

**ГУ «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**

ДИССЕРТАЦИЯ

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

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор Базаров Н.И.

Научный консультант:
кандидат медицинских наук,
доцент Джонибекова Р.Н.

Душанбе – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

Перечень сокращений и условных обозначений.....	5
Введение.....	6
Общая характеристика исследования.....	10
ГЛАВА 1. Обзор литературы (общие и частные вопросы этиологии, клиники, диагностики, лечения, реабилитации при опухолях слизистой оболочки и органов полости рта).....	16
1.1. Современные аспекты этиологии, клиники, диагностики, опухолей слизистой оболочки и органов полости рта.....	16
1.2. Современные аспекты лечения, реабилитации опухолей слизистой оболочки и органов полости рта.....	23
ГЛАВА 2. Материал и методы исследования.....	49
2.1. Результаты изучения архивного материала о частоте, локализации, характере морфологического строения, распространённости, причине рецидивов доброкачественных по обращаемости в Государственное учреждение Республиканский онкологический научный центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУОНЦ МЗ и СЗН РТ).....	49
2.2. Результаты изучения архивного материала о частоте, локализации, характере морфологического строения, распространённости, причине рецидивов злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта (ДЗОСООПР) по обращаемости в Государственное учреждение Республиканский онкологический научный центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУОНЦ МЗ и СЗН РТ).....	58
ГЛАВА 3. Собственные материалы и методы исследования больных с опухолями слизистой оболочки и органов полости рта.....	73

3.1.Общая характеристика клинического материала и методов исследования больных с опухолеподобными процессами, доброкачественными и злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ОППДЗОСООПР).....	73
3.2.Профилактика,факторы риска, оценка качества жизни, эффективности терапии и способы медицинской статистики у больных с опухолеподобными процессами, доброкачественными и злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ОППДЗОСООПР).....	78
ГЛАВА 4. Особенности клинического проявления, роль факторов риска в развитии и алгоритм диагностики доброкачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта.....	85
4.1.Сравнительный анализ особенности клинического проявления доброкачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и органов полости рта (ДОСОПРОПР).....	85
4.2. Профилактика, роль факторов риска и алгоритм диагностики доброкачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и органов полости рта (ДОСОПРОПР).....	104
4.3. Сравнительная оценка эффективности и пути оптимизации Лечения доброкачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта.....	110
ГЛАВА 5. Клинические особенности и лечение злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов ротовой полости: роль факторов риска и диагностический алгоритм.....	120
5.1.Сравнительный анализ особенности клинического проявления злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОСОПРОПР).....	120
5.2. Профилактика, роль факторов риска и алгоритм диагностики злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и органов	

полости рта (ЗОСОПРОПР).....	139
5.3. Сравнительная оценка эффективности и алгоритм лечения злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта.....	145
ГЛАВА 6. Обзор результатов исследования.....	171
Выводы.....	181
Рекомендации по практическому использованию результатов.....	183
Список литературы	185
Публикации по теме диссертации.....	199

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

ОПДЗОСООПР –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 внутри артериальная химиоинфузия

СМП – средний медицинский персонал

ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФДТ – фотодинамическая терапия

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. 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, uvулу 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; Базаров Н.И.,2018; Дворникова Т.С.,2000; Каприна А.Д.,2015; Махмудова Н.М.,2020;].

Согласно исследованиям [Мамедов А.Н.,2020;], рак полости рта является относительно редким заболеванием 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 зарубежных 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. 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 (ОППДЗОСООПР). 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 выше изложенное 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, и входит в перечень приоритетных направлений научных исследований в РТ (Программа инновационного развития РТ, утверждённая постановлением Правительства РТ №227 от 30 апреля 2011).

Общая характеристика работы

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

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ новообразований слизистой оболочки и структур ротовой полости по материалам ГУ РОНЦ МЗ и СЗНРТ 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 пациентов с доброкачественными, злокачественными опухолями и опухолеподобными процессами слизистой оболочки и органов полости рта (ДЗООПСООПР).

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

Научная новизна исследования: 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 клинико-anamnestических 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 клинический 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 изучена 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 клинико-anamnestических морфологических проявлений, распространённость, роль факторов риска в развитии, первичной профилактики и алгоритм диагностики ДЗООПСООПР.

Аргументирована высокая информативность клинических, 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. Авторами проведено 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 научном обществе 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 (111- годовичная) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Посвящённой 30-летию XV1-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 годовичной) «Инновации в медицине: от науки к практике», с международным участием (Душанбе, 2023).

На заседания Учённого совета ГУ научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии протокол № 4 от 05.06.2024 г.

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

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 206 страницах компьютерного текста шрифтом «Times New Roman», 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 источников, из них 76 источников стран СНГ и 67 иностранных авторов.

ГЛАВА 1. Современные аспекты этиологии, клиники, диагностики, лечения, реабилитации опухолей слизистой оболочки и органов полости рта (Обзор литературы)

1.1. Современные аспекты этиологии, клиники, диагностики, опухолей слизистой оболочки и органов полости рта

Полость рта, как начальный сегмент пищеварительной системы, характеризуется уникальными анатомическими и топографическими особенностями. Она состоит из таких органов и тканей, как губы, язык, дно ротовой полости, верхняя и нижняя челюсти, щеки, твёрдое и мягкое нёбо, язычок и передние небные дужки. В этих структурах на слизистой оболочке часто происходит развитие множества доброкачественных и опухолеподобных новообразований, которые обнаруживаются в 3% до 13% клинических случаев. Среди них такие, как гемангиомы, фибромы, папилломы, миксомы, эпулиды, аденомы из малых слюнных желёз, лейкоплакия, гиперпластические и другие процессы, которые требуют большого внимания с точки зрения первичной и вторичной профилактики рака этой области [2,3,4,5,6,7]. На сегодняшний день в литературе хорошо описаны частота и клинические особенности, а также методы диагностики, лечения и влияние на качество жизни при злокачественных опухолях слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОООПР), в отличие от доброкачественных опухолей этих же структур (ДОООПР) [7,8].

Злокачественные новообразования данной локализации составляют от 2 до 10% всех онкологических заболеваний человека. Особую тревогу вызывает тот факт, что 80-90% пациентов обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания (Т3-Т4), что часто требует проведения не только хирургического, но и комбинированного, сочетанного, комплексного или даже паллиативного лечения [1,15,19,20,23,25,55,68,73,81].

Эпидемиологические исследования подчеркивают, что заболеваемость злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта

(ЗОСООПР) корректирует с различными факторами, включая условия окружающей среды, бытовые привычки и особенности питания. В европейской части России индекс заболеваемости составляет от 1,3 до 2,7 на 100 тысяч населения. В странах Средней Азии этот показатель возрастает до 4,3 на 100 тысяч населения. В Российской Федерации заболеваемость ЗОСООПР составляет от 2% до 4% от общего числа злокачественных новообразований. В Узбекистане этот показатель достигает 8,7%, что значительно превышает показатели большинства других регионов. В Индии доля ЗОСООПР в структуре всех злокачественных опухолей составляет 52%, что является одним из самых высоких показателей в мире. В Соединенных Штатах Америки пациенты с ЗОСООПР составляют 8% от всех онкологических больных [10,11,28,37,46,69].

Согласно данным исследования [46], рак органов и тканей ротовой полости в Нахичеванской автономной республике Азербайджана встречается относительно редко, как среди мужчин, так и среди женщин, с экстенсивными показателями заболеваемости, составляющими 0,9% и 0,8% соответственно. Анализ показателя поражённости на 100000 населения показывает, что заболеваемость среди мужчин в два раза выше, чем среди женщин (5,3 против 2,6). Исследование выявило, что наибольшая заболеваемость раком полости рта среди мужчин наблюдается в возрастной группе 40-49 лет (0,9 на 100000 населения), тогда как среди женщин — в возрастной группе 50-59 лет (0,8 на 100000 населения). Эти данные подчеркивают необходимость повышенной онкологической бдительности и организации целенаправленных профилактических осмотров населения для раннего выявления заболевания в указанных возрастных группах. Исходя из данных исследования [68], можно отметить растущую тенденцию заболеваемости и смертности от рака органов полости рта на мировом уровне. В структуре онкологических заболеваний данный вид рака составляет 2,3%. Ежегодно диагностируется около 90 тысяч новых случаев рака этой локализации. После применения комбинированных и комплексных

методов лечения местные рецидивы заболевания фиксируются в 25-40% случаев, что подчеркивает сложности в управлении и контроле этой патологии. Более того, у 40-75% больных происходит формирование региональных метастазов, что значительно усложняет процесс лечения и ухудшает прогностические показатели. Отдаленное метастазирование встречается у 15% больных, что также требует повышенного внимания к стратегиям мониторинга и последующего лечения.

Согласно данным исследований, Республика Беларусь является одним из регионов с высокой частотой злокачественных новообразований губ, языка, ротовой полости и глотки [70]. В 2018 году уровень заболеваемости этими видами рака достиг 11,2 случая на 100 000 населения. Несмотря на возможность проведения визуального осмотра и пальпации этих опухолей, они зачастую обнаруживаются на поздних стадиях развития. У 50-70% пациентов заболевание проявляется в местно-распространенной форме, что существенно снижает шансы на успешное радикальное лечение и увеличивает вероятность ранних рецидивов. В первые два года после лечения рецидивы возникают в 25-50% случаев, при этом нередко требуется переход к паллиативной помощи.

К факторам риска, которые способствуют развитию предраковых состояний и последующих злокачественных новообразований полости рта (ЗОСООПР), относятся: А) Курение. Табак и табачный дым включают в себя канцерогенные вещества, такие как фенол, бензпирен, фенантрен и креозот, которые вредят слизистой оболочке ротовой полости и повышают риск развития рака. Кроме того, в табаке присутствует элемент полоний, который испускает гамма-лучи. Это приводит к тому, что концентрация полония в моче курящих людей в шесть раз превышает уровень у некурящих. Кроме всего, в дыме табака обнаружены радиоактивный свинец ^{210}Pb и висмут ^{210}Bi , излучающие β -частицы. Среди пациентов с заболеваниями ЗОСООПР доля курильщиков составляет примерно 45-80%. Дополнительные факторы риска включают использование бездымного табака, известного как нас, который

состоит из мелко нарезанного табака, гашеной извести, золы и добавления таких масел, как хлопковое, кунжутное или минеральное. Еще один рискованный продукт — жвачка "бетель", состоящая из листьев кустарника бетель, плодов ореховой пальмы, листьев табака и гашеной извести. Эта смесь может вызывать серьезные химические ожоги слизистой оболочки. Это, в свою очередь, увеличивает риск развития предраковых состояний и злокачественных новообразований полости рта;. Г) Механическая травма слизистой оболочки, особенно языка, вызванная острыми краями кариозных зубов, протезов, злоупотребление алкоголем, пристрастие к слишком горячей и острой пище и напиткам (чай, кофе, молоко и т.д.) приводят к развитию различных опухолей [11,12,16,25,27,29,53,56]. ЗОСООПР развивается у мужчин в 5-7 раз чаще, чем у женщин. Заболеваемость ЗОСООПР наиболее высока среди лиц в возрастной группе 60–70 лет, причём начиная с 40 лет наблюдается увеличение числа случаев, которое снижается после 70 лет. Однако, как отмечает А.И. Пачес, ЗОСООПР могут встречаться и у детей, включая даже 4-летних. В анализе распределения злокачественных опухолей по анатомическим зонам выявлено следующее: язык затронут в 65% случаев среди всех диагностированных злокачественных образований; 12,9% приходится на новообразования слизистой оболочки ротовой полости и щек; на дно полости рта приходится 10,9% случаев; опухоли альвеолярных отростков верхней челюсти и твёрдого нёба составляют 8,9%; мягкое нёбо затронут в 6,2% случаев; слизистая альвеолярного отростка нижней челюсти поражена в 5,9% случаев; язычок мягкого нёба затронут в 1,5% случаев; передние нёбные дужки поражены в 1,3% случаев [12, 15, 29, 37, 54, 72,73,75].

Среди ЗОСООПР преобладают эпителиальные опухоли, включая плоскоклеточный рак, который является наиболее частой формой. В его состав входят различные морфологические варианты: а) Веррукозная карцинома — отличается медленным ростом и относительной редкостью метастазирования; б) Веретенклеточная карцинома — характеризуется

наличием веретенообразных клеток, может быть более агрессивной; в) Переходно-клеточный *рак* (лимфоэпителиома) — чаще встречается с вовлечением лимфоидной ткани и может проявляться более высокой степенью агрессивности. Кроме того, значительно реже встречаются такие опухоли, как меланомы и саркомы [10,11,12,15,22,28, 37,101,122,135].

При ЗОСООПР выделяют три основные анатомические формы: а) язвенная, б) узловая, в) папиллярная. В развитой стадии ЗОСООПР могут сопровождаться болями различной интенсивности, однако в некоторых случаях даже крупные опухоли могут протекать без болевого синдрома. Боли часто локализованы и могут иррадиировать в ухо и височную область. Кроме того, отмечается увеличение слюноотделения, вызванное раздражением слизистой оболочки продуктами распада опухоли [12,15, 56,74,87].

Для диагностики ЗОСООПР применяется комплексный подход, начиная с тщательного анамнеза и осмотра пациента. Осмотр проводится в условиях хорошей освещённости и включает традиционные методы, такие как пальпация, включая бимануальную, а также использование стоматоскопа и рентгенологического обследования. Современные диагностические методы, такие как КТ, ультразвуковое сканирование и ядерная МРТ, играют ключевую роль в определении степени распространённости опухолей в мышечные ткани и другие анатомические области полости рта. Эти данные необходимы для разработки оптимального плана лечения. Важную роль в диагностике играют также специфические лабораторные тесты и биопсия, которая позволяет подтвердить наличие злокачественных клеток. Среди ЗОСООПР наибольшее распространение имеют эпителиальные опухоли, большинство из которых представляют собой плоскоклеточный ороговевающий рак, составляющий 90-95% случаев.

В рамках классификации плоскоклеточного рака выделяют несколько разновидностей, каждая из которых имеет свои особенности морфологии и агрессивности:

1. Веррукозная карцинома, или ороговевающий плоскоклеточный рак, отличается образованием плотных слоев ороговевшего эпителия. Эти слои формируют эндофитные выросты, которые образуют структуры, называемые "раковыми жемчужинами". Данная форма рака особенно агрессивна в отношении окружающих тканей.

2. Неороговевающий плоскоклеточный рак - характеризуется пролиферацией атипичных слоев плоскоэпителиальных клеток, при этом отсутствуют характерные для ороговевающего рака "раковые жемчужины". Эта форма рака считается более агрессивной и злокачественной по сравнению с ороговевающим плоскоклеточным раком.

3. Низкодифференцированный рак характеризуется присутствием веретенообразных клеток, внешне напоминающих саркому, что иногда вызывает ошибки в диагностике из-за визуального сходства с другими формами онкологических заболеваний.

Эти разновидности плоскоклеточного рака показывают различную степень злокачественности, и низкодифференцированный рак является наиболее агрессивной формой среди указанных типов эпителиального рака.

Хотя плоскоклеточный рак является наиболее часто встречающимся типом злокачественных новообразований полости рта, существуют также более редкие виды рака, такие как интраэпителиальная карцинома, саркомы и меланомы. В ответ на критическую необходимость улучшения раннего выявления этих заболеваний был разработан специализированный диагностический алгоритм для пациентов, у которых есть подозрения на злокачественные новообразования ротовой полости [22]. Дополнительно было создано новое устройство, предназначенное для выполнения биопсий тканей слизистой оболочки ротовой полости, что обеспечивает гистологическую верификацию диагноза, повышая тем самым точность диагностических процедур.

В 2020 году команда исследователей [32] изучали этиологические факторы, способствующие развитию предраковых состояний и

злокачественных новообразований полости рта. Исследование включало 1089 пациентов, которые проходили лечение в последние 10 лет по поводу различных патологий слизистой оболочки рта, включая злокачественные и доброкачественные опухоли, а также предраковые состояния. В ходе исследования были получены следующие результаты: злокачественные новообразования идентифицированы у 221 пациента, что составляет 20,3% от общего числа больных. Доброкачественные новообразования были выявлены у 669 пациентов, что составляет 61,4% от общего числа обследованных, в то время как предраковые состояния обнаружены у 199 пациентов или 18,3%. Анализ данных указывает на то, что доброкачественные опухоли чаще обнаруживаются у женщин, тогда как злокачественные новообразования более характерны для мужчин. Предраковые состояния распределялись примерно поровну между обоими полами. Среди молодых людей чаще встречаются доброкачественные опухоли и предраковые заболевания, чем злокачественные новообразования. Основная часть пациентов с злокачественными опухолями (62%) находится в возрастной группе от 50 до 69 лет, в то время как только 13% больных с такими диагнозами младше 40 лет. Пациенты с доброкачественными новообразованиями и предраковыми состояниями в среднем были моложе — 36,5 и 42,3 года соответственно, в то время как возраст больных с злокачественными опухолями составлял в среднем 55,2 года. Этнические особенности также отмечены: злокачественные новообразования чаще встречались среди представителей киргизской, узбекской и русской национальностей. Предраковые состояния были равномерно распределены среди всех этнических групп. Основными местами локализации новообразований оказались слизистая оболочка языка, дно полости рта и альвеолярные отростки челюстей

Исследование [58], проведенное в 2020 году, посвящено анализу роли биопсии сторожевого лимфоузла в контексте плоскоклеточного рака ротовой полости. Наличие метастазов в лимфоузлах шеи является серьезным неблагоприятным прогностическим фактором для пациентов, страдающих

этим видом рака. Вопрос о целесообразности профилактической лимфаденэктомии шеи при начальных стадиях рака полости рта (T1-T2) продолжает быть актуальным для медицинского сообщества. Согласно рекомендациям NCCN, предлагается три различных стратегии управления региональным лимфатическим дренажом: динамическое наблюдение, профилактическая лимфаденэктомия и биопсия сторожевого лимфоузла. В рамках исследования 30 пациентам с раком ротовой полости на стадии T1-T2N0M0 была проведена биопсия сторожевого лимфоузла под контролем радиоизотопной диагностики. Исследователи пришли к выводу, что биопсия сторожевого лимфоузла представляет собой эффективный метод для субклинического выявления метастазов на ранних стадиях (T1-T2) рака ротовой полости. Однако морфологическое исследование в случаях подозрения на ЗНСООПР имеет более широкие задачи, включая определение принадлежности биоптата, гистологическое строение опухоли и дифференциальную диагностику. Дифференциальная диагностика злокачественных и доброкачественных новообразований полости рта (ЗОСООПР) требует четкого различия не только между предраковыми состояниями, но также и с опухолями малых слюнных желез, такими как полиморфная аденома и мукоэпидермоидная опухоль. Эти новообразования обычно локализируются в задних отделах языка и на твёрдом нёбе. Кроме того, важно учитывать и различать специфические и неспецифические воспалительные процессы, которые могут имитировать клинические признаки злокачественных и доброкачественных новообразований.

Опухоли малых слюнных желез обычно проявляются как медленно растущие новообразования, расположенные в стороне от средней линии и имеющие округлую форму. Поверх этих опухолей часто сохраняется неповрежденная слизистая оболочка, что может усложнить раннюю диагностику. Они обладают плотной консистенцией, и окончательный диагноз устанавливается после проведения морфологического исследования биопсий нового материала. Воспалительные процессы в полости рта часто

возникают в ответ на травму от инородных тел. Они могут проявляться образованием болезненного плотного инфильтрата, но обычно хорошо реагируют на противовоспалительное лечение. Заболевания, такие как сифилис и туберкулез слизистой оболочки ротовой полости, встречаются относительно редко и обычно являются вторичными по отношению к основному заболеванию [11,12,22,28,32,58,142].

1.2.Современные аспекты лечения, реабилитации опухолей слизистой оболочки и органов полости рта

В наши дни лечение злокачественных новообразований слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОСООПР) реализуется через различные подходы, включая лучевую терапию, комбинированное лечение, химиотерапию, интегрированное и хирургическое вмешательство, а также паллиативные методы. Лучевой метод лечения (ЛМЛ) используется для 89% пациентов с ЗОСООПР, из которых 72% получают его как основной способ терапии. По рекомендации большинства радиологов-онкологов очаговая доза за период наружного облучения должна составлять 40-45Гр., а внутреннего - 30 Гр, при использовании ЛМЛ. В большинстве исследований использование ЛМЛ при ЗОСООПР T1и T2 (I - II стадиях распространения опухолевого процесса) позволило излечить в течение 5 лет 38-85% больных. Получение хороших результатов связано с использованием сочетанной (дистанционной гамматерапии и внутрисполостной), а также применение при проведении внутрисполостного этапа терапии шланговых аппаратов Агат В-2 и Агат В-3 [11,12,16,17,25,27, 31, 50,56.74]. В настоящее время внутритканевая лучевая терапия ЗОСООПР вновь находит широкое распространение в онкологической практике как самостоятельный метод. Использование источников Co-60, Ir-192, C-137 и др. позволило достичь излечения при T1-T2 в течение 3 лет у 80-90% пациентов, а при не учёте стадийности ЗОСООПР 3-летние сроки наблюдения варьировали от 23 до 54% [12,15,16,25,27,31,50,56].

Результаты ЛМЛ ЗОСООПР при Т3 (III стадии) неудовлетворительные и составляют 16-25%. Поэтому для улучшения результатов ЛМЛ ЗОСООПР используется гипербарическая оксигенизация, СВЧ-гипертермия, модификаторы (метронидазол и др.), контактная нейтронная терапия с использованием источника СГ-252, фотодинамическая терапия, которые позволили повысить 5-летнюю выживаемость с 36,8 до 50% [12,16,25,27, 31,50,56,74,116]. В 2016 году для улучшения клинической эффективности лечения рака слизистой оболочки ротовой полости был проведён курс конформной лучевой терапии, после которого использовалась высокодозная внутритканевая лучевая терапия на аппарате "ГаммаМед". Авторы [50] указывают, что контактная лучевая терапия представляет собой перспективный способ органосохраняющего лечения плоскоклеточного рака данной локализации.

Исследование, опубликованное в 2016 году [50], проводило анализ клинического применения и изучение долгосрочных исходов фотодинамической терапии (ФДТ). В рамках исследования были охвачены 585 пациентов, страдающих разнообразными нозологическими формами, в том числе предопухолевыми состояниями и злокачественными новообразованиями. Продолжительность наблюдений варьировалась от трех месяцев до десяти лет. Результаты исследования подтвердили высокую эффективность ФДТ в лечении не только кожных новообразований, но и цервикальной интраэпителиальной неоплазии II-III степеней, ранних стадий рака, а также предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и ротоглотки.

Исследование 2020 года [57] показывает, что применение стандартных подходов к лечению рака ротовой полости, таких как хирургия и химиолучевая терапия, приводит к рецидивам в 10-47% случаев. Такие методы часто оставляют за собой значительные косметические дефекты и требуют комплексной реабилитации, не всегда достигающей своих целей,

что ведёт к таким последствиям, как сухость во рту, воспаление слизистой, фиброз тканей и остеомиелит.

На этом фоне фотодинамическая терапия (ФДТ) при раке полости рта на начальных стадиях (T1-T2N0M0) выявляется как весьма перспективный и высокоэффективный метод. ФДТ способствует достижению хороших функциональных и эстетических результатов, сохраняя при этом онкологическую адекватность лечения без компромиссов в плане радикальности.

В исследовании [49] 2016 года был проведен анализ долгосрочных исходов лечения у 51 пациента с распространенным раком орофарингеальной области. В ходе лечения этой группы использовалась лучевая терапия с модуляцией интенсивности доз, применялся режим симультанного интегрированного усиления (СОД 66; 60; 54 Гр). В случаях, когда не наблюдалась полная регрессия заболевания, проводилось дополнительное хирургическое вмешательство. Исследователи отметили, что применение модулированной интенсивности доз в лучевой терапии способствовало повышению частоты полного исчезновения опухоли и в целом улучшило исходы лечения у пациентов с этим видом заболевания.

В исследовании [31], проведенном в 2020 году, уточняется, что среди новообразований полости рта и орофарингеальной области наибольшую долю составляют злокачественные опухоли языка. В рамках исследования была применена внутритканевая высоко дозная брахитерапия в качестве части комплексного лечения десяти пациентов с раком языка IV стадии T2-4a N0-2cM0. Целью данного подхода было не только улучшение онкологических результатов, но и максимальное сохранение функциональности органа. Авторы работы приходят к заключению, что брахитерапия представляет собой перспективный способ органосохраняющего лечения плоскоклеточного рака языка.

Комбинированный метод лечения (КМЛ) ЗОСООПР начинается с дистанционной гамма-терапии на первом этапе, за которой следует

хирургическое вмешательство на втором [10,11,12,27,56,66,135]. Предоперационная доза облучения при ЗОСООПР составляет 35-40 грей. При раке языка на стадиях T1–T2 пятилетняя выживаемость после проведения комбинированного лечения составляет от 30 до 65%. В случаях рака дна полости рта эти показатели варьируются в диапазоне от 30 до 53%. Для опухолей альвеолярного отростка нижней челюсти выживаемость значительно выше и достигает 94%. У пациентов с раком щеки пятилетняя выживаемость после КМЛ составляет примерно 65%. Однако при более продвинутых стадиях злокачественных новообразований полости рта (T3-T4), даже с использованием обширных хирургических вмешательств в рамках КМЛ, пятилетняя выживаемость остается относительно низкой и не превышает 35-45% [10,11,12,27,56,66,135].

Исследование, проведенное в 2012 году [27], фокусировалось на оценке эффективности лечебного патоморфоза тканей опухолей органов полости рта в результате лучевой терапии. В рамках исследования лучевая терапия была применена к 178 пациентам (26.5% от общего числа 680 пациентов с злокачественными опухолями полости рта). Аналитический обзор данных показал, что максимальная степень патоморфоза (4-я степень), которая означает полное исчезновение опухолевой ткани, чаще всего встречается у пациентов с раком языка и опухолями альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти. Авторы отмечают, что после лучевой терапии в режиме гипер-фракционированного облучения и после химиолучевой терапии чаще наблюдался лечебный патоморфоз 2 и 3 степени, а лечебный патоморфоз 4 степени отмечен всего у 10(16.1%) больных раком органов ротовой полости.

В исследовании, проведенном в 2016 году [25], оценивалась эффективность консервативных и комбинированных органосохраняющих методов в лечении рака орофарингеальной зоны. В него были включены 166 пациентов с диагнозом новообразований в орофарингеальной области, при этом у всех отсутствовали признаки метастазирования на далёкие расстояния. Перед началом терапевтических вмешательств были изучены 45

потенциальных предикторов эффективности лечения, включая как клинические, так и биологические параметры опухолей. Оценка эффективности происходила по 100-бальной системе. Результаты показали, что благодаря тщательному индивидуальному подходу к выбору метода лечения удалось избежать инвалидизирующих операций у 131 из 166 пациентов (79%), что подтверждает высокую эффективность консервативного и комбинированного лечения в этой группе.

В исследовании 2020 года, проведённом учёными [109,111], изучалась проблема хирургических инфекций (SSIS) у 197 пациентов с новообразованиями головы и шеи. Эти пациенты проходили реконструктивные операции в Национальном онкологическом центре восточной больницы Японии. Анализ показал, что большинство бактерий были идентифицированы, которые сохранялись вокруг кожных и глоточных полей, но без множественной лекарственной устойчивости бактерии. Отдел по пластической хирургии хирургического отделения Rutgers New Jersey Medical School в Нью-Йорке, штат Нью-Джерси, получил аналогичные результаты в исследовании, касающемся проблемы хирургической инфекции (SSI) среди 534 пациентов с опухолями головы и шеи. Исследование выявило, что среди этой категории пациентов также наблюдаются несколько более длительные периоды госпитализации по сравнению с другими группами, что связано с длительно затрачиваемым временем на искусственную вентиляцию лёгких, а также с увеличением числа костно-пластических операций.

Авторы [112] (2013) у трёх пациентов изучили влияние лучевой терапии после дельтопекторальной пластики после иссечения опухолей головы и шеи. При этом у пациентов существенных осложнений после дельтопекторальной пластики не обнаружили.

Исследование [66] 2016 года посвящено актуальной проблеме выбора методов лечения на ранних стадиях рака ротовой полости. Анализ включил ретроспективное изучение данных 302 пациентов с плоскоклеточным раком

слизистой оболочки ротовой полости на стадиях T1-2N0M0. Результаты показали, что применение комбинированного подхода к лечению значительно повышает показатели выживаемости и уменьшает риск прогрессирования заболевания по сравнению с исключительно хирургическим вмешательством. Особенно заметна разница в группе T1, где общая выживаемость при комбинированном лечении составила 96,6%, в то время как при исключительно хирургическом подходе — 79,2%. Эти данные подчеркивают значимость выбора оптимальной тактики лечения для улучшения исходов у пациентов с ранними стадиями рака ротовой полости.

В 2016 году группа исследователей [16] провела анализ, направленный на улучшение сроков лучевой терапии при лечении рака языка, с использованием комплекса сопроводительных мер. В рамках этого комплекса применялись местная ранозаживляющая терапия гелем, тщательная гигиена полости рта, диета с повышенной нутритивной поддержкой, увлажнение слизистой оболочки, а также своевременное применение антибиотиков и индивидуализированные методы обезболивания. Результаты исследования показали, что длительные перерывы в лучевой терапии (более одного месяца) приводят к снижению её терапевтической эффективности. Однако качественно проводимая сопроводительная терапия способствует оптимизации сроков доставки лучевой дозы, что влияет на общий успех лечения.

Химиотерапию при лечении ЗОСООПР используют до хирургического или лучевого лечения с целью уменьшения массы опухоли, повышения чувствительности новообразования к тем или иным методам лечения, профилактики рецидивов и метастазов. Применение хирургического лечения в самостоятельном плане допустимо лишь при минимальной распространённости опухолевого процесса [100,101].

В 2012 году команда учёных [26] оценила эффективность неoadьювантной полихимиотерапии у группы из 140 пациентов (21.9% от всего количества 639 пациентов), страдающих местно-распространённым

раком полости рта (МРРОПР). Результаты исследования подтвердили важность такого подхода в лечении данной патологии, особенно когда используется комбинация цисплатина, 5-фторурацила и блеоцина, что привело к полной регрессии опухоли у $46.1\% \pm 11.5$ пациентов. В ходе исследования также было акцентировано на применении цетуксимаба — моноклонального антитела, блокирующего рецептор EGFR. Это вещество ингибирует сигнальный путь EGFR и косвенно влияет на выработку ростовых факторов, что подчёркивает необходимость определения биомаркеров для выявления резистентности к цетуксимабу. Это направление является перспективным для дальнейших исследований в области онкологии.

В исследовании [44], проведенном в 2020 году, был анализирован мутационный статус гена KRAS у пациентов с плоскоклеточным раком языка и слизистой дна ротовой полости. Результаты этого исследования выявили наличие связи между мутациями в гене KRAS и устойчивостью к лечению препаратом цетуксимаб, который обычно используется в сочетании с моноклональными антителами в химиотерапевтических режимах, а также в рамках стандартной полихимиотерапии. В рамках недавно проведенного исследования, было создано две группы пациентов для оценки эффективности разнообразных методов лечения плоскоклеточного рака, локализованного на языке и дне ротовой полости. В основной группе, насчитывающей 30 человек, использовалась комбинированная терапия, включающая применение цисплатина, 5-фторурацила и цетуксимаба. В контрольной группе также насчитывалось 30 пациентов, которые получали стандартное лечение полихимиотерапией.

Исследователи [44] пришли к выводу, что у пациентов, проявивших резистентность к комбинированной терапии с использованием химиотерапии и моноклональных антител (ХТ+мЦ), уже до начала лечения наблюдалась повышенная частота мутаций в гене KRAS. Это указывает на наличие большего количества опухолевых клеток с мутациями в этом гене. Исследование [52] 2020 года рассматривало уровни VEGF-A и TGF- β в

биопсиях опухолевой ткани у пациентов с плоскоклеточным раком языка и слизистой дна ротовой полости (HNSCC), проходивших химиотерапию в сочетании с цетуксимабом. Исследование показало, что уровни VEGF-A, TGF- β , а также коэффициент соотношения VEGF-A/TGF- β могут служить важными прогностическими индикаторами. Эти биомаркеры могут быть использованы для оценки эффективности химиотерапии и цетуксимаба в лечении больных HNSCC, предоставляя важную информацию для оптимизации лечебных стратегий.

Исследования [53] 2020 года выявили, что факторы роста IGF-1 и IGF-2 имеют значительное митогенное и антиапоптотическое действие, что способствует неоангиогенезу и метастазированию опухолей. Экссессивное производство этих факторов может стимулировать прогрессирование рака. Мониторинг уровней IGF-1 и IGF-2 предложен как потенциальный прогностический инструмент в онкологии. В том же исследовании было обнаружено, что химиотерапия в сочетании с цетуксимабом способствует нормализации уровня IGF-1 у пациентов с плоскоклеточным раком полости рта, сопровождающемся частичной регрессией опухоли.

В исследовании [55], фокусирувавшемся на терапии местнораспространенного рака ротоглотки, проводился анализ не только краткосрочных результатов, но и тех, которые были достигнуты спустя два года после внедрения объемно-модулированной суперселективной внутриартериальной химиотерапии (СВАХ) в комбинации с радиотерапией. Использование этого комплексного метода привело к положительным результатам, что подчеркивает необходимость точного соблюдения протоколов лечения для получения максимально эффективных исходов.

Использование химиотерапевтических средств, в том числе метотрексата, блеомицина, цисплатины, 5-фторурацила, гидроксметхоксина, доксорубицина, алкалоида цинка, циклофосфамида, винбластина и моноклонального антитела цетуксимаба в различных сочетаниях при лечении ЗОСОПР демонстрирует эффективность, достигающую ремиссию в 36-93%

случаев, и способность продлевать жизнь пациентов на период от шести месяцев до трех лет [10,11,15,16,26,44,52,53,55,100].

Хирургическое вмешательство в области ЗОСООПР считается одним из наиболее старинных методов, возникших изначально для борьбы с раком языка. Объем операции зависит от местоположения опухоли, ее размеров и морфологической структуры, а также от стадии заболевания. Так, при I стадии производится электрохирургическое, СО₂-лазерное иссечение, криодеструкция, ультразвуковая деструкция тканей, отступая на 1,5- 4 см от макроскопически определяемых границ инфильтрации злокачественной опухоли полости рта. При III стадии ЗОСООПР, когда имеются регионарные метастазы, производится широкое иссечение прилегающих структур, включая язык, челюстно-язычные желобки, сегменты нижней челюсти, после предварительного выполнения фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи и перевязки наружной сонной артерии соответствующей стороны, а в конце операции наложение трахеотомии, остеосинтез нижней челюсти с фиксацией шиной Тигерштедта или Васильева [3,11,12,15,16,23,24,29,30,41].

Восстановление изъянов после выполнения деструктивных операции в челюстно-лицевой области и шеи осуществляется путём использования: а) перемещённых; б) ротационных; в) свободных и островковых кожных лоскутов на височной; большой грудной и трапециевидной мышцах с применением микрохирургической техники [11,12,43,44,45,49,53,122].

В 2016 году проведено исследование [71], направленное на анализ и оптимизацию использования криогенной терапии в лечении распространённых злокачественных новообразований. Эксперимент охватил 26 пациентов с диагнозами опухолей слизистой ротовой полости, верхней челюсти и орбиты. После проведения криогенного лечения для коррекции пост терапевтических дефектов применялись косметические протезы. Данный подход не только способствовал повышению качества жизни

пациентов, но и привёл к увеличению общей выживаемости на 16%. Пятилетняя выживаемость участников составила 87,7%.

В рамках исследования [41], выполненного в 2016 году, анализировался опыт хирургического вмешательства у 75 пациентов с раком слизистой оболочки альвеолярного края и дна ротовой полости. Распределение пациентов по стадиям заболевания было следующим: 11 пациентов находились на стадии T1, 25 на стадии T2, 32 на стадии T3, и 7 на стадии T4. Основным диагнозом был плоскоклеточный рак, встречающийся как в ороговевающей, так и в неороговевающей формах. У 53 из них на рентгенологическом исследовании обнаружена инвазия опухоли в альвеолярный край нижней челюсти. Для точной оценки степени инвазии использовались цифровая ортопантомография и КТ с трехмерным моделированием. Самые высокие показатели успешности лечения наблюдались у пациентов, находившихся на клинических стадиях T1–T2.

В исследовании [45], проведенном в 2016 году, анализировалось применение свободного лучевого лоскута для хирургической реабилитации пациентов, страдающих раком языка. Авторы исследования подчеркивают, что использование реконструктивных техник с немедленной аутотрансплантацией свободного лучевого лоскута на место пост резекционного дефекта позволяет не только восстановить анатомическую структуру и функциональность языка, но и значительно ускоряет процесс социальной, психологической и профессиональной реабилитации таких пациентов. Эти выводы подчеркивают важность комплексного подхода в лечении рака языка для улучшения качества жизни после операции. В 2015 году другие авторы [115] оценили применение васкуляризованной малоберцовой кости – osteocutaneous лоскут, который хорошо устанавливается при челюстных костных дефектах, и прямой мышцы живота – кожно-мышечный лоскут, который имеет много мягких тканей, и твердой передней прямой мышцы. Этот метод был использован у 2-х пациентов с обширными дефектами композитных oromandibular областей. Хорошая

функция глотания была сохранена. У пациента с дефектами трансверсально от подчелюстной области к щеке оболочка была прикреплена к скуловой дуге, чтобы предотвратить западения щеки.

В 2013г.[118] и соавт. проведено трупное исследование, которое проводили инъекцированием, чтобы изучить сосудистую сеть передней большеберцовой артерии в отношении окружающих костной и мягких тканей. Наиболее заметным преимуществом костного трансплантата васкуляризованной кости является её независимая подвижность кожной подушки, которая будет способствовать первичной остеорегенерации, а также восстановлению зубных протезов.

В литературе описываются способы применения, комбинированного радиального кожного лоскута предплечья с целью восстановления сложных дефектов головы и шеи [84].

В другом исследовании после резекции заднего сегмента нижней челюсти по поводу опухолей или остеонекроза, когда включается нижнечелюстной мышцелок, который является неотъемлемой частью височно-нижнечелюстного сустава, у 5больных была использована в качестве трансплантата головка малоберцовой кости, которая крепится к суставной ямке височной кости[89].

Приводятся примеры удачного восстановления после удаления опухоли нижней челюсти сложным трансплантатом из широчайшей мышцы спины и ребра, а также с целью восстановления дефекта верхней челюсти и ротоносовой полости после удаления различных опухолей [90,94,99,110]. У 3 пациентов при обширном дефекте мягких тканей полости рта с целью реконструкции рекомендуется применение комбинированной пластики на основе широчайших мышц спины и лопаточного свободного лоскута.

После резекции альвеолярного края и полной резекции верхней челюсти по поводу рака 22 пациента подверглись верхнечелюстной реконструкции с использованием композитного материала [108]: ALT-FL лоскут и ALT лоскут были собраны с глубокой фасции бедра с целью использования их для

облицовки орбиты и боковой поверхности носовой полости. FL был пришит к нёбной кости книзу, к носовой кости и скуловой кости и носоглотке через слизистую оболочку кзади.

В обзоре научной литературы обобщают последние достижения в области предоперационного планирования и интраоперационных методов оценки костных и мягкотканых дефектов после резекции челюстей по поводу их опухолевого поражения[117].

Провели исследование на основе хирургического лечения 66 пациентов с постлучевым костным остеонекрозом нижней челюсти, злокачественными опухолями слюнных желёз, полости рта и остеомиелитом [119]. Больные с костными дефектами перенесли нижнечелюстную реконструкцию с васкуляризованными костными трансплантатами, содержащими свободные лоскуты, без трахеостомии и плановой.

В 2016 году исследование [51] было направлено на оценку эффективности использования носогубного лоскута с включением лицевой артерии для реконструкции дефектов полости рта, вызванных опухолью. Результаты показали, что такой подход значительно улучшил выживаемость лоскута и исключил возникновение осложнений, связанных с самим лоскутом.

В 2019 и 2020 годах были проведены дополнительные исследования [12, 54], которые утверждают, что носогубный лоскут (НГЛ) применяется как один из самых эффективных пластических материалов для коррекции широкого спектра дефектов кожи лица, включая нос, губы и ротовую полость. Отмечается надежность и относительная простота техники выкраивания лоскута, что делает его доступным для использования даже начинающими хирургами в клинической практике. Эти качества делают НГЛ предпочтительным выбором для реконструктивных операций в зоне лица.

В литературе [98] встречаются два клинических наблюдения и обзор по реконструкции обширных дефектов нижней губы по методу Karapandzic, она воссоздаёт губной сфинктер, сохраняя при этом его васкуляризацию и

иннервацию. Функциональность поддерживается с эстетически приемлемым результатом, несмотря на наличие остаточной микростомы пропорционально дефекту.

[107] и другие осуществили исследование на основе пяти случаев комбинированного лечения опухолей оральной слизистой оболочки нижней челюсти. А восстановление дефектов с сосудами внутреннего кривого гребня подвздошной кости myoosseous свободным лоскутом, что также обеспечивает достаточную высоту кости для зубных имплантатов [108,138] и соавт. отмечают то, что 22 пациента с раком верхней челюсти после резекции подверглись верхнечелюстной реконструкции с использованием композитного ALT-FL лоскута. [113] и другие в своей статье рассматривают клинические, МРТ аспекты применения сложных трансплантатов (кожно-мышечных лоскутов), которые используются для восстановления изъян после иссечения первичных опухолей головы и шеи.

Хирургическое лечение рака языка является одним из наиболее сложных аспектов терапевтического процесса. Согласно исследованиям [60,63,137;] 2016 и 2020 годов, различают два основных типа хирургических вмешательств на первичном очаге: половинная резекция языка и его полное удаление в случаях, когда опухоль переходит на среднюю часть органа или находится в непосредственном контакте с ней. В рамках исследования учёные установили, что применение кожного лоскута, взятого из области подъязычной кости, для восстановления языка и полости рта у пациентов с малигненными новообразованиями, способствует эффективному восстановлению анатомической формы и объёма потерянных тканей. Это, в свою очередь, приводит к высокому уровню достижения как косметических, так и функциональных результатов, обеспечивая при этом онкологическую безопасность хирургического вмешательства.

В исследовании 2016 года анализировалось применение интегрированного трансплантата из передней части шеи, взятого из области яремного углубления, для восстановления дефектов после экстирпации

опухолей слизистой ротовой полости. В состав трансплантата входили мышечные структуры, расположенные под подъязычной костью, верхняя щитовидная артерия и ткани доли щитовидной железы. Этот подход позволил достичь значительного восстановления структур после операции.

В исследовании, опубликованном в 2016 году [40], были проанализированы результаты 187 хирургических операций, проведенных для пациентов с злокачественными новообразованиями слизистой оболочки языка, дна ротовой полости и альвеолярного края нижней челюсти. Из них у 36 пациентов выполнена полная или частичная глоссэктомия. Отмечается, что наилучшие результаты в плане функциональной реабилитации были достигнуты при использовании кожно-мышечного лоскута из большой грудной мышцы для восстановления дефектов после тотальной глоссэктомии. Это позволило значительно улучшить качество жизни пациентов, восстановив утраченные функции. Также использование подбородочного лоскута акцентировалось как метод закрытия меньших дефектов с учетом онкологических рисков. Исследование 2016 года [49] посвящено анализу эффективности селективных эндоваскулярных методик у 18 пациентов с нерезектабельным раком ротоглотки при высокой вероятности кровотечений. Обследованные пациенты находились на III (T2-3N0-1M0) и IV (T2-4N1-2M0) стадиях развития плоскоклеточного рака ротоглотки. В процессе лечения использовалась комбинация селективной внутриартериальной химиотерапии и химиоэмболизации сосудов опухоли, благодаря чему удалось стабилизировать состояние всех участников исследовательской группы. Исследование, продолжавшееся 2,5 года, фокусировалось на оценке общей выживаемости пациентов с неоперабельным раком ротоглотки, которые проходили лечение с использованием селективной внутриартериальной химиотерапии и химиоэмболизации опухолевых сосудов. После года наблюдения выживаемость составила 100%, через два года — 72%, и 44% спустя два с половиной года. Результаты подтвердили, что комбинированный подход

ВАХТ и ХЭОС является эффективной стратегией в лечении данной категории больных, особенно в случаях, когда есть риск кровотечений или когда опухоль продолжает расти после завершения химиолучевой терапии.

В исследовании 2016 года [64] оценивалась эффективность хирургического вмешательства при раке ротоглотки, которое включало одновременное восстановление дефектов с помощью кожно-мышечных лоскутов на питающей ножке. Использовались различные виды лоскутов, в том числе дельтопекторальные, подкожные и трапециевидные мышцы, а также свободные пластики, проводимые с использованием микрохирургической техники. Исследование показало, что использование кожно-мышечных лоскутов, расположенных на передних мышцах шеи, обеспечивает более предпочтительные функциональные результаты по сравнению с другими видами пластических вмешательств.

В 2016 году исследование [55] оценивало эффективность объёмно-контролируемой суперселективной внутриартериальной химиоинфузии (СВАХИ) в сочетании с лучевой терапией (ЛТ) для лечения местнораспространённого рака ротоглотки. Результаты показали, что строгое соблюдение протокола лечения с использованием СВАХИ и ЛТ способствует достижению положительных исходов в борьбе с заболеванием, обеспечивая улучшение состояния пациентов в краткосрочной и двухлетней перспективе. Пациенты, успешно излеченные консервативными и криогенными методами на ранних стадиях заболевания, часто могут вернуться к своей прежней профессии. Однако, как отмечают другие авторы [45,62], экстирпация языка может вызвать значительную психологическую травму из-за утраты речевой функции, что является одной из основных причин отказа пациентов от операции. Раннее начало речевой реабилитации у пациентов после хирургических операций на языке значительно улучшает качество речи и способствует более быстрому возвращению к трудовой деятельности. Это, в свою очередь, положительно влияет на общее качество жизни больных после лечения рака языка.

В 2016 году проведенное исследование [39] было направлено на оценку уровня качества жизни у пациентов с распространенной формой рака слизистой ротовой полости, после выполнения хирургических вмешательств с применением микрохирургических методов реконструкции. Данное исследование проводилось среди 40 пациентов, которым было выполнено хирургическое вмешательство с применением микрохирургических техник восстановления. Это исследование позволило оценить, как такие операции влияют на качество жизни больных, учитывая сложность их состояния и инвазивность процедур.

Исследования [23,24] показали значительное усовершенствование метода мандибулотомии, который был дополнен созданием превентивной оростомы. Это новшество было внедрено в хирургическое лечение орорфаренгиального рака у 149 пациентов и принесло следующие улучшения: а) повышение качества визуализации операционного поля; б) расширение возможностей для выполнения радикальной резекции опухоли; в) сокращение частоты послеоперационных осложнений на 13,5%, что способствовало более быстрому восстановлению функций жевания, глотания и речи, а также уменьшению периода временной не трудоспособности. Эти изменения также оказали положительное влияние на удовлетворенность больных в отношении эстетики и функциональных результатов лечения в отдаленном периоде, а также на общее качество жизни после хирургического вмешательства.

Исследования [29,30,61,106,125,131,132,134,143] показали, что реконструктивно-пластические операции были выполнены у 60 (57,2%) пациентов со злокачественными новообразованиями слизистой органов орорфаренгеальной зоны, а у 45 (42,8%) пациентов — с опухолями других локализаций. Исследователи подчеркивают, что хирургическое лечение с последующей реконструкцией дефектов ротовой полости способствует значительному улучшению условий для социальной, медицинской и профессиональной реабилитации данной категории больных.

В другом исследовании [35], в котором оценивались результаты применения лоскутов с чувствительной реиннервацией с целью реконструкции органов ротовой полости, было проанализировано лечение 30 онкологических пациентов. Результаты указывают на значительное улучшение восстановления речи и образования речевых функций; у всех пациентов (100%) восстановился акт глотания. Это подчеркивает эффективность применения реиннервированных лоскутов в восстановлении ключевых функций полости рта после онкологических операций.

В рамках исследования [42] у 141 пациента с раком ротовой полости было проведено 156 операций с последующей реконструкцией пораженных областей. Отмечено, что 15 пациентам потребовалось по две реконструкции. В 106 случаях (68%) для восстановления использовались свободные реваскуляризированные лоскуты. Эффективность таких реконструкций, обеспечивающих хорошие функциональные и косметические результаты, а также снижение послеоперационных осложнений, напрямую зависит от правильного выбора реконструктивного материала. Важно учитывать степень распространения опухоли, объем необходимой реконструкции и предыдущее лечение пациента.

Исследование [43], в котором участвовали 31 пациент с раком языка, демонстрирует выполнение хирургического лечения с одновременной резекцией языка и лимфодиссекцией шеи. У 26 пациентов операция проводилась с одной стороны, а у 5 – с обеих сторон. Применение переднелатерального лоскута бедра и медиального перфорантногосурального лоскута обеспечило выдающиеся функциональные результаты в долгосрочной перспективе при восстановлении языка после его частичных резекций.

В отдельном исследовании [48] рассматривались данные 10 больных с начальными стадиями ЗОСООПР, среди которых был один мужчина и девять женщин в возрастном диапазоне от 32 до 74 лет (средний возраст — 58,6 года). На ранних стадиях рака полости рта хирургическое вмешательство

демонстрирует эффективность как первичный метод в рамках комбинированного лечения. Это подтверждает важность раннего выявления и хирургического вмешательства для улучшения прогноза и качества жизни пациентов.

Исследование [77,105], проведенное в контексте комплексной терапии у пациентов, перенесших спасательную операцию из-за рецидива ЗОСООПР, выявило высокую эффективность использования микрососудистых свободных лоскутов для реконструкции. Эти данные подтверждают, что такой подход значительно улучшает результаты лечения, восстанавливая функции и внешний вид пораженных участков. Отдельное исследование [121] фокусировалось на экономических аспектах использования васкуляризированных лоскутов у пациентов с опухолями головы и шеи, не требующих послеоперационной интенсивной терапии. Результаты показали, что такой метод не только эффективен с медицинской точки зрения, но и снижает себестоимость лечения в клинике. Это достигается за счет уменьшения необходимости в длительном послеоперационном уходе и ускорении процесса восстановления, что делает применение васкуляризированных лоскутов экономически выгодным выбором для медицинских учреждений.

В исследовании [65] были изучены результаты применения островковых кожно-мышечных лоскутов, взятых с передней части шеи и большой грудной мышцы, для реконструкции после хирургического лечения у 12 пациентов с раком дна ротовой полости и языка. Использование таких лоскутов показало значительную эффективность в восстановлении послеоперационных дефектов. В результате у всех пациентов наблюдалось успешное приживление пересаженных тканей. Кроме того, были достигнуты высокие функциональные и эстетические результаты, что способствовало ускорению процессов социальной и психологической реабилитации участников исследования.

Исследование [67] провело ретроспективный анализ и проспективное наблюдение за 37 пациентами с плоскоклеточным раком головы и шеи на стадиях T2-4 N0-3. В ходе лечения использовался сложный трансплантат на большой грудной мышце для восстановления дефектов головы и шеи. Результаты показали, что этот тип лоскута зарекомендовал себя как наиболее оптимальный пластический материал, обеспечивая надежное восстановление с высокими функциональными и эстетическими показателями.

В недавнем исследовании [68] был предложен инновационный метод лечения злокачественных новообразований языка, включающий применение селективной внутриартериальной полихимиотерапии (СВ ПХТ). Процесс лечения начинается с хирургического этапа, в ходе которого осуществляется шейная лимфодиссекция, а также перевязка и катетеризация язычной артерии, за которой следует гемирезекция языка. Этот метод является частью комплексной терапии и представляет собой инновационное направление в лечении данного вида рака. Последующее наблюдение показало, что период без рецидивов составил 3 года, подтверждая эффективность подхода в предотвращении повторного развития злокачественных опухолей.

Исследование [70], используя данные белорусского канцер-регистра, провело анализ 98 случаев рецидивов злокачественной опухоли ротоглотки. Работа акцентирует внимание на том, что успехи в лечении рака головы и шеи напрямую связаны с оперативным обнаружением рецидивов. В исследовании также рассматривается перспективность современных методов лечения, в том числе иммунотерапии с использованием вакцин на основе дендритных клеток, которые могут значительно улучшить прогноз и увеличить продолжительность жизни пациентов с этим тяжелым заболеванием.

При лечении злокачественных новообразований полости рта применяются паллиативные методы, предполагающие комплексное использование различных терапевтических подходов. Эти методы могут применяться как одновременно, так и последовательно, в зависимости от

конкретных клинических потребностей и состояния пациента. Это может быть организовано следующим образом:

1. Комбинированное лечение — это подход, включающий использование методов с различными механизмами воздействия, таких как хирургическое вмешательство и лучевая терапия или хирургическое вмешательство в сочетании с химиотерапией. Важно соблюдение определенного ритма лечения, например, интервала в 2-3 недели между методами [1, 2, 6, 7, 8, 59, 82, 92, 93].

2. В комплексном лечении применяются три или более терапевтических подхода, обеспечивая адаптивность и персонализированное взаимодействие с учётом уникальных требований и характеристик болезни каждого пациента [11, 17, 71, 83, 102, 103, 104].

3. Комбинированная терапия включает два лечебных метода с аналогичным механизмом действия, что усиливает их совместное воздействие, способствуя улучшению клинических исходов [9, 10, 11, 120, 124, 127, 128].

Паллиативный уход для больных с ЗОСООПР включает комплексное решение нескольких ключевых проблем: а) обеспечение эффективной анальгезии для повышения качества жизни пациентов; б) адаптация диеты и, при необходимости, введение питательных смесей для поддержания нормального питательного статуса, в) использование техник и приспособлений, способствующих безопасному глотанию, чтобы минимизировать риск аспирации и поддержать адекватное питание, г) борьба с депрессией, д) мониторинг и превентивные меры для предотвращения или быстрого реагирования на возможные кровотечения из опухолевых и пораженных тканей, д) обеспечение открытости дыхательных путей, кислорода терапия и другие методы поддержки дыхания для предотвращения гипоксии [9, 10, 11, 21, 80, 81, 96, 120, 124, 127, 128].

При уходе за пациентами с неизлечимыми формами ЗОСООПР, основное внимание следует уделять облегчению боли и обеспечению

комфорта в последние дни жизни. Методологические подходы в противоболевой терапии базируются на фундаментальном праве каждого пациента на избавление от боли [2, 9, 10, 11, 12,47,127, 128, 129, 130, 133]. При продвинутых стадиях ЗОСООПР химиотерапия может незначительно продлить жизнь на срок около 12 недель, однако 90% пациентов умирают в течение двух лет с момента постановки диагноза. В таких случаях наибольшее значение приобретает не продление жизни как таковое, а максимальное улучшение её качества [2,10,33,97].

Исследования подтверждают, что лучевая терапия метастазов в костях, сопровождающихся сильным болевым синдромом, способна значительно снизить болевые симптомы у половины пациентов [10, 34, 91, 96]. Для пациентов с продвинутыми стадиями опухоли и неблагоприятным прогнозом может быть рассмотрено применение полихимиотерапии. Однако следует учитывать, что побочные эффекты такого лечения могут серьезно ухудшить качество жизни пациентов, порой в большей степени, чем симптомы самого заболевания. К тому же, противоопухолевый эффект полихимиотерапии часто оказывается кратковременным, продолжительностью всего около 3-4 месяцев [2,10,36,97].

Паллиативные хирургические вмешательства, включая симптоматические и циторедуктивные операции при ЗОСООПР, проводятся в случаях, когда это диктуется необходимостью улучшения качества жизни пациентов. К таким показаниям относятся зловонный запах из-за распада опухоли, кровотечения, а также нарушения дыхания и глотания [1,2,10,11,82,95,126].

Адекватная оценка глотательной функции критически важна для определения коррекционных мероприятий, необходимых для установления безопасности и возможности перорального приема пищи у пациентов. Аспирация, происходящая у примерно 40% пациентов, часто может быть незаметной и представляет собой значительный риск. В таких случаях рекомендуется проведение функциональной эндоскопической оценки

глотания, которая служит надежным, простым и повторяемым методом, позволяющим получить важную информацию о причинах аспирации [10, 11, 12]. Целью паллиативной поддержки является обеспечение максимальной функции глотания, поддержка дыхательной функции и обеспечение адекватного питания, чтобы пациенты могли получать необходимые питательные вещества и микроэлементы, несмотря на нарушения способности к глотанию [10,33,34,36].

Эффективность и оперативность принятия решений в паллиативной помощи (ПП) существенно влияют на качество ухода за пациентами. Для обеспечения своевременной обратной связи и адекватного реагирования на изменения состояния пациентов, многие здравоохранительные учреждения по всему миру активно внедряют современные информационно-коммуникационные технологии. Примером такой инновации служит электронная информационная система, которая показала свою эффективность и получила положительные отзывы от пациентов с ЗОСООПР. Эта система способствует раннему выявлению здоровья, что позволяет оперативно предпринимать необходимые меры вмешательства и улучшать исходы лечения. [80,82].

Для пациентов с ЗОСООПР и их семей, глубокое понимание диагноза и прогноза является критически важным. Это особенно значимо, когда траектория заболевания изменяется, будь то в результате медицинских вмешательств, таких как операция или химиотерапия, или вследствие прогрессирования самой болезни.

Комплексный подход к лечению пациентов с злокачественными новообразованиями СООПР является наиболее предпочтительным, так как он способствует непрерывности ухода и обеспечивает наиболее полное покрытие всех потребностей больного [2,10,17]. Важно разработать индивидуальный план лечения для каждого пациента, который будет направлен на снятие симптомов и улучшение качества жизни. При

составлении такого плана необходимо учитывать несколько ключевых аспектов:

1. Физические аспекты - необходимо предусмотреть меры для облегчения боли и других физических симптомов, таких как затруднение дыхания или кровотечения.

2. Психологические аспекты - важно оказать поддержку в борьбе с тревогой, страхами и депрессией, которые могут возникать у пациентов из-за их состояния или прогрессирующей болезни.

3. Социальные аспекты - следует обеспечить возможность получения помощи в домашних условиях, если это возможно и желаемо, чтобы пациент мог находиться в окружении своих близких.

Каждый из этих аспектов играет важную роль в создании условий для максимально комфортного и функционального состояния пациента в сложной ситуации.

Оценка качества жизни у пациентов с ЗОСООПР имеет свою специфику, основываясь на субъективных оценках состояния самими пациентами. Важным аспектом является внимание к ценностям, которые пациенты определяют как приоритетные для себя. Субъективные ощущения больных, получающих паллиативный уход, формируются под влиянием множества факторов, включая их интеллектуальный уровень, профессиональный опыт, а также клинические аспекты, такие как стадия и локализация опухоли, сопутствующие функциональные нарушения органов. К этим нарушениям относятся проблемы с дыханием, обонянием, жеванием, глотанием, слухом и зрением. Также значительное влияние на оценку качества жизни оказывают индивидуальные особенности, такие как внешний вид и голос больного [1,2,33,34,36,120].

Психологическая поддержка играет ключевую роль в паллиативной помощи, особенно для больных с ЗОСООПР. В этом контексте средний медицинский персонал играет ключевую роль в оказании необходимой психологической поддержки. Для эффективного выполнения своих функций

медсестры и другие средние медицинские работники должны обладать специализированными навыками и знаниями. Они должны быть подготовлены к идентификации потребностей пациентов в психологической помощи, уметь выявлять типичные проблемы, с которыми сталкиваются больные ЗОСООПР. Кроме того, квалификация среднего медицинского персонала должна включать умение проводить психосоциальный скрининг и оценку состояния пациента, что позволит своевременно вносить коррективы в план паллиативной помощи. Такой подход обеспечивает более глубокое понимание эмоционального и психологического состояния пациентов и способствует адаптации лечебных мероприятий для обеспечения максимально возможного комфорта и поддержки каждого индивидуума в трудный период их жизни [10,17,18,33,34,36]. При паллиативном лечении больных с ЗОСООПР центральное место занимает мультидисциплинарный подход [100]. Подход к паллиативной помощи (ПП) для каждого случая определяется в соответствии с индивидуальными потребностями и условиями каждого пациента (таблица 1). Необходимо уделять пристальное внимание контролю симптомов, ассоциированных с метастазами в позвоночник и спинной мозг, встречающимися у 2-13% пациентов, как указывают исследования [123,124]. основополагающим элементом диагностики и выбора методов лечения является детальная оценка неврологического статуса пациента. Для оценки качества жизни пациентов, находящихся на паллиативной стадии заболевания, используются специализированные шкалы и вопросники. Эти инструменты предназначены для оценки состояния больных с ЗОСООПР, включая специфические модули, разработанные Европейской организацией исследования и лечения рака (EORTC QLQ C-30 and HN 35). Также применяется функциональная оценка проводимого лечения для определения его эффективности. Эти инструменты помогают обеспечить объективное понимание состояния пациента и эффективности применяемых методик лечения и ухода. [85,128].

Эффективная паллиативная поддержка при заболеваниях, связанных с онкологическими новообразованиями, требует применения мультидисциплинарного метода, учитывающего возрастные, половые, профессиональные особенности, морфологическую структуру, местоположение опухоли и психоневрологическое состояние пациента, что позволяет эффективно решать проблемы онкологических больных в современных условиях [100].

Для анализа качества жизни [10, 11, 123, 128, 141] использовались результаты анкетирования пациентов с применением опросников EORTC QLQ C30 (версия 3.0) и EORTC QLQ H&N35 до проведения хирургического вмешательства и через шесть месяцев после завершения лечения. Данное исследование [13] проводилось среди 114 пациентов, страдающих раком ротовой полости на стадиях III-IV. Анкетирование с использованием опросника EORTC QLQ C30 выявило значительное повышение общего уровня здоровья, улучшение эмоционального состояния и когнитивных функций участников. Однако было отмечено снижение социальной активности. Анализ показал, что лучшие показатели качества жизни наблюдались у пациентов, которым в начале комплексного лечения проводились хирургические операции. У пациентов с раком ротовой полости на стадиях III-IV наблюдались значительные улучшения в функциональных и эстетических показателях, в особенности после удаления желудочного зонда и облегчения таких симптомов, как болевые ощущения, неприятный запах изо рта и кровоточивость. Эти улучшения касались возможности самостоятельно питаться, жевать и глотать, что существенно повышает качество жизни больных.

В наши дни комплексная методика оценки установлена как золотой стандарт для точной диагностики опухолеподобных процессов и патологий ротовой полости. Этот подход включает в себя многообразие техник: от клинических осмотров до сложных лабораторных и инструментальных исследований, включая иммуногистохимические и молекулярно-

генетические анализы. Однако в Республике Таджикистан до сих пор не определены такие важные аспекты, как частота возникновения, морфологические характеристики и локализация опухолеподобных процессов, их склонность к рецидивам. Также остаются не разработанными чёткие диагностические алгоритмы, профилактические меры и стратегии хирургического вмешательства для лечения таких пациентов. Разработка терапевтического алгоритма для лечения ОППДЗОСООПР может значительно улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения, а также способствовать реализации вторичной и третичной профилактики. Указанные проблемы требуют продолжения исследований, направленных на улучшение методов профилактики, диагностики и лечения данных состояний.

ГЛАВА 2. Методика и материалы собственных ретроспективных исследований

2.1. Результаты изучения архивного материала о частоте, локализации, характере морфологического строения, распространённости, причине рецидивов доброкачественных по обращаемости в Государственное учреждение Республиканский онкологический научный центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУОНЦ МЗ и СЗН РТ)

За период с 2010 по 2015 годы в клинике и на кафедре онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино проходили лечение 20 250 пациентов с различными опухолевыми заболеваниями и опухолеподобными процессами головы и шеи (РО и ОППГШ). Из этого числа, доброкачественные опухоли были обнаружены у 44 пациентов (0,21%). Возрастной диапазон у этих пациентов варьировался от 19 до 75 лет, с доминированием мужчин (64%, 28 пациентов) над женщинами (36%, 16 пациентов).

Эффективность обнаружения и лечения ДОСООПР напрямую связана с анализом возрастно-половой структуры пациентов. Подход, основанный на демографическом анализе, является критически важным для реализации мер по первичной и вторичной профилактике злокачественных новообразований слизистой оболочки и органов ротовой полости. Он позволяет своевременно определить группы повышенного риска и разработать более целевые стратегии для профилактики и лечения.

Возраст 44 (100%) больных с ДОСООПР колебался от 19 до 75 лет (таблица 1). Из общего числа пациентов 28 (64%) составляли мужчины, а 16 (36%) - женщины, что указывает на преобладание мужского пола с разницей в 12 пациентов (27%).

Среди пациентов мужчин 28 (100%) с ДОСООПР, из них: а) у 8 (28,57%) наибольшее число доброкачественных опухолей: аденома и аденофибромы малых слюнных желёз слизистой щеки, мягкого нёба, губ, которые

наблюдались в возрасте от 28 до 74 лет, б) у 8(28,57%) больных было выявлена кавернозная гемангиома щеки, губ, языка, передней нёбной дужки, в возрасте от 20 до 30 лет; в) у 8(28,57%) больных был выявлен эпюлид (наддесневикангиоматозной и фиброматозной формы) на нижней челюсти у 5(62,5%) пациентов, верхней челюсти – у 3(37,5%) больных, в возрасте от 25 до 35 лет; г) у 4 (14,29%) пациентов были установлены фибромы на слизистой щеки, мягкого нёба, губе, в возрасте от 19-28 лет. Таким образом, среди мужской группы пациентов с доброкачественными опухолями, включающей 24 человека (85,71% от общего числа мужчин), наиболее часто встречались следующие заболевания: опухоли малых слюнных желёз, кавернозные гемангиомы и эпюлисы слизистой оболочки полости рта, каждая из которых была зафиксирована у 8 пациентов (28,57%), и это наблюдение относится как к молодым, так и к пожилым больным. Также 4 молодых пациента (14,29%) имели фибромы слизистой оболочки полости рта. Среди 16(100%) больных женщин с ДОСООПР, из них: а) у 5 (31,3%) пациенток был установлен эпюлид (ангиоматозной и фиброматозной формы) челюстей (один на верхней челюсти, три на нижней челюсти), который встречался в возрасте от 19 до 43 лет; б) у 3(18,7%) пациенток была выявлена кавернозная форма гемангиом, которые по одной локализовались в области тела языка, дна полости рта в переднем отделе и у другой – в оральной поверхности нижней губы, которые наблюдались в возрасте от 19 до 45 лет; в) у 2(12,5%) больных были установлены фибромы на слизистой щеки, мягкого нёба, губе, которые наблюдались в возрасте от 19 лет до 50 лет; г) у 2(12,5%) больных была установлена аденома твёрдого нёба, которая наблюдалась в возрасте 20-32 лет; д) у 2(12,5%) больных был установлен папилломатоз слизистой щеки, пациенты были в возрасте от 20-43 лет; е) у 2(12,5%) больных была выявлена киста слизистой оболочки подъязычной области, пациентки были в возрасте от 24-35 лет.

Исходя из данных о структуре доброкачественных опухолей у женщин, исследование показало, что у всех 16 пациенток (100%) были обнаружены различные формы ДОСООПР. У половины из них (8 женщин, что составляет 50%) выявлены опухолеподобные процессы на альвеолярных отростках и сосудистые опухоли слизистой оболочки полости рта, особенно у молодых пациенток. У четверти пациенток (4 женщины, или 25%) диагностированы аденомы и папилломатозы слизистой оболочки, также у молодых женщин. У оставшихся 2 женщин (12,5%) были обнаружены другие опухолеподобные процессы, также в молодом возрасте (Таблица 2.1.).

Таблица 2.1. - 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	75-90	Более 90 лет-долгожители	
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) χ^2 для произвольных таблиц; * по U-критерию Манна-Уитни**

Среди 36% женщин, страдающих ДО-СООПР, причиной более раннего обращения за медицинской помощью являются особенности их поведенческих установок и культурных взглядов. Такие женщины обычно более осведомлены о своем здоровье: они активно используют зеркало для осмотра полости рта, тщательно ухаживают за зубами и регулярно посещают косметические салоны, что способствует своевременному выявлению заболеваний. Анализ данных о месте жительства пациенток с ДОСООПР показал, что большинство из них проживало в поселках городского типа. В этих районах женщины имели доступ к обширной медицинской информации, обеспечиваемой средствами массовой коммуникации, такими как радио,

телевидение и интернет. Это обстоятельство могло способствовать повышению их осведомлённости о здоровье и профилактике заболеваний. Следовательно, осуществление анализа клинических проявлений ДОСООПР становится критически важным для санитарно-просветительской деятельности среди населения. Это направлено на своевременное выявление и эффективное лечение данных патологий. Подробное исследование клинических симптомов у 44 пациентов (100%) позволило выявить следующие характеристики (рисунок 2.1.):

а) В 66% случаев (n=29) 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.

б) У 25% пациентов (n=11) были выявлены сложные и сосудистые новообразования в ротовой полости. Эти структуры отличались пульсацией при ощупывании и уменьшались в размерах при сдавливании. Они имели нечеткие контуры и мягкую текстуру, при этом размеры варьировались от 5 до 8 сантиметров.

в) 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 2.1.).

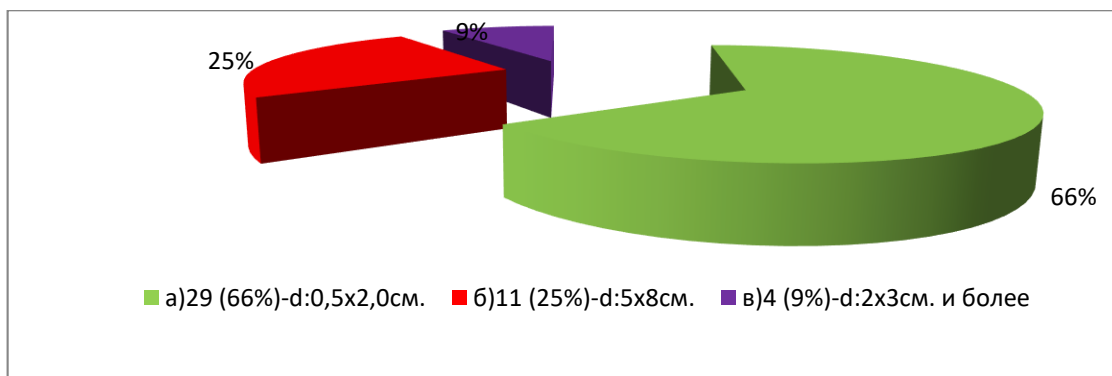


Рисунок 2.1.- Характер жалоб пациентов с ДОСООПР в зависимости от размера опухоли.

Таким образом, следует отметить, что 40(91%) больных жаловались, в основном, на наличие опухолевых новообразований. А размеры ДОСООПР варьировали от 0.5 до 8см, несмотря на столь разительные размеры опухолей и опухолеподобных процессов больные поздно обращались за лечебной помощью, лишь только после увеличения их размеров и нарушения функции органов полости рта они обратились в специализированную клинику.

Таким образом, необходимо активно проводить образовательную работу среди населения о важности незамедлительного обращения к медицинским специалистам при появлении новообразований, кист или васкуляризированных опухолей в слизистой оболочке и органах ротовой полости. Это обращение критично для диагностики и начала адекватного лечения. Ключевым аспектом успешного исхода лечения доброкачественных опухолей ротовой полости является своевременность обращения за медицинской помощью, что напрямую определяет исход заболевания.

Из исследования временных рамок обращения за медицинской помощью среди 44 пациентов с доброкачественными новообразованиями ротовой полости были получены следующие результаты:

- 19 (43,18%) пациентов обратились к врачу в течение 1 до 11 месяцев после начала проявления первых симптомов,
- 16 (36,36%) пациентов обратились за медицинской помощью в промежутке от 1 до 3 лет,

- 7 (15,90%) пациентов инициировали лечение между 4 и 6 годами после появления симптомов,

- 2 (4,56%) пациента приняли решение обратиться к специалистам после 7 лет и до 10 лет с момента появления первых признаков заболевания (рисунок 2):

Из проведённого анализа выяснилось, что за медицинской помощью в течение первых 12 месяцев после появления первых симптомов обращаются меньшая часть больных (43,18%) с доброкачественными новообразованиями ротовой полости. При этом большинство (56,82%) пациентов обращаются только спустя год и более после появления первых признаков заболевания. Позднее обращение к врачу у 56,82% пациентов с ДОСООПР связано с рядом причин:

1) Недостаточная информированность больных о возможных рисках развития новообразований в слизистой и органах ротовой полости;

2) Распространённое применение противовоспалительных средств при лечении аллергий, травм, в том числе ожогов, стоматитов и других хронических воспалительных патологий, которое может маскировать симптомы более сложных патологий;

3) Недостаточная онкологическая бдительность со стороны врачей общей практики, стоматологов, инфекционистов и отоларингологов. Это приводит к трудностям в своевременном выявлении и диагностировании опухолевых процессов.

Как было отмечено выше, в более ранние сроки (до 1 года) за оказанием медицинской помощи обращались лишь 43,18% больных. Это было обусловлено тем, что в какой-то мере происходили нарушения функции языка, речи, приёма пищи (когда при открытии рта, жевании происходили различные болевые ощущения, кровотечение, а также ощущался неприятный запах), в результате роста опухоли, безуспешности проведения противовоспалительной терапии заболеваний слизистой и органов ротовой полости, а также при относительно удовлетворительном уровне

онкологической бдительности врачей-стоматологов и отоларингологов (Рисунок 2.2.).

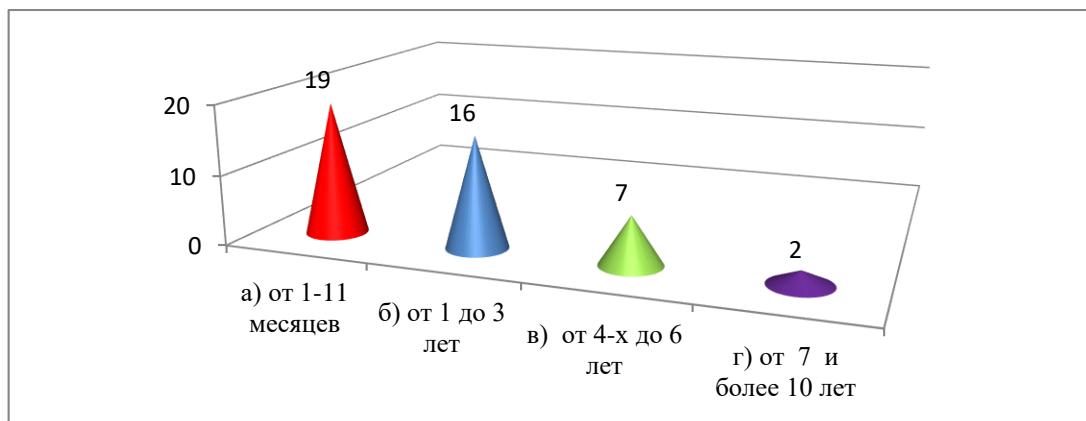


Рисунок 2.2.-Сроки обращения пациентов с ДОСООПР к врачу за медицинской помощью

Применение методов стоматоскопии, рентгенологического обследования и морфологического анализа играет ключевую роль в диагностике ДОСООПР, обеспечивая своевременное выявление их природы. Результаты цитологического исследования, которое проводилось у 44 больных, в 30 (68%) случаях были подтверждены послеоперационными анализами доброкачественности процесса. Однако у 14 (32%) пациентов предварительные диагнозы оказались ложноположительными, что создало сложности в дифференциальной диагностике с хроническими продуктивными заболеваниями слизистой оболочки и хроническим глосситом. Это подчеркивает необходимость дальнейшего совершенствования диагностических методов для повышения точности определения заболеваний. Патоморфологический диагноз ДОСООПР у всех пациентов с ДОСООПР был верифицирован. Внутри ротовая и панорамная рентгенография челюстных костей выполнена у 15(34%) больных ДОСООПР, что позволило установить распространённость опухоли в соседние анатомические структуры, дифференцировать их от злокачественных новообразований.

Одним из значимых аспектов в реабилитации пациентов с ДОСООПР считается хирургическое лечение. При рассмотрении выполненных оперативных вмешательств среди 44 (100%) пациентов с ДОСООПР было установлено:

1) на слизистой губы и щеки во второй группе у 25 (57%) больных было проведено электро-иссечение с закрытием образовавшегося дефекта местными тканями;

2) на слизистой альвеолярных отростков челюстей у 13 (29%) – выполнялись в объёме от иссечения до широкого электро-иссечения с краевой резекцией альвеолярного отростка с замещением дефекта местными тканями путём мобилизации здоровых участков слизистой, перемещения слизистой вестибулярной и оральной поверхности альвеолярных отростков нижней и верхней челюстей;

3) на слизистой нёба у 6 (14%) пациентов с ДОСООПР выполнялись вылушивание, электро-иссечение с замещением дефекта местными тканями путём мобилизации здоровых участков и перемещения слизистой нёба.

Анализ рецидивов среди 44 пациентов с ДОСООПР выявил, что рецидивы заболевания произошли у 16 (36%) из них. Среди 16 случаев рецидивов, зафиксированных после хирургического лечения, половина (8 пациентов) пережила ранние рецидивы в течение первых шести месяцев после операции. Эти ранние рецидивы, включающие фибромы, папилломы и аденомы, часто возникали в результате хирургических вмешательств, выполненных в неспециализированных медицинских учреждениях хирургами общей практики. Оставшиеся 8 случаев относятся к поздним рецидивам, возникшим спустя более года после операции, обычно связанными с сосудистыми опухолями, такими как эпulis.. Поздние рецидивы обычно возникали вследствие недостаточного объема резекции опухоли (частичная резекция с оставлением опухолевого очага).

Анализ эффективности лечения у 44 пациентов выявил следующее распределение результатов: отличные исходы у 15 (34%) больных, хорошие

результаты у 13 (30%) и удовлетворительные у 16 (36%) пациентов (см. рисунок 2.3).

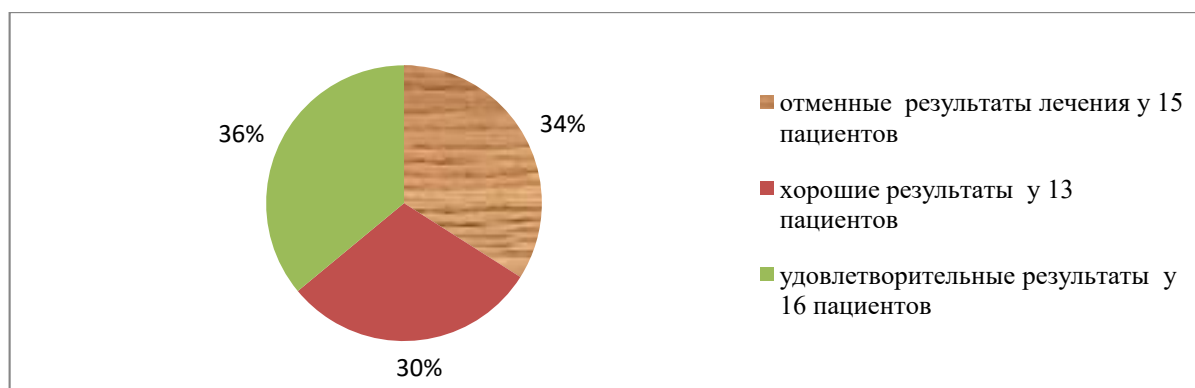


Рисунок 2.3.-Показатели оценки результатов лечения больных с ДОСООПР на основании объективных данных

Эти статистические данные подтверждают значимость проведения качественных операций и наличие специализированной подготовки медицинских специалистов для минимизации вероятности рецидивов и повышения успеха терапевтических мероприятий.

Результаты оценки качества жизни, которая проводилась среди 44 пациентов с ДОСООПР с использованием шкалы Карновского, показали, что заметное улучшение наступило у 40 (91%) больных с колебаниями показателей в пределах 70%-100%. В остальных 4 (9%) случаях улучшение качества жизни больных достигало уровня не более 90%. Эти данные свидетельствуют о значительном повышении уровня жизни большинства пациентов после лечения.

2.2. Результаты изучения архивного материала о частоте, локализации, характере морфологического строения, распространённости, причине рецидивов злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта (ДЗОСООПР) по обращаемости в Государственное учреждение Республиканский онкологический научный центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУОНЦ МЗ и СЗН РТ)

Анализ демографических данных 74 пациентов с ЗОСООПР показал, что возраст больных колебался от 19 до 81 года. Среди них 39 (53%) были

женщинами, а 35 (47%) — мужчинами, что указывает на небольшое преобладание женщин (6%) в данной группе пациентов (таблица 2.2).

Таблица 2.2. -Половозрастная характеристика больных со злокачественными опухолями слизистой ротовой полости (n=74)

Пол	Возраст, лет				Всего
	19-44	44-60	60-75	75-90	
Мужской	8	16	4	7	35(47 %)
Женский	12	13	10	4	39(53%)
Всего	20	29	14	11	74(100%)

Примечание:, $p > 0,05$ при сравнении между возрастными группами (по точному критерию Фишера) χ^2 для произвольных таблиц; *** по U-критерию Манна-Уитни

При анализе возрастного распределения 39 женщин с злокачественными новообразованиями полости рта выявлено следующее: наибольшее количество, 13 (33%) пациенток, приходится на возрастную группу от 44 до 60 лет. Затем следуют 12 (31%) женщин в возрасте от 19 до 44 лет, 10 (26%) пациенток в возрасте от 60 до 75 лет, и 4 (10%) пациентки в возрастной группе от 75 до 90 лет. При этом, число женщин превышает число мужчин на 4 (6%) пациента.

Рост случаев ЗОСООПР среди женщин объясняется несколькими факторами: а) увеличением активности женщин в уходе за своим здоровьем, что приводит к частым обращениям за медицинской помощью; б) более слабым клиническим проявлением заболевания у 25 (64%) пациенток в возрасте от 19 до 60 лет, проявляющемся медленным ростом опухолей, функциональными нарушениями слизистой оболочки и органов полости рта, а также ксеростомией и применением противовоспалительных средств для лечения хронических воспалений; в) менее выраженным болевым синдромом и меньшим влиянием на моторные нервы (верхние и нижние челюстные, язычные, подъязычные), находящимися в более глубоких слоях тканей.

Среди 35 мужчин, страдающих указанными патологиями, наибольшее число случаев (16, что составляет 46%) приходится на возрастную категорию от 44 до 60 лет. За ними следуют 8 больных (23%) в возрастном диапазоне 19-44 лет. У 7 пациентов (20%) возраст составлял 75-90 лет, а у 4 больных (11%) - от 60 до 75 лет.

Малые показатели распространенности злокачественных опухолей указанной локализации среди 35 мужчин (100% выборки) могут быть объяснены несколькими ключевыми факторами: а) сравнительно малая численность выборки; б) значительное количество молодых и среднего возраста пациентов (24 из 35, или 69%), которые злоупотребляли алкоголем, курением и наркотическими анальгетиками, что связано с их невнимательным отношением к собственному здоровью; в) агрессивное течение заболевания, характеризующееся быстрым развитием и существенным ухудшением функций слизистой оболочки, сухостью во рту; г) выраженные болевые синдромы и поражение тройничного нерва, особенно его второй и третьей ветвей, что приводило к парезу мышц ротовой полости и языка.

Одним из ключевых факторов, влияющих на прогноз выживаемости пациентов с ЗОСООПР, являются сроки обращения за медицинской помощью. Исследование показало, что из 74 пациентов с ЗОСООПР 39 (53%) обратились к специалистам в течение первых 11 месяцев после появления первых симптомов. Другие 34 (46%) пациента обратились за помощью в течение одного до трех лет. Только один (1%) пациент обратился за необходимым лечением спустя семь лет после начала проявления заболевания (рисунок 2.4).

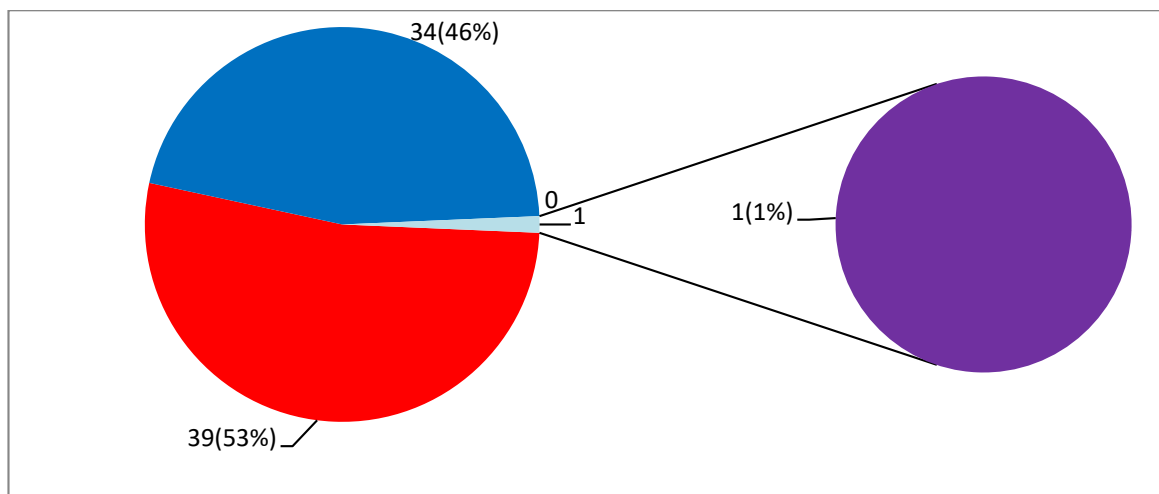


Рисунок 2.4.-Сроки обращения больных с ЗОСООПР за медицинской помощью

Анализ показывает, что подавляющее большинство (99%) пациентов с ЗОСООПР обращались за медицинской помощью не ранее, чем через месяц после начала симптомов, и вплоть до трех лет. Возможные причины такого промедления включают:

а) Недостаточное осведомление пациентов о потенциальной опасности их симптомов, что ведет к задержке в поиске специализированной медицинской помощи.

б) Отсутствие своевременной диагностики, включая применение методов, таких как пункционная или трепан-биопсия и ультразвуковое исследование, что затягивает процесс выявления заболевания.

в) Продолжительное использование противовоспалительных средств для лечения других заболеваний, что может скрывать проявления более серьезных патологий, таких как опухоли.

г) Быстрый рост опухолей, особенно в области языка, что может способствовать скорому появлению региональных метастазов, усложняя диагностику и лечение.

д) Недостаточная онкологическая бдительность со стороны первичных медицинских учреждений, включая стоматологов и отоларингологов, которые могут не распознать признаки опухоли на ранних стадиях.

При анализе причин более раннего обращения за медицинской помощью обнаружено, что 53% больных с ЗОСООПР инициировали визит к специалистам на начальных стадиях развития болезни. Это можно объяснить несколькими важными факторами: а) повышенное внимание к собственному здоровью у пациентов старше 40 лет, что часто приводит к более своевременному обращению за медицинской помощью; б) интенсивный рост опухоли и появление региональных метастазов, что увеличивает беспокойство у больных и стимулирует их обращение к врачу; в) развитие болевого синдрома, который начинается с периодических покалываний и переходит в тупую и ноющую боль, вызывающую усиление тревоги у больного; г) парез мышц слизистой оболочки ротовой полости и языка, который значительно ухудшает качество жизни, побуждая больного обратиться за медицинской помощью.

Эти данные подчеркивают важность акцентирования внимания на симптомах и изменениях в состоянии здоровья, особенно у лиц старше 40 лет, чтобы улучшить прогноз и исходы лечения ЗОСООПР.

Анализ жалоб пациентов с ЗОСООПР играет важную роль в ранней диагностике этих заболеваний. Он также необходим для проведения эффективных санитарно-просветительных мероприятий среди населения, направленных на повышение осведомленности о симптомах и последствиях этих опухолей, что может способствовать своевременному обращению за медицинской помощью и улучшению прогноза заболевания. Исследование охватило 74 (100%) пациента с ЗОСООПР (рисунок 5). В этой выборке 30 (40,54%) пациентов, страдающих раком языка, чаще всего жаловались на наличие твердых, болезненных и неподвижных опухолевидных образований на боковых поверхностях языка, которые часто покрывались белым налетом. В частности, у 18 (60%) пациентов наблюдалась язвенная форма рака языка, у 8 (27%) - узловая форма и у 4 (13%) - экзофитная форма. Диаметр этих образований колебался от 0,5 см до 4 см, при этом они склонны быстро увеличиваться в размерах.

Среди пациентов со злокачественными опухолями, на втором месте по численности жалоб были 9 (12,16%) пациентов с раком слизистой губ. Из них у 7 (78%) опухоли локализовались на слизистой нижней губы, а у 2 (22%) больных опухоли локализовались на слизистой верхней губы. Размеры данных опухолей колебались от 2 см до 4 см и характеризовались наличием опухолевых язв.

На третьей позиции по количеству обращений находятся 8 (10,8%) пациентов с опухолевыми поражениями слизистой альвеолярного отростка челюстных костей (ОСАОЧК). При этом 4 больных опухоли развивались по экзофитному типу, а у остальных 4 больных — по язвенному типу. В 80% случаев (у 6 пациентов из 8) опухоли были расположены на нижней челюсти, а в 20% случаев (у 2 пациентов из 8) — на верхней челюсти. Размеры данных опухолевых образований колебались в пределах 2,5-7 см (*Рисунок 2.5.*).

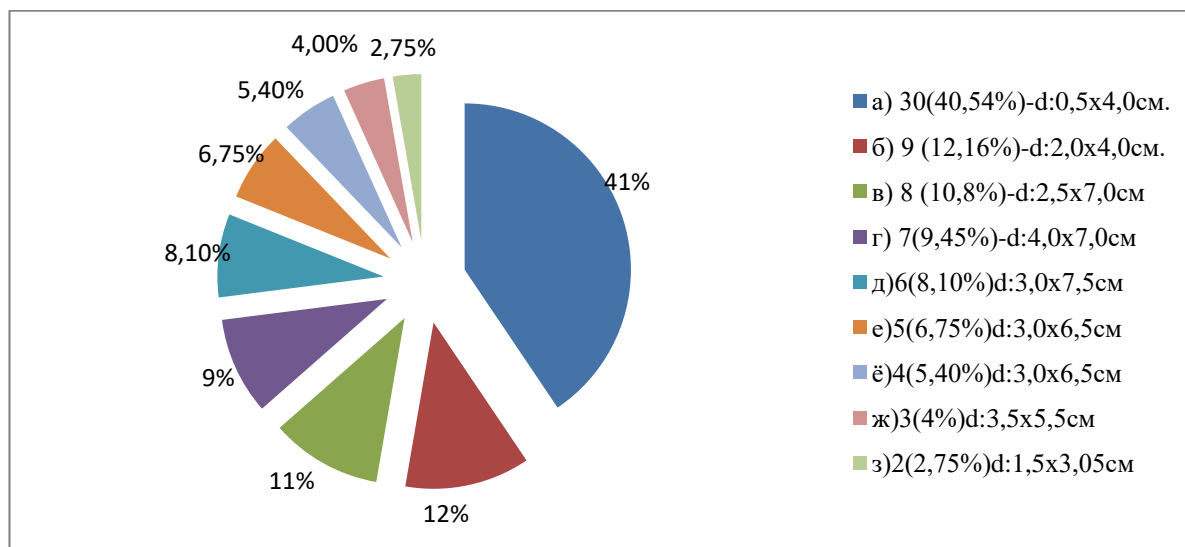


Рисунок 2.5. - Жалобы пациентов с ЗОСООПР в зависимости от локализации и размеров новообразования

На четвертом месте по распространенности жалоб находятся пациенты с злокачественными новообразованиями слизистой щеки (ЗОСЩ), составляющие 9,45% (n=7) от общего числа обследованных. Из 7 пациентов, большинство (57%, или 4 человека) имели опухоли, локализованные в задней части слизистой щеки, в то время как у остальных троих (43%) опухоли

находились в передней части. Размеры образований варьировались от 4 до 7 сантиметров.

На пятом месте разместились пациенты с опухолями нёбных миндалин справа, их было 6 (8,10% от всех случаев). Эти образования имели экзофитно-язвенную форму, при этом размеры варьировали от 3 до 7,5 сантиметров

На шестом месте статистики располагаются 5 пациентов (6,75% от общего числа), страдающих раком слизистых оболочек дна полости рта (РСОДПР). Они предъявляли жалобы на наличие язвенных опухолевых образований: у трех (60%) из них опухоли были расположены в переднем отделе, а у двоих (40%) — в боковом отделе дна полости рта. Размеры образований колебались от 3 до 6,5 сантиметров.

На седьмом месте, с 4 случаями (5,40%), находятся пациенты с раком слизистой ротоглотки (РСР), жалующиеся на опухолевые образования и язвы, которые были локализованы на передней нёбной дужке. Размеры этих образований варьировались от 4 до 6 сантиметров.

На восьмом месте, с 3 случаями (4% от общего числа), находятся больные с раком слизистой оболочки твёрдого и мягкого нёба (РСОТМН). Пациенты предъявляли жалобы на наличие опухолевых образований и язв, причём размеры данных новообразований колебались от 3,5 до 5,5 сантиметров.

На девятом месте располагаются 2 пациента (2,75%), страдающие раком, исходящим из малых слюнных желёз (РИМСЖ). Они отмечали наличие опухолевых образований в боковом отделе дна полости рта, с размерами от 1,5 до 3 сантиметров. (рисунок 5).

В структуре ЗОСООПР было выявлено следующее распределение:

- 1) На первом месте находились 30 пациентов (41% от общего числа) с раком языка, у которых опухоли были замечены на боковой поверхности языка, с жалобами на наличие опухолевых образований.

2) На втором месте разместились 9 пациентов (12.16%) с раком слизистой губ, причём у 7 (78%) из них опухоль была локализована на нижней губе, а у 2 (22%) — на верхней губе.

3) На третьем месте оказались 8 пациентов (10.8%), страдающих от опухолевых состояний и язвенных процессов на слизистой оболочке челюстно-лицевой кости (ОСАОЧК), из которых у 6 (80%) пациентов опухоли находились на нижней челюсти и у 2 (20%) — на верхней челюсти.

4) На четвёртом месте располагались 7 пациентов (9.45%) со злокачественными опухолями слизистой щеки (ЗОСЩ), с жалобами на наличие опухолевых образований и язв, где у 4 (57%) пациентов опухоль была в задней части щеки, а у 3 (43%) — в передней.;

5) на пятом месте были 6(8,10%) пациентов с жалобами на наличие ООИМ справа;

6) на шестом месте были 5(6,75%) больных с РСОДПР с жалобами на наличие опухолевых язвенных образований, у 3(60%) локализовались в переднем отделе, у 2(40%) – в боковом отделе дна полости рта;

7) на седьмом месте были 4(5,40%) пациента с РСР с жалобами на наличие опухолевых образований и язв, которые локализовались на передней нёбной дужке;

8) на восьмом месте были 3(4%) больных РСОТ и МН, с жалобами на наличие опухолевых образований и язв;

9) на девятом месте были 2(2,75%) пациента с РИМСЖ, которые предъявляли жалобы на наличие новообразования в боковом отделе дна полости рта. Подводя итог, можно отметить, что у 54% больных злокачественные опухоли развивались из органов полости рта, а у 46% - из слизистой полости рта, что диктует необходимость проведения санитарно-просветительной работы среди широкого круга населения, повышения онкологической настороженности среди врачей стоматологов, оториноларингологов и других специалистов. При анализе характеристик болевого синдрома у всех 74 пациентов с ЗОСОПР было выявлено, что у 46

(62%) из них болевые ощущения были интенсивными и диффузными, охватывая щеки, скулы, виски и лоб. В остальных 28 (38%) случаях пациенты отмечались редко неинтенсивные боли, которые носили локализованный характер, затрагивая одну из челюстей, язык или нёбные миндалины. Важно отметить, что у данных больных усиление болей зачастую отмечалось по ночам. Это особенно характерно для случаев рака и саркомы, где боли усиливались из-за напряжения. При выборе адекватного обезболивания среди больных с ЗОСООПР необходимо учитывать выше полученные данные о сильной интенсивности, о диффузном и локальном характере боли.

Ретроспективное изучение морфологической структуры злокачественных новообразований СООПР среди 74 пациентов выявило, что у 64 (86.48%) из них было выявлено эпителиальное строение опухолей, у 9 (12.16%) наблюдался железистый рак, а у 1 (1.36%) диагностирована лимфома Беркитта.

Морфологические методы диагностики оказались высокоэффективными: у 70 (95%) пациентов первичный диагноз, поставленный до операции, полностью совпал с результатами послеоперационного исследования, что подтвердило точность применяемых диагностических методов. Однако у 4 (5%) пациентов возникли трудности с верификацией диагноза ЗОСООПР в виду наличия низкодифференцированного рака и лимфомы Беркитта.

Рентгенологическое исследование лёгких проведено всем больным со ЗОСООПР. При этом у одного больного было установлено метастатическое поражения обоих лёгких. Среди 74 (100%) пациентов со ЗОСООПР было проведено специальное рентгенологическое исследование у 13 (18%) больных, среди них: при прямой проекции, панорамной рентгенографии челюстных костей у 8 (62%) пациентов, приинтразональной рентгенографии, так называемой прицельной рентгенографии, у 3 (23%) и ещё у 2 (15%) компьютерная томография. Рентгенологические методы позволили у пациентов выявить тени опухолей, степень распространённости в

окружающие ткани, они позволили определить следующие характерные признаки, когда имелись нечёткие границы, неровные контуры, неоднородные структуры. Распространённость ЗОСООПР среди 74 (100%) больных по международной классификационной системе TNM была следующей: а) T1N0M0 установлено у 1 (1%) больного, б) T2N0M0 установлено у 15 (20%) больных, в) T2N1M0 установлено у 2 (3%) больных, г) T2N2M0 установлено у 6 (8%) больных, д) T2N3M0 установлено у 1 (1%) больного, е) T3N0M0 - у 21 (28%) больного, е) T3N0M1 - у 2 (3%) больных (из них у одной пациентки в молочную железу, у другого больного в лёгкие), ж) T3N1M0 - у 10 (14%) больных, з) T3N2M0 - у 5 (7%) больных, и) T4N0M0 - у 10 (14%) больных, й) T4N1M0 - у 1 (1%) больного. Подводя итог распространённости ЗОСООПР среди 74 (100%) больных по международной классификационной системе TNM, следует отметить, что с первой и второй стадиями при T1 и T2 поступили 25 (34%) пациентов, а 49 (66%) больных были госпитализированы с третьей и четвёртой стадиями, то есть при T3 и T4 распространённости. Поэтому больным со ЗОСООПР необходимо проведение комбинированных и комплексных способов лечения.

В практике лечения злокачественных новообразований СООПР применяются различные методики для повышения эффективности исходов. В рамках терапии 74 пациентов с такими опухолями использовались различные стратегии лечения, включая сочетанные, комбинированные и комплексные подходы. При этом у 26 (35%) пациентов в паллиативных целях применялась химиотерапия по причине отказа от проведения объёмных и комбинированных хирургических вмешательств. У 18 (24%) пациентов в паллиативных целях применялась лучевая терапия по той же причине. Из общего числа обследованных, 8 пациентов (11%) подверглись комбинированной терапии, которая состояла из двух курсов химиотерапии, за которыми следовала операция. Ещё у 8 пациентов (11%) использовался комплексный метод лечения, включающий два курса химиотерапии в сочетании с предоперационной лучевой терапией, общей дозой от 30 до 40

грей, после чего проводились хирургические вмешательства. Для 6 пациентов (8%) был выбран другой комбинированный подход, охватывающий хирургическую операцию и последующую лучевую терапию, с дозировкой по 2 грей и общей дозой 60-70 грей у 5 больных (7%) была применена комбинация химио- и лучевой терапии. У 3 больных (4%) лечение ограничилось только хирургическим вмешательством.

Итоги лечения больных с ЗОСООПР распределились следующим образом: у 59% больных использовалось паллиативное лечение, у 26% — комбинированное лечение, у 11% — комплексное лечение, включающее несколько методов, и только у 4% пациентов проводились исключительно хирургические вмешательства. Эти данные показывают сложности проведения комбинированных, комплексных методов лечения из-за неосведомлённости, фобии к онкологической патологии, необразованности в плане излечимости от онкологической заболеваемости пациентов и эффективности вышеприведённых способов терапии.

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. У 8 больных (42%) и поздние рецидивы (спустя 12 месяцев) у 11 больных (58%). У 5 пациентов (13%) со злокачественными новообразованиями слизистой альвеолярного отростка челюстных костей наблюдались ранние рецидивы (в течение первых 12 месяцев послеоперационного периода). У 5 пациентов (13%) со злокачественными новообразованиями слизистой губы произошли поздние рецидивы (спустя 12 месяцев). Рак слизистых оболочек дна ротовой полости привёл к ранним рецидивам у 4 (10%) пациентов (в течение первых 12 месяцев послеоперационного периода). Рак слизистой ротоглотки вызвал ранние рецидивы у 3 (8%) пациентов (в течение первых 12 месяцев послеоперационного периода). Рак передней нёбной дужки был причиной

ранних рецидивов у 3 (8%) пациентов (в течение первых 12 месяцев послеоперационного периода).

Эти данные подчеркивают необходимость тщательного послеоперационного наблюдения и возможной адаптации протоколов лечения для снижения риска рецидивов, особенно в первый год после хирургического вмешательства.

Из 39 пациентов с ЗОСООПР, у которых наблюдались рецидивы заболевания, 81% случаев относились к ранним рецидивам, произошедшим в течение первого года после лечения. В то же время, 71% пациентов столкнулись с поздними рецидивами, произошедшими спустя год и более после лечения. Эта разница в 10% указывает на высокую агрессивность данной формы рака. Эти данные подчеркивают необходимость увеличения частоты осмотров у онкологов для более раннего выявления и лечения рецидивов.

Анализ результатов лечения 74 пациентов с злокачественными опухолями СООПР выявил, что отличные результаты достигнуты у 30% пациентов (22 человека), хорошие результаты у 17% (13 человек), удовлетворительные у 27% (20 человек), тогда как 26% пациентов (19 человек) продемонстрировали неудовлетворительные исходы. Последняя группа часто характеризуется низкой эффективностью лечения, что связано с отказом этих пациентов участвовать в мультидисциплинарных и комплексных подходах к лечению, что подчеркивает значимость такого подхода для улучшения исходов лечения (рисунок 2.6).

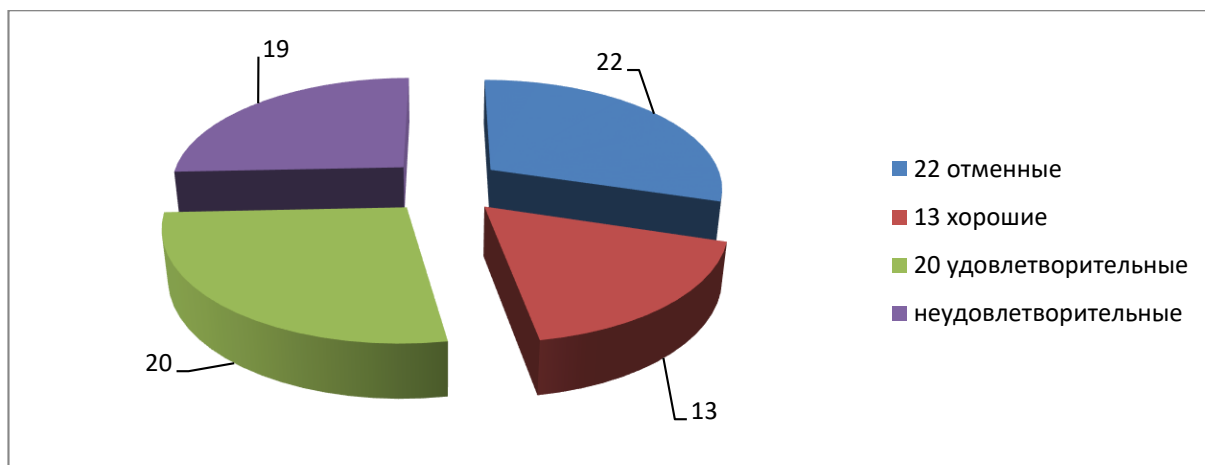


Рисунок 2.6.-Результаты анализа оценки эффективности лечения ЗОСООПР по объективным показателям

Оценка качества жизни и здоровья пациентов с злокачественными новообразованиями СООПР была проведена с использованием шкалы Карновского. В исследовании приняли участие 74 пациента. Результаты показали, что у 30% пациентов (n=22) качество жизни значительно улучшилось, с показателями от 60% до 90%. У 44% пациентов (n=33) также отмечено улучшение, в пределах от 50% до 80%. В то же время, у 26% пациентов (n=19) не наблюдались заметные улучшения в результатах оценки качества жизни, при этом данные показатели варьировались в диапазоне 20%-30%.

Полученные данные подчеркивают необходимость совершенствования мер первичной, вторичной и третичной профилактики и методов лечения. Также актуален сравнительный анализ результатов терапевтических подходов и оценка качества здоровья и жизни пациентов как ДОСООПР, так и ЗОСООПР.

Резюме

За шестилетний период наблюдения (с 2010 по 2015 годы) в клинике и на кафедре онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино было зарегистрировано 20,250 пациентов с различными видами опухолей и опухолеподобными процессами головы и шеи (РООППГШ). Среди этого количества у 44 (0,21%) пациентов были

выявлены доброкачественные опухоли СООПР. Возрастной диапазон данных пациентов составлял от 19 до 75 лет, причем мужчины составляли 28 (64%) пациентов, а женщины — 16 (36%). 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.

В связи с увеличением числа случаев поздних обращений пациентов с ДОСООПР, большое значение приобретает проведение активной просветительской кампании среди граждан. Преимущественное внимание необходимо уделить пропаганде срочности обращения к специалисту при выявлении новых образований, кист или васкулярных новообразований в районе слизистой оболочки и органов ротовой полости. Такой подход позволит провести своевременную диагностику и назначить адекватное лечение, что существенно повысит шансы на успешный исход лечения.

Почти все (99%) пациенты с ЗОСООПР обращались за медицинской помощью на относительно поздних сроках — от одного месяца до трёх лет. Это обусловлено несколькими факторами: а) низким уровнем информированности пациентов о потенциальных рисках ЗОСООПР; б) затяжным процессом диагностических исследований; в) использованием противовоспалительных методик лечения, которые могли скрывать признаки опухолей; г) активным развитием опухолевых процессов с последующим формированием региональных метастазов; д) дефицитом онкологической бдительности у медицинских специалистов, что затрудняло своевременное распознавание и начало лечения.

Исследование исходов терапии пациентов с доброкачественными новообразованиями СООПР показало следующие данные: у 15 из 44 пациентов (34%) наблюдались отменные результаты лечения; у 13 (30%) были отмечены хорошие исходы; а у остальных 16 (36%) пациентов исходы лечения были удовлетворительными.

В рамках другого исследования, посвященного оценке эффективности терапии у 74 пациентов со злокачественными новообразованиями СООПР, было установлено, что у 22 пациентов (30%) достигнуты отличные результаты лечения; у 13 (17%) – исходы расценивались как хорошие; у 20 (27%) - исходы расценивались как удовлетворительные; а у остальных 19 (26%) - исходы расценивались как неудовлетворительные. Неудовлетворительные исходы в основном ассоциированы с нежеланием больных следовать рекомендациям по применению комплексных и комбинированных методов лечения, что подтверждает необходимость использования интегрированных подходов в клинической онкологии.

При анализе состояния здоровья и качества жизни больных с доброкачественными новообразованиями СООПР с использованием шкалы Карновского было выявлено, что у подавляющего большинства пациентов, а именно у 40 из 44 (91%), произошло существенное улучшение. Их индикаторы состояния здоровья и качества жизни возросли с начального уровня в 70% до максимальных 90%. У остальных 4 пациентов (9%) также зафиксировано улучшение в аналогичном диапазоне, от 70% до 90%.

В рамках исследования, включающего 74 пациента с злокачественными опухолями СООПР, были получены следующие результаты по изменению качества жизни. У 22 пациентов (30%) наблюдались отменные результаты в оценках качества жизни, где минимальный уровень качества изначально составлял 60%, а максимально достигнутый уровень — 90%. У 33 больных (44%) наблюдались хорошие результаты улучшения качества жизни, начиная с 50% и достигая в пике 80%. В то же время, у 19 пациентов (26%) показатели качества жизни остались без заметных изменений, колеблясь в пределах от 20% до 30%.

На основе представленных данных очевидна необходимость разработки стратегий первичной, вторичной и третичной профилактики, а также интеграции в клиническую практику инновационных методов лечения. Эти подходы должны способствовать ускоренной реабилитации и

восстановлению функций слизистой оболочки и органов ротовой полости у пациентов с злокачественными новообразованиями. Целью таких усилий является значительное улучшение качества жизни пациентов.

ГЛАВА 3. Собственные материалы и методы исследования, эффективность лечения больных с опухолеподобными процессами, доброкачественными и злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ОППДЗОСООПР) общая характеристика клинического материала и методов исследования

3.1. Общая характеристика клинического материала и методов исследования больных с опухолеподобными процессами, доброкачественными и злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ОППДЗОСООПР)

В период с 2010 по 2015 год на кафедре онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино проводилось наблюдение за 20,250 пациентами, страдающими от разнообразных новообразований и опухолеподобных процессов в области головы и шеи (РООППГШ). Из общего числа РООППГШ, у 44 (0,21%) пациентов диагностировали доброкачественные новообразования исследуемой локализации). Возрастная категория данных пациентов варьировалась от 19 до 75 лет, при этом мужчины составили 64% (28 человек), а женщины - 36% (16 человек). Среди РООППГШ у 74 (0,36%) пациентов были обнаружены злокачественные новообразования (ЗОСООПР). Возрастная группа больных с ЗОСООПР находилась в диапазоне от 19 до 81 года, среди них женщины составляли 53% (39 человек), а мужчины - 47% (35 человек), демонстрируя преобладание женского пола на 6%.

Проспективно в период с 2016 по 2022годы в клинике кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУТГМУ им. Абуали ибни Сино проходили лечение 23625 больных с РООППГШ, из них у 65 (0,27%) пациентов были диагностированы ДОСООПР.

Возрастная группа пациентов с ДОСООПР колебалась от 19 до 75 лет. При этом, среди больных с доброкачественными образованиями, 37 (57%) составляли мужчины, а 28 (43%) — женщины, что указывает на преобладание мужского пола на 14%.

В группе пациентов, обследованных на предмет опухолей и опухолеподобных процессов головы и шеи (РООППГШ), у 170 из них (что составляет 0,71% от общего числа) были выявлены злокачественные новообразования (ЗОСООПР). Диапазон возрастов лиц, поражённых этими заболеваниями, охватывал период от 19 до 90 лет. Среди заболевших злокачественными опухолями преобладали женщины — 95 человек (56%), в то время как мужчины составляли 75 человек (44%). Таким образом, разрыв между полами составил 12% в пользу женского.

Всего 353 пациента с различными новообразованиями и опухолеподобными процессами в органах полости рта (ОППДЗОСООПР) были классифицированы в четыре разные группы на основе клинических и морфологических данных:

I группа, проспективная (основная), включала 65 пациентов (18,4%), у которых были выявлены доброкачественные опухоли в полости рта;

II группа, ретроспективная (контрольная), состояла из 44 пациентов (12,5%) с аналогичными доброкачественными новообразованиями;

III группа, также проспективная (основная), насчитывала 170 больных (48,1%) с злокачественными новообразованиями в этой же локализации;

IV группа, ретроспективная (контрольная), включала 74 пациента (21%), страдающих злокачественными опухолями полости рта.

Морфологическое исследование пациентов с ОППДЗОСООПР проводилось традиционными методами.

Цитологическое исследование. Цитологический материал подвергался окрашиванию с использованием азурэозина по методу Романовского-Гимза. Анализ результатов цитологического исследования выполнялся в соответствии с классификацией ВОЗ, которая была принята в Лионе в 2002 году.

Морфологическое исследование. Морфологический анализ проводился на уровне световой микроскопии с использованием стандартных методик. Биопсийный материал из патологически измененного участка, а также

макропрепараты после операции обследовались морфологически. Для этого материал фиксировали в 10% растворе формалина, а затем проводилось окрашивание гематоксилином и эозином. Проведение цитологического и морфологического исследований осуществлялось в патоморфологической лаборатории ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ.

Ультразвуковое исследование (*УЗИ*). Ультразвуковое обследование органов шеи, включая лимфатические узлы, выполнялось с использованием ультразвукового аппарата SSD – 500 ALLOKA в период с 1991 по 2010 год. В последующие годы для исследований применялось УЗ - оборудование LOGIQ-3 от General Electric, оснащенное цветной доплеровской системой. Ультразвуковые исследования проводились с использованием датчиков с частотой от 3,5 до 7,5 МГц в рамках работы отделения лучевой и эндоскопической диагностики. ГУ РОНЦ.

Оценка эффективности методов диагностики для определения злокачественных и доброкачественных новообразований, а также опухолеподобных процессов в слизистой оболочке и органах ротовой полости (ОППДЗОСООПР), проводилась на основе изучения диагностической точности, чувствительности и специфичности этих методов. Чувствительность теста определяет его способность корректно идентифицировать наличие заболевания у инфицированных пациентов. Специфичность, в свою очередь, отражает возможность теста не выявлять болезнь у здоровых индивидов. Диагностическая точность, выраженная в процентах, показывает долю верно определённых результатов среди всех проведённых тестов.

МРТ исследование больных ОППДЗОСООПР проводилось в условиях диагностического городского медицинского центра г. Душанбе, была применена магнитно-резонансная томография (МРТ) для оценки распространённости опухолевого процесса у 13 пациентов - на аппарате SIEMENS SOMATOMOTION-6 врачом Я.С. Кабировым.

Таблица 3.1. - Информативность диагностических методов при ОПДЗОСОПР

Показатель информативности	Метод исследования				
	Осмотр посредством хейлостомаскопии n=353	УЗИ N=353	Цитологическое N=162	Патогистологическое и (n=353) рентгенография лёгких (n=353)	КТ(n=22), рентгенография внутри - ротвая (n=43),
Чувствительность	95%	84%	81%	100%	60%
Специфичность	95%	84%	81%	100%	60%
Точность	95%	84%	81%	100%	50%

Группировка по стадиям в соответствии с поставленным диагнозом ЗОСОПР и с системой TNM представлена в таблице 3. 2.

Таблица 3.2. - Группировка по стадиям в соответствии с системой TNM

Стадия	Система TNM		
Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	No	Mo
Стадия II	T2	No	Mo
Стадия III	T3	No	Mo
	T1,T2, T3	N1	Mo
Стадия IVA	T4a	No,N1, N2	Mo
	T1,T2,T3, T4a	N2	Mo
Стадия IVB	Любая T	N3	Mo
	T4b	Любая N	Mo
Стадия IVC	Любая T	Любая N	M1

TNM-классификация

T Первичная опухоль.

Tx- недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

TO - первичная опухоль не определяется.

T1s-неинвазивныйрак (carcinoma in situ).

T1- опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

T2- опухоль до 4 см в наибольшем измерении.

T3 - опухоль более 4 см в наибольшем измерении.

T4a - опухоль прорастает кортикальную пластинку нижней челюсти, глубокие (наружные) мышцы языка, гайморову пазуху, кожу.

T4b- опухоль прорастает в крыло, нёбную ямку, боковую стенку глотки или основание черепа, или затрагивает внутреннюю сонную артерию.

- Регионарные лимфатические узлы. Регионарными являются подбородочно-подчелюстные. поверхностные и глубокие шейные, а также надключичные лимфатические узлы.

Nx- недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 - нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 - метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см и менее в наибольшем измерении.

N2 - метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле более 3, но менее 6 см или поражение нескольких лимфатических узлов на стороне поражения не более 6 см в наибольшем измерении, или метастазы в лимфатические узлы шеи с обеих сторон, или с противоположной стороны не более 6 см в наибольшем измерении.

N2a - метастаз в одном лимфатическом узле на стороне поражения более 3. но менее 6 см в наибольшем измерении.

N2b - метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения не более 6 см в наибольшем измерении.

N2c - метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны не более 6 см в наибольшем измерении.

N3 - метастаз в лимфатические узлы более 6 см в наибольшем измерении.

- Отдалённые метастазы.

МХ - недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.

МО - нет признаков отдалённых метастазов.

МІ- имеются отдалённые метастазы.

3.2.Профилактика, факторы риска, оценка качества жизни, эффективности терапии и способы медицинской статистики у больных с опухолеподобными процессами, доброкачественными и злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ОПДЗОСОПР)

Профилактика ОПДЗОСОПР основывается на ряде мероприятий, включая регулярную диагностику и лечение различных хронических заболеваний, включая специфические и неспецифические воспалительные процессы, а также опухолеподобные состояния и другие патологии слизистой ротовой полости. Ключевым аспектом профилактики также является санитарно-просветительская деятельность, направленная на информирование общественности о важности поддержания гигиены ротовой полости и ограничении воздействия потенциально опасных внешних и внутренних факторов. Это необходимо для предотвращения развития как доброкачественных, так и злокачественных новообразований. Среди них:

1) на первом месте привычка употреблять горячую и острую пищу оценивается в один балл;

2) в случае неполного соблюдения правил личной гигиены в отношении ротовой полости оценка составляет один балл;

3)в случае неоднократного механического травмирования слизистой ротовой полости самими зубами либо протезами оценка составляет два балла;

4)наличие признаков гальванизма в ротовой полости оценивается в один балл;

5)длительное применение нитроглицерина оценивается в один балл;

б) при иммуносупрессивных состояниях (лечение цитостатическими средствами либо применение иммуносупрессивных препаратов при лечении хронического лимфолейкоза) оценка составляет два балла;

7) иные факторы (лучевые воздействия, рубцовые деформации, последствия ожогов, наличие хронических воспалительных заболеваний, воздействие мышьяка и его соединений на слизистую ротовой полости) оценивается в два балла;

8) воздействие химических веществ (факторов профессиональной вредности в течение не более 10 лет - один балл, если этот период составляет 10-20 лет - оценка составляет два балла, а при увеличении данного периода свыше 20 лет - оценка составляет три балла);

9) курение (прежде всего сигарет или «нас») - умеренное (не более 10 штук сигарет в течение суток табака без дыма «нас» 10-15 грамм в день) до 5 лет один балл, до 10 лет два балла, более 10-20 лет три балла. Интенсивное (более 10 сигарет в день и табака без дыма 10-15 грамм в день) до 5 лет один балл, до 10 лет два балла, более 10-20 лет три балла;

10) употребление углеводной пищи (2 раз в день - 1 балл);

11) косвенные показатели иммунитета - возраст, отягощённая наследственность, сопутствующие заболевания пациентов (возраст, годы 30-39 лет - один балл, 40-49 лет два балла, 50-59 лет три балла, 60 и старше четыре балла);

12) отягощённая наследственность (наличие или перенесённые опухолевые заболевания у близких родных) оценка составляет 2 балла;

13) наличие новообразования на других участках (в том числе и в анамнезе) оценивается в 2 балла;

14) наличие сопутствующих патологий, оказывающих угнетающее воздействие на иммунитет (сахарный диабет, туберкулёзная инфекция, чрезмерное употребление алкоголя) они оцениваются как 3 балла;

15) тяжёлые физические (в быту), психоэмоциональные нагрузки среди больных оцениваются как 2 балла;

16) показатели индивидуальной восприимчивости к действию бластомогенных факторов риска и стадии развития опухолевых процессов, к ним относятся облигатные (болезнь Боуэна), оценивается в 16 баллов, и факультативные предопухолевые процессы (эрозивная, веррукозная, плоская формы лейкоплакии, папилломатоз оцениваются как 6 баллов, хронические язвы, эрозивно-язвенные формы красного плоского лишая, красной волчанки, постлучевой стоматит оцениваются как 4 балла), фоновые состояния (рубцы после травм, ожогов, оперативных вмешательств, доброкачественные соединительнотканые опухоли) оцениваются как 2 балла. Все выше приведенные причины относятся к факторам риска развития опухолей на слизистой оболочке полости рта.

Таким образом, для пациентов с ОППДЗОСООПР были определены три условные группы риска:

- ГР1 определяется как группа риска первой степени или группа с относительно низким уровнем риска, включающая лиц, чьи результаты оценки составили от 5 до 9 баллов.

- ГР2, или группа риска второй степени, рассматривается как основная группа риска. В неё входят индивидуумы, чей результат находится в диапазоне от 10 до 15 баллов.

- ГР3 классифицируется как группа риска третьей степени или группа с высоким риском. В неё входят лица (роженницы и дети), набравшие 16 баллов и более. Для каждой группы больных ОППДЗОСООПР объем и уровень проводимых лечебно-профилактических мероприятий устанавливался по-разному, кроме лиц, входящих ГР1, они нуждаются лишь в ослаблении воздействия факторов риска в развитии ОППДЗОСООПР (борьба с тяжёлой физической, психоэмоциональной нагрузкой среди населения в быту, вредными привычками в быту от дыма сигарет и табака без дыма (нас), контроль за соблюдением коллективной и индивидуальной средств защиты факторов риска в быту и на производстве), плановый осмотр не реже 1 раз в

год. Лица, входящие в ГР2и ГР3, подлежат диспансеризации, динамическому наблюдению ежеквартально.

Качество жизни больных СПМОКОСПО анализировалось с использованием опросников EORTC QLQ-C30 (версия 3.0) и EORTC QLQ-N&N35. Для оценки полученных данных применялся индекс Карновского, выраженный в процентных показателях.

Индекс Карновского

Нормальная физическая активность, больной не нуждается в специальном уходе	100%	Состояние нормальное, нет жалоб и симптомов заболевания
	90%	Нормальная активность сохранена, но имеются незначительные симптомы заболевания
	80%	Нормальная активность возможна при дополнительных усилиях, при умеренно выраженных симптомах заболевания
Ограничение нормальной активности при сохранении полной независимости больного	70%	Больной обслуживает себя самостоятельно, но не способен к нормальной деятельности или работе
	60%	Больной иногда нуждается в помощи, но в основном обслуживает себя сам
	50%	Больному часто требуется помощь и медицинское обслуживание
Больной не может обслуживать себя самостоятельно, необходим уход или госпитализация	40%	Большую часть времени больной проводит в постели, необходим специальный уход и посторонняя помощь
	30%	Больной прикован к постели, показана госпитализация, хотя терминальное состояние не обязательно
	20%	Сильные проявления болезни, необходима госпитализация и поддерживающая терапия
	10%	Умиравший больной, быстрое прогрессирование заболевания
	0%	Смерть

Эффективность терапии у пациентов с ДОСООПР оценивалась с использованием субъективных и объективных критериев. Субъективный эффект оценивали по количеству дней, прошедших после операции, которые требовались для начала заметного стихания клинических признаков: уменьшения боли, отека и припухлости в зоне послеоперационной раны на слизистой и органов ротовой полости. Кроме того, у пациентов наблюдалось восстановление функций, таких как а) глотание, б) носовое дыхание, в) прикус, г) обоняние, д) функция мышц слизистой и органов ротовой полости, е) эстетика, ж) подвижность мягкого неба, нёбного глоточного жома, языка и других структур. Диапазон субъективного эффекта варьировался от 3 до 11 дней.

Объективный эффект (ОЭ) лечения у пациентов с ДОСООПР оценивался по следующим параметрам:

1) Отменный результат — это полная регрессия опухолей после хирургического, комбинированного или комплексного лечения, с полным восстановлением функций слизистой и органов ротовой полости. Дополнительным показателем отменного результата является отсутствие признаков рецидива заболевания на протяжении шести и более лет после лечения.

2) Хороший результат — это частичная регрессия опухолей, когда после первичного курса лечения заболевание уменьшилось наполовину. Если после повторного лечения наблюдалось положительное восстановление функций слизистой и органов ротовой полости в течение шести месяцев до года и отсутствие признаков рецидива опухоли в течение четырех и более лет, результат оценивается как хороший.

3) Результат считается удовлетворительным, если после лечения размеры опухолей у пациентов с ДОСООПР не изменяются, что свидетельствует о стабилизации заболевания. Кроме того, если в течение шести месяцев или года после повторного хирургического или комбинированного вмешательства удастся восстановить функции слизистой оболочки и органов полости рта, и если в течение трех лет не наблюдаются признаки рецидива, также признается удовлетворительным исходом.

4) Неудовлетворительный результат зафиксирован, если при использовании комбинированных или комплексных методов лечения, в том числе с применением гормональных препаратов и бета-блокаторы, не удастся достичь улучшения состояния пациента. При этом отсутствует положительное влияние на восстановление функций слизистой оболочки и органов ротовой полости в течение 1-2 лет. Дополнительным критерием неудовлетворительного результата является наличие ранних или поздних рецидивов или появление новых очагов заболевания в течение года.

Эффективность лечения у пациентов с ЗОСООПР анализировалась, учитывая как субъективные, так и объективные показатели. Субъективное улучшение определялось по количеству дней до уменьшения отечности и устранения воспаления в области операционного вмешательства. Также, пациенты с ЗОСООПР отмечали восстановление таких функций, как: а) глотание, б) носовое дыхание, в) прикус, г) обоняние, д) работу мышц слизистой оболочки и органов ротовой полости, е) эстетическую функцию, ж) подвижность мягкого нёба, глоточного жома, языка и других структур. Время, за которое происходило улучшение состояния, варьировалось от 7 до 15 дней.

Объективный эффект (ОЭ) лечения оценивался по следующим параметрам:

1) Отменный результат фиксируется, если полное исчезновение опухолей наблюдается после всего одного курса лучевой, хирургической, комбинированной или комплексной терапии. Это сопровождается восстановлением функций слизистой и органов ротовой полости без нарушений. Ключевым фактором является отсутствие признаков рецидива или метастазов в течение пяти лет после лечения, подтверждая долгосрочную эффективность терапевтического подхода.

2) Хороший результат наблюдается, когда злокачественные новообразования уменьшаются наполовину после лечения, что указывает на частичную регрессию. Если после повторного курса лечения удаётся достичь положительных изменений в функционировании слизистой и органов ротовой полости в течение шести месяцев и года, а также если не наблюдается рецидивов или метастазов в течение трёх-четырёх лет, результат оценивается как хороший.

3) Удовлетворительный результат характеризуется стабилизацией процесса, то есть, когда размеры злокачественных новообразований в слизистой оболочке и органах ротовой полости остаются неизменными после применения терапевтических мер. Лечебные исходы оценивались как

удовлетворительные, если функциональность органов, затронутых опухолевым процессом, восстанавливалась в интервале от шести месяцев до одного года после проведения дополнительных операций или использования комбинированных и комплексных терапевтических подходов. Кроме того, удовлетворительный результат подразумевал отсутствие рецидивов или метастазов в течение последующих одного или двух лет.

4) Результат лечения классифицируется как неудовлетворительный, если после применения комбинированных и комплексных терапевтических подходов, в том числе гормональной и иммунной терапии, не наблюдается улучшения в состоянии пациента. К этой категории также относится отсутствие существенного восстановления функциональности слизистой оболочки и органов ротовой полости в период от семи месяцев до одного года. Дополнительные показатели неудачи включают отказ пациентов от лечения, наличие рецидивов заболевания, метастазов опухоли и появление новых опухолевых очагов в течение года. В таких случаях пациентам с запущенными стадиями заболевания обычно оказывается паллиативная помощь.

Цифровые данные клинических исследований обработаны на компьютере с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoftInc., 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. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

ГЛАВА 4. Особенности клинического проявления, роль факторов риска в их развитии, алгоритм диагностики, профилактика доброкачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта (ДОСОПРОПР)

4.1. Сравнительный анализ особенности клинического проявления доброкачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и органов полости рта (ДОСОПРОПР)

На слизистой и в органах ротовой полости от 3% до 13% клинических наблюдений развиваются различные доброкачественные и опухолеподобные процессы. Среди них такие, как гемангиомы, фибромы, папилломы, миксомы, эпулиды, аденомы из малых слюнных желёз, лейкоплакия, гиперпластические и другие процессы, которые требуют большого внимания с точки зрения первичной и вторичной профилактики рака этой области [14,56]. До настоящего времени очень мало изучена частота, особенности клинических проявлений, способы диагностики, лечения и качество жизни при ДОСОПРОПР [14,15,56].

Анализ частоты и распространенности ДОСОПРОПР, анамнеза и особенностей клинических проявлений заболевания, а также морфологических характеристик играет важную роль при разработке и совершенствованию мер первичной, вторичной и третичной профилактики данных патологий. В проведенном нами исследовании было проанализировано состояние 109 пациентов с определенными типами новообразований, которые на основе их клинических и морфологических данных были разделены на две категории. Первая группа (основная, проспективная): состояла из 65 больных, что составляет 60% от всего числа участников, у которых обнаружены доброкачественные опухоли полости рта. Вторая группа (контрольная, ретроспективная): включала 44 пациента, или 40% от всей выборки, страдающих от тех же заболеваний.

Такое разделение позволяет более глубоко анализировать и сравнивать данные, получаемые из различных временных периодов и с разными клиническими подходами, что способствует улучшению диагностических алгоритмов и разработке эффективных профилактических мер.

Исследование возрастных и половых особенностей (таблица 4) у пациентов с ДОСООПР вызывает значительный научный интерес, так как дает возможность обнаружить определенные закономерности распространения этого заболевания. В рамках первой группы, насчитывающей 65 пациентов (100% от общего числа исследуемых с ДОСООПР), возрастные категории распределены следующим образом: основную часть составляют лица от 19 до 44 лет — 42 пациента (64,6%), что свидетельствует о более высоком уровне заболеваемости среди молодежи и людей среднего возраста; следующую группу формируют 15 пациентов (23%) в возрасте от 44 до 60 лет; наименьшую долю составляют 8 пациентов (12,4%), возраст которых варьируется от 60 до 75 лет (таблица 5).

Таблица 4.1. - Распределение больных с ДОСООПР I и II групп по полу и возрасту (n=109)

Группа	Возраст больных, абс.					
	Пол	19-44	44-60	60-75	75-90	Всего
I группа (основная) (n=65)	М	23	9	5	-	37(57%)
	Ж	19	6	3	-	28(43%)
	Итого	42	15	8	-	65(100%)
II группа (контрольная) (n=44)	М	24	-	4	-	28(64%)
	Ж	10	6	-	-	16(36%)
	Итого	34	6	4	-	44(100%)

Примечание: - статистическая значимость различия по точному критерию Фишера ($p > 0,05$ для обеих группы) по критерию χ^2 для произвольных таблиц; ***по U-критерию Манна-Уитни.

Анализ данных по второй группе пациентов с ДОСООПР, согласно таблице 4, также показывает возрастное распределение заболеваемости среди 44 пациентов (100%), охватывающих возраст от 19 до 75 лет. Максимальная частота заболевания ДОСООПР наблюдается среди людей младше 44 лет, где зафиксировано 34 случая (77%). В исследованной выборке, в возрастной группе от 44 до 60 лет, было зафиксировано 6 случаев заболеваемости, что составляет 14% от общего числа. В группе от 60 до 75 лет наблюдается 4 пациента, что равняется 9%. Однако данные о заболеваемости среди лиц старше 75 лет не представлены, включая возрастные категории от 75 до 90 лет (старческий возраст) и старше 90 лет (долгожители).

Анализ половозрастных характеристик пациентов в обеих наблюдаемых группах показывает, что в первой группе на 12% чаще встречались молодые пациенты с ДОСООПР по сравнению со второй группой. Такая же закономерность наблюдалась с разницей в 9% у пациентов основной группы в среднем возрасте, а среди пожилых пациентов первой группы разница составила 3%. Это можно объяснить большим количеством больных, входящих в первую группу. Эти данные подчёркивают важность заболеваемости ДОСООПР среди лиц молодого и среднего возраста, что имеет значительное социально-экономическое значение, учитывая, что это наиболее трудоспособная часть населения. Это поднимает вопросы о потерях рабочей силы, ухудшении качества жизни, а также о повышенных финансовых и социальных затратах на лечение и уход за этой категорией пациентов.

При разработке стратегий профилактики ДОСООПР особое внимание следует уделить месту проживания больных. Географический аспект может играть значительную роль в доступности и качестве медицинского обслуживания, распространённости определённых рисков факторов, а также в возможностях проведения просветительских и профилактических программ

Анализ распределения пациентов с ДОСООПР по географическому признаку в первой группе выявил следующую картину. Хатлонская область

(ХО): 23 пациента (35,3%) — это наибольшая доля среди других регионов. Согдийская область (СО): 18 пациентов (28%) — вторая по величине группа. РРП - 12 пациентов (18,4%). Город Душанбе: 8 пациентов (12,3%) — представляют собой урбанизированную часть выборки. ГБАО: 4 пациента (6%) — наименьшее количество участников исследования (рисунок 7).

Данные показывают, что большинство (69,3%) пациентов с ДОСООПР проживают в сельской местности, что может быть связано с ограниченным доступом к медицинским учреждениям и качественной медицинской помощи, а также с особенностями образа жизни и экономическими условиями. В то время как 30,7% пациентов проживают в городах, где, как правило, лучше организована система здравоохранения и доступны более развитые медицинские услуги. (Рисунок 4.1.).

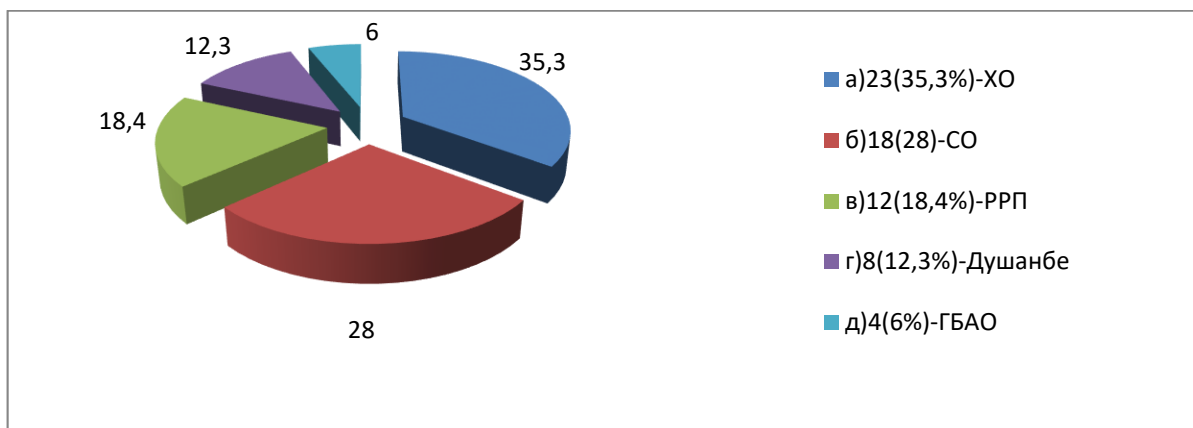


Рисунок 4.1. -Распределение больных ДОСООПР I группы в зависимости от их места проживания

Анализ распределения пациентов во второй группе с ДОСООПР также предоставляет важную информацию о географической принадлежности и возможных факторах риска, связанных с местом проживания. Хатлонская область (ХО): наибольшая доля во второй группе — 17 пациентов (38%). Согдийская область (СО): 11 пациентов (25%). Город Душанбе: 10 пациентов (23%), что указывает на более высокую долю городского населения в этой группе по сравнению с первой. РРП - 6 пациентов (14%).

Доля пациентов во второй группе, которые проживают в сельской местности составила 86%, что на 16,7% превышает показатель первой группы, где доля сельских жителей составляла 69,3%. Также во второй группе заметно выше заболеваемость среди городских жителей, достигая 14%, в то время как в первой группе этот показатель был на уровне 30,7% (Рисунок 4.2).

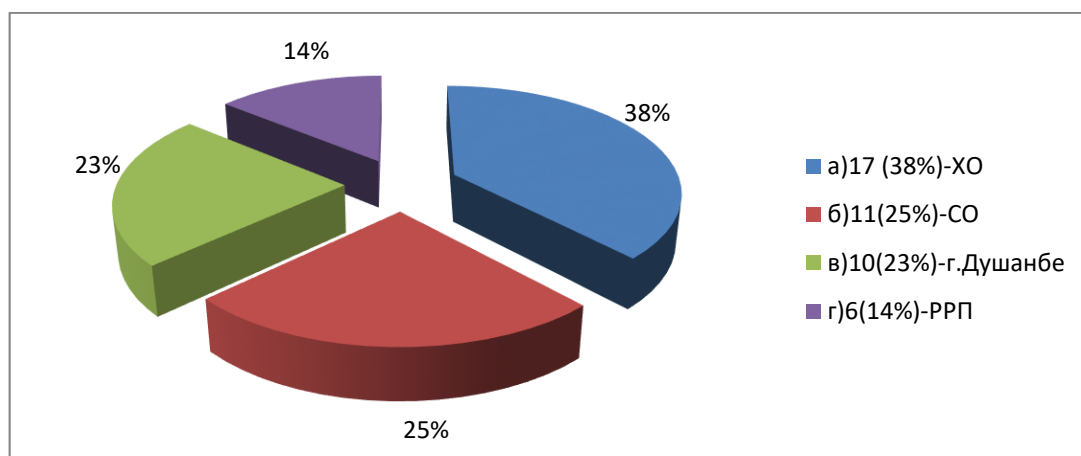


Рисунок 4.2. –Количество пациентов с ДОСООПР во II группе с учетом места их проживания

Учитывая значительную распространённость ДОСООПР среди населения как сельских, так и городских территорий, крайне важно проводить направленную на эти группы просветительскую работу для профилактики данного заболевания. Важно также уделить особое внимание обучению врачей первичного звена медицинского обслуживания, акцентируя их внимание на ранних клинических проявлениях ДОСООПР и методах их диагностики. Это обеспечит своевременную диагностику заболевания и, тем самым, направление пациента в специализированные медицинские учреждения, где он сможет получить соответствующее лечение. В ходе проведения общественных встреч, организованных стоматологами, оториноларингологами и другими специалистами из медицинской сферы, особое внимание уделяется необходимости немедленного обращения за медицинской помощью при первых признаках заболевания. Это предостережение играет ключевую роль в снижении необходимости

проведения сложных хирургических вмешательств и значительно улучшает результаты послеоперационной реабилитации. Это помогает предотвратить распространение опухолей и уменьшить их влияние на качество жизни пациентов.

В современной клинической онкологии акцентируется внимание на роли профессиональной деятельности в этиологии раковых заболеваний.

Исследование характера трудовой деятельности у пациентов с ДОСООПР имеет немаловажное значение при разработке профилактических мер против воздействия вредных профессиональных факторов. Анализ данных первой группы из 65 пациентов с ДОСООПР выявил следующую распределительную структуру профессий (рисунок 9): 22 (34%) пациента являлись сельскими тружениками, 17 (26%) — домохозяйками, 11 (17%) — являлись учителями в средней школе, 10 (15%) — являлись разнорабочими, 5 (8%) пациентов занимали руководящие должности, среди которых двое являлись руководителями в органах внутренних дел, один работал инфекционистом, один был председателем суда и еще один пациент являлся руководителем администрации на селе (Рисунок 4.3).

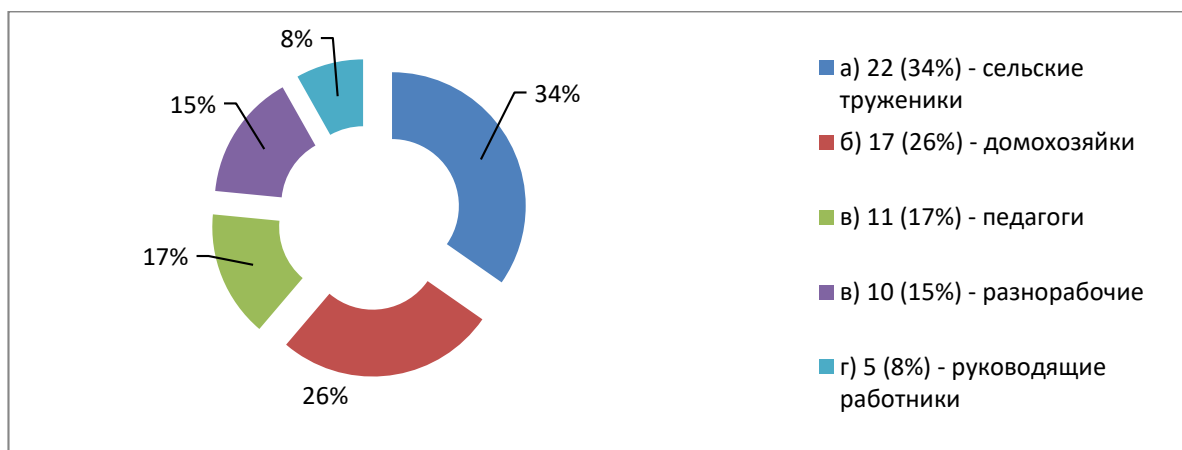


Рисунок 4.3. - Распределение больных ДОСООПР I группы в зависимости от их профессиональной деятельности

В завершение анализа квалификационного уровня больных ДОСООПР, следует отметить, что в первой группе из 49 пациентов (75%) не имели специальной квалификации, в то время как 16 пациентов (25%) были высоко

квалифицированными специалистами. Исследование профессиональной структуры второй группы предоставляет ключевые данные для разработки целевых профилактических мер. Результаты анализа 44 пациентов указывают на следующее распределение по профессиям (рисунок 10): 12 (27,28%) пациентов были сельскими работниками, по 8 (18,18% каждая) — домохозяйки, учителя в средней школе и разнорабочие, 4 (9,09%) являлись студентами, по одному (9,09%) — офицер запаса внутренних войск, бухгалтер, экономист и врач.

Эти данные подчеркивают необходимость адаптированного подхода к проведению разъяснительной работы, учитывая разнообразие профессий. Профилактические программы должны включать целевые сообщения, которые учитывают специфику работы и возможные риски, связанные с каждой из профессий. Эффективная первичная и вторичная профилактика ДОСООПР требует комплексного подхода, включая образование, регулярные медицинские осмотры и информирование о важности ранней диагностики (Рисунок 4.4).

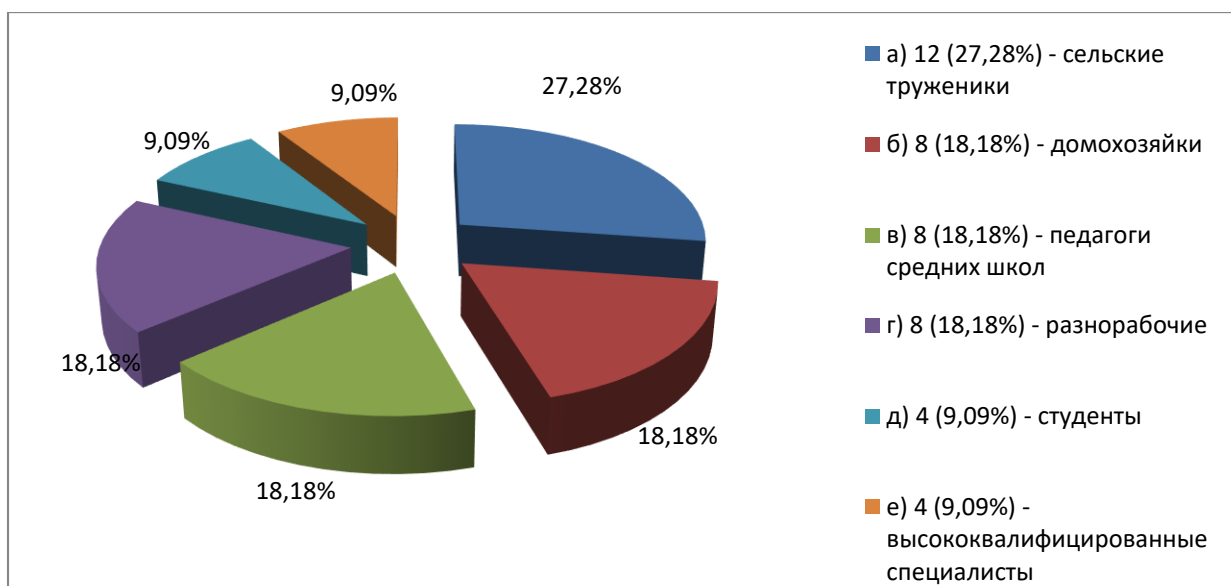


Рисунок 4.4. - Распределение больных с ДОСООПР II группы в зависимости от их профессиональной деятельности

Подводя итоги изучения квалификации пациентов с ДОСООПР контрольной группы, согласно рис.10, следует отметить, что 28 (64%)

больных были неквалифицированными работниками, 12 (27%) – являлись высококвалифицированными специалистами, 4 (9%) пациента были с неполным высшим образованием.

Распределение ДОСООПР по уровню квалификации в обеих группах пациентов указывает на важные тенденции, которые могут быть полезны для целенаправленной профилактики и образовательных кампаний. В первой группе: 75% случаев ДОСООПР приходится на неквалифицированных работников, 25% пациентов, которые являются высококвалифицированными специалистами. Во второй группе, большинство случаев также приходится на неквалифицированных работников (64%), за ними следуют высококвалифицированные специалисты (27%, что равняется 12 человекам), и пациенты с неполным высшим образованием (9%, или 4 человека).

Анализ уровня квалификации пациентов с ДОСООПР имеет критическое значение для адаптации профилактических стратегий, осмотров и скрининговых программ. Учет профессионального статуса позволяет более точно нацелить ресурсы на наиболее уязвимые группы и улучшить эффективность мер по снижению риска развития заболевания. В онкологической практике время сроки визита больного к врачу играют важную роль, так как это отражается на результатах диагностики, исходах лечения и на прогнозе заболевания. Задержка в обращении к специалистам часто коррелирует с выявлением более поздних стадий онкологических заболеваний, что значительно ухудшает прогноз для пациента и сокращает возможности выбора эффективных лечебных методов.

В первой группе, состоящей из 65 пациентов с ДОСООПР, за медицинской помощью в первые 11 месяцев после возникновения симптомов обратились 38 человек, что составляет 58,4%. За период от одного до трех лет помощь потребовалась 17 больным, что равно 26,1%. От 4 до 6 лет до обращения за медицинской помощью дожидались 7 пациентов (10,8%), а сроком более семи лет — 3 пациента (4,7%) (Рисунок 4.5.).

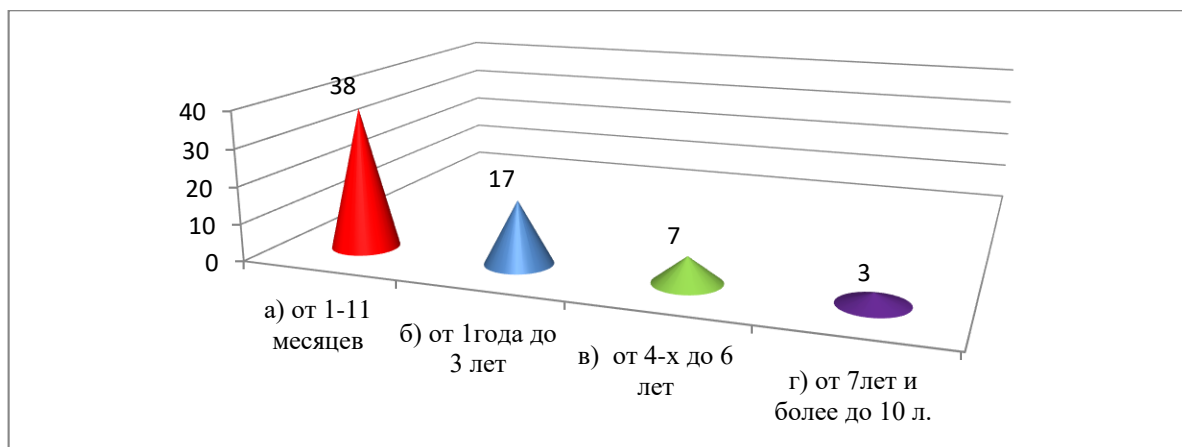


Рисунок 4.5. - Сроки обращения пациентов I группы с ДОСООПР за медицинской помощью

Итак, 58,4% пациентов первой группы с ДОСООПР обратились за медицинской помощью в течение первого года после появления симптомов. Раннее обращение в большинстве случаев было вызвано молодым возрастом пациентов и развитием вторичных инфекций в полости рта, что приводило к неприятному запаху изо рта у тех, кто не соблюдал гигиену, а также к кровотечениям из опухолей после травм от острых краев зубов или протезов. В то время как 26,1% пациентов обратились за помощью в период от одного до трех лет, в основном в среднем возрасте. Задержка обращения часто была связана с незнанием о риске развития ДОСООПР и практикой самолечения, которое приводило к различным осложнениям, включая кровотечение, рост опухоли и вторичные воспалительные процессы. 10,8% пациентов обратились за помощью в период от 4 до 6 лет после появления первых симптомов, что обусловлено их несерьезным отношением к собственному здоровью и высоким доверием к народным методам лечения, включая использование травяных настоек, рекомендованных народными целителями. Крайне позднее обращение, от 7 до более 10 лет, отмечено у 4,7% больных, которые были пожилыми людьми с нарушениями мозговой деятельности или страдали инвалидностью с детства, что могло повлиять на их способность адекватно оценивать состояние своего здоровья.

Анализ своевременности обращения за медицинской помощью у пациентов с ДОСООПР подчеркивает её важность для эффективности лечения и диагностики. В рамках исследования второй группы, включающей 44 больных, были зафиксированы следующие показатели: в первые 11 месяцев после проявления симптомов обратились 19 пациентов (43,18%); от одного до трех лет — 16 пациентов (36,36%); от четырех до шести лет — 7 пациентов (15,90%); более семи лет после начала симптомов — 2 пациента (4,56%) (рисунок 4.6).

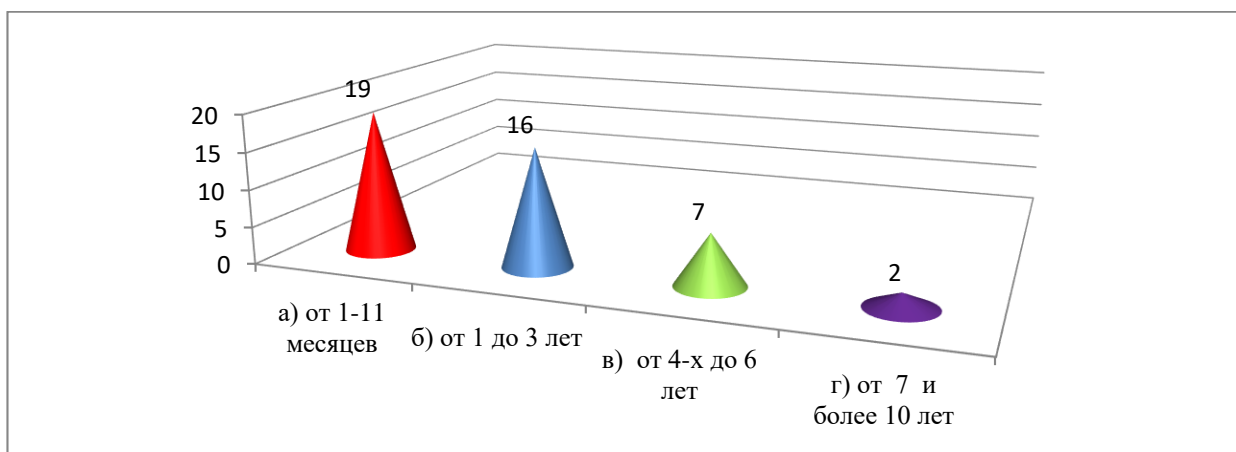


Рисунок 4.6. - Сроки обращения пациентов 2 группы с ДОСООПР за медицинской помощью

Среди пациентов второй группы с ДОСООПР, 43,18% обратились за медицинской помощью в первые 11 месяцев с момента появления симптомов. Остальные 56,82% пациентов посетили врача только через год или даже позже после начала симптоматики. Такое откладывание визита к специалисту часто обусловлено различными факторами, влияющими на решение пациентов. Во-первых, у пациентов нередко наблюдается недостаточное осознание рисков, связанных с развитием таких опухолей и их потенциальным переходом в более тяжелые формы. Во-вторых, продолжительное использование противовоспалительных препаратов для лечения аллергий, травм, ожогов, стоматитов и других воспалительных хронических состояний может скрывать симптомы опухолей, затрудняя их своевременное выявление. В-третьих, существует проблема недостаточной

онкологической бдительности среди медицинских специалистов первичного звена, включая стоматологов, инфекционистов, отоларингологов и врачей общей практики, которые могут не распознавать ранние признаки развития ДОСООПР. Эти факторы в совокупности могут привести к задержке в начале необходимого лечения и ухудшению прогноза для пациента.

Из всех пациентов с ДОСООПР, только 43,18% обратились за медицинской помощью в течение первых 11 месяцев после проявления первых симптомов. Это было связано с нарушениями функций языка, речи и приёма пищи, которые проявлялись болевыми ощущениями при открытии рта или жевании, кровотечениями и неприятным запахом изо рта. Симптоматика, свидетельствующая о прогрессировании опухолей и неэффективности противовоспалительного лечения в слизистой оболочке и органах ротовой полости, также подчеркивает относительно высокий уровень онкологической бдительности у стоматологов и отоларингологов. Эти специалисты регулярно повышают свои знания, проходя соответствующие курсы усовершенствования.

При проведении сравнительного исследования пациентов с ДОСООПР, оказалось, что 58,4% больных из первой группы обратились за медицинской помощью в первый год после появления первых симптомов. Более молодой возраст этих пациентов часто приводил к более раннему обращению, особенно при возникновении таких симптомов, как развитие вторичных инфекций в ротовой полости. Инфекция приводила к появлению ихорозного запаха, особенно у лиц, не придерживающихся должной гигиены ротовой полости. К тому же, кровоточивость опухолей, вызванная травмами от острых краев зубов или протезов, также ускоряла обращение пациентов за медицинской помощью. Во второй группе, 43,18% пациентов с ДОСООПР обратились за медицинской помощью в течение первых 11 месяцев после начала симптомов. Раннее обращение было связано с нарушениями функций языка, речи и приёма пищи, включая болевые ощущения во время открывания рта или во время жевания, кровотечения и неприятный запах изо

рта. Эти симптомы, вызванные прогрессированием опухоли и неэффективностью противовоспалительной терапии, стимулировали пациентов к более быстрому обращению за специализированной помощью. Из данных следует, что пациенты первой группы обращались за медицинской помощью на 15% раньше, чем обычно, в то время как позднее обращение составило 39% среди них и 57% среди пациентов второй группы, что демонстрирует разницу в 18%.

В свете наблюдаемой задержки в обращении за помощью у пациентов с ДОСООПР, крайне важно усилить просветительскую деятельность среди населения. Основная цель таких мероприятий — повышение осведомленности о том, что при появлении любых новообразований, кист или сосудистых опухолей слизистой и органов ротовой полости необходимо без промедления обращаться к врачу. Своевременная диагностика и адекватное лечение могут значительно улучшить прогноз и исходы лечения, минимизируя риск развития серьезных осложнений и улучшая качество жизни пациентов.

Анализ клинических данных о ДОСООПР у 65 пациентов первой группы подчеркивает важность сравнительного изучения клинических проявлений для раннего обнаружения симптомов заболевания. Такой подход не только способствует улучшению просветительских мероприятий среди населения, но также обеспечивает своевременную диагностику и лечение. Частые первичные жалобы пациентов включают появление новообразований и связанный с ними дискомфорт. Эти находки подчеркивают важность фокусировки на начальных этапах заболевания, что способствует повышению вероятности успешного исхода лечения. Анализ жалоб и характеристик опухолей у 65 пациентов с ДОСООПР показал разнообразие клинических проявлений (Рисунок 4.7.).

1) У 18 (27,7%) больных были обнаружены гемангиомы, исходящие из венозных и артериальных сосудов слизистой и органов ротовой полости. Эти опухоли характеризовались множественной узловой формой, отсутствием

чётких границ и мягкой консистенцией; при пальпации они уменьшались в размерах. Размеры гемангиом составляли от 2 до 6 см.

2) У 12 (18,5%) пациентов были диагностированы эпюлиды на альвеолярном отростке челюстей, из которых 7 случаев приходились на нижнюю челюсть, и 5 на верхнюю. Эти новообразования имели одиночно-узловую форму, мягкую консистенцию и нечёткие границы; кровоточили при нажатии. Размеры эпюлид варьировались от 1 до 8 см.

3) У 10 (15,4%) пациентов с аденомами малых слюнных желез были выявлены одиночные образования с чёткими границами и мягкой консистенцией при пальпации. Размеры аденом составляли от 0,5 до 2 см.

4) У 9 (13,8%) пациентов с фибромой языка были выявлены одиночные образования с чёткими границами и мягкой консистенцией. Размеры фибром варьировались от 2 до 5 см.

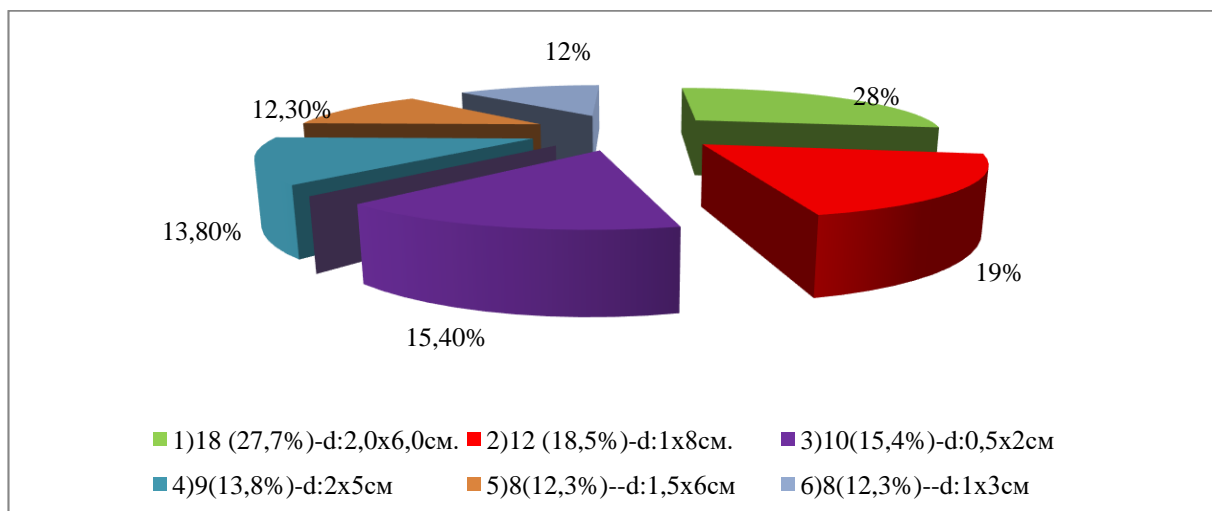


Рисунок 4.7. -Жалобы пациентов I группы с ДООПР

5) У 8 пациентов (12,3%) с лейкоплаксией слизистой и органов ротовой полости обнаружены плоские образования белесоватого цвета, имеющие нечеткие контуры и упругую консистенцию при пальпации. Размеры данных образований варьировались в пределах 1,5-6 см в диаметре.

6) У 12,3% пациентов с диагнозом папилломатоза СООПР обнаружены плоские новообразования розовато-белого цвета с четкими контурами и мягкой текстурой при пальпации, размерами от 1 до 3 см в диаметре.

В то же время, в первой группе 88% больных жаловались на опухоли, размеры которых колебались от 0,5 см до 8 см в диаметре. Несмотря на значительные различия в размерах опухолей, эти пациенты обращались за медицинской помощью на 15% раньше среднего (Рисунок 4.8.).

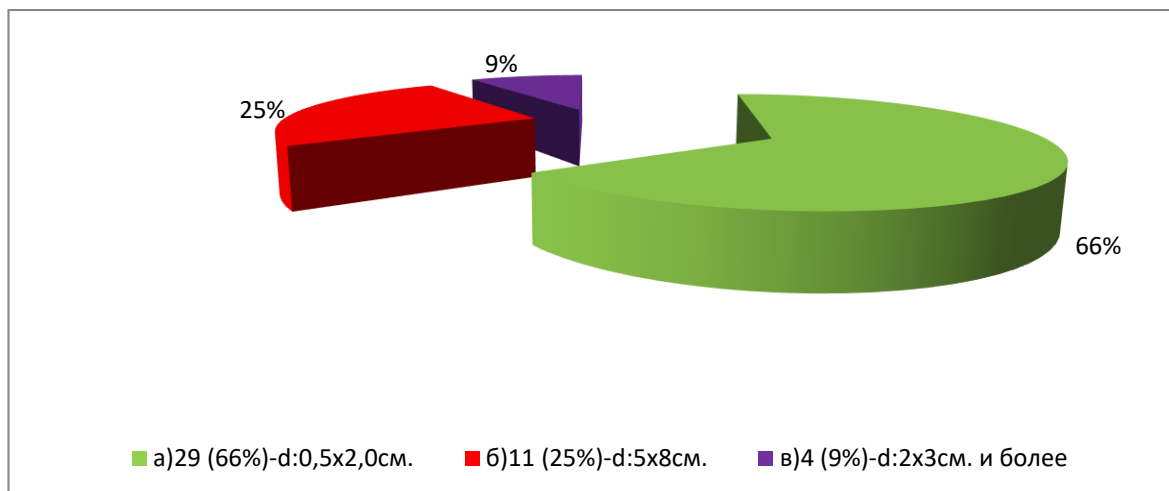


Рисунок 4.8. - Жалобы больных второй группы с ДОСООПР в зависимости от размера опухоли

Детальное исследование клинических характеристик у 44 пациентов из второй группы с ДОСООПР позволило выявить следующие особенности:

а) Большинство, 29 пациентов (66%), отметили как главную проблему присутствие опухолевидных образований в области малых слюнных желез, слизистой и органов ротовой полости. Эти новообразования имели форму одиночных узлов, чёткие контуры и мягкую текстуру, с размерами в диапазоне от 0,5 до 2,0 см.

б) У 11 (25%) пациентов были обнаружены многоузловые и сосудистые опухоли в тех же участках тела. Эти опухоли характеризовались пульсацией при пальпации, снижением размеров при сдавливании, нечеткими границами и мягкой консистенцией. Размеры данных опухолей колебались от 5 до 8 см.

в) У других 4 (9%) пациентов были обнаружены различные образования: у двух - кисты одиночной формы, а у двух других - папилломатозно-сосочковые разрастания без чётких форм и границ. Эти образования имели мягкую консистенцию, а размеры варьировались от 2 см и более 3 см.

Следует подчеркнуть, что во второй группе 40 пациентов (91%) в основном жаловались на наличие опухолевых новообразований, что на 3% выше по сравнению с первой группой. А размеры ДОСООПР варьировали от 0.5 до 8см, несмотря на столь разительные размеры опухолей и опухолеподобных процессов, больные поздно обращались за лечебной помощью, только лишь после увеличения их размеров и нарушения функции органов полости рта они обратились в специализированную клинику.

Эффективность своевременного выявления и лечения ДОСООПР во многом зависит от уровня информативности населения относительно данных патологий. Особенно важно информировать население о значимости безотлагательного обращения к медицинским специалистам в случае обнаружения у себя кистозных и опухолевых образований.

Боль представляет собой одну из самых древних адаптационных реакций человека и играет важную роль в ранней диагностике множества недугов. Особенно значимо анализировать болевые ощущения у пациентов с ДОСООПР, так как это может выступать косвенным признаком необходимости оперативного обращения за профессиональной медицинской помощью. Опыт боли часто стимулирует пациентов к более быстрому поиску медицинской помощи, что способствует ранней диагностике и улучшению исходов лечения.

В первой группе, состоящей из 65 человек, 74% (48 пациентов) испытывали местную боль низкой степени интенсивности. Оставшиеся 17 пациентов (26%) испытывали умеренные болевые ощущения, которые сопровождались вторичными инфекциями, повышением температуры тела и кровотечениями из опухолей. Во второй группе из 44 пациентов 35 пациентов (80%) ощущали локальную боль с лёгкой интенсивностью, а 9 пациентов (20%) испытывали локальную боль со средней интенсивностью.

Сравнение данных по обеим группам показывает идентичность характеристик болевого синдрома, подчеркивающую схожесть клинических

проявлений доброкачественных опухолей слизистой оболочки и органов ротовой полости в различных популяциях.

Анализ локализации доброкачественных новообразований ДОСООПР в первой группе выявил следующее распределение. У 33 пациентов (51%) опухоли находились на слизистой губ и щек: из них 17 (52%) локализовались на губе, а 16 (48%) — на слизистой щеки. У 14 пациентов (21,5%) опухоли располагались на языке. Ещё у 14 пациентов (21,5%) — на слизистой альвеолярных отростков челюстей. У 4 пациентов (6%) — на слизистой нёба.

Исходя из полученных данных, наиболее частые локализации ДОСООПР в первой группе — это слизистая оболочка губ и щек, что составляет более половины всех случаев. Затем следуют равнозначные показатели для языка и слизистой альвеолярных отростков челюстей. Наименьшее количество опухолей было выявлено на слизистой нёба

В анализе локализации доброкачественных опухолей у 44 пациентов второй группы с ДОСООПР было выявлено следующее распределение. У 25 пациентов (57%) опухоли были локализованы на слизистой губ и щек; у 13 пациентов (29%) они были локализованы на слизистой альвеолярных отростков челюстей, а у 6 пациентов (14%) опухоли были локализованы на слизистой нёба. Эти данные подтверждают, что большинство опухолей располагается на слизистой губ и щек, что также являлось наиболее частой локализацией в первой группе. Однако в сравнении с первой группой, где опухоли языка составляли 22% всех случаев, во второй группе язык не выделяется как значительная локализация.

Такое сравнение подчеркивает важность учета различий в распределении локализации опухолей при планировании диагностических и терапевтических мероприятий. Различия в локализации могут влиять на клинические решения, особенно когда речь идет о выборе объема и типа хирургического вмешательства, а также о подходах к реабилитации и последующему наблюдению.

Исследование ДОСООПР с точки зрения тканевого генеза показало интересные результаты в распределении типов опухолей среди пациентов двух групп. В общем анализе 109 пациентов опухоли мезенхимального строения были обнаружены у 69 пациентов (63%), а опухоли эпителиального строения выявлены у 40 пациентов (37%).

Детальное рассмотрение по группам выявило некоторые различия. В первой группе опухоли эпителиального строения составляли 40%, что на 8% больше по сравнению со второй группой. Во второй группе мезенхимальные опухоли преобладали на 8% по сравнению с первой группой (таблица 4.2).

Эти данные подчеркивают значимость изучения тканевого происхождения опухолей для оптимизации диагностических и терапевтических подходов. Различия в процентном соотношении между эпителиальными и мезенхимальными структурами могут влиять на выбор методов лечения и стратегий управления пациентами, особенно учитывая разную реакцию этих двух типов тканей на терапию. Важно учесть эти различия при планировании лечения, чтобы максимизировать эффективность и минимизировать риски для пациентов.

Таблица 4.2.- Тканевая основа морфологического строения доброкачественных опухолей СООПР у пациентов I и II групп (n=109)

Тканевая основа морфологического строения ДОСООПР	I группа (n=65)		II группа (n=44)		P
	абс.	%	абс.	%	
Мезенхимальное	39	60	30	68	>0,05
Эпителиальное	26	40	14	32	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами по точному критерию Фишера χ^2 для произвольных таблиц; *** по U-критерию Манна-Уитни

Использование методов рентгенологии, ультразвукового сканирования, морфологического анализа и КТ является ключевым в диагностике

ДОСООПР. Эти диагностические подходы необходимы для определения местоположения опухоли, оценки её распространённости и понимания биологической природы. Также они играют важную роль в точной стадии заболевания, планировании терапевтических мероприятий и контроле их эффективности, что существенно влияет на своевременное распознавание и успешное лечение заболеваний полости рта.

В ходе цитологического исследования 65 пациентов первой группы с ДОСООПР, дооперационный диагноз доброкачественных опухолей подтвердился у 58 (89%) больных после операции, что свидетельствует о высокой точности предоперационной диагностики. Однако у 7 (11%) пациентов обнаружено расхождение между дооперационными и послеоперационными результатами, выявившихся как ложно позитивные. Эти случаи иллюстрируют сложности в дифференциальной диагностике ДОСООПР с такими заболеваниями, как острый стоматит, хронический гингивит и глоссит, а также с туберкулезом и актиномикозом слизистой оболочки и органов ротовой полости.

Патоморфологический диагноз был верифицирован для всех пациентов, подтверждая точность морфологического анализа. Для более тонкой диагностики и оценки анатомических структур опухолей полости рта широко используются специальные прицельные рентгеновские снимки, которые выполняются как внутри-, так и внеорально, что позволяет получить детальное изображение интересующих областей.

Интраоральная и панорамная рентгенография челюстных костей была проведена у 28 (43%) пациентов первой группы с ДОСООПР. С помощью данного метода проводилась оценка степени распространения опухолевого процесса с тканей слизистой и органов ротовой полости на рядом располагающиеся структуры, а также дифференцировать доброкачественные опухоли от злокачественных.

КТ-исследование было выполнено у 9 (14%) пациентов, что способствовало детализации структуры опухолей и их точной локализации,

облегчая планирование хирургического вмешательства и дальнейшего лечения. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось у 6 (9%) пациентов. Эти методы визуализации являются неотъемлемой частью комплексного подхода к диагностике ДОСООПР, позволяя оптимизировать диагностический процесс и выбор методов лечения.

Применение стоматоскопии, рентгеновских исследований и морфологических методов оказывает решающее влияние на диагностику ДОСООПР, уточнение локализации и характера опухолей. В исследовании, охватившем 44 пациента второй группы, предварительные диагнозы, подтвержденные после операции, совпали у 30 (68%) больных, что свидетельствует о высокой точности используемых диагностических методов.

Тем не менее, у 14 (32%) больных были получены ложно позитивные результаты, что усложнило дифференциальную диагностику с такими состояниями, как хронический глоссит. Это указывает на потребность в дополнительном совершенствовании диагностических процедур для повышения их специфичности и чувствительности.

Внутриротовая и панорамная рентгенография, выполненная у 15 (34%) пациентов, позволила не только определить распространенность опухолевого процесса, но и отличить доброкачественные новообразования от злокачественных. Это критически важно для определения стратегии лечения и может напрямую влиять на выбор методов хирургического вмешательства и дальнейшую тактику ведения пациентов.

У всех пациентов из обеих групп патоморфологический диагноз ДОСООПР был точно установлен. В процессе диагностики широко применялись рентгенологические и ультразвуковые методы, а также данные КТ-исследования и цитологического исследования. Эти подходы играли роль важных инструментов в дополнительной диагностике, способствуя уточнению местоположения и степени распространения опухолевого

процесса. Тем не менее, тип и характеристики опухолевых тканей окончательно устанавливаются по результатам гистологического анализа.

4.2.Профилактика, роль факторов риска и алгоритм диагностики доброкачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и органов полости рта (ДОСОПРОПР)

Профилактика ДОСОПРОПР состоит из множества мероприятий, нацеленных на раннее обнаружение и лечение патологий, которые могут предшествовать развитию опухолей. Основные компоненты такой профилактики включают:

1. Профилактика опухолевых заболеваний начинается с раннего выявления и лечения как специфических, так и неспецифических воспалительных процессов, что существенно снижает риск их развития.

2. Осуществление образовательных и просветительских инициатив направлено на улучшение информированности общественности о последствиях вредных привычек, включая курение и употребление бездымного табака, такой привычки значительно увеличивают вероятность развития опухолевых заболеваний. В этом контексте разрабатываются обучающие программы, направленные на информирование общественности о данных рисках.

3. Рекомендации по питанию: Предостережения от употребления излишне горячих, острых и твердых продуктов, например, сухарей или жестких конфет, которые могут повредить слизистую оболочку полости рта и способствовать возникновению новообразований.

4. Гигиена полости рта: Поддержание должного уровня гигиены, включая регулярное чистка зубов и использование зубной нити, а также своевременное лечение и протезирование зубов, что помогает предотвратить развитие хронических воспалительных процессов.

Эти меры могут значительно снизить риск возникновения ДОСООПР и других серьёзных заболеваний полости рта, способствуя поддержанию здоровья и качества жизни пациентов.

Исходя из данных, представленных в таблице 6, наблюдается распределение уровней риска развития ДОСООПР среди пациентов из двух групп. В первой группе первый уровень риска (ГР1) был зафиксирован у 38 пациентов, что составляет 58,46%, тогда как во второй группе у 24 пациентов, или 54,54%. Второй уровень риска (ГР2) в первой группе зарегистрирован у 22 больных (33,84%), и у 14 пациентов во второй группе (31,81%). При этом, в первой группе третий уровень риска (ГР3) обнаружен у 5 пациентов, что составляет 7,69%, тогда как во второй группе этот уровень риска имели 6 пациентов, или 13,63%.

Данные анализа показывают, что основная часть пациентов из обеих групп относится к первому уровню риска, что свидетельствует о сравнительно низком уровне риска в данной популяции.

Таблица 4.3. - Показатели степеней риска у пациентов с ДОСООПР в сравниваемых I и II группах (n=109), в баллах

Группы	Степени риска, Me (Min.-Max.)		
	I степень (n=38)	II степень (n=22)	III степень (n=5)
I группа (n=65)			
Баллы	7,05 (5-9)	12,36 (10-15)	16,8 (16-18)
II группа (n=44)			
Баллы	6.66 (5-9)	12,28 (10-15)	17 (16-19)
P	>0,05	>0,05	>0,05

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

В анализируемых группах пациентов с ДОСООПР, основная часть пациентов относится к первой степени риска (ГР1), с процентным соотношением от 54,54% до 58,46%. Эти группы, имеющие сравнительно низкий уровень риска, требуют уменьшения воздействия факторов,

способствующих развитию опухолевых процессов, включая противодействие вредным привычкам и соблюдение мер безопасности на рабочих местах. Также рекомендуется проведение регулярных медицинских осмотров, по крайней мере, один раз в год.

Среди пациентов первой группы ДОСООПР уровень второй степени риска (ГР2) оказался на 2% выше по сравнению со второй группой, указывая на большее количество пациентов в данной категории риска. В то же время, третья степень риска (ГР3) во второй группе превышала аналогичный показатель первой группы на 6%. Пациенты, классифицированные как принадлежащие ко второй и третьей степени риска, нуждаются в регулярном диспансерном наблюдении и постоянном мониторинге их здоровья. Это наблюдение должно осуществляться не реже одного раза в квартал и включать в себя участие квалифицированных специалистов, таких как хирурги, стоматологи и онкологи, для эффективного отслеживания изменений и адаптации планов лечения. На основании изучения литературных и собственных данных нами разработан алгоритм, ориентированный на основные действия при диагностике и профилактике основных ДОСООПР, которые представлены в табл.7.

Таблица 4.4.-Алгоритм ориентировочных мероприятий по диагностике и профилактике доброкачественных новообразований СООПР

<p>Для своевременного выявления доброкачественных новообразований СООПР врачи, специализирующиеся на заболеваниях ЧЛЮ, должны следовать определённому алгоритму диагностики:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Тщательный опрос и осмотр пациента: Вне зависимости от возраста и наличия жалоб, важно провести детальный осмотр с целью исключения предопухолевых состояний и опухолей слизистой и органов ротовой полости2. Документирование результатов осмотра: Все находки, связанные с предопухолевыми процессами и опухолями слизистой и органов ротовой полости (ППОСООПР), должны быть точно зарегистрированы в амбулаторной карте или истории болезни пациента..3. У каждого пациента осмотр должен носить не только локальный, но и тотальный характер кожных покровов, региональных лимфатических узлов, в случае выявления новообразований и узлов на шеи и других частях тела следует больного направить на консультацию дерматологу, хирургу-
--

стоматологу, онкологу.
4. В случаях атипичного течения ППОСООПР рекомендуется активнее задействовать мнения коллег, чаще применять методы хейло-стоматоскопии, а также проводить цитологические и гистологические исследования образцов тканей, полученных из патологически изменённых участков.
5. Макропрепараты, включая лимфатические узлы и другие патологически измененные ткани, полученные в ходе хирургических вмешательств у пациентов с ППОСООПР, должны без исключения отправляться на морфологическое исследование
6. В процессе диспансеризации пациентов с ППОСООПР следует активно применять хейло-стоматоскопию, а также цитологические и гистологические методы исследования.
7. Активная санитарно-просветительская работа играет важную роль в улучшении своевременной диагностики ППОСООПР. Проведение информационных кампаний среди различных групп населения, включая как организованные, так и неорганизованные сегменты, способствует повышению осведомлённости о ранних признаках таких заболеваний. Важно акцентировать внимание на необходимости немедленного обращения к врачу при обнаружении первых симптомов и предостерегать от опасностей самолечения. Профилактика ДСООПР должна слагаться из следующих действий:
А. Ключевой подход к сокращению ППОСООПР основывается на предотвращении, а не на лечении. Необходимо проводить целенаправленную пропаганду среди населения о здоровом образе жизни. Пропаганда здорового образа жизни включает в себя не только санитарно-гигиеническое просвещение на индивидуальном уровне, но также и мероприятия во всех слоях общества, включая общественные объединения и правительство.
Б. Устранение факторов риска играет ключевую роль в профилактике и раннем обнаружении предопухолевых процессов и опухолей слизистой и органов ротовой полости. Раннее обращение пациентов за медицинской помощью при первых признаках возможных патологий не только способствует эффективной первичной профилактике, но и обеспечивает важные возможности для своевременной реабилитации..
В. Для повышения уровня информативности дифференциальной диагностики и оценки эффективности лечения предопухолевых процессов и опухолей слизистой и органов ротовой полости следует широко использовать под динамическим контролем хейло-стоматоскопию с цитологическим, морфологическим исследованиями.
Г. Своевременное лечение больных с ППОСООПР при их небольших размерах играет значимую роль в улучшении как косметических, так и функциональных исходов после хирургического вмешательства и является вторичной профилактикой данного заболевания..
Д. Коррекция иммунного и гормонального статуса, витаминная, общеукрепляющая терапия пациентов ППОСООПР.

Е. Лечение сопутствующих заболеваний у пациентов с ППОСООПР улучшить результаты лечения.

Резюме

В ходе исследования по ДОСООПР 109 пациентов были распределены в две различные группы с учетом клинических и морфологических характеристик. В проспективную, или основную, группу вошли 65 пациентов (60%), которым поставлен диагноз доброкачественных новообразований в соответствующей локализации. Ретроспективная, или сравнительная, группа насчитывала 44 пациента (40%), также страдающих от ДОСООПР

Подводя итог анализу по полу и возрасту обеих групп, можно констатировать, что на 12% было больше было больных с ДОСООПР в первой группе у лиц молодого возраста. Такая же закономерность наблюдалась, с разницей 9%, у пациентов основной группы со средним возрастом, а в пожилом возрасте с разницей на 3% у пациентов первой группы, что было обусловлено большим количеством пациентов в первой группе

За лечебной помощью больные первой группы обратились ранее, с разницей в 15%. Поздние обращения больных за лечебной помощью первой группы составили 39%, а второй группе составили 57% пациентов, то есть с разницей 18%.

Анализ жалоб и размеров ДОСООПР показал, что во второй группе 91% (40 пациентов) основные жалобы касались наличия опухолевых новообразований, что на 3% превышает аналогичный показатель в первой группе. А размеры ДОСООПР варьировали от 0,5 до 8см, несмотря на столь разительные размеры опухолей и опухолеподобных процессов больные поздно обращались за лечебной помощью, только после увеличения их размеров и нарушения функции органов полости рта они обратились в специализированную клинику.

Резюмируя локализацию ДОСООПР второй группы, можно отметить, что достаточно большое количество месторасположения отмечалось у 57%

на слизистой губы и щеки, далее 29% на слизистой альвеолярных отростков челюстных костей и 14% на слизистой нёба. При сравнительном анализе можно отметить тождественность главных локализаций, но с тем отличием, что в первой группе наблюдались опухоли на слизистой языка у 21,5% больных.

При изучении тканевого происхождения доброкачественных новообразований ДОСООПР в двух группах были обнаружены значимые различия. В первой группе пациентов с доброкачественными опухолями преобладание опухолей эпителиального строения достигло 40%, что на 8% больше, чем во второй группе. В то же время, во второй группе было замечено более высокое присутствие мезенхимальных опухолей, превышающее показатели первой группы на 8%.

В рамках диагностического процесса, рентгенологические, ультразвуковые исследования, а также данные компьютерной томографии (КТ) и цитологические анализы использовались как дополнительные методы, позволяющие уточнить распространение и местоположение опухолевых образований. Однако окончательное подтверждение типа и характера опухолевых тканей возможно было только посредством гистологического исследования.

Исследование уровня риска развития ДОСООПР в двух анализируемых группах выявило, что доля пациентов, относящихся к первой степени риска (ГР1), находится в диапазоне от 54,54% до 58,46%. Эти результаты указывают на сравнительно низкий уровень риска для обеих групп. В этом контексте, основные профилактические меры должны направляться на исключение бластомогенных факторов, включая активную борьбу с вредными привычками и строгое соблюдение правил индивидуальной и общественной безопасности на производстве. Рекомендуется также проводить регулярные медицинские осмотры, как минимум один раз в год, для раннего обнаружения любых аномалий или проявления новых симптомов.

Анализ риска развития ДОСООПР среди исследуемых пациентов показал различия в уровнях риска между двумя группами. В первой группе уровень второй степени риска (ГР2) на 2% выше по сравнению с тем же показателем во второй группе, что может свидетельствовать о более высокой вероятности возникновения определенных типов опухолей в этой категории больных. Во второй группе замечено, что третья степень риска (ГР3) на 6% выше, чем в первой. Эти данные подчеркивают необходимость более тщательного мониторинга и регулярного медицинского контроля для пациентов, отнесенных ко второй и третьей степени риска, включая обязательное диспансерное наблюдение с частотой не менее одного раза в квартал. В процессе мониторинга должно принимать участие мультидисциплинарное сообщество специалистов, таких как хирурги, стоматологи и онкологи, что позволит охватить все аспекты лечения и минимизировать риск дальнейшего развития заболевания.

4.3. Сравнительная оценка эффективности и пути оптимизации лечения доброкачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта

Современные исследования в области онкологии слизистых оболочек и органов ротовой полости акцентируют значительное внимание на разработке и улучшении терапевтических подходов к лечению ДОСООПР, что является ключевым аспектом вторичной и третичной профилактики этих заболеваний. Из всех пациентов (109), участвующих в исследовании, у каждого было подтверждено наличие ДОСООПР с использованием разнообразных диагностических методов, включая клинические осмотры, рентген, морфологический анализ, ультразвук и другие техники. Пациенты были случайно распределены на две группы: проспективная основная группа включала 65 человек (60%), а ретроспективная контрольная группа состояла из 44 человек (40%).

Немаловажным фактором, влияющим на эффективность лечения ДОСООПР, являются половозрастные характеристики пациентов (таблица 4.5).

Таблица 4.5. - Половозрастная характеристика больных с ДОСОПР в сравниваемых группах (n=109)

Параметр	I группа (n=65)		II группа (n=44)	
	М n=37	Ж n=28	М n=28	Ж n=16
Статистические показатели возраста, $M \pm m$	43,02 ± 2,78	38,21 ± 2,91	34 ± 2,96	29,56 ± 2,16
P	>0,05		>0,05	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей в группах по полу; при сравнении между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

В ходе изучения половозрастных характеристик у пациентов с ДОСОПР (таблица 4.5) было выявлено, что мужчин среди них было 65 (60%) человек, а женщин - 44 (40%) человек. Таким образом, отмечается преобладание пациентов мужского пола над женским на 21%.

Дополнительный анализ показал, что средний возраст мужчин в сравниваемых группах отличается на 9 лет, тогда как разница в возрасте среди женщин составляет 8 лет. Эти данные свидетельствуют о том, что пациенты с ДОСОПР в первой группе в среднем старше, чем во второй группе.

Изучение распределения опухолевых образований в слизистой оболочке и органах ротовой полости играет важную роль как в диагностике, так и в определении объёма необходимого хирургического вмешательства. В анализе локализации ДОСОПР у всех 65 пациентов первой группы опухоли были обнаружены в следующих локациях: на слизистой губы и щеки у 33 (51%) пациентов, при этом у 17 (52%) из них опухоль находилась на губе, а у 16 (48%) — на слизистой щеки; на языке и на слизистой альвеолярных

отростков челюстей опухоль была у по 14 (21,5%) пациентов в каждой из этих локаций; на слизистой нёба обнаружены опухоли у 4 (6%) пациентов. Подводя итоги по местоположению ДОСООПР первой группы, определено, что наибольшее количество больных (в 51% случаев) опухоли локализовались на слизистой губы и щеки, затем по 21,5% на языке и слизистой альвеолярного отростка челюстных костей, а далее на слизистой нёба.

В ходе изучения локализации опухолевого очага у 44 (100%) больных (II группы) с ДОСООПР было выявлено, что: А) у 25 (57%) пациентов на слизистой губы и щеки; Б) у 13 (29%) на слизистой альвеолярных отростков челюстей; В) у 6 (14%) на слизистой нёба. Резюмировав локализацию ДОСООПР второй группы больных, можно отметить, что достаточно большое количество местоположения отмечалось у 57% пациентов на слизистой губы и щеки, далее у 29% на слизистой альвеолярных отростках челюстных костей и у 14% на слизистой нёба. При сравнительном анализе можно отметить тождественность главных локализаций, но с тем отличием, что в первой группе больше наблюдались опухоли на языке – у 22% больных.

Большую роль в процессе реабилитации пациентов с ДОСООПР из I группы играет оперативное лечение в зависимости от расположения опухоли.

Так:

1) на слизистой губы и щеки в первой группе у 33 (51%) больных выполнялись электро-иссечением с замещением дефекта местными тканями путём мобилизации здоровых участков и перемещения слизистой;

2) на языке у 14 (21,5%) – в объёме от клиновидной резекции до гемирезекции, когда для оптимизации хирургического лечения и уменьшения кровотечения с языка во время операции гемирезекции языка. Нами был применён новый способ, у 7 (50%) больных с доброкачественными опухолями языка, который включал наложение гемостатического шва на корень языка с обеих сторон в начале хирургического вмешательства. После этого на языке выполнялся продольный разрез, а затем на интактную область накладывались узловы́е швы. После этого выполнялось удаление поражённой части языка. В

завершение процедуры удаляли шов, который накладывали на оставшиеся участки языка с целью гемостаза («Способ профилактики продолженного роста и раннего рецидива доброкачественных и злокачественных опухолей языка» №045 от 14.03.2022, выданный БРИЗ научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ г. Душанбе);

3) на слизистой альвеолярных отростков челюстей у 14(21,5%) – в объёме от иссечения до широкого электро-иссечения с краевой резекцией альвеолярного отростка с замещением дефекта местными тканями путём мобилизации здоровых участков слизистой, перемещения слизистой вестибулярной и оральной поверхности альвеолярных отростков нижней и верхней челюсти. Нами был применён новый способ профилактики рецидивов, распространения опухолевых клеток по ходу венозных, артериальных и лимфатических сосудов, а также мышечных и нервных волокон и на протяжении у 4(29%) больных с доброкачественными опухолями слизистой альвеолярных отростков челюстей. Поставленная цель достигалась тем, что в начале операции производилось обкалывание окружающих тканей новообразования слизистой полости рта, отступя на 1,5 см, производилось введение 20мл раствора 500 мг фторурацила (относящегося к антиметаболитам из группы антагонистов пиримидина). После производилось электрохирургическое или лазерное иссечение опухоли (Способ профилактики продолженного роста, рецидива доброкачественных и злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта №043 от 14.03.2022, выданный БРИЗ научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ г. Душанбе);

4) на слизистой нёба в первой группе у 4(6%) пациентов с ДОСООПР выполнялись электро-иссечения с замещением дефекта местными тканями путём мобилизации здоровых участков и перемещения слизистой нёба.

При рассмотрении выполненных оперативных вмешательств среди 44 (100%) пациентов (II группы) с ДОСООПР было установлено:

1) на слизистой губы и щеки во второй группе у 25 (57%) больных выполнялись электро-иссечения с замещением дефекта местными тканями путём мобилизации здоровых участков и перемещения слизистой;

2) на слизистой альвеолярных отростков челюстей у 13 (29%) – выполнялись в объёме от иссечения до широкого электро-иссечения с краевой резекцией альвеолярного отростка с замещением дефекта местными тканями путём мобилизации здоровых участков слизистой, перемещения слизистой вестибулярной и оральной поверхности альвеолярных отростков нижней и верхней челюсти;

3) на слизистой нёба у 6(14%) пациентов с ДОСООПР выполнялись вылушивание, электро-иссечение с замещением дефекта местными тканями путём мобилизации здоровых участков и перемещения слизистой нёба.

Таким образом, объём и характер оперативных вмешательств у пациентов обеих групп являлись практически одинаковыми. Однако в первой группе наблюдалось больше оперативных вмешательств на языке – у 14(21,5%) – в объёме от клиновидной резекции до гемирезекции, кроме того, для оптимизации хирургического лечения были предложены два способа, которые предопределили успех хирургического лечения и улучшили качество жизни этих пациентов. Один из важных элементов лечения ДОСООПР заключается в аналитическом изучении рецидивов. Этот процесс включает выявление причин повторного возникновения заболевания, реализацию мер профилактики и осуществление своевременного хирургического вмешательства на ранних стадиях развития заболевания у пациентов.

Анализ рецидивов среди 65 пациентов первой группы с доброкачественными опухолями показал, что рецидивы происходили у 16 из них, что составляет 25%. В ходе анализа ранние рецидивы фибром, папиллом и аденом СООПР были выявлены у 6 (38%) из 16 пациентов в течение первых 6 месяцев после хирургического вмешательства. Причиной этого стала практика выполнения операций в стоматологических поликлиниках без

применения электрокоагуляторов, что не обеспечивало полного уничтожения опухолевых тканей. Поздние рецидивы были зафиксированы у 10 (62%) пациентов, проявляясь исключительно при сосудистых опухолях и эпулиде, где начало рецидива приходилось на период спустя год после операции. Эти случаи поздних рецидивов связаны с недостаточным объемом резекции опухоли. Частичная краевая резекция без коагуляции основания опухоли оставляла ткани, способные к регенерации, что приводило к формированию новых опухолевых очагов в оставшихся фрагментах кавернозных форм гемангиом.

В исследовании рецидивов среди 44 пациентов второй группы с ДОСООПР было обнаружено, что рецидивы произошли у 16 (36%) из них. Из этих случаев рецидива, половина (8 из 16) случилась на начальной стадии, а именно в первые шесть месяцев после проведения хирургического вмешательства. Основные виды рецидивирующих опухолей включали фибромы, папилломы и аденомы. Это было связано с проведением хирургических вмешательств в неспециализированных учреждениях и хирургами общего профиля. В других 8 случаях (50%) отмечались рецидивы в более отдаленных сроках, то есть спустя более одного года после хирургического лечения и проявлялись исключительно при сосудистых опухолях и эпулиде. Данные поздние рецидивы возникали в результате недостаточного объема резекции опухоли, когда проводилась частичная краевая резекция без должной коагуляции основания опухоли. Это приводило к формированию новых опухолевых очагов в оставшемся фрагменте кавернозных форм гемангиом.

Сравнительный анализ двух групп показал, что частота рецидивов при ДОСООПР в первой группе составила 16 (25%) случаев, тогда как во второй группе — 16 (36%) случаев, что на 11% выше. Это различие было обусловлено недостаточным объемом проведенных хирургических вмешательств, применением традиционных методов диссекции с помощью скальпеля, а также проведением операций врачами-хирургами общего

профиля вне специализированных медицинских учреждений. Указанные данные подчеркивают необходимость масштабного внедрения улучшений в хирургическом лечении с целью сокращения частоты случаев рецидивов и ускорения сроков реабилитации функций слизистой и органов ротовой полости у больных с ДОСООПР. Одним из приоритетных направлений в челюстно-лицевой хирургии и клинической онкологии является анализ эффективности терапевтических подходов при ДОСООПР, что делает актуальными научные исследования в этой области, особенно в Республике Таджикистан.

Эффективность терапии у пациентов с ДОСООПР оценивалась по установленным критериям. Среди 65 пациентов первой группы отменные результаты были зафиксированы у 30 (46%), хорошие — у 24 (37%), а удовлетворительные — у 11 (17%). В результате оценки терапевтической эффективности при ДОСООПР среди 44 пациентов из второй группы наблюдались следующие данные: отличные результаты достигнуты у 15 пациентов (34%), хорошие — у 13 (30%), а удовлетворительные — у 16 (36%). При сравнении результатов лечения между двумя группами выявлено, что процент пациентов с отличными исходами в первой группе на 12% выше, чем во второй, а доля пациентов с хорошими результатами в первой группе на 7% превосходит аналогичный показатель во второй группе. Одновременно, пациенты второй группы демонстрируют удовлетворительные результаты на 19% чаще, чем в первой. Это говорит о различиях в эффективности применяемых методов лечения между группами.

В современной челюстно-лицевой хирургии и клинической онкологии особое внимание уделяется вопросам вторичной и третичной профилактики ДОСООПР. Эти меры профилактики нацелены на предотвращение трансформации доброкачественных новообразований в злокачественные формы, что является ключевым аспектом в общей стратегии лечения. Исследование эффективности послеоперационной реабилитации пациентов становится особенно важным, так как успешное восстановление критически

важно для предотвращения рецидивов и дальнейшего развития заболевания (таблица 4.6).

Анализ послеоперационной реабилитации пациентов с ДОСООПР выявил следующие результаты: в первой группе, 83% пациентов (54 человека) достигли хороших и отменных исходов лечения.

Таблица 4.6. -Анализ эффективности проводимых мероприятий по реабилитации больных с доброкачественными опухолями слизистой и органов ротовой полости(n=109)

Группа пациентов	Характер регенерации п/о раны, абс (%)		Эффективность реабилитации пациентов в п/о периоде, абс (%)			Срок госпитализации, 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;** - по критерию χ^2 для произвольных таблиц; *** по U-критерию Манна-Уитни

Во второй группе такой же успех наблюдался у 64% пациентов, что соответствует 28 человекам, на 19% меньше по сравнению с первой группой. Кроме того, процесс заживления операционных ран первичным натяжением оказался на 5% более эффективен у пациентов первой группы по сравнению с пациентами второй группы, страдающими от доброкачественных опухолей. Более того, средняя продолжительность пребывания в стационаре для участников первой группы уменьшилась на двое суток. Эти данные свидетельствуют о более высокой эффективности послеоперационной

реабилитации в первой группе, что подтверждается ключевыми критериями оценки успешности лечения.

В настоящее время при оценке качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями активно используются различные анкеты и опросники. Для группы больных с доброкачественными опухолями качество жизни оценивалось по шкале Карновского. Исследование включало 65 пациентов, среди которых у 60 (92%) наблюдалось значительное улучшение качества жизни, с показателями в пределах от 70% до 100%. У остальных 5 (8%) пациентов также отмечено улучшение, однако их результаты оставались в пределах от 70% до 90%.

В ходе опроса 44 пациентов из второй группы, у 40 из них (91%) было зарегистрировано повышение показателей качества жизни и здоровья, которые варьировались в диапазоне от 70% до 100%. Оставшиеся 4 пациента (9%) показали улучшение с 70% до 90%. Обобщая, можно отметить, что качество жизни и здоровья в основной группе было на 7,8% выше, что важно для прогнозирования эффективности лечения.

Резюме

Сравнительный анализ локализации, результатов лечения больных с ДОСООПР второй группы показывает, что достаточно большое количество локализации отмечалось у 57% пациентов на слизистой губы и щеки, далее у 29% на слизистой альвеолярных отростков челюстных костей и у 14% на слизистой нёба. При сравнительном анализе можно отметить тождественность главных локализации, но с тем отличием, что в первой группе больше наблюдались опухоли на языке – у 22% больных.

В обеих сравниваемых группах выполнялись почти одинаковые по объёму и сложности операции. Однако в первой группе наблюдалось больше оперативных вмешательств на языке – у 14 (21,5%) – в объёме от клиновидной резекции до гемирезекции, кроме того, для оптимизации хирургического лечения были предложены два способа, которые предопределили успех

оперативного лечения и позволили повысить качество жизни у данных больных.

В первой исследуемой группе, превосходство успешных исходов терапии составляло 12% по сравнению с той же характеристикой во второй группе. Кроме того, процент удовлетворительных результатов лечения в этой группе превышал показатель второй группы на 7%. Одновременно, пациенты второй группы демонстрируют удовлетворительные результаты на 19% чаще, чем в первой. Это говорит о различиях в эффективности применяемых методов лечения между группами.

Исходя из полученных данных, качество здоровья и жизни больных с ДОСООПР в первой группе было на 7,8% лучше по сравнению с второй группой. Эти результаты подчеркивают значимость выбора методов лечения и подходов к реабилитации, а также их влияние на исходы лечения, что важно для планирования и прогнозирования терапевтических стратегий.

ГЛАВА 5. Клинические особенности и лечение злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов ротовой полости: роль факторов риска и диагностический алгоритм

5.1. Сравнительный анализ особенности клинического проявления злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОСОПРОП)

Исследование клинических аспектов, диагностики и факторов риска ЗОСОПРОП занимает ключевое место в клинической онкологии. Важность изучения частоты встречаемости, сроков обращения за медицинской помощью и клинических проявлений ЗОСОПРОП неоспорима для эффективной первичной, вторичной и третичной профилактики этих заболеваний. Также это знание необходимо для обеспечения своевременной, адекватной медицинской помощи и реабилитации пациентов.

В процессе анализа клинических данных, собранных в течение 13 лет, было изучено состояние 43 875 пациентов, страдающих разнообразными опухолями и опухолеподобными заболеваниями головы и шеи. Из них у 353 (0,80%) пациентов обнаружены различные виды опухолей СОПРОП. Эти данные подчеркивают необходимость углубленных исследований в данной области для улучшения стратегий профилактики и лечения.

В рамках исследования анализировались медицинские данные 353 пациентов, страдающих от различных новообразований в области слизистой оболочки и органов ротовой полости. Из них у 244 пациентов (69%) диагностировали злокачественные опухоли. Эти больные были поделены на две категории: в третью группу (основную) вошли 170 человек (70%), а в четвертую группу (ретроспективная, контрольная) — 74 человека (30%).

Изучение половозрастных характеристик пациентов с злокачественными опухолями в этих группах является ключевым элементом данного исследования. В третьей группе возраст пациентов варьировался от 19 до 90 лет. Анализ распределения по возрастам выявил следующую

картину: наибольшее количество случаев заболевания (42% или 71 пациент) приходится на возрастную категорию от 44 до 60 лет. В возрастной группе от 60 до 75 лет зарегистрировано 47 случаев (28%), в категории от 19 до 44 лет — 41 случай (24%), а среди лиц старше 75 лет — 11 случаев (6%). Эти данные подчеркивают, что заболеваемость ЗОСООПР преимущественно наблюдается среди среднего, пожилого и молодого возрастов.

Таблица 5.1. - Половозрастные характеристики пациентов с ЗОСООПР III и IV групп (n=244)

Группы	Возраст больных, абс.					
	Пол	19-44	44-60	60-75	75-90	Всего
III группа (n=170)	М	18	32	19	6	75(44%)
	Ж	23	39	28	5	95(56%)
	Итого	41	71	47	11	170(100%)
IV группа (n=74)	М	8	16	4	7	35(47%)
	Ж	12	13	10	4	39(53%)
	Итого	20	29	14	11	74 (100%)

Примечание: - статистическая значимость различия по точному критерию Фишера ($p > 0,05$ для обеих групп).

В ходе изучения пола и возрастных характеристик среди пациентов третьей группы с ЗОСООПР было выявлено, что их возраст колебался от 19 до 90 лет. Из общего числа 170 пациентов, 95 (56%) оказались женщинами, а 75 (44%) — мужчинами. Таким образом, женщины преобладали над мужчинами на 12%(таблица 5.1).

Анализируя возрастную структуру среди 95 женщин, страдающих ЗОСООПР, было выявлено следующее распределение: наибольшее количество заболеваний (41% или 39 пациенток) приходится на возрастную категорию от 44 до 60 лет. В возрастной категории от 60 до 75 лет отмечено 28 случаев (29,47%), в группе от 19 до 44 лет — 23 случая (24,21%), а в возрастном диапазоне от 75 до 90 лет среди женщин зафиксировано 5

случаев (5,26%). Это свидетельствует о том, что большая часть заболевших приходится на средний и пожилой возраст. Наблюдается разница в численности между женщинами и мужчинами, составляющая 20 человек (12%), что демонстрирует более высокую распространённость заболеваний среди женщин в анализируемой выборке.

Рост заболеваемости ЗОСООПР среди женщин может быть объяснён несколькими факторами. Женщины, как правило, обращаются за медицинской помощью раньше, что может способствовать раннему выявлению и лечению заболевания. Это также связано с большим количеством женщин-пациенток, что статистически увеличивает число выявленных случаев. У 62 женщин в возрастной категории от 19 до 60 лет, что составляет 65,2% от общего числа наблюдаемых, было зафиксировано замедленное прогрессирование опухолевого процесса. Это проявлялось в виде функциональных нарушений слизистой оболочки и органов полости рта, включая симптомы сухости во рту. Отмечалась также необходимость в применении противовоспалительных препаратов для лечения хронических воспалительных состояний. Клинически у этих пациенток проявлялась сравнительно меньшая интенсивность болевых ощущений и меньшая степень поражения двигательных нервов, включая нервы верхней и нижней челюстей, язычные и подъязычные нервы, что потенциально могло смягчать течение заболевания. Более глубокое расположение нервов может способствовать их меньшей подверженности воздействию опухолевого процесса. Эти факторы в совокупности могут способствовать увеличению показателей выявления и успешного лечения ЗОСООПР среди женщин.

При детальном анализе возрастных и половых характеристик 74 больных (четвертая группа) с ЗОСООПР (таблица 11), выявлены следующие распределения: возраст пациентов колебался от 19 до 81 года. Среди них женщины составляли 39 человек (53%), а мужчины — 35 человек (47%), что демонстрирует некоторый перевес в численности женщин на 6%.

Анализируя возрастные особенности распространения ЗОСООПР среди 74 пациентов четвертой группы, было выявлено, что самый высокий процент заболеваемости, составляющий 39% или 29 человек, приходится на группу возрастом от 44 до 60 лет. Следующую группу формируют лица в возрасте от 19 до 44 лет, занимающие 27% или 20 пациентов. За ними идут пациенты в диапазоне от 60 до 75 лет, составляющие 19% или 14 человек. Наименьший процент заболевших, 15%, что равно 11 пациентам, отмечен среди лиц старше 75 лет. Таким образом, ЗОСООПР встречается у лиц различных возрастных категорий, от молодых до пожилых.

В возрастной структуре 39 женщин с ЗОСООПР, наибольшее количество случаев, 13 (33%), приходится на возрастную группу от 44 до 60 лет. За ней следует группа от 19 до 44 лет, где зарегистрировано 12 (31%) случаев. В возрастной категории от 60 до 75 лет наблюдается 10 (26%) больных, и наименьшее количество, 4 (10%), относится к возрастной группе от 75 до 90 лет. Общая разница в численности между пациентами женского пола и мужского пола составляет 4 человека (6%).

В исследуемой группе из 35 мужчин с ЗОСООПР, анализ возрастного состава показывает преобладание пациентов в возрастной категории от 44 до 60 лет, где выявлено 46% случаев (16 человек), подтверждающих высокий уровень заболеваемости в этом возрастном сегменте. Младшая возрастная группа от 19 до 44 лет демонстрирует 23% случаев (8 пациентов), что свидетельствует о заметной, но относительно более низкой заболеваемости среди молодых мужчин по сравнению с более старшей категорией. В группе пожилых мужчин в возрасте от 75 до 90 лет зафиксировано 20% случаев (7 пациентов), что отражает важность заболеваемости среди этой категории, возможно из-за позднего диагностирования заболевания. Наименьшая заболеваемость отмечена в возрастной группе от 60 до 75 лет — 11% (4 случая).

Наблюдаемые низкие показатели заболеваемости ЗОСООПР среди 35 мужчин могут быть обусловлены несколькими факторами. Сравнительно

меньшее число мужчин в выборке может привести к более низким статистическим показателям заболеваемости по сравнению с более крупными группами. Среди 24 (69%) мужчин, ЗОСООПР были связаны с вредными привычками, такими как употребление алкоголя, курение табака (как с дымом, так и без дыма) и наркотические анальгетики. Также было отмечено беспечное отношение к собственному здоровью, что могло способствовать развитию опухолей. У пациентов наблюдалось постоянное усугубление опухолевого процесса, в результате которого происходило ухудшение функционирования слизистой оболочки и органов ротовой полости. Одним из главных симптомов становилась сухость во рту. Большинство пациентов страдали от интенсивной боли, обусловленной вовлечением второй и третьей ветвей тройничного нерва, что приводило к парезу мышц слизистой оболочки полости рта и языка. Эти изменения значительно снижали качество жизни пациентов.

Анализ показал, что в основной группе (III) пик заболеваемости злокачественными новообразованиями СООПР чаще встречался у лиц молодого, среднего и пожилого возраста. В контрольной группе (IV) заболеваемость была распространена во всех возрастных категориях, включая старческий возраст. При этом женщины составляли большинство в обеих группах: на 2% в основной и на 6% в контрольной группе, что должно учитываться при организации профилактических мероприятий.

Изучение профессиональных рисков и их влияния на развитие злокачественных опухолевых патологий, в частности ЗОСООПР, становится ключевым аспектом в клинической онкологии. Это необходимо для создания эффективных мер предосторожности, направленных на минимизацию воздействия профессиональных рисков, которые могут способствовать возникновению онкологических заболеваний в ходе выполнения служебных обязанностей (Рисунок 5.1.).

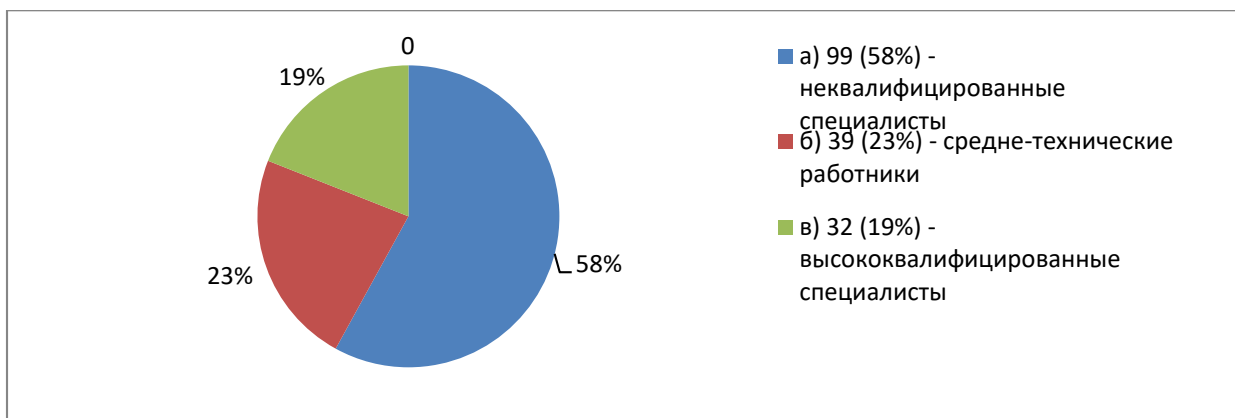


Рисунок 5.1. -Распределение пациентов с ЗОСООПР III группы с учетом характера их трудовой деятельности

В исследовании профессионального профиля 170 пациентов основной группы с ЗОСООПР (группа III), было установлено следующее распределение по видам занятий: 61 пациент (36%) были вовлечены в сельское хозяйство; 38 (22%) относились к категории домохозяек; по 32 (19%) пришлось на рабочих и разнообразных специалистов, среди которых были учителя средних школ, заместители председателей колхозов, юристы, врачи, экономисты, сотрудники милиции и бухгалтера; 7 (4%) из исследуемых были студентами.

Исследование профессиональной квалификации пациентов третьей группы с злокачественными новообразованиями СООПР выявило следующее: большинство, 99 человек (58%), не имели специальной квалификации. Среднетехнические работники составили 39 человек (23%) этой группы, а высококвалифицированные специалисты — 32 человека (19%).

В контрольной группе IV анализ профессионального распределения 74 пациентов показал следующие результаты: 30% (22 человека) из них занимались сельским хозяйством; 25% (19 человек) были домохозяйками; 24% (18 человек) представляли различные профессии, включая учителей, заместителя начальника отделения ЗАГС, юриста-консультанта, врача, экономиста, сотрудника органов внутренних дел и бухгалтера; 18% (13 человек) составили разнорабочие; 3% (2 человека) были студентами. Что

касается квалификации, то 55,41% (41 человек) не имели специальной квалификации, 20,27% (15 человек) были среднетехническими работниками, и 24,32% (18 человек) принадлежали к категории высококвалифицированных специалистов (Рисунок 5.2.).

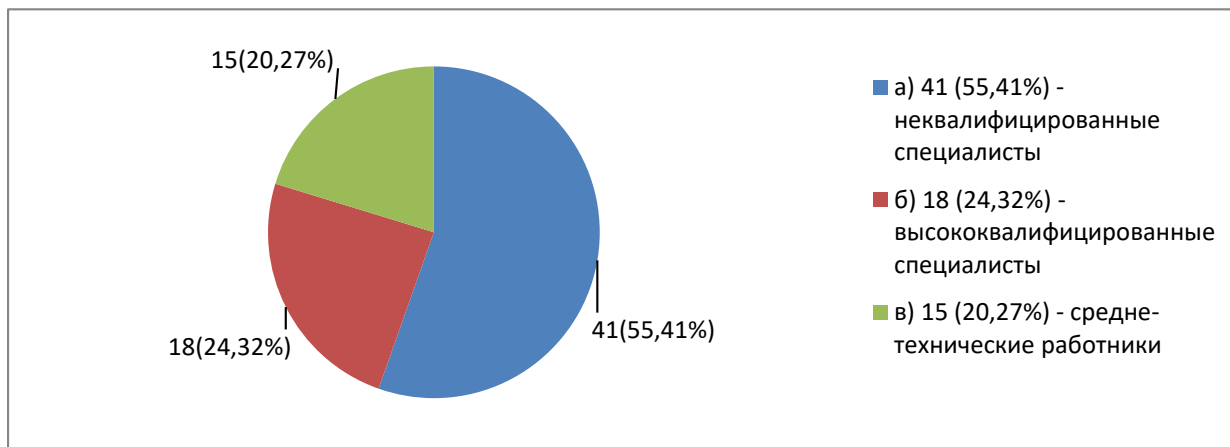


Рисунок 5.2. - Распределение пациентов с ЗОСООПР IV группы с учетом характера их трудовой деятельности

В процессе анализа профессиональной структуры больных с ЗОСООПР, входящих в третью и четвертую группы, обнаружено, что процент неквалифицированных рабочих в третьей группе на 3% выше, чем в четвертой. В то же время, доля высококвалифицированных специалистов оказалась на 5% больше в IV группе. Кроме того, среднетехнические работники также превалировали на 3% в III группе по сравнению с IV группой. Эти данные подчеркивают важность учета профессионального фона в разработке мер профилактики злокачественных новообразований для различных групп населения.

Важное влияние на развитие злокачественных опухолей оказывают климатогеографические факторы. Тем не менее, в Республике Таджикистан до сих пор нет достаточных данных о том, как место проживания влияет на частоту встречаемости ЗОСООПР. В этой связи, актуально проведение исследования, направленного на анализ распределения ЗОСООПР по

различным регионам страны. В анализе распределения 170 пациентов с ЗОСООПР из основной группы (группа III), 33% (56 человек) проживают в Хатлонской области, 24% (40 человек) проживают в Согдийской области, 21% (36 человек) проживают в РРП, 18% (31 человек) проживают в городе Душанбе, а 4% (7 человек) проживают в ГБАО.

Таким образом, большинство пациентов с ЗОСООПР, а именно 82%, проживают в сельской местности, в то время как 18% пациентов являются жителями столицы, города Душанбе (рисунок 5.3).

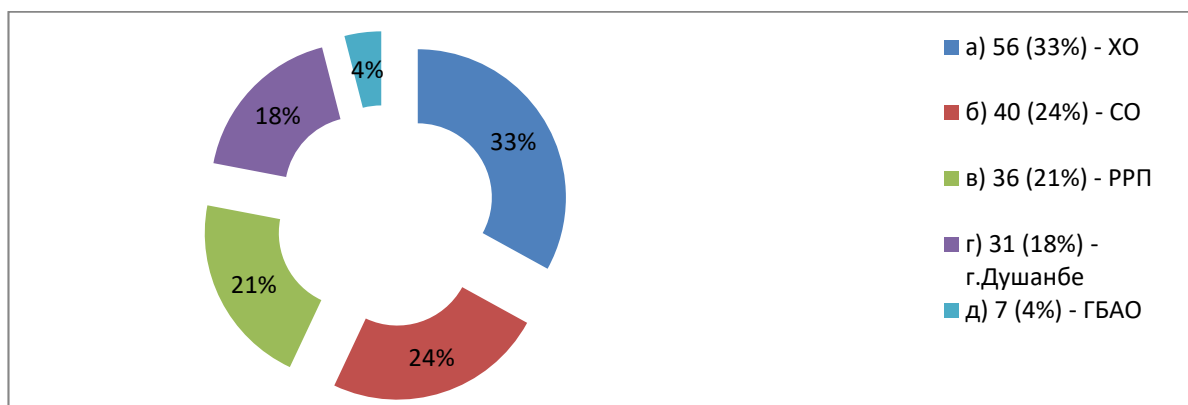


Рисунок 5.3. - Распространённость ЗОСООПР среди пациентов III группы по регионам РТ

В контрольной группе (IV), включающей 74 пациента с ЗОСООПР, распределение по месту проживания следующее: 34% (25 человек) из них проживают в Согдийской области, 31% (23 человека) проживают в РРП, 20% (15 человек) проживают в Хатлонской области, и 15% (11 человек) проживают в городе Душанбе (рисунок 5.4).

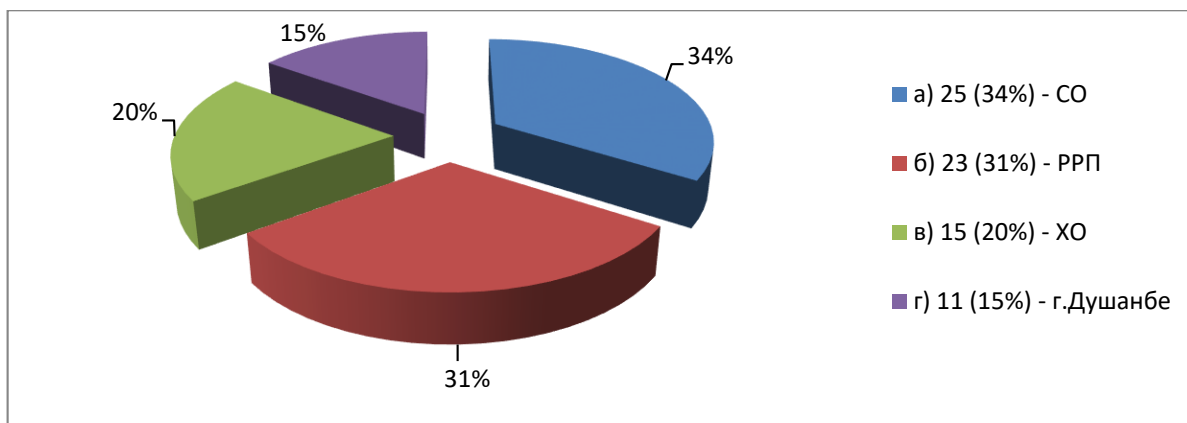


Рисунок. 5.4. -Распространённость ЗОСООПР среди пациентов IV группы по регионам РТ

Анализ показывает, что в четвёртой группе больных с ЗОСООПР 85% составляют жители сельских районов, а 15% - города Душанбе. При анализе регионального распределения пациентов в Республике Таджикистан между двумя группами выявлено, что в четвёртой группе доля жителей сельских территорий на 3% выше, чем в третьей группе, где на тот же процент преобладают городские жители. Эти данные подчеркивают важность проведения целенаправленных образовательных программ в городских и сельских районах для повышения эффективности первичной профилактики злокачественных новообразований. Важно акцентировать внимание первичных врачей на ранних проявлениях заболевания для обеспечения его своевременного выявления и начала лечения. Также необходимо усилить образовательные мероприятия среди жителей как сельских, так и городских территорий о важности незамедлительного обращения к медицинским специалистам при обнаружении новообразований в слизистой оболочке и органах ротовой полости. Это критически важно для ранней диагностики ЗОСООПР и разработки эффективных лечебных стратегий. Особое внимание следует уделить времени обращения за медицинской помощью, поскольку оно непосредственно влияет на возможность диагностики на ранних стадиях заболевания.

Анализ времени обращения за медицинской помощью среди пациентов третьей группы (рисунок 5.5.) выявил следующее.

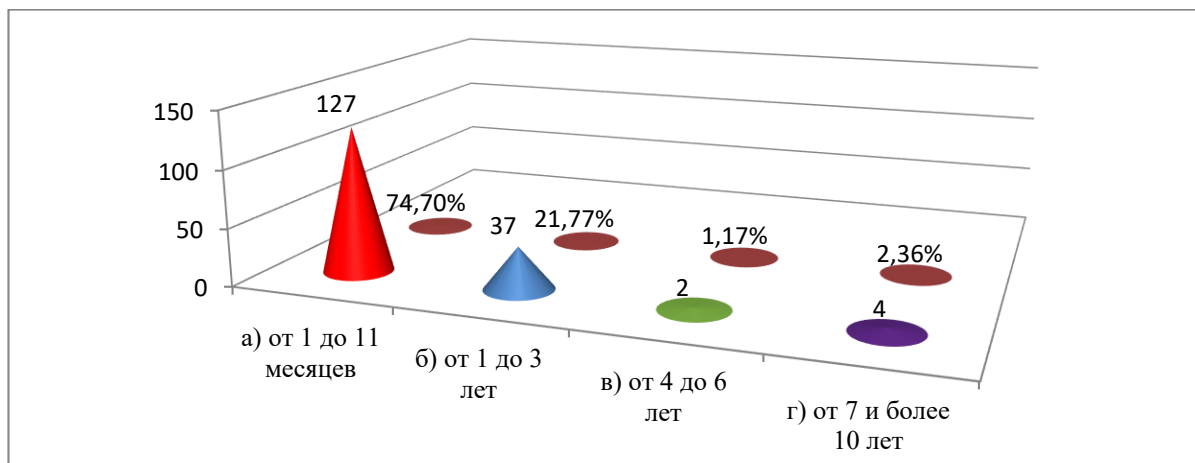


Рисунок 5.5. - Сроки обращения пациентов III группы со злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОООПР)

Из 170 человек подавляющее большинство, 127 пациентов (74,7%), обратились за помощью в период от 1 до 11 месяцев после начала проявления симптомов; 37 пациентов (21,77%) сделали это в течение от 1 до 3 лет; 2 человека (1,17%) — в интервале от 4 до 6 лет; и 4 пациента (2,36%) обратились за медицинской помощью спустя 7 и более лет после возникновения первых признаков заболевания.

Изучение сроков обращения за медицинской помощью среди 74 пациентов четвертой группы с ЗОООПР показало, что большинство, 53% или 39 человек, искали врачебную помощь в первый год, вплоть до одиннадцати месяцев после начала симптомов. Почти половина, 46% или 34 пациента, обращались за медицинской помощью в промежутке от одного до трех лет, в то время как лишь 1% (1 пациент) откладывал визит к врачу на срок от четырех до шести лет (рисунок 5.6).

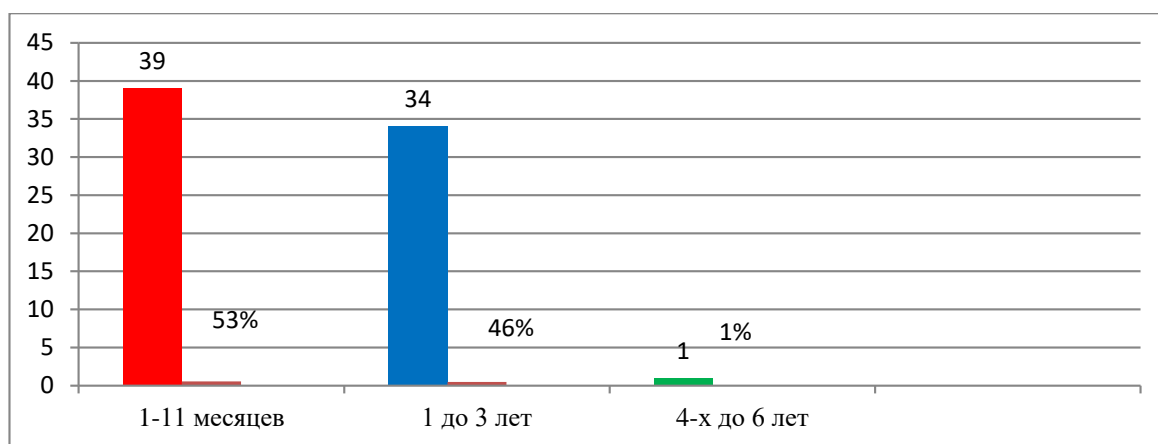


Рисунок 5.6.-Сроки обращения больных IV группы с ЗОСООПР за медицинской помощью

Сравнительный анализ временных интервалов обращения за медицинской помощью показал, что пациенты из III группы на 22% чаще обращались в течение первых 11 месяцев после появления симптомов по сравнению с пациентами из IV группы. В то время как в четвертой группе значительная доля пациентов — от 25,3% до 47% — обращались за медицинской помощью на более поздних этапах, начиная от одного года и простираясь до более чем десяти лет после начала проявления заболевания. Поздние обращения за медицинской помощью были обусловлены рядом факторов, среди которых: а) недостаточная информированность пациентов о рисках развития злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов ротовой полости (ЗОСООПР); б) затянувшийся процесс диагностики, связанный с неиспользованием эффективных диагностических методов, таких как пункция или трепан-биопсия, на этапе первичного обследования; в) пролонгированное использование противовоспалительных средств при хронических воспалительных и грибковых заболеваниях слизистой оболочки и органов полости рта; г) интенсивное прогрессирование злокачественных новообразований и развитие региональных метастазов; д) недостаточная онкологическая бдительность среди стоматологов, отоларингологов и врачей общей практики, которые могли не распознать на ранних стадиях признаки заболевания.

Эти данные подчеркивают необходимость улучшения информированности пациентов и повышения квалификации медицинских работников в области ранней диагностики и своевременного лечения ЗОСООПР.

Итоги анализа показывают, что доля раннего обращения за медицинской помощью среди пациентов с злокачественными новообразованиями слизистой оболочки и органов ротовой полости в обеих группах варьируется от 53% до 74,53%. Это было обусловлено несколькими ключевыми факторами:

- а) Значительная часть пациентов была в зрелом возрасте (старше 40 лет);
- б) Наличие явных клинических признаков злокачественного процесса, таких как боли, усиленное слюноотделение, неприятный запах изо рта;
- в) Быстрый рост злокачественных новообразований, а также появление региональных метастазов;
- г) Проявления болевого синдрома, включая периодические покалывания и переходящие в тупую, ноющую боль.

Анализ жалоб пациентов с злокачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОСООПР) играет ключевую роль в раннем выявлении этого заболевания и проведении эффективной санитарно-просветительской работы среди населения. В исследовании, охватившем 170 пациентов третьей группы, было выявлено, что у 50 из них (29,4%), страдающих раком языка, основные жалобы касались наличия опухолевидных образований на боковых поверхностях языка. Эти образования отличались плотностью, болезненностью и отсутствием подвижности, часто покрывались белым налетом. В 70% случаев (35 пациентов) рак языка проявлялся в язвенной форме, в 30% (15 пациентов) он проявлялся в экзофитной форме. Диаметр образований колебался от 2 до 7 см, при этом наблюдалась тенденция к ускоренному росту размеров опухолей.

Далее по частоте жалоб идут 46 (27%) пациентов с опухолями слизистой альвеолярного отростка челюстных костей (ОСАОЧК), которые испытывали наличие опухолевых образований и язв. Из них: ОСАОЧК у 26(56%) – имели язвенный характер роста, у 11(24%) – имели узловой характер роста, у 9(20%) – носили экзофитный характер роста и локализовались: у 30(65%) пациентов на нижней челюсти, у 16(35%) больных на верхней челюсти, при этом размеры их варьировали от 4см. до 8см.

На третьем месте были 27(16%) пациентов с раком слизистой губы с жалобами на наличие опухолевых язв, из них: у 19(70%) они располагались на слизистой нижней губы и у 8(30%) – на слизистой верхней губы, размеры которых варьировали от 3см. до 6см.

Среди изученных пациентов, у 14 из них (8%), страдающих злокачественными новообразованиями слизистой оболочки щек (ЗОСЩ), основными жалобами были наличие опухолевидных образований и язвы на слизистой оболочке щек у большинства из них — 8 (57%) — опухоли находились в переднем и среднем отделах слизистой щеки, а у 6 (43%) пациентов — в заднем отделе. Размеры этих образований варьировались от 3 до 9 сантиметров.

На пятом месте располагались 13 (7,6%) больных, у которых имелись опухолевые поражения небных миндалин (ООНМ) справа, преимущественно экзофитно-язвенной формы, с вариациями размеров от 2 до 6 см.

Шестое место занимали 12 (7%) пациентов с раком слизистой дна полости рта (РСОДПР), которые жаловались на появление язвенных образований. У половины из них (6 человек) опухоли находились в переднем отделе, у другой половины (также 6 человек) — в боковом отделе дна ротовой полости, при этом размеры новообразований колебались от 3 до 7 см.

Седьмую строчку занимали 8 (5%) пациентов с раком слизистой оболочки твёрдого и мягкого нёба (РСОТ и МН), которые жаловались на

появление новообразований и язвенных дефектов с диаметром от 3 до 7 см (рисунок 5.7).

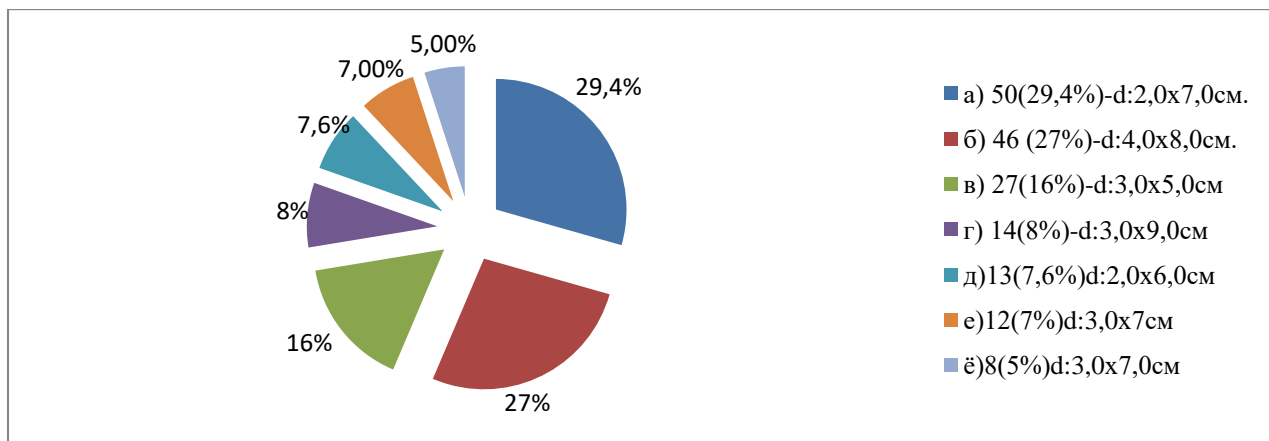


Рисунок 5.7. - Жалобы больных III группы с ЗОСОПР с учетом локализации и диаметра новообразования

Таким образом, структуре ЗОСОПР:

1) на первом месте были 50 больных с раком языка, и они составили 29,4%, пациенты предъявляли жалобы на наличие опухоли, которые локализовались на боковой поверхности, корне и кончике языка;

2) на втором месте были 46(27%)больных с опухолями слизистой альвеолярного отростка челюстных костей (ОСАОЧК) с жалобами на наличие опухолевых образований и язв, локализовались у 30(65%)пациентов на нижней челюсти, у 16(35%) больных на верхней челюсти;

3) на третьем месте были 27(16%) пациентов с раком слизистой губы с опухолевой язвой, из них: у 19 (70%) они располагались на слизистой нижней губы и у8(30%)на слизистой верхней губы, пациенты предъявляли жалобы на наличие опухоли;

4) на четвертом месте находятся 14 (8%) пациентов с ЗОСЩ. Они предъявляли жалобы на присутствие опухолевидных образований и язв. У 8 (57%) из них диагностированы опухоли в переднем и среднем отделах слизистой оболочки щеки, у остальных 6 (43%) — в задней части.

5) на пятом месте с 7,6% (13 пациентов) находятся больные с опухолями нёбных миндалин (ООНМ), образования при этом расположены симметрично с обеих сторон нёба;

б) на шестой позиции находятся 12 (7%) пациентов с диагнозом рак слизистой дна полости рта (РСОДПР). Из них у половины (6 человек) опухолевые язвы обнаружены в переднем отделе, у другой половины — в боковом отделе дна рта.

7) на седьмой позиции разместились 8 (5%) пациентов с РСОТМН. Они испытывали неприятные ощущения от присутствия опухолевидных образований и язв.

Заключительные наблюдения исследования подтверждают, что в 80% случаев злокачественные новообразования обнаруживались в органах ротовой полости, тогда как в оставшихся 20% случаях они локализовались на слизистой оболочке ротовой полости. Эти данные подчеркивают критическую необходимость усиления санитарно-просветительной работы среди населения и повышения онкологической бдительности среди медицинских специалистов, таких как стоматологи, оториноларингологи и врачи других специальностей. Важно акцентировать внимание на своевременном выявлении и адекватной реакции на ранние признаки заболевания для повышения эффективности лечения и профилактики.

В рамках изучения клинических особенностей злокачественных опухолей СООПР у 74 пациентов четвёртой группы, 40,54% из них (30 пациентов), страдающих от рака языка, были выявлены опухолеподобные формирования на боковых участках языка. При диагностическом осмотре эти узловые структуры представляли собой плотные и болезненные участки, не поддающиеся смещению, покрытые белым налетом. В этой группы пациентов у 18 (60%) диагностировали язвенную форму рака языка, у 8 (27%) пациентов установлена узловая форма, а у 4 (13%) пациентов экзофитная. Размеры опухолей колебались в пределах 0,5-4 см, и они склонны были к быстрому росту.

На второй позиции по частоте жалоб стояли 9 (12,16%) пациентов с раком слизистой оболочки губ, страдавшие от опухолевидных язв. Большинство из них, 7 (78%), имели поражения на слизистой нижней губы, в то время как у 2 (22%) опухоли локализовались на слизистой верхней губы. Размеры этих образований колебались от 2 до 4 см.

На третьем месте по частоте встречаемости находятся 8 пациентов (10,8%), у которых обнаружены опухоли слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей (ОСАОЧК). Эти пациенты отмечали наличие опухолеподобных новообразований и язв. Из них ОСАОЧК у 4(50%) носили экзофитный характер роста, а у других 4(50%)они имели язвенный характер роста и локализовались у 6(80%) пациентов на нижней челюсти, у 2(20%)больных на верхней челюсти, при этом их диаметр составлял от 2,5смдо 7см.

На четвёртом месте в распределении жалоб располагались 7 (9,45%) пациентов с злокачественными опухолями слизистой щеки (ЗОСЩ). Они предъявляли жалобы на опухолевидные образования и язвы на поражённых участках.Из них: у 4(57%) они располагались в заднем отделе и у3 (43%)больных в переднем отделе слизистой щеки, размеры варьировали от 4смдо 7см.

На пятой позиции располагались 6 (8,10%) пациентов, столкнувшихся с опухолями нёбных миндалин (ООНМ) справа. Характер этих образований был экзофитно-язвенным, с размерами, варьирующимся от 3 см до 7,5 см.

На шестом месте находились 5 (6,75%) больных с РСОДПР, у которых наблюдались язвенные опухолевые образования: у 3 (60%) пациентов опухоли были расположены в переднем отделе дна ротовой полости, у 2 (40%) пациентов — в боковом. Размеры образований колебались от 3 до 6,5 см.

На седьмом месте разместились 4 (5,40%) больных с раком слизистой ротоглотки (РСР), испытывающие дискомфорт от опухолей и язв на передней нёбной дужке. Размеры таких опухолей колебались в пределах 4-6 см.

На восьмом месте располагаются 3 (4%) пациента с раком слизистой оболочки твёрдого и мягкого нёба (РСОТМН), жалующиеся на опухолевидные образования и язвы с диаметром от 3,5 до 5,5 см.

На девятом месте стоят 2 (2,75%) больных с раком малых слюнных желёз (РИМСЖ). Они предъявляли жалобы на опухолевидные образования в боковых участках дна ротовой полости, с диаметрами от 1,5 до 3 см (рисунок 5.8).

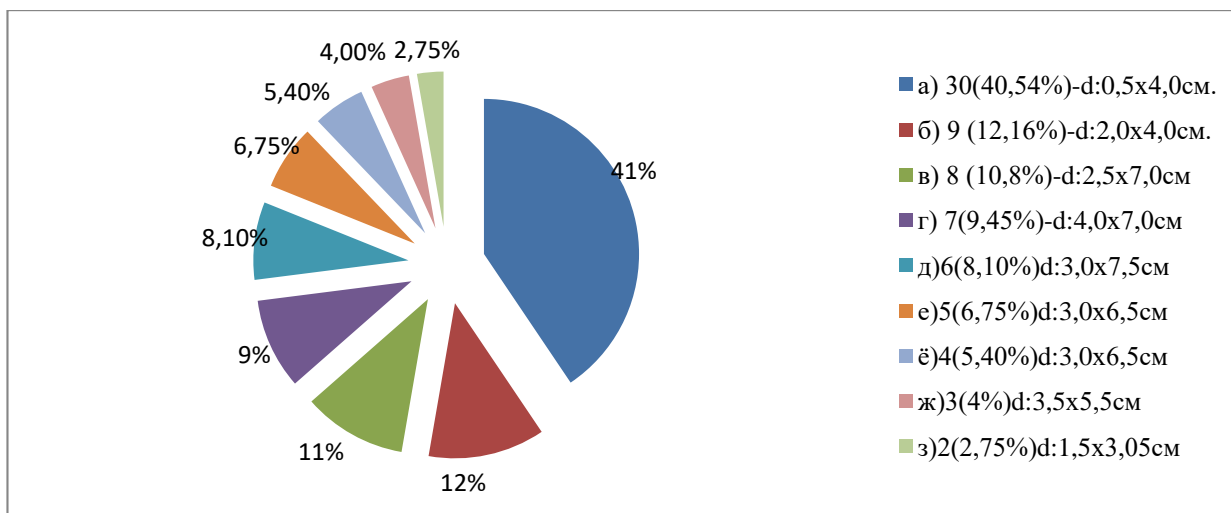


Рисунок 5.8. - Жалобы больных IV группы с ЗОСООПР с учетом размеров новообразований и их расположения

В анализе распределения злокачественных новообразований СООПР обнаружено следующее: 1) Первое место занимали 30 пациентов (41%) с раком языка, которые отмечали опухоль на боковой поверхности языка. 2) Второе место занимали 9 пациентов (12,16%) с раком слизистой губы, среди которых у 7 (78%) новообразования локализовались на слизистой нижней губы, а у 2 (22%) на слизистой верхней губы. 3) Третье место занимали 8 пациентов (10,8%) с ОСАОЧК. У 6 (80%) из них опухоли находились на нижней челюсти, а у 2 (20%) — на верхней. 4) Четвертую позицию занимали 7 больных (9,45%) с ЗОСЩ. Из них: у 4 (57%) они располагались в заднем отделе, и у 3 (43%) больных в переднем отделе слизистой щеки. 5) На пятой позиции находятся 6 пациентов (8,10%), которые жаловались на наличие опухолевых новообразований справа. На шестом месте следуют 5 пациентов (6,75%) с РСОДПР, из которых у трех (60%) опухоли находились в передней

части, а у двух (40%) — в боковой части. На седьмой строчке рейтинга 4 пациента (5,40%) с РСР, имеющие опухоли и язвы, локализованные на передней нёбной дужке. Восьмое место занимают 3 пациента (4%) с РСОТМН, страдающие от опухолевых язвенных образований. Наконец, на девятой позиции — 2 пациента (2,75%) с РИМСЖ, которые испытывают проблемы с новообразованиями в боковой части дна полости рта.

Подводя итог IV группы пациентов со ЗОСООПР, можно отметить, что у 54% больных злокачественные опухоли развивались в органах полости рта, а у 46% - в слизистой ротовой полости. Сравнение с III группой показывает, что злокачественные опухоли органов ротовой полости встречались на 26% чаще, чем в IV группе. В то же время, в IV группе на 26% больше случаев заболеваний слизистой оболочки, чем в III группе. На основе этих данных подчеркивается крайняя необходимость активной санитарно-просветительной работы среди населения, а также усиления онкологической бдительности среди стоматологов, оториноларингологов и других специализированных медицинских работников. Исследование болевого синдрома у 170 пациентов с ЗОСООПР в III группе показало следующее: у 97 пациентов (57%) болевой синдром был выраженным и диффузным, с иррадиацией в щеки, скулы и височную область. Остальные 73 (43%) пациентов испытывали умеренные боли, локализованные в районе нижней и верхней челюсти, языка и нёбных миндалин. Особенно выраженными оказались боли при злокачественных новообразованиях, таких как рак и саркома.

Изучение болевого синдрома у 74 пациентов с ЗОСООПР в IV группе выявило, что у 46 больных (62%) боли были сильно выраженными и диффузными с иррадиацией в щеки, скулы, области лба и висков. В остальных 28 (38%) случаях пациенты испытывали умеренные боли местного характера в области челюстей, языка, нёбных миндалин. Исследование показывает, что у пациентов с ЗОСООПР боли часто имели высокую интенсивность и диффузный характер, особенно у тех, кто страдал раком или

саркомой, причём ночные боли были особенно интенсивны. Анализ данных двух групп пациентов с ЗОСООПР подтверждает, что такие боли встречались чаще: в IV группе они наблюдались у 62% больных, что на 5% больше, чем в III группе, где аналогичные жалобы присутствовали у 57% пациентов. Одним из важных элементов клинической и доказательной онкологии является изучение морфологической структуры ЗОСООПР. Проспективный анализ морфологического строения ЗОСООПР среди 170(100%) пациентов III группы, согласно таблица 5.2, показал, что у 166 (98%) пациентов опухоли имели эпителиальное строение, у 4 (2%) больных имели соединительно-тканной строение.

Анализ морфологического строения ЗОСООПР среди 170 (100%) пациентов (IV группы), согласно табл.11, показал, что у 64 (86.48%) пациентов опухоли имели эпителиальное строение, у 9 (12.16%) -железистый рак, у1 (1.36%) –лимфома Беркитта. У 165 (97%) пациентов морфологическая структура злокачественных опухолей совпала с послеоперационным диагнозом, что подтверждает точность предоперационной морфологической диагностики и согласуется с окончательными заключениями. А у 5(5%) было затруднено подтверждение диагностики, когда имелся низкодифференцированный рак ЗОСООПР.

Таблица 5.2.-Тканевая основа морфологического строения ЗОСООПР у пациентов III и IV группы (n=244)

Тканевая основа морфологического строения опухолей	III группа (n=170)		IV группа (n=74)		P
	абс.	%	абс.	%	
Эпителиальное	166	98,0	64	86,48	>0,05
Мезенхимальное	4	2,0	-	-	
Железистый	-	-	9	12,16	
Лимфома Беркитта	-	-	1	1,36	
Итого	170	100	74	100	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера) по критерию χ^2 для произвольных таблиц; *** по U-критерию Манна-Уитни

Изучение эффективности морфологических методов в диагностике ЗОСООПР показало, что у 70 из 74 (95%) пациентов установленный во время хирургического вмешательства диагноз злокачественной опухоли подтвердился данными морфологических исследований. А у 4(5%) было затруднено подтверждение диагностики, когда имелись низкодифференцированный рак и лимфома Беркитта ЗОСООПР. Таким образом, морфологическое исследование обеих сравниваемых групп с ЗОСООПР показало, что от 86% до 98% их генез был эпителиальным, что необходимо учитывать при планировании и прогнозировании.

Все пациенты третьей группы прошли рентгенологическое исследование лёгких. Кроме того, из 170 пациентов с ЗОСООПР, 45 (26%) подверглись специализированному рентгенологическому исследованию по медицинским показаниям. В рамках этой диагностики 28 пациентов (62%) прошли панорамную рентгенографию челюстных костей в прямой проекции, а 17 (38%) была проведена компьютерная томография. Рентгенологическое исследование позволило идентифицировать тени опухолей у пациентов, а также оценить степень их инвазии в соседние ткани. Характеристики, такие как отсутствие чётких границ, неровные контуры и неоднородность структуры, были ключевыми признаками для определения тактики лечения и выбора объёма хирургического вмешательства.

УЗИ проведено 21 (12%) больному с ЗОСООПР, при этом установлено наличие опухоли слизистой и органов ротовой полости в зависимости от локализации и их распространённость.

Рентгенологическое исследование лёгких произведено всем больным IV группы с ЗОСООПР, при этом у одного больного было установлено метастатическое поражение обоих лёгких. Среди 74(100%) пациентов с ЗОСООПР было проведено специальное рентгенологическое исследование у 13 (18%) больных, среди них: при прямой проекции панорамная рентгенография челюстных костей у 8(62%) пациентов, интраоральная

рентгенография, так называемая прицельная рентгенография, у 3 (23%) и ещё у 2 (15%) - компьютерная томография.

5.2.Профилактика, роль факторов риска и алгоритм диагностики злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и органов полости рта (ЗОСОПРОП)

Профилактика злокачественных новообразований СООПР включает в себя комплексные меры, направленные на раннее выявление и эффективное лечение хронических воспалительных состояний, а также специфических и неспецифических пролиферативных и опухолеподобных процессов. Активная санитарно-просветительская работа среди населения служит ключевым элементом профилактики, направленная на уменьшение рисков, ассоциированных с курением и потреблением бездымных табачных изделий, включая насвай. Особое внимание уделяется также повышению осведомлённости о вреде неправильного питания, включая употребление слишком горячих, острых, жёстких и копчёных продуктов. Также акцент делается на соблюдении правил гигиены респираторного и пищеварительного трактов, ротовой полости, своевременном лечении и протезировании поврежденных зубов. Все это является ключевыми факторами риска для развития ЗОСООПР, и, понимая их роль, можно эффективно предотвратить развитие данных патологий.

Таблица 5.3. - Оценки степени факторов риска ЗОСООПР у пациентов обеих наблюдаемых(III-IV) групп (n=244), в баллах

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

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами по критерию χ^2 для произвольных таблиц; *** по U-критерию Манна-Уитни

Исследование уровней риска у пациентов с злокачественными опухолями СООПР выявило, что первая степень риска (ГР1), указывающая на относительно низкую опасность, составляет 48% в III группе и 50% в IV группе. Это подчеркивает необходимость реализации профилактических стратегий, включая борьбу с пагубными привычками, обеспечение безопасных условий труда и регулярные медицинские осмотры, для уменьшения вероятности возникновения серьезных патологий. Вторая степень риска (ГР2), свидетельствующая о повышенной вероятности развития заболевания, оказалась на 2% выше в III группе (41%) по сравнению с IV группой (39%). Это указывает на более высокую степень воздействия факторов риска на пациентов III группы, подчеркивая значимость целенаправленной профилактики и ранней диагностики в этой категории. Третья степень риска (ГР3), указывающая на высокую вероятность развития злокачественных новообразований, была значительно выше в IV группе (11%) по сравнению с III группой (6%), подчеркивая критическую необходимость интенсивных профилактических и терапевтических мер для этой категории пациентов.

Таким образом, пациенты с ЗОСООПР, относящиеся ко второй и третьей группам риска, требуют систематической диспансеризации и регулярного динамического наблюдения. Это включает ежеквартальные осмотры, которые должны проводиться совместно врачами общей практики, хирургами, оториноларингологами, стоматологами-хирургами и онкологами. Цель такого комплексного подхода — раннее выявление ЗОСООПР и оперативное начало адекватного лечения. На основе тщательного анализа анамнеза клинико-морфологических данных, распространённости и факторов риска ЗОСООПР нами был разработан алгоритм диагностики и первичной профилактики ЗОСООПР (таблица 13),

Резюме

Для надёжного анализа данных 244 больных с ЗОСООПР были случайным образом распределены на две группы. Третья группа, являясь основной, включала 170 больных, что составляет 70% от общего числа. Четвёртая группа, носившая ретроспективный характер и выступавшая в роли контрольной, охватывала 74 пациента, что составило 30% общего количества больных с ЗОСООПР.

Пик заболеваемости ЗОСООПР в основной (III группе) чаще наблюдался в среднем, пожилом и молодом возрасте, а в контрольной (IV

группе) ЗОСООПР чаще наблюдались в среднем, молодом, пожилом и старческом возрасте.

Итоги исследования локализации злокачественных новообразований СООПР указывают, что у 80% пациентов опухоли находились в органах ротовой полости, тогда как у 20% — на слизистой оболочке рта. Морфологический анализ, проведённый среди двух анализируемых групп пациентов с ЗОСООПР, выявил, что между 86% и 98% случаев опухоли имели эпителиальное происхождение.

Анализ рисков развития ЗОСООПР в группах III и IV показал, что первая степень риска (ГР1), отражающая сравнительно низкую угрозу, варьировалась от 48% до 50%.

Таблица 5.4. - АЛГОРИТМ ОРИЕНТИРОВОЧНЫХ ОСНОВ

**АЛГОРИТМ ОРИЕНТИРОВОЧНЫХ ОСНОВ ДЕЙСТВИЙ ДЛЯ
ДИАГНОСТИКИ, ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ЗОСООПР**

Жалобы на безболезненные узелки, поверхностные язвы, трещины в области проекции слизистой оболочки и органов полости (которые постепенно увеличиваются в размерах), бессимптомное течение, то есть начальный период (выделяются три анатомические формы: а) язвенная; б) узловатая; в) папиллярная);
2) развитый период ЗОСООПР, когда проявляются различные признаки заболевания: боли, избыточная саливация, неприятный запах из полости рта (различают две анатомические формы: экзофитная, эндофитная);
3) период запущенности ЗОСООПР, когда патология быстро распространяется, разрушает окружающие анатомические структуры, обладает исключительной агрессивностью и злокачественностью опухоли, язвы долго не заживают на пальпируемых округлых, плотных,

ЗОСООПР чаще наблюдается у мужчин старше 40 лет, анамнез заболевания 1-2 месяца. Характерная локализация ЗОСООПР боковая поверхность языка, дна полости рта, ретро молярная область, щека.
Соотношения края ЗОСООПР к окружающим тканям – плотный инфильтрат без чётких границ.
Функция слизистой оболочки и органов полости рта (малых и больших слюнных желёз – постепенное ослабление вплоть до полного прекращения слюноотделения, языка, зубов). Особенности клинического течения ЗОСООПР быстро прогрессирующий рост. Внешний осмотр, стоматоскопия для выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний слизистой оболочки и органов полости рта. А

Прицельная рентгенография производится интра- и экстраорально. Контактные интраоральные снимки с плёнкой, прижатой к альвеолярному отростку, позволяют изучить структуру соответствующих ограниченных участков верхней и нижней челюстей, периодонта и зубов.
Внутри ротовая и панорамная рентгенография челюстных костей, выполненная у больных ЗОСООПР, позволяет установить распространённость опухоли слизистой оболочки и органов полости рта в соседние анатомические структуры, дифференцировать их от доброкачественного новообразования.
Компьютерная томография (КТ) - принципиально новый, не

болезненных, мало-подвижных, быстрорастущих, без выраженных контуров опухолях в области проекции слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОСООПР).

своевременное их выявление и удаление – это первичная и вторичная профилактика.

инвазивный способ диагностики, позволяющий визуализировать взаимоотношение отдельных органов и тканей в норме и при различных патологических состояниях.

УЗИ контактное: опухолевые узлы слизистой оболочки и органов полости рта (малых и больших слюнных желёз – постепенное ослабление вплоть до полного прекращения слюноотделения, языка, зубов). Под контролем УЗИ пункционная и трепан биопсия могут являться важным подспорьем для постановки окончательного диагноза опухолевых узлов слизистой оболочки и органов полости рта.

Внешний осмотр, стоматоскопия. Цитологическое, патогистологическое и иммуногистохимическое исследование мазков, макропрепаратов и стеклопрепаратов опухолевых образований слизистой оболочки и органов полости рта.

Исследование гормонального статуса. Цитогенетическое исследование ЗОСООПР.

Это подчёркивает важность принятия профилактических мер вовремя, включая борьбу с нездоровыми привычками, создание безопасной рабочей среды и систематические медицинские проверки. Тем временем, вторая степень риска (ГР2), указывающая на более высокий риск развития заболевания, была на 2% выше в III группе (41%) по сравнению с IV группой (39%). Это указывает на то, что пациенты в III группе подвергаются более интенсивному воздействию рисков факторов, что увеличивает вероятность развития заболевания.

Третья степень риска (ГР3), указывающая на высокую вероятность развития злокачественных новообразований, была значительно выше в IV группе (11%) по сравнению с III группой (6%), подчеркивая критическую необходимость интенсивных профилактических и терапевтических мер для этой категории пациентов.

Таким образом, пациенты с ЗОСООПР, относящиеся ко второй и третьей группам риска, требуют систематической диспансеризации и регулярного динамического наблюдения. Это включает ежеквартальные осмотры, которые должны проводиться совместно врачами общей практики, хирургами, оториноларингологами, стоматологами-хирургами и онкологами. Цель такого комплексного подхода — раннее выявление ЗОСООПР и оперативное начало адекватного лечения

5.3. Сравнительная оценка эффективности и алгоритм лечения злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта (ЗОСООПР)

На сегодняшний день актуальной задачей в области клинической онкологии является анализ результативности методов лечения ЗОСООПР. Это направление включает совершенствование лечебных стратегий и улучшение условий жизни пациентов, что имеет решающее значение для осуществления эффективной вторичной и третичной профилактики, а также реабилитации больных. В процессе клинической оценки часто используется шкала Карновского, которая обеспечивает структурирование данных о

терапевтических исходах, особенно при лечении онкологических заболеваний головы и шеи. Однако аспекты оценки результативности лечения злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта (ЗОООПР) остаются малоизученными, подчеркивая необходимость продолжения научных исследований в этой области для улучшения лечебных подходов.

В ходе изучения 244 больных с злокачественными образованиями СООПР их разбиение на группы выявило следующее: 170 пациентов (70%) составили основную III группу, а контрольная IV группа включала 74 человека (30%). Исследование показало, что в среднем пациенты третьей группы были на 2-4 года моложе, чем больные из четвертой группы. Кроме того, среди мужчин с ЗОООПР в III группе была зафиксирована разница в возрасте, при которой они оказались на 4 года моложе аналогичных пациентов из IV группы. Аналогичная картина наблюдалась и среди пациентов женского пола, то есть пациентки из III группы в среднем на 2 года были моложе пациенток из IV группы.

Таблица 5.5. - Половозрастная характеристика в сравниваемых группах больных с ЗОООПР (n=244)

Параметры	III группа (n=170)		IV группа (n=74)	
	М n=75	Ж n=95	М n=35	Ж n=39
Статистические показатели возраста, М±m	51,13±1,88	52,01±1,62	53,7±3,15	53,76± 2,63
P	>0,05		>0,05	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей в группах по полу; при сравнении между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Ключевым фактором в определении подхода к хирургическому лечению пациентов с злокачественными новообразованиями слизистой оболочки органов полости рта (ЗНСООПР) является локализация опухоли. В III группе

пациентов наблюдалась следующая распределение по локализации опухолей: 1) на первом месте расположились 50 пациентов (29,4%), страдающих раком языка с опухолями, расположенными на боковой поверхности, корне и кончике языка; 2) на втором месте были 46 (27%) больных с опухолями слизистой альвеолярного отростка челюстных костей (ОСАОЧК), которые локализовались у 30 (65%) пациентов на нижней челюсти, у 16 (35%) больных на верхней челюсти; 3) на третьем месте были 27 (16%) пациентов с раком слизистой губы, из них: у 19 (70%) они располагались на слизистой нижней губы и у 8 (30%) – на слизистой верхней губы; 4) на четвертом месте были 14 (8%) пациентов со злокачественными опухолями слизистой щеки (ЗОСЩ), среди них: у 8 (57%) больных они локализовались в переднем и среднем отделах слизистой щеки, у 6 (43%) – располагались в заднем отделе; 5) на пятом месте находились 13 (7,6%) больных со злокачественными новообразованиями небных миндалин (ЗОНМ) на обеих сторонах; 6) на шестом месте расположились 12 (7%) пациентов с РСОДПР, при этом у 6 из них (50%) опухоль располагалась в переднем участке, а у других 6 пациентов – в боковом участке дна ротовой полости; 7) на седьмом месте оказались 8 (5%) пациентов с РСОТМН. Подводя итоги исследования, можно отметить, что у 80% больных злокачественные опухоли развивались в органах полости рта, а 20% - в слизистой полости рта.

При рассмотрении локализации среди 74 (100%) пациентов (IV группа) установлено, что:

1) на первом месте были 30 (41%) больных раком языка, который локализовался на боковой поверхности языка;

2) на втором месте были 9 (12,16%) пациентов с раком слизистой губы, из них: у 7 (78%) – расположение – на слизистой нижней губы и у 2 (22%) – на слизистой верхней губы;

3) на третьем месте были 8(10,8%) больных с опухолями слизистой альвеолярного отростка челюстных костей, которые локализовались у 6(80%) пациентов на нижней челюсти, у 2(20%) больных на верхней челюсти;

4)на четвёртом месте были7(9,45%) пациентов со злокачественными опухолями слизистой щеки, из них: у 4(57%) опухоли располагались в заднем отделе и у3 (43%)больных в переднем отделе слизистой щеки;

5)на пятом месте в статистике расположились 6 (8,10%) пациентов, страдающих от злокачественных опухолей нёбных миндалин (ЗОНМ), при этом новообразования были распределены симметрично в нёбных миндалинах с обеих сторон;

6)на шестом месте были 5(6,75%) больных с раком слизистой дна ротовой полости, у3(60%) локализации определена в переднем отделе, у 2(40%) – в боковом отделе дна полости рта;

7) на седьмом месте были 4(5,40%) пациента с раком слизистой порядных нёбных дужек, с локализацией на передней нёбной дужке;

8) на восьмом месте были 3(4%) больных с раком слизистой оболочки твёрдого и мягкого нёба;

9) на девятом месте были 2(2,75%) пациента с раком, исходящих из малых слюнных желёз, с локализацией в боковом отделе дна полости рта.

Подводя итоги наблюдений за IV группой больных с ЗОСООПР, можно выделить, что у 54% из них новообразования локализовались в органах ротовой полости, а у остальных 46% пациентов - в слизистой ротовой полости. Сравнительный анализ между III и IV группами показывает, что опухоли с локализацией в ротовой полости в третьей группе пациентов отмечалась в 80% случаев, а в четвёртой группе — в 54% случаев. Это подчеркивает различия в локализации и распространении опухолей между группами. В третьей группе у20% больных и у 46% пациентов с ЗОСООПР локализовались и развивались в слизистой полости рта, что необходимо учитывать во время проведения профилактической работы среди населения.

При сравнении данных между двумя группами, было выявлено, что количество пациентов с злокачественными новообразованиями в органах ротовой полости в третьей группе превышает четвертую на 26%. Однако, в четвертой группе заболевания слизистой ротовой полости оказались на 26% более распространенными по сравнению с третьей группой.

Точное планирование терапии и прогнозирование исходов лечения у онкологических пациентов напрямую зависят от корректного определения стадии развития опухоли. Это достигается путем использования международной классификационной системы TNM, которая является критически важным инструментом для оценки размера опухоли (Т), наличия поражения регионарных лимфоузлов (N) и метастазов (M). Анализ стадий ЗОСООП у пациентов из III группы показал следующее: на стадии T1N0M0 находились 10 (6%) пациентов; б) стадия T2N0M0 была зафиксирована у 31 (18%) больного; в) T2N1M0 было диагностировано у 9 (5%) пациентов; г) T2N2M0 установлено у 10 (6%) больных; д) T3N0M0 - у 28 (16%) больных; е) T3N1M0 - у 13 (8%) больных; ё) T3N2M0 - у 6 (3%) больных; ж) T3N3M0 - у 3 (2%) больных; з) T4N0M0 - у 39 (23 %) больных; ж) T4N1M0 - у 8 (5%) больных; и) T4N2M0 - у 13 (8%) больных.

Подводя итог распространённости ЗОСООП среди 170 (100%) больных по международной классификационной системе TNM, следует отметить, что с первой и второй стадиями при T1 и T2 поступили 60 (35%) пациентов, а 110 (65%) больных были госпитализированы с третьей и четвёртой стадиями, то есть при T3 и T4 распространённости. Поэтому больным со ЗОСООП необходимо было проведение комбинированного и комплексного подхода к лечению.

Распространённость ЗОСООП среди 74 (100%) пациентов IV группы в соответствии с классификацией TNM была следующей: а) T1N0M0 установлено у 1 (1%) больного; б) T2N0M0 установлено у 15 (20%) больных; в) T2N1M0 установлено у 2 (3%) больных; г) T2N2M0 установлено у 6 (8%) больных; д) T2N3M0 установлено у 1 (1%) больного; е) T3N0M0 - у 21 (28%)

больного; ё) T3N0M1 - у 2 (3%) больных (из них у одной пациентки в молочную железу, у другого больного в лёгкие); ж) T3N1M0 – у 10 (14%) больных; з) T3N2M0 – у 5 (7%) больных; и) T4N0M0 – у 10 (14%) больных; й) T4N1M0 – у 1 (1%) больного. Подводя итог распространённости ЗОСООПР среди 74 (100%) больных по международной классификационной системе TNM, следует отметить, что с первой и второй стадиями при T1 и T2 поступили 25 (34%) пациентов, а 49 (66%) больных были госпитализированы с третьей и четвёртой стадиями, то есть при T3 и T4 распространённости. Изучение заболеваемости ЗОСООПР среди участников двух групп показало, что ранние стадии T1 и T2 были выявлены у 35% пациентов из третьей группы и у 33% из четвертой. Анализ поздних стадий T3 и T4 показал их наличие у 65% и 67% пациентов третьей и четвертой групп соответственно. Эта статистика подтверждает важность использования комбинированных и комплексных подходов в лечении пациентов обеих групп.

В современной онкологической практике для повышения эффективности лечения ЗОСООПР активно используются интегрированные подходы, объединяющие различные методики, что способствует улучшению как краткосрочных, так и долгосрочных исходов терапии.

Тактики лечения у 170 (100%) пациентов (III группа) с ЗОСООПР были следующими:

А) из 81 пациента (48%), проходивших паллиативное лечение, 49 (60%) прошли химиотерапию, а 32 (40%) подверглись радиотерапии из-за отказа от хирургического вмешательства;

Б) у 34 пациентов (20%) было применено комбинированное лечение: 17 из них (50%) сначала получили два курса химиотерапии, после чего была выполнена операция; у оставшихся 17 (50%) сначала была проведена операция, за которой последовала радиотерапия;

В) 21 (12%) больному проведены операции, из них: у 11 (52%) пациентов – резекция, когда для предупреждения продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка (ЗОЯ) во время операции на языке

производится наложение гемостатического шва на корень языка с двух сторон и внутри тканевая химиотерапия.

Для иллюстрации результатов лечения служить клинический пример1: больной К., 60 лет, поступил в клинику кафедры онкологии с диагнозом рак кончика языка T2N0M0 II клиническая группа. Больному 23.12.2021 была выполнена резекция кончика языка после наложения гемостатического шва на тело языка с двух сторон. В окружающие ткани новообразования языка, отступя на 1,5 см, произведено обкалывание 20мл раствора 500 мг фторурацил, после произведён поперечный разрез основания кончика языка с наложением узловых швов на здоровую часть языка (рис 5.9.) Больной К., 60 лет, рак кончика языка T2N0M0 II клиническая группа. Заживление послеоперационной раны языка у пациента происходило первичным натяжением).



Рисунок 5.9.- Больной К., 60 лет, рак кончика языка T2N0M0 II клиническая группа, этапы операции

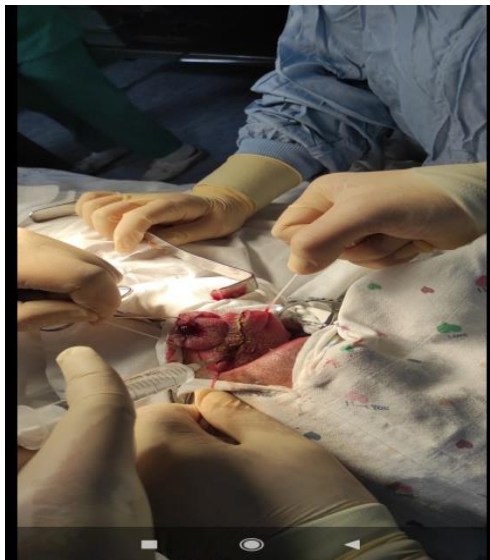


Рисунок 5.10. -Больной К., 60 лет, рак кончика языка T2N0M0 II клиническая группа, этап операции: момент введения 20мл раствора 500 мг фторурацил в окружающие ткани языка.



Рисунок 5.11. - Больной К., 60лет, рак кончика языка T2N0M0 11 клиническая группа. Состояние после операции спустя один год, признаков продолженного роста и рецидива нет.

На вышеприведённый способ предупреждения продолженного роста и раннего рецидива злокачественных опухолей языка получено рационализаторское предложение «Способ профилактики продолженного роста и раннего рецидива доброкачественных и злокачественных опухолей языка» №045 от 14.03.2022, выданный БРИЗ аучно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ, г. Душанбе.

У остальных 10(48%) пациентов была выполнена комбинированная резекция языка;

Г) У 18 (11%) пациентов было проведено комплексное лечение, включающее два курса химиотерапии и предоперационную радиотерапию с РОД 2 грей при суммарной дозировке 30-40 грей. После этого осуществлялись хирургические вмешательства в рамках комбинированного подхода. В целях предотвращения прогрессирования болезни и ранних рецидивов злокачественных опухолей впервые была использована методика внутритканевой химиотерапии, направленная на максимальное подавление опухолевого процесса.

Для иллюстрации рассмотрим клинический случай. Пациент Кадыров А., возраст 32 года, был направлен в онкологическую клинику с диагнозом рак слизистой оболочки правой щеки, классифицированный как стадия T2N0M0, и отнесенный к 11-й клинической группе. После проведения курса

лучевой терапии с общей дозой 30 грей, 2 декабря 2020 года была осуществлена операция по электроиссечению опухоли. Для восстановления дефекта слизистой оболочки щеки использовался трансплантат, взятый из носогубной щёчной складки с правой стороны. После инъекции 20 мл физиологического раствора, содержащего 500 мг фторурацила, в подлежащие ткани опухоли слизистой щеки слева, процесс заживления послеоперационной раны у пациента осуществлялся первичным натяжением.

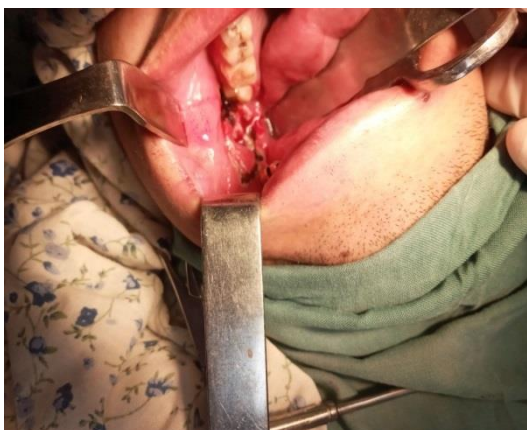


Рисунок 5.12. Больной А., 32 года, местный статус после электроиссечения злокачественной опухоли слизистой щеки справа, после введения в окружающие структуры опухоли 500 мг фторурацила



Рисунок 5.13. Больной А., 32 года, этап плана формирования трансплантата из носогубно-щёчной складки для замещения дефекта слизистой щеки справа.

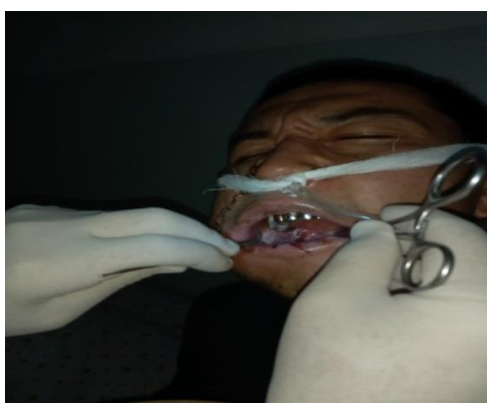


Рисунок 5.14. Больной А., 32 года, первые сутки после операции электро-иссечения опухоли слизистой щеки с замещением дефекта слизистой щеки трансплантатом носогубно-щёчной складки справа



Рисунок 5.15. Больной А., 32 года, восьмые сутки после операции электро-иссечения опухоли слизистой щеки с замещением дефекта слизистой щеки трансплантатом носогубно-щёчной складки справа



Рисунок 5.16. **Больной А., 32 года**, двенадцатые сутки после операции электро-иссечения опухоли слизистой щеки с замещением дефекта слизистой щеки трансплантатом носа-губно-щёчной складки справа

На вышеприведённый способ предупреждения продолженного роста и раннего рецидива ЗОЯ получено рационализаторское предложение «Способ профилактики продолженного роста, рецидива доброкачественных и злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта» №043 от 14.03.2022, выданный БРИЗ научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан, г. Душанбе.

С целью оптимизации восстановительного этапа операции на слизистой щеки нами впервые был предложен способ формирования трансплантата из носогубной складки для замещения дефекта слизистой щеки слева, который иллюстрируется примером 3.

Для следующей иллюстрации результатов лечения служить клинический пример 3: пациентка Муртазакузиева Р., 71 год, рисунки 33-37:



Рисунок 5.17. Больная Р., 71



Рисунок 5.18. Больная Р., 71 год, этап

год, местный статус – рак слизистой щеки слева T2N0M0 11 клиническая группа. Состояние после лучевой терапии 30 греЙ. Эффект лучевой терапии: частичная регрессия опухоли слизистой щеки слева

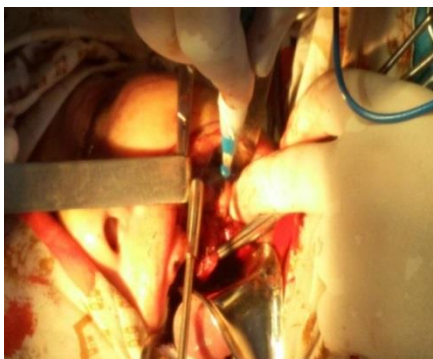


Рисунок 5.19. Больная Р., 71 год, этап операции электро-иссечения опухоли слизистой щеки слева после интратуморальной химиотерапии циклофосфаном

плана формирования трансплантата из носогубной складки для замещения дефекта слизистой щеки слева



Рисунок 5.20. Больная Р., 71 год, этап операции фиксации трансплантата носогубной складки в область дефекта слизистой щеки слева



Рисунок 5.21. Больная Р., 71 год, 5 лет спустя после электро-иссечения опухоли слизистой щеки с восстановлением дефекта за счёт трансплантата носогубной складки слева. Признаков продолженного роста и рецидива нет.

На вышеприведённый способ восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей получено рационализаторское предложение «Способ восстановления слизистой полости рта после иссечения доброкачественных и злокачественных опухолей» №040 от 14.03.2022, выданный БРИЗ научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан, г. Душанбе.

Кроме того, нами был разработан и успешно применён Способ консервативного лечения до-, послеоперационных ларинготрахеитов после

выполнения операции трахеотомии. Когда после выполнения комбинированной резекции языка с задним сегментом нижней челюсти или комбинированной резекции заднего сегмента нижней челюсти с корнем языка накладывалась временная трахеостома, у пациентов часто возникали явления ларинготрахеита. Для профилактики и лечения таких состояний может применяться лекарственная смесь, вводимая в гортань и трахею. Эта смесь готовится на основе 200 мл рафинированного подсолнечного масла, к которому добавляются следующие компоненты: 5,0 г порошка борной кислоты, обладающего антисептическими свойствами; 4 таблетки левомицетина 0,5 г, который является антибиотиком; 4 таблетки метилурацила 0,5 г, стимулирующие регенерацию тканей; 5.0-20 мг химотрипсина, фермента, способствующего разложению белков, что помогает уменьшить воспаление и способствует очищению раны. Введение лекарственной смеси проводится медленно, трижды после каждой санации гортани и трахеи с использованием антисептических растворов, что позволяет максимально эффективно уменьшить воспаление и способствовать быстрому восстановлению после операции.

Применение данной лекарственной смеси на основе рафинированного подсолнечного масла позволяет заметно уменьшить интенсивность боли в области операционной раны (шеи), устранить неприятный запах изо рта и предотвратить заброс пищи в трахеостому, сократить сроки регенерации послеоперационных ран слизистой оболочки гортани и трахеи. На вышеприведённый способ консервативного лечения до-, послеоперационных ларинготрахеитов после выполнения операции трахеотомии получено рационализаторское предложение «Способ консервативного лечения до-, после операционных ларинготрахеитов после выполнения операции трахеотомии» №047 от 14.03.2022, выданный БРИЗ научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан, г. Душанбе;

Д)у 16 (9%) больных было проведено комбинированное лечение (химиотерапия и лучевая терапия).

Анализ методов лечения пациентов с злокачественными новообразованиями слизистой оболочки органов полости рта (ЗОООПР) в III группе показывает, что 48% больных было подвергнуто паллиативному лечению, нацеленному на облегчение симптомов; 29% прошли комбинированное лечение, включающее несколько терапевтических подходов; 12% были обработаны хирургическим путём; и только 11% получили комплексное лечение, сочетающее несколько видов терапии.

В четвертой группе, состоящей из 74 пациентов, подходы к лечению различались в зависимости от стадии болезни, общего физического состояния пациентов и их предпочтений относительно предлагаемых методов лечения. У 26 пациентов (35%) была применена паллиативная химиотерапия после того, как они отказались от предложенных хирургических процедур. В рамках паллиативной терапии, 18 пациентов (24% от общего числа) предпочли лучевую терапию вместо операции, выбрав более консервативный подход к лечению. Восемь пациентов (11%) прошли комплексное лечение, которое включало два курса химиотерапии, предоперационную радиотерапию с последующей дозой излучения 30-40 грей и завершающуюся операцией. В данной группе шесть пациентов (8%) прошли комбинированное лечение, состоящее из хирургического вмешательства и последующей радиотерапии с дозировкой от 60 до 70 грей. Пять человек (7%) получили лечение, сочетающее химиотерапию и лучевую терапию. Трое (4%) были исключительно прооперированы.

При оценке методов лечения выяснилось, что у 59% пациентов этой группы применялись паллиативные методы. Комбинированные терапии применялись у 26% больных, 11% прошли комплексное лечение, и только 4% были подвергнуты операции. Сравнивая подходы в III и IV группах, замечено, что в III паллиативные методы использовались на 11% меньше, что свидетельствует о более агрессивной терапии по сравнению с IV группой.

Комбинированные методы лечения были на 3% популярнее в третьей группе, в то время как хирургические вмешательства использовались на 8% чаще, подчеркивая активную тактику лечения. В то же время, комплексные методы лечения распределялись поровну — по 11% в обеих группах.

Вышеперечисленные данные показывают сложности проведения комбинированных, комплексных методов лечения из-за неосведомлённости, фобии перед онкологическим заболеванием, необразованностью некоторых пациентов в плане возможностей излечимости от онкологической заболеваемости и эффективности вышеприведённых способов терапии в обеих сравниваемых группах. Оценка эффективности лечения среди 170 пациентов III группы с ЗОСООПР показала, что отменные результаты были достигнуты у 69 пациентов (41%), хорошие результаты у 40 пациентов (23%), удовлетворительные у 32 пациентов (19%), и неудовлетворительные результаты у 29 пациентов (17%). Неудовлетворительные исходы часто связаны с нарушениями пациентами предписанного лечебного режима, а также с их отказом от применения комбинированных и комплексных терапевтических подходов (рисунок 5.22).

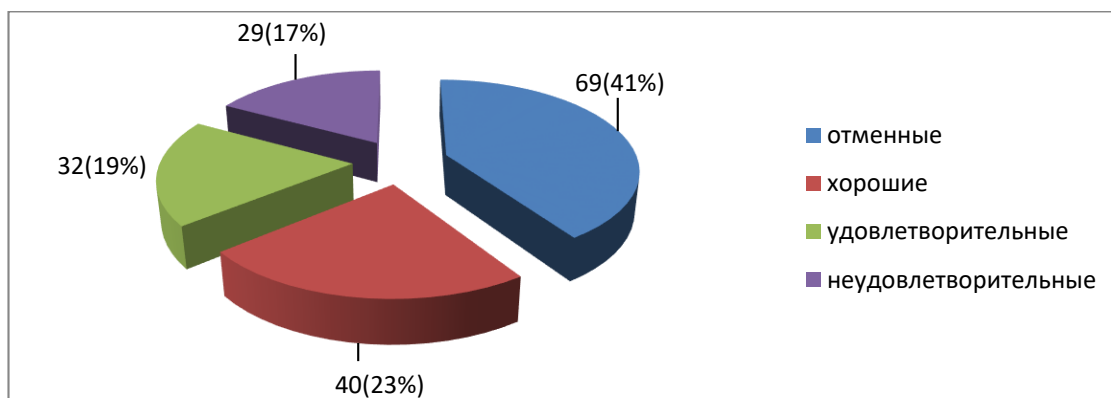


Рисунок 5.22.- Результаты анализа оценки эффективности лечения III группы ЗОСООПР по объективным показателям

В исследовании лечебных результатов у 74 пациентов четвертой группы, страдающих злокачественными новообразованиями ротовой полости, были зафиксированы следующие данные: 22 пациента (30%) достигли отменных результатов, 13 (17%) — хороших, 20 (27%) — удовлетворительных, и 19

(26%) — неудовлетворительных. Часто неудовлетворительные исходы концентрировали с несоблюдением рекомендованного лечения и отказом от комбинированных методов. Сравнивая с третьей группой, отличные и хорошие результаты в третьей группе были выше на 17%, тогда как доли удовлетворительных и неудовлетворительных исходов в четвертой группе превышали на 8% и 9% соответственно (Рисунок 5.23)

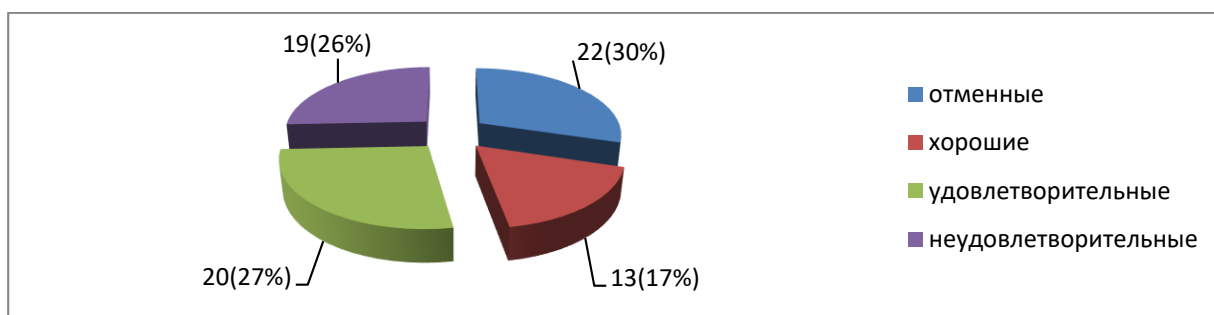


Рисунок 5.23.- Результаты анализа оценки эффективности лечения ЗОСООПР в IV группе по объективным показателям

Из изучения применяемых подходов к лечению пациентов с ЗОСООПР выявлено, что большинство, а именно 59%, подверглись паллиативному лечению. Комбинированные методы лечения выбрали 26% пациентов, тогда как 11% прошли комплексное лечение. Оперативное вмешательство было применено лишь у 4% больных. Эти статистические данные отражают сложности, связанные с применением комбинированных и комплексных методов лечения, которые могут быть обусловлены неосведомленностью пациентов и страхом перед онкологическими заболеваниями, необразованности некоторых пациентов в плане возможной излечимости от онкологической заболеваемости и эффективности вышеприведённых способов терапии.

Анализируя терапевтические подходы у пациентов с ЗОСООПР, можно отметить, что в IV группе паллиативное лечение применялось у 59% больных, что на 11% больше, чем в III группе. Комбинированное лечение выбирали для 29% больных III группы, превышая показатели IV группы на 3%. Хирургическое вмешательство чаще на 8% проводилось в III группе. Комплексное лечение было одинаковым для обеих групп — 11%.

Сопоставление результатов терапии показывает, что в III группе доля отменных и хороших исходов лечения была на 17% выше, чем в IV группе. В то же время, удовлетворительные и неудовлетворительные исходы в IV группе превысили аналогичные показатели III группы на 8% и 9% соответственно. Эти результаты подчёркивают важность фокусировки на третичной профилактике в области клинической онкологии, особенно в контексте предупреждения рецидивов злокачественных новообразований у пациентов, страдающих ЗОСООПР. Изучение случаев рецидива среди 170 пациентов из третьей группы с ЗОСООПР показало, что рецидивы произошли у 70 (41%) из них:

1) при злокачественных опухолях языка у 20 (29%) больных, из них: у 9(45%) – ранние, в сроках до 1 года после операции, у11(55%) –поздние, спустя год после операции;

2) при злокачественных опухолях слизистой альвеолярного отростка челюстных костей у17(24%) – ранние, в сроках до 1 года после операции;

3) при злокачественных опухолях слизистой губы у 13(19%) –поздние, спустя год после операции;

4) при раке щеки у 8(11%) – ранние, в сроках до 1 года после операции;

5) при раке передней нёбной дужки и миндалин у5(7%) –поздние, спустя год после операции;

6) при раке слизистой оболочки дна ротовой полости у5(7%) – ранние, в сроках до 1 года после операции;

7) при раке слизистой оболочки твёрдого и мягкого нёба у 2(3%) – поздние, спустя год после операции.

Таким образом, среди 70(100%) больных III группы рецидивы ЗОСООПР в ранние сроки установлены у 39(56%) пациентов. Поздние рецидивы наблюдались у 31(44%) больного, что говорит об агрессивности этих новообразований, с разницей 12%. С учетом риска рецидивов ЗОСООПР, особенно важно наращивать частоту контрольных осмотров у онкологов в местах проживания пациентов. Это позволит своевременно

обнаруживать рецидивы на ранних стадиях, когда опухоль ещё мала и подлежит эффективному хирургическому лечению.

Рассмотрение рецидивов среди 74 (100%) больных IV группы с ЗОСООПР проиллюстрировало, что рецидивы наблюдались у 39 (53%) пациентов, в том числе:

1) при злокачественных опухолях языка у 19 (49%) больных, из них: у 8 (42%) – ранние, в сроках до 1 года после операции, у 11 (58%) – поздние, спустя год после операции;

2) при злокачественных опухолях слизистой альвеолярного отростка челюстных костей у 5 (13%) – ранние, в сроках до 1 года после операции;

3) при злокачественных опухолях слизистой губы у 5 (13%) – поздние, спустя год после операции;

4) при раке слизистой оболочки дна ротовой полости у 4 (10%) – ранние, в сроках до 1 года после операции;

5) при раке слизистой ротоглотки у 3 (8%) – ранние, в сроках до 1 года после операции;

6) при раке передней нёбной дужки у 3 (8%) – ранние, в сроках до 1 года после операции.

Следовательно, среди 39 (53%) пациентов с ЗОСООПР ранние рецидивы были зарегистрированы у 81%, в то время как поздние рецидивы у 71%, что свидетельствует об агрессивной природе этих новообразований. Разница в 10% указывает на необходимость увеличения частоты контрольных осмотров у онкологов для оперативного выявления и предотвращения рецидивов.

Резюмировав сравнительную оценку обеих групп (III-IV), следует отметить, что рецидивов в III группе при раке языка на 20% меньше, чем в IV группе, рецидивов в III группе больше на 11% при раке альвеолярного отростка челюстных костей, чем в IV группе. Это обусловлено большим количеством больных III группы, при раке слизистой губы в III группе было больше на 6%, чем в IV группе, что также обусловлено большим количеством больных III группы. При раке слизистой оболочки дна ротовой

полости в IV группе было выявлено на 3% больше рецидивов, чем в III группе, при раке щеки 11% были установлены только в III группе, при раке передней нёбной дужки и миндалин в IV на 1% было больше, чем в III группе. При раке слизистой ротоглотки было 8% только в IV группе. Согласно полученным данным по вопросу о рецидивах в обеих сравниваемых группах пациентов с ЗОСООПР, с целью своевременного выявления рецидивов ЗОСООПР необходимы регулярные осмотры этих больных каждый месяц один раз. А в случае выявления самими больными и родственниками опухолей или язв в зоне операции слизистой и органов ротовой полости необходимо срочно обратиться в поликлинику онкологического научного центра РТ.

В современной онкологии одной из ведущих задач является изучение и улучшение эффективности реабилитационных программ для пациентов с ЗОСООПР. Это особенно важно для достижения длительной ремиссии и значительного улучшения качества жизни больных, что подчеркивает необходимость продолжения исследований и оптимизации лечебных подходов в этой области. Эффективность терапии оценивалась по ряду субъективных и объективных критериев.

В результате оценки эффективности послеоперационной реабилитации пациентов с ЗОСООПР, разница в качестве исходов лечения между группами III и IV оказалась значительной. В третьей группе 83% пациентов достигли хороших и отменных результатов лечения, что на 36% превышает показатели четвертой группы, где таких результатов достигли только 47% больных. Кроме того, в IV группе на 10% больше было удовлетворительных результатов и на 9% больше неудовлетворительных исходов лечения, чем в III группе (таблица 5.6).

Таблица 5.6.- Показатели оценки результатов послеоперационной реабилитации пациентов с ЗОСООПР(n=244)

Группы больных	Заживление послеоперационных ран, абс (%)		Степень оценки эффективности послеоперационной реабилитации больных, абс (%)				Койко-дни, сутки (M±SD)
	Первичным натяжением	Вторичным натяжением	A ^{&}	B ^{&&}	B ^{&&&}	Г ^{&&&&}	
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: A[&] неудовлетворительные результаты лечения, B^{&&} удовлетворительные результаты лечения, B^{&&&} хорошие результаты лечения, Г^{&&&&} отменные результаты лечения;

2)статистическая значимость различия показателей между III и IV группами: * - по точному критерию Фишера;** - по критерию χ^2 для произвольных таблиц; ***по U-критерию Манна-Уитни

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.

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.

Исследование, проведенное среди 170 пациентов третьей группы с ЗОСООПР, оцененное по шкале Карновского, показало заметные улучшения в качестве жизни. У 40% участников (68 человек) качество жизни увеличилось с 60% до 90%. У других 82 пациентов (48%) зафиксировано улучшение с 50% до 80%. Однако у 20 пациентов (12%) из данной группы значимые изменения в уровне качества жизни не произошли, их показатели остались на уровне 20% до 30% согласно шкале Карновского. Это подчеркивает, что реакция на лечение может значительно варьироваться среди разных пациентов.

В ходе изучения качества жизни и здоровья у наблюдаемых больных из IV группы с ЗОСООПР, оценка которого проводилась по шкале Карновского, были получены следующие данные. Улучшение качества жизни с 60% до 90% отмечалось у 22 (30%) больных, что указывало на заметный эффект после лечения. Улучшение качества жизни с 50% до 80% отмечалось у 33 (44%) больных, что также говорит об эффективности проведенного лечения. В то же время, у 19 (26%) больных не было отмечено значимого улучшения, так как данный показатель находился на уровне от 20% до 30%. При сравнении с III группой, где улучшение от 60% до 90% заметили у 40% пациентов, видно, что это на 10% выше, чем в IV группе. Улучшение от 50% до 80%

наблюдалось у 48% пациентов III группы, что на 4% выше, чем в IV группе. Неизменное состояние от 20% до 30% зафиксировано у 26% пациентов IV группы, что на 14% больше, чем в III группе. Эти данные подчёркивают различия в ответах на лечение между группами, что может быть важным для планирования будущих терапевтических стратегий.

На основании детального изучения возрастных, половых, морфологических проявлений, распространённости, различных подходов лечения, послеоперационных осложнений, оценки эффективности лечения, качества жизни при ЗОСООПР, согласно табл. 5.7, нами предлагается алгоритм лечения, профилактики, реабилитации ЗОСООПР.

Таблица 5.7. - Алгоритм лечения, профилактики, реабилитации злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта

АЛГОРИТМ, ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ, РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
ОПУХОЛЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

<p>ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗОСООПР</p> <p>Подход к терапии ЗОСООПР должен стремиться к полной эрадикации опухолевых клеток, сохранению функциональности поражённых органов и достижению оптимального косметического результата. При выборе метода лечения учитываются параметры опухоли: клиническая форма, локализация (наличие первичного очага или рецидива, единичный или множественный), размеры, глубина инвазии, продолжительность существования, динамика роста и чёткость определения</p>	<p>Хирургическое вмешательство обычно дополняется радиацией или медикаментозной терапией для усиления эффекта. При лечении рака полости рта варьируется подход в зависимости от стадии: А) Для I-II стадий (T1-2N0M0) применяется дистанционная радиотерапия, брахитерапия или их комбинация с суммарной дозой облучения 40-70 Грей, включая область подчелюстных узлов, потенциально затронутых метастазами. Если после дозы в 40 Грей терапия оказывается недостаточно эффективной, проводится хирургическая резекция мягких тканей полости рта.</p> <p>Терапевтическое воздействие на новообразование осуществляется в два этапа: ликвидация первичного очага и противодействие регионарным метастазам. Радиационная терапия может включать внешнее и внутреннее облучение, применяя контактное лечение с нейтронными источниками для усиления влияния на раковые клетки.</p> <p>На хирургическом этапе удаляют блок тканей полости рта и нижней челюсти, отступая 4-5 см от</p>	<p>Фотодинамическая терапия ЗОСООПР осуществляется посредством облучения опухолевой ткани, предварительно обработанной специально подобранным фотосенсибилизатором, который вводится в организм различными способами (внутривенно, аппликационно, ингаляционно и т.д.). Фотосенсибилизатор задерживается в клетках на определенное время, после чего выводится из организма. Основу физического механизма повреждения раковых клеток составляет фотодинамический эффект.</p> <p>Лазерная деструкция.</p>
--	---	--

<p>границ, согласно стадии рака. Перед началом лечения проводится бактериологическое исследование микрофлоры ротовой полости для выявления её чувствительности к антибиотикам, что критично для выбора адекватной антибиотикотерапии. Эффективное лечение ЗОСООПР требует индивидуального подхода и может включать сочетание различных методов — комбинированное или комплексное лечение, основываясь на принципах низкого или высокого риска развития рецидивов.</p>	<p>границы опухоли. Оставшуюся часть языка пришивают к слизистой оболочке для восстановления целостности полости рта. Шовную линию закрывают жевательной мышцей, которую фиксируют к прилежающим тканям, затем ушивают подкожную клетчатку и кожу. Костные фрагменты нижней челюсти закрепляют зубными шинами по методике Тигерштедта и Васильева. Питание пациента осуществляется через назогастральный зонд. В зависимости от распространения опухоли и её локализации могут выполняться следующие процедуры: 1) электрокоагуляционная резекция дна полости рта с одновременным удалением части языка в едином блоке; 2) одномоментная краевая резекция альвеолярного отростка нижней челюсти; 3) сквозная резекция нижней челюсти; 4) иссечение клетчатки и лимфатических узлов шеи в одном блоке. При местно-распространённом раке в переднем отделе дна полости рта могут выполняться различные виды резекций: краевая, клиновидная (как без нарушения целостности нижней челюсти, так и с её нарушением), и сквозная резекция. В последние годы при раке полости рта I-II стадии в передних отделах эффективно применяется криотерапия. Она используется как в составе комбинированного лечения, так и в качестве самостоятельного метода. При наличии регионарных метастазов криотерапия проводится</p>	<p>Лазерная деструкция представляет собой более эффективный и щадящий метод лечения ЗОСООПР на ранних стадиях по сравнению с электро-, радио- и криодеструкцией.</p> <p>Системная химиотерапия при ЗОСООПР проводится при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству или лучевой терапии. В основном используются схемы терапии на основе препаратов платины, как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами.</p> <p>В лечении ЗОСООПР также может применяться селективная химиоэмболизация артерий (СЭА), являющаяся минимально агрессивным методом блокирования сосудов для паллиативного лечения.</p>
---	--	---

	<p>на первичном очаге одновременно с шейной лимфодиссекцией. Б) III-IVA стадии (T1-2N1-3M0). Принципы и тактика лечения первичного очага такие же, как при I-II стадии, но в случае недостаточной регрессии метастазов выполняют радикальную шейную диссекцию. В) III-IVB стадии (T3-4N1-3M0). Лечение комплексное: неoadъювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли, при необходимости с пластикой дефекта. Обязательное облучение зоны регионарного метастазирования шеи и подчелюстной области суммарной очаговой дозой 40-50 Гр с обеих сторон. Дальнейшая тактика в отношении метастазов в лимфатических узлах шеи зависит от эффективности проведённого лечения: продолжение лучевой терапии до суммарной очаговой дозы 70 Гр или радикальная шейная диссекция. Г) IV стадия - паллиативная, химиолучевая терапия.</p>	
--	---	--

ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЗОСООПР



Устранения факторов риска в развитии ЗОСООПР. Ранние обращения пациентов ЗОСООПР за лечебной помощью являются важным звеном первичной профилактики и реабилитации их.

Своевременное выявление и эффективное лечение предраковых состояний требует высокой степени онкологической настороженности у специалистов различных медицинских профилей, включая стоматологов, оториноларингологов и

онкологов. При обнаружении признаков трансформации предопухолевых поражений слизистой оболочки полости рта в злокачественные новообразования (ЗОСООПР), стоматолог или оториноларинголог обязан незамедлительно направить пациента к онкологу. Онколог, в свою очередь, определяет оптимальную стратегию лечения, учитывая индивидуальные особенности заболевания и общее состояние здоровья пациента.

Значимую роль в профилактике ЗОСООПР играет соблюдение техники безопасности на производствах, где присутствуют канцерогенные вещества. Работники таких предприятий должны регулярно проходить медицинские осмотры.



Первичная профилактика ЗОСООПР включает настоятельные рекомендации по отказу от курения и злоупотребления крепкими алкогольными напитками. Важным аспектом также является своевременное выявление и лечение предопухолевых поражений слизистой оболочки полости рта. Для снижения риска развития таких заболеваний рекомендуется диета, богатая витаминами.

Вторичная профилактика включает ежегодные осмотры стоматолога, направленные на распознавание и лечение лейкоплакий, папилломатоза и дискератозов.

После окончания лечения больные ЗОСООПР должны находиться на диспансерном наблюдении в течение всей жизни для раннего выявления рецидивов и успешного их лечения. Сроки наблюдения: а) 1-й год после лечения 1 раз в 3 месяца; б) 2-3-й годы после лечения 1 раз в 4 месяца; в) 4-5-й годы после лечения 1 раз в 6 месяцев; г) 6-й и последующие годы после лечения 1 раз в год.

Главной задачей наблюдения за пациентами ЗОСООПР является раннее выявление продолженного роста, прогрессирования заболевания слизистой полости рта с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения операбельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление вторичных и третичных опухолей кожи, других органов и систем.

Резюме

Сравнительный анализ демографических данных пациентов из III и IV групп пациентов с ЗОСООПР показал, что пациенты мужского пола в III группе в среднем на 4 года моложе таковых пациентов из IV группы. Это различие в возрасте может иметь значение при выборе методов лечения и может влиять на прогнозирование исходов болезни, что подчеркивает важность учета возрастной категории при планировании терапевтических стратегий.

Анализ влияния ЗОСООПР на состояние здоровья пациентов двух исследуемых групп показал, что опухоли полости рта присутствовали у 80% участников из третьей группы и у 54% из четвертой. Параллельно, изменения слизистой оболочки рта выявлены у 20% пациентов в третьей группе и у 46% в четвертой, что акцентирует важность целенаправленной профилактики среди населения. Анализ стадий развития ЗОСООПР среди двух групп пациентов выявил следующие данные: в третьей группе начальные стадии T1 и T2, которые указывают на локализованные и менее агрессивные формы рака, были диагностированы у 35% больных. В четвертой группе аналогичные случаи составили 33%. В то же время, более продвинутые стадии T3 и T4, характеризующиеся агрессивным и распространенным течением болезни, наблюдались у 65% пациентов третьей группы и у 67% четвертой группы.

Анализ результатов послеоперационной реабилитации больных с злокачественными новообразованиями ротовой полости выявил, что в третьей группе 83% пациентов добились хороших и отличных исходов лечения. В четвертой группе подобные исходы были зарегистрированы у 47% пациентов, что на 36% меньше по сравнению с третьей группой. Также в IV группе удовлетворительные исходы терапии наблюдались на 10% чаще, в то время как неудовлетворительные исходы оказались выше на 9%, по сравнению с III группой. В III группе послеоперационное восстановление тканей методом первичного натяжения улучшилось на 4%. Дополнительно,

средняя продолжительность госпитализации в этой группе уменьшилась на один день. Анализ эффективности послеоперационной реабилитации и качества жизни пациентов с ЗОСООПР показывает более высокую успешность в третьей группе по сравнению с четвертой. В результате анализа по шкале Карновского, в третьей группе было отмечено увеличение качества жизни на 10% у пациентов, у которых показатели улучшились с 60% до 90%. Кроме того, улучшение на 4% наблюдалось у тех, кто улучшил своё состояние с 50% до 80%. В четвертой группе качество жизни 14% пациентов не изменилось и осталось на уровне от 20% до 30%, что указывает на значительные различия в результатах реабилитации между группами.

Изучая качество жизни больных с ЗОСООПР, было установлено, что в основной группе пациентов показатели были на 14% выше по сравнению с контрольной группой. Этот факт подчеркивает важность учета результатов оценки качества жизни при планировании и прогнозировании терапевтических мероприятий для достижения наилучших исходов лечения.

ГЛАВА 6. Обсуждение полученных результатов

Ротовая полость, являющаяся начальным участком пищеварительной системы, обладает уникальными анатомо-топографическими особенностями. В её структуру входят множество различных органов и тканей, включая губы, язык, дно полости рта, верхние и нижние челюсти, щёки, твёрдое и мягкое нёбо, язычок и передние нёбные дужки [14,15]. В результате на слизистой оболочке и в структурах ротовой полости наблюдается от 3% до 13% клинических случаев развития разнообразных доброкачественных и опухолеподобных образований

Злокачественные опухоли слизистой оболочки и органов полости рта (ЗСООПР) составляют 2-10% всех злокачественных опухолей человека и 80-90% больных поступают при Т3-Т4 стадиях распространённости, что предопределяет нередко проведение хирургического, комбинированного, сочетанного, комплексного и паллиативного лечения в будущем.

До сегодняшнего дня в Республике Таджикистан не определены частота и характеристики морфологического строения, а также локализация и рецидивы опухолеподобных процессов, ДОСООПР и ЗНСООПР [72, 56, 9, 10, 11, 13, 67].

Следовательно, на данный момент не сформирована окончательная стратегия диагностического алгоритма, профилактики и хирургического вмешательства для лечения пациентов с ДОСООПР и ЗСООПР. Кроме того, не разработана тактика проведения адекватных хирургических операций с учетом возраста пациентов, локализации, гистологического строения и сопутствующих заболеваний, что необходимо для повышения эффективности лечения и проведения вторичной и третичной профилактики ДОСООПР и ЗСООПР.

Наши исследования в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний, связанных с добро- и злокачественными новообразованиями рта, головы и шеи, подтолкнули к дальнейшим научным разработкам в этих направлениях. Данные достижения стали фундаментом для проведения

текущего исследования на базе клиники и кафедры онкологии, лучевой диагностики и терапии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. За 13-летний период с 2010 по 2022 годы в данном медицинском учреждении было зарегистрировано 43 875 пациентов, страдающих различными опухолями и опухолеподобными состояниями области головы и шеи. Из этого числа у 353 пациентов (0,80%) были выявлены опухолеподобные процессы, а также доброкачественные и злокачественные новообразования полости рта и шейно-головного отдела. Эти пациенты проходили диагностическое обследование и лечение в ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ. На основе клинических проявлений и морфологических особенностей их заболеваний они были распределены на четыре различные группы:

I группа (проспективная, основная) – включала 65 пациентов (18,4%) с ДОСООПР.

II группа (ретроспективная, контрольная) – состояла из 44 пациентов (12,5%) также с ДОСООПР.

III группа (проспективная, основная) – охватывала 170 пациентов (48,1%) с ЗОСООПР.

IV группа (ретроспективная, контрольная) – включала 74 пациента (21%) с ЗОСООПР.

В период с 2010 по 2015 годы, то есть за последние шесть лет, в клинику и на кафедру онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ТГМУ имени Абуали ибни Сино обратилось 20 250 пациентов с РООППГШ. Из этого числа у 44 больных, что составляет 0,21%, были выявлены 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.

Ввиду частых случаев поздних обращений пациентов с ДОСООПР, рекомендуется усилить просветительскую работу среди населения. Основное внимание следует уделить информированию о том, что при замечании новообразований, кист или сосудистых опухолей необходимо без промедления обратиться к медицинскому специалисту для диагностики и получения адекватного лечения.

Заметные задержки в обращении за медицинской помощью, колеблющиеся от одного месяца до трёх лет, были зафиксированы у 99% пациентов, страдающих от злокачественных опухолей слизистой оболочки и органов полости рта. Это явление обусловлено рядом причин: а) недостаточным уровнем осведомлённости пациентов о рисках развития злокачественных новообразований; б) длительным временем, необходимым для проведения диагностических процедур; в) использованием противовоспалительной терапии, которое может маскировать симптомы; г) быстрым прогрессированием заболевания и появлением регионарных метастазов; д) не всегда достаточной онкологической бдительностью врачей.

Оценка эффективности терапии пациентов с ДОСООПР показала следующее: из 44 пациентов 15 (34%) продемонстрировали отличные результаты, 13 (30%) — хорошие, а у 16 (36%) результаты оказались удовлетворительными. В случае 74 пациентов со злокачественными опухолями, анализ показал, что у 22 (30%) наблюдались отменные исходы, у 13 (17%) — хорошие, у 20 (27%) — удовлетворительные, и у 19 (26%) результаты были неудовлетворительными, что часто связано с отказом пациентов от комплексных методов лечения.

При использовании шкалы Карновского для оценки качества жизни пациентов с ДОСООПР выяснилось, что значительные улучшения наблюдались у подавляющего большинства больных. Из 44 обследованных пациентов, у 40 человек (91%) показатели качества жизни повысились, находясь в интервале от 70% до 90%. Примечательно, что даже у оставшихся

4 пациентов (9%) также отмечены положительные изменения в том же диапазоне, что свидетельствует об общей эффективности терапии.

В исследовании качества здоровья и жизни пациентов с ЗОСООПР, которое проводилось с использованием шкалы Карновского, приняли участие 74 пациента. Из них у 22 (30%) наблюдалось улучшение качества жизни, с показателями колеблющимися от 60% до 90%. У 33 (44%) пациентов наблюдалось улучшение с минимальными показателями в 50% до максимальных в 80%. В то же время у оставшихся 19 (26%) пациентов показатели качества здоровья и жизни остались без изменений, колеблясь от минимальных 20% до максимальных 30%.

Все вышеприведённые данные диктуют необходимость поиска путей первичной, вторичной и третичной профилактики, а также внедрения в клиническую практику новых способов усовершенствования лечения, с целью ускоренной реабилитации нарушенных функций слизистой и органов ротовой полости у пациентов с ЗДОСООПР для улучшения качества жизни.

Для тщательного анализа клинических проявлений и определения роли факторов риска в развитии заболеваний, было проведено исследование среди 109 пациентов, страдающих различными доброкачественными опухолями слизистой оболочки и органов полости рта. На основе клинических характеристик и морфологического строения опухолей участники исследования были разделены на две основные группы. Первая группа (I группа) являлась основной (проспективной) и включала 65 (60%) пациентов с ДОСООПР. II группа - сравнительная (ретроспективная) – 44 (40%) больных ДОСООПР.

Подводя итог анализу по полу и возрасту обеих групп, можно констатировать, что на 12% было больше было больных с ДОСООПР в первой группе у лиц молодого возраста. Такая же закономерность наблюдалась, с разницей 9%, у пациентов основной группы со средним возрастом, а в пожилом возрасте с разницей на 3% у пациентов первой группы, что было обусловлено большим количеством пациентов в первой группе

За лечебной помощью больные первой группы обратились ранее, с разницей в 15%. Поздние обращения больных за лечебной помощью первой группы составили 39%, а второй группе составили 57% пациентов, то есть с разницей 18%.

При изучении жалоб и размеров ДОСООПР выяснилось, что 91% пациентов второй группы (40 человек) в основном отмечали наличие опухолевых образований, что на 3% больше по сравнению с первой группой. Это указывает на более высокую частоту подобных жалоб среди пациентов второй группы. А размеры ДОСООПР варьировали от 0.5 до 8см, несмотря на столь разительные размеры опухолей и опухолеподобных процессов больные поздно обращались за лечебной помощью, только после увеличения их размеров и нарушения функции органов полости рта они обратились в специализированную клинику.

Резюмируя локализацию ДОСООПР второй группы, можно отметить, что достаточно большое количество месторасположения отмечалось у 57% на слизистой губы и щеки, далее 29% на слизистой альвеолярных отростков челюстных костей и 14% на слизистой нёба. При сравнительном анализе можно отметить тождественность главных локализаций, но с тем отличием, что в первой группе наблюдались опухоли на слизистой языка у 21,5% больных.

Детализированное изучение морфологии и тканевого происхождения опухолей при ДОСООПР, проведенное согласно группам пациентов, выявило, что в I группе доля опухолей эпителиального строения составляла 40%, что на 8% больше, чем во II группе. В то же время, во II группе наблюдался преобладание мезенхимальных опухолей на 8% по сравнению с первой группой.

В рамках исследования в обеих группах была проведена сравнительная оценка различных методов дополнительной диагностики, включая рентгенологические, ультразвуковые, компьютерно-томографические и цитологические исследования. Однако окончательное подтверждение типов

и характера опухолевых тканей возможно было только на основе гистологического исследования.

Изучение рисков развития ДОСООПР у пациентов двух групп выявило следующее: в первой группе доля лиц с первой степенью риска (ГР1) составила 58,46%, а во второй — 54,54%. Это указывает на относительно низкий уровень риска заболевания. В свете полученных данных, профилактические стратегии для этих групп должны сосредоточиться на снижении влияния факторов, способствующих развитию болезни. Это подразумевает борьбу с вредными привычками и тщательное соблюдение мер безопасности, как коллективных, так и индивидуальных, на производстве. Кроме того, рекомендуется проведение регулярных медицинских осмотров, по крайней мере, один раз в год, для своевременного обнаружения любых патологий.

Сравнительный анализ степеней риска между двумя группами выявил существенные различия в распределении второй и третьей степеней риска. В частности, в третьей степени риска (ГР3) риск во второй группе оказался на 6% выше, чем в первой, что свидетельствует о повышенной распространённости этого риска среди пациентов второй группы. С другой стороны, уровень второй степени риска (ГР2) был на 2% выше в первой группе по сравнению со второй. Исходя из этого, пациенты с ДОСООПР, относящиеся к второй и третьей группам риска, требуют особого внимания в виде диспансерного наблюдения. Рекомендуется проведение динамического ежеквартального мониторинга состояния этих пациентов с участием специализированных врачей, включая хирургов, стоматологов и онкологов, для своевременного выявления и коррекции возможных патологических изменений.

Сравнительная оценка локализации, эффективности лечения ДОСООПР, что второй группы больных с ДОСООПР, можно отметить, что достаточно большое количество локализации отмечалось у 57% пациентов на слизистой губы и щеки, далее у 29% на слизистой альвеолярных отростков челюстных

костей и у 14% на слизистой нёба. При сравнительном анализе можно отметить тождественность главных локализаций, но с тем отличием, что в первой группе больше наблюдались опухоли на языке – у 22% больных.

В обеих сравниваемых группах выполнялись почти одинаковые по объёму и сложности операции. Однако в первой группе наблюдалось больше оперативных вмешательств на языке – у 14 (21,5%) – в объёме от клиновидной резекции до гемирезекции, кроме того, для оптимизации хирургического лечения были предложены два способа, которые предопределили успех хирургического лечения и улучшили качество жизни этих пациентов.

Сравнительный анализ эффективности лечения пациентов с ДОСООПР в двух группах выявил следующее: в первой группе отменные результаты лечения были зафиксированы на 12% чаще, а хорошие результаты — на 7% чаще по сравнению со второй группой. Во второй же группе удовлетворительные исходы лечения превышали аналогичные показатели первой группы на 19%. Исследование также включало оценку эффективности послеоперационной реабилитации среди этих групп, что позволило сделать выводы на основе общепринятых критериев. Результаты исследования продемонстрировали относительно высокий уровень успешности лечения среди пациентов первой группы. При подведении итогов качества здоровья и жизни участников этой группы, было выявлено, что оно превышает показатели других групп на 7,8%. Этот результат имеет важное значение для прогнозирования будущих терапевтических подходов и планирования реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение состояния пациентов.

Чтобы обеспечить надежность результатов в исследовании с участием 244 пациентов с ЗОСООПР, мы разделили их на две группы посредством рандомизации. Основная группа, обозначенная как III группа, включала 170 пациентов и составляла 70% от общего числа участников. Контрольная группа, обозначенная как IV группа и имеющая ретроспективный характер,

насчитывала 74 пациента, что соответствовало оставшимся 30% исследуемой популяции.

Пик заболеваемости ЗОСООПР в основной (III группе) чаще наблюдался в среднем, пожилом и молодом возрасте, а в контрольной (IV группе) ЗОСООПР чаще наблюдались в среднем, молодом, пожилом и старческом возрасте.

Подводя итог локализации ЗОСООПР, можно отметить, что у 80% больных злокачественные опухоли развивались в органах полости рта, а 20% на слизистой полости рта. Морфологический исследование обеих сравниваемых групп больных со ЗОСООПР показало, что от 86% до 98% опухолевый генез был эпителиальным, что необходимо учитывать при планировании лечения и прогнозировании.

Изучение уровней риска развития ЗОСООПР в двух исследуемых группах показало, что показатели первой степени риска (ГР1), отражающие относительно низкий риск, находились в диапазоне 48-50%. Это подчеркивает важность своевременной нейтрализации воздействия канцерогенных факторов и организации ежегодных медицинских осмотров для пациентов этой категории. Для второй степени риска (ГР2), риск в третьей группе превышал на 2% уровень четвертой группы. В то время как для третьей степени риска (ГР3), четвертая группа показала на 5% более высокие показатели, чем третья. Эти результаты подчеркивают важность индивидуального подхода к профилактике и лечению, основанного на конкретной степени риска.

Таким образом, пациенты с ЗОСООПР, классифицированные как относящиеся ко второй (ГР2) и третьей (ГР3) категориям риска, нуждаются в регулярном мониторинге и четвертьгодовых диагностических осмотрах. В рамках этого систематического наблюдения активное участие принимают медицинские специалисты различных специализаций, в том числе хирурги, стоматологи и онкологи. Это мультидисциплинарное взаимодействие крайне

важно для оперативного обнаружения изменений и эффективного лечения злокачественных процессов.

В ходе сравнительного анализа демографических данных по полу и возрасту пациентов с ЗОСООПР, было установлено, что мужчины из третьей группы в среднем на 4 года были моложе пациентов мужского пола из четвертой группы

Результаты исследования показывают, что у 80% пациентов третьей группы и у 54% пациентов четвертой группы злокачественные опухоли были локализованы в органах полости рта. В то же время заболевания слизистой оболочки полости рта выявлены у 20% больных третьей группы и у 46% четвертой группы. Эти различия подчеркивают критическую необходимость усиления профилактических мер среди населения.

При анализе стадий развития ЗОСООПР обнаружено, что ранние стадии T1 и T2 диагностированы у 35% пациентов в третьей группе и у 33% в четвертой. Однако продвинутые стадии T3 и T4 составляют 65% и 67% соответственно в третьей и четвертой группах. Это свидетельствует о высокой доле пациентов с запущенными формами заболевания, что требует особого внимания к ранней диагностике и своевременному лечению.

В ходе изучения результатов послеоперационной реабилитации пациентов с ЗОСООПР были выявлены значительные различия в успехе лечения между анализируемыми группами. В третьей группе 83% больных демонстрировали хорошие и отменные исходы лечения, в то время как в четвертой группе эффективность лечения была на 36% ниже, составив 47%. При этом у пациентов четвертой группы удовлетворительные результаты встречались на 10% чаще, а неудовлетворительные — на 9% чаще, чем у пациентов третьей группы. К тому же, процесс заживления послеоперационных ран методом первичного натяжения был более успешным на 4% среди пациентов третьей группы по сравнению с IV группой. В исследовании эффективности послеоперационной реабилитации пациентов с ЗОСООПР выявлено, что пребывание в стационаре у больных

третьей группы сократилось на день по сравнению с четвертой группой. Основываясь на сравнении результатов двух групп, было подтверждено, что успехи в восстановлении пациентов третьей группы были значительно выше. По шкале Карновского, которая оценивает качество жизни, 10% пациентов из третьей группы показали улучшение с 60% до 90%. Дополнительное повышение с 50% до 80% было зарегистрировано у 4% больных этой же группы. В четвертой группе у 14% пациентов не было обнаружено значимого улучшения, причем уровень качества их жизни оставался между 20% и 30%.

Исследование качества жизни пациентов с ЗОСООПР выявило, что уровень жизни в основной группе превышает показатели контрольной на 14%. Это существенное различие играет ключевую роль в разработке эффективных стратегий лечения и улучшении прогностических оценок.

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 ЗОСООПР, 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 тонко игольной 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 около опухолевых тканей раствором, содержащим 20 мл физиологического раствора с добавлением 500 мг фторурацила (антиметаболит группы антагонистов пиримидина).

8. В целях консервативного лечения при операционных ларинготрахеитов после трахеотомии рекомендовано использование лекарственной смеси на основе рафинированного подсолнечного масла (200 мл) со следующими компонентами: борная кислота (порошок) - 5,0 г; левомецетин (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.

Реализация результатов исследования

Результаты наших исследований были внедрены практическую и теоретическую деятельность: отделение опухолей общей онкологии ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ; на лекциях и практических занятиях кафедр стоматологии, онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино; а также в ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» г. Душанбе.

Список литературы

1. Абиджанова Н.Н. Внедрение таблетированного морфина для купирования болевого синдрома у онкологических больных [Текст] / Н.Н. Абиджанова, С.Г. Умарова, З.Х. Хусейнов // Мат. Респ. н.-п. конф. «Развитие системы паллиативной помощи в Республике Таджикистан». – Душанбе. – 2015. – С. 12-114.
2. Абиджанова Н.Н. Совершенствование паллиативной помощи онкологическим больным в Республике Таджикистан: автореф. дис. канд. мед. наук [Текст] / Н.Н. Абиджанова – Душанбе. – 2016. -25с.
3. Александров Н.М. Способы использования Филатовского стебля на лице [Текст] // Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия под ред. Н.М. Александрова, М.: Медицина, 1988. -С. 77-83.
4. Базаров Н.И. Деонтологические, этические и паллиативные аспекты в онкологии. Краткие комментарии к вопросу деонтологии, этики паллиативной помощи в медицине [Текст] // Руководство по клинической онкологии. Часть 1. Опухоли челюстно-лицевой области и шеи / Ред. Н.И. Базаров - 2013. - С. 12-31.
5. Базаров Н.И. К вопросу истории становления, особенностей организации паллиативной помощи больным онкологического профиля [Текст] / Н.И. Базаров // Сборник научных трудов кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -2014.-Душанбе. – С. 24-29
6. Базаров Н.И. К вопросу организации, алгоритма терапии некоторых проблем пациентов онкологического профиля, получающих паллиативную помощь [Текст] / Н.И. Базаров. // Сборник научных трудов кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -2014. -Душанбе. -С.30-36.
7. Базаров Н.И. Некоторые аспекты организации, терапии критических состояний пациентов онкологического профиля, получающих паллиативную помощь [Текст] / Н.И. Базаров и др., // Сборник научных трудов кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -2014.-Душанбе.- С.37-42.
8. Базаров Н.И. Некоторые аспекты выбора способа паллиативной помощи больным со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи (ЗОЧЛОШ) [Текст] / Н.И. Базаров. // Мат. Респ. н.-п. конф. «Развитие системы паллиативной помощи в Республике Таджикистан». – Душанбе. – 2015. – С. 25-27

9. Базаров Н.И. // Руководство по клинической онкологии. Часть-2. Профилактика, диагностика и лечение первично-множественных и солитарных опухолей различных локализаций [Текст] / Под редакцией профессора Базарова Н.И. «Шарки озод» - Душанбе, - 2016, -С.11-207.
10. Базаров Н.И. Некоторые особенности паллиативной помощи при раке головы и шеи [Текст] / Базаров Н.И., Абиджанова Н.Н., Махмадов Ф.С. // Ж.Здравоохранение Таджикистана №4, 2017. 63-71
11. Базаров Н.И. // Руководство по клинической онкологии. Часть-3. Восстановительные операции и современные методы лечения солитарных и первично-множественных опухолей челюстно-лицевой области и шеи [Текст] / Под редакцией профессора Базарова Н.И. «Шарки озод» - Душанбе, - 2018, -С. 50-554 .
12. Базаров Н.И. Способ хирургического лечения злокачественных опухолей слизистой щеки и органов полости рта [Текст] / Н. И. Базаров и др. // Сборник трудов международного форума по вопросам инвалидов – Душанбе.-2019. - С. 136-142.
13. Баротов З.З. Качество жизни больных при лечении III-IV стадией рака органов полости рта [Текст] / З.З. Баротов и др. // Евразийский онкологический журнал. -2020. Том 8, № 2.-С.629-630.
14. Бернадский Ю.И. Доброкачественные опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области [Текст] / Ю. И. Бернадский // Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М. Медицина, Минск, 2003, -С. 243-262.
15. Бернадский Ю.И. Рак слизистой оболочки и рак языка //Под редакцией профессора Ю.И. Бернадский. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. -М., Медицина, -2003,-С.321-342.
16. Бойко А.В. Оптимизация сроков лучевого лечения с применением комплексной терапии сопровождения у больных раком языка [Текст] / А.В.Бойко др.//Евразийский онкологический журнал.- 2016.- том 4, № 2.- С.132-133.
17. Булгакова И.Е. Опыт первого года работы отделения паллиативной медицинской помощи КГБУЗ «ККЦО» [Текст] / И. Е. Булгакова, Е. С. Введенская и др. // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2014. - № 3.- С.13-16.
18. Введенская Е.С. В поисках методологии определения потребности взрослого населения в паллиативной медицинской помощи [Текст] / Е. С.

Введенская Л.Е. Варенова. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. - № 4.- С.31-35.

19. Введенская Е.С. Концептуальная структурно-организационная модель системы паллиативной медицинской помощи взрослому населению [Текст] / Е. С. Введенская. // Здравоохранение Российской Федерации. - М.: Медицина. – 2014. - № 2. - С.25-30.

20. Власов Я.В. Анализ основных проблем доступности оказания паллиативной медицинской помощи онкобольным [Текст] / Я.В. Власов, Е.В. Синеок, Н.П. Дронов. // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 4. - С. 24-32.

21. Введенская Е.С. Смертность больных на дому и необходимость организации паллиативной помощи в конце жизни [Текст] / Е.С. Введенская, Л.Е. Варенова.// Медицинский Альманах. - 2013. - № 5. - С.71-74.

22. Габриелян А.Г. Оптимизация ранней диагностики рака слизистой оболочки полости рта [Текст] / А.Г.Габриелян др. //Евразийский онкологический журнал.-2020.- том 8, № 2.-С. 634.

23. Ганиев А.А. Инновационный подход при хирургическом лечении орофарингеального рака [Текст] / А.А.Ганиеви др. // Евразийский онкологический журнал.- 2020. -Том 8, № 2.-С. 635.

24. Ганиев А.А. Непосредственные и отдалённые результаты лечения больных злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны [Текст] / А.А. Ганиеви др. // Евразийский онкологический журнал. – 2020.- Том 8, № 2.-С. 636.

25. Геворков А.Р. Органосохраняющее лечение плоскоклеточного рака орофарингеальной зоны с определением индивидуального прогноза эффективности лучевой терапии [Текст] / А.Р.Геворков др. //Евразийский онкологический журнал», 2016, том 4, № 2.- С.111.

26. Джумаев М.Г. Неоадьювантная полихимиотерапия местно-распространённого рака органов полости рта [Текст] / М.Г.Джумаевдр. // Материалы VII съезда онкологов и радиологов стран СНГ, - Астана, Республика Казахстан, - 2012,- С.90.

27. Джумаев М.Г. Изучение лечебного патоморфоза при лучевой терапии местно-распространённого рака органов полости рта [Текст] / М.Г.Джумаев др. // Материалы VII съезда онкологов и радиологов стран СНГ, - Астана, Республика Казахстан. - 2012.-С.90-91.

28. Дворникова Т.С. Дифференциальная диагностика предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта [Текст] / Т.С. Дворникова Дис. ..канд. мед.наук. – СПб., - 2000. - 23с.
29. Дустов Ш.Х Реабилитация больных с опухолями головы и шеи [Текст] / Ш.Х. Дустови др. // Евразийский онкологический журнал. -2020. -Том 8, № 2.-С. 641.
30. Дустов Ш.Х. Хирургическое лечение и реконструкция больных с онкологическими заболеваниями органов полости рта [Текст] / Ш.Х. Дустов и др. //Евразийский онкологический журнал. -2020. -Том 8, №2.-С. 642.
- 31.Жуманкулов А.М. Высокодозная брахитерапия в лечении местнораспространённого рака языка [Текст] //Евразийский онкологический журнал.-2020.- Том 8, № 2.-С. 645.
32. Жумабаев А.Р. Предраковые заболевания и злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта [Текст] /А.Р. Жумабаеви др. //Евразийский онкологический журнал. -2020. -Том 8, №2.-С. 647-648.
33. Егоренкова И.И. Медики с большой буквы. Паллиативная медицина [Текст] / И.И. Егоренкова, Л.Г. Томашевич, Н.С. Макеева. // Медсестра. - 2016. - № 2. - С. 35-39
34. Егорова А.Г. Курация и организационно-методическая поддержка системы паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в учреждениях здравоохранения Самарской области [Текст] / А.Г. Егорова С.Н. Ищеряков, О.В. Осетрова и др. // Онкология. - 2015. - № 6. - С.48-56.
- 35.Закирова А.А. Использование лоскутов с чувствительной реиннервацией для реконструкции органов полости рта у онкологических больных./А.А. Закирова др [Текст] // Евразийский онкологический журнал.- 2020.- том 8, № 2.-С. 648-649.
36. Захарочкина Е.Р. Обзор нормативных правовых актов по общим вопросам оказания паллиативной медицинской помощи [Текст] / Е.Р.Захарочкина. // Вестник Росздравнадзора. 2015 .- № 4.- С.16-23.
37. Злокачественные новообразования в России в 2016 г. (заболеваемость и смертность) [Текст] // Под ред. А.Д. Каприна., Старинского В.В., Г.В. Петровой - М., 2015. - 249 с.
38. Истомин Ю.П., Артемьева Т.П., Церковский Д.А. Фотодинамическая терапия в РНПЦ онкологиии медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова [Текст] / «Евразийский онкологический журнал», -2016, -том 4, -№ 2,-С.136.

39. Карпенко А.В. Оценка качества жизни пациентов с распространённым раком слизистой полости рта после операций с использованием микрохирургической пластики [Текст] /А.В. Карпенкои др. //Евразийский онкологический журнал. – 2016. - Том 4,- № 2.- С.106-107.
40. Клипка А.И. Рак слизистой полости рта, возможности первичной хирургической реабилитации пациентов при комплексном лечении [Текст] //Евразийский онкологический журнал. – 2016. - Том 4,- № 2.-С.118.
41. Клипка А.И. Выбор объёма резекции нижней челюсти при хирургическом лечении рака слизистой полости рта [Текст] /А.И. Клипкаи др. //Евразийский онкологический журнал. – 2016. - Том 4,- № 2.- С.129.
- 42.Кульбакин Д.Е.Возможности реконструктивного этапа в комбинированном лечении больных злокачественными опухолями полости рта. [Текст] /Д.Е.Кульбакини др. //Евразийский онкологический журнал. -2020. -Том 8, №2.-С. 659.
43. Кульбакин Д.Е. Реконструктивно-пластические операции при резекциях языка у больных онкологического профиля [Текст] /Д.Е.Кульбакини др. //Евразийский онкологический журнал. -2020. -Том 8, №2.-С. 660.
- 44.Кутилин Д.С. Мутационный статус гена KRAS и резистентность к терапии цетуксимабом у больных плоскоклеточным раком языка и слизистой оболочки дна полости рта/Д.С.Кутилини др [Текст] //Евразийский онкологический журнал. -2020. -Том 8, №2.-С. 662.
45. Макаревич М.Н., Белоцерковский И. В. Применение свободного лоскута в хирургической реабилитации пациентов с раком языка. [Текст] //Евразийский онкологический журнал. – 2016. - Том 4,- № 2.-С.141-142.
- 46.Мамедов А.Н. Заболеваемость раком полости рта в Нахичеванской автономной республике Азербайджана [Текст] //Евразийский онкологический журнал.- 2020. -Том 8, № 2.-С. 663.
- 47.Махмудова Н.М. Качество жизни (КЖ) больных после паллиативных операций III-IV стадией рака полости рта рационализаторское предложение [Текст] / Н.М.Махмудова др.//Евразийский онкологический журнал.- 2020. - Том 8, № 2.-С. 663-664.
48. Махмудова Н.М. Хирургическое лечение начальных стадий рака полости рта [Текст] / Н.М.Махмудовадр // Евразийский онкологический журнал.- 2020. -Том 8, № 2.-С. 664-665.

49. Минайло И.И. Отдалённые результаты лечения пациентов, страдающих местно-распространённым раком орофарингеальной зоны [Текст] / И.И.Минайло др. // Евразийский онкологический журнал. – 2016. - Том 4,- № 2.-С.136-137.
50. Мошуров И.П. Опыт применения внутритканевой лучевой терапии в лечении больных раком слизистой полости рта [Текст] / И.П.Мошуров др. // Материалы IX съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, - Минск, Республика Беларусь, - 2016,- С.117.
51. Мусин Ш.И. Возможности реконструкции дефектов полости рта носогубным лоскутом [Текст] / Ш.И.Мусини др. // Евразийский онкологический журнал. – 2016. - Том 4,- № 2.-С.150.
52. Нескубина И.В. Кит О.И. VEGF-А и TGF-β в биоптатах плоскоклеточного рака языка и слизистой оболочки дна полости рта отражают чувствительность опухоли к химиотерапии и моноклональным антителам – цетуксимабу [Текст] /И.В.Нескубина др. // Евразийский онкологический журнал.- 2020.-том 8, № 2.-С. 668.
53. Нескубина И.В. Инсулиноподобные факторы роста в крови больных плоскоклеточным раком языка и слизистой дна полости рта при терапии моноклональными антителами – цетуксимабом [Текст] /И.В.Нескубина др. // Евразийский онкологический журнал.- 2020.- том 8, № 2.-С. 669.
54. Ниязов И.К. Реконструкция дефектов лица и полости рта носогубным лоскутом [Текст] /И.К.Ниязови др.//Евразийский онкологический журнал.- 2020. -Том 8, № 2.С.670.
55. Ольшанский М.С. Контролируемая по объёму суперселективная внутриартериальная химиоинфузия в комплексном лечении местно-распространённого рака ротоглотки [Текст] / М.С.Ольшанский др. // Евразийский онкологический журнал.- 2016.-том 4, № 2, С.128.
- 56.. Пачес А. И. Опухоли полости рта [Текст] / А.И.Пачес,Т.Д.Таболинская. Опухоли головы и шеи.5-е изд.-М., «Практическая медицина»,- 2013, -С.119-145.
57. Панасейкин Ю.А. Место фотодинамической терапии при лечении рака слизистой полости рта [Текст] / Ю.А.Панасейкин др. // Евразийский онкологический журнал.- 2020.- том 8, № 2.-С. 676.
58. Панасейкин Ю.А. Биопсия сторожевого лимфоузла при плоскоклеточном раке полости рта [Текст] / Ю.А.Панасейкин др. // Евразийский онкологический журнал.- 2020.- том 8, № 2.-С. 677.

- 59.Панасейкин Ю.А. Брахитерапия cf-252 при лечении рака полости рта. Опухоли головы и шеи.Устный доклад в секционном заседании [Текст] / Ю.А.Панасейкин др. //Евразийский онкологический журнал.-2020.- том 8, № 2.-С. 678.
60. Письменный И.В. Злокачественные опухоли языка – хирургическое лечение. Золотое правило в выборе реконструктивного материала. Создание оптимальных условий реабилитации [Текст] / И.В.Письменный., В.Д.Архипов., И.М.Байриков и др. // Материалы IX съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии, -Минск, Республика Беларусь- 2016. - С.104.
- 61.Письменный В.И. Топографо-анатомическое обоснование применения кожно-мышечного лоскута с щитовидной артерией для реконструктивных операций в орофарингеальной области [Текст] / В.И.Письменный., С.Н.Чемидронов И.В.Письменный и др. // Материалы IX съезда онкологов и радиологов стран СНГ, -Минск, Республика Беларусь.2016.-С.104-105.
- 62.ПисьменныйВ.И.Экстирпация языка. Вопросы реабилитации [Текст] /В.И Письменный др. // Евразийский онкологический журнал.- 2016. -том 4, - № 2, С.107.
- 63.Письменный В.И.Рак языка. Хирургическое лечение [Текст] / В.И.Письменный др.//Евразийский онкологический журнал.- 2020.- том 8, № 2.-С. 680.
- 64.Письменный В.И. Рак ротоглотки, хирургическое лечение [Текст] / В.И.Письменный др. //Евразийский онкологический журнал.-2020.- том 8, № 2.-С. 681.
- 65.Поварков С.М. Использование островковых кожно-мышечных лоскутовс передней поверхности шеи и из большой грудной мышцы после удаления злокачественных опухолей слизистой оболочки дна полости рта и языка [Текст] / С.М.Поварков. // Евразийский онкологический журнал.- 2020.- том 8, № 2.-С. 682.
66. Романов И.С.Ранние стадии рака полости рта. Проблема выбора объёма лечения [Текст] / И.С.Романов др.// Евразийский онкологический журнал.- 2016.-том 4, № 2.,С.125.
- 67.Сангинов Д.Р.Реконструкция дефектов головы и шеи лоскутом на большой грудной мышце. Опыт онкологов Таджикистана [Текст] / Д.Р.Сангинов др.//Евразийский онкологический журнал.- 2020. -том 8, № 2.,С.690.

68. Седаков И.Е. Вариант комплексного лечения больных раком языка [Текст] / И.Е. Седаков др. // Евразийский онкологический журнал. - 2020. - том 8, № 2. - С. 683.
69. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 г [Текст] / Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. - М., 2015. - 235 с.
70. Тризна Н.М., Колядич Ж.В., Левин Л.Ф. Анализ локо регионарных рецидивов рака ротоглотки [Текст] / «Евразийский онкологический журнал», 2020, том 8, № 2. - С. 697-698.
71. Цыбырнэ Г.А. Криохирургия местно-распространённых злокачественных опухолей полости рта, верхней челюсти и орбиты [Текст] / Г.А. Цыбырнэ др. // Евразийский онкологический журнал. - 2016. - том 4, - № 2, С. 128-129.
72. Хабибулаев Ш.З. Реабилитация больных плоскоклеточным раком органов челюстно-лицевой области и шеи [Текст] / Ш.З. Хабибулаев, Д.З. Зикирходжаев // Здоровоохранение Таджикистана. - 2010. - № 1(304). - С. 55-57.
73. Хабибулаев Ш.З. Особенности реконструкции сквозных дефектов полости рта и ротоглотки [Текст] / Ш.З. Хабибулаев // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. - 2010. - № 2. - Т. 53. - С. 158-162.
74. Яковлева Л.П. Комплексное лечение плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта [Текст] / Л.П. Яковлева др. // Материалы VII съезда онкологов и радиологов стран СНГ, - Астана, Республика Казахстана. 2012. С. 115-116.
75. Abidjanova N. Development of the National Palliative care program in the Republic of Tajikistan [Text] / N. Abidjanova, S. Umarova, D. Zikiryahodzhaev // Abstracts of International Palliative care conference «Sharing & Networking – enhancing Palliative Care Compliance to International Standards». - 2011. - Bucharest, Romania. - P. 26-27.
76. Abidjanova N. Palliative care in Tajikistan: an emerging health service [Text] / N. Abidjanova // <http://www.ehospice.com/Default/tabid/10686/ArticleId/11023/>, 2014.
77. Arce K., Bell R.B., Potter J.K., Buehler M.J., Potter B.E., Dierks E.J., Vascularized free tissue transfer for reconstruction of ablative defects in oral and oropharyngeal cancer patients undergoing salvage surgery following concomitant chemoradiation [Text] // Int. J Oral Maxillofac Surg. - 2012 Jun;41(6):733-8. doi: 10.1016/j.ijom.2012.03.004. Epub 2012 Apr 6.

78. A First Comparison between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional and Global Level [Text] / M.J. Seya, S.F.A.M. Gelders, O.U. Achara [et al.]. // *J. Pain & Palliative Care Pharmacother.* - 2011. - V. 25. - P. 6-18.
79. Amy S. K. Palliative care for the seriously ill [Text] / S.K. Amy, R. S. Morrison.// *N Engl J. Med.* - 2015. - V. 373. - P.747-755.
80. Association between palliative case management and utilization of inpatient, intensive care unit, emergency department, and hospice in Medicaid beneficiaries [Text] / L. Wang, L. Piet, C.M. Kenworthy [et al.]. // *Am. J. Hosp. Palliat. Care.* - 2015. - P. 32-216.
81. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment [Text] / A.A. Wright, B. Zhang, A. Ray [et al.]. // *JAMA.* - 2008. - P. 300-1665.
82. Bakitas M. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the project ENABLE II randomized controlled trial [Text] / m. Bakitas, K.D. Lyons, M.T. Hegel, et al. // *JAMA.* - 2009. - P. 741-749.
83. Bendaly E.A. Financial impact of palliative care consultation in a public hospital [Text] / E.A. Bendaly , J. Groves , d. Juliar B, et al. // *J Palliat Med.* - 2008. V. 11. - P. 1304-1308.
84. Bondin D., Smith O.J., Ross G.L., The use of combined radial forearm cutaneous and radial forearm fascial flaps in head and neck reconstruction: a case series [Text] // *J Reconstr Microsurg.* 2012 Oct;28(8):495-500. doi: 10.1055/s-0032-1315767. Epub 2012 Jun 28.
85. Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, de Graeff A, Boysen M, Evensen JF, et al . Quality of life in head and neck cancer patients: Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life [Text] / Questionnaire-H and N35. *J Clin Oncol* 1999; Vol.17: -№9. -P.1008-1019.
86. Blagbrough J. Importance of sexual needs assessment in palliative care [Text] / J. Blagbrough. // *Nurs Stand.* - 2010. - V. 24. - No 52. - P. 35-39.
87. Cancer country profiles 2014 [Electronic resource] [Text] / World Health Organization, Cancer Control Programme Department of Chronic Diseases, Health Promotion (CHP) // World Health Organization. - Geneva, 2015. - Mode of access: <http://www.who.int/cancer/country-profiles/en/>.
88. Cassel J.B, Clinical and financial impact of a palliative care program at a small rural hospital [Text] / J.B. Cassel, J. Webb-Wright , J. Holmes [et al.]. // *J. Palliat. Med.* - 2010. - V. 13. - P. 1339-1343.

89. Chao A.H., Chang D.W., Shuaib S.W., Hanasono M.M., The effect of neoadjuvant versus adjuvant irradiation on microvascular free flap reconstruction in sarcoma patients [Text] // *Plast Reconstr Surg.* - 2012 Mar;129.:675-82. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182412a39.
90. Chen H.C., Fallico N., Ciudad P., Trignano E., Latissimusdorsi-rib pedicle flap for mandibular reconstruction as a salvage procedure for failed free fibula flap [Text] // *J Craniofac Surg.* - 2014 May;25.:961-3. doi: 10.1097/SCS.0000000000000744.
91. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs [Text] / R.S. Morrison, J.D. Penrod, J.B. Cassel [et al.]. // *Arch. Intern. Med.* - 2008. – P. 168-1783.
92. Craig D. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital [Text] / D. Craig, M.D. Blinderman, and J. A. Billings.// *N Engl. J. Med.* - 2015. – V. 373. – P. 2549-2561.
93. *Curr Opin Otolaryngol* [Text] / *Head Neck Surg.* 2014 Apr;22(2):101-8. doi: 10.1097/MOO.0000000000000031.
94. Dawood A., Collier J., Darwood A., Tanner S., The reverse zygomatic implant: a new implant for maxillofacial reconstruction [Text] // *Int J Oral Maxillofac Implants.* - 2015 Nov-Dec;30(6):1405-8. doi: 10.11607/jomi.4556.
95. Do palliative consultations improve patient outcomes? [Text] / D. Casarett, A. Pickard, F.A. Bailey [et al.]. // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2008. - P. 56-593.
96. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer [Text] / J.S. Temel, J.A. Greer, A. Muzikansky [et al.]. // *N. Engl. J. Med.* – 2010. - P. 363-733.
97. Economic analysis of potentially avoidable hospital admissions in patients with palliative care needs [Text] / S. Ward, M. Gott, C. Gardiner [et al.]. // *Progr. Palliat.Care.* - 2012. – V. 20. – P. 147–153.
98. Espitalier F., Dréno B., Malard O., Karapandzic flap for reconstruction of extensive defects of the lower lip [Text] // *Rev LaryngolOtolRhinol (Bord).* - 2013;134(4-5):199-202.
99. Genden E.M., Use of vascularized muscle flaps in the healing of compromised wounds [Text] // *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* - 2013 Nov;139(11):1162. doi: 10.1001/jamaoto.2013.2765.
100. Grau J.J., Domingo J., Blanch J.L. et. al. Multidisciplinary approach in advanced cancer of the oral cavity: outcome with neoadjuvant chemotherapy

according to intention_to_treat local therapy. A phase II study[Text] // *Oncol.* – 2002. – Vol. 63 – P. 338–345.

101. Gujrathi D., Kerr P., Anderson B. et. al. Treatment outcome of squamous cell carcinoma of the oral tongue [Text] // *J. Otolaryngol.*– 1996 .– Vol. 25 – P. 145–149.

102. Optimal approaches to the health economics of palliative care: report of an international think tank[Text] / B. X. Gomes, R. Harding, K.M. Foley [et al.]. // *J Pain Symptom Manage.* - 2009. - V. 38. - P. 4–10.

103. Gozalo P.L. Hospice effect on government expenditures among nursing home residents [Text] / P.L. Gozalo, S.C. Miller, O. Intrator , [et al.]. // *Health Serv. Res.* – 2008. – V. 43. – P.134–153.

104. Halamandaris V.J. Hospice: a coming of age when it's most needed[Text] / V.J Halamandaris. // *Caring.* – 2010. – V. 29. - №8. – P. 40.

105. Haughey B.H., Taylor S.M., Fuller D. et. al. Fasciocutaneous flap reconstruction of the tongue and floor of mouth: outcomes and techniques [Text] // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* – 2002. – Vol. 128. – P. 1388–1395.

106. Hoppe I.C., Abernathie B.L., Datiashvili R.O., Examination of possible predictors of complications after free tissue transfer to the head and neck for oncologic defects // *Ann Plast Surg.* - 2012 Oct;69.:368-70. doi: 10.1097/SAP.0b013e318246e6b4.

107. Jung H.D., Nam W., Cha I.H., Kim H.J., Reconstruction of combined oral mucosa-mandibular defects using the vascularized myoosseous iliac crest free flap [Text] // *Asian Pac J Cancer Prev.* - 2012;13(8):4137-40.

108. Joo Y.H., Cho K.J., Park J.O., Kim M.S., Usefulness of the anterolateral thigh flap with vascularized fascia lata for reconstruction of orbital floor and nasal surface after total maxilla resection [Text] // *Laryngoscope.* 2013 Sep;123(9):2125-30. doi: 10.1002/lary.23797. Epub 2013 Jul 2.

109. Kamizono K., Sakuraba M., Nagamatsu S., Miyamoto S., Hayashi R., Statistical analysis of surgical site infection after head and neck reconstructive surgery [Text] // *Ann SurgOncol.* - 2014 May; 21.:1700-5. doi: 10.1245/s10434-014-3498-8. Epub 2014 Feb 15.

110. Karle W.E., Anand S.M., Clain J.B., Scherl S., Buchbinder D., Smith M.L., Urken M.L., Use of a combined latissimusdorsi scapular free flap revascularized with vein grafting to the internal mammary artery in a vessel-depleted and previously irradiated neck [Text] // *Head Neck.* - 2013 Nov;35(11):E328-32. doi: 10.1002/hed.23194. Epub 2012 Nov 14.

111. Kordahi A.M., Hoppe I.C., Lee E.S., A Comparison of Free Tissue Transfers to the Head and Neck Performed by Surgeons and Otolaryngologists [Text] // *J Craniofac Surg.* - 2016 Jan;27.:e82-5. doi: 10.1097/SCS.0000000000002240.
112. Krijgh D.D., Mureau M.A., Reconstructive options in patients with late complications after surgery and radiotherapy for head and neck cancer: remember the deltopectoral flap [Text] // *Ann Plast Surg.* - 2013 Aug;71.:181-5. doi: 10.1097/SAP.0b013e3182414612.
113. Learned K.O., Malloy K.M., Loevner L.A., Myocutaneous flaps and other vascularized grafts in head and neck reconstruction for cancer treatment [Text] // *MagnReson Imaging Clin N Am.* - 2012 Aug;20.:495-513. doi: 10.1016/j.mric.2012.05.004. Epub 2012 Jun 17.
114. Locally advanced squamous carcinoma of the head and neck, WHO, Head and Neck cancer Union for International Cancer Control, [Text] / Review of Cancer Medicines on the WHO List of Essential Medicines, 2014, http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/applications/HeadNeck.pdf.
- 115.** Makiguchi T., Yokoo S., Takayama Y., Miyazaki H., Terashi H., Double Free Flap Transfer using a Vascularized Free Fibular Flap and a Rectus AbdominalisMusculocutaneous Flap for an Extensive Oromandibular Defect: Prevention of Sinking or Drooping of the Flap With an Anterior Rectus Sheath [Text] // *J Craniofac Surg.* - 2015 Oct;26(7):e622-4. doi: 10.1097/SCS.0000000000002001.
116. Mendenhall W.M., Stringer S.P., Amdur R.J. et. al. Is radiation therapy a preferred alternative to surgery for squamous cell carcinoma of the base of tongue? [Text] // *J. Clin. Oncol.* – 2000. – Vol. 18. – P. 3452–3453.
117. Moore E.J., Hinni M.L., Arce K., Salinas T., Mandibular alveolar reconstruction using three-dimensional planning [Text] // *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* - 2013 Aug;21.:328-34. doi:10.1097/MOO.0b013e328362cecd.
118. Mulholland R.S., Tanna N., Costantino P.D., Chandler A.R., Boyd J.B., Introducing the tibial-dorsalispedisosteocutaneous shin flap: a new option for oromandibular reconstruction [Text] // *Plast Reconstr Surg.* - 2013 Oct;132.:611e-620e. doi: 10.1097/PRS.0b013e31829fc029.
119. Moubayed S.P., Barker D.A., Razfar A., Nabili V., Blackwell K.E., Microvascular reconstruction of segmental mandibular defects without tracheostomy [Text] // *Otolaryngol Head Neck Surg.* - 2015 Feb;152.:250-4. doi: 10.1177/0194599814556625. Epub 2014 Nov 10.

120. Palliative surgery for head and neck cancer with extensive skin involvement [Text] // Jang DW, Teng MS, Ojo B, Genden EM. *Laryngoscope*. 2013 May; 123(5):1173-7. doi: 10.1002/lary.23657. Epub 2013 Apr 2.
121. Panwar A., Smith R., Lydiatt D., Lindau R., Wieland A., Richards A., Shostrom V., Militsakh O., Lydiatt W., Vascularized tissue transfer in head and neck surgery: Is intensive care unit-based management necessary? // *Laryngoscope*. - 2016 Jan; 126.:73-9. doi: 10.1002/lary.25608. Epub 2015 Sep 7.
122. Po W.Y., Wei W.I., Yue M.W. et al. Comprehensive analysis of results of surgical treatment of oral tongue carcinoma in Hong Kong // *Chin. Med. J. (Engl.)*. - 1997. - Vol. 110. - P. 859-864.
123. Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines H Cocks, K Ah-See, M Capel, and P Taylor J. *Laryngol Otol*. 2016 May; 130 (Suppl 2): S198-S207. doi: 10.1017/S0022215116000633 PMCID: PMC4873917 PMID: 27841131
124. Payne, S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1 / S. Payne, L. Radbruch. // *European J. Palliative Care*. - 2009. - V. 16. - No 6. - P. 278-289.
125. Involving the patient: a prospective study on use, appreciation and effectiveness of an information system in head and neck cancer care., Van den Brink JL, Moorman PW, de Boer MF, Pruyn JF, Verwoerd CD, van Bommel JH., *Int J Med Inform*. 2005 , -№5. - P.839-49.
126. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health / A.A. Wright, N.L. Keating, T.A. Balboni [et al.]. // *J. Clin. Oncol*. - 2010. - P. 28-445.
127. Prospective Cohort Study of Hospital Palliative Care Teams for Inpatients With Advanced Cancer: Earlier Consultation Is Associated With Larger Cost-Saving Effect / P. May, M.M. Garrido, J.B. Cassel [et al.]. // *J. Clin. Oncol*. - 2015. - P. 33-2745.
128. Psychosocial care of patients with head and neck cancer. Penner J.L., *Semin Oncol Nurs.*, 2009 Aug; Suppl (3): -№6. -P. 231-241.
129. Gevorgyan A., Wong K., Poon I., Blanas N., Enepekides D.J., Higgins K.M., Osteoradionecrosis of the mandible: a case series at a single institution // *J Otolaryngol Head Neck Surg*. - 2013 Sep 11; 42:46. doi: 10.1186/1916-0216-42-46.
130. Horta R., Valença-Filipe R., Monteiro D., Silva A., Amarante J.M., Chimeric flaps and "their variations": different options for immediate reconstruction of

massive facial defects // *Facial Plast Surg.* - 2014 Oct;30.:578-80. doi: 10.1055/s-0034-1393701. Epub 2014 Nov 14.

131. Roman L.D., Karpenko A.V., Sidgatullin R.R., Belova E.N., Chumanikhina N.S., Dzhalilov D.N., // Use of vascularized free flaps for reconstruction of oncological defects in the head and neck *VoprOnkol.* - 2012;58.:684-7.

132. Shonka D.C. Jr., Potash A.E., Jameson M.J., Funk G.F., Successful reconstruction of scalp and skull defects: lessons learned from a large series // *Laryngoscope.* – 2011. 121(11): 2305-12. doi: 10.1002/lary.22191.

133.Sorin T., Mansuy L., Colson T., Minetti C., Brix M., Simon E., Ewing's sarcoma of the mandible in children: reconstruction by induced membrane // *Rev StomatolChirMaxillofacChirOrale.* - 2014 Nov;115.:318-22. doi: 10.1016/j.revsto.2014.05.001. Epub 2014 Jul 4.

134. Sweeny L., Lancaster W.P., Dean N.R., Magnuson J.S., Carroll W.R., Louis P.J., Rosenthal E.L., Use of recombinant bone morphogenetic protein 2 in free flap reconstruction for osteonecrosis of the mandible // *J. Oral Maxillofac Surg.* 2012 Aug;70(8):1991-6. doi: 10.1016/j.joms.2011.08.037. Epub 2011 Dec 16.

135. Speech and swallow rehabilitation in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. Clarke P, Radford K, Coffey M, Stewart M.*Laryngoscope.* 2013 May;123(5):1173-7. doi: 10.1002/lary.23657. Epub 2013 Apr 2.

136.Seymour J. The challenges of health technology for ageing and dying / J. Seymour, M. Gott. - In: *Living with ageing and dying.* - Got t M., Ingleton C. (eds.). - Oxford: Oxford University Press. - 2011. - P. 42-51.

137. Sessions D.G., Spector G.J., Lenox J. et. al. Analysis of treatment results for oral tongue cancer// *J. Laryngoscope.* – 2002.– Vol. 112. – P. 616–625.

138. Van Gemert J.T., Van Es R.J., Rosenberg A.J., Van der Bilt A., Koole R., Van Cann E.M., Free vascularized flaps for reconstruction of the mandible: complications, success, and dental rehabilitation // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 2012. 70(7):1692-8. doi: 10.1016/j.joms.2011.08.024. Epub 2011 Nov 12.

139. The role of surgery in the palliation of head and neck cancer *Can J Oncol.*1996 Feb; 6 Suppl 1:54-60.

140. The role of palliative radiotherapy in advanced head and neck cancer. Hodson DI, Bruera E, Eapen L, Groome P, Keane T, Larsson S, Pearcey R. *J Laryngol Otol.* 2016 May; 130(S2):S176-S180.

141.Yuan Y., Zhang P., He W., Li W., Comparison of Oral Function: Free Anterolateral Thigh Perforator Flaps Versus Vascularized Free Forearm Flap for

Reconstruction in Patients Undergoing // J Oral Maxillofac Surg. - 2016 Jul; 74(7):1500.e1-6. doi:10.1016/j.joms.2016.03.039. Epub 2016 Apr 7.

142. Wei H., Li S., Wei R., Chen Y., Lin Chung Er, Bi Yan Hou, Tou Jing Wai, KeZaZhi., Free fibula flap and computed tomographic angiography in the functional reconstruction of oral and maxillofacial hard and soft tissue defects // - 2014 Aug;28(16):1248-50.

143..Zaghi S., Danesh J., Hendizadeh L., Nabili V., Blackwell K.E., Changing indications for maxillomandibular reconstruction with osseous free flaps: a 17-year experience with 620 consecutive cases at UCLA and the impact of osteoradionecrosis // Laryngoscope. - 2014 Jun;124(6):1329-35. doi: 10.1002/lary.24383. Epub 2013 Oct 1.

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. Кодир, 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. Кобилов. // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение» Материалы республиканской научно-практической конференции (111- годичная) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский

университет», посвящённой 30-летию XV1-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. Кобилов. // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение» Материалы республиканской научно-практической конференции (111-годовая) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвящённой 30-летию XV1-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. Кобилов, Н.И. Базаров, Ш.Б. Сайдахмадов. // «Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решение» Материалы республиканской научно-практической конференции (111-годовая) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвящённой 30-летию XV1-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. 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-А]. Сайдахмадов Ш.Б. Способ профилактики продолженного роста, рецидива злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта [Текст] / 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-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. АбуалиибниСино» (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 (ООППЯ) [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 №043от 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.