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

UQK 616.31-006.6+616.321-006.6-08-036.82

KOMPLEKS DAVOLASHDAN KEYIN OG'IZ BO'SHLIG'I VA OG'IZ-HALQUM SARATONIDA FUNKSIONAL VA NUTRITIV BUZILISHLARNI TIKLASH: MODULLI INDIVIDUAL REABILITATSIYA DASTURINING NATIJALARI

Alimov Jamshid Mahmudjonovich Email: AlimovJ@mail.ru

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Rezyume***

Og'iz bo'shlig'i va og'iz-halqum saratoni bilan og'rigan bemorlarda o'smaga qarshi kompleks davodan keyin yuzaga keladigan funksional va nutritiv buzilishlarni tiklashda modulli individual reabilitatsiya dasturining samaradorligini standart reabilitatsiya bilan solishtirib baholash.

Prospektiv qiyosiy tadqiqotda (2022–2026-yillar, "Akfa Medline" klinikasi) 110 nafar bemor ishtirok etdi. Asosiy guruh (n=60) sindromal-modulli yondashuv asosida shakllantirilgan dastur ("Disfagiya", "Trizm", "Nutq", "Limfostaz va yelka kamari", "Ovqatlanish" modullari) bo'yicha, taqqoslash guruhi (n=50) esa standart reabilitatsiya bo'yicha shug'ullandi. Nazorat guruhini 30 nafar amalda sog'lom shaxs tashkil qildi. Ko'rsatkichlar reabilitatsiya boshlanishidan oldin hamda 1, 3, 6 va 12 oy o'tgach baholandi (EAT-10, FOIS, og'izning maksimal ochilishi, nutq ravonligi, bo'yin aylanasi, VASH, goniometriya, tana vazni, NRS-2002, albumin).

12 oydan keyin asosiy guruhda EAT-10 balli 19,6±6,1 dan 3,8±3,1 gacha tushdi (taqqoslash guruhida — 8,7±4,4 gacha; p<0,001); to'liq peroral ovqatlanish (FOIS 7) bemorlarning 73,3 foizida tiklandi (taqqoslash guruhida — 46,0%). Og'iz ochilishi 27,8±6,4 mm dan 39,2±4,8 mm gacha kengaydi (taqqoslash guruhida — 34,5±5,2 mm; p<0,001), trizm esa 21,7% bemorda saqlanib qoldi (taqqoslash guruhida — 48,0%; p=0,003). Nutq tushunarliligi 90,6±7,8% ni (taqqoslash guruhida — 78,8±9,7%; p<0,001), limfostaz 16,7% ni (38,0%; p=0,016), VASH bo'yicha og'riq 1,3±1,0 ballni (2,6±1,3 ball; p<0,001) tashkil etdi. Ovqatlanish yetishmovchiligi xavfi (NRS-2002 ≥3) mavjud bemorlar ulushi 13,3% gacha kamaydi (taqqoslash guruhida — 32,0%; p=0,022).

Yetakchi reabilitatsiya sindromlariga qarab tanlangan modulli dastur yutish, og'iz ochish, nutq, limfa oqimi va ovqatlanish funksiyalarini standart reabilitatsiyaga nisbatan to'liqroq tiklaydi. Guruhlar o'rtasidagi farqlar 3-oydan boshlab ishonchli bo'ladi va 12-oyga kelib yanada kuchayadi.

Kalit so'zlar: reabilitatsiya, og'iz bo'shlig'i saratoni, og'iz-halqum saratoni, disfagiya, trizm, limfostaz, nutritiv yordam.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ МОДУЛЬНОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Алимов Жамшид Махмуджонович

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г. Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

Сопоставить с обычной реабилитацией эффективность модульной индивидуальной программы восстановления функциональных и нутритивных нарушений у пациентов с раком полости рта и ротоглотки, перенесших комплексное противоопухолевое лечение.

В проспективном сравнительном исследовании (2022–2026 гг., клиника «Akfa Medline») участвовали 110 пациентов. Основная группа (n=60) занималась по программе, составленной по синдромально-модульному принципу (модули «Дисфагия», «Тризм», «Речь», «Лимфостаз и плечевой пояс», «Питание»), группа сравнения (n=50) получала

стандартную реабилитацию. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых человек. Показатели оценивали перед началом реабилитации, а также спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев (EAT-10, FOIS, максимальное открывание рта, разборчивость речи, окружность шеи, ВАШ, гониометрия, масса тела, NRS-2002, альбумин). Результаты. К 12-му месяцу в основной группе балл EAT-10 уменьшился с 19,6±6,1 до 3,8±3,1 (в группе сравнения — до 8,7±4,4; p<0,001); полностью восстановили пероральное питание (FOIS 7) 73,3% пациентов против 46,0%.

Открывание рта выросло с 27,8±6,4 до 39,2±4,8 мм (в группе сравнения — 34,5±5,2 мм; p<0,001), а тризм остался у 21,7% пациентов против 48,0% (p=0,003). Разборчивость речи достигла 90,6±7,8% против 78,8±9,7% (p<0,001), доля лимфостаза составила 16,7% против 38,0% (p=0,016), выраженность боли по ВАШ — 1,3±1,0 против 2,6±1,3 балла (p<0,001). Доля пациентов с риском нутритивной недостаточности (NRS-2002 ≥3) сократилась до 13,3% против 32,0% (p=0,022).

Модульная программа, формируемая с учётом ведущих реабилитационных синдромов, позволяет полнее восстановить глотание, открывание рта, речь, лимфоотток и питание, чем стандартная реабилитация. Достоверные различия появляются к 3-му месяцу и усиливаются к 12-му.

Ключевые слова: реабилитация, рак полости рта, рак ротоглотки, дисфагия, тризм, лимфостаз, нутритивная поддержка.

RESTORATION OF FUNCTIONAL AND NUTRITIVE DISORDERS AFTER COMPREHENSIVE TREATMENT OF CANCER OF THE ORAL CAVITY AND OROPHARYNX: RESULTS OF MODULAR INDIVIDUAL REHABILITATION

Alimov Jamshid Mahmudjonovich

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Resume***

To compare the effectiveness of a modular individualised rehabilitation programme for functional and nutritional disorders after multimodal treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer with that of standard rehabilitation.

This prospective comparative study enrolled 110 patients, who were given either a syndrome-based modular programme (n=60) or standard rehabilitation (n=50); 30 healthy volunteers formed the reference group. Outcomes were assessed at baseline and after 1, 3, 6 and 12 months. Results. By 12 months, the EAT-10 score had decreased from 19.6±6.1 to 3.8±3.1 versus 8.7±4.4 (p<0.001), and 73.3% versus 46.0% of patients had returned to full oral intake (FOIS 7).

Mouth opening reached 39.2±4.8 mm versus 34.5±5.2 mm (p<0.001); trismus remained in 21.7% versus 48.0% (p=0.003). Speech intelligibility was 90.6±7.8% versus 78.8±9.7% (p<0.001), lymphoedema persisted in 16.7% versus 38.0% (p=0.016), and nutritional risk (NRS-2002 ≥3) in 13.3% versus 32.0% (p=0.022).

Rehabilitation tailored to each patient's leading impairments gives a fuller recovery of swallowing, mouth opening, speech, lymphatic drainage and nutrition than standard care.

Keywords: rehabilitation, oral cancer, oropharyngeal cancer, dysphagia, trismus, lymphoedema, nutritional support.

Dolzarbligi

O’g’iz bo’shlig’i va og’iz-halqum saratoni bosh va bo’yin sohasidagi eng og’ir kechadigan xavfli o’smalar qatoridan o’rin olmoqda. GLOBOCAN 2022 ma’lumotlariga binoan, dunyoda lab va og’iz bo’shlig’i saratonining 389 846 ta, og’iz-halqum saratonining esa 106 316 ta yangi holati ro’yxatga olingan [1]. O’zbekistonda 2015–2019-yillarda og’iz bo’shlig’i va og’iz-halqum saratoni bilan kasallanish har 100 000 aholiga 1,4 dan 2,1 gacha ko’tarilgan, kasallikning keng tarqalgan bosqichlarining ulushi ham ortgan [2]. Bemorlarning ko’pchiligi mehnatga layoqatli yoshdagi odamlardir. Kasallik kech aniqlangani sababli jarrohlik, nur va kimyoterapiyani birga qo’llashga to’g’ri keladi. Konform nurlantirish usullari (3D-CRT, IMRT, VMAT) qo’llanganda ham, davo turg’un funksional asoratlar qoldiradi. Trizm 6 oydan keyin

eng yuqori ko’rsatkichga (44,1%) chiqadi va 12 oydan so’ng bemorlarning 32,1 foizida saqlanadi [3]; kimyoterapiya qo’shilsa, uning rivojlanish xavfi yana ortadi (OR=2,55) [4]. Disfagiya halqum konstriktorlari olgan nurlanish dozasiga bog’liq [5]. Bosh va bo’yin sohasiga nur terapiyasi o’tkazilgan bemorlarning 80 foizigacha qismida mukozit, to’yib ovqatlanmaslik va vazn yo’qotish kuzatiladi [6]. Yuz va bo’yin limfostazi esa yutish hamda jismoniy funksiyalarning buzilishi bilan bog’liq [7, 13]. Bu asoratlar kamdan-kam yakka holda uchraydi: bir bemorning o’zida disfagiya, trizm, nutq buzilishi va ovqatlanish yetishmovchiligi birga kuzatilib, bir-birini kuchaytiradi. Shunga qaramay, ko’pchilik tadqiqotlar faqat alohida choralarni — yutish mashqlarini yoki trizm profilaktikasini — baholash bilan cheklanadi. Og’iz bo’shlig’i saratonida nutqni tiklash bo’yicha dalillar hamon yetarli emas [8]. Yurtimizda bu buzilishlarni bir vaqtda qamrab oladigan va validatsiyalangan shkalalar asosida tanlanadigan dastur hali yaratilmagan.

Tadqiqot maqsadi: kompleks davodan keyin og’iz bo’shlig’i va og’iz-halqum saratoni bilan og’rigan bemorlarda yutish, og’iz ochilishi, nutq, limfa oqimi, yelka kamari funksiyasi va nutritiv holatni tiklashda modulli individual reabilitatsiyaning samaradorligini baholash.

Material va usullar

Tadqiqotga kompleks davoning radikal bosqichini tugatgan, og’iz bo’shlig’i yoki og’iz-halqum saratoni morfologik jihatdan tasdiqlangan 110 nafar bemor jalb etildi.

1-jadval Bemorlarning klinik-demografik tavsifi

Ko’rsatkich	I guruh (n=60)	II guruh (n=50)	p
Yoshi, yil (M±SD)	56,8±8,9	57,4±9,1	0,729
Erkaklar, abs. (%)	46 (76,7)	38 (76,0)	0,935
Og’iz bo’shlig’i / og’iz-halqum saratoni, abs. (%)	34 (56,7) / 26 (43,3)	28 (56,0) / 22 (44,0)	0,944
III–IV bosqich, abs. (%)	43 (71,7)	35 (70,0)	0,848
T3–T4, abs. (%)	38 (63,3)	31 (62,0)	0,999*
N1–N3, abs. (%)	47 (78,3)	38 (76,0)	0,986*
Yassi hujayrali saraton, abs. (%)	57 (95,0)	47 (94,0)	0,819
Limfodisseksiyali operatsiya, abs. (%)	31 (51,7)	25 (50,0)	0,862
Nur terapiyasi, abs. (%)	52 (86,7)	43 (86,0)	0,919
Kimyo-nur terapiyasi, abs. (%)	38 (63,3)	31 (62,0)	0,885

*Izoh: * — barcha T (T1–T4) va N (N0–N3) toifalari bo’yicha taqsimotni taqqoslash*

2-jadval Dasturning funksional modullari va ularni tayinlash mezonlari

Modul	Tayinlash mezoni	Asosiy tarkibiy qismlar	Mutaxassis
Disfagiya	EAT-10 ≥3 va/yoki FOIS ≤5	Yutinish gimnastikasi; til, lab va halqum uchun mashqlar; kompensator usullar (boshni egish va burish, hiqildoq usti yutinishi); ovqat quyuq-suyuqligini bosqichma-bosqich o’zgartirib borish	Logoped, reabilitolog
Trizm	Og’izning ochilishi <35 mm	Chakka-pastki jag’ bo’g’imi (ChPJB) uchun faol va passiv mashqlar, chaynov mushaklarini cho’zish, og’iz kengaytirgich yordamida mexanoterapiya	Reabilitolog, stomatolog
Nutq	Nutq aniqligining pasayishi, artikulyatsiya buzilishi	Artikulyatsion gimnastika, tovushlarni to’g’ri qo’yish va avtomatlashtirish, nafas hamda ovoz mashqlari	Logoped
Limfostaz va yelka kamari	Limfostazning klinik yoki UTT belgilari; yelka va bo’yin harakatlarining cheklanishi	Yuz va bo’yinning manual limfodrenaji, bo’yin va yelka kamari uchun DJT, nafas gimnastikasi	Reabilitolog, DJT yo’riqchisi
Ovqatlanish	NRS-2002 ≥3 va/yoki PG-SGA B–C; tana vaznining >5% ga yo’qotilishi	Individual maslahat berish, ESPEN tavsiyalariga [6] muvofiq peroral ozuqaviy aralashmalar, tana vazni va laboratoriya ko’rsatkichlarini nazorat qilish	Diyetolog

Izoh: CHPJB — chakka-pastki jag’ bo’g’imi; DJT — davolovchi jismoniy tarbiya. Psixoemotsional korreksiya moduli alohida maqolada yoritilgan

Chiqarish mezonlari: faol retsidiv, uzoq metastazlar, dekompensatsiya bosqichidagi somatik kasalliklar, aniq ifodalangan kognitiv yoki ruhiy buzilishlar, mashqlarni bajara olmaslik.

Bemorlar asosiy guruhga (I, n=60) va qiyoslash guruhiga (II, n=50) bo'lindi [usulni ko'rsating: randomizatsiya yoki ketma-ket kiritish].

Nazorat guruhini (III, n=30) jinsi va yoshi bo'yicha mos keladigan amalda sog'lom shaxslar tashkil etdi; ularning ko'rsatkichlari shartli me'yor deb qabul qilindi. I va II guruhlar klinik-demografik belgilari hamda davo hajmi jihatidan o'zaro farqlanmadi (1-jadval). 110 nafar bemorning barchasi 12 oylik kuzatuvni oxiriga yetkazdi.

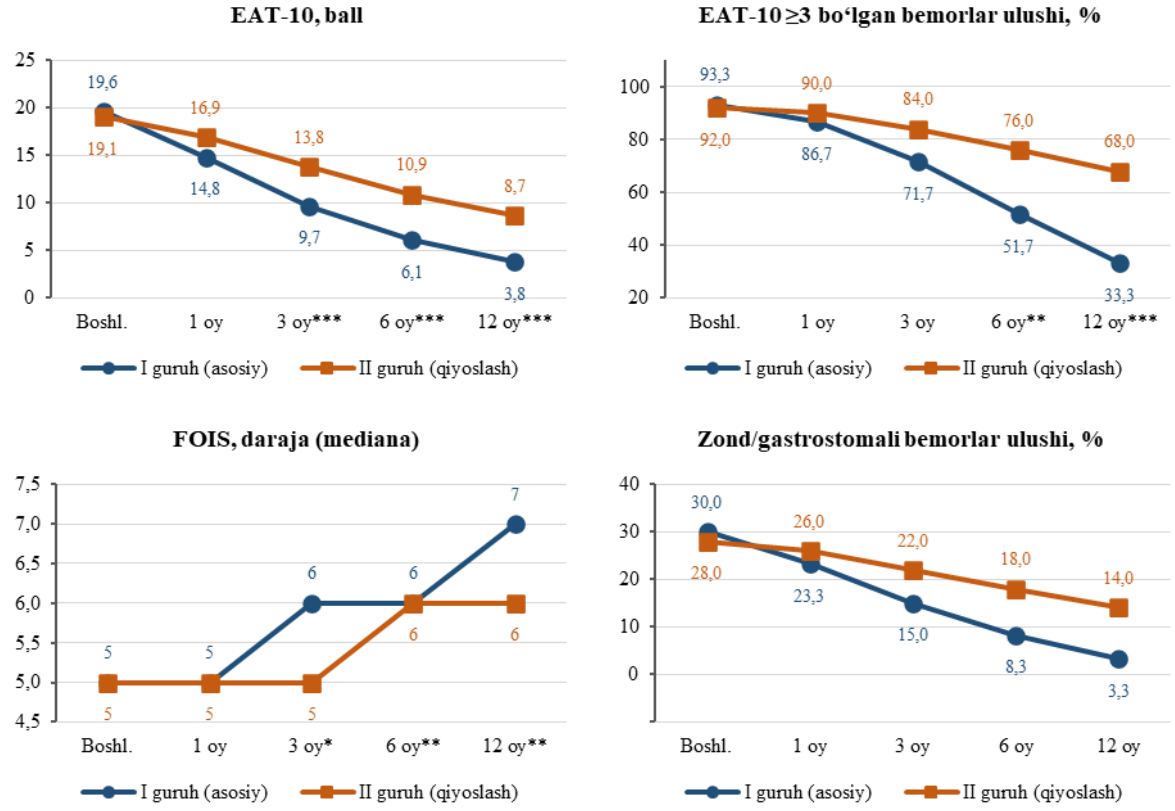
Reabilitatsiya dasturi. I guruhda dastur sindromal-modulli yondashuv asosida tuzildi. Boshlang'ich baholash natijalariga qarab, har bir bemorda yetakchi va hamroh reabilitatsiya sindromlari aniqlandi hamda tegishli modullar buyurildi (2-jadval). Barcha bemorlarga bazaviy komponent qo'llandi: u og'iz bo'shlig'i parvarishini (kserostomiyada namlovchi vositalar, ftorli tish pastalari, stomatolog nazorati) va uyda mustaqil bajariladigan mashqlarni o'rgatishni o'z ichiga oldi. Jarayonni multidissiplinar jamoa — onkolog, reabilitolog, logoped, diyetolog, psixolog, stomatolog va DJT instruktori — boshqardi. Mashg'ulotlarning davomiyligi, tez-tezligi va kursi: [har bir modul uchun ko'rsatilsin]. Har bir nazorat bosqichida dastur qayta ko'rib chiqildi: maqsadga erishilgan bo'lsa, modul qo'llab-quvvatlovchi rejimga o'tkazildi, ijobiy o'zgarish bo'lmasa — mashg'ulotlar jadallashtirildi yoki qo'shimcha mutaxassis jalb etildi.

II guruhda buzilishlar skrininglanmadi va modullar individual tanlanmadi; standart reabilitatsiya — umumiy DJT, simptomatik davo, umumiy tavsiyalar hamda ko'rsatma bo'lganda fizioterapiya yoki logoped yordami — o'tkazildi.

Natija va tahlillar

Ko'rsatkichlar reabilitatsiya boshlanishidan oldin (T0) hamda 1 (T1), 3 (T2), 6 (T3) va 12 (T4) oy o'tgach o'lchandi. Yutish funksiyasi EAT-10 so'rovnomasi (≥3 ball — disfagiya belgisi) [9] va FOIS shkalasi (7-daraja — cheklovsiz to'liq peroral ovqatlanish) [10] yordamida baholandi.

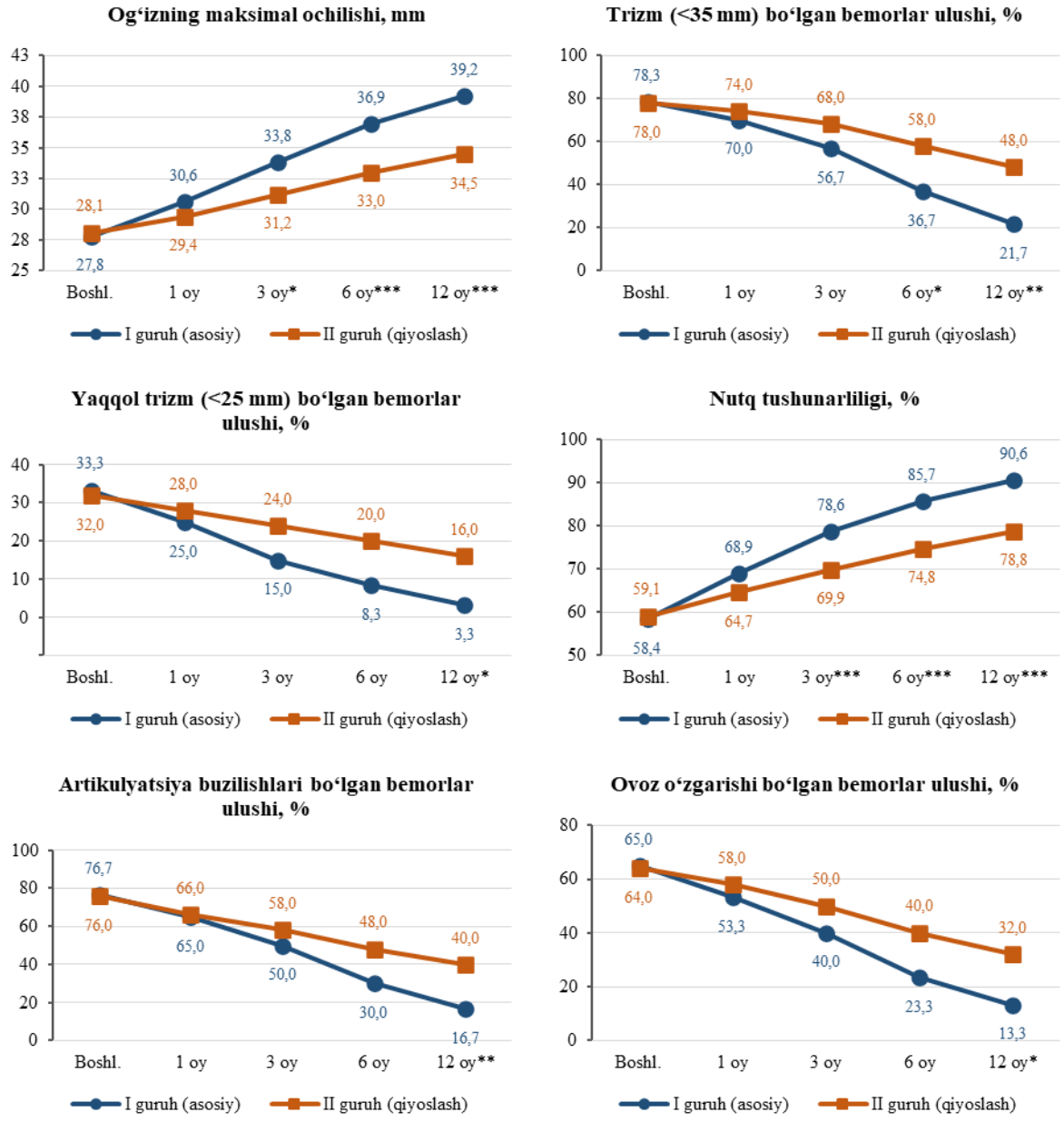
1-rasm Yutish ko'rsatkichlari dinamikasi



*Izoh: * — p<0,05; ** — p<0,01; *** — p<0,001 (I va II guruhlar o'rtasidagi farq); nazorat guruhida EAT-10 — 0,8±1,0 ball, FOIS — 7 [7–7]*

Og’izning maksimal ochilishi markaziy kurak tishlar oralig’ida o’lchandi; <35 mm trizm [11], <25 mm esa yaqqol trizm deb hisoblandi. Nutq tushunarliligi

2-rasm Og’iz ochilishi va nutq funksiyasi dinamikasi



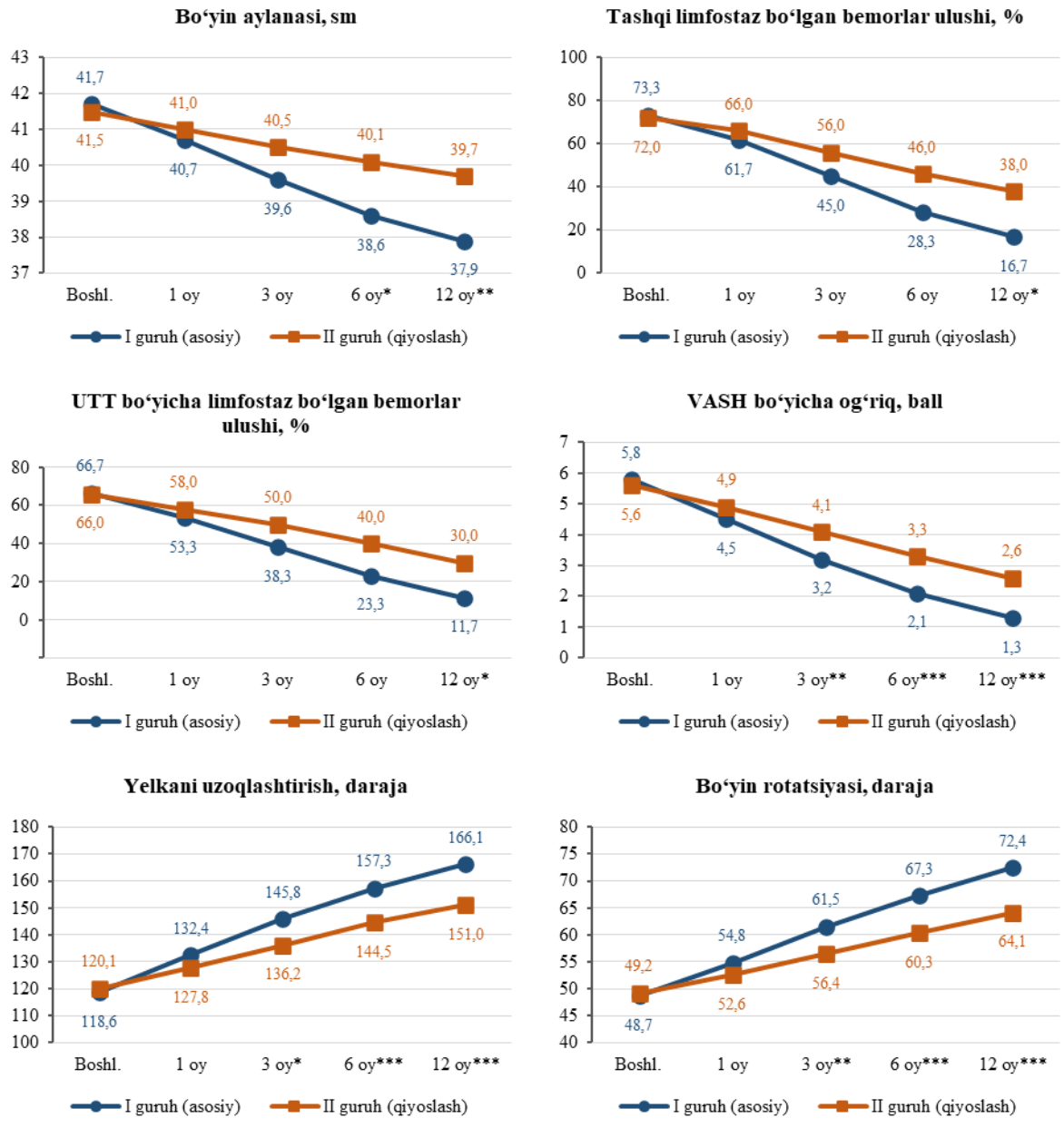
*Izoh: * — p<0,05; ** — p<0,01; *** — p<0,001 (I va II guruhlar o’rtasidagi farq); nazorat guruhida og’izning ochilishi — 44,6±3,8 mm, nutqning ravonligi — 96,8±3,1% ni tashkil etdi*

Speech Intelligibility Rating shkalasi va logopedik foiz ko’rsatkichi orqali aniqlandi; artikulyatsiya buzilishlari va ovoz o’zgarishlari alohida qayd etildi. Limfostaz bo’yin aylanasi, palpatsiya va yumshoq to’qimalar UTT natijalariga ko’ra baholandi. Og’riq darajasi vizual-analog shkala (VASH, 0–10) bilan, yelkani uzoqlashtirish va bo’yin rotatsiyasi hajmi esa goniometriya yordamida o’lchandi. Nutritiv status tana vazni, tana vazni indeksi (TVI), NRS-2002 [12], PG-SGA va qon zardobidagi albumin miqdori asosida baholandi. Statistik tahlil SPPS dasturida bajarildi. Taqsimotning normalligi Shapiro–Uilk mezoni bilan tekshirildi. Ma’lumotlar M±SD, Me [IQR] yoki mutlaq sonlar (%) shaklida berildi. Guruhlar Styudent t-mezoni yoki Mann–Uitni U-mezoni bilan, ulushlar esa χ^2 mezoni yoki Fisherning aniq mezoni (kutilgan chastotalar <5 bo’lganda) bilan solishtirildi. Guruh ichidagi

dinamika takroriy o'lchovlarning dispersion tahlili yoki Fridman mezoni, bog'liqlik esa Spirmen korrelyatsiyasi yordamida baholandi. p<0,05 bo'lganda farqlar statistik ahamiyatli deb qabul qilindi.

Natijalar. Boshlang'ich holatda funksional buzilishlar tez-tez uchradi va bir-biri bilan qo'shilib keldi. 110 nafar bemorning 102 nafarida (92,7%) disfagiya (EAT-10 ≥3), 93 nafarida (84,5%) nutq tushunarliligining pasayishi, 86 nafarida (78,2%) trizm, 80 nafarida (72,7%) yuz va bo'yin limfostazi, 76 nafarida (69,1%) yelka kamari disfunksiyasi, 69 nafarida (62,7%) esa to'yib ovqatlanmaslik xavfi (NRS-2002 ≥3) aniqlandi. Bu ma'lumotlarga ko'ra, disfagiya bemorlarning kamida 70,9 foizida trizm bilan birga kechgan.

3-rasm Limfostaz, og'riq va yelka kamari harakatchanligining dinamikasi



*Izoh: * — p<0,05; ** — p<0,01; *** — p<0,001 (I va II guruhlar o'rtasidagi farq); nazorat guruhida bo'yin aylanasi — 37,2±2,8 sm, VASh — 0,4±0,6 ball, yelka abduksiyasi — 172,8±8,6°, bo'yin rotatsiyasi — 76,8±5,4°*

Boshlang'ich ko'rsatkichlar bo'yicha I va II guruhlar o'rtasida farq bo'lmadi (barcha holatlarda p>0,05). 12 oydan keyin yutish funksiyasi yaxshilandi: EAT-10 balli I guruhda 15,8 ga, II guruhda 10,4 ga kamaydi (1-rasm). Guruhlar o'rtasidagi farq allaqachon 3-oyda statistik ishonchli bo'ldi

(13,8±5,4 ga nisbatan 9,7±4,9; p<0,001). 12-oyga kelib to'liq peroral ovqatlanish (FOIS 7) I guruhda bemorlarning 73,3 foizida, II guruhda 46,0 foizida tiklandi. Zond yoki gastrostomaga muhtojlik mos ravishda 2 (3,3%) va 7 (14,0%) bemorda saqlanib qoldi; holatlar soni kamligi tufayli bu farq statistik ahamiyatga ega bo'lmadi (Fisherning aniq mezoni, p=0,076).

Trizm va nutq

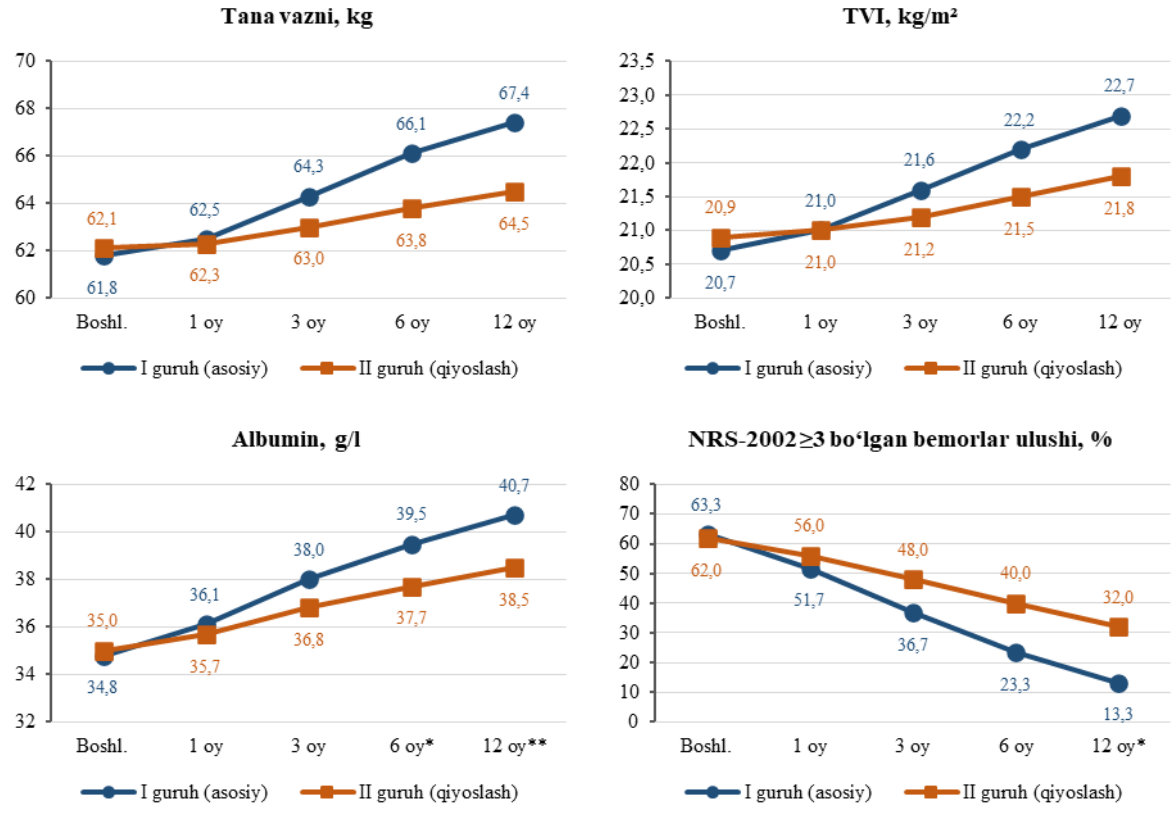
Og'izning maksimal ochilishi I guruhda 11,4 mm ga, II guruhda 6,4 mm ga kengaydi (2-rasm); nazorat guruhida bu ko'rsatkich 44,6±3,8 mm ni tashkil etdi. 12-oyda trizm bemorlarning mos ravishda 21,7% va 48,0 foizida, yaqqol trizm esa 3,3% va 16,0 foizida saqlanib qoldi. Nutq tushunarliligi I guruhda 32,2 foiz bandiga, II guruhda 19,7 foiz bandiga ortdi. 12-oyda qoniqarli darajada tushunarli nutq bemorlarning 86,7% va 70,0 foizida kuzatildi (p=0,032). Til va og'iz bo'shlig'i tubi rezeksiyasidan keyin nutq sekinroq tiklandi: mos ravishda 78,3% va 56,5%.

Bo'yin aylanasi I guruhda 3,8 sm ga, II guruhda 1,8 sm ga qisqardi (3-rasm). Tashqi limfostaz 12-oyda bemorlarning mos ravishda 16,7% va 38,0 foizida saqlanib qoldi. Boshlang'ich holatda bo'yin limfodisseksiyasidan keyingi yelka kamari disfunksiyasi 68,3% va 70,0% bemorda aniqlangan edi (p=0,846). VAS bo'yicha og'riq mos ravishda 4,5 va 3,0 ballga pasaydi; I guruhda yelkani yon tomonga uzoqlashtirish burchagi me'yorga yaqinlashdi (nazorat guruhida 172,8°, bu guruhda 166,1°).

Nutritiv holat

12-oyga kelib NRS-2002 ≥3 bo'lgan bemorlar ulushi I guruhda 63,3% dan 13,3% gacha, II guruhda 62,0% dan 32,0% gacha tushdi (4-rasm). Albumin miqdori mos ravishda 5,9 va 3,5 g/l ga oshdi. Tana vazni o'rtacha 5,6 va 2,4 kg ga ko'paydi [o'sish ko'rsatkichini taqqoslash uchun p — aniqlashtirilsin]. EAT-10 balining kamayishi tana vazni ortishi bilan o'rtacha kuchda korrelyatsiyalandi (r=–0,58; p<0,001).

4-rasm Nutritiv holat dinamikasi



*Izoh: * — p<0,05; ** — p<0,01; *** — p<0,001 (I va II guruhlar o'rtasidagi farq); nazorat guruhida tana vazni — 68,9±8,1 kg, TVI — 23,1±2,4 kg/m², albumin — 42,3±3,2 g/l*

Guruhlar o'rtasidagi farqlar turli muddatlarda ko'zga tashlandi. 3-oyga kelib EAT-10, FOIS, og'iz ochilishi, nutq ravonligi, VASH va yelka harakatchanligi bo'yicha farqlar statistik ishonchli bo'ldi.

Bo’yin aylanasi, albumin va trizm ulushi bo’yicha farq 6-oyda, tashqi limfostaz va NRS-2002 bo’yicha esa faqat 12-oyda ishonchli darajaga chiqdi.

Muhokama. 12-oyda modulli dastur barcha funksional ko’rsatkichlar bo’yicha standart reabilitatsiyadan afzal chiqdi. Guruhlar o’sma bosqichi, joylashuvi va davo hajmi jihatidan bir-biriga mos bo’lgani uchun, kuzatilgan farqlarni asosan reabilitatsiya mazmuni bilan izohlash mumkin. Trizmning boshlang’ich darajasi (78,2%) meta-tahlilda keltirilgan eng yuqori ko’rsatkichdan (44,1%) yuqori bo’ldi [3]. Buni tanlanma xususiyati bilan tushuntirish mumkin: bemorlarning 70 foizida kasallik III–IV bosqichda aniqlangan, 63 foizi esa trizm xavfini oshiradigan kimyo-nur terapiyasini olgan [4]. 12-oyda asosiy guruhda trizm 21,7% bemorda saqlandi, bu adabiyotdagi 32,1% dan past [3]; taqqoslash guruhida esa u 48,0% ni tashkil etdi. Trizm 6-oygacha o’z-o’zidan kuchayib borgani uchun, ChPJB mashqlari va mexanoterapiyani iloji boricha erta boshlash va 1–6 oy davomida to’xtovsiz davom ettirish kerak. DARS randomizatsiyalangan tadqiqoti halqum konstriktorlari oladigan nur dozasini kamaytirish 12 oydan keyin yutish funksiyasini yaxshilashini ko’rsatgan (MDADI 70,6 ga nisbatan 77,7) [5]. Bizning natijalarimiz bu xulosani to’ldiradi: davo tugagach, maqsadli reabilitatsiya yutish funksiyasiga qo’shimcha foyda keltiradi (FOIS 7 — 46,0% ga nisbatan 73,3% bemorda). Zondga bog’liqlik 14,0% dan 3,3% gacha kamaydi, ammo bu ko’rsatkich bo’yicha statistik jihatdan ishonchli xulosa chiqarish uchun katta tanlanma kerak bo’ladi.

Disfagiyaning kamayishi bilan tana vaznining ortishi o’rtasidagi bog’liqlik (r=–0,58) «disfagiya → ovqatlanishning yomonlashuvi → vazn yo’qotilishi» zanjirini tasdiqlaydi. Shuning uchun ESPEN tavsiyasiga ko’ra, «Disfagiya» va «Ovqatlanish» modullarini birga tayinlash o’rinlidir [6]. Shuningdek, limfostazning kamayishi yutishning yaxshilanishi bilan parallel kechdi, bu ichki limfostazning disfagiyadagi o’rni haqidagi ma’lumotlarga muvofiq keladi [7, 13].

Og’iz bo’shlig’i saratonida logopedik aralashuvlarning dalillar bazasi cheklangan [8], shu sababli nutqqa oid qiyosiy natijalar amaliy ahamiyat kasb etadi. Til va og’iz bo’shlig’i tubi rezeksiyasidan keyin nutq eng sekin tiklandi; bunday bemorlarda «Nutq» modulining hajmi va muddatini kengaytirish zarur.

Guruhlar o’rtasidagi farqlarning turli muddatlarda paydo bo’lishi ikki xil samara borligidan dalolat beradi. Tezkor samara (3-oyga kelib) yutish kompensatsiyasi, og’riqning kamayishi va nutqda namoyon bo’ladi. Kechikkan samara (6–12-oylarda) esa nurlanish fibrozi va mushak massasining tiklanishiga bog’liq bo’lgan trizm, limfostaz va nutritiv holatda ko’rinadi. Amaliy xulosa shuki, erta yaxshilanish kuzatilsa ham, reabilitatsiyani 12 oydan oldin to’xtatib bo’lmaydi.

Xulosa

Og’iz bo’shlig’i va og’iz-halqum saratoni kompleks davolangandan keyin funksional buzilishlar bemorlarning ko’pchiligida uchraydi va birga namoyon bo’ladi: disfagiya — 92,7%, nutq tushunarliligining pasayishi — 84,5%, trizm — 78,2%, limfostaz — 72,7%, yelka kamari disfunksiyasi — 69,1%, ovqatlanish yetishmovchiligi xavfi — 62,7%. Yetakchi sindromlarga qarab tanlangan modulli dastur 12 oydan keyin standart reabilitatsiyaga nisbatan yutish (EAT-10 bo’yicha 3,8 ball, taqqoslash guruhida 8,7 ball; FOIS 7 — 73,3% bemorda, taqqoslash guruhida 46,0%), og’iz ochilishi (39,2 mm, taqqoslash guruhida 34,5 mm; trizm 21,7%, taqqoslash guruhida 48,0%) va nutq (90,6%, taqqoslash guruhida 78,8%) funksiyalarini yaxshiroq tiklaydi. Dastur limfostazni (16,7%, taqqoslash guruhida 38,0%), og’riqni (VAS bo’yicha 1,3, taqqoslash guruhida 2,6) va ovqatlanish yetishmovchiligi xavfini (NRS-2002 ≥3: 13,3%, taqqoslash guruhida 32,0%) kamaytiradi. Yutish, nutq va og’riq bo’yicha samara 3-oyga kelib, trizm, limfostaz va ovqatlanish bo’yicha esa 6–12-oylarda namoyon bo’ladi; reabilitatsiyani kamida 12 oy davom ettirish va 1, 3, 6 hamda 12 oydan keyin nazorat qilib borish zarur.

ADABIYOTLAR RO’YXATI:

1. Belafsky P.C., Mouadeb D.A., Rees C.J., et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008;117(12):919–924.
2. Blyth K., Stainlay H., McCabe P. Speech and swallowing intervention following oral cancer treatment: a survey of speech-language pathologists in Australia and New Zealand. Int J Speech Lang Pathol. 2024;26(5):652–662. https://doi.org/10.1080/17549507.2023.2240043

3. Borges M.M.F., Malta C.E.N., Ribeiro R.S., et al. Chemotherapy increases the prevalence of radiotherapy-related trismus in head and neck cancer patients: a systematic review and meta-analysis. J Clin Exp Dent. 2024;16(4)–e515. https://doi.org/10.4317/jced.61385
4. Bray F., Laversanne M., Sung H., et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229–263.
5. Crary M.A., Mann G.D., Groher M.E. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehabil. 2005;86(8):1516–1520.
6. Deng J., Ridner S.H., Dietrich M.S., et al. Prevalence of secondary lymphedema in patients with head and neck cancer. J Pain Symptom Manage. 2012;43(2):244–252.
7. Dijkstra P.U., Huisman P.M., Roodenburg J.L. Criteria for trismus in head and neck oncology. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006;35(4):337–342.
8. Gaitatzis K., Thompson B., Blake F.T., Koelmeyer L. Patient-reported outcome measures and physical function following head and neck lymphedema: a systematic review. J Cancer Surviv. 2026;20(2):738–751. https://doi.org/10.1007/s11764-024-01683-3
9. Kondrup J., Rasmussen H.H., Hamberg O., Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3):321–336.
10. Muscaritoli M., Arends J., Bachmann P., et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr. 2021;40(5):2898–2913.
11. Nutting C., Finneran L., Roe J., et al. Dysphagia-optimised intensity-modulated radiotherapy versus standard intensity-modulated radiotherapy in patients with head and neck cancer (DARS): a phase 3, multicentre, randomised, controlled trial. Lancet Oncol. 2023;24(8):868–880.
12. Tillashayxov M.N., et al. [Требуются полные библиографические данные источника]. 2020.
13. Watters A.L., Cope S., Keller M.N., et al. Prevalence of trismus in patients with head and neck cancer: a systematic review with meta-analysis. Head Neck. 2019;41(9):3408–3421.

Qabul qilingan sana 20.09.2026