной оценки иммуногистохимических и генетических маркеров изменения репарации днк в опухолевой ткани на выживаемость больных раком слизистой оболочки дна полости рта //Современные проблемы науки и образования. – 2020. – №. 6. – С. 146-146.

16. Задеренко, И.А. Выбор варианта хирургического лечения рецидивного рака органов орофарингеальной области // Опухоли головы и шеи. – 2017. – Т. 7, № 2. – С. 25-29.

17. Задеренко, И.А. Результаты лечения локорегионарных рецидивов плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки // Российский онкологический журнал. – 2014. – Т. 19. № 1. – С. 20-25.

18. Задеренко И.А. Возможности использования регионарных лоскутов для замещения дефектов у больных со злокачественными новообразованиями полости рта //Москва. – 2024. 172 с.

19. Закирова А.А. и др. Функциональные результаты и качество жизни после реконструкции органов полости рта аутотрансплантатами //Сибирский онкологический журнал. – 2023. – Т. 22. – №. 3. – С. 36-48.

20. Зыкова Е.А. Онкологическая настороженность при заболеваниях слизистой оболочки полости рта //Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2016. – №. 3. – С. 49-55.

21. Ивашков, В.Ю. Возможности использования лоскута угла лопатки для микрохирургического замещения комбинированных дефектов верхней челюсти у онкологических больных // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. — 2019. — Т. 11. — № 2. — С. 40—48.

22. Ижнина Е.В. Комплексная стоматологическая реабилитация пациента со злокачественным новообразованием орофарингеальной зоны на этапах противоопухолевого лечения: клинический случай // Вопросы онкологии. — 2019. — Т. 65. — № 2. — С. 287—293.

23. Ильина М.А., Кравцов С. А. Способы реконструкции слизистой оболочки полости рта у онкологических больных //Опухоли головы и шеи. – 2024. – Т. 14. – №. 3. – С. 64-76.

24. Камиллов Х. и др. Диагностика предраковых заболеваний слизистой полости рта //Стоматология. – 2021. – №. 2 (83). – С. 17-18.

25. Каприн А.Д., Старинского В.В., Петрово Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году. М., 2020. 239 с.

26. Карпенко А.В. и др. Функциональные результаты применения подподъязычного кожно-мышечного лоскута для пластики онкологических дефектов ротовой полости //Злокачественные опухоли. – 2016. – №. 1 (17). – С. 36-43.

27. Каюмходжаев А.А. и др. Дельто-пекторальный лоскут в пластике обширного сквозного дефекта окологлазнично-скуловой области //Вестник

Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. – 2017. – Т. 12. – №. 3. – С. 46-49.

28. Кирилова И.А. Костная ткань как основа остеопластических материалов для восстановления костной структуры //Хирургия позвоночника. – 2011. – №. 1. – С. 68-74.

29. Коваленко Н.В., Ненарокомов А.Ю., Иванов А.И., Толстопятов С.Е., Жаворонкова В.В., Чухнин А.Г., Сперанский Д.Л., Девятченко Т.Ф. Субментальный кожно-мышечный лоскут при реконструкции дефектов органов полости рта после расширенно-комбинированных резекций. Креативная хирургия и онкология. 2021;11 (2). – С. 132-137.

30. Кочурова Е.В., Николенко В.Н., Муханов А.А., Деменчук П.А. Стоматологический статус как прогностический фактор развития плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта // Стоматология. 2019;4 (98). – С. 34– 37.

31. Красавина Е.А. и др. Возможности речевой реабилитации больных раком полости рта и ротоглотки после реконструктивно-пластических операций //Сибирский онкологический журнал. – 2020. – Т. 19. – №. 5. – С. 35-43.

32. Кропотов М.А., Соболевский В.А., Лысов А.А., и др .Использование подподбородочного и лучевого лоскутов для реконструкции при раке слизистой оболочки полости рта. // Злокачественные опухоли. 2018. Т. 8. № 3. С. 39-48.

33. Кропотов М.А. и др. Реконструкция височно-нижнечелюстного сустава при сегментарной резекции нижней челюсти с экзартикуляцией по поводу первичных и вторичных опухолей нижней челюсти //Альманах клинической медицины. – 2017. – Т. 45. – №. 6. – С. 486-494.

34. Кульбакин Д.Е. Методика реконструкции челюстно-лицевой области с использованием индивидуальных имплантатов из биоактивной керамики // Опухоли головы и шеи. – 2017. – № 4 (7). – С. 29–34.

35. Кульбакин Д.Е. Реконструктивно-пластические операции в комбинированном лечении больных местно-распространенными опухолями головы и шеи // Вопросы онкологии. – 2017. – Т. 6, № 63. – С. 862–866.

36. Кульбакин Д.Е. и др. Послеоперационные осложнения реконструктивно-восстановительных операций у больных опухолями головы и шеи // Сибирский онкологический журнал. – 2021. – Т. 20. – №. 1. – С. 53-61.

37. Кутукова С.И., Беляк Н.П., Раскин Г.А. и др. Анализ выживаемости больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта в зависимости от экспрессии PD-L1 // Пародонтология. 2020;4 (25). – С. 287–294.

38. Кутукова С.И. и др. прогностическая роль лабораторных и иммуногистохимических маркеров в рецидивировании плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта // Опухоли головы и шеи. – 2014. – №. 3. – С. 47-50.

39. Лекишвили М.В. и др. Костнопластические остеоиндуктивные материалы в травматологии и ортопедии // Гений ортопедии. – 2015. – №. 4. – С. 61-67.

40. Леонтьева Е.С., Егоров М. А., Кузнецова Р. Г. Иммуногистохимические маркеры в диагностике предраковых поражений слизистой оболочки рта и красной каймы губ I // Практическая медицина. – 2012. – Т. 1. – №. 8 (64). – С. 20-22.

41. Литвинчук Я.О., Казеко Л.А. Современные методы диагностики предраковых заболеваний СОПР // Современная стоматология. – 2020. – №. 4 (81). – С. 3-5.

42. Луницына Ю.В. и др. Факторы риска развития злокачественных новообразований слизистой оболочки рта (обзор литературы). Часть 1. Эндогенные и биологические факторы // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2023. – Т. 23. – №. 3. – С. 271-280.

43. Луницына Ю.В. и др. Факторы риска развития злокачественных новообразований слизистой оболочки рта (обзор литературы). Часть 2.

Экзогенные факторы //Стоматология детского возраста и профилактика. – 2024. – Т. 23. – №. 4. – С. 397-404.

44. Максимов А.Ю., Костоев И.С., Демидова А.А. и др. Дифференциальная биоинформационная модель диагностики воспалительных и опухолевых заболеваний околоушной слюнной железы // Стоматология. 2021;1 (100). – С. 24–29.

45. Матякин Е.Г., Азизян Р. И., Матякин Г.Г. Диагностика и лечение рецидивов смешанных опухолей околоушной слюнной железы //Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2009. – №. 4. – С. 37-41.

46. Медведев, Ю.А. Хирургическое лечение остеонекрозов средней зоны лицевого черепа // Российский стоматологический журнал. — 2018. — Т. 22. — № 2. — С. 92—95.

47. Межевикина Г.С., Глухова Е.А. Современные методы диагностики предраковых и раковых изменений слизистой оболочки рта //Наука молодых—Eruditio Juvenium. – 2018. – Т. 6. – №. 4. – С. 600-606.

48. Мордовский А.В. Методологические аспекты аутотрансплантации реиннервированного химерного кожно-мышечного лоскута из бассейна торакодорзальной артерии при реконструкции языка: клинический пример // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2020. – Т. 23, № 3 (74). – С. 84–91.

49. Мудунов А.М. Новые возможности иммунотерапии в лечении распространенного рецидивного плоскоклеточного рака органов головы и шеи // Опухоли головы и шеи. – 2017. – Т. 7, № 2. – С. 99–105.

50. Назарян Д.Н., Харазян А.Э., Яранцев С.В. Немедленная нагрузка на краниальных имплантатах для устранения дефектов лица. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2016. №1. – С. 90–91.

51. Николенко В.Н., Кочурова Е.В., Муханов А.А. Этиологические факторы возникновения плоскоклеточного рака слизистой оболочки органов полости рта //Вопросы онкологии. – 2017. – Т. 63. – №. 5. – С. 703-707.

52. Нуриева, Н.С. Клинический случай применения obtурирующего протеза при слизистой оболочке полости рта в лечении хирургического дефекта нижней челюсти // Проблемы стоматологии. — 2018. — Т. 14. — № 3. — С. 45-48.

53. Орлова, О.С. Оптимизация методов коррекционно-педагогического воздействия при нарушениях речи и глотания у лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи // Специальное образование. — 2017. — № 3. — С. 122—130

54. Остринская Т.В., Жуманкулов А. М. Варианты применения свободного лучевого лоскута предплечья для реконструкции дефектов в области головы и шеи после удаления злокачественных новообразований // Опухоли головы и шеи. — 2014. — №. 2. — С. 25-32.

55. Пархоменко Л.Б. Рак органов головы и шеи и предрасполагающие к нему факторы // Медицинские новости. — 2018. — №. 9 (288). — С. 3-9.

56. Поляков А.П. Микрохирургическая реконструкция лицевого скелета при лечении злокачественных новообразований головы и шеи // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. — 2019. — Т. 8, № 1. — С. 48–56.

57. Поляков А.П. Результаты реабилитации лечения больных на основе внедрения современной онкологической классификации дефектов челюстно-лицевой области // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. — 2018. — № 1. — С. 94.

58. Поляков А.П. Современная онкологическая классификация дефектов верхней и нижней челюстей, комбинированных дефектов челюстно-лицевой области // Опухоли головы и шеи. — 2017. — Т. 7, № 4. — С. 10–23.

59. Рагимов, Ч. Р. Лечение распространенных опухолей челюсти с одномоментной гемимандибулэктомией, реконструкцией нижней челюсти, артропластикой височнонижнечелюстного сустава и ортопедической реабилитацией с применением зубных имплантатов // Опухоли головы и шеи. — 2020. — Т. 10. — № 3. — С. 97-110.

60. Раджабова З.А. и др. Реконструктивно-пластические операции у пациентов со злокачественными новообразованиями языка, слизистой дна полости рта, виды пластики //Опухоли головы и шеи. – 2015. – №. 1. – С. 15-18.

61. Решетов И.В. Разработка биополимерных комплексов на основе полисахаридов для стимуляции регуляции атипичной репарации мягких тканей, приводящих к объемному замещению дефектов полостей тела (приобретенные обширные деформации мягких тканей) // Российский биотерапевтический журнал. – 2017. – № 1. – С. 121–122.

62. Решетов И.В. Разработка 3D-биосовместимого композитного матрикса для задач реконструктивной хирургии полых органов и тканей // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2018. – № 1. – С. 99–100.

63. Решетов И.В. Экспериментальное исследование репаративного остеогенеза при использовании титановых имплантатов // Head and Neck/Голова и шея. Российское издание. Журнал общероссийской общественной организации «Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи». – 2018. – № 3. – С. 6–11.

64. Решетов, И.В. Создание имплантатов методом аддитивных технологий для реконструкции тканей головы и шеи // Head and Neck = Голова и шея — 2018. — № 4. — С. 48—57.

65. Решетов, И. В. Реконструкция дефектов средней зоны лица композитными материалами // Head and Neck = Голова и шея. Российское издание. Журнал Общероссийской общественной организации Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. — 2020. — № 1. — С. 22—31.

66. Розов, Р.А. Клинический анализ ближайших и отдаленных результатов применения имплантационного протезирования «Трефойл» в России // Стоматология. — 2020. — Т. 99. — № 5. — С. 50—57.

67. Сангинов Д.Р. Реконструктивно-восстановительные операции и вопросы качества жизни больных с местно-распространённым раком головы и шеи // Вестник Авиценны. – 2019. – Т. 21, № 1. – С. 165–172.

68. Саприна О.А. Использование субментального лоскута в реконструкции дефектов головы и шеи // Сибирский онкологический журнал. – 2018. – Т. 17, № 3. – С. 51–57.

69. Светицкий П.В. и др. Некоторые факторы прогноза течения рака органов полости рта //Фундаментальные исследования. – 2015. – №. 1-2. – С. 361-365.

70. Сельский Н.Е., Коротик И. О. Выбор экстраорального имплантата при тотальном дефекте лица //Проблемы стоматологии. – 2017. – №. 4. – С. 65-69.

71. Семин Д. Ю. и др. Непосредственные и отдаленные результаты одновременной химиолучевой терапии в режимах нетрадиционного фракционирования при лечении больных плоскоклеточным раком орофарингеальной области //Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59. – №. 6. – С. 725-730.

72. Сикорский Д.В., Володин А.Н., Чернявский А.А. Укрытие реконструктивной пластины с использованием мышечной части пекторального лоскута при реконструкции нижней челюсти после сегментарной резекции. Опухоли головы и шеи 2012;1. – С. 17–22.

73. Сикорский Д.В., Подьязников С.О., Володин А.Н., Чернявский А.А., Лавров Н.А., Пенин С.В. Реконструкция дефекта пекторальным лоскутом в хирургическом лечении местно-распространного и рецидивного орофарингеального рака. Опухоль головы и шеи. 2.2014. – С. 19-24

74. Слетов А.А., Михальченко Д. В., Жидовинов А. В. Комплексная реабилитация пациентов с объемными дефектами нижней челюсти //Крымский терапевтический журнал. – 2016. – №. 4 (31). – С. 61-64.

75. Таиров У.Т., Джумаев Ш. М. Реконструктивно-восстановительные операции при дефектах и деформациях нижней челюсти //Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2016. – №. 7. – С. 88-94.

76. Татчихин В. В. Факторы риска возникновения рака на слизистой оболочке полости рта //Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2020. – №. 2. – С. 52-58.

77. Токтосунов А.Т., Омурзаков Б. А., Токтосунова С. А. Опыт использования васкуляризированных и невакуляризированных аутотрансплантатов для замещения дефектов нижней челюсти после ее резекции //Евразийский журнал здравоохранения. – 2017. – Т. 6. – №. 6. – С. 95-100.

78. Убайдуллаев Х., Гаффаров С., Гафур-Ахунов М. Комплексная реабилитация больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области //Стоматология. – 2019. – Т. 1. – №. 3 (76). – С. 85-96.

79. Уклонская, Д.В. Восстановление речи при приобретенных анатомических дефектах и деформациях челюстно-лицевой области — М.: Логомаг; 2017. — 104 с.

80. Утюж, А.С. Клинический пример ортопедического лечения пациента после резекции нижней челюсти по поводу саркомы с использованием дентальных имплантатов // Клиническая стоматология. — 2016. — № 4 (80). — С. 56—58.

81. Харазян А.Э., Назарян Д.Н., Яранцев С.В., Черненький М.М. 2019. Новый способ устранения дефектов нижней зоны лица у соматически отягощенных пациентов. Анналы хирургии, 24 (2). – С. 94–99.

82. Чень Х. и др. Реконструктивные операции с использованием свободного лучевого лоскута при раке полости рта (обзор литературы) //Опухоли головы и шеи. – 2020. – Т. 10. – №. 2. – С. 61-68.

83. Чень Х. и др. Использование свободного лучевого лоскута для замещения сложных послеоперационных дефектов при комбинированном и

комплексном лечении больных местно-распространенным плоскоклеточным раком полости рта // Опухоли головы и шеи. – 2020. – Т. 10. – №. 1. – С. 55-64.

84. Чистенко Г. Н. и др. Структура и ранние клинические особенности злокачественных новообразований полости рта // Современная стоматология. – 2020. – №. 1 (78). – С. 38-42.

85. Чойнзонов Е.Л., Новиков В.А., Мухамедов М.Р., Шишкин Д.А., Чижевская С.Ю., Сыркашев В.А., Штин В.И., Кульбакин Д.Е. Комбинированное лечение злокачественных новообразований головы и шеи с реконструктивно-пластическими оперативными вмешательствами. Вопросы онкологии. 2015, 61 (4). 602–606.

86. Чойнзонов Е.Л. Роль реконструктивно-пластических операций в хирургическом лечении больных злокачественными опухолями полости рта // Забайкальский медицинский вестник. – 2019. – № 2. – С. 105–111.

87. Шанидзе З.Л. 2019. Совершенствование стоматологического ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов и послеоперационными дефектами верхней челюсти. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: (14.01.14 – стоматология). М.: ЦНИИС. 24 с.

88. Шарапо А.С. Результаты использования свободных остеомиофасциальных трансплантатов для одномоментной реконструкции комбинированных пострезекционных дефектов лица с интраоральным компонентом // Опухоли головы и шеи. – 2020. – Т. 10, № 2. – С. 22–29.

89. Щубелко Р.В., Зуйкова И.Н., Шульженко А.Е. и др. Рецидивирующие воспалительные заболевания ротоглотки Роль факторов мукозального иммунитета // Иммунология. 2019;1 (40). – С. 35–43.

90. Эль-Дейри М.В., Футран Н.Д., Макдауэлл Дж.А. и др. Влияния и предсказатели долгосрочного качества жизни в рака головы и шеи выживших. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2009; 135. – С. 380–384.

91. Aali M, Mesgarzadeh AH, Najjary S et al. Evaluating the role of microRNAs alterations in oral squamous cell carcinoma // Gene. 2020; – P. 757.

92. Aarstad H.J. EORTC Quality of Life Questionnaire Head and Neck (H&N)-35 scores from H&N squamous cell carcinoma patients obtained at diagnosis and at 6, 9 and 12 months following diagnosis predict 10-year overall survival // *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-RhinoLaryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for OtoRhino-Laryngology – Head and Neck Surgery.* – 2019. – Vol. 276, N 12. – P. 3495– 3505.

93. Aggarwal N., Bhateja S. Leukoplakia – potentially malignant disorder of oral cavity: A review. *Biomed J Sci and Tech Res* 2018;4 (5). – P. 4219–4226.

94. Al Afif A. Improving aesthetic outcomes after head and neck reconstruction // *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery.* – 2018. – Vol. 26, N 4. – P. 227–233.

95. Alsarraf A, Kujan O, Farah CS. The utility of oral brush cytology in the early detection of oral cancer and oral potentially malignant disorders: A systematic review // *J Oral Pathol Med.* 2018;47 (2):104–116.

96. Ariyan S. The pectoralis major myocutaneous flap. A versatile flap for reconstruction in the head and neck. *Plast Reconstr Surg* 1979;63 (1). – P. 73–81.

97. Barchuk A. Productivity losses associated with premature mortality due to cancer in Russia: A population-wide study covering 2001-2030 // *Scandinavian Journal of Public Health.* – 2019. – Vol. 47, N 5. – P. 482–491.

98. Baskin R.M. Tongue reconstruction: Rebuilding mobile threedimensional structures from immobile two-dimensional substrates, a fresh cadaver study / R.M. Baskin, H. Seikaly, R. Sawhney [et al.] // *Head & Neck.* – 2019. – Vol. 41, N 10. – P. 3693–3699.

99. Boia S, Stratul ȘI, Boariu M et al. Evaluation of antioxidant capacity and clinical assessment of patients with chronic periodontitis treated with non-surgical periodontal therapy and adjunctive systemic antibiotherapy // *Rom J Morphol Embryol.* 2018;59 (4). – P. 1107–1113.

100. Bouckaert M., Munzhelele T.I., Feller L. et al. The clinical characteristics of oral squamous cell carcinoma in patients attending the Medunsa Oral Health

Centre, South Africa. *Integr Cancer Sci Therap* 2016;3. – P. 575–578.

101. Bozec A, Demez P, Gal J, et al. Long-term quality of life and psychosocial outcomes after oropharyngeal cancer surgery and radial forearm flap reconstruction: the prospective multicenter GETTEC study. *Surg Oncol* 2018; 27: – P. 23–30.

102. Brinkman J.N. Long-term outcomes after double free flap reconstruction for locally advanced head and neck cancer // *Journal of Reconstructive Microsurgery*. – 2019. – Vol. 35, N 1. – P. 66–73.

103. Bugshan A., Farooq I. Oral squamous cell carcinoma: metastasis, potentially associated malignant disorders, etiology and recent advancements in diagnosis. *Research* 2020;9. – P. 229.

104. Cai Y.C. Comparative analysis of radial forearm free flap and anterolateral thigh flap in tongue reconstruction after radical resection of tongue cancer // *ORL; journal for oto-rhinolaryngology and its related specialties*. – 2019. – Vol. 81, N 5, 6. – P. 252–264

105. Camisasca DR, da Rós Gonçalves L, Soares MR et al. A proteomic approach to compare saliva from individuals with and without oral leukoplakia // *J Proteomics*. 2017;151. – P. 43–52.

106. Carniol E.T. Head and neck microvascular free flap reconstruction: An analysis of unplanned readmissions // *The Laryngoscope*. – 2017. – Vol. 127, N 2. – P. 325–330.

107. Cerone M.A. et al. The Cancer Research UK Stratified Medicine Programme as a model for delivering personalised cancer care // *British Journal of Cancer*. – 2023. – T. 128. – №. 2. – C. 161-164.

108. Chang E.I. Alternate soft-tissue free flaps for head and neck reconstruction: the next generation of workhorse flaps // *Plastic and reconstructive surgery*. – 2023. – T. 152. – №. 1. – C. 184-193.

109. Chen Y.F. Postoperative hematoma in microvascular reconstruction of the head and neck // *Annals of Plastic Surgery*. – 2018. – Vol. 80, N 2. – Suppl 1. – P. 15–20.

110. Chen C.L. et al. Complications of double free flap and free flap combined with locoregional flap in head and neck reconstruction: a systematic review //Head & Neck. – 2018. – T. 40. – №. 3. – C. 632-646.

111. Cirstea A.I. et al. Perspectives in Using Multiple Flaps Reconstructions for Advanced Head and Neck Tumors (Scoping Review) //Medicina. – 2024. – T. 60. – №. 8. – C. 134.

112. Conway D.I. The changing epidemiology of oral cancer: definitions, trends, and risk factors // British Dental Journal. – 2018. – Vol. 225, N 9. – P. 867–873.

113. Dhanuthai K., Rojanawatsirivej S., Thosaporn W. et al. Oral cancer: A multicenter study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2018;23 (1):23–29.

114. Dumache R. Early Diagnosis of Oral Squamous Cell Carcinoma by Salivary microRNAs // Clin Lab. 2017;63 (11). – P. 1771–1776.

115. Fermi M. et al. Prelaminated flaps in head and neck cancer reconstructive surgery: A systematic review //Microsurgery. – 2021. – T. 41. – №. 6. – C. 584-593.

116. Gharat S. A., Momin M. M., Bhavsar C. Oral squamous cell carcinoma: current treatment strategies and nanotechnology-based approaches for prevention and therapy //Critical Reviews™ in Therapeutic Drug Carrier Systems. – 2016. – T. 33. – №. 4. pp. 363-400

117. Gholizadeh P, Eslami DOI, Yousefi M et al. Role of oral microbiome on oral cancers, a review // Biomed Pharmacother. 2016;84. – P. 552–558.

118. Grammatica A. et al. Application of a 3D 4K exoscopic system to head and neck reconstruction: a feasibility study //European Journal of Plastic Surgery. – 2019. – T. 42. – C. 611-614.

119. Gupta S. Role of human papillomavirus in oral squamous cell carcinoma and oral potentially malignant disorders: A review of the literature. Indian J Dent 2015;6 (2). – P. 91–98.

120. Hashmi A.A. et al. Immunohistochemical over expression of p53 in head and neck Squamous cell carcinoma: clinical and prognostic significance //BMC research notes. – 2018. – T. 11. – C. 1-5.

121. Hayes R.B, Ahn J, Fan X et al. Association of oral microbiome with risk for incident head and neck squamous cell cancer // *JAMA Oncol.* 2018;4 (3) – P. 358–365.
122. Husso A. et al. Evolution of head and neck microvascular reconstructive strategy at an academic centre: an 18-year review // *Journal of reconstructive microsurgery.* – 2016. – T. 32. – №. 04. – C. 294-300.
123. Ibrahim A. et al. Double free flaps for head and neck reconstruction: A single centre experience // *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* – 2023. – T. 86. – C. 17-18.
124. Jabbari E. et al. Optimum 3D matrix stiffness for maintenance of cancer stem cells is dependent on tissue origin of cancer cells // *PloS one.* – 2015. – T. 10. – №. 7. – C. 1-21.
125. Ketabat F. et al. Controlled drug delivery systems for oral cancer treatment—current status and future perspectives // *Pharmaceutics.* – 2019. – T. 11. – №. 7. – C. 302.
126. Khatib B. et al. The biaxial double-barrel fibula flap—a simplified technique for fibula maxillary reconstruction // *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* – 2019. – T. 77. – №. 2. – C. 412-425.
127. Khurshid Z, Zafar MS, Khan RS et al. Rehman IU. Role of salivary biomarkers in oral cancer detection // *Adv Clin Chem.* 2018;86. – P. 23–70.
128. Kim J., Park, Roh JL et al. Prognostic value of glucosylceramide synthase and P-glycoprotein expression in oral cavity cancer // *Int. J. Clin. Oncol.* 2016;21. – P. 883–889.
129. Kochurova EV, Nikolenko VN. Estimation of expression of oral fluid biomarkers in the diagnosis of pretumor diseases of oral mucosa // *Bulletin of Experimental Biology and Medicine.* 2017;163 (1). – P. 87–91.
130. Mahieu R. et al. Head and neck reconstruction with pedicled flaps in the free flap era // *Acta Otorhinolaryngologica Italica.* – 2016. – T. 36. – №. 6. – C. 459.
131. Manoharan, S., Nagaraja, V., Eslick, G. D. Ill-fitting dentures and oral cancer: A meta-analysis. *Oral Oncology*, 2014;50 (11):1058–1061

132. Miranda-Filho A., Bray F. Global patterns and trends in cancers of the lip, tongue and mouth //Oral oncology. – 2020. – T. 102. – C. 1-10.

133. Nikolenko VN, Kozlov SV, Kochurova EV. The effect of risk factors for a malignant neoplasm in the maxillofacial region on the expression of matrix metalloproteinases and their tissue inhibitors in elderly and old patients // Advances in Gerontology. 2015;1 (5). – P. 50–53.

134. Passos G. et al. Loupe magnification for head and neck free flap reconstruction in a developing country //European Journal of Plastic Surgery. – 2015. – T. 38. – C. 363-370.

135. Patel S. Y., Kim D. D., Ghali G. E. Maxillofacial reconstruction using vascularized fibula free flaps and endosseous implants //Oral and Maxillofacial Surgery Clinics. – 2019. – T. 31. – №. 2. – C. 259-284.

136. Plummer, M., de Martel, C., Vignat, J., et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. The Lancet Global Health, 2016;4 (9): 609–616.

137. Ranganathan K., Kavitha L. Oral epithelial dysplasia: Classifications and clinical relevance in risk assessment of oral potentially malignant disorders. J Oral Maxillofac Pathol 2019;23 (1). – P. 19–27.

138. Rios S. et al. Suprafascial free flaps: classification and comprehensive review of the literature //Craniofacial Trauma & Reconstruction Open. – 2021. – T. 6. – C. 1-10.

139. Rivera C, Oliveira AK, Costa RAP et al. Prognostic biomarkers in oral squamous cell carcinoma: A systematic review // Oral Oncol. 2017;72. – P. 38–47.

140. Romano F, Bongiovanni L, Bianco L et al. Biomarker levels in gingival crevicular fluid of generalized aggressive periodontitis patients after non-surgical periodontal treatment // Clin Oral Investig. 2018;22 (2). – P. 1083–1092.

141. Shi J, Bao X, Liu Z et al. Serum miR-626 and miR-5100 are promising prognosis predictors for oral squamous cell carcinoma // Theranostics. 2019;9 (4). – P. 920–931.

142. Shinn JR, Davis SJ, Lang-Kuhs KA et al. Oropharyngeal squamous cell

carcinoma with discordant p16 and hpv mrna results: incidence and characterization in a large, contemporary united states cohort // *Am J Surg Pathol.* 2021;45 (7). – P. 951–961.

143. Shirani S., Kargahi N., Razavi S.M., Homayoni S. Epithelial dysplasia in oral cavity *Iran J Med Sci* 2014;39 (5): – P. 406–417.

144. Singhal P. M. et al. Solving the Dilemma of Reconstructing Full Thickness Lower Lip Defects: Our Experience with the Sandwiched Nasolabial Flaps // *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery.* – 2024. – C. 1-7.

145. Sung H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *CA: a cancer journal for clinicians.* – 2021. – T. 71. – №. 3. – C. 209-249.

146. Testino G. The burden of cancer attributable to alcohol consumption. *Maedica (Bucur).* 2011;6 (4):313–320.

147. Wen B, Tsai CS et al. Cancer risk among gingivitis and periodontitis patients: A nationwide cohort study // *QJM.* 2014;107. – P. 283–290.

148. Yang Z, Liang X, Fu DOI et al. Identification of AUNIP as a candidate diagnostic and prognostic biomarker for oral squamous cell carcinoma // *EBioMedicine.* 2019;47. – P. 44– 57.

149. Yellapurkar S, Natarajan S, Boaz K et al. Expression of Laminin in Oral Squamous Cell Carcinomas // *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;19 (2). – P. 407–413.

150. Yoon J., Yim J. H., Kim E. K. Simplified designing and inseting of the free flap in reconstructing oral and/or oropharyngeal defect // *Journal of Craniofacial Surgery.* – 2015. – T. 26. – №. 6. – C. 2004-2007.