

**Г О У «Т А Д Ж И К С К И Й Г О С У Д А Р С Т В Е Н Н Ы Й М Е Д И Ц И Н С К И Й
У Н И В Е Р С И Т Е Т И М Е Н И А Б У А Л И И Б Н С И Н О»**

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

И К Р О М И З И Ё Р А Т Ш О

**О С О Б Е Н Н О С Т И К Л И Н И К И , Д И А Г Н О С Т И К И
И Л Е Ч Е Н И Я
О П У Х О Л Е Й С Л Ю Н Н Ы Х Ж Е Л Ё З**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.12-Онкология

Душанбе-2021

Работа была выполнена на кафедре онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино» на базе ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ.

Научный руководитель: **Базаров Негмат Исмаилович**-доктор медицинских наук, профессор.

- Официальные оппоненты:**
1. **Муллоджонов Гайратджон Элмуродович** - доктор медицинских наук, директор частной стоматологической клиники Smile.
 2. **Баротов Заробуддин Зайнуddинович** -кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии медицинского факультета Таджикского национального университета.

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

Защита состоится « ____ » _____ 2021 года в « ____ » часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA - 025 при ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино» (Республика Таджикистан, 734026, г Душанбе, проспект Рудаки 139).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (Республика Таджикистан, 734026, г Душанбе, проспект Рудаки 139) или на официальном сайте (www.tajmedun.tj) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино».

Автореферат разослан « ____ » _____ 2021г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Юнусов И.А.

Введение

Актуальность и необходимость проведения исследований по теме диссертации. Опухоли слюнных желез (ОСЖ) составляют от 1% до 25% всех опухолей тела человека и 3-6% от числа опухолей области головы и шеи, причем, в подавляющем большинстве случаев они встречаются в околоушных слюнных железах (Базаров Н.И., 2018; Пачес А.И., 2013; Бернадский Ю.И., 2003). ОСЖ преобладают у больных в возрасте от 21 до 65 лет, частота их снижается после 70 лет, что связано, очевидно, с возрастной атрофией желез, медленным ростом опухолевого процесса, трудностями профилактического осмотра лиц пожилого и старческого возраста (Базаров Н.И. и соавт., 2016; Пачес А.И., 2013; Бернадский Ю.И., 2003). В постановке диагноза опухолей слюнных желёз, безусловно, лежат клинические, анамнестические, объективные данные (Базаров Н.И., 2018; Арстанбеков С.Р., 2016; Болотин М.В., 2008). Лечение ДОСЖ – оперативное это энуклеация вместе с капсулой, кроме полиморфной аденомы, которую резецируют с подлежащими участками железы, отделяя веточки лицевого нерва от основного ствола по Редону или периферических ветвей по Ковтуновичу. Новообразованиям малых слюнных желез целесообразно не вылушивать, а иссекать с участками здоровой ткани. В случае локализации опухолей в области твёрдого нёба их иссекают вместе с участком слизистой оболочки и надкостницей. Лечение ЗОСЖ, как правило, сложное и состоит из нескольких видов: 1) основное – применяется только один метод лечения (хирургическое лечение (ХЛ), лучевое лечение или телегамматерапия (ТГТ), химиотерапии (ХО) или полихимиотерапию (ПХТ); 2) комбинированное – применение двух методов лечения (лучевого с хирургическим или химиотерапии с хирургическим); 3) комплексное - применяется три и более методов лечения; 4) сочетанная терапия – когда используется два способа одного метода лечения с одинаковым механизмом действия; 5) паллиативное лечение - применяется с целью облегчение состояния больных при запущенных стадиях ЗОСЖ, например: паллиативная химиотерапия, лучевая или хирургическая терапия; 6) симптоматическое лечение (это по симптомное лечение злокачественных опухолей при запущенных и терминальных состояниях). Её начинают с лучевой терапии (суммарная очаговая доза 50-60 Гр) или терморадитерапии, под воздействием облучения опухоль часто уменьшается, а иногда неоперабельные опухоли становятся операбельными. После завершения лучевой терапии и 3-недельного перерыва при цистаденокарциноме (ЦАК), мукоэпидермоидной опухоли (МЭО) малодифференцированного типа строения, при небольших опухолях производят органосохранные операции (ОСО), субтотальную резекцию околоушной слюнной железы в проекциях расположения ветвей лицевого нерва. При раке ОУСЖ I-II стадии производят паротидэктомию с сохранением лицевого нерва. В случае III стадии рака ОУСЖ производят паротидэктомию без сохранением лицевого нерва в едином блоке с фасциально-футлярным иссечением шейной клетчатки или с операцией Крайля (Базаров Н.И. и соавт., 2016; Пачес А.И., 2013; Бернадский Ю. И., 2003; Тимофеев А.А., 2002;).

Таким образом, значимыми послеоперационными проблемами после оперативного вмешательства на ОСЖ по поводу различных опухолей являются

лимфорея, слюнотечение из послеоперационной раны, парез и невриты ветвей лицевого нерва, которые отрицательно влияют на качества жизни пациентов. Поэтому изучение клиники, диагностики, роли факторов риска в развитии опухолей слюнных желёз, эффективности и оптимизация реабилитации при опухолях слюнных желёз представляют большой интерес с точки зрения их вторичной и третичной профилактики.

Степень изученности научной проблемы, теоретическая и методологическая основы исследований

Интерес к изучению опухолей слюнных желёз нашел свое отражение в многочисленных исследованиях научных трудов таджикского учёного профессора Базарова Н.И., - книга «Руководство клинической онкологии» и в трудах русского профессора Пачес А.И., - книга «Опухоли слюнных желёз», профессора Бернадского Ю.И., - книга «Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии».

Также, в диссертационном исследовании проводилась дискуссия по теме с российскими учеными, были изучены диссертационные кандидатские работы Болотина М.В. на тему «Опухоли слюнных желёз у детей», Матякина Е.Г. «Рецидивы опухолей околоушных слюнных желёз (клиника, диагностика и лечения)», Быковой А.А. «Комплексная сонография в диагностике и лечении объёмных образования слюнных желёз». Кроме этого, были изучены работы исследователей других стран, которые в своих статьях точно описали некоторые аспекты опухолей слюнных желёз такие как Kokemullar H. - article: Epithelial malignancies of the salivary glands, Lima R.A. - article: Clinical prognostic factors in malignant parotid gland tumors, Ellis G.L. - article: Tumor of the salivary glands.

Изучение актуальности особенностей клиники, диагностики и лечения опухолей слюнных желёз, несмотря на большое количество литературы как российских, таджикских так и зарубежных, не получило до нашего времени подробного освещения о роли факторов риска развития опухолей слюнных желёз, изучение дифференциальной диагностики, реабилитация методов лечения, послеоперационных осложнениях по поводу удаления и резекции опухолей слюнных желёз (лимфорея, слюнотечение, неврит и парез лицевого нерва). Поэтому изучение и завершение цели и задач данной диссертационной темы «Особенности клиники, диагностики и лечения опухолей слюнных желёз», может решить данные вышеприведенные проблемы в диагностике и лечении опухолей слюнных желёз.

Для исследования опухолей слюнных желёз и подтверждения окончательного диагноза было использовано патоморфологическое исследование биоптата от опухолей слюнных желёз, методом окраски гематоксилин-эозином под светооптическим микроскопом. Вспомогательными методами исследования являлись сонография, сиалография и компьютерная томография для выявления распространённости опухолевого процесса в близлежащих органах и тканях.

Общая характеристика работы

Целью исследования является улучшение профилактики, диагностики и результатов хирургического лечения опухолей слюнных желез (ОСЖ).

Объект исследования

Объектом исследования в данной диссертационной работе послужили больные, подвергшиеся опухолям слюнных желёз, которые исследовались и лечились в ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ.

Предмет исследования

Предметом исследования явилось проведение ретро- и проспективного анализа о особенностях клиники и морфологии, роли факторов риска в развитии ОСЖ, диагностики, профилактики и лечения, а также были внедрены способы консервативного лечения лимфореи, слюнотечения, неврита и пареза лицевого нерва после операции на слюнных железах.

Задачи исследования:

1. Изучить архивный материал о частоте, локализации, характере морфологического строения, распространенности, рецидивов опухолей слюнных желёз по обращаемости в Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ).

2. Подвергнуть анализу особенности клинико-anamnestических и морфологических проявлений, распространенность, роль факторов риска в их развитии, профилактику и разработать алгоритм диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желёз.

3. Сравнительная оценка эффективности и путей оптимизации лечения доброкачественных опухолей слюнных желёз.

4. Сравнительная оценка эффективности и алгоритма лечения злокачественных опухолей слюнных желёз.

5. Усовершенствование способов лечения послеоперационных осложнениях по поводу удаления опухолей слюнных желёз.

Методы исследования:

1. Сонография,
2. Рентгенография,
3. Компьютерная томография,
4. Цитологический метод,
5. Гистологический метод.

Область исследования

Область исследования диссертационной работы по теме «Особенности клиники, диагностики и лечения опухолей слюнных желёз» соответствует паспорту ВАК при Президенте РТ по специальности 14.01.12-Онкология: подпунктам 2. Изучение особенностей клиники и течения онкологической патологии с использованием разнообразных клинико-лабораторных, лучевых, иммунологических, патоморфологических, биохимических, статистических и других методов исследования; подпунктам 3. Совершенствование лабораторных, инструментальных и других методов обследования онкологических больных,

совершенствование диагностической и дифференциальной диагностики с не онкологической патологией; подпунктам 5. Совершенствование, оптимизация и разработка хирургических, комбинированных и комплексных способов лечения и профилактика онкологических заболеваний.

Этапы исследования

Написание диссертации проводилось поэтапно. На первом этапе нами была изучена литература по данной проблематике. На втором этапе мы резюмировали результаты наших исследований. На третьем этапе было сформулировано заключение работы.

Основная информационная и экспериментальная база

В работе была изучена информация (диссертации защищенные в РФ, научные статьи русских и других зарубежных исследователей) о клинике, роли факторов риска, диагностике, профилактике и лечении опухолей слюнных желёз, которые приведены в обзоре литературы.

Исследование проводилось на базе Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, при кафедре онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино».

Достоверность диссертационных результатов

Диссертационная работа подтверждается достоверностью данных, достаточным объёмом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследования и публикациями. Заключение и практические рекомендации основаны на научном анализе результатов исследования особенностей клиники, диагностики и лечения ОСЖ.

Научная новизна исследования

В настоящей работе впервые в Республике Таджикистан изучены частота, удельный вес опухолей слюнных желез в структуре образования головы и шеи. Рассмотрены особенности клинико-anamnestических, морфологических проявлений, распространённость, роль факторов риска в развитии ОСЖ, профилактика и алгоритм диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желёз. Доказана высокая информативность клинических, рентгенологических, ультразвуковых, морфологических методов в диагностике ОСЖ. Проведена сравнительная оценка эффективности и алгоритма лечения доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желёз. Установлено, что в послеоперационном периоде у больных с опухолями слюнных желёз после различных по объёму и характеру операций наблюдаются лимфорея, слюнотечение (от 50% до 89%), неврит и парез лицевого нерва (от 50% до 95%). На основе проведённого исследования разработаны рекомендации и алгоритмы по улучшению диагностики и профилактики, а также способы консервативного лечения послеоперационных осложнений ОСЖ.

Теоретическая ценность исследования

Исследование особенностей клинических и морфологических проявлений, роли факторов риска в развитии ОСЖ, профилактики, разработки алгоритмов диагностики и лечения ОСЖ имеют большое теоретическое значение и при

изучении вышеприведённых аспектов можно приобрести знания о возможности совершенствования практической деятельности.

Практическая ценность исследования

Настоящая работа представляет практический интерес, так как ее результаты исследования позволили устранить частоту появления неврита и пареза лицевого нерва, слюнотечение и лимфореи после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов, а также позволили улучшить первичную, вторичную и третичную профилактику опухолей слюнных желез. Внедрение полученных результатов и разработанных рекомендаций в практическую деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и общей лечебной сети позволяют своевременно выявлять опухоли различного генеза в слюнных железах, проводить их комплексное обследование и обеспечивать своевременное лечение в специализированном учреждении для адекватного последствия. Учет диагностических ошибок, допущенных в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля в отношении больных с опухолями слюнных желез, позволит повысить онкологическую настороженность стоматологов и врачей общего профиля и повысить качества оказываемой медицинской помощи. Результаты проведенных исследований внедрены в практическую деятельность отделения опухолей головы и шеи ГУ «РОИЦ» МЗ и СЗН РТ и медицинских стоматологических учреждениях г. Душанбе, а также в Согдийского областного онкологического центра и других медицинских учреждений районов республиканского подчинения. Материалы работы используются при чтении лекций и на практических занятиях студентам и курсантам на кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» и в ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ.

Положения, выносимые на защиту

1. Низкая информированность населения о возможности развития в слюнных железах опухолей, недооценка клинических симптомов, результатов обследования, длительная противовоспалительная терапия пациентов по поводу паротитов и сиалоаденитов, низкая онкологическая настороженность врачей хирургов, стоматологов, инфекционистов и отоларингологов приводят к диагностическим и тактическим ошибкам у больных с ОСЖ.

2. Адекватная оценка клинических симптомов, анамнеза жизни и заболевания, влияние факторов риска и последовательное применение морфологических, рентгенологических, ультразвуковых методов в диагностике ОСЖ являются рациональным путём к своевременному распознаванию, а также проведению первичной, вторичной и третичной профилактики этих новообразований.

3. Анализ факторов риска в развитии ОСЖ позволит выделить три группы риска (ГР¹пациенты нуждаются в плановом осмотре не реже 1 раза в год, лица, входящие в ГР² и ГР³, подлежат диспансеризации, динамическому наблюдению ежеквартально с участием врачей хирургов, стоматологов и онкологов).

4. Обоснована эффективность способов лечения послеоперационных осложнений (лимфорея, слюнотечение, неврит и парез лицевого нерва) после удаления ОСЖ: 1) «Способ консервативного лечения слюнотечения и лимфореи после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей». Удостоверение на рационализаторское предложение №011 от 30.05.2016г., выданное Научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ г. Душанбе; 2) «Способ консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов». Удостоверение на изобретение №ТJ 931 (1601085) от 29.12.2016г., выданное Государственным патентным ведомством РТ г. Душанбе.

Личный вклад соискателя в проведённом исследовании

Автором лично изучены данные архива (истории болезней и амбулаторных карт больных с ОСЖ) ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ, был собран, проанализирован ретроспективный и проспективный материал, использованы анкеты для каждого больного с ОСЖ, шкала Карновского по качеству жизни и создан опросник для выявления факторов риска. Автор лично принимал участие в составлении плана обследования и лечения больных госпитализированных в отделение опухолей общей онкологии ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ. Автор принимал непосредственное участие во время проведения консилиумов у специалистов по принятию решений относительно дополнительных методов обследования и тактики лечения больных. Кроме того, автором проанализированы и обобщены результаты инструментальных и лабораторных методов исследования. Во время курации и оперативных вмешательств больным с ОСЖ участвовал в качестве первого ассистента. Заполнение анкеты, опросников, статистическая обработка материала и анализ полученных результатов осуществлены лично автором.

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов

Материалы диссертации обсуждены и доложены на: 1) Научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибн Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы», 29 апреля 2016г; 2) Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», посвященного 25-летию независимости Республики Таджикистан, 11-12 июля 2016г; 3) Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины», 18 ноября 2016г; 4) Материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибн Сино с международным участием, посвященной «Году молодёжи», «Роль молодёжи в развитии медицинской науки», 28 апреля 2017г; 5) Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире», 23-24 ноября 2017г; 6) Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной «Году

развития туризма и народных ремесел», «Медицинская наука: новые возможности», 27 апреля 2018г; 7) Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино с между народным участием, в рамках которой проходят симпозиум детских хирургов «Хирургия пороков развития у детей» и веб-симпозиум по нормальной физиологии, посвященные «Году развития туризма и народных ремесел», «Роль и место инновационных технологий в современной медицине», 23 ноября 2018г.

Опубликование результатов диссертации

По теме диссертации опубликованы: 3 - статьи в журналах, рецензируемых перечнем ВАК при Президенте Республики Таджикистан, 4 - научных статьи, 3-тезиса, 1- изобретения, 2-рационализаторских предложении.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 140 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 2 глав результатов собственных исследований и их обсуждения, заключения, списка литературы, включающего 174 источника (из них 17-отечественных и 157-зарубежных). Работа содержит 12 таблиц и 26 рисунков.

Содержание работы

Общая характеристика клинического материала

В Государственном учреждении «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ), при кафедре онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» с 1985-2018 годов (33 год) находились 11137 пациентов с различными опухолями и опухолеподобными процессами головы и шеи. Среди них у 236(2%) больных были установлены опухоли слюнных желез (ОСЖ), которые находились на обследовании и лечении. Из 236(100%) клинических наблюдений 78(33%) больных с ОСЖ были отнесены к ретроспективному клиническому материалу (с 1985 по 2000гг.), а 158(67%) больных были отнесены к проспективному клиническому материалу (с 2001 по 2018гг.).

При анализе структуры 236(100%) больных с ОСЖ в зависимости от их морфологического строения у 146(61,8%) из них опухоли имели доброкачественного строения, а 90(38,2%) больных опухоли имели злокачественного строения. Возраст пациентов с ОСЖ варьировал от 1 года до 89 лет, среди них мужчин было 101(43%), а женщин – 135(57%), которые подверглись обследованию и в дальнейшем лечению, на базе ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ при кафедре онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» с 1985 по 2018 гг.

Все 236(100%) пациентов с опухолями слюнных желез на основании клинического проявления, морфологического строения и для сравнения были разделены на 4 группы:

I группа (основная) проспективная состояла из 98(42%) больных с доброкачественными опухолями слюнных желез (ДОСЖ);

II группа (сравнительная) ретроспективная – 48(20%) больных с доброкачественными опухолями слюнных желёз;

III группа (основная) – 60 (25%) пациентов со злокачественными опухолями слюнных желёз (ЗОСЖ) ;

IV группа (сравнительная) ретроспективная – 30(13%) больных со злокачественными опухолями слюнных желёз.

Особенности клинического проявления доброкачественных опухолей слюнных желёз (ДОСЖ), роль факторов риска в их развитии, алгоритм диагностики и эффективность лечения

Среди всех 236(100%) пациентов с различными опухолями слюнных желез на основании клинического проявления, морфологического строения, у 146(62%) больных были установлены доброкачественные опухоли, которые были разделены на две группы для сравнения:

I группа была основная, куда входили 98 (42%) пациентов с доброкачественными опухолями слюнных желёз (ДОСЖ);

II группа- сравнительная (ретроспективная) куда входили 48 (20%) больных с ДОСЖ.

Большой научный интерес представляет анализ возраста и полового состава больных I и II группы с ДОСЖ, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1.-Распределение больных с ДОСЖ I и II группы по полу и возрасту (n=146)

Группа	Возраст больных, абс.n=146									
	Пол	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Всего
I группа (n=98)	М	1	7	8	2	9	3	4	2	36 (37%)
	Ж	-	7	13	15	15	10	2	-	62 (63%)*
	Итого	1	14	21	17	24	13	6	2	98 (100%)
	М	-	1	2	6	4	3	2	2	20 (42%)
II группа (n=48)	Ж	-	2	6	7	4	7	2	-	28 (58%)
	Итого	-	3	8	13	8	10	4	2	48(100%)

Примечание: * $p < 0,001$ статистическая значимость различия между полами (по критерию χ^2).

Сравнительный анализ возрастных показателей обеих групп больных с ДОСЖ показал, что наблюдается тенденция омоложения пациентов, когда ДОСЖ часто наблюдались в возрастных градациях от 1 года до 59 лет, что имеет важное социально экономическое значение, то есть пациенты были наиболее молодого и трудоспособного возраста.

В зависимости от уровня квалификации специальностей ДОСЖ у больных чаще всего наблюдались: а) среди неквалифицированных работников (47%,) б) среди средне технических специалистов (39,7%), в) среди высококвалифицированных специалистов (10,2%). Выше полученные результаты по изучению уровня квалификации пациентов с ДОСЖ необходимо учитывать во время планирования и проведения работы, связанной с профилактикой ДОСЖ.

При анализе сроков обращения за лечебной помощью больных с ДОСЖ обеих групп было установлено, что 77% больных с ДОСЖ, в основном, обратились за лечебной помощью в сроках от 1 года и более 10 лет. Это было связано с

незнанием пациентов о возможности развития в слюнных железах опухолей, после длительной противовоспалительной терапии по поводу различных сиалоаденитов, низкой онкологической настороженностью врачей стоматологов, инфекционистов и отоларингологов.

Анализ жалоб на размеры опухолей среди обеих групп больных с ДОСЖ позволил сделать вывод, что при появлении любых опухолей в проекциях слюнных желёз, пациенты в обязательном порядке должны обратиться к онкологу для своевременной диагностики и лечения этих же новообразований.

ДОСЖ в обеих сравниваемых группах в основном располагались в околоушной слюнной железе (76,7%), далее в поднижнечелюстной слюнной железе (14,3%), в малых слюнных железах (6,8%) и лишь в 2% ДОСЖ локализовались в подъязычной слюнной железе.

При изучении развития ДОСЖ по тканевому генезу в обеих сравниваемых группах было установлено, что из 146(100%) больных у 144(98,6%) - опухоли имели эпителиального строения, у 2(1,4%) - мезенхимального.

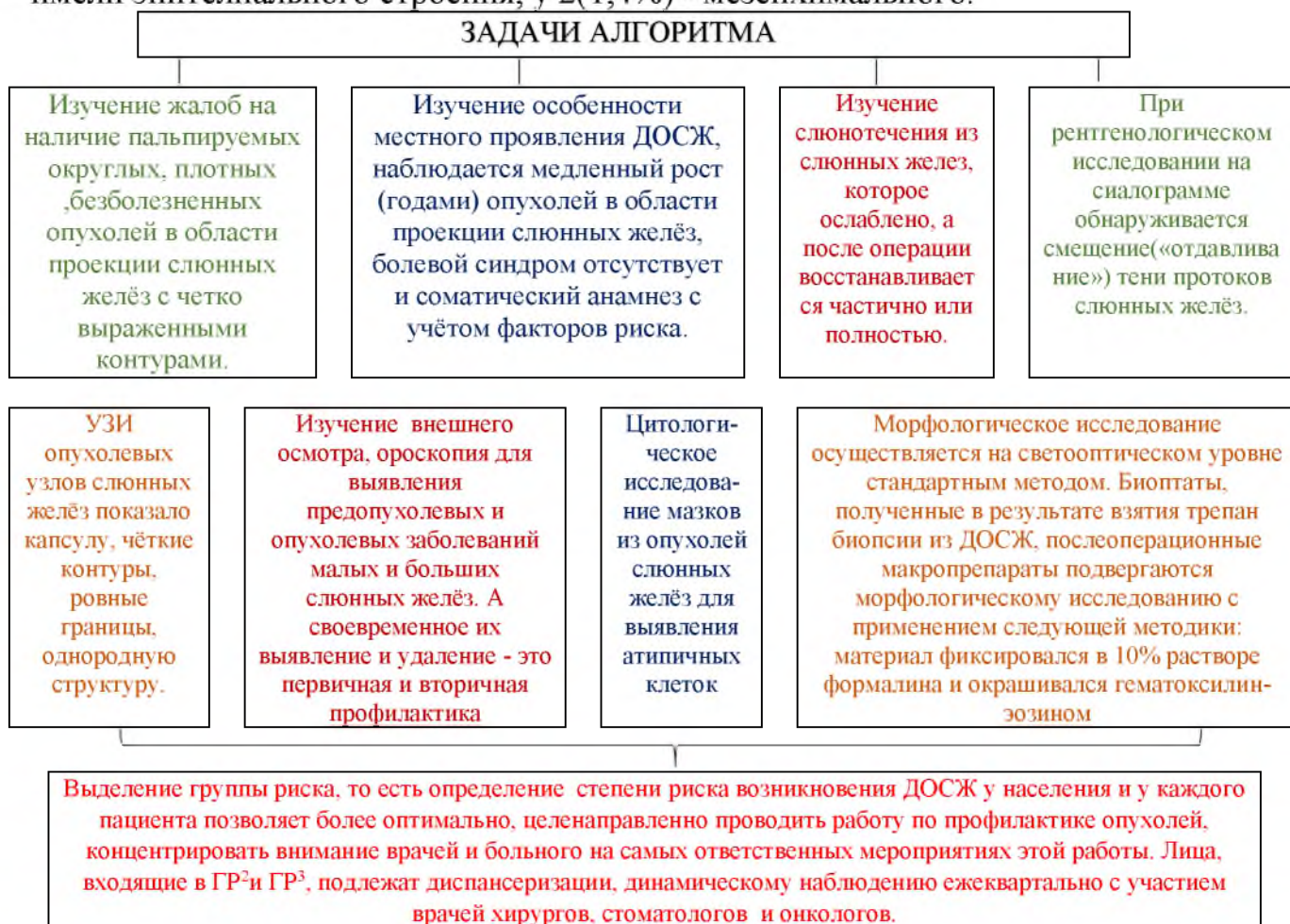


Рисунок 1.- Алгоритм диагностики и первичной профилактики доброкачественных опухолей слюнных желёз

Изучение степени факторов риска в обеих сравниваемых группах с ДОСЖ установило, что первая степень факторов риска(ГР¹), которая варьировала до 45,8%, то есть это группа относительно малого риска, больные этой группы нуждаются лишь в устранении воздействий бластомогенных факторов (борьба с вредными привычками, контроль над соблюдением коллективной и

индивидуальной защиты бластомогенных воздействий на производстве), и плановый осмотр не реже 1 раза в год. Вторая степень факторов риска в обеих группах, в целом, наблюдалась у 25,3% больных. Третья степень факторов риска наблюдалась у 10,2% больных. Поэтому больные с ДОСЖ, входящие в ГР² и ГР³, подлежат диспансеризации, динамическому наблюдению ежеквартально с участием врачей хирургов, стоматологов и онкологов.

Для ранней диагностики и первичной профилактики ДОСЖ необходимо широко использовать наш алгоритм обследования, первичную профилактику пациентов с ДОСЖ, который представлен на рисунке 1. При сравнительном анализе оценки эффективности и путей оптимизации лечения доброкачественных опухолей слюнных желёз было установлено, что в целом, в обеих сравниваемых группах у больных с ДОСЖ были выполнены одинаковые по объёму и сложности различные виды операций на слюнных железах. Лимфорей и слюнотечение наблюдались в 20,4%, применение нового способа для оптимизации лечения лимфорей и слюнотечения у 20(20,4%) пациентов первой группы после различных операций на околоушной слюнной железе позволил добиться, начиная с 3 суток наблюдений, уменьшения лимфорей и слюнотечения, а на 6 сутки после операции прекратились выделения из послеоперационной раны слюны и лимфы. Кроме того, заживление послеоперационной раны у всех пациентов происходило с первичным натяжением («Способ консервативного лечения слюнотечения и лимфорей после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей». Удостоверение на рационализаторское предложение, №011 от 30.05.2016, выданное Научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН Республики Таджикистан г. Душанбе), то есть слюнотечение и лимфорей сократились до 6 суток раньше, чем во второй группе.

В основной группе явления неврита и пареза лицевого нерва наблюдались у 25(25,5%) пациентов после частичной, субтотальной резекции околоушной слюнной железы и паротидэктомии. С целью оптимизации консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов нами впервые у 27(18,4%) пациентов проводилась следующая схема лечения по («Способ консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов». Удостоверение на изобретение, №ТJ 931 от 04.09.2018, выданное Государственным патентным ведомством Республики Таджикистан г. Душанбе). Это привело к тому, что явления неврита и пареза лицевого нерва у пациентов на 6-7сутки после операции начали регрессировать, а на 17-40 сутки после операции восстанавливались функции мимических мышц полностью.

Эффективность лечения больных с доброкачественными опухолями слюнных желез мы оценивали по субъективным и объективным показателям оздоровительных и восстановительных процессов, наступающих после проведенного лечения. Субъективный эффект (СЭ) выражался в числе суток после хирургического лечения, когда пациенты ощущали прекращение боли, припухлости в области послеоперационной раны, отмечали восстановлении

функции: а) ветвей лицевого нерва, б) мимических мышц, в) жевания, г) прекращения слюноотечения и лимфорей из послеоперационной раны и другое. СЭ в первой группе оценивался с 5 по 15 сутки после хирургического лечения, а во второй группе с 5 по 18 сутки.

Объективный эффект (ОЭ) оценивался по следующим критериям результатов лечения:

1) результаты лечения отменные, когда доброкачественные опухоли слюнных желез после хирургического лечения исчезали полностью. Кроме того, удалось получить положительные результаты без нарушения функции ветвей лицевого нерва, и когда отсутствовали признаки раннего рецидива в течение 1 года и позднего более 1 года;

2) результаты - хорошие, когда больные с доброкачественными опухолями слюнных желез после раннее проведенного хирургического лечения отмечали у себя поздний рецидив спустя более 1 года, и тогда больные подвергались повторному лечению, после чего удалось получить положительные результаты, то есть восстановление функции ветвей лицевого нерва и мимических мышц.

3) результаты - удовлетворительные, когда больные с доброкачественными опухолями слюнных желез после проведенного хирургического лечения, повторно поступали с ранним рецидивом до 1 года, тогда подвергались повторному хирургическому лечению, после чего удалось получить положительные результаты, то есть восстановление функции ветвей лицевого нерва, мимических мышц и поврежденных тканей.

Согласно данным таблицы 2, анализ оценки эффективности лечения больных с доброкачественными опухолями слюнных желез, согласно их группам, показывает, что в первой группе у 60(61%) пациентов были получены результаты лечения хорошие и отменные. А во второй группе у 24(50%) пациентов получены результаты лечения хорошие и отменные, то есть с разницей в 11% больше в первой, чем во второй группе. Во второй группе на 11% больше было результатов лечения удовлетворительных, чем в первой. Заживление послеоперационных ран на 4% было лучше, чем во второй группе пациентов с ДОСЖ, а время пребывания пациентов в стационаре, койка-дни уменьшились в основной группе на 3дня.

Таблица 2.-Результаты оценки эффективности лечения больных с доброкачественными опухолями слюнных желез (n=146)

Группы больных	Заживление послеоперационных ран, абс (%)		Оценки эффективности послеоперационной реабилитации больных, абс (%)			Койка дни, сутки (M±SD)
	Первичное натяжение	Вторич. Натяжение	Удовлетво рит-я	Хорошая	Отменная	
I группа (n=98)	96 (98,0%)	2(2,0%)	38(38,8%)	25(25,5%)	35(35,7%)	16,4±2,5
II группа (n=48)	45 (93,8%)	3(6,3%)	24(50,0%)	10(20,8%)	14(29,2%)	20,7±3,0
P	>0,05*		>0,05**			<0,001***

Примечание: статистическая значимость различия показателей между Iи II группы: * - по точному критерию Фишера; ** - по критерию χ^2 для произвольных таблицы; *** по U-критерию Манна-Уитни.

Таким образом, изучение оценки эффективности результатов лечения больных с доброкачественными опухолями слюнных желёз, согласно данных сравниваемых групп исследуемой нозологии, по основным критериям показало несколько высокую успешность среди пациентов первой группы.

Анализ оценки качества жизни с ДОСЖ (I группа) проводился по шкале Карновского среди 98(100%) больных. Результаты показывали, что у 60(61,2%) больных она улучшилась от минимального 90% до максимального 100% и только лишь у 38(38,8%) – улучшалась до максимального 80%. При изучении оценки качества жизни больных II группы результаты показали, что среди 48(100%) случаев с ДОСЖ у 24(50%) больных качество жизни улучшилось от минимального 90% до максимального 100%, а у остальных 24(50%) - улучшилось до максимального 80%. Подводя итог качества жизни среди больных с ДОСЖ, следует отметить, что она была на 11,2% лучше в основной группе, что необходимо учитывать при предварительном прогнозировании лечения.

Особенности клинического проявления злокачественных опухолей слюнных желёз (ЗОСЖ). Роль факторов риска в их развитии и алгоритм диагностики, эффективность лечения ЗОСЖ

Среди 236(100%) пациентов с ОСЖ у 90(38%) пациентов были установлены злокачественные опухоли слюнных желёз (ЗОСЖ). Из общего числа ЗОСЖ 90(100%) больных, для сравнения были разделены на две группы:

III группа проспективная (основная) составила 60(67%) пациентов;

IV группа ретроспективная (контрольная) - 30(33%) пациентов.

Большой научный интерес вызывает анализ возрастного и полового состава больных III и IV групп с ЗОСЖ, который представлен в таблице 3.

Таблица 3.-Распределение больных с ЗОСЖ III и IV группы по полу и возрасту(n=90)

Группа	Возраст больных, абс.										
	Пол	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Всего
III группа (n=60)	М	-	-	2	3	9	10	2	1	1	28(46,7%)
	Ж	-	-	1	4	6	8	4	8	1	32(53,3%)
	Итого	-	-	3	7	15	18	6	9	2	60(100,0%)
IV группа (n=30)	М	1	-	-	2	2	6	4	1	1	17(56,7%)
	Ж	-	1	1	-	2	6	-	3	-	13(43,3%)
	Итого	1	1	1	2	4	12	4	4	1	30(100,0%)

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

ЗОСЖ чаще наблюдались в пожилом и зрелом возрасте, что предполагает проведение целенаправленного скрининга у этой возрастной категории лиц обеих групп для своевременного выявления ЗОСЖ.

При сравнительном анализе обеих групп пациентов по срокам обращения за лечебной помощью с ЗОСЖ. было установлено, что ранняя обращаемость за медицинской помощью от 40% до 58% у пациентов обеих групп связана: а) со зрелым возрастом больных (старше 40 лет); в) с болевым синдромом (периодические покалывания, последнее сменяющееся сильным и ноющим характером боли); г) с парезами мимических мышц и мышцы языка.

Анализ жалоб и размеров опухолей среди обеих групп больных со ЗОСЖ, позволяет сделать вывод, что при появлении любых размеров опухолей в проекции слюнных желёз, пациенты в обязательном порядке должны обратиться к врачам хирургам, стоматологам и онкологам со специализацией по опухолям головы и шеи, для своевременной диагностики и лечения этих новообразований.

Изучения источника развития ЗОСЖ среди 90(100%) больных по их тканевому генезу среди обеих сравниваемых групп показало, что в III группе у 59(98%) больных злокачественные опухоли слюнных желёз имели эпителиальный генез, а в IV группе также у 29(96,6%) пациентов злокачественные опухоли слюнных желез имели эпителиальный генез, исходя из этого мезенхимальные опухоли встречались в обеих групп по одному случаю.

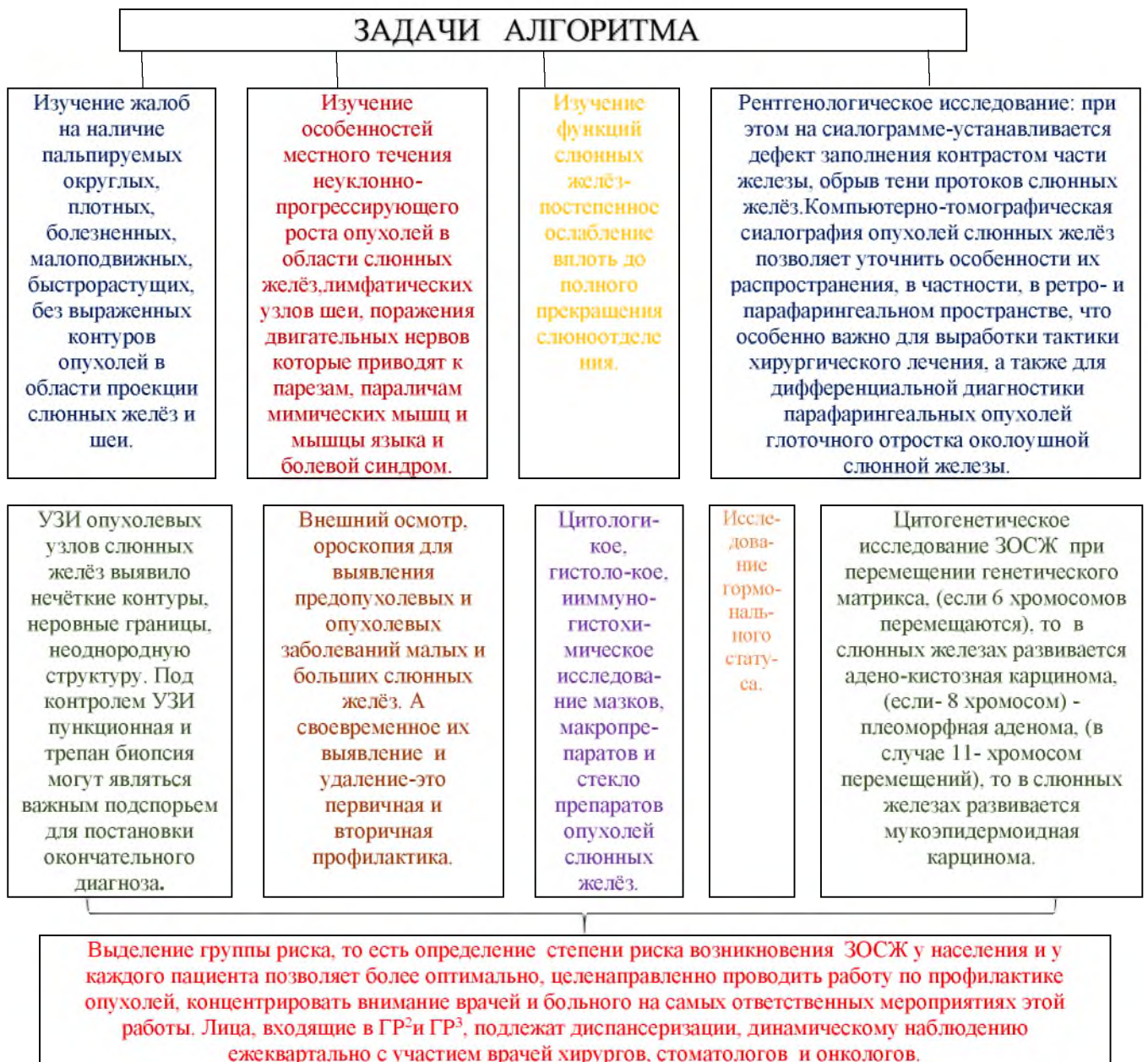


Рисунок 2.-Алгоритм диагностики, первичной профилактики злокачественных опухолей слюнных желёз

Анализ локализации ЗОСЖ в обеих сравниваемых группах показал, что в основном новообразования располагались в околоушных слюнных железах (68%),

в поднижнечелюстных слюнных железах (20%), далее в малых слюнных железах (8,8%), и лишь (2,2%) ЗОСЖ локализовались в подъязычной слюнной железе. Вышеприведенные показатели локализации ЗОСЖ необходимо учитывать во время составления плана профилактической работы среди населения.

При лечении 60(100%) больных со ЗОСЖ третьей группы мы применяли: а) у 23(38,3%) больных комбинированное лечение (предоперационная лучевая терапия разовой очаговой дозой 2 греЙ, суммарно 30-40 греЙ, затем были выполнены оперативные вмешательства); б) у 16(25%) - хирургическое лечение; в) у 10(18,4%) больных - лучевая терапия; г) у 8(13,3%) - комплексное лечение (два курса химиотерапии и предоперационная лучевая терапия разовой очаговой дозой 2 греЙ, суммарно 30-40 греЙ, затем были выполнены оперативные вмешательства); д) лишь 3(5%) больным была проведена химиотерапия. Таким образом, адекватное лечение среди больных основной группы получили лишь 47(78%) больных, о чём будет идти далее дискуссия о лечении IV группы в дальнейшем. При анализе способов лечения среди 30(100%) больных с ЗОСЖ четвертой группы было установлено: а) у 12(40%) больных применялось комбинированное лечение (предоперационная лучевая терапия разовой очаговой дозой 2 греЙ, суммарно 30-40 греЙ, затем были выполнены оперативные вмешательства); б) у 16(53,4%) больных - хирургическое лечение; в) у 1(3,3%) больного - комплексное лечение (два курса химиотерапии и предоперационная лучевая терапия разовой очаговой дозой 2 греЙ суммарной дозой 40 греЙ, затем были выполнены оперативные вмешательства); лишь 1(3,3 %) больному была проведена лучевая терапия.

В послеоперационном периоде у 8(13,3%) больных с ЗОСЖ в III группе после субтотальной резекции околоушной слюнной железы и паротидэктомии с сохранением лицевого нерва наблюдались лимфорея, слюнотечение, неврит и парез ветвей лицевого нерва.

Применение при ЗОСЖ у пациентов III группы в послеоперационном периоде новых подходов лечения лимфореи и слюнотечения («Способ консервативного лечения слюнотечения и лимфореи после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей». Удостоверение на рационализаторское предложение, №011 от 30.05.2016, выданное Научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ г. Душанбе), неврита и пареза лицевого нерва («Способ консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов». Удостоверение на изобретение, №ТJ 931 от 04.09.2018, выданное Государственным патентным ведомством Республики Таджикистан г. Душанбе), сократил их постхирургическую реабилитацию на 4-8 суток, что значительно ускорило третичную профилактику пациентов со злокачественными опухолями околоушных слюнных желез. Изучение степени оценки эффективности лечения больных со злокачественными опухолями слюнных желёз, согласно данным сравниваемым группам по основным критериям, показало несколько высокую успешность терапии среди пациентов III группы. Качество жизни среди сравниваемых групп больных с ЗОСЖ было на 6,6% лучше

в основной группе, что необходимо учитывать для предварительного прогнозирования лечения ЗОСЖ.

Эффективность проведенного лечения у больных с ЗОСЖ мы оценивали по субъективным и объективным показателям оздоровительных и восстановительных процессов, наступающих после проведенных методов лечения. Субъективный эффект (СЭ) проявлялся в числе суток после хирургического, комбинированного, комплексного лечения, когда больные ощущали прекращение боли и отека в области послеоперационной раны, отмечали восстановление функции: а) ветвей лицевого нерва; б) мимических мышц; в) эстетических; г) зрения; д) жевания; е) речи; ё) языка; ж) слуха; з) прекращение слюнотечения и лимфорей из послеоперационной раны; и) поврежденных близлежащих органов. СЭ в третьей группе оценивался с 7 по 18 сутки после проведенного метода лечения, а в четвертой группе с 7 по 26 сутки.

Объективный эффект (ОЭ) оценивался по следующим критериям результатов проведенных методов лечения:

1) результаты лечения отменные, когда при ЗОСЖ после одного курса лучевого, хирургического, комбинированного, комплексного лечения все признаки злокачественного образования слюнных желез исчезали полностью (то есть наступила полная регрессия), кроме того, еще удалось получить положительные результаты без нарушения функции ветвей лицевого нерва, мимических мышц и поврежденных близлежащих органов и тканей, и когда отсутствовали признаки раннего рецидива ЗОСЖ до 1 года и позднего более 1 года;

2) результаты – хорошие, когда симптомы ЗОСЖ после проведенных методов лечения исчезали наполовину (то есть наступила частичная регрессия), и больные с ЗОСЖ подвергались повторному лечению, при этом удалось получить положительные результаты, восстановление функции ветвей лицевого нерва, мимических мышц и близлежащих поврежденных органов, и при этом отсутствовали признаки раннего рецидива ЗОСЖ до 1 года, и позднего более 1 года;

3) результаты – удовлетворительные, когда злокачественные опухоли слюнных желез после лечения оставались в прежней структуре (то есть наступила стабилизация процесса), больные нуждались в применении повторного хирургического, комбинированного, комплексного лечения с целью получения положительных результатов (то есть восстановления функций ветвей лицевого нерва, мимических мышц и близлежащих поврежденных органов), а также, когда имелись признаки рецидива раннего в сроках до 12 месяцев после операции и позднего в сроках более 1 года;

4) результаты - неудовлетворительные, когда невозможно получить положительные результаты при проведении паллиативных, комбинированных, комплексных методов лечения, даже несмотря на добавление гормональных, иммунологических препаратов к данным методам, кроме того, наблюдались ранние, поздние рецидивы и метастазы в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы, а также появление новых очагов ЗОСЖ в течение одного года.

Согласно таблицу 4, оценка эффективности терапии у 60(100%) больных в III группе с ЗОСЖ выглядела следующим образом: у 22(36,6%) пациентов были получены результаты лечения отменные; у 13(21,6%) результаты - хорошие; у 23(38,3%) результаты - удовлетворительные; у 2(3,3%) больных были получены результаты - неудовлетворительные. А в IV группе (контрольной) оценка эффективности терапии из 30(100%) больных с ЗОСЖ была таковой, у 9(30%) были получены результаты лечения отменные; у 5(16,6%) результаты - хорошие; у 13(43,3%) результаты - удовлетворительные; у 3(10%) больных были получены результаты лечения неудовлетворительные.

Таблица 4.-Результаты оценки эффективности лечения больных со злокачественными опухолями слюнных желёз (n=90)

Группы Больных	Заживление послеоперационных ран, абс (%)		Степень оценки эффективности послеоперационной реабилитации больных, абс (%)				Койка дни, сутки (M±SD)
	Первич. натяж-е	Вторич. натяж-е	Неудов-я	Удовл-я	Хорошая	Отменная	
III группа (n=60)	47(80,0%)	10(20%)	2(3,3%)	23(38,3%)	13(21,6%)	22(36,6%)	18,3±1,7
IV группа (n=30)	19 (63,3%)	11 (36,7%)	3(10%)	13(43,3%)	5(16,6%)	9(30%)	29,6±2,4
P	<0,05*		>0,05**				<0,001***

Примечание: статистическая значимость различия показателей между III и IV группами: *-по критерию χ^2 ; **по критерию χ^2 для произвольных таблиц; *** -по критерию Манна-Уитни.

При сравнении результатов лечения хорошие и отменные результаты на 11,7% были лучше в III группе, чем в IV группе, удовлетворительные на 5% больше были в IV группе. Результаты - неудовлетворительные всего на 6,7% преобладали в IV группе. Заживление послеоперационных ран в обеих сравниваемых группах с ЗОСЖ, в основном, протекало с первичным натяжением, а койко дни в III группе сократились на 8 дней. Таким образом, изучение степени оценки эффективности лечения больных со злокачественными опухолями слюнных желёз, согласно данным сравниваемым группам по основным критериям, показало, что несколько высокая успешность ОЭ наблюдается среди пациентов III группы.

Анализ оценки качества жизни пациентов с ЗОСЖ (III группа) по шкале Карновского среди 60(100%) пациентов показал, что у 58(96,6%) пациентов качество жизни улучшилось от минимальных 40% до 100% и только лишь у 2(3,4%) пациентов с ЗОСЖ качество жизни осталась без перемен (от минимального 10% до максимального 20%). А оценка качества жизни больных с ЗОСЖ (IV группа) по шкале Карновского показала, что среди 30(100%) больных с ЗОСЖ у 27(90%) пациентов качество жизни улучшилось от минимального 40% до 100%, а у остальных 3(10%) качество жизни пациентов с ЗОСЖ осталась без перемен (от минимальных 10% до максимального 20%). Подводя итог качеству жизни среди сравниваемых групп пациентов со ЗОСЖ, следует отметить, что оно было на 6,6% лучше в основной группе (III группа), что необходимо учитывать при предварительном прогнозировании лечения.

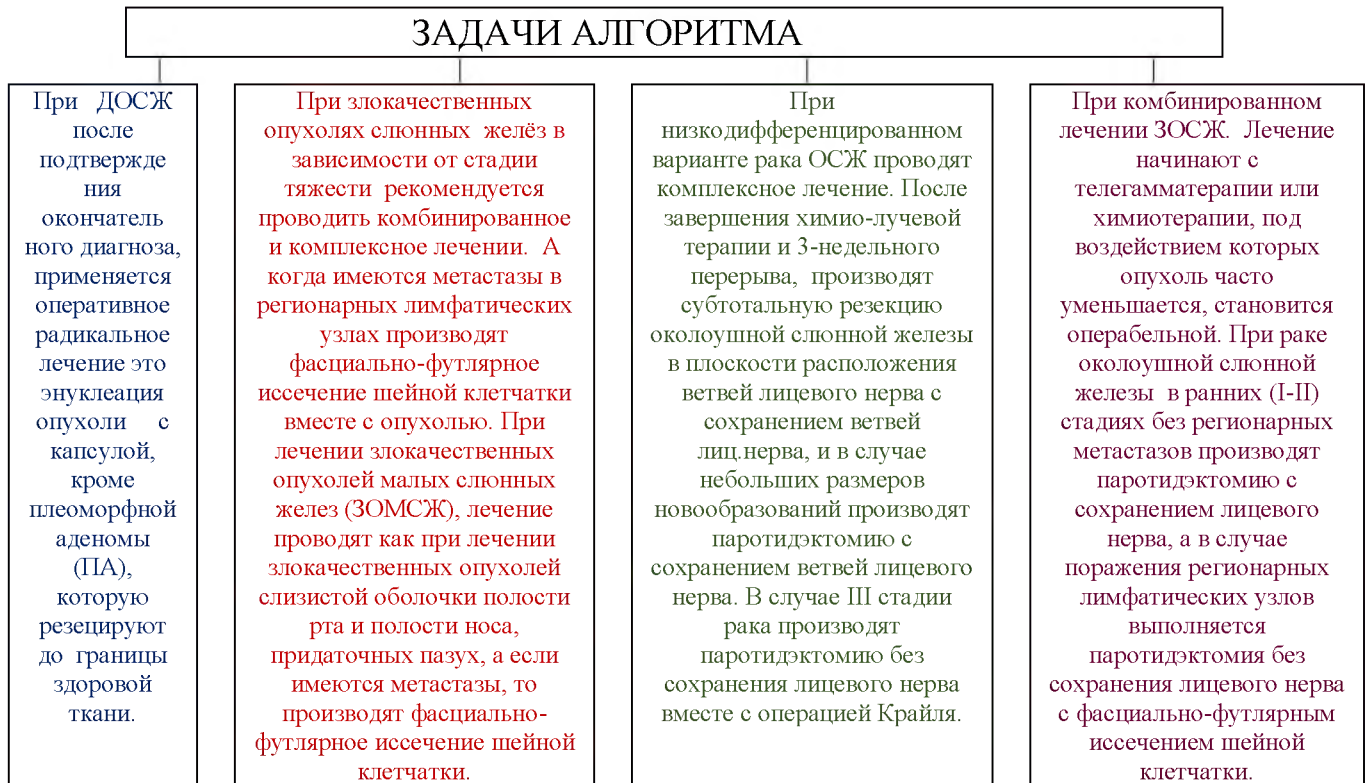


Рисунок 3.-Алгоритм лечения пациентов с ОСЖ в стационарных условиях

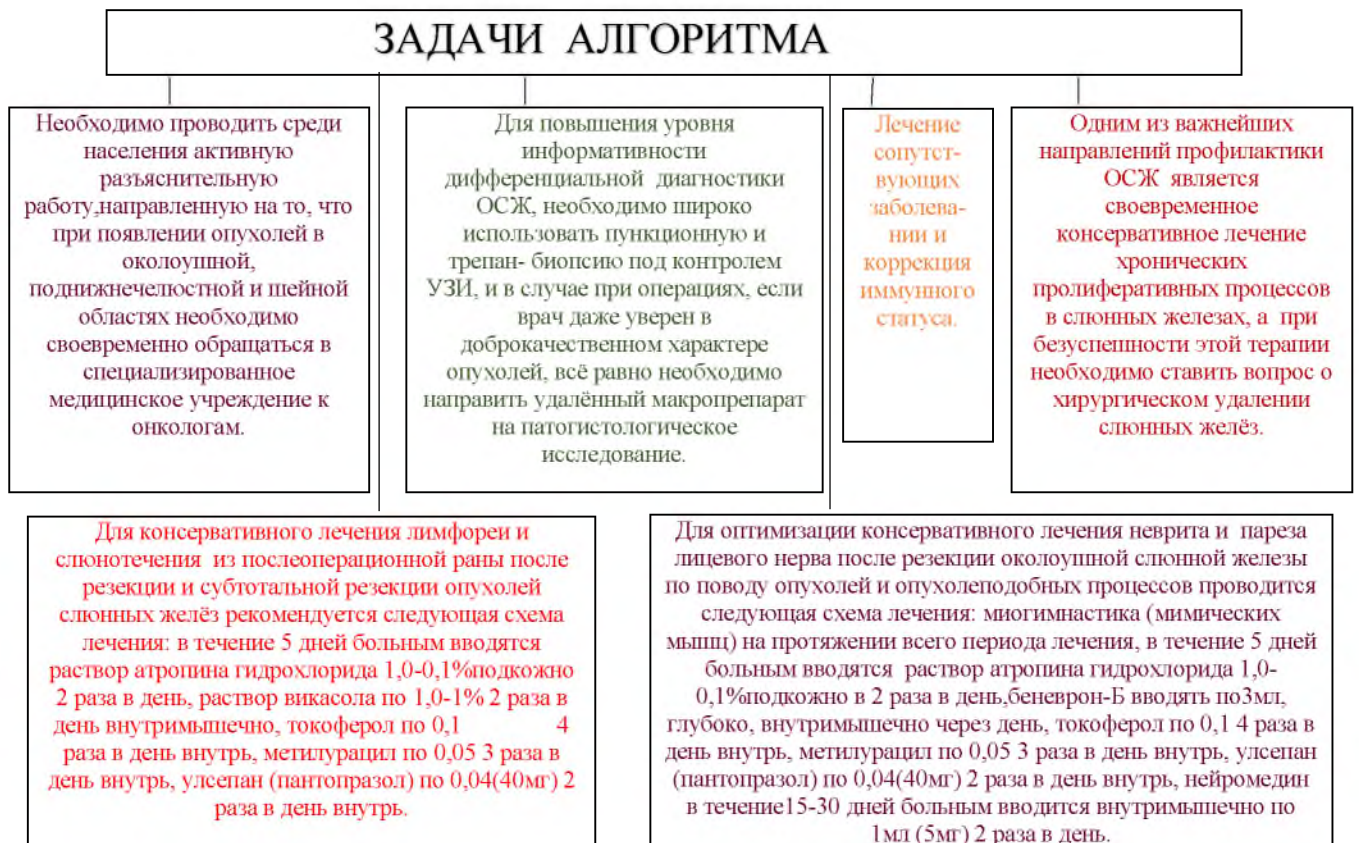


Рисунок 4.-Алгоритм вторичной, третичной профилактики и постхирургических реабилитационных мероприятий при опухолях слюнных желёз

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Среди 11137 случаев с различными опухолями и опухолеподобными процессами области головы и шеи за 33 года (с 1985 по 2018 годов) в 236(2%) случаях были установлены опухоли слюнных желез. Из структуры 236(100%) случаев в зависимости от морфологического строения, у 146(61,8%) больных опухоли имели доброкачественное строение, а у 90(38,2%) - злокачественное строение [2-А,4-А].

2. Применение клинических методов исследования УЗИ, рентгенологического метода (сиалографии контрастной, по показаниям КТ (компьютерная томография)) при опухолях слюнных желез позволяют уточнить биологическую сущность, особенностей их распространения, в частности, в близлежащие органы, а также в ретро- и парафарингеальное пространство [13-А].

3. Использование УЗИ, рентгенологического метода (по показаниям КТ) исследования во время лечения при ОСЖ, позволяют проводить качественный мониторинг об успешности консервативных методов терапии, выбор адекватного хирургического доступа и меры вторичной и третичной профилактики ЗОСЖ [13-А].

4. Больные с опухолями слюнных желез входящие в ГР² и ГР³ факторов риска, подлежат диспансеризации, а именно ежеквартальному динамическому наблюдению у врачей хирургов, стоматологов, и своевременному направлению их к онкологам для установления опухолей слюнных желез [10-А].

5. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей слюнных желез с включением в послеоперационном периоде адекватных способов по терапии лимфореи, слюнотечения, неврита и пареза лицевого нерва, позволяют получить хорошие и отменные результаты от 55% до 65%, а оценку качества жизни улучшают от 70% до 100% [1-А,3-А,5-А,6-А,7-А,9-А].

6. Комбинированный и комплексный подходы лечения злокачественных опухолей слюнных желез с включением в послеоперационном периоде адекватных способов по терапии лимфореи, слюнотечения, неврита и пареза лицевого нерва, позволяют добиться получения хороших и отменных результатов от 50% до 60%, а оценку качества жизни улучшают от 40% до 100% [1-А,3-А,5-А,6-А,7-А,9-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Целесообразно врачам хирургам, стоматологам и онкологам проводить среди населения активную разъяснительную работу, направленную на то, что при появлении опухолей в околоушных, поднижнечелюстных, шейной областях, а также в полости рта и губ, необходимо своевременное обращение в специализированное медицинское учреждение к онкологам [13-А].

2. Во время планирования лечебной работы в онкологической клинике важно учитывать то, что основным контингентом с патологиями слюнных желез являются пациенты с доброкачественными и злокачественными новообразованиями.

3. Диагностика ОСЖ наряду с оценкой клинической симптоматики заболевания, должна включать использование методов визуализации: УЗИ,

сиалотографию контрастную, по показаниям компьютерную сиалотографию и МРТ [13-А].

4. Для повышения уровня информативности дифференциальной диагностики ОСЖ, необходимо широко использовать пункцию и трепан биопсию под контролем УЗИ [13-А].

5. При выполнении операций, если врач даже уверен в доброкачественном характере опухолей слюнных желез, обязательно необходимо направить удалённый макропрепарат на патогистологическое исследование [13-А].

6. С целью консервативного лечения лимфореи и слюнотечения из послеоперационной раны после резекции и субтотальной резекции слюнных желёз рекомендуется следующая схема лечения по «Способ консервативного лечения слюнотечения и лимфореи после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей», удостоверение на рационализаторское предложение №011 от 30.05.2016: в течение 5 дней больным вводятся раствор атропина гидрохлорида 1,0-0,1% подкожно 2 раза в день, раствор викасола по 1,0-1% 2 раза в день внутримышечно, токоферол по 0,1г. таблетки 4 раза в день внутрь, метилурацил по 0,05г. таблетки 3 раза в день внутрь, улсепан (пантопразол) по 0,04г. таблетки 2 раза в день внутрь [12-А].

7. Для оптимизации консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов проводится следующая схема лечения по «Способ консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов», удостоверение на изобретение. №ТJ 931 от 04.09.2018: миогимнастика (мимических мышц) на протяжении всего периода лечения, в течение 5 дней больным вводятся раствор атропина гидрохлорида 1,0-0,1% подкожно 2 раза в день, беневрон-Б вводят по 3мл глубоко внутримышечно через день, токоферол по 0,1г. таблетки 4 раза в день внутрь, метилурацил по 0,05г. таблетки 3 раза в день внутрь, улсепан (пантопразол) по 0,04г. таблетки 2 раза в день внутрь, нейромидин в течение 15-30 дней вводится внутримышечно по 1 мл (5-15мг) 2 раза в день [11-А].

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых ВАК при Президенте РФ:

[1-А] Икромов, З.Н. Некоторые особенности клинического течения и лечения опухолей слюнных желёз / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов, Л.В. Масаидова // ЗТ.-2016.- №3.-С.11-16.

[2-А] Икромов, З.Н. Цито-гистологическая характеристика часто встречающихся опухолей слюнных желёз / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов, Х.Ю.Шарипов, Л.В. Масаидова // Вестник Авиценны.2017.-№2.-С. 188-193.

[3-А] Икромов, З. Некоторые аспекты клиники, диагностики и оценки эффективности реабилитации при опухолях слюнных желёз / Н.И. Базаров, Ф.И.Шукуров, Ж.А. Кобиллов, З. Икромов, М.М.Косымов, Г.А. Хакимов, В.А. Нарзуллоев // ЗТ.-2020. - № 1.-С. 9-18.

Статьи и тезисы в сборниках конференции:

[4-А] Икромов, З.Н. Особенности частоты встречаемости злокачественных опухолей слюнных желёз и их микроскопические изменения / З.Н. Икромов, Х.Ю. Шарипов, З.Р. Боронова, З.Х. Шарипова // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. Сборник науч. статей 65 годичной международной науч.-прак. конф. Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.-Душанбе, 2017. -Т.II.- С.27-29.

[5-А] Икромов, З.Н. Некоторые особенности клиники, диагностики и лечения поражения кожи при опухолях слюнных желёз / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов // Материалы круглого стола «достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016. - С. 60-61.

[6-А] Икромов, З.Н. Консервативный метод лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов, П.О. Аминов // Проблемы теории и практики современной медицины. Материалы 64-ой науч.-прак. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016.- С.236-237.

[7-А] Икромов, З.Н. Метод консервативного лечения слюнотечения и лимфореи после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов, З.Х. Юсупова // Проблемы теории и практики современной медицины. Материалы 64-ой науч.-прак. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, – 2016.- С.237-238.

[8-А] Икромов, З.Н. Некоторые особенности клинического течения опухолей слюнных желёз / З.Н. Икромов // Роль молодёжи в развитии медицинской науки: тезисы докл. Материалы науч.-прак. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году молодёжи».- Душанбе, 2017. – С. 145.

[9-А] Икромов, З.Н. Результаты различных видов лечения со злокачественными опухолями слюнных желёз / З.Н. Икромов // Медицинская наука: достижения и перспективы: тезисы докл. Науч.-прак. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан.- Душанбе, 2016. – С. 168-169.

[10-А] Икромов, З.Н. Роль факторов риска в развития опухолей слюнных желёз / З.Н. Икромов // Медицинская наука: новые возможности: тезисы докл. Материалы XIII науч.-прак. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел».- Душанбе, 2017.-Т.I.– С. 181-182.

Патент на изобретение:

[11-А] Базаров Н.И., Икромов З.Н., Касимов М.М. Способ консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной

железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов // Патент Таджикистана № 931. 2018. Бюл. № 139.

Рационализаторские предложения:

[12-А] Способ консервативного лечения слюнотечения и лимфореи после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей: удостоверение на рационализаторское предложение №011 от 02.04.2016 / З.Н.Икромов; Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

[13-А] Алгоритм диагностики и первичной профилактики у пациентов с доброкачественными опухолями слюнных желёз: удостоверение на рационализаторское предложение №64 от 31.07.2020 / З.Н.Икромов; Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Список сокращений и условных обозначений

ГУ«РОНЦ»МЗ СЗН РТ	Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
ДОСЖ	Доброкачественные опухоли слюнных желёз
ДООУСЖ	Доброкачественные опухоли околоушной слюнной железы
ДОПНЧСЖ	Доброкачественные опухоли поднижнечелюстной слюнной железы
ДОПЯСЖ	Доброкачественные опухоли подъязычной слюнной железы
ДОМСЖ	Доброкачественные опухоли малых слюнных желёз
ЗОСЖ	Злокачественные опухоли слюнных желёз
ЗООУСЖ	Злокачественные опухоли околоушной слюнной железы
ЗОПНЧСЖ	Злокачественные опухоли поднижнечелюстной слюнной железы
ЗОПЯСЖ	Злокачественные опухоли подъязычной слюнной железы
ЗОМСЖ	Злокачественные опухоли малых слюнных желёз
МЭО	Мукоэпидермоидная опухоль
ОЭ	Объективный эффект
ОСЖ	Опухоли слюнных желёз
ОСО	Органо-сохраняющие операции
ПА	Плеоморфная аденома
ПХТ	Полихимиотерапия
СЭ	Субъективный эффект
СЖ	Слюнная железа
ТГТ	Телегамматерапия
ФК	Факторы риска
ХЛ	Хирургическое лечение

ХТ
ЦАК

Химиотерапия
Цистаденокарцинома

**МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО»**

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

**ИКРОМӢ ЗИЁРАТШО
ХУСУСИЯТҶОИ КЛИНИКӢ, ТАШХИСӢ ВА ТАБОБАТИ
ОМОСҶОИ ҶАДУДҶОИ ЛУОБӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфт кардани дараҷаи илмии номзадии илмҳои тиб аз рӯи
ихтисоси 14.01.12.-Онкология

Душанбе 2021

Кори илмӣ дар кафедраи саратоншиносӣ ва ташҳиси шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар пойгоҳи МД «МҚИС» ВТ ва ҲИА ҚТ иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Базаров Негмат Исмаилович**- доктори илмҳои тиб, профессор.

Муқарризи расмӣ: 1. **Муллоҷонов Ғайратҷон Элмуродович** - доктори илмҳои тиб, директори клиникаи стоматологии хусусии Smile.

2. **Баротов Заробуддин Зайнуллонов** - номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи ҷарроҳии факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

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

Ҳимояи диссертатсия санаи «___» _____ с.2021, соати «_____» дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA - 025 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (Ҷумҳурии Тоҷикистон, суроғаи 734026, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139) баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхона (суроға 734026, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139) ва сомонаи расмӣ (www.tajmedun.tj) МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шуда метавонед.

Автореферат «___» _____ с.2021 ирсол гардид.

**Котиби илмӣ шӯрои
диссертатсионӣ доктори
илмҳои тиб**

Юнусов И.А.

Муқаддима

Мубрамӣ ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Омӯшҳои ғадудҳои луобӣ (ОҒЛ) аз 1% то 25% дар тамоми омӯшҳои бадани инсон ва 3-6% дар байни омӯшҳои минтақаи сару гардан ташкил медиҳанд ва дар аксари ҳолатҳо, онҳо дар ғадудҳои луобии назди гуш вомехуранд (Базаров Н.И., 2018; Пачес А.И., 2013; Бернадский Ю.И., 2003). ОҒЛ дар беморони аз 21 то 65 сола бартарӣ доранд, басомади онҳо пас аз 70 солагӣ коҳиш меёбад, ки ин бешубҳа бо атрофияи синну солии ғадудҳо, афзоиши сусти раванди омӯш, мушкilotи ташхиси профилактикии одамони солхӯрда ва пиронсолон алоқаманд аст (Базаров Н.И. ва дигарон, 2016; Пачес А.И., 2013; Бернадский Ю. И., 2003). Ҳангоми ташхиси омӯшҳои ғадудҳои луобӣ, албатта, маълумотҳои клиникӣ, анамнестикӣ, объективӣ мавҷуданд (Базаров Н.И., 2018; Арстанбеков С.Р., 2016; Болотин М.В., 2008). Табобати омӯшҳои нексифати ғадудҳои луобӣ (ОНҒЛ), табобати чарроҳӣ мебошад - ин энуклеатсияи омӯш бо капсулаш, ба истиснои аденомаи полиморфӣ, ки бо қисматҳои зерини ғадуд резексия карда мешавад, шоҳаҳои асаби рӯйро аз омӯш бо танай асосии асаб мувофиқи Редон, ё бо мувофиқи Ковтунович аз шоҳаҳои канорӣ асаб ҷудо мекунад. Омӯшҳои ғадудҳои хурди луобиро бо капсулаш ҷудо намекунанд, балки онҳоро бо минтақаҳои бофтаи солим бурида бартараф мекунанд. Дар ҳолати ҷойгиршавии омӯшҳо дар минтақаи коми саҳт, онҳоро якҷоя бо пардаи луобӣ ва устухонпарда бурида бартараф мукунанд. Табобати омӯшҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ (ОБҒЛ), одатан, мураккаб буда ва аз якҷанд намуд иборат мебошад: 1) усули асосӣ - танҳо як усули табобат истифода мешавад (табобати чарроҳӣ (ТҶ), нурӣ ё телегаммотерапия (ТГТ), кимиётерапия (КТ) ё поликимиётерапия (ПКТ); 2) комбиникӣ - истифодаи ду усули табобат (радиатсия бо чарроҳӣ ё кимиётерапия бо чарроҳӣ); 3) комплексӣ - се ва ё зиёда усулҳои табобат истифода мешаванд; 4) терапияи омезишӣ – вақте, ки ду усули як табобат бо механизми якхела истифода мешаванд; 5) табобати паллиативӣ - барои сабук кардани вазъии беморони марҳилаҳои вазнин истифода мешавад, масалан: кимиётерапияи паллиативӣ, шуоъ ё терапияи чарроҳии паллиативӣ; 6) табобати аломавӣ – дар мавриди ҳолатҳои вазнин ва терминалӣ, табобати аломатҳои бемориро мегузаронанд. Онро аз терапияи радиатсионӣ (миқдори умумии фокусии 50-60 Гр) ё термордиотерапия оғоз мекунанд, зеро таъсири радиатсия омӯш аксар вақт кам мешавад ва баъзан омӯшҳои чарроҳӣ нашаванда қобили чарроҳӣ мешаванд. Пас аз ба итмом расидани терапияи радиатсионӣ ва танаффуси 3-ҳафтаина барои систаденокарцинома (САК), омӯши мукоэпидермоидии (ОМЭ) дараҷаи кам тафриқашаванда, инчунин барои омӯшҳои хурд, чарроҳии муҳофизаткунандаи узвҳо (ҚМУ), буриши субтоталии ғадуди луобии назди гуш бо муҳофизаткунии шоҳаҳои асаби рӯй истифода мешаванд. Дар вақти ОБҒЛ назди гуш дараҷаи I-II чарроҳии паротидэтомияро (бо муҳофизати асаби рӯй) дар як галтак бо буриши фатсиалию футлярии чарбуи гардан гузаронида мешавад. Ҳангоми дараҷаи III ОБҒЛ назди гуш чарроҳии паротидэктотомияро бе муҳофизати асаби рӯй бо чарроҳии Крайл истифода мекунанд (Базаров Н.И. ва дигарон, 2016; Пачес А.И., 2013; Бернадский Ю.И., 2003; Тимофеев А.А., 2002).

Ҳамин тавр, масъалаҳои муътабарӣ баъди чарроҳии ғадудҳои луобӣ, ки баъди чарроҳии оиди омӯшҳо пайдо мешаванд лимфорея ва луобҷудокунӣ аз чарроҳати мавқеи

баъди ҷарроҳӣ, парез ва неврити шохаҳои асаби руй мебошанд, ки дар сифати зиндагии маризон таъсири манфӣ мерасонанд. Аз ин рӯ, омӯхтани клиника, ташхис, нақши омилҳои хавф дар инкишофи омосҳои ғадудҳои луобӣ, самаранокӣ ва оптимизатсияи барқарорсозии омосҳои ғадудҳои луобӣ аҳамияти бузург доранд аз нуқтаи назари пешгирии дуҷумдараҷа ва сеҷумдараҷаи онҳо.

Дараҷаи азхудшудаи масъалаи илмӣ ва заминаҳои назариявӣю методологии таҳқиқот

Тавачҷӯҳ ба омӯзиши омосҳои ғадудҳои луобӣ дар таҳқиқоти сершумори асарҳои илмӣ донишманди тоҷик профессор Базаров Н.И., - китоб «Руководство клинической онкологии» ва дар асарҳои профессори рус Пачес А.И., - китоб «Опухоли слюнных желёз», профессор Бернадский Ю.И., - китоб «Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» акси худро пайдо намуд.

Инчунин, дар таҳқиқоти диссертатсионӣ мувоҳида гузаронида шуд бо мавзӯҳои олимони рус, омӯзиш карда шуданд корҳои рисолавӣю номзадӣю Болотин М.В. дар мавзӯи «Опухоли слюнных желёз у детей», Матякина Е.Г. «Рецидивы опухолей околоушных слюнных желёз (клиника, диагностика и лечения)», Быкова А.А. «Комплексная сонография в диагностике и лечении объёмных образованиях слюнных желёз». Ғайр аз ин, кори муҳаққиқони дигар кишварҳои омӯхта шуданд, ки онҳо дар мақолаҳои худ баъзе паҳлӯҳои омосҳои ғадудҳои луобиро айнан навиштаанд, ба монанди Kokemullar H. - article: Epithelial malignancies of the salivary glands, Lima R.A. - article: Clinical prognostic factors in malignant parotid gland tumors, Ellis G.L. - article: Tumor of the salivary glands.

Омӯзиши аҳамияти хусусиятҳои клиникӣ, ташхис ва табобати омосҳои ғадудҳои луобӣ, сарфи назар аз миқдори зиёди адабиётҳои ҳам тоҷикӣ ва ҳам хориҷӣ, дар бораи нақши омилҳои хавф дар рушди омосҳои ғадудҳои луобӣ, муфассал маълумот нагирифтаанд, омӯзиши ташхиси дифференсиалӣ, барқарорсозии усулҳои табобат ва аворизҳои баъдичарроҳӣ оиди бартараф ва резексияи омосҳои ғадудҳои луобӣ (лимфорея, луобҷудоқунӣ, неврит ва парези асаби чеҳра). Аз ин рӯ, омӯхтан ва ба итмом расонидани ҳадаф ва масъалаҳои ин рисола «Хусусиятҳои клиникӣ, ташхисӣ ва табобати омосҳои ғадудҳои луобӣ» метавонад масъалаҳои дар боло зикршударо дар ташхис ва табобати омосҳои ғадудҳои луобӣ ҳал кунад.

Барои таҳқиқоти омосҳои ғадудҳои луобӣ ва тасдиқ кардани ташхиси ниҳой, ташхиси патоморфологии омосҳо бо усули рангкуни бо гематоксилин-эозин, зеро микроскопи равшанию-оптикӣ гузаронида шуд. Усулҳои таҳқиқоти ёрирасонӣ ин сонография, сиалогграфия ва томографияи компютерӣ барои муайян кардани паҳншавии равандҳои омосҳо дар узвҳо ва бофтаҳои наздик мебошанд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Ҳадафи таҳқиқот тақмил додани пешгирӣ, ташхис ва натиҷаҳои табобати ҷарроҳии омосҳои ғадудҳои луобӣ (ОҒЛ) мебошад.

Объекти омӯзиш

Объекти таҳқиқот дар ин кори рисола бемороне буданд, ки омосҳои ғадудҳои луобиро аз сар гузаронидаанд, ки онҳо дар Муассисаи давлатии «МҚИС» ВТ и ҶИА ҚТ муоина ва табобат карда шуданд.

Мавзӯи омӯзиш

Мавзӯи таҳқиқот ин таҳлили ретро- ва проспективии хусусиятҳои клиникӣ ва морфологӣ, нақши омилҳои хавф дар рушди ОҒЛ, ташхис, пешгирӣ, табобат ва инчунин усулҳои табобати консервативии лимфорея, луобчудоқунӣ, неврит ва парези асаби чеҳра пас аз ҷарроҳӣ дар ғадудҳои луобӣ мебошад.

Масъалаҳои тадқиқот:

1. Омӯзиши маводи бойгонӣ дар бораи басомад, ҷойгиршавӣ, табиати сохтори морфологӣ, паҳншавӣ, такроршавии омосҳои ғадудҳои луобӣ (ОҒЛ) бо мурочиат ба Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

2. Таҳлили хусусиятҳои зуҳурии клиникӣ, анамнестикӣ ва морфологӣ, паҳншавӣ, нақши омилҳои хавф дар инкишофи онҳо, пешгирӣ ва таҳияи алгоритми ташхиси омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобӣ.

3. Арзёбии муқоисавии самаранокӣ ва роҳҳои оптимизатсияи табобати омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ.

4. Арзёбии муқоисавии самаранокӣ ва алгоритми табобати омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ.

5. Такмили усулҳои табобати аворизҳои пас аз ҷарроҳӣ оиди бартараф кардани омосҳои ғадудҳои луобӣ.

Усулҳои таҳқиқот:

1. Сонография,
2. Рентгенография,
3. Томографияи компютерӣ,
4. Усули ситологӣ,
5. Усули гистологӣ.

Соҳаи таҳқиқот

Соҳаи таҳқиқоти рисола дар мавзӯи «Хусусиятҳои клиникӣ, ташхисӣ ва табобати омосҳои ғадудҳои луобӣ» ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тотористон аз рӯи ихтисоси 14.01.12-Онкология мувофиқат мекунад: зербанди 2. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва ҷараёни патологияи онкологӣ бо истифода аз усулҳои гуногуни клиникӣ ва лабораторӣ, радиатсионӣ, иммунологӣ, патоморфологӣ, биокимиёвӣ, оморӣ ва ғайра; зербанди 3. Такмили усулҳои лабораторӣ, инструменталӣ ва дигар усулҳои ташхиси беморони онкологӣ, такмили ташхисҳо, ташхиси дифференциалӣ бо патологияи ғайрионкологӣ; зербанди 5. Такмил, оптимизатсия ва рушди усулҳои ҷарроҳӣ, комбиникӣ ва комплекси табобат ва пешгирии бемориҳои онкологӣ.

Марҳилаҳои таҳқиқот

Рисола бо марҳилаҳо навишта шудааст. Дар марҳилаи аввал мо адабиёти мавзӯро омӯхтем. Дар марҳилаи дуввум мо натиҷаҳои таҳқиқоти худро ҷамъбаст кардем. Дар марҳилаи сеюм бошад, ҳулосаи асар таҳия карда шуд.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот

Дар ин кор омӯхта шуданд маълумотҳо (рисолаҳое, ки дар Федератсияи Русия ҳимоя карда шудаанд, мақолаҳои илмии муҳаққиқони Русия ва дигар мамлакатҳои хориҷӣ) дар бораи клиника, нақши омилҳои хавф, ташҳис, пешгирӣ ва табобати омосҳои ғадудҳои луобӣ, ки дар баррасии адабиёт оварда шудаанд.

Таҳқиқот дар заминаи Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар кафедраи саратоншиносӣ ва ташҳиси шуой Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» гузаронида шудааст.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсионӣ

Кори рисола бо эътимоднокии маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ карда шудааст. Хулоса ва тавсияҳои амалӣ дар таҳлили илмии натиҷаҳои омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, ташҳис ва табобати ОҒЛ асос ёфтааст.

Навгониҳои илмии таҳқиқот

Дар ин рисола бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон басомад ва вазни ҳолиси омосҳои ғадудҳои луобӣ дар сохтори омосҳои сар ва гардан омӯхта шудааст. Хусусиятҳои зуҳурии клиникӣ, анамнестикӣ, морфологӣ, паҳншавӣ, нақши омилҳои хавф дар рушди ОҒЛ, пешгирӣ ва алгоритми ташҳиси омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобӣ баррасӣ карда мешаванд. Мазмуни баланди иттилоотии усулҳои клиникӣ, рентгенологӣ, ултрасадоӣ, морфологӣ дар ташҳиси ОҒЛ исбот шудааст. Арзёбии муқоисавии самаранокӣ ва алгоритми табобати омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобӣ гузаронида шудааст. Муайян карда шуд, ки дар давраи баъдичарроҳӣ дар беморони гирифтори омосҳои ғадудҳои луобӣ пас аз амалиётҳои чарроҳӣ аз рӯи ҳаҷм ва табиати гуногун, лимфорея, луобҷудокунӣ (аз 50% то 89%), неврит ва парези асаби чеҳра (аз 50% то 95%) мушоҳида карда мешаванд. Дар асоси таҳқиқотҳо тавсияҳо ва алгоритмҳо оид ба такмил додани ташҳис ва пешгирӣ, инчунин усулҳои табобати консервативии оризаҳои пас аз чарроҳии ОҒЛ таҳия карда шуданд.

Аҳамияти назарии таҳқиқот

Омӯзиши хусусиятҳои зуҳурии клиникӣ ва морфологӣ, нақши омилҳои хавф дар рушди ОҒЛ, пешгирӣ, таҳияи алгоритмҳои ташҳис ва табобати ОҒЛ аҳамияти калони назариявӣ доранд ва ҳангоми омӯзиши ҷанбаҳои дар боло овардашуда, мумкин аст дониш пайдо кард дар бораи имконияти такмил додани фаъолияти амалӣ.

Аҳамияти амалии таҳқиқот

Рисолаи мазкур тавачҷӯҳи амалӣ дорад, зеро натиҷаҳои таҳқиқоти он имкон доданд, ки ҳодисаҳои неврит ва парези асаби чеҳраро, луобҷудокунӣ ва лимфореяро пас аз резексияи ғадуди луобии назди гушҳо оиди омосҳо ва равандҳои омосмонанд бартараф кунанд, ва инчунин руҳсати бехтар кардани пешгирии якуминдараҷа, дуҷумдараҷа ва сеҷуминдараҷаи омосҳои ғадудҳои луобиро имкон медиҳад. Татбиқи натиҷаҳои бадастомада ва тавсияҳои таҳияшуда дар амалияи муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ ва шабакаи умумии тиббӣ имкон медиҳанд, ки саривақт пайдоиши омосҳои гуногунро дар ғадудҳои луобӣ ошкор кард, гузаронидани таҳқиқоти комплексии онҳо ва табобати саривақтӣ дар муассисаҳои махсус барои ба даст овардани оқибатҳои мувофиқ. Бо дарназардошти ҳатогихҳои ташҳисӣ, ки дар

муассисаҳои тиббии умумӣ нисбат ба беморони гирифтори омосҳои ғадудҳои луобӣ ба вучуд омадаанд, хушёрӣ онкологии дандонпизишкон ва табибони умумиро баланд мебардорад ва сифати ёрии тиббиро беҳтар менамояд. Натиҷаҳои таҳқиқот дар таҷрибаи шӯъбаи омосҳои сар ва гардани МД «МҚИС» ВТ ва ҲИА ҚТ ва муассисаҳои табобатии стоматологии шаҳри Душанбе, инчунин дар маркази онкологии вилояти Суғд ва дар дигар муассисаҳои тиббии минтақаҳои тобеи ҷумҳури ҷорӣ карда шуданд. Маводи кор хангоми хондани лексияҳо ва дар дарсҳои амалӣ ба донишҷӯён ва курсантҳо дар кафедраи саратоншиносӣ ва ташҳиси шуоии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъди дипломии кормандони соҳаи тандурустии ҚТ» истифода бурда мешаванд.

Нуктаҳои химояшавандаи диссертатсия

1. Огоҳии пасти аҳоли дар бораи эҳтимолияти пайдоиши омосҳо дар ғадудҳои луобӣ, кам баҳо додани нишонаҳои клиникӣ, натиҷаҳои муоина, терапияи дарозмуддати зидди илтиҳобии беморон барои паротит ва сиалоаденит, хушёрӣ пасти онкологии ҷарроҳон, стоматологҳо, мутахассисони беморҳои сироятӣ ва отоларингологҳо ба хатогҳои ташҳисӣ ва тактикӣ дар беморони гирифтори ОҒЛ оварда мерасонанд.

2. Арзёбии муносиби нишонаҳои клиникӣ, анамнези ҳаёт ва беморӣ, таъсири омилҳои хавф ва истифодаи пайвастаи усулҳои морфологӣ, рентгенологӣ, ултрасадо дар ташҳиси ОҒЛ, роҳи оқилонаи шинохти саривактӣ ва инчунин гузаронидани пешгирии якуминдараҷа, дуҷумдараҷа ва сеҷуминдараҷа мебошанд.

3. Таҳлили омилҳои хавф дар рушди ОҒЛ имкон медиҳад, ки се гурӯҳи хавф фарқ карда шаванд (беморони ГР¹ на камтар аз як маротиба дар як сол ба муоинаи мунтазам ниёз доранд, шахсони ба ГР² ва ГР³ дохилшаванда, мубталои диспансеризатсия ва муоинаи динамикии клиникии кварталӣ бо иштироқи ҷарроҳон, стоматологҳо ва саратоншиносон мебошанд).

4. Самаранокии усулҳои табобати оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ (лимфорея, луобчудоқунӣ, неврит ва парези асаби чеҳра) исбот карда шуданд: 1) «Усули табобати консервативии луобчудоқунӣ ва лимфорея пас аз резексияи ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо». Шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ, №011 аз 30.05.2016с., ки аз ҷониби Пажӯҳишгоҳи клиникӣ - илмии стоматология ва ҷарроҳии чоғу руйи ВТ ва ҲИА ҚТ, ш. Душанбе дода шудааст; 2) «Тарзи табобати консервативии неврит ва нимфалачи асаби чеҳра пас аз бартараф кардани ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо ва равандҳои омосмонанд». Шаҳодатнома барои ихтироъ, № ТҶ 931 (1601085) аз 29 декабри соли 2016, ки аз Идораи патентии давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе дода шудааст.

Саҳми шахсии довталаб

Муаллиф шахсан маълумоти бойгонии (таърихи беморон ва сабти картаи амбулатории беморони гирифтори ОҒЛ) МД «МҚИС» ВТ ва ҲИА ҚТ, чамъовариҳои таҳлили маводи ретроспективӣ ва перспективиро таҳлил кардааст, анкетаҳо барои ҳар як беморони гирифтори ОҒЛ, чадвали Карновский барои сифати зиндагӣ ва саволнома барои муайян кардани омилҳои хавфро таҳия кардааст. Муаллиф дар таҳияи нақшаи муоина ва табобати беморон дар шӯъбаи умумии МД «МҚИС» ВТ ва ҲИА ҚТ шахсан иштирок кардааст. Муаллиф хангоми машварат бо мутахассисон дар қабули қарорҳо

оид ба усулҳои ташхиси иловагӣ ва тактикаи табобати беморон бевосита иштирок кардааст. Ғайр аз ин, муаллиф натиҷаҳои усулҳои тадқиқоти инструменталӣ ва лабораториро таҳлил ва ҷамъбаст кардааст. Ҳангоми назорат ва даҳолати ҷарроҳӣ барои беморони гирифтори ОҒЛ ӯ ҳамчун ёвари аввал ширкат варзид. Анҷом додани пурсишномаҳо, саволномаҳо, коркарди омории мавод ва таҳлили натиҷаҳои бадастомада аз ҷониби муаллиф шахсан анҷом дода шудааст.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он

Маводҳои рисола муҳокима ва маъруза карда шуданд дар: 1) Конфронси илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ, баҳшида ба 25-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Илми тиб: дастовардҳо ва дурнамо», 29 апрели соли 2016; 2) Маводҳои мизи мудаввари «Дастовардҳо, дурнамо, масъалаҳои муҳими дерматовенерология», баҳшида ба 25-умин солгарди истиқлолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон, 11-12 июли соли 2016; 3) Маводи конфронси 64-умини илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ баҳшида ба 25-умин солгарди Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Масъалаҳои назария ва амалияи тибби муосир», 18 ноябри соли 2016; 4) Маводи конфронси илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ, баҳшида ба «Соли ҷавонон», «Нақши ҷавонон дар рушди илми тиб», 28 апрели соли 2017; 5) Маҷмӯаи мақолаҳои илмӣ 65-умин конфронси солони байналмилалии илмӣ ва амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино «Тадқиқоти бунёди ва амалӣ дар ҷаҳони муосир», 23-24 ноябри соли 2017; 6) Маводҳои конфронси XIII илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ҷавон бо иштироки байналмилалӣ, баҳшида ба «Соли рушди сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ», «Илми тиб: имкониятҳои нав», 27 апрели соли 2018; 7) Маводҳои конфронси 66-солагии илмӣ-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ, ки дар доираи он симпозиуми ҷарроҳони кӯдакони «Ҷарроҳии камбудихо дар кӯдакони» ва веб-симпозиуми физиологияи муқаррарӣ баҳшида ба «Соли рушди сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ», «Нақш ва ҷойгоҳи технологияҳои инноватсионӣ дар тибби муосир», 23 ноябри соли 2018.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия

Дар мавзӯи рисола нашр шуданд: 3 - мақолаҳо дар маҷаллаҳо, ки бо рӯйхати Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тақриз шудаанд, 4 - мақолаҳои илмӣ, 3 - фишурда, 1- ихтироъ, 2- пешниҳодҳои ратсионализаторӣ.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия

Диссертатсия дар 140 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод карда шудааст, аз муқаддима, тавсифи умумӣ, баррасии адабиёт, тавсифи мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 ҷомии натиҷаҳои таҳқиқоти худ ва муҳокимаи онҳо, аз хулосаҳо, номгӯи адабиёт, аз ҷумла 174 манбаъ (аз он ҷумла 17 ватанӣ ва 157 - хориҷӣ). Рисола 12 ҷадвал ва 26 расмро дар бар мегирад.

Мазмуни кор

Тавсифи умумии клиникӣи мавод

Дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣи саратоншиносӣ» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (МД «МҚИС» ВТ ва ҲИА ҚТ), дар кафедраи саратоншиносӣ ва ташҳиси шуоии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» аз солҳои 1985-2018 (33 сол) 11137 беморон бо омосҳо ва равандҳои омосмонанди сару гардан мурочиат карданд. Дар байни онҳо дар 236 беморон омосҳои ғадудҳои луобӣ муайян карда шуд, ки зери ташҳис ва табобат қарор доштанд. Аз 236 (100%) мушоҳидаҳои клиникӣ, 78 (33%) беморони ОҒЛ ҳамчун маводи ретроспективӣи клиникӣ (аз 1985 то 2000) ва 158 (67%) беморон ҳамчун маводи проспективӣи клиникӣ (аз 2001 то 2018) тасниф карда шуданд.

Ҳангоми таҳлили сохтори 236 (100%) беморони ОҒЛ, вобаста ба сохти морфологӣи онҳо, 146 нафар (61,8%) аз онҳо омосҳои нексифат ва 90 (38,2%) беморони дигараш бошад омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ доштанд. Синну соли беморони ОҒЛ аз 1 сола то 89 сола фарқ мекард, дар байни онҳо 101 мард (43%) ва 135 зан (57%) буданд, ки дар пойгоҳи МД «МҚИС» ВТ ва ҲИА ҚТ дар кафедраи саратоншиносӣ ва ташҳиси шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» аз соли 1985 то 2018 муоина ва табобат карда шуданд.

Ҳамаи 236 (100%) беморони гирифтори омосҳои ғадудҳои луобӣ дар асоси зуҳурии клиникӣ, сохтори морфологӣ ва барои муқоиса ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуданд:

Гурӯҳи I (асосӣ) проспективӣ аз 98 (42%) беморони гирифтори омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ (ОНҒЛ) иборат буд;

Гурӯҳи II (муқоисавӣ) ретроспективӣ - 48 (20%) беморони гирифтори омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ иборат буд;

Гурӯҳи III (асосӣ) проспективӣ - 60 нафар (25%) беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ (ОБҒЛ) иборат буд;

Гурӯҳи IV (муқоисавӣ) ретроспективӣ - 30 (13%) беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ иборат буд.

Хусусиятҳои зуҳурии клиникӣи омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ (ОНҒЛ), нақши омилҳои хавф дар инкишофи онҳо, алгоритми ташҳис ва самаранокии табобат

Дар байни ҳамаи 236 (100%) беморони гирифтори омосҳои гуногуни ғадудҳои луобӣ дар асоси зуҳурии клиникӣ, сохтори морфологӣ, дар 146 (62%) беморон омосҳои нексифат муайян карда шуданд, ки барои муқоиса ба ду гурӯҳ тақсим карда шудаанд:

Гурӯҳи I гурӯҳи асосӣ буда ба он 98 (42%) беморони гирифтори омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ (ОНҒЛ) дохил мешуданд;

Гурӯҳи II - муқоисавӣ (ретроспективӣ) буда ба он 48 (20%) беморони гирифтори омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ (ОНҒЛ) дохил мешуданд.

Таваҷҷӯҳи бузурги илмиро таҳлили синну сол ва таркиби ҷинсии беморони гурӯҳҳои I ва II бо ОНҒЛ тақдим мекунам, ки дар ҷадвали 1 оварда шудаанд.

Ҷадвали 1. - Тақсимооти беморони ОНҒЛ гурӯҳҳои I ва II аз рӯи ҷинс ва синну сол (n = 146)

Гурӯҳҳо	Синну соли беморон, қомилан n=146									
	Ҷинс	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Ҷамағӣ
Гурӯҳи I (n=98)	М	1	7	8	2	9	3	4	2	36 (37%)
	З	-	7	13	15	15	10	2	-	62 (63%)*
	Ҷамғ	1	14	21	17	24	13	6	2	98 (100%)
Гурӯҳи II (n=48)	М	-	1	2	6	4	3	2	2	20 (42%)
	З	-	2	6	7	4	7	2	-	28 (58%)
	Ҷамғ	-	3	8	13	8	10	4	2	48(100%)

Эзоҳ: * $p < 0.001$ аҳамияти омории фарқияти байни ҷинсҳо (мувофиқи санҷиши χ^2).

Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои синну солии ҳарду гурӯҳи беморони ОНҒЛ нишон дод, ки тамоюли ҷавоншавии беморон вучуд дорад, вақте ки ОНҒЛ аксар вақт дар синну соли аз 1 то 59 сола мушоҳида мешуданд, ки аҳамияти бузургии иҷтимоӣ-иқтисодӣ доранд, яъне беморон дар синни хурд ва қобили меҳнат буданд.

Вобаста аз сатҳи таҳассуси ихтисосҳо, ОНҒЛ бештар мушоҳида мешуданд: а) дар байни коргарони таҳассуснашуда (47%); б) дар байни мутахассисони миёнаи техникӣ (39,7%); в) дар байни мутахассисони баландихтисос (10,2%). Натиҷаҳои дар боло овардашударо оид ба омӯзиши сатҳи таҳассуси беморони гирифтори ОНҒЛ бояд ҳангоми банақшагири ва гузаронидани корҳои вобаста ба пешгирии ОНҒЛ ба назар гирифт.

Ҳангоми таҳлили вақти мурочиати беморони ОНҒЛ дар ҳарду гурӯҳ, муайян карда шуд, ки 77% беморон, асосан, дар муддати 1 сол ва зиёда аз 10 сол ба ёрии тиббӣ муроҷиат кардаанд. Ин аз надониستاني беморон дар бораи эҳтимолияти пайдоиши омосҳо дар ғадудҳои луобӣ, пас аз терапияи дарозмуддати зидди илтиҳобӣ барои сиалоденитҳои гуногун, ҳушёрӣ пасти онкологии стоматологҳо, мутахассисони бемориҳои сироятӣ ва оториноларингологҳо буд.

Таҳлили шикоятҳо дар бораи андозаи омосҳо дар байни ҳарду гурӯҳи беморони гирифтори ОНҒЛ ба мо имкон дод, ки дар сурати пайдо шудани ягон омос дар проексияи ғадудҳои луобӣ, беморон бояд барои ташҳиси саривақт ва табobati ҳамин омосҳо ба онколог муроҷиат кунанд.

ОНҒЛ дар ҳарду гурӯҳи муқоисашаванда асосан дар ғадудҳои луобии назди гуш (76,7%), сипас дар ғадудҳои луобии зерӣ чоғ (14,3%), дар ғадудҳои хурди луобӣ (6,8%), ва танҳо дар 2% ОНҒЛ дар ғадудҳои луобии зерӣ забон чойгир шуданд.

Ҳангоми омӯзиши рушди ОНҒЛ тавассути генезиси бофтаҳо дар ҳарду гурӯҳи муқоисашаванда маълум гардид, ки аз 146 (100%) беморон дар 144 (98,6%) омосҳои эпителиалӣ мушоҳида шуд ва дар 2 (1,4%) - омосҳои мезенхималӣ.



Расми 1. - Алгоритми ташҳис ва пешгирии якуминдараҷаи омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ

Омӯзиши дараҷаи омилҳои хавф дар ҳарду гурӯҳи муқоисашаванда бо ОНҒЛ муайян кард, ки дараҷаи якуми омилҳои хавф (ГР¹), ки то 45,8% фарқ мекунад, яъне ин гурӯҳи хавфи нисбатан паст аст, беморони ин гурӯҳ ба зарурати баргарафкунии таъсири омилҳои бластомогениро ниёз доранд (мубориза бо одатҳои бад, назорат аз болои риояи ҳимояи дастаҷамъӣ ва инфиродии таъсири бластомогенӣ дар қор) ва аз санҷиши нақшавӣ на камтар аз як маротиба дар як сол бояд гузаранд. Дараҷаи дууми омилҳои хавф дар ҳарду гурӯҳ, дар маҷмӯъ, дар 25,3% беморон ба қайд гирифта шудааст. Дараҷаи сеюми омилҳои хавф дар 10,2% беморон ба қайд гирифта шудааст. Аз ин рӯ, беморони гирифтори ОНҒЛ, ки ба ГР² ва ГР³ дохил карда шудаанд, ки бояд зерин назорати диспансерӣ ва назорати динамикӣ дар семоҳаи ҳар сол бо иштироки ҷарроҳон, стоматологҳо ва саратоншиносон қарор гиранд.

Барои ташҳиси саривақтӣ ва пешгирии ибтидоии ОНҒЛ истифодаи алгоритми ташҳиси мо, пешгирии аввалиндараҷаи беморони ОНҒЛ, ки дар расми 1 оварда шудааст, васеъ истифода бурдан лозим аст. Дар таҳлили муқоисавии арзёбии самаранокӣ ва роҳҳои оптимизатсияи таъбибот аз омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ, муайян карда шуд, ки дар маҷмӯъ дар ҳарду гурӯҳи муқоисашаванда дар беморони гирифтори ОНҒЛ, намудҳои гуногуни амалиётҳои ҷарроҳӣ бо ҳаҷм ва мураккабии якхела гузаронида шудааст. Лимфорея ва луобчудокунӣ дар 20,4% мушоҳида карда шуд, истифодаи усули нави оптимизатсияи таъбиботи лимфорея ва луобчудокунӣ дар

20 (20,4%) нафари беморони гурӯҳи якум пас аз амалиётҳои гуногуни ҷарроҳӣ дар ғадудҳои назди гуш имкон дод, ки аз 3-юм рӯзи мушоҳида кам шудани лимфорея ва оби даҳон ва дар рӯзи 6-ум ихроҷи оби даҳон ва лимфа аз захми баъдичарроҳӣ қатъ шуд «Усули табобати консервативии луобчудокунӣ ва лимфорея пас аз резексияи ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо». Шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ, №011 аз 30.05.2016с., ки аз ҷониби Пажӯҳишгоҳи клиникӣ - илмӣ стоматология ва ҷарроҳии чоғу рӯй ВТ ва ҲИА ҚТ, ш. Душанбе дода шудааст, яъне луобчудокунӣ ва лимфорея то 6 рӯз пештар кам шудааст назар ба гурӯҳи дуюм.

Дар гурӯҳи асосӣ ҳодисаҳои неврит ва парези асаби чеҳра дар 25 (25,5%) нафар беморон пас аз резексияи қисман, субтоталии ғадуди луобии назди гуш ва паротидэктомия мушоҳида карда шуданд. Бо мақсади оптимизатсия кардани табобати консервативии неврит ва парези асаби чеҳра пас аз резексияи ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо ва равандҳои омосмонанд, мо бори аввал дар 27 (18,4%) нафар беморон речаи табобати зеринро тибқи «Тарзи табобати консервативии неврит ва нимфалачи асаби чеҳра пас аз бартараф кардани ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо ва равандҳои омосмонанд». Шаҳодатнома барои ихтироъ, № ТҶ 931 (1601085) аз 29 декабри соли 2016, ки аз Идораи патентии давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе дода шудааст, истифода бурдем. Ин ба он оварда расонд, ки ҳодисаи неврит ва парези асаби чеҳра дар беморон дар 6-7 рӯзи пас аз ҷарроҳӣ ба регрессия оварда шуданд ва дар 17-40 рӯзи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ вазифаҳои мушакҳои рӯй пурра барқарор карда шуданд.

Мо самаранокии табобати беморони гирифтори омосҳои нексифати ғадудҳои луобиро аз рӯи нишондиҳандаҳои субъективӣ ва объективӣ равандҳои солимгардонӣ ва барқарорсозӣ пас аз табобати гузаронида шуда арзёбӣ кардем. Таъсири субъективӣ (ТС) дар шумораи як рӯзи пас аз табобати ҷарроҳӣ ифода ёфтааст, вақте, ки беморон қатъшавии дард ва варамиро дар захми баъди ҷарроҳӣ ҳис карданд, барқароршавии вазифаҳои: а) шоҳаҳои асаби чеҳра, б) мушакҳои рӯй, в) хоидан, г) қатъ шудани луобчудокунӣ ва лимфорея аз захми баъдичарроҳӣ ва ғайраро ҳис карданд. ТС дар гурӯҳи аввал аз 5 то 15 рӯз пас аз табобати ҷарроҳӣ ва дар гурӯҳи дуюм аз 5 то 18 рӯз баҳо дода шуд.

Таъсири объективӣ (ТО) аз рӯи меъёрҳои зерини натиҷаҳои табобат арзёбӣ карда шуд:

1) натиҷаҳои олии табобат, вақте, ки омосҳои ғадудҳои луобӣ пас аз табобати ҷарроҳӣ комилан нопадид шуданд. Ғайр аз он, мумкин буд, ки натиҷаҳои мусбӣ табобатро бе вайроншавии вазифаи асаби чеҳра ба даст овардан, ва вақте, ки дар давоми то 1 сол нишонаҳои барвакти такроршавии омосҳо ва аз 1 сол зиёд такроршавии дери омосҳо ба назар нарасид;

2) натиҷаҳои хуби табобат, вақте, ки беморон бо омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ, пас аз табобати барвактии ҷарроҳӣ, дар худ зиёда аз 1 сол такроршавии омосҳоро қайд карданд ва пас беморон ба табобати такрорӣ гирифтोर шуданд, ки пас аз он онҳо натиҷаҳои мусбат ба даст оварданд, яъне барқарорсозии қори шоҳаҳои асаби чеҳра, мушакҳои рӯй ва бофтаҳои осебдида;

3) натиҷаҳои қаноатбахши табобат, вақте, ки беморон бо омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ пас аз табобати чарроҳӣ, бо такроршавии барвақти омосҳо то 1 сол дубора бистарӣ карда шуданд, сипас табобати чарроҳии такрорӣ гузаронида шуд, ки пас аз он натиҷаҳои мусбат ба даст овардан мумкин буд, яъне барқарорсозии қори шаҳаҳои асаби чеҳра, мушакҳои рӯй ва бофтаҳои осебдида.

Мувофиқи маълумотҳои ҷадвали 2, таҳлили арзёбии самаранокии табобати беморони гирифтори омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ, мувофиқи гурӯҳҳои нишон медиҳад, ки дар гурӯҳи аввал дар 60 (61%) беморон натиҷаҳои оӣ ва хуби табобат ба даст оварда шуданд. Ва дар гурӯҳи дувум дар 24 (50%) беморон натиҷаҳои оӣ ва хуби табобат, яъне фарқият дар гурӯҳи аввал нисбат ба гурӯҳи дувум 11% зиёдтар аст. Дар гурӯҳи дувум натиҷаҳои табобат нисбат ба гурӯҳи аввал 11% бештар қаноатбахш буданд. Сихатшавии ҷароҳатҳои пас аз чарроҳӣ нисбат ба гурӯҳи дувуми беморони ОНҒЛ дар 4% дар гурӯҳи якум бештар буд ва вақти дар беморхона хоб рафтани дар гурӯҳи асосӣ 3 рӯз коҳиш ёфт.

Ҷадвали 2. - Натиҷаҳои баҳогузори самаранокии табобати беморони гирифтори омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ (n = 146)

Гурӯҳи беморон	Сихатшавии захми баъдичарроҳӣ, комилан (%)		Арзёбии самаранокии барқарорсозии баъдичарроҳии беморон, комилан (%)			Қат рӯзҳо (M±SD)
	Аввалиндараҷа	Дуюминдараҷа	Қаноатбахш	Хуб	Оӣ	
Гурӯҳи I (n=98)	96 (98,0%)	2(2,0%)	38(38,8%)	25(25,5%)	35(35,7%)	16,4±2,5
Гурӯҳи II (n=48)	45 (93,8%)	3(6,3%)	24(50,0%)	10(20,8%)	14(29,2%)	20,7±3,0
P	>0,05*		>0,05**			<0,001***

Эзоҳ: аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои I ва II: * - аз рӯи санҷиши дақиқи Фишер; ** - аз рӯи санҷиши χ^2 барои ҷадвалҳои худсарона; *** мувофиқи озмоиши Манна-Уитни.

Ҳамин тариқ, омӯзиши баҳодихии самаранокии натиҷаҳои табобати беморони гирифтори омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ, аз рӯи маълумотҳои гурӯҳҳои муқоисаи нозологияи омӯхташуда, тибқи меъёрҳои асосӣ, дар байни беморони гурӯҳи аввал бомувафакияти баландро нишон дод.

Таҳлили баҳодихии сифати зиндагии беморони гирифтори ОНҒЛ (гурӯҳи I) тибқи ҷадвали Карновский дар байни 98 (100%) беморон гузаронида шудааст. Натиҷаҳо нишон доданд, ки дар 60 (61,2%) беморон, он аз ҳадди минималӣ то 90% то ҳадди максималӣ то 100%, ва танҳо дар 38 (38,8%) беморон то ҳадди максималӣ 80% бештар шудааст. Ҳангоми омӯзиши баҳодихии сифати зиндагии беморони гурӯҳи II, натиҷаҳо нишон доданд, ки дар байни 48 (100%) ҳолатҳои гирифтори ОНҒЛ дар 24 (50%) беморон, сифати зиндагӣ аз ҳадди минималӣ то 90% то ҳадди максималӣ то 100% баланд шудааст, ва дар 24 (50%) бемор он такмил ёфт, то ҳадди максималӣ то 80%. Сифати зиндагиро дар байни беморони ОНҒЛ чамъбаст намуда, қайд кардан лозим аст, ки он дар гурӯҳи асосӣ 11,2% бештар буд, ки инро ҳангоми пешгӯии табобат бояд ба назар гирифт.

Хусусиятҳои зуҳурии клиникӣ омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ (ОБҒЛ). Нақши омилҳои хавф дар рушди онҳо ва алгоритми ташҳис, натиҷабахши табobati ОБҒЛ

Дар байни 236 (100%) беморони гирифтори ОҒЛ ба 90 (38%) беморон ташҳиси омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ (ОБҒЛ) гузошта шудааст. Дар асоси зуҳурии клиникӣ, сохтори морфологӣ ва барои муқоиса, онҳоро ба ду гурӯҳ тақсим кардем:

Гурӯҳи III (асосӣ) проспективӣ, ки аз 60 (67%) бемор иборат буд;

Гурӯҳи IV (муқоисавӣ) ретроспективӣ - 30 (33%) беморон.

Тавачҷӯҳи бузурги илмӣ таҳлили синну сол ва таркиби ҷинсии беморони гурӯҳҳои III ва IV бо ОБҒЛ ба диқат меоварад, ки дар ҷадвали 3 оварда шудааст.

Ҷадвали 3. - Тақсими беморони ОБҒЛ гурӯҳҳои III ва IV аз рӯи ҷинс ва синну сол (n = 90)

Гурӯҳҳо	Синну соли беморон, қомилан n=90										
	Ҷинс	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Ҷамағӣ
Гурӯҳи III (n=60)	М	-	-	2	3	9	10	2	1	1	28(46,7%)
	З	-	-	1	4	6	8	4	8	1	32(53,3%)
	Ҷамъ	-	-	3	7	15	18	6	9	2	60(100,0%)
Гурӯҳи IV (n=30)	М	1	-	-	2	2	6	4	1	1	17(56,7%)
	З	-	1	1	-	2	6	-	3	-	13(43,3%)
	Ҷамъ	1	1	1	2	4	12	4	4	1	30(100,0%)

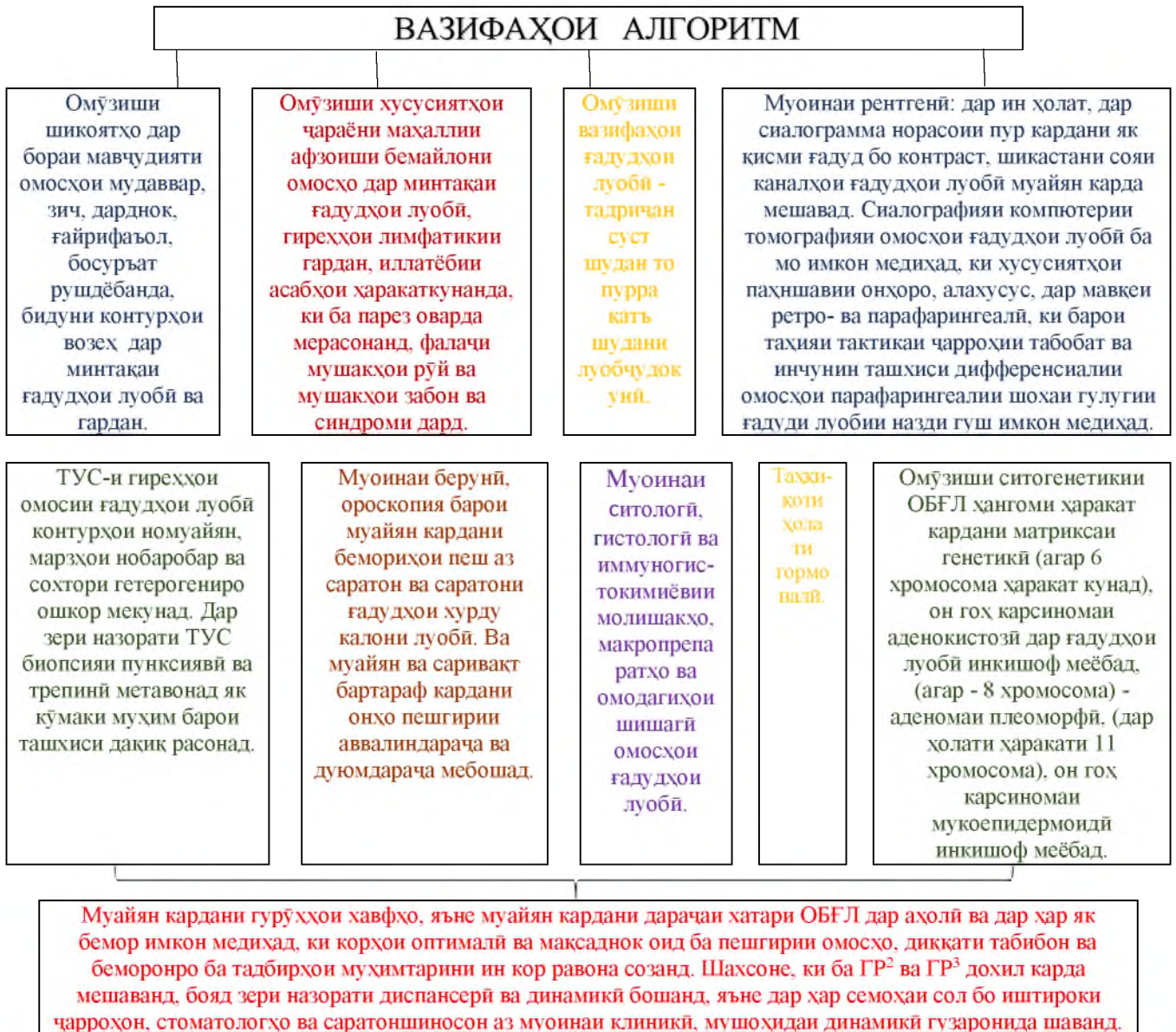
Эзоҳ: аҳамияти омории фарқ тибқи санҷиши дақиқи Фишер ($p > 0.05$ барои ҳарду гурӯҳ).

ОБҒЛ бештар дар пиронсолон ва синни барқамолӣ мушоҳида мешуд, ки ин гузаронидани ташҳиси мақсаднокро дар ин гурӯҳи синну соли беморони ҳарду гурӯҳ барои муайян кардани саривактии ОБҒЛ дар назар дорад.

Дар таҳлили муқоисавии ҳарду гурӯҳи беморон аз рӯи мӯҳлати мурочиаташон муайян карда шуд, ки мурочиати барвақт ба кӯмаки тиббӣ аз 40% то 58% дар беморони ҳарду гурӯҳ мушоҳида шуд, ки бо инҳо алоқаманд мебошанд: а) синну соли барқамоли беморон (аз 40-сола боло); в) бо синдроми дард (халаи дарди даврӣ, ки бо табиати саҳт ва нолиш иваз мешавад); г) бо парези мушакҳои рӯй ва мушакҳои забон.

Таҳлили шикоятҳо ва андозаи омосҳо дар байни ҳарду гурӯҳи беморони ОБҒЛ ба мо имкон медиҳад, ки ҳангоми пайдо шудани ягон андозаи омос дар проексияи ғадудҳои луобӣ, беморон ҳатман бо ҷарроҳон, стоматологҳо ва саратоншиносони тахассуси омосҳои сар ва гардан машварат кунанд, барои саривақт ташҳис ва табobati ин омосҳо.

Омӯзиши манбаи рушди ОБҒЛ дар байни 90 (100%) беморон аз рӯи генезиси бофтаҳои онҳо дар байни ҳарду гурӯҳи муқоисашуда нишон дод, ки дар гурӯҳи III дар 59 (98%) беморон омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ бофтаҳои эпителий ва дар гурӯҳи IV инчунин дар 29 (96, 6%) беморон омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ бофтаҳои эпителий доштанд, аз ин рӯ, дар ҳарду гурӯҳ омосҳои мезенхималӣ дар як ҳолат мушоҳида шуданд.



Расми 2.-Алгоритми таҳлис ва пешгирии якуминдараҷаи омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ

Таҳлили ҷойгиршавии ОБҒЛ дар ҳарду гурӯҳи муқоисашуда нишон дод, ки асосан омосҳо дар ғадудҳои луобии назди гуш (68%), дар ғадудҳои луобии зери ҷоғи поён (20%), сипас дар ғадудҳои луобии хурд (8,8%) ва танҳо 2.2% ОБҒЛ дар ғадудҳои луобии зери забон ҷойгир шудаанд. Ҳангоми тартиб додани нақшаи қорҳои профилактикӣ дар байни аҳоли нишондиҳандаҳои дар боло овардашуда бояд ба назар гирифта шаванд.

Ҳангоми табобати 60 (100%) нафар беморони гирифтори ОБҒЛ (гурӯҳи сеюм), мо истифода бурдем: а) дар 23 (38,3%) беморон, табобати комбиникӣ (табобати нурии пеш аз ҷарроҳӣ бо вояи яккаратаи 2 Гр, дар маҷмӯъ 30- 40 Гр, баъдан табобатҳои ҷарроҳӣ гузаронида шуданд); б) дар 16 (25%) - табобати ҷарроҳӣ; в) дар 10 (18,4%) беморон - телегамматерапия; г) дар 8 (13,3%) - табобати комплексӣ (ду курси кимиётерапия ва телегамматерапияи пеш аз ҷарроҳӣ бо вояи яккаратаи 2 Гр дар маҷмӯъ 30-40 Гр, баъдан табобатҳои ҷарроҳӣ гузаронида шуданд); д) танҳо 3 (5%) беморон кимиётерапия гирифтанд. Ҳамин тариқ, танҳо 47 (78%) беморон дар байни беморони гурӯҳи асосӣ табобати мувофиқ гирифтанд, дар қадом бора мувоҳиса дар бораи

табобати гурӯҳи IV мегузарад, дар оянда баррасӣ карда мешаванд. Ҳангоми таҳлили усулҳои табобат дар байни 30 (100%) нафар беморони гирифтори ОБҒЛ (гурӯҳи чорум) маълум шуд: а) дар 12 (40%) нафар бемор табобати комбиникӣ (табобати нурии пеш аз ҷарроҳӣ бо вояи яккаратаи 2 Гр, дар маҷмӯъ 30- 40 Гр, баъдан табобатҳои ҷарроҳӣ гузаронида шуданд) б) дар 16 нафар (53,4%) беморон - табобати ҷарроҳӣ; в) дар 1 (3,3%) бемор - табобати комплексӣ (ду курси кимиотерапия ва телегамматерапияи пеш аз ҷарроҳӣ бо вояи яккаратагӣ 2 Гр дар умум 40 Гр, баъдан табобати ҷарроҳӣ гузаронида шуд); танҳо 1 (3,3%) бемор телегамматерапия гирифтааст.

Дар давраи баъдичарроҳӣ, дар 8 (13,3%) беморони ОБҒЛ дар гурӯҳи III пас аз резексияи субтоталии ғадуди луобии назди гуш ва паротидэктомия бо нигоҳдошти асаби чехра лимфарея, луобчудокунӣ, неврит ва парези шохаҳои асаби чехра мушоҳида карда шуд.

Истифодаи равишҳои нав барои табобати лимфорея ва луобчудокунӣ дар беморони гурӯҳи III дар давраи баъдичарроҳӣ «Усули табобати консервативии луобчудокунӣ ва лимфорея пас аз резексияи ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо». Шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ, №011 аз 30.05.2016с., ки аз ҷониби Пажухишгоҳи клиникӣ - илмӣ стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй ВТ ва ҲИА ҚТ, ш. Душанбе дода шудааст, неврит ва парези асаби рӯй «Тарзи табобати консервативии неврит ва нимфалачи асаби чехра пас аз бартараф кардани ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо ва равандҳои омосмонанд». Шаҳодатнома барои ихтироъ, № ТҶ 931 (1601085) аз 29 декабри соли 2016, ки аз Идораи патентии давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе дода шудааст, барқарорсозии пас аз ҷарроҳии онҳоро дар 4-8 рӯз коҳиш дод, ки ин профилактикаи сеюминдараҷаи беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадудҳои луобиро ба таври назаррас суръат бахшид. Тадқиқоти дараҷаи арзёбии самаранокии табобати беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ, аз рӯи гурӯҳҳои муқоисашаванда аз рӯи меъёрҳои асосӣ, муваффақияти баланди табобатро дар байни беморони гурӯҳи III нишон дод. Сифати зиндагӣ дар байни гурӯҳҳои муқоисаи беморони гирифтори ОБҒЛ дар гурӯҳи асосӣ 6,6% беҳтар буд, ки бояд барои пешгӯии натиҷаҳои табобат ба назар гирифта шавад.

Мо самаранокии табобатро дар беморони гирифтори ОБҒЛ аз рӯи нишондиҳандаҳои субъективӣ ва объективӣ равандҳои солимгардонӣ ва барқарорсозӣ, ки пас аз усулҳои табобат ба амал меоянд, арзёбӣ кардем. Таъсири субъективӣ (ТС) дар шумораи рӯзҳои пас аз табобати ҷарроҳӣ, комбиникӣ, комплексӣ зоҳир шуд, вақте, ки беморон қатъ шудани дард ва варамо дар минтақаи захми баъдичарроҳӣ эҳсос карданд, барқароршавии вазифаҳои зеринро қайд карданд: а) шохаҳои асаби чехра; б) мушакҳои рӯй; в) эстетикӣ; г) биноиш; д) хоидан; е) сухан; ж) забон; з) шунидан; 3) қатъ шудани луобчудокунӣ ва лимфорея аз захми баъдичарроҳӣ; и) узвҳои наздики зарардида. ТС дар гурӯҳи сеюм аз 7 то 18 рӯз пас аз усули табобат, ва дар гурӯҳи чорум бошад аз 7 то 26 рӯз баҳо дода шуд.

Таъсири объективӣ (ТО) аз рӯи меъёрҳои зерин барои натиҷаҳои усулҳои табобат арзёбӣ карда шуд:

1) натиҷаҳои олии табобат, вақте, ки бо ОБҒЛ, пас аз як баҳши табобати нурий, ҷарроҳӣ, комбиникӣ, комплексӣ, ҳама нишонаҳои пайдоиши омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ комилан нопадид шуданд (яъне регрессияи пурра ба амал омад), илова

бар ин, ханӯз ҳам натиҷаи мусбатро ба даст овардан мумкин аст бе вайроншавии фаъолияти шоҳаҳои асаби чеҳра, мушакҳои рӯй, узвҳо ва бофтаҳои зарардидаи наздик, ва вақте, ки ягон нишонаҳои барвақти такроршавии ОБҒЛ то 1 сол ва нишонаҳои дери такроршавӣ аз 1 сол зиёд мушоҳида намешаванд;

2) натиҷаҳои хуби табобат, вақте, ки нишонаҳои ОБҒЛ пас аз усулҳои табобат то нисфашон хурд шуданд (яъне қисман регрессия ба амал омад) ва беморони гирифтори ОБҒЛ дубора табобат гирифтанд, дар ҳоле, ки имконпазир буд ба даст овардани натиҷаҳои мусбӣ, барқароркунии вазифаҳои шоҳаҳои асаби чеҳра, мушакҳои рӯй ва узвҳои наздикии осебдида ва дар айни замон нишонаҳои барвақти такроршавӣ ОБҒЛ то 1 сол ва дер аз 1 сол зиёд дида намешуд;

3) натиҷаҳои қаноатбахши табобат, вақте, ки омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ пас аз табобат дар ҳамаи сохтори худ боқӣ монданд (яъне стабилизатсия раванд), ва беморон барои ба даст овардани натиҷаҳои мусбӣ ба табобати такрорӣ чарроҳӣ, комбиникӣ, комплексӣ ниёз доштанд (яъне барқарорсозии вазифаҳои шоҳаҳои асаби чеҳра, мушакҳои рӯй ва узвҳои наздикии осебдида), ва инчунин, вақте, ки нишонаҳои барвақти такроршавӣ дар мӯҳлати то 12 моҳи пас аз чарроҳӣ ва дер аз 1 сол зиёд ба назар мерасиданд;

4) натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобат, дар сурате, ки ба даст овардани натиҷаҳои мусбӣ ғайри имкон мебошад, ҳангоми гузаронидани усулҳои паллиативӣ, комбиникӣ, комплексии табобат, ҳатто бо вучуди ин илова намудани доруҳои ҳормонӣ, иммунологӣ ба ин усулҳо, илова бар ин, нишонаҳои барвақт ва дери такроршавӣ ва метастазҳо ба гиреҳҳои лимфатикии минтақавӣ ва узвҳои дур мушоҳида карда шуданд. Ва инчунин пайдоиши манбаҳои нави омосҳои бадсифати ғадудҳои луобиро мушоҳида кард.

Тибқи чадвали 4, арзёбии самаранокии табобат дар 60 (100%) беморони гурӯҳи III ва дар 30 (100%) беморони гурӯҳи IV бо ОБҒЛ чунин буд:

Чадвали 4. - Натиҷаҳои арзёбии самаранокии табобати беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ (n = 90)

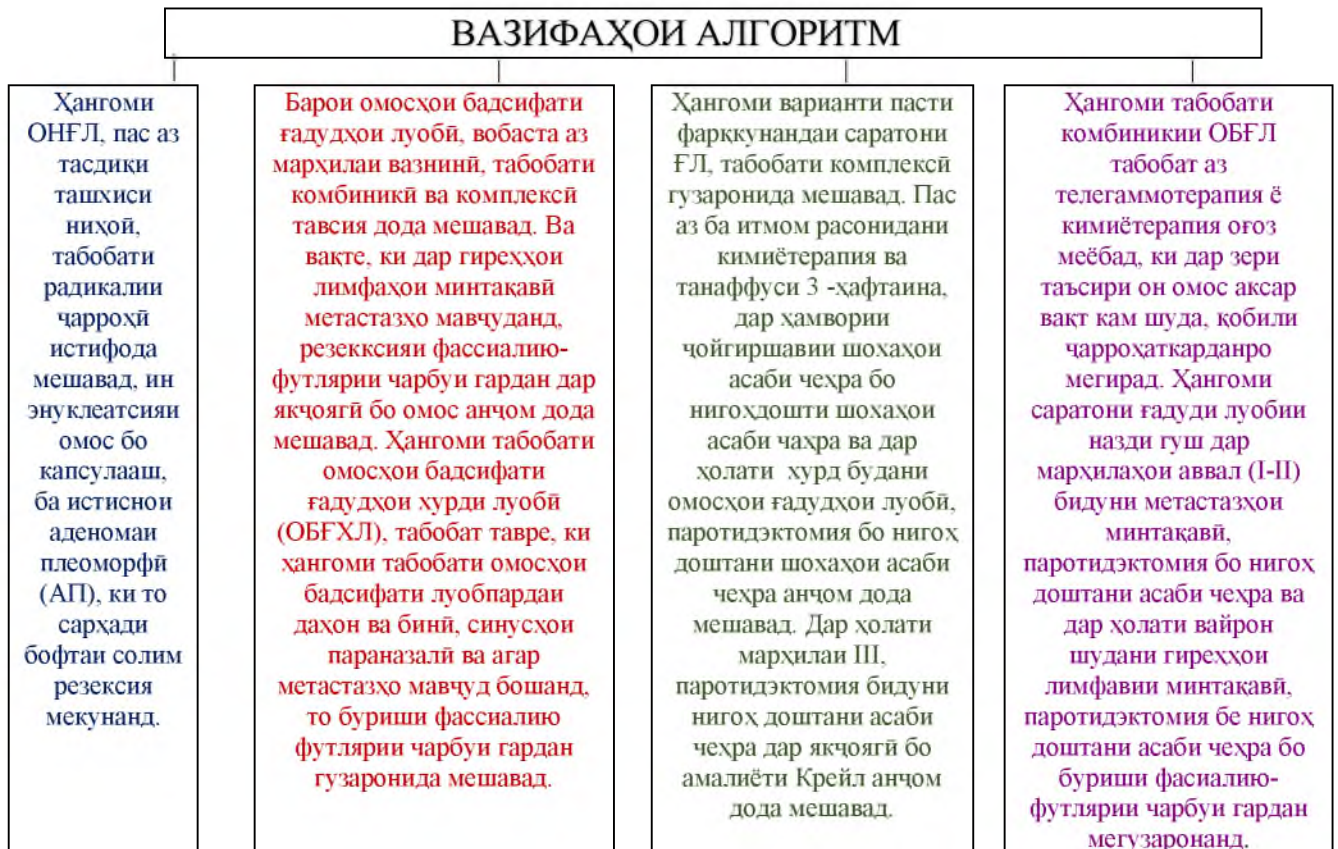
Гурӯҳи Беморон	Сихатшавии захми баъди чарроҳӣ, комилан (%)		Арзёбии самаранокии барқарорсозии баъдичарроҳии беморон, комилан (%)				Кат рӯзҳо (M±SD)
	Якумидара ча	Дуюминда рача	Ғайриқано атбахш	Қаноатбахш	Хуб	Олӣ	
Гурӯҳи III (n=60)	47(80,0%)	10(20%)	2(3,3%)	23(38,3%)	13(21,6%)	22(36,6%)	18,3±1,7
Гурӯҳи IV (n=30)	19 (63,3%)	11 (36,7%)	3(10%)	13(43,3%)	5(16,6%)	9(30%)	29,6±2,4
P	<0,05*		>0,05**				<0,001***

Эзоҳ: аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои III ва IV: * - мувофиқи меъёри χ^2 ; ** мувофиқи меъёри χ^2 чадвалҳои худсарона; *** - мувофиқи меъёри Манна-Уитни.

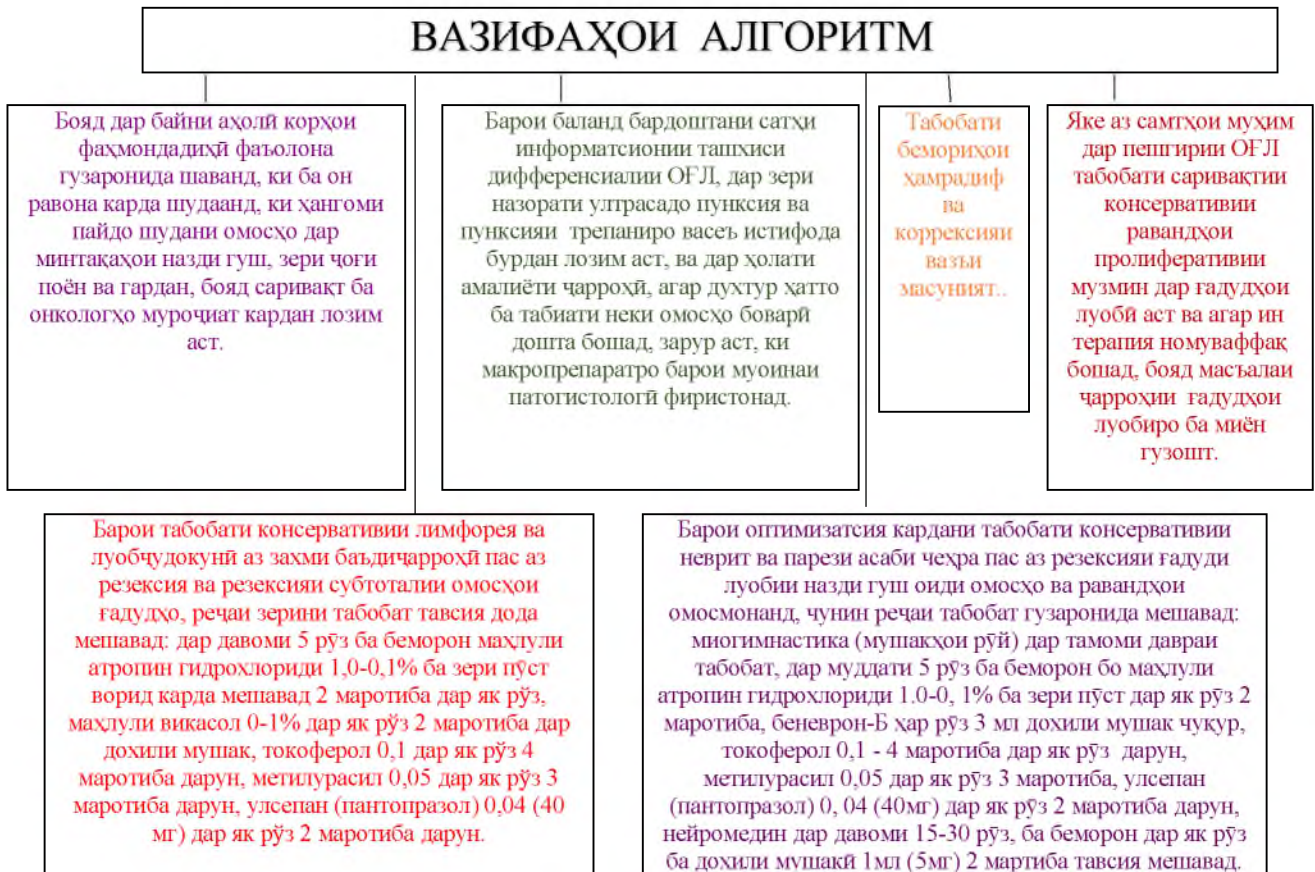
дар 22 (36,6%) беморон натиҷаҳои олии табобат мушоҳида мешуд; дар 13 (21,6%) - натиҷаҳои хуби табобат; дар 23 (38,3%) - натиҷаҳои қаноатбахши табобат; ва дар 2 (3,3%) беморон бошад натиҷаҳои - ғайриқаноатбахш. Ва дар гурӯҳи IV (муқоисавӣ), арзёбии самаранокии табобат дар 30 (100%) беморон чунин буд, дар 9 (30%) натиҷаҳои

олии табобат; дар 5 (16,6%) натиҷаҳои хуби табобат; дар 13 (43,3%) натиҷаҳои қаноатбахши табобат; дар 3 (10%) дигари беморон натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобат мушоҳида мешуд. Ҳангоми муқоисаи натиҷаҳои табобат, натиҷаҳои хуб ва аъло дар гурӯҳи III нисбат ба гурӯҳи IV дар 11,7% беҳтар буд, натиҷаҳои қаноатбахш дар гурӯҳи IV 5% зиёдтар буданд. Натиҷаҳои ғайриқаноатбахш - дар гурӯҳи IV танҳо дар 6,7% бартарӣ доштанд. Сихатшавии захмҳои баъд аз ҷарроҳӣ дар ҳарду гурӯҳи муқоисавии ОБҒЛ, асосан бо сихатшавии аввалиндараҷа идома ёфтанд ва рӯзҳои хоб бошад дар гурӯҳи III 8 рӯз кам шуд. Ҳамин тариқ, омӯзиши дараҷаи арзёбии самаранокии табобати беморони гирифтори омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ, аз рӯи маълумоти гурӯҳҳои муқоисашаванда дар меъёрҳои асосӣ, нишон доданд, ки дараҷаи баланди муваффақияти ТО дар байни беморони гурӯҳи III ба мушоҳида мерасад.

Таҳлили арзёбии сифати зиндагии беморони ОБҒЛ (гурӯҳи III) тибқи ҷадвали Карновский дар байни 60 (100%) нафар беморон нишон дод, ки дар 58 (96,6%) беморон сифати зиндагӣ то ҳадди минималӣ 40%, то максималӣ 100% беҳтар шудааст ва танҳо дар 2 (3,4%) беморони гирифтори ОБҒЛ сифати зиндагӣ бетағйир боқӣ монд (то ҳадди минималӣ 10%, то ҳадди максималӣ 20%). Ва арзёбии сифати зиндагии беморони ОБҒЛ (гурӯҳи IV) тибқи ҷадвали Карновский нишон дод, ки дар байни 30 (100%) нафар беморони ОБҒЛ дар 27 (90%) беморон, сифати зиндагӣ то ҳадди минималӣ 40% ва то максималӣ 100% ва дар 3 боқимонда (10%) сифати зиндагии беморони ОБҒЛ бетағйир боқӣ монд (то ҳадди минималӣ 10%, то ҳадди максималӣ 20%). Ҷамъбасти сифати зиндагӣ дар байни гурӯҳҳои муқоисашаванда, бояд қайд кард, ки он 6,6% беҳтар дар гурӯҳи асосӣ (гурӯҳи III) буд, ки инро зарур аст ба назар гирифтани барои натиҷаҳои пешакии табобат.



Расми 3.-Алгоритми табобати беморони гирифтори ОБҒЛ дар шароити статсионарӣ



Расми 4. -Алгоритми ҷораҳои пешгирии дуҷуминдараҷа, сеҷуминдараҷа ва барқарорсозии пас аз ҷарроҳӣ ҳангоми омосҳои ғадудҳои луобӣ

Хулосаҳо

Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

1. Дар байни 11137 ҳолатҳои омосҳои гуногун ва равандҳои омосмонанд дар минтақаи сару гардан дар тӯли 33 сол (аз соли 1985 то 2018) дар 236 ҳолат (2%) омосҳои ғадудҳои луобӣ мушоҳида карда шуд. Аз 236 (100%) ҳолат, вобаста ба сохти морфологиашон, дар 146 (61,8%) беморон омосҳои сохтори нексифат ва дар 90 (38,2%) - сохтори бадсифат майян карда шуд [2-М, 4-М].

2.Татбиқи усулҳои клиникии ташҳиси ултрасадо, усули рентгенӣ (сиалографияи контрастӣ, мувофиқи нишондодҳои ТК (томографияи компютерӣ)), ҳангоми омосҳои ғадудҳои луобӣ, имкон медиҳад, ки моҳияти биологӣ, хусусиятҳои паҳншавии онҳоро, аз ҷумла, дар узвҳои наздик, инчунин ба фазои ретро- ва парафарингеалӣ муайян намояд [13-М].

3. Истифодаи ТУС, усули рентгенӣ (мувофиқи нишондодҳои ТК) ҳангоми таъбаоти ОҒЛ, имкон медиҳад барои гузаронидани мониторинги сифатнок дар хусуси муваффақияти усулҳои таъбаоти консервативӣ ва интиҳоби дастрасии кофии ҷарроҳӣ ва инчунин ҷораҳои пешгирии дуҷуминдараҷа ва сеҷуминдараҷаи ОҒЛ [13-М].

4. Беморони гирифтори омосҳои ғадудҳои луобӣ, ки ба омилҳои хавфи ГР² ва ГР³ дохил карда шудаанд, бояд зерин назорати диспансерӣ бошанд ва ҳар семоҳа аз муоинаи динамикӣ гузаронида шаванд аз ҷониби ҷарроҳон, стоматологҳо ва

саривакт лозим аст фиристодани онҳо ба онкологҳо барои муайян кардани омосҳои ғадудҳои луобӣ [10-М].

5. Табобати чарроҳии омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ бо ҳамроҳ кардани усулҳои муносиби табобати лимфорея, луобчудокунӣ, неврит ва парези асаби чеҳра дар давраи баъди чарроҳӣ, имкон медиҳад, ки аз 55% то 65% натиҷаҳои хуб ва олиро ба даст оварад ва арзёбии сифати зиндагиро аз 70% то 100% баланд бардорад [1-М, 3-М, 5-М, 6-М, 7-М, 9-М].

6. Равишҳои табобати комбиникӣ ва комплекси омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ бо ҳамроҳ намудани усулҳои муносиби табобати лимфорея, луобчудокунӣ, неврит ва парези асаби чеҳра дар давраи баъди чарроҳӣ, имкон медиҳанд, ки натиҷаҳои хуб ва олиро аз 50% то 60% ба даст оваранд ва арзёбии сифати зиндагиро аз 40% то 100% беҳтар карда тавонанд [1-М, 3-М, 5-М, 6-М, 7-М, 9-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Мақсаднок барои чарроҳон, стоматологҳо ва саратоншиносон тавсия дода мешавад, ки дар байни аҳоли қорҳои фаҳмондадиҳии фаъолро ба роҳ равона кунанд, ки ҳангоми пайдоиши омосҳо дар минтақаҳои назди гуш, зери чоғи поён, гардан, инчунин дар ковокии даҳон ва лабҳо, зарур аст сари вақт ба муассисаи махсуси тиббӣ ба онкологҳо муроҷиат кунанд [13-М].

2. Ҳангоми банақшагирии табобат дар клиникаи онкологӣ, ба назар гирифтани муҳим аст, ки контингенти асосӣ бо патологияи ғадудҳои луобӣ беморони гирифтори омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобӣ мебошанд.

3. Ташҳиси ОҒЛ дар баробари арзёбии нишонаҳои клиникаи беморӣ, бояд истифодаи усулҳои визуалиро дар бар гирад: ултрасадо, сиалографияи контрастӣ, агар нишондодҳо бошанд сиалотомографияи компютерӣ ва ТМР.

4. Барои баланд бардоштани сатҳи мундариҷаи ташҳиси дифференсиалии ОҒЛ, истифодаи васеъи пунксия ва биопсияи трепинӣ зери назорати ТУС зарур аст [13-М].

5. Ҳангоми иҷрои амалиётҳои чарроҳӣ, агар духтур ҳатто ба табиати нексифати омосҳои ғадудҳои луобӣ боварӣ дошта бошад, ҳатман фиристодани макропрепарат барои ташҳиси патогистологӣ зарур аст [13-М].

6. Бо мақсади табобати консервативии лимфорея ва луобчудокунӣ аз захми пас аз чарроҳӣ пас аз резексия ва резексияи субтоталии ғадудҳои луобӣ, речаи табобати зерин мувофиқи «Усули табобати консервативии луобчудокунӣ ва лимфорея пас аз резексияи ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо». Шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ, №011 аз 30.05.2016с., ки аз ҷониби Пажухишгоҳи клиникӣ - илмӣ стоматология ва чарроҳии чоғу руйи ВТ ва ҲИА ҚТ, ш. Душанбе дода шудааст тавсия мешавад. Дар тӯли 5 рӯз ба беморон маҳлули атропин гидрохлорид 1,0-0,1% дар як рӯз 2 маротиба дар зери пӯст, маҳлули викасол 1,0-1% 2 маротиба дар 1 рӯз дохили мушак, токоферол 0,1 г. ҳабҳо дар як рӯз 4 маротиба дарун, метилурасил 0,05 г. ҳабҳо 3 маротиба дар як шабонарӯз, улсепан (пантопризол) 0,04 г. ҳабҳо дар як рӯз 2 маротиба дарун [12-М].

7. Барои оптимизатсия кардани табобати консервативии неврит ва парези асаби чеҳра пас аз резексияи ғадудҳои луобии назди гушҳо оиди омосҳо ва

равандҳои омосмонанд, речаи табобати зерин тибқи «Тарзи табобати консервативии неврит ва нимфалачи асаби чехра пас аз бартараф кардани ғадуи луобии назди гуш оиди омосҳо ва равандҳои омосмонанд». Шаҳодатнома барои ихтироъ, № ТҶ 931 (1601085) аз 29 декабри соли 2016, ки аз Идораи патентии давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе дода шудааст тавсия мешавад. Миогимнастика (мушакҳои тақлидӣ) дар тӯли тамоми давраи табобат, дар давоми 5 рӯз ба беморон бо маҳлули атропин гидрохлорид 1.0-0.1% дар як рӯз 2 маротиба зери пуст, беневрон-Б 3 мл. як рӯз пас дохили мушак чуқур, токоферол 0,1г. ҳабҳо 4 маротиба дарун, метилурацил 0,05г. ҳабҳо 3 маротиба дарун, улсепан (пантопрозол) 0,04г. ҳабҳо 2 маротиба дарун, нейромидин 1 мл. 2 маротиба дохили мушак дар давоми 15-30 рӯз [11-М].

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дарачаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1-М] Икромов, З.Н. Некоторые особенности клинического течения и лечения опухолей слюнных желёз / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов, Л.В. Масаидова // ЗТ.-2016.-№3.-С.11-16.

[2-М] Икромов, З.Н. Цито-гистологическая характеристика часто встречающихся опухолей слюнных желёз / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов, Х.Ю. Шарипов, Л.В. Масаидова // Вестник Авиценны.2017.-№2.-С. 188-193.

[3-М] Икромов, З. Некоторые аспекты клиники, диагностики и оценки эффективности реабилитации при опухолях слюнных желёз / Н.И. Базаров, Ф.И. Шукуров, Ж.А. Кобиров, З. Икромов, М.М. Косымов, Г.А. Хакимов, В.А. Нарзуллоев // ЗТ.-2020. - № 1.-С. 9-18.

Мақолаҳо ва фишурдаҳои маърузаҳо дар маҷмӯаҳои конференсиҳо:

[4-М] Икромов, З.Н. Особенности частоты встречаемости злокачественных опухолей слюнных желёз и их микроскопические изменения / З.Н. Икромов, Х.Ю. Шарипов, З.Р. Боронова, З.Х. Шарипова // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. Сборник науч. статей 65 годичной международной науч.-прак. конф. Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.-Душанбе, 2017. -Т. II.- С.27-29.

[5-М] Икромов, З.Н. Некоторые особенности клиники, диагностики и лечения поражения кожи при опухолях слюнных желёз / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов // Материалы круглого стола «достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016. - С. 60-61.

[6-М] Икромов, З.Н. Консервативный метод лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов, П.О. Аминов // Проблемы теории и практики современной медицины. Материалы 64-ой науч.-прак. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016.- С.236-237.

[7-М] Икромов, З.Н. Метод консервативного лечения слюнотечения и лимфореи после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей / Н.И. Базаров, З.Н. Икромов, З.Х. Юсупова // Проблемы теории и практики современной медицины. Материалы 64-ой науч.-прак. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с

международным участием посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, – 2016.- С.237-238.

[8-М] Икромов, З.Н. Некоторые особенности клинического течения опухолей слюнных желёз / З.Н. Икромов // Роль молодёжи в развитии медицинской науки: тезисы докл. Материалы науч.-прак. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году молодёжи».- Душанбе, 2017. – С. 145.

[9-М] Икромов, З.Н. Результаты различных видов лечения со злокачественными опухолями слюнных желёз / З.Н. Икромов // Медицинская наука: достижения и перспективы: тезисы докл. Науч.-прак.конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан.- Душанбе, 2016. – С. 168-169.

[10-М] Икромов, З.Н. Роль факторов риска в развития опухолей слюнных желёз / З.Н. Икромов // Медицинская наука: новые возможности: тезисы докл. Материалы XIII науч.-прак. конф. молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел».- Душанбе, 2017.-Т.1.– С. 181-182.

Патент ба ихтироот:

[11-М] Базаров Н.И., Икромов З.Н., Касимов М.М. Способ консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов // Патент Таджикистана № 931. 2018. Бюл. № 139.

Пешниходи ратсионализаторӣ:

[12-М] Способ консервативного лечения слюнотечения и лимфореи после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей: удостоверение на рационализаторское предложение №011 от 02.04.2016 / З.Н.Икромов; Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

[13-М] Алгоритм диагностики и первичной профилактики у пациентов с доброкачественными опухолями слюнных желёз: удостоверение на рационализаторское предложение №64 от 31.07.2020 / З.Н.Икромов; Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Номгӯи ихтисорхо ва аломатҳои шартӣ

АП	Аденомаи полиморфӣ
ҒЛ	Ғадуди луобӣ
КТ	Кимиётерапия
МД«МҚИС»ВТ ҲИА ҚТ	Муассисаи давлатии «Маркази чумхуриявӣ илмӣ саратоншиносӣ» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоӣ ва аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
ОНҒЛ	Омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ
ОНҒЛНГ	Омосҳои нексифати ғадудҳои луобии назди гуш
ОНҒЛЗҚП	Омосҳои нексифати ғадудҳои луобии зери чоғи

ОНҒЛЗЗ	поён
ОНҒЛХ	Омосҳои нексифати ғадудҳои луобии зери забон
ОБҒЛ	Омосҳои нексифати ғадудҳои луобии хурд
ОБҒЛНГ	Омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ
ОБҒЛЗҚП	Омосҳои бадсифати ғадудҳои луобии назди гуш
	Омосҳои бадсифати ғадудҳои луобии зери қоғи
	поён
ОБҒЛЗЗ	Омосҳои бадсифати ғадудҳои луобии зери забон
ОБҒЛХ	Омосҳои бадсифати ғадудҳои луобии
ОМЭ	Омоси мукоэпидермоидӣ
ОҒЛ	Омосҳои ғадудҳои луобӣ
ОХ	Омилҳои хатар
ПКТ	Поликимиётерапия
САК	Систаденокарцинома
ТС	Таъсири субъективӣ
ТО	Таъсири объективӣ
ТГТ	Телегамматерапия
ТҚ	Табобати ҷарроҳӣ
ҚМУ	Ҷарроҳии муҳофизаткунандаи узвҳо

АННОТАЦИЯ

Икромии Зиёратшо

«Особенности клиники, диагностики и лечения опухолей слюнных желёз»

Ключевые слова: доброкачественные и злокачественные опухоли слюнных желёз, сравнительная характеристика ретро - и проспективного материала, диагностика (основные методы исследования), факторы риска, алгоритмы диагностики и лечения опухолей слюнных желёз.

Целью исследования является улучшение профилактики, диагностики и результатов хирургического лечения опухолей слюнных желез (ОСЖ).

Методы исследования и использованная аппаратура. Обследовано 236 больных с опухолями слюнных желёз, из них 146 случаев были доброкачественные опухоли слюнных желёз, а 90 – злокачественные опухоли слюнных желёз. Исследование и лечение проводились на ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ с 1985 по 2018 гг. при кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино».

Для подтверждения окончательного диагноза было использовано патогистологическое исследование методом окраски гематоксилин-эозином под светооптическим микроскопом (Carl Zeiss Primo Star), с увеличением под 10-40 крат., в патоморфологическом отделении ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ.

Полученные результаты и их новизна. В настоящей работе впервые в Республике Таджикистан изучены частота, удельный вес опухолей слюнных желез в структуре образовании головы и шеи. Рассмотрены особенности клинико-анамнестических, морфологических проявлений, распространённость, роль факторов риска в развитии ОСЖ, профилактика и алгоритм диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желёз. На основе проведённого исследования разработаны рекомендации и алгоритмы по улучшению диагностики и профилактики, а также способы консервативного лечения послеоперационных осложнений ОСЖ.

Рекомендации по использованию: 1) Для повышения уровня информативности дифференциальной диагностики ОСЖ, необходимо широко использовать пункцию и трепан биопсию под контролем УЗИ; 2) С целью консервативного лечения лимфорей и слюнотечения из послеоперационной раны после резекции и субтотальной резекции слюнных желёз рекомендуется схема лечения по «Способ консервативного лечения слюнотечения и лимфорей после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей», удостоверение на рационализаторское предложение; 3) Для оптимизации консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов - по «Способ консервативного лечения неврита и пареза лицевого нерва после резекции околоушной слюнной железы по поводу опухолей и опухолеподобных процессов», удостоверение на изобретение.

Область применения: онкология области головы и шеи; стоматология; челюстно-лицевая хирургия.

АННОТАТСИЯИ Икромӣ Зиёратшо

«Хусусиятҳои клиникӣ, таъхисӣ ва табобати омосҳои ғадудҳои луобӣ»

Калимаҳои калидӣ: омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобӣ, хусусиятҳои муқоисавии маводи ретро - ва проспективӣ, таъхис (усулҳои асосии таъқиқот), омилҳои хавф, алгоритмҳои таъхис ва табобати омосҳои ғадудҳои луобӣ.

Ҳадафи тадқиқот тақмил додани пешгирӣ, таъхис ва натиҷаҳои табобати ҷарроҳии омосҳои ғадудҳои луобӣ (ОҒЛ) мебошад.

Усулҳои таъқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда. 236 беморон бо омосҳои ғадудҳои луобӣ таъқиқ карда шуданд, ки аз онҳо 146 нафарашон омосҳои нексифати ғадудҳои луобӣ ва 90 нафари дигараш бошад омосҳои бадсифати ғадудҳои луобӣ доштанд, ки аз солҳои 1985 то 2018 дар МД «МҚИС» ВТ ва ҲИА ҚТ дар назди кафедраи саратоншиносӣ ва таъхиси шуой МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» муоина ва табобат карда шудаанд.

Барои тасдиқи таъхиси ниҳой таъқиқоти патогистологӣ бо усули рангкунии гематоксилин-эозин зери микроскопи равшанию-оптикӣ (Carl Zeiss Primo Star), бо 10-40 маротиба калон кардан дар шӯъбаи патоморфологии МД «МҚИС» ВТ ва ҲИА ҚТ гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навоарии онҳо. Дар ин кори илмӣ, бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мо басомад ва вазни хоси омосҳои ғадудҳои луобиро дар байни омосҳои мавқеи сару гардан омӯхтем. Хусусиятҳои зуҳурии клиникӣ, анамнестикӣ, морфологӣ, паҳншавӣ, нақши омилҳои хавф дар рушди ОҒЛ, пешгирӣ ва алгоритми таъхиси омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобиро баррасӣ кардем. Дар асоси таъқиқотҳои гузаронидашуда, тавсияҳо ва алгоритмҳо оид ба тақмил додани таъхис ва пешгирӣ, инчунин усулҳои табобати консервативии оризаҳои пас аз ҷарроҳии ОҒЛ таҳия карда шуданд.

Тавсияҳо барои истифода: **1)** Барои баланд бардоштани сатҳи иттилоотии таъхиси дифференсиалии ОҒЛ, истифодаи васеъи пунксия ва биопсияи трепанӣ дар зерин назорати ТУС зарур мебошад; **2)** Бо мақсади табобати консервативии лимфорея ва луобчудокунӣ аз захми баъдичарроҳӣ пас аз резексия ва резексияи субтоталии ғадудҳои луобӣ, табобат тибқи «Усули табобати консервативии луобчудокунӣ ва лимфорея пас аз резексияи ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо», пешниҳоди ратсионализаторӣ, тавсия шуд; **3)** Барои оптимизатсия кардани табобати консервативии неврит ва парези асаби чеҳра пас аз резексияи ғадудҳои луобии назди гуш бо сабаби омосҳо ва равандҳои омосмонанд, табобат мувофиқи «Ғарзи табобати консервативии неврит ва нимфалаҷи асаби чеҳра пас аз бартараф кардани ғадуди луобии назди гуш оиди омосҳо ва равандҳои омосмонанд», шаходатномаи ихтироъ, тавсия шуд.

Соҳаи истифодабарӣ: онкологияи мавқеи сару гардан; стоматология; ҷарроҳии чоғу рӯй.

ANNOTATION

Ikromi Ziyoratsho

«Features of the clinic, diagnosis and treatment of salivary glands tumours»

Key words: benign and malignant tumours of the salivary glands, comparative characteristics of retro - and prospective material, diagnosis (main research methods), risk factors, algorithms for the diagnosis and treatment of tumours of the salivary glands.

The aim of the study is to improve the prevention, diagnosis and results of surgical treatment of tumours of the salivary glands (OSG).

Research methods and equipment used. A total of 236 patients with tumours of the salivary glands were examined, of which 146 were benign tumours, and 90 were malignant tumours of the salivary glands. Research and treatment were carried on the SI «ROSC» MH and SPP of RT from with 1985 to 2018 years by department of oncology and radiation diagnostics of the Avicenna Tajik State Medical University.

To confirm the final diagnosis, a pathohistological examination was used by the method of staining with hematoxylin-eosin under a light-optical microscope (Carl Zeiss Primo Star), with a magnification of 10-40 times., In the pathomorphological department of the SI «ROSC» MH and SPP of RT.

The results obtained and their novelty. In this work the first time in the Republic of Tajikistan, the frequency and proportion of tumours of the salivary glands in the structure of the formation of the head and neck have been studied. Was examination the features of clinical, anamnestic, morphological manifestations, prevalence, the role of risk factors in the development of TSG, prevention and diagnostic algorithm for benign and malignant tumours of the salivary glands. On the basis of the study, recommendations and algorithms were developed for to improve diagnostics and prevention, as well as methods of conservative treatment of postoperative complications TSG.

Recommendations for use: **1)**To increase the level of information content of the differential diagnosis of TSG, it is necessary to widely use puncture and trepan biopsy under the control of ultrasound; **2)** For the purpose of conservative treatment of lymphorrhoea and salivation from a postoperative wound after resection and subtotal resection of the salivary glands, was recommended a scheme of treatment by «Methods of conservative treatment of salivation and lymphorrhoea after resection of the parotid salivary gland about tumours», a certificate of the rationalization proposal; **3)**To optimize the conservative treatment of neuritis and paresis of the facial nerve after resection of the parotid salivary gland about tumours and tumour-like processes - by «Method of conservative treatment of neuritis and paresis of the facial nerve after resection of the parotid salivary gland about tumours and tumour-like processes», certificate of the invention.

Scope of application: oncology of the head and neck; stomatology; maxillofacial surgery.