New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal









AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (96) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
И.Ю. МАМАТОВА
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)

Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)

А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)

Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)

Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)

У.К. КАЮМОВ (Тошкент)

Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)

А.А. НОСИРОВ (Ташкент)

А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)

Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)

Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (96)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
Октябрь

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

UDC 616.13-091.8:616.13-004.6:599.323.4

WAYS TO SOLVE THE PROBLEMS OF ONCOLOGICAL ALERTNESS AND EARLY DIAGNOSIS OF TUMORS OF THE ORGANS OF THE NASOPHARYNGEAL REGION

(Review article)

Muazzamov B.B. Email: MuazzamovB@mail.ru
Hamidov B.O. Email: HamidovB@mail.ru

"ZARMED UNIVERSITY" (Samarkand) Uzbekistan 140129, Samarkand region, Samarkand city, Khodja Akhror Vali street, 23 Tel: +998 (55) 704-70-70 e-mail: info@zarmeduniver.com
Asian International University 200103, Bukhara region, Bukhara, Gijduvanskaya street, 74 tel: +998 (55) 305-00-09

✓ ***Resume***

The aim of this review was to systematize current evidence on risk factors, opportunities for early detection, patient referral, and interdisciplinary coordination in neoplastic diseases of the ENT organs and adjacent anatomical regions of the head and neck, as well as to provide a separate assessment of the current situation in the clinical practice of Uzbekistan, the Commonwealth of Independent States (CIS), and worldwide. The review included 40 sources published between 2005 and 2025, comprising international epidemiological reports, systematic reviews and meta-analyses, clinical guidelines, original studies, and regional publications.

Global evidence indicates that there is currently insufficient evidence to support universal population-based screening for all tumors of the ENT organs. At the same time, risk-oriented active case finding has considerable practical value in patients exposed to tobacco and alcohol, individuals with potentially malignant mucosal lesions, persistent dysphonia, dysphagia, cervical lymphadenopathy, and other warning signs suggestive of malignancy.

For Uzbekistan, particular importance is attached to the limited availability of direct population-based data, regional differences in epidemiological indicators, and the need to establish a unified referral pathway linking primary health care, dental services, otorhinolaryngologists, and oncologists. In the CIS countries, characteristic problems include delayed morphological verification, territorial disparities in access to diagnostic services, and a high dependence of diagnostic outcomes on the quality of the initial clinical examination.

A standardized interdisciplinary algorithm for oncological alertness appears to be the most promising approach. Such an algorithm should integrate initial risk assessment, endoscopic examination, needle or incisional biopsy, and, where clinically indicated, molecular marker testing within a unified time-based and organizational pathway.

Keywords: ENT organs, head and neck tumors, oncological alertness, early diagnosis, risk factors, Uzbekistan, CIS, interdisciplinary algorithm.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ НАЗОФАРЕНГИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Муаззамов Б.Б., Хамидов Б.О.

"ZARMED UNIVERSITY" (Самарканд) Узбекистан 140129, Самаркандская область, г. Самарканд, ул. Ходжи Ахрора Вали, 23 Тел: +998 (55) 704-70-70 e-mail: info@zarmeduniver.com
Азиатский Международный Университет 200103, Бухарская область, Бухара, ул. Гиждуванская, 74 тел: +998 (55) 305-00-09

✓ ***Резюме***

Среди заболеваний назофаренгиальной области или ЛОР-органов онкологические процессы занимают особое место, ввиду медленного и в большинстве случаев скрытого течения, провоцирующихся многими факторами, которые могут иметь непосредственное влияние на их развитие. В данной статье рассмотрены современные представления о факторах риска заболеваний с онкологической предрасположенностью ЛОР-органов и смежных анатомических структур головной и шейной областей. Разработка стандартизированного алгоритма при подозрении на злокачественные новообразования является наиболее адекватным и перспективным, при котором имеется необходимость проведения оценки первичного онкологического риска, исследования с помощью эндоскопических инструментариев, использование пункционных или же инцизионных биопсий.

Отсутствие полноценной доказательной базы при проведении комплексного скрининга в отношении онкозаболеваний ЛОР – органов снижает качество их своевременной выявляемости, что грозит запущенным течением и в дальнейшем малоперспективным лечением.

Целью настоящего обзора явилась систематизация современных данных о факторах риска, возможностях раннего выявления, маршрутизации пациентов и междисциплинарной координации при опухолевых заболеваниях ЛОР-органов и смежных анатомических областей головы и шеи, а также отдельная оценка состояния данной проблемы в клинической практике Узбекистана, стран Содружества Независимых Государств (СНГ) и в мировой практике.

В обзор были включены 40 источников, опубликованных в 2005–2025 гг., в том числе международные эпидемиологические отчеты, систематические обзоры и метаанализы, клинические рекомендации, оригинальные исследования и региональные публикации.

Для Узбекистана особое значение имеют ограниченность прямых популяционных данных, региональные различия эпидемиологических показателей, а также необходимость формирования единой системы маршрутизации между первичным медико-санитарным звеном, стоматологической службой, врачом-оториноларингологом и онкологом. Для стран СНГ характерны позднее проведение морфологической верификации, территориальная неравномерность доступности диагностической помощи и высокая зависимость конечного диагностического результата от качества первичного клинического осмотра.

Ключевые слова: ЛОР-органы, опухоли головы и шеи, онкологическая настороженность, ранняя диагностика, алгоритм лечения онкозаболеваний ЛОР-органов.

ONKOLOGIK HUSHYORLIK MUAMMOLARINI HAL QILISH VA NAZOFARENGIAL MINTAQADAGI ORGAN O'SMALARINI ERTA TASHXISLASH USULLARI

Muazzamov B.B., Hamidov B.O.

"ZARMED UNIVERSITETI" (Samarqand) O'zbekiston 140129, Samarqand viloyati, Samarqand shahri, Xo'ja Ahror Vali ko'chasi, 23 Tel: +998 (55) 704-70-70 elektron pochta: info@zarmeduniver.com

Osiyo xalqaro universiteti 200103, Buxoro viloyati, Buxoro, G'ijduvon ko'chasi, 74 tel: +998 (55) 305-00-09

✓ ***Rezyume***

Ushbu sharhning maqsadi LOR a'zolari hamda bosh va bo'yin sohasining yondosh anatomik zonalaridagi o'sma kasalliklarida xavf omillari, erta aniqlash imkoniyatlari, bemorlarni yo'naltirish va fanlararo muvofiqlashtirish bo'yicha zamonaviy ma'lumotlarni tizimlashtirish, shuningdek, O'zbekiston, Mustaqil Davlatlar Hamdo'stligi (MDH) mamlakatlari va jahon klinik amaliyotidagi holatni alohida baholashdan iborat bo'ldi. Sharh materialiga 2005–2025-yillarda chop etilgan 40 ta manba: xalqaro epidemiologik hisobotlar, tizimli sharhlar va meta-tahlillar, klinik tavsiyalar, original tadqiqotlar hamda mintaqaviy nashrlar kiritildi.

Jahon miqyosidagi ma'lumotlar LOR a'zolarining barcha o'smalariga nisbatan universal populyatsion skriningni qo'llash uchun hozircha yetarli darajadagi daliliy asos mavjud emasligini ko'rsatadi. Shu bilan birga, tamaki va alkogol ta'siriga uchragan, shilliq qavatning potensial malignizatsiyalanuvchi zararlanishlari, persistirlovchi disfoniya, disfagiya, bo'yin limfadenopatiyasi hamda boshqa xavotirli belgilar mavjud bemorlarda xavfga yo'naltirilgan faol aniqlash real amaliy ahamiyatga ega.

O'zbekiston uchun bevosita populyatsion ma'lumotlarning cheklanganligi, hududlar o'rtasidagi epidemiologik tafovutlar hamda birlamchi tibbiy-sanitariya bo'g'ini, stomatologiya xizmati, otorinolaringolog va onkolog o'rtasida yagona yo'naltirish tizimini shakllantirish zarurati muhim ahamiyat kasb etadi. MDH mamlakatlari uchun morfologik verifikatsiyaning kech amalga oshirilishi, hududiy notekislik va diagnostik natijaning dastlabki ko'rik sifatiga yuqori darajada bog'liqligi xosdir.

Eng istiqbolli yechim sifatida onkologik hushyorlikning standartlashtirilgan fanlararo algoritmi ko'riladi. Bunda xavfni dastlabki baholash, endoskopik tekshiruv, punksion yoki insizion biopsiya, zarur hollarda esa molekulyar markerlarni aniqlash yagona vaqt va tashkiliy kontur doirasida birlashtiriladi.

Kalit so'zlar: LOR a'zolari, bosh va bo'yin o'smalari, onkologik hushyorlik, erta diagnostika, xavf omillari, O'zbekiston, MDH, fanlararo algoritm.

Dolzarbligi

Bosh va bo'yin o'smalari xavfli o'smalarning eng geterogen, shu bilan birga klinik jihatdan alohida e'tibor talab qiluvchi guruhlaridan biri bo'lib qolmoqda. Ular qatoriga og'iz bo'shlig'i, orofaringeal soha, gipofaringeal soha, hiqildoq, burun-halqum, burun bo'shlig'i va ularga yondosh bir qator anatomik zonalarning zararlanishlari kiradi. Amaliy sog'liqni saqlash nuqtayi nazaridan ushbu kasalliklarni birlashtiruvchi asosiy jihat shundaki, bemorning diagnostik yo'li deyarli har doim ixtisoslashtirilgan onkologiya markazidan emas, balki umumiy amaliyot shifokori, stomatolog yoki otorinolaringolog qabulidan boshlanadi. Aynan shu bosqichda mavjud simptom «yallig'lanish jarayoni» niqobi ostida qolib ketadimi yoki erta morfologik verifikatsiya uchun asos bo'ladimi, degan muhim masala hal etiladi [1–7].

Tadqiqot maqsadi: mazkur sohada onkologik hushyorlik faqat umumiy ehtiyotkorlik yoki shifokorning subyektiv sergakligi bilangina cheklanmaydi. Mohiyatan, bu yuqori xavf profiliga ega bemorlarni aniqlash, ikki-uch haftadan ortiq davom etuvchi xavotirli simptomlarni ajratib olish, ularni anamnezdagi zararli ta'sir omillari bilan solishtirish va empirik davolashdan morfologik tasdiqlash bosqichiga o'z vaqtida o'tishni nazarda tutuvchi standartlashtirilgan klinik ko'nikmadir. Mazkur o'tish nazariy jihatdan oddiy ko'rinsa-da, kundalik klinik amaliyotda ko'pincha aynan shu bosqich eng zaif nuqta bo'lib qolmoqda.

Mavjud vaziyatning paradoksal jihati yaxshi ma'lum. Og'iz bo'shlig'i va orofaringeal soha shilliq qavatining erta zararlanishlarining sezilarli qismi bevosita vizual ko'rik uchun ochiq, hiqildoqning yuzaki o'smalariga turg'un disfoniya asosida erta gumon qilish mumkin, bo'yin limfadenopatiyasi esa ba'zan mahalliy klinik belgilar to'liq shakllanishidan oldin ham namoyon bo'ladi. Shunga qaramay, ko'plab populyatsiyalarda kasallikning kech bosqichlari hamon ustunlik qilmoqda. Buning sabablari bir vaqtning o'zida bir necha yo'nalishda namoyon bo'ladi: xavf omillarining yetarlicha baholanmasligi, bemorning turli mutaxassislar o'rtasida tartibsiz yo'naltirilishi, yuqori xavf guruhlarida faol aniqlashning cheklanganligi, shilliq qavatni ko'rikdan o'tkazish sifatining bir xil emasligi hamda o'smaga gumon paydo bo'lishidan biopsiya o'tkazilishigacha bo'lgan vaqtning cho'zilishi [8–20].

O'zbekiston uchun ushbu muammo alohida ahamiyatga ega. Bir tomondan, mamlakatda og'iz bo'shlig'i va halqum saratoniga oid mintaqaviy ma'lumotlar to'planib bormoqda. Ikkinchi tomondan, mavjud populyatsion ma'lumotlarning to'liqlik darajasi milliy ko'rsatkichlarni yirik xalqaro registrlar bilan hech qanday cheklovlarsiz taqqoslash imkonini hozircha bermaydi. Umuman MDH mamlakatlarida ham vaziyat o'xshash: kech bosqichlarda aniqlanadigan holatlar ulushi yuqoriligicha qolmoqda, erta aniqlash sifati esa muayyan tibbiyot muassasasi va muayyan shifokorning malakasiga haddan tashqari darajada bog'liq.

Mazkur sharhning maqsadi LOR a'zolari o'sma kasalliklarida xavf omillari, erta aniqlash usullari va onkologik hushyorlikni ta'minlovchi tashkiliy mexanizmlar haqidagi zamonaviy qarashlarni

tanqidiy tahlil qilish, shuningdek, O‘zbekiston klinik amaliyotiga moslashtirilishi mumkin bo‘lgan fanlararo algoritmni shakllantirishdan iborat.

Material va usullar

Mazkur ish narrativ adabiyotlar sharhi shaklida bajarildi. Sharhga asosan 2005–2025-yillarda e’lon qilingan 40 ta manba kiritildi. Adabiyotlar majmuasini xalqaro epidemiologik hisobotlar, tizimli sharhlar va meta-tahlillar, klinik tavsiyalar, professional tibbiy jamiyatlar hujjatlari, molekulyar diagnostikaga oid tadqiqotlar, shuningdek, O‘zbekiston, Rossiya, Qozog‘iston va Belarusda chop etilgan ilmiy ishlar tashkil etdi [1–23].

Adabiyotlarni tanlashda erta diagnostika uchun eng katta amaliy ahamiyatga ega bo‘lgan manbalarga ustuvorlik berildi. Jumladan, xavf omillari, faol aniqlash, diagnostik kechikish sabablari, endoskopiyaning o‘rni, limfa tugunlarining punksion biopsiyasi, patomorfologik verifikatsiya hamda virus bilan assotsiatsiyalangan o‘sma variantlariga bag‘ishlangan tadqiqotlar tahlil qilindi. Alohida blokni O‘zbekiston va qo‘shni mamlakatlardagi vaziyatni umumiy nazariy mulohazalar asosida emas, balki real mintaqaviy ma’lumotlar asosida tavsiflash imkonini beruvchi materiallar tashkil etdi.

Mazkur ishda «LOR a’zolarining o‘sma kasalliklari» tushunchasi ostida faqat quloq, tomoq va burunning bevosita o‘smalari emas, balki birlamchi aniqlash bosqichida otorinolaringolog, stomatolog, umumiy amaliyot shifokori yoki onkolog orqali klinik yo‘naltiriladigan bosh va bo‘yin sohasining yondosh anatomik zonalari o‘smalari ham nazarda tutiladi. Bunday yondashuv klassik anatomik chegaralardan biroz kengroq bo‘lishi mumkin, biroq aynan u kundalik klinik amaliyotning real diagnostik mantiqiga mos keladi.

1. Muammoning jahon miqyosidagi tahlili

1.1. Epidemiologik o‘zgarishlar va yetakchi xavf omillari

Jahon ma’lumotlariga ko‘ra, bosh va bo‘yin o‘smalari onkologik kasalliklarning katta hamda nihoyatda geterogen guruhini tashkil qiladi. Kasalliklarning global yuklamasi hududlar bo‘yicha bir xil taqsimlanmagan: ayrim mintaqalarda tamaki, alkogol hamda tamakining tutunsiz shakllaridan foydalanish bilan chambarchas bog‘liq bo‘lgan lab va og‘iz bo‘shlig‘i saratoni ustunlik qilsa, boshqa hududlarda odam papilloma virusi (HPV) bilan assotsiatsiyalangan orofaringeal saratonning hissasi sezilarliroqdir. Epstein–Barr virusi (EBV) bo‘yicha endemik mintaqalarda esa burun-halqum saratoni alohida o‘rin egallaydi [1–5]. Mazkur geografik farqlar nafaqat epidemiolog uchun, balki birinchi kontakt shifokori uchun ham muhim, chunki ular onkologik hushyorlikning turli klinik modellarini shakllantiradi.

Xavfning klassik modeli o‘z ahamiyatini saqlab qolmoqda. Eng muhim omillar sifatida chekish va alkogolni suiiste’mol qilish qayd etiladi. Ularning birgalikdagi ta’siri oddiy additiv xususiyatga ega bo‘lmay, bir-birining kanserogen ta’sirini o‘zaro kuchaytiradi [6, 7]. Kundalik klinik amaliyot nuqtayi nazaridan bu uzoq yillik chekish anamnezining, hatto mahalliy klinik belgilar kam ifodalangan hollarda ham, endoskopik tekshiruv va biopsiya uchun ko‘rsatma berish chegarasini pasaytirishi lozimligini anglatadi. Bu, ayniqsa, katta yoshdagi bemorlar, erkaklar, kasbiy zararli omillar ta’siriga uchragan shaxslar, shuningdek, tamaki va alkogol iste’moliga shilliq qavatning surunkali travmatizatsiyasi, og‘iz bo‘shlig‘ining qoniqarsiz holati yoki ilgari aniqlangan potensial malignizatsiyalanuvchi zararlanishlar qo‘shilgan bemorlarga taalluqlidir [7–10].

Shu bilan birga, zamonaviy klinik manzara faqat tamaki va alkogolga asoslangan model doirasiga sig‘maydi. So‘nggi yillarda ilmiy adabiyotlarda orofaringeal o‘sma bilan kasallangan bemorning boshqa fenotipi ham barqaror ravishda qayd etilmoqda: nisbatan yoshroq yosh, an’anaviy zararli omillar ekspozitsiyasining kamroq ifodalanganligi, mahalliy simptomlarning kamligi sababli kechroq murojaat qilish va kasallikning birinchi belgisi sifatida bo‘yin limfadenopatiyasining ustunligi. Ushbu guruhda p16 va HPV bilan assotsiatsiyalangan o‘smalarni verifikatsiya qilishning boshqa usullari prinsipial ahamiyat kasb etadi [3, 20, 21]. Burun-halqum saratonida esa shunga o‘xshash stratifikatsion rolni EBV bilan assotsiatsiyalangan diagnostik yo‘nalish bajaradi [1, 7, 13].

Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining potensial malignizatsiyalanuvchi kasalliklari alohida e’tiborni talab qiladi. Leykoplakiya, eritroplakiya, epiteliy displaziyasi va boshqa qator holatlarni faqat stomatologik muammo sifatida baholash mumkin emas. Aslida, ular erta onkologik hushyorlik eng katta vaqt yutug‘ini ta’minlashi mumkin bo‘lgan klinik «imkoniyat oynasi» hisoblanadi. So‘nggi yillardagi tadqiqotlar malignizatsiya xavfi zararlanishning morfologik turi, lokalizatsiyasi, displaziya

darajasi va dinamik kuzatuv sifatiga bog‘liqligini tasdiqladi [11–14]. Kuzatuv faqat formal xarakterga ega bo‘lib, biopsiya kechiktirilgan hollarda ushbu diagnostik imkoniyat oynasi tezda torayadi.

Yana bir muhim jihat shundaki, LOR a’zolari o‘smalarida xavf omillarini oddiy ro‘yxat shaklida baholash yetarli emas. Klinik xavf ekspozitsiya, yosh, o‘sma lokalizatsiyasiga xos simptomlar, shikoyatlarning davomiyligi va obyektiv ko‘rik ma’lumotlari kesishgan nuqtada shakllanadi. Masalan, bir xil simptom — ovoz bo‘g‘ilishi — o‘tkir infeksiyadan keyingi yosh bemorda bir xil, 50 yoshdan oshgan, chekuvchi va uch haftadan ortiq davom etayotgan turg‘un disfoniyaga ega erkakda esa mutlaqo boshqa diagnostik ahamiyatga ega. Shu sababli sifatli onkologik hushyorlik har doim klinik kontekstga asoslanishi zarur.

1.2. Erta diagnostika qaysi bosqichda yo‘qotiladi?

LOR a’zolari o‘smalarining erta diagnostikasidagi eng zaif bo‘g‘in zamonaviy texnologiyalarning mavjud emasligidan ko‘ra, klinik qarorning kech qabul qilinishi bilan ko‘proq bog‘liq. Birlamchi tibbiy-sanitariya bo‘g‘ini va bemorlarni yo‘naltirish tizimiga bag‘ishlangan ko‘plab tadqiqotlarning umumiy xulosasi shundan iboratki, diagnostik kechikishning sezilarli qismi morfologik verifikatsiyagacha, ayrim hollarda esa mutaxassis tomonidan birinchi marta ko‘rikdan o‘tkazilishidan ham oldin yuz beradi [15–20]. Bemor uzoq vaqt davomida «faringit», «laringit», «stomatit» yoki «limfadenit» tashxisi bilan davolanadi, shifokor esa har bir alohida simptom o‘zicha yetarli darajada xavotirli ko‘rinmagani sababli simptomatik davolashni takroran buyuradi.

Umumiy amaliyot shifokori va stomatolog uchun ushbu muammo ayniqsa dolzarb bo‘lib, buning ikki asosiy sababi mavjud. Birinchidan, o‘smaning dastlabki belgilari ko‘pincha nospetsifik bo‘ladi: bitmaydigan yara, leykoplakiya o‘chog‘i, tomoqda yot jism hissi, yutishdagi noqulaylik, otoskopiyada aniq sabab aniqlanmagan bir tomonlama quloq og‘rig‘i, asta-sekin kuchayib boruvchi ovoz bo‘g‘ilishi yoki bo‘yin limfa tugunining biroz kattalashishi. Ikkinchidan, yallig‘lanishga qarshi terapiya fonida ushbu shikoyatlar vaqtincha kamayishi mumkin, bu esa asossiz ravishda klinik xotirjamlik hissini yuzaga keltiradi [16, 17].

Diagnostik kechikishga bag‘ishlangan tizimli sharhlar, ayniqsa og‘iz bo‘shlig‘i saratonida, davolash boshlanishining kechikishini kasallikning yanada kech bosqichda aniqlanishi va klinik natijalarning yomonlashuvi bilan izchil bog‘laydi [18–20]. Shu bilan birga, diagnostik kechikish ko‘pincha aralash tabiatga ega. Uning bir qismi bemorning o‘ziga bog‘liq bo‘lsa, boshqa qismi to‘liq sog‘liqni saqlash tizimiga taalluqlidir: yo‘llanma berish tezligi, endoskopiya imkoniyati, biopsiya bajarish mavjudligi, patomorfologik xizmatning faoliyati va bemor bilan takroriy aloqaning tashkil etilishi. Mazkur tarkibiy qismlar o‘zaro uzilib qolganida, erta diagnostika amaliy vosita emas, deklarativ maqsadga aylanib qoladi.

Shu sababli onkologik hushyorlikni faqat alohida shifokorning individual sifati sifatida emas, balki butun diagnostik yo‘naltirish tizimining xususiyati sifatida ko‘rib chiqish lozim. Tezkor endoskopiya va biopsiya imkoniyatiga ega bo‘lmagan, hatto yuqori onkologik hushyorlikka ega shifokor ham amalda cheklangan sharoitda ishlaydi. Aksincha, yaxshi jihozlangan markaz ham bemor ilk simptomlar paydo bo‘lganidan bir necha oy o‘tibgina murojaat qilsa, kutilgan samarani bera olmaydi.

1.3. Yuqori xavf guruhlarida skrining va faol aniqlash

Jahon adabiyotidagi prinsipial masalalardan biri ommaviy skrining bilan faol, maqsadli aniqlash o‘rtasidagi chegarani belgilashdan iborat. Hozirgi vaqtda LOR a’zolarining barcha o‘smalariga nisbatan universal populyatsion skriningni joriy etish uchun ishonchli daliliy baza mavjud emas. Buning sababi turli lokalizatsiyalardagi o‘smalarning biologik xususiyatlari, umumiy populyatsiyada uchrash chastotasi va diagnostik tasdiqlash talablari o‘rtasidagi katta farqlardir. Shu bilan birga, og‘iz bo‘shlig‘i saratoni va qator potensial malignizatsiyalanuvchi zararlanishlar uchun xavfga yo‘naltirilgan yondashuvni qo‘llab-quvvatlovchi yetarlicha asosli dalillar to‘plangan [21–25].

Kerala shtatida o‘tkazilgan klasterli randomizatsiyalangan tadqiqot klassik misollardan biri bo‘lib qolmoqda. Mazkur tadqiqotda tamaki va alkogol ta’siri yuqori bo‘lgan shaxslarda davriy vizual ko‘rik og‘iz bo‘shlig‘i saratonidan o‘lim ko‘rsatkichlarining pasayishi bilan bog‘liqligi aniqlangan [21]. Ushbu natijani barcha sog‘liqni saqlash tizimlariga mexanik tarzda tatbiq etish to‘g‘ri emas. Biroq tadqiqotning asosiy g‘oyasi muhimdir: eng katta samaraga barcha aholini bir xil tekshirish orqali emas, balki dastlabki xavfi o‘rtacha darajadan yuqori bo‘lgan guruhlarda faol ishlash orqali erishiladi.

Zamonaviyroq tadqiqotlar ushbu pozitsiyani yanada mustahkamladi. Skrining uchun shaxslarni xavfga asoslangan holda tanlash tekshiruvlarning kutilayotgan diagnostik samaradorligini sezilarli oshirish imkonini beradi, ayniqsa chekish, alkogol iste’moli, yosh, klinik simptomlar va shilliq qavat

zararlanishlari birgalikda hisobga olinganda [20]. Shu bilan birga, Cochrane tizimli sharhi past xavfli populyatsiyadagi tashqi tomondan sog‘lom kattalarni klinik ko‘rikdan o‘tkazish aniq xavf stratifikatsiyasisiz keng ko‘lamli skrining dasturlarini joriy qilish uchun yetarli asos bo‘la olmasligini ta’kidlaydi [2,3,7]. So‘nggi yillardagi tizimli sharhlar ham foyda va xarajatlar nisbatining eng maqbul ko‘rsatkichlari yuqori xavf guruhlariga yo‘naltirilgan strategiyalar va opportunistik aniqlash yordamida ta’minlanishini ko‘rsatmoqda [24, 25].

Amaliy nuqtayi nazardan bu quyidagilarni anglatadi. 40 yoshdan oshgan, tamaki ta’siri mavjud, alkogolni suiiste’mol qiluvchi, shilliq qavatning surunkali travmatizatsiyasi yoki ilgari aniqlangan potensial malignizatsiyalanuvchi zararlanishi bo‘lgan bemor sog‘liqni saqlash tizimi bilan har qanday aloqada maqsadli ko‘rik obyekti bo‘lishi lozim. Bunday yondashuvda stomatolog huzuridagi profilaktik ko‘rik, disfoniya sababli LOR shifokoriga murojaat yoki disfagiya tufayli birlamchi bo‘g‘inga tashrif alohida epizodlar sifatida emas, balki o‘sma jarayonini faol ravishda istisno qilish imkoniyati sifatida baholanadi.

Natija va tahlillar

Yana bir muhim jihat shundaki, faol aniqlash noto‘g‘ri xotirjamlik hissini yuzaga keltirmasligi kerak. Yuzaki ko‘rikning manfiy natijasi simptomlar saqlanib qolayotgan hollarda bemorni takroriy baholash zaruratini bekor qilmaydi. Aksincha, xavf omillarining noqulay kombinatsiyasi mavjud bemorda shilliq qavatdagi hatto kichik o‘lchamli zararlanish ham yirik, biroq yallig‘lanish tabiatiga ega ekanligi aniq bo‘lgan va sezilarli xavf ekspozitsiyasi bo‘lmagan bemordagi o‘zgarishga qaraganda faolroq diagnostik taktika talab qiladi.

1.4. Erta verifikatsiyaning instrumental va molekulyar asoslari

LOR a’zolari o‘smalarining zamonaviy erta diagnostikasi klinik gumonni bosqichma-bosqich kuchaytirish tamoyiliga asoslanadi. Birinchi bosqichni puxta klinik ko‘rik va standart endoskopiya, ikkinchi bosqichni yuzaki tomir va epitelial o‘zgarishlarni yaxshiroq vizualizatsiya qilishga imkon beruvchi usullar, uchinchi bosqichni esa morfologik hamda zarur hollarda molekulyar verifikatsiya tashkil qiladi. Ushbu bosqichlarning bir-biri bilan chalkashtirilishi diagnostik xatolarga olib kelishi mumkin. Hatto eng xarakterli endoskopik tasvir ham morfologik tasdiqning o‘rnini bosa olmaydi.

Endoskopik diagnostikaning eng foydali qo‘shimcha usullaridan biri tor spektrli tasvirlash - narrow-band imaging (NBI) texnologiyasidir. Sharh tadqiqotlariga ko‘ra, NBI yuzaki neoplastik o‘zgarishlarni yaxshiroq farqlash, zararlanish chegaralarini aniqlashtirish hamda orofaringeal soha, gipofaringeal soha va hiqildoq shilliq qavatini kuzatishda diagnostik aniqlikni oshirish imkonini beradi [25, 27]. Biroq ushbu usulni yakuniy tashxis qo‘yish vositasi sifatida emas, balki biopsiya uchun bemor va zararlangan hududni tanlash hamda diagnostik navigatsiyani yaxshilovchi vosita sifatida baholash lozim.

Bo‘yin limfadenopatiyasida ultratovush tekshiruvi nazoratida ingichka ignali aspiratsion biopsiya, ayrim hollarda esa core-biopsiya alohida o‘rin egallaydi. Ayniqsa birlamchi o‘sma aniq ko‘rinmayotgan holatlarda bu bemor uchun morfologik tasdiqqa olib boruvchi eng qisqa diagnostik yo‘llardan biri bo‘lishi mumkin [22, 26]. Ushbu taktika HPV bilan assotsiatsiyalangan orofaringeal saratonga gumon qilinganda ayniqsa muhim, chunki bunday bemorlarda kasallikning dastlabki belgisi og‘riqsiz kattalashgan bo‘yin limfa tuguni bo‘lishi mumkin.

So‘nggi yillarda suyuq biopsiya va so‘lak biomarkerlari juda faol o‘rganilmoqda. Aylanib yuruvchi o‘sma DNKsi, ekzosomalar va oqsil biomarkerlariga oid ma’lumotlar istiqbolli ko‘rinishiga qaramay, hozirgi bosqichda ushbu usullar kundalik populyatsion amaliyotda klinik ko‘rik, endoskopiya va to‘qima biopsiyasi asosidagi verifikatsiyaning o‘rnini bosa olmaydi [12,18]. Hozircha ularning roli ko‘proq yordamchi xarakterga ega: dinamik monitoring, xavfni aniqlashtirish va murakkab diagnostik holatlarda qo‘shimcha axborot olish.

Virus bilan assotsiatsiyalangan o‘smalarda esa molekulyar diagnostika allaqachon klinik standartlarning tarkibiga kirgan. Amerika Patologlar Kolleji — College of American Pathologists (CAP) tavsiyalari va ularning yangilangan variantlari orofaringeal saratonni stratifikatsiya qilishda HPV testlash va p16 immunogistokimyoviy markerining muhim o‘rnini belgilab berdi [8, 10]. Burun-halqum saratonida plazmadagi EBV DNKsidan foydalanish sezilarli yutuqlardan biri bo‘ldi. Yirik tadqiqotlar ushbu markerning, ayniqsa endemik hududlardagi yuqori xavf populyatsiyalarida, kasallikni erta aniqlash va monitoring qilish imkoniyatlarini tasdiqladi [3, 16, 23]. Endemik bo‘lmagan

sharoitlarda esa usul natijalarini yanada ehtiyotkorlik bilan va klinik kontekstni hisobga olgan holda talqin qilish talab etiladi.

Umuman olganda, jahon tajribasi aniq prinsipni shakllantiradi: erta diagnostika tizimga yagona «innovatsion» texnologiya kiritilganda emas, balki klinik gumon uchun past chegaraning tezkor endoskopiya, punksion yoki insizion biopsiya va sifatli patomorfologik interpretatsiya imkoniyati bilan uyg‘unlashganida samarali bo‘ladi.

2. O‘zbekiston bo‘yicha sharh

O‘zbekistonda LOR a’zolari o‘smalariga nisbatan onkologik hushyorlik masalasini muhokama qilish, avvalo, mavjud populyatsion ma’lumotlarning sifatiga doir muayyan cheklovlarni hisobga olishni talab qiladi. GLOBOCAN 2022 ma’lumotlariga ko‘ra, O‘zbekistonda lab va og‘iz bo‘shlig‘i saratonining 1010 ta yangi holati, hiqildoq saratonining 154 ta holati va gipofaringeal saratonning 151 ta holati hisoblangan. Biroq mazkur ko‘rsatkichlar modellashtirish asosida olingan. GCOning O‘zbekiston bo‘yicha ma’lumotnomasida mamlakat uchun to‘g‘ridan-to‘g‘ri milliy kasallanish ma’lumotlari mavjud emasligi va hisob-kitob o‘lim ko‘rsatkichlari modeli asosida amalga oshirilgani ochiq ko‘rsatilgan. Bu ushbu ma’lumotlarning ahamiyatini yo‘qqa chiqarmaydi, biroq mamlakatlararo taqqoslashlarda va, ayniqsa, faqat xalqaro baholashlarga tayangan holda boshqaruv qarorlarini qabul qilishda ehtiyotkorlikni talab qiladi.

Bunday sharoitda milliy va mintaqaviy ilmiy nashrlarning ahamiyati yanada ortadi. A.I. Xazratov va hammualliflarning O‘zbekiston Respublikasida og‘iz bo‘shlig‘i saratoni bilan kasallanishning hududiy xususiyatlariga bag‘ishlangan tadqiqotida 5015 ta holat tahlil qilingan bo‘lib, bemorlarning 62,5 foizini erkaklar tashkil etgan. Mualliflar kasallanish ko‘rsatkichlarida sezilarli hududiy tafovut mavjudligini qayd etgan. Eng yuqori standartlashtirilgan ko‘rsatkichlar Toshkent shahri, Navoiy, Qashqadaryo, Toshkent va Buxoro viloyatlarida aniqlangan. Tibbiy yordamni tashkil etish nuqtayi nazaridan bu respublika bo‘yicha yagona o‘rtacha ko‘rsatkich faol aniqlash va resurslarni kuchaytirish zarur bo‘lgan hududlarni yashirib qo‘yishi mumkinligini anglatadi.

J.R. Nurovning Buxoro viloyatida halqum saratoni epidemiologiyasiga bag‘ishlangan tadqiqoti yanada aniqroq ma’lumot beradi. 2015–2023-yillarda yiliga o‘rtacha 27 ga yaqin holat qayd etilgan, bemorlarning 80,9 foizini erkaklar tashkil qilgan, 73,4 foiz holatda esa orofaringeal saraton aniqlangan. Muallif, shuningdek, bemorlar orasida qishloq aholisi ulushining yuqoriligini, kasallikning kech bosqichlarda aniqlanishi sezilarli ekanini hamda bir yillik o‘lim ko‘rsatkichlarining noqulay tuzilishini qayd etgan. Ma’lum ma’noda bu mahalliy, biroq erta diagnostika muammosini juda yaqqol aks ettiruvchi modeldir: erkak jinsiga mansublik, xulq-atvor bilan bog‘liq xavf omillari, kech murojaat qilish va ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam markazigacha bo‘lgan hududiy masofa yagona klinik-tashkiliy muammoga birlashadi.

Xalqaro ma’lumotlarni O‘zbekistonda olib borilgan tadqiqotlar natijalari bilan taqqoslaganda, mamlakat uchun nafaqat davolash, balki aynan birinchi tibbiy kontaktning tashkiliy arxitekturasi muhim ekanligi namoyon bo‘ladi. Ko‘rik uchun ochiq bo‘lgan anatomik sohalardagi o‘smalar ulushi yuqori sharoitda bemor biopsiya o‘tkazish to‘g‘risida aniq qaror qabul qilinmasdan turib stomatolog, terapevt va LOR shifokori o‘rtasida bir necha marta yo‘naltirilmasligi lozim. Shuning uchun O‘zbekiston sharoiti umumiy onkologik savodxonlikni oshirish bilangina cheklanmasdan, birlamchi tibbiy-sanitariya bo‘g‘ini, stomatologik xizmat va LOR mutaxassislari uchun bir xil darajada tushunarli va qayta qo‘llash mumkin bo‘lgan yagona klinik yo‘naltirish tizimini joriy qilishni talab qiladi.

Kasallik yuklamasi nisbatan yuqori bo‘lgan hududlar hamda qishloq joylar alohida e’tiborni talab qiladi. Mazkur hududlarda tashkiliy samaraga qimmat va murakkab molekulyar tekshiruvlarni kengaytirishdan ko‘ra, dastlabki bosqichda shilliq qavat va bo‘yin sohasini standartlashtirilgan ko‘rikdan o‘tkazish, fibroendoskopiyaga tezkor kirishni ta’minlash hamda viloyat yoki respublika ixtisoslashtirilgan markazlari bilan sodda va samarali telemeditsina konsultativ aloqasini tashkil etish orqali erishish mumkin. Xalqaro ko‘rsatkichlarning bir qismi modellashtirishga asoslangan sharoitda mahalliy audit indikatorlari — I–II bosqichlarda aniqlangan holatlar ulushi, birlamchi murojaatdan biopsiyagacha bo‘lgan vaqt, bir yillik o‘lim ko‘rsatkichi va kasallik holatlarining hududiy taqsimoti — sog‘liqni saqlash tizimining real sifatini baholashda eng amaliy ko‘rsatkichlarga aylanadi.

O‘zbekiston uchun, ayniqsa, tarqoq diagnostik harakatlardan yagona xavfga yo‘naltirilgan tizimga o‘tish muhimdir. Bunday tizim xavf omillari va xavotirli simptomlarni aniqlashga mo‘ljallangan qisqa chek-listdan boshlanishi, yuqori xavf guruhidagi bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘i, orofaringeal soha va

bo‘yin limfa tugunlarini majburiy tekshirish bilan davom etishi hamda bemorni morfologik verifikatsiya mavjud bo‘lgan muassasaga tezkor yo‘naltirish bilan yakunlanishi kerak. Bunday tizimsiz, hatto sifatli klinik tavsiyalar ham amaliy vosita emas, balki faqat rasmiy hujjat bo‘lib qoladi.

3. MDH mamlakatlari bo‘yicha sharh

O‘zbekistondan tashqari MDH mamlakatlari tajribasini alohida tahlil qilish foydalidir, chunki ushbu hududga o‘xshash tashkiliy sharoitlar xos: umumiy tibbiyot maktabi merosi, davlat sog‘liqni saqlash tizimlarining katta roli, ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamdan foydalanish imkoniyatlarining hududlar bo‘yicha notekisligi hamda bemorlarning kech murojaat qilishi bilan bog‘liq o‘xshash muammolar. Shu sababli bunday taqqoslash faqat nazariy emas, balki bevosita amaliy ahamiyatga ega.

Rossiya tajribasi, avvalo, diagnostik yo‘naltirish jarayonining yuqori darajada rasmiylashtirilgani bilan ahamiyatlidir. 2024-yilgi hiqildoq saratoni bo‘yicha klinik tavsiyalarda o‘sma jarayoniga gumon qilingan bosqichning o‘zidayoq endoskopik baholash, morfologik verifikatsiya va bemorni boshqarish algoritmlariga qo‘yiladigan talablar belgilangan. Bu mintaqa uchun muhim yo‘nalish hisoblanadi. Biroq rasmiy algoritmning mavjudligi o‘z-o‘zidan erta diagnostikani kafolatlamaydi. Asosiy masala avvalgidek qolmoqda: bemor ushbu algoritmga qanchalik tez kiradi va takroriy simptomatik murojaatlar bosqichida yo‘qotilib qolmaydimi?

Qozog‘istonda 2017–2021-yillarda gipofaringeal saraton bo‘yicha olingan ma’lumotlar kasallanishning yaqqol geografik notekisligini ko‘rsatgan. Amaliy jihatdan bu o‘rtacha milliy ko‘rsatkich profilaktika va faol aniqlash tadbirlarini rejalashtirish uchun yetarli emasligini anglatadi. Xavfi yuqoriroq bo‘lgan hududlar onkologik hushyorlikning yanada intensiv tizimini, bemorlarni yo‘naltirishning o‘ziga xos logistikasini va, ehtimol, yuqori xavf guruhlarini profilaktik ko‘rikdan o‘tkazish hajmini oshirishni talab qiladi.

Belarusiyada 2000–2019-yillarda hiqildoqning xavfli o‘smalariga oid epidemiologik tahlil ham muammoning tizimli xarakterga ega ekanligini ko‘rsatgan. Mamlakatda III–IV bosqichlardagi holatlarning I–II bosqichlarga nisbatan ustunligi kuzatilgan, kasallanishning eng yuqori ko‘rsatkichlari esa 55–74 yosh guruhiga to‘g‘ri kelgan [40]. Bu shunchaki epidemiologik ko‘rsatkich emas. Mazkur holat anatomik zona ko‘rik uchun nisbatan qulay va asosiy simptomlardan biri — turg‘un disfoniya — yetarlicha tanish bo‘lishiga qaramay, erta diagnostik imkoniyat ko‘pincha qo‘ldan boy berilayotganini ko‘rsatuvchi tizimli indikator hisoblanadi.

Rossiya, Qozog‘iston va Belarus ma’lumotlarini umumlashtirganda, MDH hududiga xos bir qator umumiy xususiyatlar kuzatiladi: erkaklar orasida kasallanishning ustunligi, kasallikning kech bosqichlarda aniqlanishi yuqoriligi, hududiy notekislik va diagnostik natijaning birlamchi ko‘rik sifatiga kuchli bog‘liqligi. Stomatologiya xizmatining roli esa nisbatan kamroq muhokama qilinadi, holbuki aynan stomatologik xizmat og‘iz bo‘shlig‘i va orofaringeal sohadagi zararlanishlarni erta aniqlashda katta imkoniyatlarga ega. Bu, ehtimol, butun mintaqada erta diagnostikani takomillashtirishning muhim zaxiralaridan biridir.

4. Onkologik hushyorlik va erta diagnostikaning taklif etilayotgan fanlararo algoritmi

Ko‘rib chiqilgan ilmiy adabiyotlar asosida kam uchraydigan yuqori texnologik yechimlarga emas, balki o‘smaga dastlabki gumon paydo bo‘lishidan morfologik verifikatsiyagacha bo‘lgan diagnostik yo‘qotishlarni kamaytirishga qaratilgan algoritmni taklif qilish mumkin. Ushbu algoritmning asosiy mazmuni amaliy va sodda: xavfni qisqa muddatda baholash, ko‘rik uchun ochiq anatomik sohalarni majburiy tekshirish, endoskopiyaga yo‘llash uchun past klinik chegarani belgilash, punksion yoki insizion biopsiyani erta bajarish va diagnostik vaqt intervallarini nazorat qilish. Boshqacha aytganda, mazkur algoritm onkologik statsionarda emas, bemorning birinchi tibbiy kontakt joyida boshlanishi lozim.

Bunday diagnostik yo‘nalishni shakllantirishda xavfni ekspozitsiya omillari va xavotirli simptomlarning kombinatsiyasi asosida baholash kerak. Quyida kuzatuvchan yoki uzoq muddatli kutish taktikasini qo‘llash maqsadga muvofiq bo‘lmagan klinik xavf profillari keltiriladi. Xavotirli simptom alohida holda emas, balki bemorning anamnezi va mavjud xavf omillari bilan birgalikda baholanadi. Masalan, infeksiyadan keyin saqlanib qolgan turg‘un disfoniyaning diagnostik ahamiyati bir xil bo‘lsa, ko‘p yillik chekish anamneziga ega bemorda kuzatiladigan xuddi shunday disfoniya mutlaqo boshqa darajadagi onkologik xavfni anglatadi. Xuddi shu tamoyil shilliq qavat yarasi, bo‘yin limfa tugunining kattalashishi yoki otoskopik sabab aniqlanmagan bir tomonlama quloq og‘rig‘iga ham taalluqlidir.

Agar shifokor har bir klinik vaziyatda ushbu masalani faqat individual tajriba va intuitiv qaror asosida qayta baholasa, diagnostik taktika va bemorni yo‘naltirish muddatlari bo‘yicha sezilarli tafovutlar yuzaga keladi. Aksincha, qaror qabul qilish yagona, qisqa va standartlashtirilgan chek-listga asoslanganda, klinik yondashuvlar o‘rtasidagi tafovut kamayadi va bemorni o‘z vaqtida keyingi diagnostik bosqichga yo‘naltirish imkoniyati ortadi.

Keyingi muhim bosqich diagnostik harakatlarni ularni bajarish muddati va mas’ul ijrochilar bo‘yicha standartlashtirishdan iborat. Ayniqsa, bemorning bir xil diagnostik bosqichni turli tibbiy bo‘g‘inlarda yangi diagnostik ma’lumot olinmasdan takroran o‘tishiga yo‘l qo‘ymaslik muhimdir. Har bir keyingi yo‘naltirish bosqichi klinik yoki instrumental jihatdan yangi axborot berishi va bemorni morfologik verifikatsiyaga yaqinlashtirishi lozim.

Birinchi bosqichda ko‘rikni qat’iy va tizimli tashkil etish hal qiluvchi ahamiyatga ega. Xavf guruhiga mansub bemorlarda shifokor faqat shikoyatlarni aniqlash bilan cheklanmasdan, og‘iz bo‘shlig‘i va orofaringeal sohani maqsadli ravishda ko‘zdan kechirishi, zarurat tug‘ilganda nazofaringeal sohani tekshirishi hamda bo‘yin sohasini majburiy palpatsiya qilishi lozim. Stomatologik amaliyotda bu profilaktik qabul doirasini shilliq qavatning onkologik jihatdan ahamiyatli o‘zgarishlarini aniqlashga qaratilgan ko‘rik bilan kengaytirishni anglatadi. Umumiy amaliyot shifokori uchun esa simptomlar davom etayotgan hollarda yallig‘lanishga qarshi davolash kurslarini asossiz ravishda takrorlashdan voz kechish zarur. LOR-shifokor amaliyotida esa endoskopik tekshiruvga o‘tish uchun klinik chegara imkon qadar past bo‘lishi kerak [15–17]. Ikkinchi bosqichda morfologik verifikatsiyani qisqa muddatlarda amalga oshirish asosiy vazifalardan biri hisoblanadi. Shilliq qavat zararlanishiga shubha mavjud bo‘lganda erta insizion biopsiya ustuvor usul sifatida ko‘rib chiqilishi lozim. Bo‘yin limfadenopatiyasida ultratovush tekshiruvi nazoratida ingichka ignali aspiratsion biopsiya yoki core-biopsiyani bajarish ko‘pincha diagnostikaning eng maqbul dastlabki bosqichi hisoblanadi. Bunday vaziyatlarda «klinik manzaraning yanada ravshanlashishini» kutish taktikasi kamdan-kam hollarda asosli bo‘ladi. Aksincha, diagnostik kechikish ko‘pincha kasallikning kech bosqichlarda aniqlanishiga olib kelib, keyinchalik yanada agressiv va murakkab davolash usullarini qo‘llash zaruratini yuzaga keltiradi.

Molekulyar markerlardan foydalanishda muvozanatli yondashuv talab etiladi. Ularni asossiz ravishda keng qo‘llash maqsadga muvofiq emas, biroq zamonaviy diagnostik jarayonda ularning ahamiyatini inkor etish ham mumkin emas. Orofaringeal saratonda p16/HPV profillash, nazofaringeal o‘smaga shubha qilinganda esa Epstein–Barr virusi bilan bog‘liq diagnostik testlar klinik qaror qabul qilishga bevosita ta’sir ko‘rsatadigan hollarda diagnostik marshrutga integratsiya qilinishi lozim [31–34]. Shu bilan birga, suyuq biopsiya va so‘lak biomarkerlari panellari hozircha birlamchi ommaviy skriningning asosiy vositasi sifatida emas, balki istiqbolli qo‘shimcha diagnostik texnologiyalar sifatida baholanishi maqsadga muvofiq [26, 27].

O‘zbekiston, shuningdek, MDH mamlakatlari uchun diagnostik algoritmning o‘zi bilan bir qatorda uning samaradorligini baholash tizimini shakllantirish ham muhim ahamiyat kasb etadi. Agar tibbiyot muassasasida bemorning birinchi murojaatidan biopsiya o‘tkazilishigacha bo‘lgan vaqt medianasi aniqlanmasa, I–II bosqichlarda tashxis qo‘yilgan holatlar ulushi muntazam monitoring qilinmasa hamda kasallik kech aniqlangan bemorlarda bir yillik o‘lim ko‘rsatkichlari tahlil etilmasa, diagnostik tizimdagi yo‘qotishlarni obyektiv baholash imkoniyati cheklanadi. Bunday qayta aloqa mexanizmlarining mavjud emasligi hatto malakali klinik mutaxassislarning faoliyatini ham tizimli ko‘rsatkichlardan mahrum etadi.

Diagnostik algoritmni hududiy amaliyotga moslashtirish uch asosiy yo‘nalishda amalga oshirilishi maqsadga muvofiq. Birinchi yo‘nalish — tamaki va alkogol bilan bog‘liq yuqori xavf omillariga ega bemorlarda, shuningdek, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining potensial malignizatsiyalanuvchi zararlanishlari aniqlangan shaxslarda og‘iz bo‘shlig‘i va bo‘yin sohasini majburiy tekshiruvdan o‘tkazishdir. Ikkinchi yo‘nalish — takroriy va ortiqcha konsultatsiyalar bosqichini qisqartirgan holda endoskopiya va biopsiyaga tezlashtirilgan yo‘llanma tizimini yaratishdan iborat. Uchinchi yo‘nalish esa, ayniqsa viloyat markazlaridan uzoq joylashgan va morfologik verifikatsiyagacha bo‘lgan vaqt obyektiv ravishda uzayadigan hududlarda telemeditsina imkoniyatlaridan faol foydalanishni nazarda tutadi. Bunday tashkiliy yondashuv zamonaviy diagnostik testlarni joriy etishga nisbatan kamroq texnologik ko‘rinishi mumkin, biroq erta aniqlash muddatlarini qisqartirishga doir real klinik natija ko‘pincha aynan samarali tashkiliy choralar hisobiga ta’minlanadi.

Xulosa

1. Mazkur adabiyotlar sharhidan kelib chiqadigan amaliy xulosa shundan iboratki, LOR-a'zolari o'smalariga nisbatan onkologik hushyorlikni oshirish mavhum chaqiriqlar asosida emas, balki aniq diagnostik marshrut, belgilangan muddatlar, standartlashtirilgan «qizil bayroq» mezonlari, erta morfologik verifikatsiya va muntazam audit tizimi asosida tashkil etilishi lozim. Aynan bunday yondashuv erta diagnostika masalasini nazariy tavsiyalar doirasidan chiqarib, o'lchanadigan va amaliy jihatdan baholanadigan klinik natijalar tizimiga aylantirish imkonini beradi.
2. Zamonaviy ilmiy adabiyotlar LOR-a'zolari o'sma kasalliklarini erta aniqlashga oid asosiy tamoyilni yetarlicha aniq belgilab beradi. Erta diagnostika samaradorligi faqat ixtisoslashtirilgan onkologik xizmatlarning texnik va klinik imkoniyatlariga emas, balki bemorning sog'liqni saqlash tizimi bilan birinchi kontaktining sifatiga ham bevosita bog'liq. Endoskopik, radiologik va molekulyar diagnostika usullari mavjud bo'lishiga qaramay, birlamchi tibbiy bo'g'in shifokori, stomatolog va LOR-shifokor yagona diagnostik marshrut asosida faoliyat yuritmasa hamda bir xil klinik xavf belgilariga tayangan holda qaror qabul qilmasa, o'smalarning kech bosqichlarda aniqlanish muammosi saqlanib qoladi [15, 20].
3. Jahon tajribasi universal ommaviy skriningga nisbatan xavfga asoslangan maqsadli yondashuvning afzalligini ko'rsatadi. Hozirgi vaqtda eng ishonchli dalillar yuqori xavf guruhlarida og'iz bo'shlig'i saratoni va potensial malignizatsiyalanuvchi shilliq qavat zararlanishlarini faol aniqlash bo'yicha to'plangan. Boshqa anatomik lokalizatsiyalarda esa «qizil bayroq» simptomlarini o'z vaqtida aniqlash va bemorni kechiktirmasdan morfologik verifikatsiyaga yo'naltirish ustuvor ahamiyatga ega [21–25].
4. O'zbekiston uchun uchta muhim omil alohida e'tiborni talab qiladi: ayrim xalqaro epidemiologik baholarning modellashtirilgan ma'lumotlarga asoslanishi, milliy va hududiy ko'rsatkichlar o'rtasidagi sezilarli tafovutlar hamda yagona fanlararo diagnostik algoritmga bo'lgan ehtiyoj [35–37]. MDH mamlakatlari miqyosida esa kech tashxis qo'yilishi, hududiy tibbiy yordam imkoniyatlarining notekisligi va kasallikni aniqlash samaradorligining birlamchi bo'g'inda kuzatuv-kutish taktikasidan qanchalik erta voz kechilishiga bog'liqligi asosiy muammolar sifatida saqlanib qolmoqda [14-19].

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Клинические рекомендации. Рак гортани. Ассоциация онкологов России, Российское общество клинической онкологии, Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи. 2024.
2. Муаззамов Б.Б., Кутлиев С.Р., Хикматов Ж.С., Рамазонова Ш.С. Разработка оптимальной схемы использования заместительной терапии диффузно-токсического и эндемического зоба после проведенной тиреоидэктомии. В: Сборник трудов X Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье — основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения». Санкт-Петербург; 2015. Т. 10. С. 604–606.
3. Muazzamov B.B., Hamidov B.O. Совершенствование онкологической настороженности и ранней диагностики опухолевых заболеваний ЛОР-органов у пациентов с ведущими клиническими факторами риска. O'zbekiston harbiy tibbiyoti. 2026;(1):48–64.
4. Нуров Ж.Р. Эпидемиология рака глотки в Бухарской области. Вестник фундаментальной и клинической медицины. 2024;6(12):109–113.
5. Хазратов А.И., Ризаев Ж.А., Алиева Д.А., Ганиев А.А. Изучение региональных особенностей заболеваемости рака полости рта в Республике Узбекистане. Доктор ахборотномаси. 2024;3(115):104–108. https://doi.org/10.38095/2181-466X-20241153-104-108
6. Barsouk A., Aluru J.S., Rawla P., Saginala K., Barsouk A. Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. Med Sci (Basel). 2023;11(2):42. https://doi.org/10.3390/medsci11020042
7. Johnson D.E., Burtness B., Leemans C.R., Lui V.W.Y., Bauman J.E., Grandis J.R. Head and neck squamous cell carcinoma. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):92. https://doi.org/10.1038/s41572-020-00224-3
8. Gerstner A.O.H. Early detection in head and neck cancer — current state and future perspectives. GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2008;7. https://doi.org/10.3205/cto000051
9. Chi A.C., Day T.A., Neville B.W. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma — an update. CA Cancer J Clin. 2015;65:401–421. https://doi.org/10.3322/CAAC.21293

10. Hashim D., Genden E., Posner M., Hashibe M., Boffetta P. Head and neck cancer prevention: From primary prevention to impact of clinicians on reducing burden. Ann Oncol. 2019;30(5):744–756. https://doi.org/10.1093/annonc/mdz084
11. Irani S. New Insights into Oral Cancer — Risk Factors and Prevention: A Review of Literature. Int J Prev Med. 2020;11:202. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_403_18
12. International Agency for Research on Cancer. Oral Cancer Prevention. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 19. Lyon: IARC; 2023.
13. Lingen M.W., Abt E., Agrawal N., Chaturvedi A.K., Cohen E., D'Souza G., et al. Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity: A report of the American Dental Association. J Am Dent Assoc. 2017;148(10):712–727.e10. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.07.032
14. Lauritzen B.B., Jensen J.S., Grønhøj C., Wessel I., von Buchwald C. Impact of delay in diagnosis and treatment-initiation on disease stage and survival in oral cavity cancer: a systematic review. Acta Oncol. 2021;60:1083–1090. https://doi.org/10.1080/0284186X.2021.1931712
15. Nieminen M., Aro K., Mäkitie A., Harlin V., Kainulainen S., Jouhi L., Atula T. Challenges in diagnosing head and neck cancer in primary health care. Ann Med. 2021;53(1):26–33. https://doi.org/10.1080/07853890.2020.1802060
16. Sankaranarayanan R., Ramadas K., Thomas G., Muwonge R., Thara S., Mathew B., Rajan B.; Trivandrum Oral Cancer Screening Study Group. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2005;365(9475):1927–1933. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66658-5
17. Cheung L.C., Ramadas K., Muwonge R., Katki H.A., Thomas G., Graubard B.I., et al. Risk-Based Selection of Individuals for Oral Cancer Screening. J Clin Oncol. 2021;39(6):663–674. https://doi.org/10.1200/JCO.20.02855
18. Walsh T., Warnakulasuriya S., Lingen M.W., Kerr A.R., Ogden G.R., Glenny A.-M., Macey R. Clinical assessment for the detection of oral cavity cancer and potentially malignant disorders in apparently healthy adults. Cochrane Database Syst Rev. 2021;(12). https://doi.org/10.1002/14651858.CD010173.pub3
19. Parak U., Lopes Carvalho A., Roitberg F., Mandrik O. Effectiveness of screening for oral cancer and oral potentially malignant disorders (OPMD): A systematic review. Prev Med Rep. 2022;30:101987. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101987
20. Guntinas-Lichius O., Bücking C., Ng S.P., López F., Rodrigo J.P., Rao K.N., et al. Targeted Screening Strategies for Head and Neck Cancer: A Global Review of Evidence, Technologies, and Cost-Effectiveness. Diagnostics (Basel). 2025;15(16):2095. https://doi.org/10.3390/diagnostics15162095
21. Chabrillac E., Dupret-Bories A., Vairel B., Woisard V., De Bonnecaze G., Vergez S. Narrow-Band Imaging in oncologic otorhinolaryngology: State of the art. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2021;138(6):451–458. https://doi.org/10.1016/j.anorl.2021.03.004
22. Galli J., Settimi S., Mele D.A., Salvati A., Schiavi E., Parrilla C., Paludetti G. Role of Narrow Band Imaging Technology in the Diagnosis and Follow up of Laryngeal Lesions: Assessment of Diagnostic Accuracy and Reliability in a Large Patient Cohort. J Clin Med. 2021;10(6):1224. https://doi.org/10.3390/jcm10061224
23. Wagner J.M., et al. Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration With Optional Core Needle Biopsy for Diagnosis of Previously Treated Head and Neck Malignancy in the Community Otolaryngology Practice. J Ultrasound Med. 2019;38(9):2275–2284. https://doi.org/10.1002/jum.14918
24. Cabezas-Camarero S., Pérez-Segura P. Liquid Biopsy in Head and Neck Cancer: Current Evidence and Future Perspective on Squamous Cell, Salivary Gland, Paranasal Sinus and Nasopharyngeal Cancers. Cancers (Basel). 2022;14(12):2858. https://doi.org/10.3390/cancers14122858
25. Bastías D., Maturana A., Marín C., Martínez R., Niklander S.E. Salivary Biomarkers for Oral Cancer Detection: An Exploratory Systematic Review. Int J Mol Sci. 2024;25(5):2634. https://doi.org/10.3390/ijms25052634
26. Chan K.C.A., Woo J.K.S., King A., Zee B.C.Y., Lam W.K.J., Chan S.L., et al. Analysis of Plasma Epstein-Barr Virus DNA to Screen for Nasopharyngeal Cancer. N Engl J Med. 2017;377(6):513–522. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1701717
27. Lee V.H.F., Adham M., Ben Kridis W., et al. International recommendations for plasma Epstein-Barr virus DNA measurement in nasopharyngeal carcinoma in resource-constrained settings: lessons from the COVID-19 pandemic. Lancet Oncol. 2022;23(12)–e551. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00505-8

Qabul qilingan sana 20.09.2026