

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ  
ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ  
ХИРУРГИИ»**

**УДК 616-006; 616-08; 616,316-006; 617-53**

**На правах рукописи**

**САЙДАХМАДОВ ШЕРАВЛИЁ БОЗОРАЛИЕВИЧ**

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ,  
ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ  
ОБОЛОЧКИ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук  
по специальностям 14.01.14 — Стоматология, 14.01.12 — Онкология

Душанбе – 2025

Диссертационная работа выполнена на базеГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Научный руководитель: Базаров Негмат Исмаилович**-доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино»

**Научный консультант: Джонибекова Розия Нажмидиновна**-кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино»

**Официальные оппоненты:**

**Пулатова Барно Журахоновна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры « Клинические предметы» Университет «Alfraganus», Республика Узбекистан

**Караев Идибек Исломуддинович** – кандидат медицинских наук, директор Онкологического центра Хатлонской области

**Ведущая организация:** ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Защита состоится** « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 года в \_\_\_\_ часов на заседании

Диссертационного совета 6D.КОА -053 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, город Душанбе, улица Сино, 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) (+992)918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г

**Учёный секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук, доцент**

**Хасанов Ф.Дж**

## **ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы.** Ротовая полость, служа начальной частью пищеварительного тракта, обладает уникальными анатомическими особенностями и топографией. Она включает в себя разнообразные органы и ткани, такие как губы, язык, дно рта, верхнюю и нижнюю челюсти, щеки, а также твёрдое и мягкое нёбо, увулу и передние нёбные складки [Дворникова Т.С., 2000; Бернадский Ю.И., 2003; Пачес А.И., 2013]. На слизистой оболочке этих структур часто образуются различные доброкачественные и опухолеподобные новообразования, диагностируемые в 3-13% клинических случаев. Среди них выделяются гемангиомы, фибромы, папилломы, миксомы, эпулиды, аденомы из малых слюнных желез и лейкоплакия, что подчёркивает важность первичной и вторичной профилактики онкологических заболеваний в этой области [Дворникова Т.С., 2000; Бернадский Ю.И., 2003; Пачес А.И., 2013].

Злокачественные опухоли слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОСООПР) занимают 2-10% от общего числа раковых заболеваний у людей, причём 80-90% пациентов обращаются на более поздних стадиях Т3-Т4, что зачастую делает необходимым проведение хирургического, комбинированного или паллиативного вида лечения. Научные данные свидетельствуют о значительном различии в распространённости малигнанных новообразований слизистой оболочки и органов ротовой полости, с показателями варьирующимися от 2% до 10%. В тоже время, доля доброкачественных опухолей в этих же анатомических областях (ДОСООПР) колеблется между 3% и 13%, в соответствии с исследованиями разных исследователей [Бернадский Ю.И., 1999-2003; Пачес А.И., 2013; Базаров Н. И., 2016-2020; Габриелян А.Г., Орлов А.Е., Каганов О.И., и соавт., 2020; Мамедов А.Н., 2020; Bjordal, K, et al., 1999].

Современные методы диагностики таких состояний включают комплексный подход, сочетающий клинические осмотры, лабораторные анализы, инструментальные исследования, а также иммуногистохимические и молекулярно-генетические методы. Однако до сих пор не определены точные данные о частоте, морфологической характеристике, локализации и рецидивах таких процессов в Республике Таджикистан [Хабибулаев Ш.З., 2010; Пачес, А.И., 2013; Базаров Н. И., 2016-2020; Баротов З.З., и др., 2020; Сангинов Д.Р., и соавт., 2020].

Вышеуказанные данные свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований, направленных на улучшение профилактических мер, методов диагностики и терапевтических подходов в отношении пациентов с доброкачественными и злокачественными опухолями СООПР.

### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы**

Эпидемиологические исследования показывают, что заболеваемость ЗОСООПР связана с рядом факторов, включая воздействие окружающей среды, жизненные привычки и диету. В европейской части России показатель заболеваемости ЗОСООПР составляет от 1,3 до 2,7 случаев на 100 тысяч

населения. В странах Средней Азии этот показатель возрастает до 4,3. В Российской Федерации общий уровень заболеваемости ЗОСООПР достигает 2-4% от всех злокачественных новообразований. В Узбекистане данный показатель равен 8,7%. В Индии доля ЗОСООПР составляет 52% от всех случаев злокачественных опухолей. В Соединенных Штатах Америки доля таких пациентов среди всех онкологических больных составляет 8% [Базаров, Н.И. 2017;2018;Дворникова Т.С. 2000;А.Д. Каприна 2015; Мамедов А.Н.2020].

Согласно исследованиям [Мамедов А.Н.2020], рак полости рта не часто встречаемая форма в Нахичеванской автономной республике Азербайджана как среди мужчин, так и среди женщин, с экстенсивными показателями заболеваемости, составляющими 0,9% и 0,8% соответственно. Анализ интенсивности заболеваемости на 100 тысяч населения показал, что у мужчин значение в два раза выше, чем у женщин (5,3 против 2,6). Среди мужского населения наблюдается более высокая смертность, где общий коэффициент смертности на 100 тысяч населения достигает 3,9, а коэффициент летальности — 66,7%. В отличие от мужчин, у женщин данные показатели значительно ниже, достигая 0,4 и 33,3% соответственно. Пиковая заболеваемость у мужчин наблюдается в возрастной категории от 40 до 49 лет, где частота составляет 0,9 на каждые 100 тысяч человек. В той же время, максимальная заболеваемость среди женщин приходится на возраст от 50 до 59 лет, с индикатором 0,8 на 100 тысяч населения. В данном регионе общий показатель пятилетней выживаемости пациентов, страдающих раком полости рта, достигает 22,2% и является одинаковым для обоих полов. Анализ демонстрирует, что наивысшие показатели заболеваемости раком полости рта приходятся на мужчин в возрасте от 40 до 49 лет и женщин в возрастной категории от 50 до 59 лет, где частота составляет 0,9 и 0,8 на 100 тысяч населения соответственно. Эта статистика подчёркивает необходимость повышенного онкологического контроля и важность проведения целенаправленных профилактических осмотров для своевременного обнаружения заболевания, что значительно увеличивает вероятность успешного лечения. По данным ряда исследований [Седаков И.Е.2020], в глобальном масштабе также отмечается рост заболеваемости и смертности от рака органов полости рта, которые составляют 2,3% от общего числа онкологических заболеваний. Каждый год у 90 тысяч людей впервые диагностируют злокачественные опухоли ротовой полости. В результате применения комбинированных и комплексных методов лечения, местные рецидивы заболевания наблюдаются в 25-40% случаев, в то время как региональные метастазы выявляются у 40–75% пациентов. Отдаленные метастазы регистрируются у 15% больных [Тризна Н.М. и соавт., 2020]. Республика Беларусь характеризуется высоким риском развития злокачественных новообразований, включая рак губ, языка, ротовой полости и глотки. В 2018 году уровень заболеваемости этими видами рака достиг 11,2

случая на 100000 населения. Несмотря на возможность визуального осмотра и пальпации этих опухолей, у 50-70% пациентов болезнь прогрессирует до местно-распространенной стадии, что затрудняет возможности радикального лечения и увеличивает риск ранних рецидивов, требуя от медицинских специалистов особого внимания к диагностике и стратегии лечения.

До настоящего момента не была окончательно разработана эффективная тактика диагностического алгоритма, профилактики и хирургического лечения пациентов с опухолеподобными процессами, доброкачественными и злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ОППДЗООПР). Внедрение корректного алгоритма распознавания и лечения таких пациентов существенно повысит процент своевременной диагностики и проведения адекватных хирургических вмешательств. Это позволит улучшить непосредственные результаты лечения и эффективно реализовать вторичную и третичную профилактику, направленные на снижение рецидивов и улучшение качества жизни пациентов.

Все вышеизложенное послужило основанием для проведения нами данного научного исследования.

**Связь работы с научными программами, темами.** Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» на базе Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ. В рамках «Национальной программы борьбы против онкологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2023-2030 годы» и в рамках темы НИР «Разработка инновационных подходов профилактики и диагностики заболеваний полости рта», № государственной регистрации 0117ТJ00822, что входит в перечень приоритетных направлений научных исследований в РТ (Программа инновационного развития РТ, утвержденная постановлением Правительства РТ №227 от 30 апреля 2011).

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Целью исследования** является улучшение профилактики, диагностики, результатов лечения опухолей слизистой оболочки и органов полости рта (ОСОПР).

### **Задачи исследования:**

1. Провести ретроспективный анализ новообразований слизистой оболочки и структур ротовой полости по материалам ГУ РОНЦ МЗиСЗНРТ с оценкой частоты их встречаемости, топографо-морфологических характеристик, частоты и характера рецидивов заболевания.

2. Выявить клинические особенности проявлений, оценить влияние факторов риска на развитие заболеваний, разработать диагностический алгоритм и провести сравнительный анализ эффективности терапевтических подходов к лечению доброкачественных новообразований слизистой оболочки и органов полости рта.

3. Провести анализ клинических проявлений, изучить роль факторов риска в развитии заболеваний, создать алгоритм диагностики и оценить эффективность лечебных мероприятий при злокачественных опухолях слизистой оболочки и структур ротовой полости.

4. Усовершенствование способов восстановления, профилактики продолженного роста, рецидивов после иссечения злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта.

**Объект исследования:** 353 пациента с доброкачественными, злокачественными опухолями и опухолеподобными процессами слизистой оболочки и органов полости рта (ДЗООПСООПР).

**Предмет исследования:** результаты ультразвуковых, компьютерно-томографических, гистологических, клиничко-лабораторных, морфологических пациентов с ДЗООПСООПР.

**Научная новизна.** В Республике Таджикистан впервые проведено исследование, основанное на данных обращаемости пациентов, которое посвящено изучению частоты и удельного веса доброкачественных и злокачественных опухолей, а также опухолеподобных процессов слизистой оболочки и органов полости рта (ДЗООПСООПР) в общей структуре опухолей головы и шеи.

Проведен комплексный анализ ДЗООПСООПР, включающий оценку клиничко-анамнестических и морфологических характеристик, эпидемиологических показателей и факторов риска развития патологии. Разработан алгоритм диагностики и изучены методы первичной профилактики данных заболеваний.

Установлена высокая диагностическая значимость комплексного обследования, включающего клиничский осмотр, лучевые методы диагностики (рентгенография, ультразвуковое исследование) и морфологическую верификацию в диагностике ДЗООПСООПР.

На основании сравнительного анализа эффективности различных терапевтических подходов разработан оптимизированный алгоритм диагностики, профилактики и лечения ДЗООПСООПР, сформулированы практические рекомендации по совершенствованию лечебно-диагностического процесса.

#### **Теоретическая и научно-практическая значимость работы.**

Впервые изучены в РТ (по обращаемости) частота, удельный вес доброкачественных, злокачественных опухолей и опухолеподобных процессов слизистой оболочки и органов полости рта в структуре опухолей головы и шеи.

Анализируются особенности клиничко-анамнестических морфологических проявлений, распространённость, роль факторов риска в развитии, первичной профилактики и алгоритм диагностики ДЗООПСООПР.

Аргументирована высокая информативность клиничческих, рентгенологических, ультразвуковых, морфологических методов в диагностике ДЗООПСООПР.

Проведена сравнительная оценка эффективности лечения ДЗООПСООПР.

На основе проведённого исследования разработаны рекомендации, алгоритм и способы по улучшению диагностики, профилактики и лечения ДЗООПСООПР.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Недостаточная информированность населения о риске развития новообразований ротовой полости и игнорирование клинической симптоматики приводят к необоснованному применению противовоспалительной и антимикотической терапии при различных патологических состояниях (ангины, трофические язвы, лейкоплакия, красный плоский лишай). Подобная тактика ведения пациентов существенно повышает вероятность диагностических ошибок. Ситуация усугубляется недостаточной онкологической настороженностью среди врачей-стоматологов и хирургов.

2. Ранняя диагностика опухолевых и опухолеподобных образований базируется на комплексном диагностическом подходе, включающем детальный анализ клинической симптоматики и анамнестических данных, систематическое проведение морфологических исследований и применение методов лучевой диагностики (КТ, МРТ по показаниям, УЗИ). Комплексное использование данных диагностических методов обеспечивает эффективность всех уровней профилактики: первичной, вторичной и третичной.

3. Анализ факторов риска развития ДЗООПСООПР позволяет выделить группы риска и направлять усилия на снижение воздействия бластомогенных факторов. Пациенты, отнесенные к первой группе риска, должны минимизировать воздействие опасных факторов и проходить плановые осмотры минимум раз в год. Те, кто входит во вторую и третью группы риска, требуют регулярного диспансерного наблюдения, включая квартальные осмотры с участием хирурга-стоматолога и онколога.

4. Разработка и внедрение инновационных методов восстановления и профилактики рецидивов после хирургического лечения обеспечивает улучшение исходов лечения и снижение частоты рецидивов.

**Степень достоверности результатов:** Достоверность результатов исследования подтверждена применёнными современными, широко используемыми в практике клиническими и инструментальными, гистологическими, морфологическими методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка материала подтвердила достоверность полученных результатов.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и область исследования):** Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальностям 14.01.14-

Стоматология: раздел III подпункт 1. Этиология, патогенез, диагностика, лечения и методы профилактики болезней, твердых и мягких тканей зубов, тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта у детей и взрослых.

14.01.12-Онкология: раздел III подпункт 3. Эпидемиология, статистика злокачественных новообразований и организация противораковой борьбы.

4. Изучение механизмов распространенности опухолевого процесса: онтогенеза, адгезия, внеклеточный матрикс, факторы микроокружения, ростовые факторы, клоны единичных диссеминированных клеток, пролиферация.

5. Лечение опухолей в эксперименте и клинике: разработка и усовершенствование способов хирургического вмешательства.

6. Разработка методов медицинской реабилитации онкологических больных (реконструктивно-восстановительные операции, консервативное лечение).

#### **Личный вклад соискателя учёной степени:**

Диссертационная работа - самостоятельное научное исследование автора. Соискатель самостоятельно определил цель и задачи исследования, провёл сбор, обобщение и анализ полученных результатов, выполнил полноценный патентный поиск и анализ имеющейся научной литературы по теме исследования. Провёл анализ историй болезни и медицинских карт 353 пациентов с ДЗООПСООПР. Автором выполнены анализ всех методов проведённого исследования, оперативные и лечебные вмешательства. Автором самостоятельно написаны все разделы диссертации, сформулированы её основные положения и выводы, проведён статистический анализ полученных данных. В исследованиях, выполненных в соавторстве, реализованы научные идеи диссертанта.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Материалы диссертации доложены и обсуждены: на конференции научного общества онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (Казань, 2020); на первом Международном медицинском конгрессе государств Евразии (Душанбе, 2022); на юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино «Современная медицина: традиции и инновации», с международным участием (Душанбе, 2022); на научно-практической конференции (III-годовая) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет» посвящённой 30-летию ХУI-ой сессии Верховного Совета Республики (Дангара, 2022); на научно-практической конференции ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (Душанбе, 2022); на симпозиуме актуальные проблемы онкологии с международным участием (Душанбе, 2023); на научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки к практике», с международным участием (Душанбе, 2023). На заседании –проблемной комиссии в научно-клиническом институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии протокол №4 от 05.06.2024 г.



**Публикации.** По теме диссертации опубликованы 22 научных работ, рационализаторское предложение 4 в том числе 3 статей в рецензируемых журналах ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

**Объём и структура диссертации.** Диссертация изложена на 206 страницах компьютерного текста шрифтом «TimesNewRoman», 14 шрифт, состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 17 таблицами и 24 рисунками. Список использованной литературы включает 143 источника, из них 76 источников стран СНГ и 67 иностранных авторов.

### **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материал и методы исследования.** В клинике и на кафедре онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино за прошедшие 6 лет (с 2010 по 2015гг.) ретроспективно находились 20250 пациентов с различными опухолями и опухолеподобными процессами головы и шеи (РООППГШ). Среди РООППГШ у 44 (0,21%) больных были установлены ДОСООПР. Возраст больных с ДОСООПР варьировал от 19 до 75 лет, мужчины составили 28 (64%) пациентов, женщины составили 16 (36%) больных. Среди РООППГШ у 74 (0,36%) больных были установлены ЗОСООПР. Возраст контингента больных ЗОСООПР варьировал от 19 лет до 81 года, 39 (53%) больных были женщинами, 35 (47%) пациентов были мужчинами, с разницей в 6% превалировал женский пол.

Проспективно за 7 лет (с 2016 по 2022гг.) в клинике кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино находились 23625 пациентов с РООППГШ. Среди РООППГШ у 65 (0,27%) больных были установлены ДОСООПР.

Возраст больных с ДОСООПР варьировал от 19 до 75 лет, мужчины составили 37 (57%) пациентов, женщины составили 28 (43%) больных, с разницей в 14% превалировал мужской пол.

Среди РООППГШ у 170 (0,71%) больных были установлены ЗОСООПР. Возраст контингента больных ЗОСООПР варьировал от 19 до 90 лет, 95 (56%) больных были женщинами, 75 (44%) пациентов были мужчинами, с разницей в 12% превалировал женский пол.

Все 353 (100%) пациента различными опухолеподобными процессами, доброкачественными, злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ОППДЗОСООПР) на основании количества клинического проявления, морфологического строения были разделены на 4 группы:

I группа проспективная (основная) – 65 (18,4%) пациентов с доброкачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ДОСООПР);

II группа ретроспективная (контроль) – 44 (12,5%) пациента с доброкачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ДОСООПР);

III группа проспективная (основная) - 170 (48,1%) больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ЗСОСОПР).

IV группа ретроспективная (контроль) - 74 (21%) больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ЗСОСОПР).

Профилактика ОППДЗСОСОПР складывается из проведения своевременной диагностики, лечения различных хронических специфических и не специфических воспалительных, опухолеподобных и других заболеваний слизистой оболочки и органов полости рта. Условно были выделены двадцать факторов риска развития опухолей на слизистой оболочке полости рта, которые по сумме баллов были разделены на три группы риска: ГР1 - группа риска первой степени, иначе группа относительно малого риска, в неё включены лица, набравшие 5-9 баллов; ГР2 - группа риска второй степени, или основная группа риска. Это лица, набравшие 10-15 баллов; ГР3 - группа риска третьей степени, или группа повышенного риска. В неё входят лица (роженницы и дети), набравшие 16 баллов и более.

Качество жизни пациентов с ОППДЗСОСОПР оценивали на основе опросников EORTC QLQ-C30 (version 3,0) и EORTC QLQ - H&N35. Полученные результаты оценивали в процентах по индексу Карновского. Эффективность лечения у больных ОППДЗСОСОПР мы оценивали по субъективным и объективным показателям. Цифровые данные клинических исследований обработаны на компьютере с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Абсолютные клинические и параклинические данные были описаны в виде средней арифметической и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ), а относительные величины – в виде долей (%). Дисперсионные анализы независимых абсолютных величины проводились по U-критерию Манна-Уитни, а относительные величины в зависимости от количества наблюдений: при  $n < 5$  – по точному критерию Фишера; при  $n > 10$  – по критерию  $\chi^2$  Пирсона, а также при множественном сравнении - по критерию  $\chi^2$  Пирсона для произвольных таблиц. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование архивных материалов ГУОНЦ МЗ и СЗН РТ выявило данные о частоте, локализации, морфологии, распространённости и причинах рецидивов как доброкачественных, так и злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов ротовой полости (ДЗСОСОПР). В рамках клинической практики и учебной деятельности на кафедре онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино с 2010 по 2015 годы наблюдалось 20250 пациентов с разнообразными опухолями и опухолеподобными новообразованиями головы и шеи (РООППГШ). Из этой группы у 44 пациентов (0,21%) были выявлены доброкачественные

новообразования слизистой оболочки и органов полости рта (ДОСООПР). Анализ возрастного и полового состава этих 44 пациентов показал, что их возраст варьировал от 19 до 75 лет. При этом среди общего числа пациентов 28 (64%) были мужчинами, а 16 (36%) – женщинами.

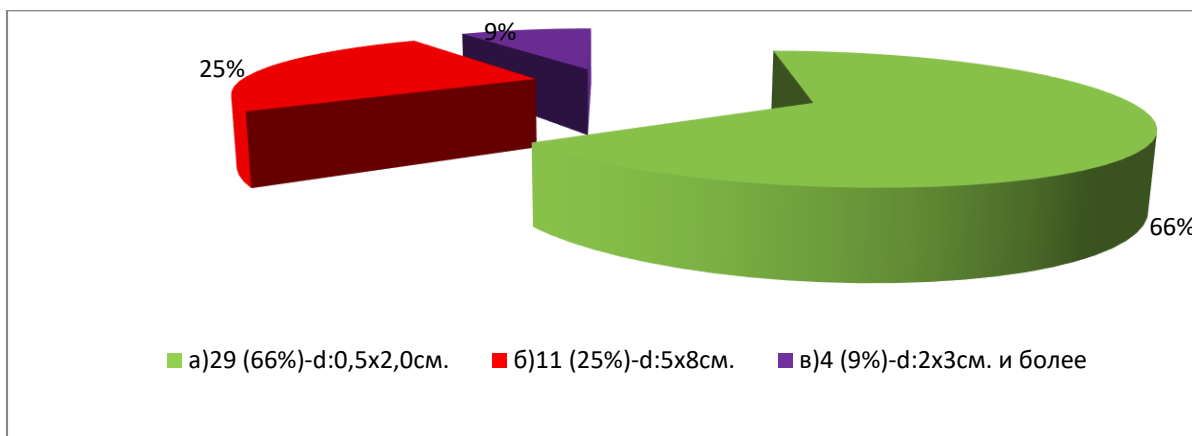
В ходе исследования клинических проявлений ДОСООПР у всех 44 пациентов (100%) был выявлен широкий спектр симптомов, связанных с опухолевидными образованиями в полости рта (рисунок 1). У четверти пациентов (11 человек, 25%) были обнаружены многоузловые опухоли и васкулярные структуры в слизистой оболочке и органах ротовой полости, которые при осмотре пульсировали и уменьшались в размере при надавливании, указывая на их сосудистый характер. Эти новообразования отличались мягкой текстурой, нечеткими контурами и размерами от 5 до 8 сантиметров в диаметре. Большинство больных (29 человек, 66%) отмечали наличие опухолей в области малых слюнных желёз, слизистой и органов полости рта. В ходе клинического обследования выявлено преобладающее количество пациентов (66%, n=29) с новообразованиями, локализованными в области малых слюнных желез и слизистой оболочки ротовой полости. При проведении пальпаторного исследования данные образования характеризовались как солитарные узловые структуры с четко очерченными границами и мягкоэластической консистенцией, варьирующие в размерах от 0,5 до 2,0 см в диаметре.

**Таблица 1. - Распределение пациентов с доброкачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ДОСООПР) по полу и возрасту (n=44)**

Пол	Возраст, лет			Всего
	19-44	44-60	60-75	
Мужской	24	-	4	28 (64 %)
Женский	10	6	-	16 (36%)
Всего	34	6	4	44 (100%)

**Примечание:  $p > 0,05$  при сравнении между возрастными группами (по точному критерию Фишера).**

Уменьшей части исследуемой группы (9%, n=4) отмечалось наличие одиночных кистозных образований и папилломатозно-папиллярных пролифератов. Данные патологические структуры при пальпации также отличались мягкой консистенцией, однако имели более крупные размеры (от 2 до 3 см и более в диаметре) и характеризовались нечеткостью контуров и формы Рисунок 1.



**Рисунок 1.- Жалобы больных с доброкачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ДОСООПР) в зависимости от размера опухоли.**

При анализе 44 пациентов с ДОСООПР были выявлены различные клинические проявления и особенности обращения за медицинской помощью. Локализация поражений показала, что у 25 пациентов (57%) образования находились на слизистой губ и щёк, у 13 пациентов (29%) — на слизистой альвеолярных отростков челюстей, а у 6 пациентов (14%) — на слизистой нёба.

Исследование морфологического строения ДОСООПР показало, что у большинства пациентов (30 человек, 68%) тканевая основа была мезенхимальной, тогда как у оставшихся 14 пациентов (32%) отмечалась эпителиальная основа.

Примечательно, что размеры опухолей и опухолеподобных процессов варьировали от 0,5 до 8 см. Несмотря на значительные размеры и потенциальное нарушение функций органов полости рта, многие пациенты откладывали обращение за специализированной помощью. Только после заметного увеличения образований и появления функциональных нарушений они обращались в клинику. В результате 43,18% пациентов обратились за медицинской помощью в ранние сроки (до 11 месяцев), тогда как 56,82% пациентов откладывали визит от 1 года до более чем 10 лет. В целом, следует отметить, что основная жалоба у 40 пациентов (91%) заключалась в наличии опухолевидных новообразований.

Ретроспективное исследование показало, что среди 74 пациентов с РОППГШ ЗОСООПР были выявлены в 0,36% случаев. Возраст этих больных колебался от 19 до 81 года; женщин было 39 (53%), а мужчин — 35 (47%), что указывает на небольшое преобладание женского пола на 6%.

У 54% пациентов ЗОСООПР развивались из органов полости рта, тогда как у 46% — из слизистой оболочки полости рта. Распределение стадий заболевания по международной классификации TNM среди этих 74 больных выглядело следующим образом: T1N0M0 — у 1 пациента (1%), T2N0M0 — у 15 пациентов (20%), T2N1M0 — у 2 пациентов (3%), T2N2M0 — у 6 пациентов (8%), T2N3M0 — у 1 пациента (1%), T3N0M0 — у 21 пациента (28%), T3N0M1 — у 2 пациентов (3%); из них у одной пациентки метастазы

были обнаружены в молочной железе, у другого пациента — в лёгких, T3N1M0 — у 10 пациентов (14%), T3N2M0 — у 5 пациентов (7%), T4N0M0 — у 10 пациентов (14%), T4N1M0 — у 1 пациента (1%).

Анализируя эти данные, можно отметить, что 25 пациентов (34%) поступили с первой и второй стадиями заболевания (T1 и T2), тогда как большинство — 49 пациентов (66%) — были госпитализированы уже на третьей и четвёртой стадиях (T3 и T4). Это подчёркивает необходимость применения различных методов лечения, включая комбинированные, комплексные, паллиативные и хирургические подходы для пациентов с ЗОСООПР.

Анализ распределения методов онкологического лечения демонстрирует следующую картину: паллиативная терапия применялась в большинстве случаев (59%), за ней следует комбинированное лечение (26%) и комплексная терапия (11%). Хирургическое лечение как монометод было использовано в минимальном количестве случаев (4%). Выявленное распределение указывает на существенные трудности в реализации интегрированных терапевтических подходов. Данное явление может быть обусловлено недостаточной информированностью пациентов о существующих терапевтических возможностях, онкофобией, а также скептическим отношением к предлагаемым методам лечения.

Анализ рецидивов среди 74 пациентов с ЗОСООПР показал, что у 39 из них (53%) рецидивы произошли, причём у 23 пациентов (59%) они возникли на ранних стадиях, а у 16 (41%) — на более поздних. Этот разрыв в 18% подчеркивает важность учащения визитов к онкологам для более раннего выявления рецидивов опухолей, подчеркивая агрессивную природу заболевания.

Анализ случаев рецидива ДОСООПР показал, из 44 обследованных пациентов повторное развитие новообразований зафиксировано у 36% (n=16). При этом в 50% случаев рецидивирования (8 пациентов) повторное образование опухоли наблюдалось в первые 6 месяцев после проведенного оперативного лечения. Эти ранние рецидивы были связаны с операциями по удалению фибром, папиллом и аденом СООПР, которые проводились в неспециализированных клиниках и врачами общей практики. Оставшиеся 8 пациентов (50%) столкнулись с поздними рецидивами, связанными с сосудистыми опухолями и эпулисами, которые проявились более чем через год после проведенных операций. Причиной таких рецидивов служило неполное иссечение опухоли, а именно — выполнение частичной краевой резекции без последующей коагуляции основания. Это привело к образованию новых опухолевых узлов в оставшихся участках кавернозных гемангиом.

Все эти факты подчеркивают важность разработки новых профилактических методик и внедрения усовершенствованных терапевтических подходов в клиническую практику. Особое внимание необходимо уделять сравнительному анализу терапевтических результатов и

оценке качества жизни и здоровья пациентов как с ДОСООПР, так и с ЗОСООПР. Это позволит значительно повысить эффективность лечения и улучшить долгосрочные прогнозы для больных.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ОРГАНОВ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ (ДОСОПРОП): РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ**

В исследовании, которое затронуло 109 пациентов с различными формами ДОСООПР, была проведена классификация участников на основе их клинических и морфологических данных о новообразованиях. В проспективном исследовании участвовали 65 пациентов, что составило 60% от всей выборки, тогда как в ретроспективное исследование были включены 44 пациента, что соответствует 40% от общего числа участников.

Возрастной диапазон в обеих группах колебался от 19 до 75 лет. В первой группе наибольшая частота заболеваний наблюдалась среди молодых пациентов: 42 человека (64,6%) были в возрасте от 19 до 44 лет. Далее следовали пациенты от 44 до 60 лет — 15 человек (23%) и от 60 до 75 лет — 8 человек (12,4%). Во второй группе аналогичная тенденция: 34 пациента (77%) были в возрасте от 19 до 44 лет, 6 пациентов (14%) — от 44 до 60 лет и 4 пациента (9%) — от 60 до 75 лет. Стоит отметить, что в возрастных категориях 75–90 лет (старческий возраст) и свыше 90 лет (долгожители) пациенты отсутствовали в обеих группах.

Возрастно-половой анализ исследуемых групп показал преобладание молодых пациентов с ДОСООПР в первой группе с разницей в 12% относительно второй группы. Аналогичное распределение наблюдалось среди пациентов среднего возраста, где превалирование первой группы составило 9%. В категории пожилых пациентов различие было минимальным (3%), что коррелирует с общим численным преимуществом первой группы.

При оценке клинической симптоматики установлено, что во второй группе (n=44) наличие опухолевидных образований отмечали 91% обследуемых (40 человек), превышая аналогичный показатель первой группы на 3%. Однако эти пациенты откладывали обращение за медицинской помощью и попадали в специализированные клиники лишь после значительного увеличения опухолей и появления нарушений функций органов полости рта. Задержка в обращении могла быть связана с недостаточной информированностью или другими факторами.

В противоположность этому, в первой группе, включающей 65 пациентов, 88% сообщали о наличии опухолей диаметром от 0,5 до 8 см. Эти пациенты обращались за медицинской помощью сравнительно раньше, демонстрируя на 15% более высокую частоту ранних визитов. Несмотря на идентичные размеры опухолей в обеих группах, различия во времени обращения, вероятно, обусловлены другими причинами, такими как уровень осведомленности о заболевании или доступность медицинской помощи.

В рамках исследования воздействия факторов риска на развитие ДОСООПР анализ был проведен в двух группах, где были выявлены следующие результаты. В первой группе, 38 пациентов (58,46%) имели первую степень риска (ГР1), в то время как во второй группе эта степень присутствовала у 24 пациентов (54,54%). Вторую степень риска (ГР2) зафиксировали у 22 пациентов (33,84%) первой группы и у 14 пациентов (31,81%) второй группы. Третья степень риска (ГР3) диагностирована у 7,69% пациентов (n=5) первой группы и 13,63% (n=6) второй группы. Доминирующей в обеих группах являлась первая степень риска (ГР1), составившая 58,46% и 54,54% соответственно, что свидетельствует о преобладании пациентов с минимальными факторами риска. Это обстоятельство подчеркивает важность устранения воздействия факторов, способствующих развитию болезней, включая избавление от вредных привычек и обеспечение соблюдения как индивидуальных, так и коллективных мер защиты от вредных производственных воздействий. Кроме того, рекомендуется проведение регулярных медицинских осмотров, как минимум один раз в год.

При анализе факторов риска среди больных с ДОСООПР выявлено преобладание в 1-ой группе числа случаев пациентов со 2 группой риска (ГР2), которых оказалось на 2% больше, чем во 2-ой группе. Данный факт может быть связан с общим превалированием числа больных данной категории. При этом во 2-ой группе было на 6% больше больных с 3-ей группой риска (ГР3).

Дальнейший анализ показывает, что пациенты, классифицированные как принадлежащие ко второй и третьей степеням риска (ГР2 и ГР3), нуждаются в особом медицинском контроле. Это требует их регулярного прохождения диспансеризации и постоянного квартального наблюдения со стороны хирургов, стоматологов и онкологов.

### **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НА СЛИЗИСТОЙ И ОРГАНАХ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ**

Сравнение результатов лечения в двух группах показало, что в первой группе количество отличных результатов было на 12% выше, в то время как показатели хороших результатов превышали аналогичные во второй группе на 7%. Частота случаев удовлетворительных исходов лечения во 2-ой исследуемой группе превышала на 19% таковых среди пациентов из 1-ой группы.

Результаты оценки эффективности проведения реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде среди пациентов 1-ой группы оказались хорошими либо отличными в 83% случаев (у 54 пациентов) (таблица 2).

Сравнительный анализ результатов лечения показал, что во второй группе хорошие либо отличные исходы регистрировались в 64% случаев (28 пациентов), что ниже аналогичного показателя первой группы. При этом частота удовлетворительных результатов во второй группе превышала

показатель первой группы на 19%. Комплексная оценка эффективности терапии и реабилитации демонстрирует более высокую результативность у пациентов первой группы.

Благодаря внедрению специализированных методов, в первой группе пациентов с ДОСООПР было достигнуто более высокое качество послеоперационной реабилитации по ключевым показателям. Эти методы охватывают техники, направленные на предотвращение дальнейшего развития и рецидивов как доброкачественных, так и злокачественных новообразований слизистой оболочки ротовой полости и языка. Среди них: «Способ профилактики продолженного роста и рецидива опухолей слизистой оболочки полости рта №043» и «Способ профилактики продолженного роста и раннего рецидива опухолей языка №045 от 14.03.2022», разработанные научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (НКИСЧЛХ) МЗ и СЗН Республики Таджикистан, город Душанбе

**Таблица 2. - Результаты оценки эффективности послеоперационной реабилитации больных с доброкачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (n=109)**

Группа больных	Заживление послеоперационных ран, абс (%)		Степень оценки эффективности послеоперационной реабилитации больных, абс (%)			Койко-день, сутки (M±SD)
	Первичным натяжением	Вторичным натяжением	Удовлетворительная	Хорошая	Отменная	
I группа (n=65)	15 (23%)	50 (77%)	11 (17%)	24(37%)	30 (46%)	9,61±4,71
II группа (n=44)	8 (18%)	36 (82%)	16 (36%)	13(30%)	15 (34%)	11,15±9,62
p	> 0,05*		>0,05**			<0,001** *

**Примечание: статистическая значимость различия показателей между I и II группами: \* - по точному критерию Фишера**

Применение специализированных методов позволило добиться более высокого процента первичного заживления послеоперационных ран в первой группе пациентов с ДОСООПР, который превышал аналогичный показатель во второй группе на 5%. Кроме того, данные показывают, что средняя продолжительность госпитализации в первой группе сократилась на два дня по сравнению с аналогичным периодом у второй группы. Этот факт подтверждается анализом, посвященным послеоперационной реабилитации, который подчеркивает более высокую эффективность лечения у первой группы пациентов.



## **КЛИНИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРОЯВЛЕНИЙ ЗОСООПР, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ.**

В исследовании приняли участие 244 пациента с ЗОСООПР, которых методом рандомизации разделили на две группы: основную, третью группу (III), составляющую 70% (170 пациентов) и контрольную, ретроспективную четвертую группу (IV), в которую вошли 30% (74 пациента). Основная группа (III) показала более высокую частоту заболеваемости среди среднего, пожилого и молодого возрастов, тогда как в контрольной группе (IV) ЗОСООПР был распространен среди всех возрастных категорий, включая старческий возраст.

Большинство злокачественных опухолей (80%) в обеих группах локализовалось в органах полости рта, а 20% - на слизистой оболочке. Морфологический анализ показал, что в 86–98% случаев опухоли были эпителиального происхождения, что важно для планирования лечения и прогнозирования.

В обеих группах отмечалось преобладание числа пациентов с 1 группой риска (ГР1) – в 48–50% случаев, то есть уровень риска у них оценивался как низкий. В этом случае лечение у них было направлено на устранение бластомогенных факторов с ежегодным проведением контрольных осмотров. Число больных с ГР2 в III группе оказалось на 2% больше, чем в IV группе, а число больных с ГР3 на 5% меньше.

Все больные, которые были отнесены к ГР2 и ГР3, нуждались в интенсивном систематическом диспансерном наблюдении. Им требовалось проходить регулярное динамическое обследование каждые три месяца при участии команды специалистов, включая хирургов, стоматологов и онкологов, что позволяло бы своевременно выявлять и лечить заболевание

**Таблица 3. - Показатели степени факторов риска ЗОСООПР в обеих сравниваемых (III-IV) группах, (n=244), в баллах**

Группа	Степень риска, Me(Min.-Max.)		
<b>III группа (n=170)</b>	<b>I степень (n=81)</b>	<b>II степень (n=69)</b>	<b>III степень (n=10)</b>
Балл	6,90 (5-9)	12,50 (10-15)	16,8 (16-18)
<b>IV группа (n=74)</b>	<b>I степень (n=37)</b>	<b>II степень (n=29)</b>	<b>III степень (n=8)</b>
Балл	6,75 (5-9)	12,51 (10-15)	17 (16-19)
<b>p</b>	>0,05	>0,05	>0,05

**Примечание:** p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

### **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НА СЛИЗИСТОЙ И ОРГАНАХ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ (ЗОСООПР)**

В процессе оценки результатов реабилитационных программ, проведенных после операций у пациентов с ЗОСООПР, обнаружены значительные различия между группами. В третьей группе у 83% пациентов наблюдались хорошие и отличные результаты реабилитации, тогда как в четвертой группе этот показатель составил всего 47% (таблица 4). Однако, в четвертой группе сатисфакторные результаты встречались на 10% чаще, чем в третьей, а количество неудовлетворительных исходов превышало аналогичные показатели третьей группы на 9%. Это подтверждает более высокую эффективность реабилитационных программ для пациентов третьей группы

Частота случаев регенерации послеоперационных ран первичным натяжением была на 4% выше в третьей группе по сравнению с четвертой группой по сравнению с четвертой группой, что коррелировало с сокращением длительности стационарного лечения на одни сутки. Топографический анализ ЗОСООПР продемонстрировал существенные различия: в третьей группе преобладала локализация в органах полости рта (80% случаев) против 54% в четвертой группе. Поражение слизистой оболочки полости рта наблюдалось у 20% и 46% пациентов соответственно. Стадийность заболевания характеризовалась сопоставимым распределением: начальные стадии (Т1-Т2) диагностированы у 35% пациентов третьей группы и 33% четвертой группы, тогда как тяжелые формы (Т3-Т4) выявлены у 65% и 67% соответственно. Гендерно-возрастной анализ показал, что средний возраст мужчин в третьей группе был на 4 года меньше, чем в четвертой. Комплексная оценка результатов свидетельствует о более эффективной послеоперационной реабилитации и ускоренном восстановлении пациентов третьей группы.

**Таблица 4.-Результаты оценки эффективности послеоперационной реабилитации больных ЗОСООПР (n=244)**

Группы больных	Заживление послеоперационных ран, абс (%)		Степень оценки эффективности реабилитации				Койко-дни, сутки (M±SD)
	Первичным натяжением	Вторичным натяжением	A <sup>&amp;</sup>	B <sup>&amp;&amp;</sup>	B <sup>&amp;&amp;&amp;</sup>	Г <sup>&amp;&amp;&amp;&amp;</sup>	
III группа (n=170)	60 (35%)	110 (65%)	29 (17%)	11 (17%)	24 (37%)	30 (46%)	11,90,±4,05
IV группа (n=74)	23 (31%)	51 (69%)	19 (26%)	20 (27%)	13 (17%)	22 (30%)	13,17±1,01
P	> 0,05*		>0,05**				<0,001***

**Примечание:** 1) результаты лечения ЗОСООПР между III и IV группами: А неудовлетворительные результаты лечения, Б удовлетворительные результаты лечения, В хорошие результаты лечения, Г отменные результаты лечения;

Оценка качества жизни пациентов с ЗОСООПР по шкале Карновского выявила существенные межгрупповые различия. В основной группе зарегистрирована положительная динамика с приростом показателей на 10% (диапазон 60-90%) и дополнительным улучшением на 4% (диапазон 50-80%). В контрольной группе у 14% пациентов качество жизни осталось на прежнем уровне (20-30%). Интегральная оценка демонстрирует превосходство показателей качества жизни в основной группе на 14% по сравнению с контрольной.

### **ВЫВОДЫ**

1. Анализ медицинских данных за период с 2010 по 2022 годы показал, что среди 43,875 обследованных больных с новообразованиями головы и шеи, у 353 (0,80%) выявлены опухоли и опухолевидные состояния различной природы в области полости рта. Из этой группы у 244 пациентов (69%) были обнаружены злокачественные процессы, в то время как у 109 (31%) — доброкачественные процессы [1-А,6-А,9-А,13-А,15-А,22-А].

2. Внедрение ультразвуковых и рентгенологических методов диагностики, в том числе интраоральной и панорамной рентгенографии, а также КТ по мере необходимости, позволило точно классифицировать опухоли по их биологическим характеристикам и оценить степень их распространения [2-А,3-А,5-А,6-А,13-А,15-А].

3. Применение ультразвукового и рентгенологического методов исследования, а также по мере необходимости и КТ, при лечении ЗОСООПР играет важную роль в мониторинге эффективности применяемых консервативных методов лечения. Эти методы диагностики не только помогают в мониторинге лечения, но и позволяют определить наиболее оптимальную тактику оперативного вмешательства, а также способствуют внедрению профилактических мер вторичного и третичного уровней для предотвращения дальнейшего развития заболевания [1-А,2-А,3-А,7-А,8-А,9-А,10-А,11-А,14-А,16-А].

4. Необходимо строгое диспансерное наблюдение за пациентами с ДОСООПР, отнесенными ко второй и третьей группам риска (ГР2 и ГР3). Это включает кварталный динамический мониторинг их состояния со стороны хирургов и стоматологов. Дополнительно, эти пациенты должны быть направлены к онкологам для ранней диагностики возможного прогрессирования заболевания [4-А, 5-А,6-А,13-А,19-А].

5. Хирургическое лечение ДОСООПР, с акцентом на оптимизацию восстановительного этапа после операции, позволяет достигать хороших и отличных результатов лечения в 64% до 83% случаев. Такой подход также способствует улучшению качества жизни пациентов, повышая его до 91-92% [4-А, 5-А,6-А,9-А,13-А,15-А].

6. Внедрение комбинированных и комплексных методов лечения ЗОСОПР, включающих профилактику продолженного роста и раннего рецидива, а также применение адекватных восстановительных методик, позволило получить хорошие и отличные результаты в 47–83% случаев. Также удалось снизить частоту рецидивов на 6% и повысить качество жизни пациентов с 74% до 88%[1-А, 2-А,4-А,7-А,8-А,10-А,12-А,13-А,15-А,16-А].

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. Ключевым фактором профилактики новообразований полости рта является активное вовлечение врачей-стоматологов и онкологов в санитарно-просветительскую деятельность. Приоритетное направление данной работы заключается в формировании у населения понимания критической важности ранней диагностики и незамедлительного обращения за медицинской помощью при выявлении любых патологических изменений в тканях и органах ротовой полости.

2. При разработке плана лечения в онкологическом центре следует учитывать, что основная группа пациентов с новообразованиями слизистой и органов ротовой полости включает как лиц со злокачественными, так и с доброкачественными опухолями. Это разнообразие требует индивидуализированного подхода к каждому случаю, учитывая специфику и стадию развития опухоли.

3. В процессе диагностики новообразований слизистой и органов ротовой полости крайне важно включать в алгоритм диагностических процедур, помимо оценки клинических проявлений, визуализационные методы исследования, такие как УЗИ, интраоральная и панорамная рентгенография, а также, по мере необходимости, КТ и МРТ.

4. Для улучшения информативности и точности дифференциальной диагностики опухолей слизистой и органов ротовой полости целесообразно применение тонкоигольной аспирационной биопсии. В сложных случаях рекомендуется проведение пункционной биопсии под контролем УЗИ.

5. После проведения операции, даже при уверенности врача в доброкачественности опухоли слизистой и органов ротовой полости, крайне важно отправить удалённый макропрепарат на патогистологическое исследование.

6. С целью восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей при небольших дефектах можно использовать кожно-подкожный трансплантат носа-губно-щёчной области.

7. Для профилактики рецидивирования и продолженного роста доброкачественных и злокачественных ОСОПР рекомендуется применение внутритканевой терапии методом инфильтрации околоопухолевых тканей раствором, содержащим 20 мл физиологического раствора с добавлением 500 мг фторурацила (антиметаболит группы антагонистов пиримидина).

8.В целях консервативного лечения пре- и постоперационных ларинготрахеитов после трахеотомии рекомендовано использование лекарственной смеси на основе рафинированного подсолнечного масла (200 мл) со следующими компонентами: борная кислота (порошок) - 5,0 г; левомицетин (порошок из 4 таблеток по 0,5 г); метилурацил (4 таблетки по 0,5 г); химотрипсин - 5,0-20 мг. Данная вводится интраларинготрахеально трехкратно после предварительной санации дыхательных путей антисептическими растворами.

## **ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Статьи в рецензируемых журналах**

[1-А] Сайдахмадов Ш.Б. Некоторые аспекты клиники, диагностики и результативности лечения солитарных и первично множественных опухолей кожи носа и носогубной складки (СПМОКННГС) [Текст] / Н.И.Базаров, Ж.А. Кобилов Д.М. Мазхабов, Г.А. Хакимов, Ш.Б. Сайдахмадов, // Здравоохранение Таджикистана – 2023. – № 1:–С.5-12.

[2-А] Сайдахмадов Ш.Б. Хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва оптимизатсияи муолиҷаи ҷарроҳии омосҳо ва равандҳои омосмонанди забон [Матн] / Ш.Б.Сайдахмадов // Авҷи Зухал – 2023. – № 4:–С.73-80.

[3-А] Сайдахмадов Ш.Б. Некоторые особенности клиники и оценки результатов лечения при доброкачественных опухолях слизистой оболочки и органов полости рта по данным обращаемости в ГУ Республиканский онкологический научный центр [Текст] / Ш.Б.Сайдахмадов, Н.И.Базаров, Ж.А. Кобилов Ф.З.Курбонов, А. Кодири, Ш.Б.Сайдахмадов, // Симург – 2024. – № 1:–С.32-40.

### **Статьи и тезисы в сборниках конференций**

[4-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка [Текст] / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов // Сборник статей первого «Международного медицинского конгресса государств Евразии» Душанбе. - 2022. –С.30.

[5-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта [Текст] / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов // Сборник статей первого «Международного медицинского конгресса государств Евразии» Душанбе. - 2022. –С.57.

[6-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей [Текст] / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов // Сборник статей первого «Международного медицинского конгресса государств Евразии» Душанбе. - 2022. –С.93.

[7-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ предотвращения продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта [Текст] / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Н.М. Рахимов // Сборник статей юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им

Абуали ибни Сино «Современная медицина: традиции и инновации», с международным участием Душанбе. -2022. –С.71-73.

[8-А]. Сайдахмадов Ш.Б Способ предупреждения продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка (ЗОЯ) [Текст] / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Р.И.Юльчиев // Сборник статей юбилейной(70-ой) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино «Современная медицина: традиции и инновации», с международным участием Душанбе. -2022. –С.73-74.

[9-А]. Сайдахмадов Ш.Б Способ воссоздания слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей [Текст] / Ш.Б. Сайдахмадов, Н.И. Базаров, Ф.И. Салимов // Сборник статей юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им АбуалиибниСино «Современная медицина: традиции и инновации», с международным участием Душанбе. -2022. –С. 405-407.

[10-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ оптимизации профилактики продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта [Текст] / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобиров. // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение» Материалы республиканской научно-практической конференции (111- годовичная) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвящённой 30-летию ХУ1-ой сессии Верховного Совета Республики. Дангара – 2022. –С.31.

[11-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Оптимизация метода восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей [Текст] / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобиров. // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение» Материалы республиканской научно-практической конференции (111- годовичная) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвящённой 30-летию ХУ1-ой сессии Верховного Совета Республики. Дангара – 2022.–С.32.

[12-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Усовершенствование профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка (ЗОЯ) / Ж.А. Кобиров,Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов. // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение» Материалы республиканской научно-практической конференции (111- годовичная) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвящённой 30-летию ХУ1-ой сессии Верховного Совета Республики. Дангара – 2022.–С.63-64.

[13-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Улучшение профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка (ЗОЯ) [Текст] / Ж.А. Кобиров,Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов. // «Состояние стоматологической помощи детям, проблемы и пути их решения» Сборник материалов научно-практической конференции ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Душанбе – 2022. –С.40.

[14-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта [Текст] / Ш.Б. Сайдахмадов, Н.И. Базаров, Ж.А. Кобиров. // «Состояние стоматологической помощи детям, проблемы и пути их решения» Сборник

- материалов научно практической конференции ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Душанбе – 2022. –С.41.
- [15-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Усовершенствование метода восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей [Текст] / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов. // «Состояние стоматологической помощи детям, проблемы и пути их решения» Сборник материалов научно практической конференции ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Душанбе – 2022. –С.41-42.
- [16-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ хирургического гемостаза во время оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка [Текст] / Ж.А. Кобилов, Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов. // Симпозиум актуальные проблемы онкологии с международным участием (сборник статей). Душанбе – 2023. –С.92-94.
- [17-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ остановки кровотечения во время оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка [Текст] / Н.И. Базаров, Ж.А. Кобилов, Ш.Б. Сайдахмадов// Сборник материалов научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской стоматологии и ортодонтии: проблемы и перспективы их развития» г.Турсунзаде – 2023. –С.38-41.
- [18-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Особенности распространённости и рецидивы злокачественных опухолей мягких тканей головы и шеи (ЗОМТГШ) [Текст] / Ш.Б. Сайдахмадов, Н.И. Базаров, Н.М, Рахимов // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино» (71-ой годичной) «Инновации в медицине: от науки к практике», с международным участием ТОМ 1 (Хирургические дисциплины, терапевтические дисциплины и педиатрия) Душанбе – 2023. –С.282-283.
- [19-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ оптимизации заживления послеоперационной раны после иссечения злокачественных опухолей слизистой и органов полости рта (ЗОСОПР) [Текст] / Н.И. Базаров, И.К. Ниязов, Ф.И Шукуров и др. // Евразийский онкологический журнал – 2020. – № 2; приложение (online) –С.534.
- [20-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ оптимизации хирургического лечения злокачественных опухолей слизистой полости рта (ЗОСПР) [Текст] / Н.И. Базаров, И.К. Ниязов, Ф.И Шукуров и др. // Евразийский онкологический журнал – 2020. – № 2; приложение (online) –С.535.
- [21-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка (ЗОЯ) [Текст] / Н.И. Базаров, И.К. Ниязов. Ф.И Шукуров и др. // Евразийский онкологический журнал – 2020. – № 2; приложение (online) –С.536.
- [22-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ хирургического гемостаза во время оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка (ООПЯ) [Текст] / Н.И.Базаров, И.К. Ниязов, Ф.И Шукуров и др. // Евразийский онкологический журнал – 2020. – № 2; приложение (online) –С.537.

### **Рационализаторское предложение**

1. Сайдахмадов Ш.Б. Способ восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей [Текст] /

Удостоверение на рационализаторское предложение №040 от 14.03.2022, выданное БРИЗ научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан, г. Душанбе;

2. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста, рецидива доброкачественных и злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта [Текст] / Удостоверение на рационализаторское предложение №043 от 14.03.2022, выданное БРИЗ научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан, г. Душанбе;

3. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста и раннего рецидива доброкачественных и злокачественных опухолей языка [Текст] / Удостоверение на рационализаторское предложение №045 от 14.03.2022, выданное БРИЗ научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан, г. Душанбе;

4. Сайдахмадов Ш.Б. Способ консервативного лечения до, после операционных ларинготрахеитов после выполнения операции трахеотомии» [Текст] / Удостоверение на рационализаторское предложение № 047 от 14.03.2022, выданное БРИЗ научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан, г. Душанбе.

#### **ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

**ВОЗ** – Всемирная Организация Здравоохранения

**ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ** – Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**ДЛТ** – дистанционная лучевая терапия

**ДОСООПР** - доброкачественные опухоли слизистой оболочки и органов полости рта

**ЗОСООПР** - злокачественные опухоли слизистой оболочки и органов полости рта

**ЗН** – злокачественные новообразования

**ИР** - индекс резистентности

**КТ** – компьютерная томография

**МРТ** – магнитно-резонансная томография

**ОППДЗОСООПР** – опухолеподобные процессы, доброкачественные и злокачественные опухоли слизистой оболочки и органов полости рта

**РОНЦ** – Российский онкологический научный центр

**РОД** – разовая очаговая доза

**РТ** – Республика Таджикистан

**СВАХИ** – суперселективная внутриартериальная химиоинфузия

**СМП** – средний медицинский персонал

**ТГМУ** – Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

**УЗИ** – ультразвуковое исследование

**ФДТ** – фотодинамическая терапия



**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «ПАЖҶҶИШГОҶИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ  
СТОМАТОЛОГИЯ ВА ҶАРРОҶИИ ҶОҶУ РҶЙ»**

**ВБД 616-006; 616-08; 616,316-006; 617-53**

**Бо ҳуқуқи дастнавис**

**САЙДАҶМАДОВ ШЕРАВЛИЁ БОЗОРАЛИЕВИЧ**

**ХУСУСИЯТҶОИ КЛИНИКӢ, ТАШҶИС, ТАБОБАТИ ОМОСҶОИ  
ПАРДАИ ЛУОБӢ ВА УЗВҶОИ КОВОКИИ ДАҶОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
номзади илмҶои тиббӢ аз рҶйи ихтисосҶои  
14.01.14 — Стоматология, 14.01.12 — СаратоншиносӢ

Душанбе – 2025

Таҳқиқоти диссертатсия дар пойгоҳи МД «Пажухишгоҳи илмию клиникаи стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** **Бозоров Негмат Исмоилович**-доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи онкология ва ташҳиси шуоии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Мушовири илмӣ:** **Ҷонибекова Розия Начмидиновна**- номзади илмҳои тиббӣ, мудир кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муқарризи расмӣ:**

**Пулатова Барно Ҷурахоновна** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи фанҳои клиникаи донишгоҳи Alfraganus Ҷумҳурии Узбекистон

**Қараев Идибек Исломуллоевич** – номзади илмҳои тиббӣ, директори Маркази саратоншиносии вилояти Хатлон

**Муассисаи тақриздиханда:** МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъди дипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с.2025 соати «\_\_\_\_\_» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-053 -и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), тел: (+992)918724088.

Бо диссертатсия дар китобхона ва сайти МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», ва сайти расмӣ [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) шинос шудан мумкин аст

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2025 ирсол шуд.

**Котиби илмӣ**  
**шурои диссертатсионӣ,**  
**номзади илмҳои тиббӣ, дотсент**

**Ҳасанов Ф.Ҷ**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамияти мавзуи таҳқиқот.** Ковокии даҳон ба қисми ибтидоии роҳи ҳозима дохил мешавад ва дорои хосиятҳои хоси анатомиву топографӣ мебошад ва дар ташаккули он бисёр узвҳо ва бофтаҳо иштирок мекунад: лабҳо, забон, қабри ковокии даҳон, чоғҳои поёнӣ ва болоӣ, рухсораҳо, коми саҳт ва коми нарм, забонча, камонҳои пеши ком [Дворникова Т.С. 2000; Бернадский Ю.И., 2003; Пачес А.И., 2013]. Вобаста аз ин, дар пардаи луобӣ ва дар узвҳои ковокии даҳон дар аз 3% то 13%-и муоинаҳои клиникӣ протсессҳои гуногуни хушсифат ва омосмонанд пайдо мешаванд. Дар байни онҳо ба монанди гемангиомы, фиброма, папиллома, миксома, эпюлид, аденома аз ғадудҳои хурди луобӣ, лейкоплакия, протсессҳои гиперпластикӣ ва дигар протсессҳо дида мешаванд, ки аз нуқтаи назари профилактикаи аввалия ва дувумии саратони инҳоя тавачҷуҳи бузургро талаб мекунад [14,56].

Номияҳои бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (НБПЛУКД) 2-10% -и ҳамаи омосҳои бадсифати одамро ташкил медиҳанд ва 80-90% -и беморон дар марҳалаҳои T3-T4 –и паҳншавии беморӣ мурочиат мекунад, ки аксар вақт дар оянда табобати ҷарроҳӣ, омехта, муштарак, комплексӣ ва паллиативиро талаб мекунад. Маълумотҳои илмӣ дар бораи басомади НБПЛУКД зиддиятноканд ва онҳо аз 2% то 10%-ро ташкил медиҳанд, омосҳои хушсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (НБПЛУКД) тибқи маълумоти муаллифони гуногун аз 3% то 13% -ро ташкил медиҳанд [Бернадский Ю.И., 1999-2003; Пачес А.И., 2013; Базаров Н. И., 2016-2020; Габриелян А.Г., Орлов А.Е., Каганов О.И., ва ҳаммуаллифон, 2020; Мамедов А.Н ., 2020; Bjordal, K, etal ., 1999 ]. Имрӯзҳо ба сифати стандарти тиллоӣ, бо мақсади ташхиси тафриқавии протсессҳои омосмонанд, омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон равиши комплексиро истифода мекунад. Вай як қатор усулҳои клиникӣ, лабораторӣ, инструменталӣ, иммуно-гистохимиявӣ ва молекулярӣ-генетикӣ таҳқиқотро дар бар мегирад. Аммо то имрӯз басомад, хусусиятҳои сохтори морфодлогӣ, ҷойгиршавӣ, ретсидивҳои протсессҳои омосмонанд, омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муқаррар карда нашудаанд. [Хабибулаев Ш.З., 2010; Пачес, А.И., 2013; Базаров Н. И., 2016-2020; Баротов З.З., ва дигарон., 2020; Сангинов Д.Р., ва ҳаммуаллифон, 2020]. Ҳолатҳои болозикр давом додани ҷусутучӯҳоро дар самти такмил додани профилактика, ташхис ва табобати беморони дорои омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳонро ангезиш медиҳанд.

**Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Мувофиқи таҳқиқотҳои эпидемиологӣ, басомади гирифтورشавӣ ба бемории НБПЛУКД ба қонунмандии муайян алоқаманданд: таъсири омилҳои муҳити берунӣ, одатҳои маишӣ, хусусиятҳои ғизо. Ҳамин тавр, миқдори беморони ба НБПЛУКД гирифтورشуда дар қисми аврупогии Россия дар 100 ҳазор аҳоли 1,3—2,7-ро ташкил медиҳад. Дар кишварҳои Осиёи Миёна бошад, ин миқдор

то 4,3 мешавад. Дар маҷмуъ, дар ФР беморшавӣ ба НБПЛУКД 2—4%-и миқдори умумии омосҳои бадсифати одамро ташкил медиҳанд. Дар Ўзбекистон вай ба 8,7% баробар аст. Дар Ҳиндустон аз байни ҳама ҷойгиршавиҳо НБПЛУКД 52%-и миқдори умумии омосҳои бадсифати одамро ташкил додааст. Дар ИМА чунин беморон дар байни ҳама беморони онкологӣ 8%-ро ташкил медиҳад [Базаров, Н.И. 2017;2018; Дворникова Т.С. 2000;А.Д. Каприна 2015; Мамедов А.Н.2020].

Тибқи маълумоти [Мамедов А.Н.2020] саратони ковокии даҳон шакли на чандон зиёд дучоршаванда дар Ҷумҳурии худмухтори Нахичевани Озорбойҷон мебошад, ҳам дар чинси мард ва ҳам дар чинси зан, бузургии нишондиҳандаи экстенсивии он мутаносибан 0,9% ва 0,8% -ро ташкил додн. Ҳангоми ҳисоб кардани нишондиҳандаҳои осеббинӣ ( дар 100000 аҳоли) гирифтورشавӣ ба ин шакли нозологӣ дар чинси мард 2 маротиба бештар муайян карда шуд назар ба чинси зан (мутаносибан 5,3 дар муқобили 2,6). Ҳангоми омӯختани нишондиҳандаҳои фавт дар чинси мард нишондиҳандаҳои коэффитсиенти марги умумӣ (ба 100000 аҳоли) ва коэффитсиенти фавтият (%) мутаносибан 3,9 ва 66,7%-ро ташкил дода бошанд, дар чинси зан онҳо мутаносибан 0,4 ва 33,3% -ро ташкил доданд. Ҳангоми ҳисоб кардани нишондиҳандаи стандартишудаи синну сол (дар 100000 аҳоли) муайян карда шуд, ки қуллаи баландтарини беморшавӣ дар дар чинси мард гурӯҳи синнусолии 40-49-сола (0,9), дар чинси зан – дар гурӯҳи синнусолии 50-59-сола (0,8) ба назар мерасад. Бузургии 5-солаи зиндамонӣ 22,2% -ро ташкил дод (новобаста аз чинс). Муаллифи мақола ба хулосае меояд, ки қуллаи баландтарини гирифтورشавӣ ба саратони ковокии даҳон дар минтақаи омӯхташаванда ба гурӯҳи синнусолии 40-49-солаи (0,9) чинси мард рост меояд. Дар синну соли 50-59 –сола (0,8) дар чинси зан дида мешавад, ки эҳтиёткории муайяни онкологиро ҳангомиташкил кардани муоинаҳои профилактикии аҳоли бо мақсади муайян кардани беморӣ дар марҳалаҳои барвақти он талаб мекунад. Мувофиқи маълумотҳои [Седаков И.Е.2020] беморшавӣ ва фавт аз саратони узвҳои ковокии даҳон дар солҳои охир дар тамоми дунё рӯ ба инкишоф дорад ва дар сохтори бемориҳои онкологӣ 2,3%-ро ташкил медиҳад. Ҳамасола дар 90 ҳазор нафар бори аввал омоси ин мавқеъ ташхис карда мешаванд. Ретсидивҳои маҳаллӣ пас аз табобати омехта ва комплексӣ дар 25–40%--и ҳолатҳо руҳ медиҳанд. Метастазҳои регионарӣ пас аз табобати омехта дар 40–75%-и беморон руҳ медиҳанд, метастазшавии дур дар 15% [Тризна Н.М. ва ҳаммуаллифон, 2020]. Ҷумҳурии Беларус ба гурӯҳи кишварҳои дорои хатари олии пайдошавии номияҳои бадсифати лабҳо, забон, ковокии даҳон ва балъум дохил мешавад. Гирифтورشавӣ ба ин беморӣ дар соли 2018 - 11,2 ба 100 000 аҳоли буд. Ба дастрас будани муоинаи визуалӣ ва палпатсияи омоси ин гурӯҳ нигоҳ накарда, дар 50–70%-и беморон протсσει паҳншавии маҳаллии омос дида мешавад, ки имкониятҳои табобати радикалиро маҳдуд месозад ва барои барвақт пайдо шудани ретсидивҳо мусоидат мекунад.

Ҳамин тавр, то имрӯз тактикаи алгоритми ташхис, профилактика ва табобати ҷарроҳии беморони дорои протсессҳои омосмонанд, омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон ба таври ниҳой кооркард нашудааст.

Тамоми гуфтаҳои дар боло зикршуда барои аз тарарфи мо баргузор намудани ин таҳқиқоти илмӣ асос шуданд.

**Алоқамандии таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзуи илмӣ.** Диссертатсия дар доираи татбиқи лоихаи корҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи онкология, ташхиси шуой ва табобати шуоии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», дар пойгоҳи МД «Маркази илмии ҷумҳуриявии онкология» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар доираи «Барномаи миллии мубориза бар зидди бемориҳои онкологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2023-2030» ва дар доираи мавзуи КИТ «Коркарди равишҳои инноватсионии профилактика ва ташхиси бемориҳои ковокии даҳон» рақами қайди давлатии №0117ТJ00822, ки ба феҳристи самтҳои афзалиятноки Ҳукумати ҚТ (Барномаи рушди инноватсионии ҚТ №227 аз 30 апрели соли 2011) иҷро карда шудааст.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот** беҳтар сохтани профилактика, ташхис ва натиҷаҳои табобати омосҳои пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОПЛУКД).

Бо мақсади амалӣ сохтани мақсади таҳқиқот ҳаллу фасл кардани вазифаҳои зерин зарур буд:

1. Гузаронидани таҳқиқи ретроспективии омосҳои пардаи луоби ва узвҳои ковокии даҳон мувофиқи маводи МД МИО ВТ ва ҲИА ҚТ ва арзёбӣ кардани басомади дучоршавӣ, хусусиятҳои топографӣ-морфологӣ, басомад ва хусусиятҳои ретсидивҳои беморӣ.
2. Омӯختани хусусиятҳои аломатҳои клиникӣ, нақши омилҳои хатар, пайдошавӣ ва коркарди алгоритми ташхис, ҳамчунин арзёбии муқоисавии самаранокии табобати омосҳои хушсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон.
3. Таҳлил кардани хусусиятҳои аломатҳои клиникӣ, нақши омилҳои хатар дар пайдошавӣ ва коркарди алгоритми ташхис, арзёбии муқоисавии самаранокии табобати омосҳои бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон.
4. Такмил додани усулҳои барқарорсозӣ, профилактикаи рушди давом кардаистода, ретсидив пас аз омосҳои бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон.

**Объекти таҳқиқот:** 353 бемори дорои омосҳои бадсифату хушсифат ва протсессҳои омосмонанди пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОМХПОМПЛУКД).

**Мавзуи таҳқиқот.** Натиҷаҳои таҳқиқотҳои ултрасадоӣ, компютерӣ-томографӣ, гистологӣ, клиникӣ-лабораторӣ, морфологӣ ва бемори дорои ОМХПОМПЛУКД.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Дар диссертатсияи мазкур бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон басомад, вазни ҳолиси омосҳои бадсифату хушсифат ва протсессҳои осмосмонанди пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон дар сохтори омосҳои сар ва гардан омӯхта (тибқи мурочиат) шуданд. Таҳлили комплекси ОМХПОМПЛУКД, аз ҷумла арзёбии клиникӣ-анамнези аломатҳои морфологӣ, нишондиҳандаҳои эпидемиологӣ ва омилҳои хатари пайдошавии бемориҳо гузаронида шуд. Алгоритми таъхис таия ва усулҳои профилактикаи аввалияи бемориҳои мазкур омӯхта шуд. Аҳамияти оли таъхисии таҳқиқоти комплексӣ, аз ҷумла муоинаҳои клиникӣ, усулҳои шуоии таъхис (таҳқиқотҳои рентгенографӣ, ултрасадоӣ) ва верификатсияи морфологӣ, дар таъхиси ОМХПОМПЛУКД муқаррар карда шуд. Дар асоси таҳлили муқоисавии самаранокии равишҳои гуногуни табобат алгоритми беҳшудаи таъхис, профилактика ва табобати ОМХПОМПЛУКД таҳия карда шуда, тавсияҳои амалӣ оид ба тақмил додани протсессҳои таъхисӣ-табобатӣ тартиб дода шуд.

#### **Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ - амалии таҳқиқот.**

Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (тибқи мурочиат) басомад, вазни ҳолиси омосҳои бадсифату хушсифат ва протсессҳои осмосмонанди пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон дар сохтори омосҳои сар ва гардан омӯхта шуданд.

Хусусиятҳои клиникӣ-анамнези аломатҳои морфологӣ, паҳншавӣ, нақши омилҳои хатар дар пайдошавӣ, профилактикаи аввалия ва алгоритми таъхиси ОМХПОМПЛУКД таҳлил карда шуданд.

Исбот кардани иттилоотнокии оли усулҳои клиникӣ, рентгенологӣ, ултрасадоӣ, морфологӣ дар таъхиси ОМХПОМПЛУКД.

Арзёбии муқоисавии самаранокии табобати ОМХПОМПЛУКД гузаронида шуд.

Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда тавсияҳо, алгоритм ва усулҳои беҳтар сохтани таъхис, профилактика ва ҳангоми табобати ОМХПОМПЛУКД таҳия карда шуданд.

#### **Нуқтаҳои асосии барои ҳимояи пешниҳодшаванда:**

1. Иттилоотнокии нокифояи аҳоли дар бораи хатари пайдошавии омосҳо дар ковокии даҳон ва сарфи назар кардани аломатҳои клиникӣ, ба табобати беасосу дарозмуддат ва бефоиди зиддиилтиҳобӣ, зиддизанбурӯғии беморон вобаста аз бемории гунгун (гулӯдард (ангина), реши трофикӣ, лейкоплакия, lichen planus) оварда мерасонад. Чунин тақтикаи мууроқибати беморон пайдо шудани хатоҳои таъхисиро зиёд мекунад. Вазъиятро

эҳтиёткори пастии онкологӣ аз тарафи табибон- стоматологҳо ва ҷарроҳон боз ҳам амиқтар месозад.

2. Ташҳиси барвақти омосҳо ва номияҳои омосмонанд дар заминаи равиши комплекси ташҳисӣ асос меёбад, ки таҳлили муфассали симптомҳои клиникӣ ва анамнези ҳаёти бемор, мунтазам гузаронидани таҳқиқотҳои морфологӣ ва истифодаи ташҳиси шуоиро (ТК ва ТМР ҳангоми мавҷуд будани нишондод) дар бар мегирад. Ғайр аз ин, истифодаи ин равишҳои ташҳисӣ самаранокии ҳама профилактика: аввалия, дувумӣ ва сеюмиро таъмин мекунад.

3. Таҳлил кардани омилҳои хатар дар пайдошавии ОМХПОМПЛУКД имконият медиҳад, ки гурӯҳҳои хатар ҷудо ва барои суғурӯ кардани таъсиррасонии омилҳои бластомогенӣ қувва равона карда шавад. Бемороне, ки ба гурӯҳи якуми хатар дохил карда шудаанд, бояд дар онҳо таъсири омилҳои хатарнок кам карда, ақаллан дар як сол як бор аз муоинаи нақшавӣ гузаронида шаванд. Шахсоне, ки ба гурӯҳҳои 2 ва 3 –и хатар дохил мешаванд, ба муоинаи мунтазामी диспансерӣ, аз ҷумла ба муоинаҳои ҳар семоҳа бо иштироки ҷарроҳон-стоматологҳо ва онкологҳо ниёз доранд.

4. Самаранокии усулҳои барқарорсозӣ, профилактикаи рушди идомакунанда ва ретсидивҳо пас аз буридани омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон асоснок карда шудааст:

1) «Усули барқарорсозии пардаи луобии ковокии даҳон пас аз буридани омосҳои хушсифат ва бадсифат» /Шаҳодатномаи пешниҳоди ратсионализатории №040 аз 14.03. соли2022, ки аз тарафи БРИЗ Пажуҳишгоҳи илмӣ - таҳқиқотии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй ВТ ва ҲИА ҚТ ш. Душанбе дода шудааст.

2) «Усули профилактикаи рушди идомакунанда ва ретсидивҳои омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобии ковокии даҳон» /Шаҳодатномаи пешниҳоди ратсионализатории №043 аз 14.03. соли2022, ки аз тарафи БРИЗ Пажуҳишгоҳи илмӣ - таҳқиқотии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй ВТ ва ҲИА ҚТ ш. Душанбе дода шудааст.

3) «Усули профилактикаи рушди идомакунанда ва ретсидивҳои омосҳои хушсифат ва бадсифати забон» /Шаҳодатномаи пешниҳоди ратсионализатории №045 аз 14.03. соли2022, ки аз тарафи БРИЗ Пажуҳишгоҳи илмӣ - таҳқиқотии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй ВТ ва ҲИА ҚТ ш. Душанбе дода шудааст.

4) «Усули таъбири консервативӣ то ва пас аз ларинготрахеитҳои пасазҷарроҳӣ баъди иҷро намудани ҷарроҳии трахеотомия» /Шаҳодатномаи пешниҳоди ратсионализатории №047 аз 14.03. соли2022, ки аз тарафи БРИЗ Пажуҳишгоҳи илмӣ - таҳқиқотии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй ВТ ва ҲИА ҚТ ш. Душанбе дода шудааст.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия:** Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсияро усулҳои муосиру дар амалияи клиникӣ ва инструменталӣ, гистологӣ, морфологӣ ба таври васеъ истифодашаванда тасдиқ мекунад. Ҳама натиҷаҳои ба даст овардашуда ва ҳулосаҳо дар заминаи принципҳои тибби исботшуда асоснок карда шудаанд. Коркарди омории мавод эътимоднокии натиҷаҳои ба даст овардашударо таъмин мекунад.

**Мувофиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ (формула ва соҳаи таҳқиқот):** Диссертатсия ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии аз рӯи ихтисоси 14.01.14-Стоматология: зербанди 3.1. Этиология, патогенез, ташхис, табобат ва усулҳои профилактикаи бемориҳои бофтаҳои нарм ва саҳти дандонҳо, бофтаҳои периодонт ва пардаи луобии ковокии даҳони кӯдакон ва калонсолон. 14.01.12-Онкология зербанди 3.3. Эпидемиология. Скрининг. 3.4. Системаи иммунӣ. 3.5. Аломатҳои клиникӣ. Ташхис. 3.6. Табобат. 3.7. Реабилитатсияи мувофиқат мекунад.

**Саҳми шахсии довталаби унвони илмӣ дар таҳқиқот:**

Таҳқиқоти диссертатсионӣ – таҳқиқоти мустақилонаи илмии муаллиф мебошад. Уновнҷӯ мақсад ва вазифаҳои таҳқиқотро мустақилона муайян, маводро ҷамъоварӣ карда, натиҷаҳои ба даст овардашударо ҷамъбаст ва таҳлил намудааст, ҷустуҷӯи мукаммали патентӣ ва таҳлили адабиётҳои илмии мавҷудбудаи илмии ба мавзӯи рисола дахлдорро иҷро кардааст. Таърихи беморӣ ва картаҳои тиббии 353 бемори гирифтаи ОМХПОМПЛУКД-ро таҳлил кардааст. Муаллиф таҳлили ҳама усулҳои таҳқиқот, амалиётҳои ҷарроҳӣ ва табобатиро иҷро кардааст. Муаллиф мустақилона ҳама бобҳои диссертатсияро таълиф намуда, нуқтаҳои асосӣ ва ҳулосаҳои онро таҳия карда, таҳлили омории натиҷаҳои ба даст овардашударо иҷро кардааст. Дар таҳқиқотҳое, ки бо ҳаммуаллифон сурат гирифтаанд, ғояҳои илмии диссертант татбиқ гаштаанд.

**Таъйиди ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия.** Маводи диссертатсия гузориш ва баррасӣ шудаанд: дар конференсияи илмии ҷамъияти илмии онкологҳо ва радиологҳои кишварҳои ИДМ ва Авруосиё (Қазон, 2020); дар Конгресси якуми тиббии байналмилалӣ давлатҳои Авруосиё (Душанбе, 2022); дар конференсияи ҷашнии (70-умин) (70-ой) илмӣ- амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони хориҷӣ «Тибби муосир: анъана ва инноватсия»; дар конференсияи илмӣ- амалии (III-юми солана) МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон» бахшида ба 30-солагии сессияи XVI-уми Шӯрои олии ҶТ (Данғара, 2022); дар конференсияи илмӣ- амалии МД Пажӯҳишгоҳи илмӣ - таҳқиқотии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй (Душанбе, 2022); дар симпозиуми масъалаҳои актуалии онкология бо иштироки намояндагони хориҷӣ (Душанбе, 2023); дар конференсияи илмӣ- амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” (71-уми солана) «Инноватсия дар тиб: аз илм ба амал», бо иштироки намояндагони хориҷӣ (Душанбе, 2023). Дар ҷаласаи кафедраи комиссияи проблемавӣ дар



МД Пажуҳишгоҳи илмӣ - таҳқиқотии стоматология ва чарроҳии чоғу рӯй протоколи №4 аз 05.06. с.2024.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Оид ба мавзуи рисолаи илмӣ 22 мақолаҳои илмӣ, шаҳодатномаи пешниҳоди ратсионализатории 4 адад аз ҷумла 3 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст.

**Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия.** Диссертатсия дар ҳаҷми 206 саҳифаи матни компютерӣ, бо хуруфи «TimesNewRoman», фосилаи 14 таълиф шуда, аз муқаддима, 6 боб, ҷамъбаст, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар таҳқиқот 17 ҷадвал ва 24 расм оварда шудааст. Феҳристи адабиёт 143 сарчашмаро дар бар гирифтааст, ки аз онҳо 76 сарчашма аз олимони ИДМ ва 67 сарчашма аз донишмандони хориҷӣ мебошанд.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

Дар клиника ва кафедраи онкология, кафедраи онкология ва ташҳиси шуоии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» дар 6 соли сипаришуда (аз соли 2010 то 2015) ба таври ретроспективӣ 20250 нафар бемор бо омосҳои гуногун ва протсессҳои омосмонанди сар ва гардан (ОГПОМСГ) қарор доштанд. Дар байни ОГПОМСГ дар 44 (0,21%) -и беморон ОХПЛУКД муайян карда шуд. Синну соли беморони дорои ОХПЛУКД аз 19 то 75-соларо дар бар гирифт, мардҳо 28 (64%) бемор, занҳо 16 (36%) беморро ташкил доданд. Дар байни ОГПОМСГ дар 74 (0,36%) бемор ОБПЛУКД муайян карда шуд. Синну соли гурӯҳи беморони дорои ОГПОМСГ аз 19 то 81-соларо ташкил доданд, 39 (53%) бемор зан ва 35 (47%) бемор мард буданд, фарқият 6% буда, ҷинси зан бартарӣ дошт.

Ба таври проспективӣ дар 7 сол (солҳои 2016- 2022) дар клиника ва кафедраи онкология, кафедраи онкология ва ташҳиси шуоии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» 23625 бемори дорои ОГПОМСГ қарор доштанд. Дар байни беморони дорои ОГПОМСГ дар 65 (0,27%) бемор ОХПЛУКД муайян карда шуд. Синну соли гурӯҳи беморони дорои ОХПЛУКД аз 19 то 75-соларо ташкил доданд, мардҳо 37 (57%) ва занҳо 28 (43%) беморро ташкил доданд, фарқият 14% буда, ҷинси мард бартарӣ дошт.

Дар байни ОГПОМСГ дар 170 (0,71%) бемор ОБПЛУКД ба қайд гирифта шуд. Синну соли гурӯҳи беморони дорои ОБПЛУКД аз 19 то 90 – соларо ташкил дод, 95 (56%) бемор зан ва 75 (44%) бемор мард буд ва фарқият 12% буда, ҷинси зан бартарӣ дошт.

Ҳамаи 353 (100%) бемори дорои протсессҳои гуногуни омосмонанд, омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ПОМОХБПЛУКД) дар асоси миқдори аломатҳои клиникӣ ва сохтори морфологӣ ба 4 гурӯҳ ҷудо карда шуданд:

Гурӯҳи I- проспективӣ (асосӣ) – 65 (18,4%) бемори дорои омосҳои хушсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОХПЛУКД);

Гурӯҳи II ретроспективӣ (назоратӣ) – 44 (12,5%) бемори дорои омосҳои хушсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОХПЛУКД);

Гурӯҳи III проспективӣ (асосӣ) - 170 (48,1%) бемори дорои омосҳои бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОБПЛУКД);

Гурӯҳи IV ретроспективӣ (назоратӣ) -74 (21%) бемори дорои омосҳои бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОБПЛУКД).

Профилактикаи ПОМОХБПЛУКД иборат аст аз гузаронидани ташхиси саривактӣ, табобати бемориҳои илтиҳобии гуногуни музмини махсус ва номахсус, омосмонанд ва дигар бемориҳои пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон. Шартан 20 омили хатари пайдошавии омосҳо дар бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон чудо карда шудаанд, кик и дар маҷмӯъ аз рӯйи балл ба 3 гурӯҳи хатар тақсим карда шудаанд: ГР1 – гурӯҳи хатари дараҷаи якум, ба ибораи дигар, гурӯҳи хатараш нисбатан камтар, ба он дохил мешаванд рӯй, ки 5-9 балл дорад; ГР2 - гурӯҳи хатари дараҷаи дуюм, ё гурӯҳи асосии хатар. Ин беморон 10-15 балл гирифтаанд; ГР3 - гурӯҳи хатари дараҷаи сеюм, гурӯҳи хатараш баланд. Ба он шахсоне дохил карда мешаванд (занон дар ҳолати зоидан ва кӯдакон), ки 16 балл ва зиёдтар гирифтаанд.

Сифати ҳаёти беморони дорои ПОМОХБПЛУКД дар асоси саволномаи EORTC QLQ-C30 (version 3,0) ва EORTC QLQ - H&N35 баҳогузорӣ карда шуд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда бо фоиз (%) тибқи шохиси Карновский баҳогузорӣ карда шуданд.

Самаранокии табобат дар беморони дорои ПОМОХБПЛУКД –ро мо аз рӯйи нишондиҳандаҳои субъективӣ ва объективӣ баҳогузорӣ намудем. Маълумотҳои рақамии таҳқиқоти клиникӣ дар компютер бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoftInc., ИМА) коркард шуданд. Маълумотҳои мутлақӣ клиникӣ ва параклиникӣ дар шакли миёнаи арифметикӣ ва инҳирофи стандартӣ ( $M \pm SD$ ), бузургиҳои нисбӣ бошанд – дар шакли ҳиссаҳо (%) тавсиф шудаанд. Таҳлили дисперсионии бузургиҳои новобастаи мутлақ тибқи U-критерияи Манн-Уитни, бузургиҳои нисбӣ вобаста аз миқдори муоинаҳо гузаронида шуд: ҳангоми  $n < 5$  – будан тибқи критерияи дақиқи Фишер; ҳангоми  $n > 10$  – тибқи критерияи  $\chi^2$  Пирсон, ҳамчунин ҳангоми муқоисаҳои сершумор - тибқи критерияи  $\chi^2$  Пирсон побарои ҷадвалҳои озод. Фарқият дар вақти  $p < 0,05$  будан аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуд.

## **НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

**Натиҷаҳои омӯзиши маводи бойгонӣ дар бораи басомад, мавқеъ, хусусиятҳои сохтори морфологӣ, паҳншавӣ, сабабҳои ретсидиви омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОХБПЛУКД) мувоиқи мурочиат ба МД «Маркази илмӣ ҷумҳуриявӣ**

## онкология» Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Дар клиника ва дар кафедраи онкология, ташхиси шуой ва табобати шуоии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» дар 6 соли сипаришуда (аз соли 2010 то соли 2015) тибқи муроҷиат 20250 нафар бемор бо омосҳои гуногун ва протсессҳои омосмонанди сар ва гардан (ОГПОМСГ) қарор доштанд. Дар байни ОГПОМСГ дар 44 (0,21%) -и беморон ОХПЛУКД муайян карда шуд. Ҳангоми таҳлили синну сол ва ҷинс дар байни 44 (100%) -и беморон ОХПЛУКД, мувофиқи ҷадвали №1, муайян карда шуд, ки гурӯҳи синнусолӣ аз 19 то 75 - сола фарқ мекунад. Дар байни онҳо 28 (64%) бемор мард, 16 (36%) бемор зан буд, бо фарқияти 12 (27%) , ҷинси мард бартарӣ дошт.

**Ҷадвали 1. – Гурӯҳбандии беморони дорои омосҳои хушсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОХПЛУКД) мувофиқи ҷинс ва синну сол (n=44)**

Ҷинс	Синну сол			Ҷамагӣ
	19-44	44-60	60-75	
Мард	24	-	4	28 (64 %)
Зан	10	6	-	16 (36%)
Ҷамагӣ	34	6	4	44 (100%)

**Эзоҳ:**  $p > 0,05$  ҳангоми муқоисаи байни гурӯҳҳои синнусолӣ тибқи критерии дақиқи Фишера;\*\* - тибқи критерияи  $\chi^2$  барои ҷадвалҳои озод; \*\*\* тибқи U-критерияи Манн-Уитни.

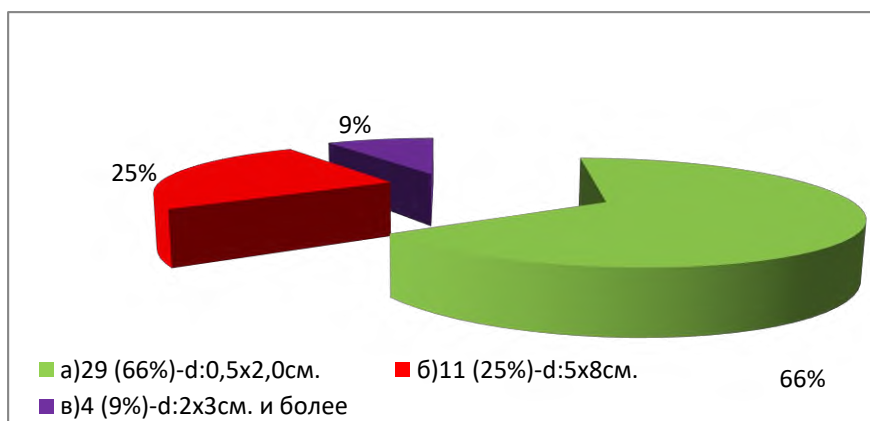
Дар рафти таҳқиқи аломатҳои клиникӣ ОХПЛУКД дар ҳамаи 44 бемор (100%) доираи васеи симптомҳои вобаста аз номияҳои омосмонанди ковокии даҳон муқаррар карда шуд (расми 1):

а) Дар бештари беморон 29 нафар (66%) мавҷуд будани номияҳои омосмонанд дар проексияи ғадудҳои хурди луобӣ, пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон мушоҳида шуд. Дар равиши таҳқиқоти клиникӣ миқдори зиёди беморони (66%, n=29) дорои номияҳои дар ноҳияҳои ғадудҳои хурди луобӣ, пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон ҷойгиршуда муайян карда шуд. Ҳангоми гузаронидани палпатсия ин номияҳо дорои сохторҳои солитарии гиреҳшакли дорои сарҳади возеҳ буда, андозаи кутрашон аз 0,5 то 2,0 см. фарқ мекард;

б) Дар чоряки (11 (25%) –и беморони омоси сергиреҳ ва ва сохторҳои васкулярий дар пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон ҳангоми муоина набазон доштанд ва ҳангоми фишурдан майда шуданд, аз хусусият рағӣ доштани он гувоҳи медиҳанд. Ин номияҳо бо консистенсияи нарм доштанд, бидуни сарҳади дақиқ будан андозаашон аз 5 то 8 см. фарқ мекарданд;

в) Дар қисми ками гурӯҳҳои таҳқиқшуда 4(9%), мавҷудияти паҳншавии кистаи тоқа-тоқа ва пролифератҳои папилломатозӣ- пистонакшакл ба мушоҳида расид. Ин сохторҳои патологӣ ҳангоми палпатсия низ бо доштани

консистенсияи нарм фарқ мекарданд, аммо андозаашон калонтар (қутрашон аз 2 см то 3 см ва бештар) буд ва сарҳад ва шакли возеҳ надоштанд (Расми 1).



**Расми 1. – шикоятҳои беморони дорои омосҳои хушсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОХПЛУКД) вобаста аз андозаи омос.**

Ҳамин тавр, қайд кардан лозим аст, ки 40 (91%) –и беморон асосан аз мавҷуд будани номияҳои омосмонанд шикоят кардаанд. Андозаи ОХПЛУКД аз 0.5 то 8 см фарқ мекард, нигоҳ накарда ба андозаи қобили таваҷҷуҳи омос ва протсессҳои омосмонанд нигоҳ накарда, беморон барои гирифтани ёрии тиббӣ дер, танҳо пас аз калон шудани андозаи онҳо ва ихтилоли функцияи узвҳои ковокии даҳон онҳо ба клиникаҳои махсус муроҷиат кардаанд. Ҳангоми баррасӣ намудани мавқеи ҷойгиршавӣ дар байни 44 (100%) бемори дорои ОХПЛУКД муқаррар карда шуд: А) дар 25 (57%) бемор дар пардаи луобии лабҳо ва рухсораҳо; Б) дар 13 (29%) бемор дар пардаи луобии шохаҳои алвеолярии ҷоғҳо; В) дар 6 (14%) бемор дар пардаи луобии комҳо. Ҳангоми таҳлили асоси бофтавии сохтори морфологияи ОХПЛУКД дар байни 44(100%) –и беморон дар 30(68%)- асоси мезенхималӣ ва дар беморони боқимонда 14(32%) асоси эпителиалӣ муайян карда шуд. Ҳангоми таҳлил кардани муҳлати муроҷиат барои гирифтани ёрии тиббӣ 44 (100%) –и беморони дорои ОХПЛУКД муқаррар карда шуд: дар муҳлати барвақт то 11моҳ 43,18% -и беморон, дар муҳлати дер то 1 сол ва зиёда аз 10 сол 56.82% -и беморон муроҷиат намудаанд.

Таҳлили ретсидивҳои ОХПЛУКД нишон дод, ки аз 44 беморони таҳқиқшуда такроран пайдо шудани номияҳо дар 16(36%) ба қайд гирифта шуд. Дар ин маврид дар 50%-и ҳолатҳо ретсидивҳо (8 бемор) такроран пайдо шудани номияҳо дар дар 6 моҳи аввали пас аз гузаронидани табобати ҷарроҳӣ ба мушоҳида расид. Ҳангоми таҳлили ретроспективӣ дар байни ОГПОМСГ дар 74 (0,36%) бемор ОБПЛУКД муайян карда шуд. Синну соли беморони дорои ОБПЛУКД аз 19 то 81 –сола буда, 39 (53%) –и беморонро занҳо, 35 (47%) –ро мардҳо ташкил доданд, бо фарқияти 6% ҷинси мард бартарӣ дошт. Бояд қайд кард, ки ОБПЛУКД дар 54%-и беморон дар узвҳои ковокии даҳон ва 46% - и беморон аз пардаи луобии ковокии даҳон пайдо шудаанд. Паҳншавии ОБПЛУКД дар сохтори 74 (100%)-и беморон тибқи



синну соли аз 19 то 75-сола ба мушоҳида расид. Қуллаи баландтарини беморшавӣ бо тартиби камшавӣ чунин ба назар мерасид: дар 42 (64,6%) бемори синну соли аз 19-44 -сола, дар 15 (23%) – аз 44 то 60-сола, дар 8 (12,4%) - аз 60-75-сола. Дар гурӯҳи дуюм, дар байни 44 (100%) беморони дорои ОХПЛУКД дар синну соли аз 19 то 75-сола дида шуд. Дар ин маврид қуллаи беморшавӣ дар 34 (77%) бемор, баъдан дар синну соли 44 - 60 -сола 6 (14%) бемор ва 4 (9%) бемор дар синну соли 60 – 75-сола, дар дараҷабандии синнусолии 75-90 - пиронсолӣ; зиёда аз 90-сола – дарозумрҳо дар ҳарду гурӯҳ дида нашуд. Таҳлили аз рӯйи синну сол ва чинсии гурӯҳҳои таҳқиқшуда бартарии беморонии ҷавони дорои ОХПЛУКД дар гурӯҳи якум бо фарқияти 12% -ро нишон дод. Ҳамин гуна тақсимкунӣ дар байни беморони синну соли миёна ба мушоҳида расид. Дар гурӯҳи синну соли калонсолӣ фарқият минималӣ буд (3%), ки бо миқдори умумии гурӯҳи якум мутаносиб аст.

Ҳангоми баррасии шикоятҳо дар гурӯҳи якум 65 (100%)-и беморон, муайян карда шуд, ки 88% -и беморон аз мавҷуд будани омосҳо шикоят кардаанд, ки андозаи қутрашон аз 0,5см то 8см буд. Беморони гурӯҳи якум барои гирифтани ёрии тиббӣ нисбатан барвақт 15% муроҷиат кардаанд. Ҳангоми баҳо додан ба симптоматикаи клиникӣ муқаррар карда шуд, ки дар гурӯҳи дуюм (n=44) мавҷуд будани сохторҳои омосмонанд дар 91%-и таҳқиқшудагон (40 нафар) ба мушоҳида расид, ки аз ҳамин гуна нишондодҳои гурӯҳи якум баланд аст.

Андозаи ОХПЛУКД бошад, яхела буд, яъне аз 0.5 до 8см фпрқ мекард, беморон барои гирифтани ёрии тиббӣ дер, танҳо пас аз калон шудани андозаи омосҳо ва вайрон шудани функцияҳои узвҳои ковокии даҳон ба клиникаҳои махсус муроҷиат кардаанд.

Маълумотҳо дар бораи омилҳои хатари пайдошавии ОХПЛУКД дар гурӯҳҳои муқоисашавандаи I ва II нишон доданд, ки дараҷаи аввали (ГР<sup>1</sup>) хатар дар гурӯҳи якум дар 38 (58,46%) бемор ва дар гурӯҳи дуюм дар 24 (54,54%) бемор ба мушоҳида расид. Дараҷаи дууми омилҳои хатар (ГР<sup>2</sup>) дар гурӯҳи якум дар 22 (33,84%) бемор ва дар гурӯҳи дуюм дар 14 (31,81%) бемор ба назар расид. Дараҷаи сеюми хатар (ГР<sup>3</sup>) дар 7,69% бемори (n=5) гурӯҳи якум ва 13,63% (n=6)гурӯҳи дуюм ба мушоҳида расид. второй группы. Дар ҳарду гурӯҳ дараҷаи якуми хатар (ГР<sup>1</sup>) бартарӣ дошта, мутаносибан 58,46% ва 54,54% -ро ташкил дод, ки аз бартарӣ доштани беморони дорои факторҳои минималии хатар ҳастанд, дарак медиҳад, яъне ин гурӯҳҳои хатарашон нисбатан кам аст, барои ҳамин ҳам, танҳо ба бартараф кардани таъсиррасонии омилҳои бластомогенӣ (мубориза бар зидди одатҳои бад, назорати риоя кардани муҳофизати коллективӣ ва инфиродӣ аз таъсири бластомогенӣ дар истеҳсолот), муоинаи нақшавӣ на камтар аз як маротиба дар як сол ниёз доранд. Дараҷаи дууми омилҳои хатар (ГР<sup>2</sup>) дар гурӯҳи якум то 2% бештар буд назар ба гурӯҳи дуюм, ин миқдор ба зиёд будани миқдори беморони гурӯҳи якуми дорои ОХПЛУКД вобаста буд. Дараҷаи сеюми омилҳои хатар то 6% бештар дар гурӯҳи дуюм ба назар

расид, нисбат ба гурӯҳи якуми дорои ОХПЛУКД. Аз ҳамин сабаб, бо дар назардошти гуфтаҳои болозикр, беморони дорои ОХПЛУКД, ки ба ГР2 ва ГР3-и омилҳои хатар дохил гаштаанд, бояд диспансеризатсия шаванд ва бо иштироки табибони чарроҳ, стоматологҳо ва онкологҳо дар ҳар се моҳ таҳти муоинаи динамики қарор гиранд.

### **НАТИҶАҶОИ БАҶОДИҶИИ МУҚОИСАВИИ САМАРАНОКӢ ВА РОҶҶОИ ОПТИМИЗАТСИЯИ ТАБОБАТИ ОМОСҶОИ ХУШСИФАТИ ПАРДАИ ЛУОБӢ ВА УЗВҶОИ КОВОКИИ ДАҶОН**

Арзёбии муқоисавии самаранокии натиҷаҳои табобат ҳангоми ОХПЛУКД дар ҳарду гурӯҳ, нишон дод, ки натиҷаи олии дар гурӯҳи якум аз 12% боло, ҳамчунин дар гурӯҳи якум натиҷаи хуб зиёда аз 7% буд, натиҷаҳои қаноатбахши табобат зиёда аз 19% дар гурӯҳи дуюм дида шуд, назар ба гурӯҳи якум. Бар асоси чадвали №2, таҳлили дараҷаи арзёбии самаранокии реабилитатсияи пасазчарроҳии беморони дорои ОХПЛУКД, мувофиқи гурӯҳи онҳо, нишон медиҳад, ки дар гурӯҳи якум дар 54 (83%) бемор натиҷаҳои олии ва хуби табобат ба даст оварда шуд. Таҳлили муқоисавии табобат нишон дод, ки дар гурӯҳи дуюм натиҷаҳои хуб ва ё олии дар 64% ҳолат (28 бемор) ба қайд гирифта шуд, ки аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳои гурӯҳи якум паст аст. Дар ин маврид басомади натиҷаҳои қаноатбахш дар гурӯҳи дуюм аз гурӯҳи якум то 19% баландтар буд. Баҳодиҳии комплекси самаранокии табобат ва реабилитатсияи натиҷабахшии баландтарро дар беморони гурӯҳи якум нишон дод.

Ба шарофати татбиқ намудани усулҳои махсус дар гурӯҳи якуми беморони гирифтори ОХПЛУКД аз нишондиҳандаҳои калидӣ сифати нисбатан баландтари реабилитатсияи пасазчарроҳӣ ба даст оварда шуд.

**Чадвали 2. – Натиҷаҳои арзёбии самаранокии реабилитатсияи пасазчарроҳии беморони дорои омосҳои хушсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОХПЛУКД) (n=109)**

Гурӯҳи беморон	Шифо ёфтани ҷароҳатҳои пасазчарроҳӣ, мутлак (%)		Дараҷаи арзёбии самаранокии реабилитатсияи пасазчарроҳии беморон, мутлак (%)			Кат-рӯз, шабонарӯз (M±SD)
	Шифоёбии аввалия	Шифоёбии дувумӣ	Қаноатбахш	Хуб	Олии	
Гурӯҳи I (n=65)	15 (23%)	50 (77%)	11 (17%)	24(37%)	30 (46%)	9,61±4,71
Гурӯҳи II (n=44)	8 (18%)	36 (82%)	16 (36%)	13(30%)	15 (34%)	11,15±9,62
P	> 0,05*		>0,05**			<0,001***

**Эзоҳ:** -аҳамияти оморӣ фарқиати нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳои I ва II: \* - тибқи критерияи дақиқи Фишер;\*\* - тибқи критерияи  $\chi^2$  барои чадвалҳои озод; \*\*\* тибқи U-критерияи Манн-Уитни.

Шифо ёфтани чароҳатҳои пасазчарроҳӣ бо шифоёбии аввалия то 5% дар гурӯҳи якум беҳтар буд назар ба гурӯҳи дуҷуми беморони дорои ОХПЛУКД, замони дар статсионар будани беморон (кат-рӯз) дар гурӯҳи асосӣ то 2 рӯз кам шудааст. Ҳамин тавр, омӯзиши дараҷаи арзёбии самаранокии реабилитатсияи пасазчарроҳии беморони дорои омосҳои хушсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОХПЛУКД), мувофиқи маълумотҳои гурӯҳҳои муқоисашаванда, аз рӯйи критерияҳои асосӣ, каме баланд будани муваффақиятҳоро дар байнибеморони гурӯҳи якум нишон дод, ки сабабш истифода кардани усулҳои зерин буд: 1. Усули профилактикаи идомаи рушд, ретсидиви омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобии ковокии даҳон №043; 2. Усули профилактикаи идомаи рушд ретсидиви барвакти омосҳои хушсифат ва бадсифатизабон №045 аз 14.03.2022, ки аз тарафи Пажуҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва чарроҳии ҷоғу рӯй (ПИТ СҚҶР) ВТ ва ҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон ш. Душанбе дода шудааст.

### **ХУСУСИЯТҲОИ АЛОМАТҲОИ КЛИНИКВИ МУРФОЛОГИИ ОБПЛУКД, ПАҲНШАВӢ, НАҚШИ ОМИЛҲОИ ХАТАР ДАР ПАЙДОШАВИИ ОНҲО.**

Бо мақсади ба даст овардани маълумотҳои саҳеҳ 244 (100%) бемори дорои ОБПЛУКД ба таври тасодуфӣ ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд, аз онҳо: гурӯҳи III (асосӣ) аз 170 (70%) бемор ва гурӯҳи IV – ретроспективӣ (назоратӣ), аз 74 (30%) бемори дорои ОБПЛУКД иборат буданд. Қуллаи баланди гирифташавӣ ба ОБПЛУКД дар гурӯҳи асосӣ (гурӯҳи III) бештар дар синну соли миёна, солхӯрда ва ҷавон ба мушоҳида расид, дар гурӯҳи назоратӣ (гурӯҳи IV) ОБПЛУКД бештар дар синну соли миёна, ҷавон, солхӯрда ва пиронсолӣ ба мушоҳида расид. Ҳангоми таҳлил кардани ҷойгиршавии ОБПЛУКД, қайд кардан мумкин аст, ки дар 80%-и беморон омосҳои бадсифат дар узвҳои ковокии даҳон ва дар 20%-и беморон дар пардаи луобии ковокии даҳон пайдо шудааст. Таҳқиқоти морфологии ҳарду гурӯҳҳои муқоисашавандаи дорои ОБПЛУКД нишон дод, ки дар 86% - 98%-и ҳолатҳо генези омосҳо эпителиалӣ буд, ки инро ҳангоми ба нақша гирифтани ва пешгӯӣ кардан ба эътибор гирифтани муҳим аст.

**Ҷадвали 3.- Нишондиҳандаҳои дараҷаи хатари ОБПЛУКД дар ҳарду гурӯҳи муқоисашаванда (III-IV) , (n=244), бо балл**

Гурӯҳ	Дараҷаи хатар, Ме(Min.-Max.)		
Гурӯҳи III (n=170)	Дараҷаи I (n=81)	Дараҷаи II (n=69)	Дараҷаи III (n=10)
Балл	6,90 (5-9)	12,50 (10-15)	16,8 (16-18)
Гурӯҳи IV (n=74)	Дараҷаи I (n=37)	Дараҷаи II (n=29)	Дараҷаи III (n=8)
Балл	6,75 (5-9)	12,51 (10-15)	17 (16-19)
P	>0,05	>0,05	>0,05

**Эзоҳ:** p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибки U-критерияи Манн-Уитни).



Баррасии нақши омилҳои хатар ҳангоми ОБПЛУКД мувофиқи ҷадвали 3 дар ҳарду гурӯҳ нишон дод, ки дараҷаи якуми омилҳои хатар (ГР1), дар ҳарду гурӯҳи муқоисашаванда аз 48 то 50% мебошад, яъне гурӯҳи хатараш нисбатан камтар буд, ҳол он ки беморони дорои ОБПЛУКД танҳо ба барвақт бартраф кардани таъсири омилҳои бластомогенӣ, муоинаи нақшавии на камтар аз як маротиба дар як сол эҳтиёҷ доштанд. Дараҷаи дууми омилҳои хатар (ГР2) дар гурӯҳи III то 2% бештар буд назар ба гурӯҳи IV-и беморони дорои ОБПЛУКД ва дараҷаи сеюми омилҳои хатар дар гурӯҳи IV- то 5% назар ба гурӯҳи III бештар буд. Аз ҳамин сабаб беморони дорои ОБПЛУКД, ки ба гурӯҳи ГР2 ва ГР3 дохил мешаванд, ба диспансеризатсия, муоинаи динамикии дар ҳар се моҳ бо иштироки табибони ҷарроҳ-стоматологҳо ва оқологҳо зарурат доранд.

### **НАТИҶАҲОИ БАҲОДИҶИИ МУҚОИСАВИИ САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ОМОСҶОИ БАДСИФАТИ ПАРДАИ ЛУОБИ ВА УЗВҶОИ КОВОКИИ ДАҶОН (ОБПЛУКД)**

Ҳангоми таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои омории ҷинс ва синну соли беморони дорои ОБПЛУКД муқаррар карда шуд, ки беморони ҷинси марди гурӯҳи III дорои ОБПЛУКД назар ба мардҳои гурӯҳи IV 4 сол ҷавонтар буданд.

Басомади ҳолатҳои регенератсияи пас аз ҷарроҳӣ бо шифоёбии аввалия дар гурӯҳи сеюм назар ба гурӯҳи чорум то 4% баланд буд, ки ин бо давомнокии табобати статсионрай дар як шабонарӯзҳамбастагӣ дорад. Таҳлили топографии ОХПЛУКД фарқиятҳои ҷиддиро нишон дод: дар гурӯҳи сеюм бартариҳои ҷойгиршавӣ дар узвҳои ковокии даҳон дар 80% -и беморон ва дар муқобили 54%-и беморон гурӯҳи чорум ба мушоҳида расид. Особҳои пардаи луобии ковокии даҳон мутаносибан дар 20% ва 46% -и беморон дида шуд. Марҳалаҳои беморӣ ба тақсимкунӣ мувофиқат мекунад: марҳалаҳои (Т1 ва Т2) дар 35%-и беморони гурӯҳи сеюм ва 33%-и беморони гурӯҳи чорум тахҳис карда шуд, ҳол он ки шаклҳои вазнин (Т3 ва Т4) мутаносибан дар 65% и 67% дида шуд. Таҳлили гендерӣ-синнусолӣ нишон дод, ки синну соли миёнаи мардҳо дар гурӯҳи сеюм назар ба гурӯҳи чорум 4 сол камтар аст,. Арзёбии комплекси натиҷаҳо аз реабилитатсияи нисбатан самараноктари пасазҷарроҳӣ ва тезонидани барқароршавии беморони гурӯҳи сеюм гувоҳи медиҳанд.

Арзёбии сифати ҳаёти беморони гирифтори ОБПЛУКД мувофиқи шкалаи Карновский фарқиятҳои назарраси байни гурӯҳҳо муайян кард. Дар гурӯҳи асосӣ динамикаи мусбат бо афзоиши нишондиҳандаҳо то 10% (диапазон 60-90%) ва бештаршавии иловагӣ то 4% (диапазон 50-80%) бақайд гирифта шуд. Дар гурӯҳи назоратдар 14% -и беморон сифати ҳаёт дар сатҳи қаблӣ (20-30%) қарор дошт. Баҳодиҳии интегралӣ бартариҳои нишондиҳандаҳои ситфати ҳаётро дар гурӯҳи асосӣ то 14% дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ нишон дод.

**Чадвали 4. – Натиҷаҳои арзёбии самаранокии реабилитатсияи пас аз ҷарроҳии беморони гирифтори омосҳои бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОБПЛУКД) (n=244)**

Гурӯҳи беморон	Шифоёбии пас аз ҷарроҳии ҷароҳат, мутлақ (%)		Дараҷаи арзёбии самаранокии реабилитатсияи пас аз ҷарроҳии беморон, мутлақ (%)				Кат-рӯз, шабонарӯз (M±SD)
	Бо шифоёби и аввалия	Бо шифоёби и аввалия дувумӣ	A <sup>&amp;</sup>	B <sup>&amp;&amp;</sup>	B <sup>&amp;&amp;&amp;</sup>	Г <sup>&amp;&amp;&amp;&amp;</sup>	
Гурӯҳи III (n=170)	60 (35%)	110 (65%)	29 (17%)	11 (17%)	24 (37%)	30 (46%)	11,90,±4,05
Гурӯҳи IV (n=74)	23 (31%)	51 (69%)	19 (26%)	20 (27%)	13 (17%)	22 (30%)	13,17±1,01
P	> 0,05*		>0,05**				<0,001***

**Эзоҳ:** 1) натиҷаҳои таъбаоти ОБПЛУКД дар байни гурӯҳҳои III ва IV: A<sup>&</sup>-натиҷаҳои ғайриқаноатбахши таъбаот, B<sup>&&</sup> натиҷаҳои қаноатбахши таъбаот, B<sup>&&&</sup> натиҷаҳои ҳуби таъбаот, Г<sup>&&&&</sup> натиҷаҳои олии таъбаот;

2) аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳои III ва IV: \* - тибқи критерияи дақиқи Фишер; \*\* - тибқи критерияи  $\chi^2$  барои чадвалҳои озод; \*\*\* тибқи U-критерияи Манн-Уитни.

### ХУЛОСАҲО

1. Дар байни 43875 бемори дорои омосҳои гуногун ва протсессҳои омосмонанди сар ва гардан дар солҳои 2010-2022 (дар 13 сол) дар 353 (0,80%) бемор протсессҳои гуногун омосмонанд, омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ПООХБПЛУКД) муайян карда шуд. Дар соҳтори 353 (100%) бемори дорои ПООХБПЛУКД вобаста аз соҳтори морфологӣ онҳо дар 244 (69%) бемор онҳо соҳтори бадсифат, дар 109 (31%) –и беморон соҳтори хушсифат доштанд [1-М,6-М,9-М,13-М,15-М,22-А].

2. Истифодаи усулҳои клиникии таҳқиқот, ТУС, усулҳои рентгенологӣ (интраоралӣ, тибқи нишондод томографияи компютерии (ТК) панорамавӣ) ҳангоми ОХПЛУКД имконият медиҳад, ки моҳияти биологӣ, хусусиятҳои паҳншавии онҳо, аз ҷумла дар узвҳои наздиктарин мушаххас карда шаванд [2-М,3-М,5-М,6-М,13-М,15-М].

3. Истифодаи ТУС, таҳқиқоти рентгенологӣ (тибқи нишондодҳои ТК) аснои таъбаоти номияҳои бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон

(ОБПЛУКД) имконият медиҳад, ки мониторинги объективии муваффақияти усулҳои консервативии табобат гузаронида шавад, ҳамчунин дастраскунии муносиби ҷарроҳӣ интиҳоб ва ҷорабиниҳои профилактикаи дувумӣ ва севумии ОБПЛУКД гузаронида шавад. [1-М,2-М,3-М,7-М,8-М,9-М,10-М,11-М,14-М,16-М].

4. Беморони дорои ОБПЛУКД, ки ба омилҳои хатари ГР2 ва ГР3 дохил мешаванд, бояд диспансеризатсия ва маҳз таҳти муоинаи семоҳаи динамикии табибони ҷарроҳ, стоматологҳо қарор гиранд, сари вақт онҳо барои муайян кардани ОБПЛУКД ба қабули онкологҳо фиристода шаванд [4-М,5-М,6-М,13-М,19-М].

5. Табобати ҷарроҳии омосҳои хушзоти пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон бо оптимизатсияи марҳалаи барқарорсозии ҷарроҳӣ имконият медиҳад, ки натиҷаҳои хуб ва олий аз 64% то 83% ба даст оварда ва сифати ҳаёти беморон аз 91% то 92% беҳтар карда шавад [4-М,5-М,6-М,9-М,13-М,15-М,29-М].

6. Равишҳои омехта ва комплекси табобати ОБПЛУКД бо ворид кардани профилактикаи рушди идомақунанда ва ретсидиви барвақт ва усули муносиби барқарорсозӣ, имконият доданд, ки натиҷаҳои хуб ва олий аз 47% то 83%, ба даст оварда ва сифати ҳаёти беморон аз 74% то 88% беҳтар карда шавад [1-М,2-М,4-М,7-М,8-М,10-М,12-М,13-М,15-М,М-16].

#### **ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Омилҳои калидии профилактикаи номияҳои ковокии даҳон ҷалби фаъолонии табибони стоматолог ва онкологҳо дар гузаронидани корҳои санитарӣ-маърифатӣ мебошад. Самти афзалиятноки ин кор аз ташаққул додан дар байни аҳолии дарки ниҳоят муҳим будани ташхиси барвақт ва таъҷилан мурочиат кардан барои ёрии тиббӣҳангоми муайян кардани ҳама гуна тағйиротҳои патологӣ дар бофтаҳо ва узвҳои ковокии даҳон иборат аст.

2. Ҳангоми ба нақша гирифтани корҳои муолиҷавӣ дар клиникаи онкологӣ ба ҳисоб гирифтани зарур аст, ки контингенти асосии беморони дорои омосҳои пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон беморони дорои номияҳои бадсифат ва хушсифат мебошанд.

3. Ҳангоми ташхиси омосҳои пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон дар баробари баҳо додан ба симптоматикаи клиникаи беморӣ дар алгоритми амалҳои нишондиҳанда истифода намудани усулҳои визуализатсия зарур аст: ТУС, рентгенографияи интраоралӣ, рентгенографияи панорамавӣ, тибқи нишондод ТК, ТМР.

4. Бо мақсади баланд бардоштани сатҳи иттилоотнок, ташхиси тафриқавии омосҳои пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон ба таври васеъ истифода кардани тазриқ тавассути сӯзанинозук ва дар ҳолатҳои мураккаббиопсияи тазриқӣ таҳти назорати ТУС зарур аст.

5. Пас аз анҷом додани ҷарроҳӣ, ҳатто агар табиб ба хушсифат будани хусмусиятҳои омосҳои пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон боварӣ ҳам дошта бошад, микропрепарати гирифташударо барои таҳқиқи патогистологӣ фиристодан зарур мебошад.

6. Бо мақсади барқарор намудани пардаи луобии ковокии даҳон пас аз буридани омосҳои хушсифат ва бадсифат ҳангоми мавҷуд будани нуксонҳои на чандон калон трансплантати пӯстӣ-зерипӯстии мавзеи бинӣ-лабҳои рухсораро истифода намудан мумкин аст.

7. Бо мақсади профилактикаи ретсидивҳо ва рушди идомаёбандаи омосҳои хушсифат ва бадсифати омосҳои пардаи луобии ковокии даҳон истифодаи табобати дохилибофтавӣ бо усули инфилтратсияи бофтаҳои зерин омосҳо дохил кардани 20 мл маҳлули физиологӣ бо илова намудани 500 мг фторуратсил (антиметаболитҳои гурӯҳи антагонистҳои пиримидин) тавсия карда мешавад.

8. Бо мақсади анҷом додани табобати консервативии ларинготрахеитҳои то чарроҳӣ ва пас аз чарроҳӣ баъди чарроҳии трахеотомияи беморон барои онҳо омехтаи доругӣ дар асоси рағани офтобпараст (200 мл) бо компонентҳои зерин тавсия карда мешавад: хокаи кислотаи бор- 5,0 г; левомитсетин (хока аз 4 курси 0,5 г); метилуратсил (4 курси 0,5 г.); химотрипсин -5.0-20мг. Онҳоро ба таври интраларинготрахеалӣ маротиба пас аз шӯстани роҳҳои нафаскашӣ бо маҳлулҳои антисептикҳо ворид месозанд.

## **ИНТИШОРОТ ОИД БА МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ**

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

[1-М] Сайдахмадов Ш.Б. Некоторые аспекты клиники, диагностики и результативности лечения солитарных и первично множественных опухолей кожи носа и носогубной складки (СПМОКННГС) [Текст] / Н.И. Базаров, Ж.А. Кобилов Д.М. Мазхабов, Г.А. Хакимов, Ш.Б. Сайдахмадов, // Здравоохранение Таджикистана – 2023. – № 1:–С.5-12.

[2-М] Сайдахмадов Ш.Б. Хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва оптимизатсияи муолиҷаи ҷарроҳии омосҳо ва равандҳои омосмонанди забон [Матн] / Ш.Б. Сайдахмадов // Авҷи Зухал – 2023. – № 4:–С.73-80.

[3-М] Сайдахмадов Ш.Б. Некоторые особенности клиники и оценки результатов лечения при доброкачественных опухолях слизистой оболочки и органов полости рта по данным обращаемости в ГУ Республиканский онкологический научный центр [Текст] / Сайдахмадов Ш.Б. Н.И. Базаров, Ж.А. Кобилов Ф.З. Курбонов, А. Кодирӣ, Ш.Б. Сайдахмадов // Симург – 2024. – № 1:–С.32-40.

### **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмуаҳои конференсияҳо нашршуда**

[4-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов // Сборник статей первого «Международного медицинского конгресса государств Евразии» Душанбе. -2022. –С.30.

[5-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов // Сборник статей первого

«Международного медицинского конгресса государств Евразии» Душанбе. - 2022. –С.57.

[6-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов // Сборник статей первого «Международного медицинского конгресса государств Евразии» Душанбе. - 2022. –С.93.

[7-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ предотвращения продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Н.М. Рахимов // Сборник статей юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино «Современная медицина: традиции и инновации», с международным участием Душанбе. -2022. –С.71-73.

[8-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ предупреждения продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка (ЗОЯ). / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Р.И.Юльчиев // Сборник статей юбилейной(70-ой) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино «Современная медицина: традиции и инновации», с международным участием Душанбе. -2022. –С.73-74.

[9-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ воссоздания слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей. / Ш.Б. Сайдахмадов, Н.И. Базаров, Ф.И. Салимов // Сборник статей юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино «Современная медицина: традиции и инновации», с международным участием Душанбе. -2022. –С. 405-407.

[10-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ оптимизации профилактики продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов. // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение» Материалы республиканской научно-практической конференции (111-годовая) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвящённой 30-летию ХУ1-ой сессии Верховного Совета Республики. Дангара – 2022. –С.31.

[11-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Оптимизация метода восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей/ Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов. // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение» Материалы республиканской научно-практической конференции (111- годовая) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвящённой 30-летию ХУ1-ой сессии Верховного Совета Республики. Дангара – 2022.–С.32.

[12-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Усовершенствование профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка (ЗОЯ) / Ж.А. Кобилов,Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов. // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение» Материалы

республиканской научно-практической конференции (111- годовичная) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвящённой 30-летию XV1-ой сессии Верховного Совета Республики. Дангара – 2022.–С.63-64.

[13-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Улучшение профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка (ЗОЯ) / Ж.А. Кобилов, Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов. // «Состояние стоматологической помощи детям, проблемы и пути их решения» Сборник материалов научно-практической конференции ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Душанбе – 2022. –С.40.

[14-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта / Ш.Б. Сайдахмадов, Н.И. Базаров, Ж.А. Кобилов. // «Состояние стоматологической помощи детям, проблемы и пути их решения» Сборник материалов научно-практической конференции ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Душанбе – 2022. –С.41.

[15-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Усовершенствование метода восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей / Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов, Ж.А. Кобилов. // «Состояние стоматологической помощи детям, проблемы и пути их решения» Сборник материалов научно-практической конференции ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Душанбе – 2022. –С.41-42.

[16-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ хирургического гемостаза во время оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка / Ж.А. Кобилов, Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов. // Симпозиум актуальные проблемы онкологии с международным участием (сборник статей). Душанбе – 2023. –С.92-94.

[17-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ остановки кровотечения во время оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка / Н.И. Базаров, Ж.А. Кобилов, Ш.Б. Сайдахмадов // Сборник материалов научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской стоматологии и ортодонтии: проблемы и перспективы их развития» г.Турсунзаде – 2023. – С.38-41.

[18-М] Сайдахмадов Ш.Б. Особенности распространённости и рецидивы злокачественных опухолей мягких тканей головы и шеи (ЗОМТГШ) / Ш.Б. Сайдахмадов, Н.И. Базаров, Н.М, Рахимов // Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годовичной) «Инновации в медицине: от науки к практике», с международным участием ТОМ 1 (хирургические дисциплины, терапевтические дисциплины и педиатрия) Душанбе – 2023. –С.282-283.

[19-М]. Сайдахмадов Ш.Б.Способ оптимизации заживления послеоперационной раны после иссечения злокачественных опухолей слизистой и органов полости рта (ЗОСОПР)/ Н.И. Базаров, И.К. Ниязов, Ф.И

Шукуров и др. // Евразийский онкологический журнал – 2020. – № 2; приложение (online) –С.534.

[20-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ оптимизации хирургического лечения злокачественных опухолей слизистой полости рта (ЗОСПР) / Н.И. Базаров, И.К. Ниязов, Ф.И Шукуров и др. // Евразийский онкологический журнал – 2020. – № 2; приложение (online) –С.535.

[21-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка (ЗОЯ) / Н.И. Базаров, И.К. Ниязов. Ф.И Шукуров и др. // Евразийский онкологический журнал – 2020. – № 2; приложение (online) –С.536.

[22-М]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ хирургического гемостаза во время оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка (ООПЛЯ) / Н.И.Базаров, И.К. Ниязов, Ф.И Шукуров и др. // Евразийский онкологический журнал – 2020. – № 2; приложение (online) –С.537.

## **РЎЙХАТИ ИХТИСОРАҲО, АЛОМАТҲОИ ШАРТӢ**

**ДДТТ** – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино

**ДЯЛ** –дозаи яккаратаи лонавӣ

**КМТ** – корманди миёнаи тиббӣ

**МД «МИҶО» ВТ ва ҲИА ҚТ** – МД «Маркази илмии ҷумҳуриявӣ онкология» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии

**МИОР**–Маркази илмии онкологияи Россия

**НБ**-номияи бадсифат

**ОБПЛУКД** – омосҳои бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон

**ОХПЛУКД** – омосҳои хушсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон

**ПООХБПЛУКД** –протсессҳои омосмонанд, омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон

**ТК**-томографияи компютерӣ

**ТМР** – томография магнитнӣ-резонансӣ

**ТУС** – таҳқиқоти ултрасадоӣ

**ТУТ** – Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ

**ТФШ** – табобати фосилавии шуой

**ХИСЛДШ** –химиоинфузияи суперселективии дохилишарёнӣ

**ШР** – шохиси резистентнокӣ

**ҚТ** – Ҷумҳурии Тоҷикистон

**ТФД** – табобати фотодинамикӣ

**АННОТАЦИЯ**  
**Сайдахмадова Шеравлиё Бозоралиевича**  
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ**  
**ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ**  
**РТА (ОСООПР)**

**Ключевые слова:** клиника, диагностика, факторов риска, профилактика, оценка эффективности лечения опухолей слизистой оболочки и органов полости рта.

**Цель исследования.** Улучшить профилактику, распознавание и результаты лечения ОСООПР.

**Методы исследования:** изучена по обращаемости частота, удельный вес ОСООПР в структуре опухолей головы и шеи в РТ. Изучены особенности клиники, - диагностика, патогистологии и проведена сравнительная оценка эффективности лечения, 127 пациентов с доброкачественными и злокачественными ОСООПР (ДЗСООПР).

**Полученные результаты и их новизна:** Среди 43875 пациентов с различными опухолями и опухолеподобными процессами головы и шеи с 2010-2022 годы (за 13 лет) у 353 (0,80%) больных были установлены различные опухолеподобные процессы, доброкачественные и злокачественные опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ООПДЗСООПР). В структуре 353 (100%) больных с ООПДЗСООПР в зависимости от их морфологического строения у 244 (69%) больных они имели злокачественное строение, а у 109 (31%) больных доброкачественное строение. Применение клинических методов исследования, УЗИ, рентгенологических (интродоральный, панорамной по показаниям компьютерной томографии (КТ)) при доброкачественных опухолях слизистой оболочки и органов полости рта (ДОСООПР), позволяет уточнить биологическую сущность, особенности их распространения, в частности в близлежащие органы. Использование УЗИ, КТ исследования во время лечения при злокачественных новообразованиях слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОСООПР) позволяет проводить объективный мониторинг успешности консервативных методов терапии. Выбрать адекватный хирургический доступ и проведение мер профилактики ЗОСООПР. Больные с ДОСООПР, входящие в ГР2 и ГР3 факторов риска, подлежат диспансеризации, а именно ежеквартальному динамическому наблюдению у врачей хирургов, стоматологов, и своевременному направлению их к онкологам для своевременного установления ЗОСООПР. Хирургическое лечение ДОСООПР с оптимизацией восстановительного этапа операции позволяет получить хороший и отменный результаты. Оптимизация лечения ЗОСООПР с применением: а) внутритканевой химиотерапии для профилактики продолженного роста, раннего рецидива; б) адекватного восстановительного способа позволило получить хороший и отменный результаты терапии от 47% до 83%. Кроме того уменьшить рецидивы на 6%, а также и улучшить качество жизни пациентов от 74% до 88% от 64% до 83% и улучшить качество жизни больных от 91% до 92%.

**Рекомендации по использованию:** теоретические, методические положения, выводы и рекомендации представленные в диссертации, могут использоваться в учебном процессе: медицинских ВУЗов. Для клинической практики разработан алгоритм профилактики, диагностики, лечения и способы восстановления после операции при ДЗСООПР.

**Область применения:** стоматология, онкология.



## АННОТАТСИЯИ

### Сайдахмадова Шеравлиё Бозоралиевича ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ, ТАШХИС, ТАБОБАТИ ОМОСҲОИ ПАРДАИ ЛУОБӢ ВА УЗВҲОИ КОВОКИИ ДАҲОН (ОПЛУКД)

**Калимаҳои калидӣ:** клиника, ташхис, омилҳои хатар, профилактика, баҳодихӣ ба самаранокии табобати омосҳои пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон.

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар сохтани профилактика, шинохтан ва натиҷаҳои табобати ОПЛУКД.

**Усулҳои таҳқиқот:** тибқи мурочиат басомад, вазни ҳолиси ОПЛУКД дар сохтори омосҳои сару гардан дар ҚТ омӯхта шуд. Хусусиятҳои клиникӣ ташхисӣ ва патогистология омӯхта, арзёбии муқоисавии самаранокии табобати 127 бемори дорои ОПЛУКД-и хушсифат ва бадсифат гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои ҳосилшуда ва нағсонии онҳо:** Дар байни 43875 бемори дорои омосҳои гуногун ва протсессҳои омосмонанди сар ва гардан дар солҳои 2010-2022 (дар 13 сол) дар 353 (0,80%) бемор протсессҳои гуногуни омосмонанд, омосҳои хушсифат ва бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ПООХБПЛУКД) муайян карда шуд. Дар сохтори 353 (100%) бемори дорои ПООХБПЛУКД вобаста аз сохтори морфологии онҳо дар 244 (69%) бемор онҳо сохтори бадсифат, дар 109 (31%) –и беморон сохтори хушсифат дошанд.

Истифодаи усулҳои клиникӣ таҳқиқот, ТУС, усулҳои рентгенологӣ (интраоралӣ, тибқи нишондод томографияи компютери (ТК) панорамавӣ) ҳангоми ОХПЛУКД имконият медиҳад, ки моҳияти биологӣ, хусусиятҳои паҳншавии онҳо, аз ҷумла дар узвҳои наздиктарин мушаххас карда шавад. Истифодаи ТУС, таҳқиқоти рентгенологӣ (тибқи нишондодҳои ТК) аснои табобати номияҳои бадсифати пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон (ОБПЛУКД) имконият медиҳад, ки мониторинги объективии муваффақияти усулҳои консервативии табобат гузаронида шавад. Дастраскунии муносиби ҷарроҳӣ интиҳоб ва ҷорабиниҳои профилактикии ОБПЛУКД гузаронида шавад. Беморони дорои ОБПЛУКД, ки ба омилҳои хатари ГР2 ва ГР3 дохил мешаванд, бояд диспансеризатсия ва маҳз таҳти муоинаи семоҳаи динамикии табибони ҷарроҳ, стоматологҳо қарор гиранд, сари вақт онҳо барои муайян кардани ОБПЛУКД ба қабули онкологҳо фиристода шаванд.

Табобати ҷарроҳии омосҳои хушзоти пардаи луобӣ ва узвҳои ковокии даҳон бо оптимизатсияи марҳалаи барқарорсозии ҷарроҳӣ имконият медиҳад, ки натиҷаҳои хуб ва олий% ба даст оварда шавад. аз 64% то 83% ба даст оварда ва сифати ҳаёти беморон аз 91% то 92% беҳтар карда. Оптимизация лечения ЗОСООПРс применением: а) внутритканевой химиотерапии для профилактики продолженного роста, раннего рецидива; б) усугли муносиби барқарорсозӣ имконият дод, ки натиҷаҳои хуб ва олий аз 47% то 83% ба даст оварда шавад. Ғайр аз ин, ретсидивҳо то 6% кам карда шаванд, ҳамчунин сифати ҳаёти беморон аз 74% то 88%, аз 64% то 83% ва аз 91 то 92% беҳтар карда шавад.

**Тавсияҳо барои истифодабарӣ:** нуқтаҳои назариявӣ, методӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия пешниҳод кардашударо дар раванди таълими макотиби олии тиббӣ мавриди истифода қарор додан мумкин аст. Барои амалияи клиникӣ алгоритми профилактика, ташхис, табобат ва усулҳои барқарорсозӣ пас аз ҷарроҳӣ ҳангоми ОХПЛУКД таҳия карда шудааст.

**Соҳаи истифода:** стоматология, онкология.

## ANNOTATION

SaydakhmadovSheravliyoBozoraliyevich

### FEATURES OF THE CLINIC, DIAGNOSIS, TREATMENT OF TUMORS OF THE MUCOUS MEMBRANE AND ORAL ORGANS (TMMOO)

**Keywords:** clinic, diagnostics, risk factors, prevention, assessment of effectiveness of mucosal and oral tumors treatment

**Purpose of the study.**To improve prevention, recognition and treatment outcomes of TMMOO.

**Research methods:**the specific weight of TMMOO in the structure of head and neck tumors in RT was studied by frequency reversibility. The features of the clinic, diagnosis, pathohistology were studied and a comparative assessment of the effectiveness of treatment of 127 patients with benign and malignant TMMOO (BMTMMOO) was carried out.

**The obtained results and their novelty:** Among 43875 patients with various tumors and tumor-like processes of the head and neck from 2010-2022 (over 13 years), in 353 (0.80%) patients were diagnosed various tumor-like processes, benign and malignant tumors of the mucous membrane and oral organs (TLPBMTMMOO). In the structure of 353 (100%) patients with TLPBMTMMOO, depending on their morphological structure in 244 (69%) patients they had a malignant structure, and in 109 (31%) patients they had a benign structure. The use of clinical research methods, ultrasound, X-ray (introorals, panoramic computed tomography (CT)) in benign tumors of the mucous membrane and oral organs (BTMMOO), allow to clarify the biological essence, the features of their distribution, in particular to nearby organs. The use of ultrasound, CT examination during the treatment of malignant neoplasms of the mucous membrane and oral organs (MNMMOO)allow objective monitoring of the success of conservative methods of therapy. Select adequate surgical access and implementation of MNMMOOprevention measures. Patients with BTMMOOincluded to the GR2 and GR3, of risk factors should undergo clinical examination, namely, quarterly dynamic observation by surgeons, dentists, and their timely referral to oncologists for timely establishment of MNMMOO. Surgical treatment of BTMMOOwith optimization of the recovery stage of the operation allows to get good and excellent results. Optimization of the treatment of MNMMOO using: a) within tissue chemotherapy for the prevention of prolonged growth, early recurrence; b) an adequate recovery method allowed to obtain good and excellent therapy results from 47% to 83%. In addition, reduce relapses by 6%, as well as improve the quality of life of patients from 74% to 88%%, from 64% to 83% and improve the quality of life of patients from 91% to 92%.

**Recommendations for use:** theoretical, methodological provisions, conclusions and recommendations presented in the dissertation can be used in the educational process: medical universities. The algorithm for prevention, diagnostics, treatment and methods of recovery after surgery in BMTMMOOhas been developed for clinical practice.

**Scope:** dentistry, oncology.