UO'K 616.31-006.6-08:159.9:614.2

# OG'IZ BO'SHLIG'I VA OG'IZ-HALQUM SARATONI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA PSIXOEMOTSIONAL HOLAT, HAYOT SIFATI VA KOMPLEKS REABILITATSIYA SAMARADORLIGI PREDIKTORLARI

***Alimov Jamshid Mahmudjonovich*** — mustaqil izlanuvchi
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston.

**Annotatsiya**

Maqsad. Og'iz bo'shlig'i va og'iz-halqum saratoni bilan og'rigan bemorlarda kompleks davolashdan so'ng xavotir, depressiya va hayot sifatini, ularning modulli va standart reabilitatsiya jarayonidagi dinamikasini hamda reabilitatsiya samaradorligini bashorat qiluvchi omillarni baholash. Material va usullar. 110 nafar bemor tekshiruvdan o'tkazildi: asosiy guruh (n=60) psixoemotsional korreksiya modulini o'z ichiga olgan modulli dasturni, taqqoslash guruhi (n=50) esa standart reabilitatsiyani oldi; nazorat guruhini 30 nafar sog'lom shaxs tashkil etdi. HADS va EORTC QLQ-C30/QLQ-H&N35 ko'rsatkichlari reabilitatsiyadan oldin hamda 1, 3, 6 va 12 oydan keyin baholandi. "Yaxshi" kompleks natija prediktorlari logistik regressiya yordamida aniqlandi. Natijalar. Dastlab klinik jihatdan yaqqol namoyon bo'lgan xavotir (HADS-A ≥11) bemorlarning 40,9 foizida, depressiya (HADS-D ≥11) esa 34,5 foizida aniqlandi; umumiy hayot sifati ko'rsatkichi sog'lom shaxslardagi 86,4 ballga nisbatan 46 ballni tashkil etdi. 12 oydan so'ng HADS-A ko'rsatkichi 7,0±2,7 ga nisbatan 4,8±2,3 ni, HADS-D — 6,3±2,5 ga nisbatan 4,4±2,2 ni, umumiy hayot sifati esa 70,1±11,5 ga nisbatan 80,7±10,2 ni tashkil etdi (barcha holatlarda p<0,001). "Yaxshi" kompleks natijaga 46,0% ga nisbatan 73,3% holatda erishildi (p=0,012; NNT=4). Modulli dastur (İN 3,48; 95% II 1,42–8,54), kasallikning III–IV bosqichi, dastlabki EAT-10 balli va TVI <18,5 kg/m$^2$ bo'lishi mustaqil prediktorlar sifatida qayd etildi (AUC 0,82). Xulosa. Davolanishdan keyingi xavotir va depressiya meta-tahlillardagiga qaraganda taxminan ikki baravar ko'proq uchraydi. Psixologik korreksiyaga ega modulli reabilitatsiya ularni kamaytiradi va hayot sifatini klinik jihatdan sezilarli darajada oshiradi. Kasallikning III–IV bosqichi, yaqqol namoyon bo'lgan disfagiya va tana vazni yetishmovchiligi bor bemorlarga yanada intensivroq rejim zarur.

**Kalit so'zlar:** og'iz bo'shlig'i saratoni, halqumning og'iz qismi saratoni, xavotir, depressiya, hayot sifati, psixoreabilitatsiya, prediktorlar.

**Аннотация**

Цель. Оценить тревогу, депрессию и качество жизни у больных раком полости рта и ротоглотки после комплексного лечения, их динамику при модульной и стандартной реабилитации и факторы, предсказывающие её эффективность. Материал и методы. Обследованы 110 больных: основная группа (n=60) получала модульную программу с модулем психоэмоциональной коррекции, группа сравнения (n=50) — стандартную реабилитацию; контроль — 30 здоровых лиц. HADS и EORTC QLQ-C30/QLQ-H&N35 оценивали до реабилитации и через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Предикторы «хорошего» комплексного исхода искали логистической регрессией. Результаты. Исходно клинически выраженная тревога (HADS-A ≥11) выявлена у 40,9%, депрессия (HADS-D ≥11) — у 34,5% больных; глобальное качество жизни — 46 баллов против 86,4 у здоровых. Через 12 месяцев HADS-A составил 4,8±2,3 против 7,0±2,7, HADS-D — 4,4±2,2 против 6,3±2,5, глобальное качество жизни — 80,7±10,2 против 70,1±11,5 (все p<0,001). «Хороший» комплексный исход достигнут у 73,3% против 46,0% (p=0,012; NNT=4). Независимыми предикторами

были модульная программа (ОШ 3,48; 95% ДИ 1,42–8,54), стадия III–IV, исходный балл EAT-10 и ИМТ <18,5 кг/м$^2$ (AUC 0,82). Заключение. Тревога и депрессия после лечения встречаются примерно вдвое чаще, чем в мета-анализах. Модульная реабилитация с психологической коррекцией снижает их и повышает качество жизни на клинически значимую величину. Больным с III–IV стадией, выраженной дисфагией и дефицитом массы тела нужен более интенсивный режим.

**Ключевые слова**: рак полости рта, рак ротоглотки, тревога, депрессия, качество жизни, психореабилитация, предикторы.

**Aim.** To assess anxiety, depression and quality of life after multimodal treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer, their course under modular versus standard rehabilitation, and predictors of rehabilitation success. Methods. 110 patients received either a modular programme including a psycho-emotional module (n=60) or standard rehabilitation (n=50); 30 healthy volunteers served as reference. HADS and EORTC QLQ-C30/QLQ-H&N35 were measured at baseline and at 1, 3, 6 and 12 months. Predictors of a good composite outcome were identified by logistic regression. Results. At baseline, clinical anxiety (HADS-A ≥11) was present in 40.9% and clinical depression in 34.5%. At 12 months, HADS-A was 4.8±2.3 versus 7.0±2.7, HADS-D 4.4±2.2 versus 6.3±2.5, and global health status 80.7±10.2 versus 70.1±11.5 (all p<0.001). A good composite outcome was achieved by 73.3% versus 46.0% (p=0.012; NNT=4). Independent predictors were the modular programme (OR 3.48; 95% CI 1.42–8.54), stage III–IV, baseline EAT-10 and BMI <18.5 kg/m$^2$ (AUC 0.82).

Conclusion. Modular rehabilitation with psychological support reduces anxiety and depression and improves quality of life by a clinically meaningful margin.

**Keywords:** oral cancer, oropharyngeal cancer, anxiety, depression, quality of life, psycho-oncology, predictors.

**Kirish**

Bosh va bo‘yin saratoni bilan og‘rigan bemorlar emotsional distressning yuqori darajasi bilan ajralib turadi. 208 ta tadqiqotning meta-tahlili (654 413 nafar bemor) ma’lumotlariga ko‘ra, bemorlarning 19,5 foizida depressiya, 17,8 foizida xavotirlanish, 34,3 foizida esa distress uchraydi [2]. Davolanishdan so‘ng yutish, nutq va tashqi ko‘rinishning buzilishi muloqot qilish va birgalikda ovqatlanishni qiyinlashtirib, ijtimoiy yakkalanishni kuchaytiradi. O‘zbekistonda 2015-yildan 2019-yilgacha og‘iz bo‘shlig‘i va og‘iz-halqum saratoni bilan kasallanish darajasi 1,5 baravarga oshgan bo‘lib, bemorlarning aksariyati mehnatga layoqatli yoshdagi kishilardir [1, 3]. Psixoonkologik aralashuvlar onkologik bemorlardagi distressni kamaytiradi va hayot sifatini yaxshilaydi [9, 10], oilaning jalb etilishi esa bemor va uning yaqinlariga tushadigan yuklamani yengillashtiradi [11]. Biroq og‘iz bo‘shlig‘i saratonini davolashdan keyingi reabilitatsiyada funksional va psixologik vazifalar odatda alohida hal qilinadi, reabilitatsiya natijasini oldindan belgilovchi omillar esa kam o‘rganilgan. Avvalroq biz modulli dastur yutish, og‘iz ochish, nutq va ovqatlanish funksiyalarining tiklanishini yaxshilashini ko‘rsatib o‘tgan edik [12].

**Tadqiqot maqsadi** — og‘iz bo‘shlig‘i va og‘iz-halqum saratoni bilan og‘rigan bemorlarning kompleks davolashdan keyingi psixoemotsional holati va hayot sifatini, ularning modulli va standart reabilitatsiya jarayonidagi dinamikasini baholash hamda reabilitatsiya samaradorligi prediktorlarini aniqlashdan iborat.

**Material va usullar**. Prospektiv qiyosiy tadqiqot 2022–2026-yillarda “Akfa Medline” klinikasi bazasida o‘tkazildi; tadqiqot dizayni, tanlab olish mezonlari va guruhlar tavsifi avvalroq batafsil bayon etilgan [12]. Tadqiqot etika qo‘mitasi tomonidan ma’qullangan [bayonnoma raqami va sanasini ko‘rsating]; barcha ishtirokchilar xabardor qilingan holda rozilik xatini imzoladilar. Asosiy guruhga (I) 60 nafar, qiyosiy guruhga (II)

esa 50 nafar og‘iz bo‘shlig‘i va og‘iz-halqum saratoniga chalingan hamda kompleks davolanishni yakunlagan bemorlar [taqsimlash usulini ko‘rsating]; nazorat guruhiga (III) — 30 nafar amaliy jihatdan sog‘lom shaxslar kiritildi. Bemorlarning o‘rtacha yoshi — 56,8±8,9 va 57,4±9,1 yoshni, erkaklar — 76,7% va 76,0% ni, III–IV bosqich — 71,7% va 70,0% ni, kimyo-nur terapiyasi — 63,3% va 62,0% ni tashkil etdi. Klinik-demografik belgilar va davolash hajmi bo‘yicha guruhlar o‘zaro farq qilmadi (barchasi p>0,05). 110 nafar bemorning barchasi kuzatuvni yakunladi.

I guruhda funksional modullar (“Disfagiya”, “Trizm”, “Nutq”, “Limfostaz va yelka kamari”, “Ovqatlanish”) [12] psixoemotsional korreksiya moduli bilan to‘ldirildi. U HADS-A va/yoki HADS-D ko‘rsatkichlari ≥8 ball bo‘lganda (psixolog maslahati) tayinlandi, ≥11 ball bo‘lganda esa psixoterapevt maslahati ham qo‘shildi. Guruhlardagi psixoreabilitatsiya tarkibi 1-jadvalda keltirilgan. Nazorat muddatida dinamika yetarli bo‘lmagan hollarda, modul intensivligi oshirildi yoki psixoterapevt jalb qilindi. Seanslar davriyligi va soni:.

**1-jadval.**

**Qiyoslanayotgan guruhlarda psixoreabilitatsiya**

| Komponent | I guruh (n=60) | II guruh (n=50) |
|---|---|---|
| Motivatsiya | Motivatsion intervyu, oila a’zolariga maslahat berish, art-terapiya | Umumiy maslahatlar, psixologik qo‘llab-quvvatlash |
| Individual ishlash | Psixolog (HADS ≥8), psixoterapevt (HADS ≥11) maslahati; kognitiv-xulq-atvor terapiyasi, relaksatsiya, nafas mashqlari, art-terapiya | Suhbat va relaksatsiya |
| Guruh bo‘lib ishlash | Qo‘llab-quvvatlash guruhi, psixodrama, art-terapiya (kollaj, musiqa terapiyasi) | Guruh suhbatlari |
| Oila bilan ishlash | Psixota’lim, uyda bajariladigan mashqlarni o‘rgatish, birgalikdagi ijodiy mashg‘ulotlar | Oila a’zolariga maslahat berish |
| Kuzatuv | 1, 3, 6, 12 oydan so‘ng shkalalar bo‘yicha monitoring va modulga tuzatish kiritish; onlayn maslahatlar, uy vazifalari | Xuddi shu muddatlarda ko‘rik va umumiy tavsiyalar |

Baholash usullari. Xavotir va depressiya HADS gospital shkalasi [4] bo‘yicha baholandi: 0–7 ball — me’yor, 8–10 ball — subklinik, ≥11 ball — klinik jihatdan yaqqol namoyon bo‘lgan daraja. Hayot sifati EORTC QLQ-C30 [5] va QLQ-H&N35 moduli [6] bo‘yicha baholandi; ko‘rsatkichning ≥10 ballga o‘zgarishi klinik jihatdan ahamiyatli deb hisoblandi [7]. Baholash muddatlari: reabilitatsiyadan oldin (T0) hamda 1 (T1), 3 (T2), 6 (T3), 12 (T4) oydan keyin. Kompleks natija. T0 da aniqlangan har bir buzilish uchun T4 muddatiga kelib klinik jihatdan ahamiyatli yaxshilanish mezoni belgilandi (2-jadval). Dastlabki buzilishlarning ≥75 foizi yaxshilanganda natija “yaxshi”, 50–74,9 foizida — “qoniqarli”, <50 foizida esa — “qoniqarsiz” deb hisoblandi.

**2-jadval.**

**Klinik jihatdan ahamiyatli yaxshilanish mezonlari**

| Ko‘rsatkich | Mezon |
|---|---|
| Disfagiya (EAT-10) | ≥3 ballga pasayish yoki <3 ballgacha tushish |
| Og‘iz orqali oziqlanish (FOIS) | ≥1 darajaga ko‘tarilish |
| Trizm | Og‘iz ochilishining ≥5 mm ga yoki ≥35 mm gacha ortishi |
| Nutq | Nutq tushunarliligining ≥10 foiz punktga ortishi |
| Limfostaz | Bo‘yin aylanasining ≥1 sm ga kichrayishi va/yoki limfostaz darajasining pasayishi |
| Og‘riq (VASh) | ≥2 ballga pasayish |
| Oziqlanish | NRS-2002 <3 bo‘lishi hamda tana vaznining barqarorlashuvi yoki ortishi |
| Xavotir/depressiya (HADS) | ≥3 ballga pasayish yoki <8 ballgacha tushish |
| Hayot sifati (QLQ-C30) | Umumiy shkalaning ≥10 ballga o‘sishi |

Eslatma: chegaralar minimal ahamiyatli farq haqidagi adabiyot ma’lumotlari asosida tanlangan [7; qolgan ko‘rsatkichlar uchun manbalar qo‘shilsin].

Statistik tahlil [ko‘rsatilsin] dasturida amalga oshirildi. Ma’lumotlar M±SD yoki mutlaq sonlar (%) ko‘rinishida taqdim etildi. Guruhlar Styudentning t-mezoni yoki Mann-Uitni U-mezoni yordamida, ulushlar esa $\chi^2$ yoki Fisherning aniq mezoni yordamida taqqoslandi. Davolanishi kerak bo‘lgan bemorlar soni (NNT) ulushlarning mutlaq farqiga teskari qiymat sifatida hisoblandi [13]. "Yaxshi" oqibat prediktorlari (n=110) bir va ko‘p omilli logistik regressiya yordamida aniqlandi; ko‘p omilli modelga bir omilli tahlilda p<0,1 bo‘lgan omillar kiritildi. Modelning diskriminatsion qobiliyati ROC egri chizig‘i ostidagi maydon (AUC) bo‘yicha baholandi. Farqlar p<0,05 bo‘lganda ishonchli deb hisoblandi.

**Natijalar**

*Xavotir va depressiya*

Reabilitatsiya boshlanishidan oldin 110 nafar bemordan 45 nafarida (40,9%) klinik jihatdan yaqqol namoyon bo‘lgan xavotir (HADS-A ≥11), 38 nafarida (34,5%) esa depressiya (HADS-D ≥11) aniqlandi. HADS-A (10,8 va 10,6) hamda HADS-D (9,7 va 9,5) bo‘yicha o‘rtacha ballar sog‘lom insonlarga (3,9 va 3,6) nisbatan ikki-uch baravar yuqori bo‘ldi. Hatto klinik buzilishlari bo‘lmagan bemorlarda ham ballar ko‘pincha subklinik diapazonda joylashdi. 1 oydan so‘ng guruhlar o‘rtasida farq kuzatilmadi. 3-oydan boshlab I guruhda HADS-A va HADS-D ballari ishonarli darajada past bo‘ldi va bu tafovut 12-oygacha ortib bordi (3-jadval). 12 oy ichida HADS-A ko‘rsatkichi 6,0 va 3,6 ballga, HADS-D esa 5,3 va 3,2 ballga kamaydi. O‘rtacha ballar I guruhda 3-oyga keliboq, II guruhda esa faqat 6–12-oylarga kelib me’yor darajasiga (<8) tushdi. 12-oyga kelib klinik xavotir 6,7% va 20,0% bemorlarda (p=0,037), klinik depressiya esa 5,0% va 16,0% bemorlarda (p=0,057) saqlanib qoldi.

**3-jadval.**

**HADS ko‘rsatkichlari dinamikasi**

| Ko‘rsatkich | Guruh | T0 | T1 (1 oy) | T2 (3 oy) | T3 (6 oy) | T4 (12 oy) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HADS-A, ballar | I | 10,8±3,4 | 9,1±3,2 | 7,3±2,9 | 5,9±2,6 | 4,8±2,3 |
| | II | 10,6±3,5 | 9,8±3,3 | 8,9±3,1 | 7,9±2,9 | 7,0±2,7 |
| | p | 0,762 | 0,263 | 0,006 | <0,001 | <0,001 |
| HADS-A ≥11, mutlaq (%) | I | 25 (41,7) | 19 (31,7) | 12 (20,0) | 7 (11,7) | 4 (6,7) |
| | I | 20 (40,0) | 18 (36,0) | 15 (30,0) | 12 (24,0) | 10 (20,0) |
| | p | 0,857 | 0,697 | 0,229 | 0,079 | 0,037 |
| HADS-D, ballar | I | 9,7±3,2 | 8,3±3,0 | 6,8±2,8 | 5,5±2,5 | 4,4±2,2 |
| | II | 9,5±3,3 | 8,8±3,1 | 8,0±2,9 | 7,1±2,7 | 6,3±2,5 |
| | p | 0,748 | 0,392 | 0,030 | 0,002 | <0,001 |
| HADS-D ≥11, mutlaq (%) | I | 21 (35,0) | 16 (26,7) | 10 (16,7) | 6 (10,0) | 3 (5,0) |
| | II | 17 (34,0) | 15 (30,0) | 13 (26,0) | 10 (20,0) | 8 (16,0) |
| | p | 0,910 | 0,841 | 0,298 | 0,153 | 0,057 |

Izoh: nazorat guruhida HADS-A — 3,9±2,1, HADS-D — 3,6±1,9 ball.

*Hayot sifati*

Dastlab umumiy hayot sifati ko‘rsatkichi sog‘lom insonlardagi 86,4 ballga nisbatan mos ravishda 45,8 va 46,3 ballni tashkil etdi; ayniqsa yutish, nutq va og‘iz qurishi shkalalari eng ko‘p yomonlashgan edi (4-jadval). 12-oyga kelib, umumiy shkala bo‘yicha guruhlar o‘rtasidagi farq 10,6 ballni tashkil etdi, ya’ni klinik ahamiyatlilik chegarasidan oshdi. Klinik jihatdan ahamiyatli yaxshilanish (≥10 ball) bemorlarning 88,3% va 68,0% ida qayd etildi (p=0,009). I guruhda hissiy faoliyat ko‘rsatkichi 51,9 dan 83,6 ballgacha o‘sib, sog‘lom kishilar darajasiga (89,6) yaqinlashdi.

**4-jadval.**

**Hayot sifati ko‘rsatkichlari (EORTC) dinamikasi, ballarda**

| Shkala | Guruh | T0 | T1 | T2 | T3 | T4 | Nazorat |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| QLQ-C30: global hayot sifati (HS) | I | 45,8±13,7 | 54,6±13,1 | 64,9±12,2 | 73,8±11,4 | 80,7±10,2 | 86,4±8,7 |
| | II | 46,3±13,5 | 51,9±13,0 | 58,7±12,6 | 65,2±12,0 | 70,1±11,5 | |
| | p | 0,849 | 0,283 | 0,010 | <0,001 | <0,001 | |
| QLQ-C30: jismoniy faoliyat | I | 57,6±14,1 | 65,2±13,6 | 73,8±12,4 | 81,1±11,2 | 86,3±9,7 | 91,8±6,5 |
| | II | 58,1±13,8 | 62,7±13,4 | 68,1±12,9 | 73,4±12,1 | 77,5±11,3 | |
| | p | 0,852 | 0,336 | 0,020 | 0,001 | <0,001 | |
| QLQ-C30: hissiy faoliyat | I | 51,9±15,2 | 60,8±14,5 | 69,7±13,4 | 77,5±12,1 | 83,6±10,8 | 89,6±7,3 |
| | II | 52,5±15,0 | 57,4±14,7 | 63,3±14,0 | 68,9±13,2 | 73,7±12,4 | |
| | p | 0,836 | 0,231 | 0,016 | 0,001 | <0,001 | |
| H&N35: | I | 48,6±18,1 | 38,9±16,7 | 27,4±14,8 | 18,2±12,6 | 11,5±9,8 | 3,2±4,5 |

| Shkala | Guruh | T0 | T1 | T2 | T3 | T4 | Nazorat |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| yutinish* | | | | | | | |
| | II | 47,9±17,8 | 42,5±16,9 | 35,8±15,7 | 29,4±14,6 | 24,1±13,5 | |
| | p | 0,839 | 0,264 | 0,005 | <0,001 | <0,001 | |
| H&N35: nutq* | I | 43,7±17,0 | 35,2±15,9 | 25,1±14,2 | 16,8±12,1 | 10,2±8,7 | 2,7±3,8 |
| | II | 44,1±16,8 | 39,8±16,1 | 33,0±14,9 | 27,2±13,7 | 21,6±12,5 | |
| | p | 0,902 | 0,139 | 0,005 | <0,001 | <0,001 | |
| H&N35: og'iz qurishi* | | 55,4±21,3 | 50,1±20,5 | 42,8±19,2 | 35,3±17,8 | 29,6±16,4 | 4,1±5,6 |
| | I | 54,8±21,0 | 52,3±20,7 | 48,1±19,8 | 43,7±18,9 | 39,8±18,0 | |
| | | 0,882 | 0,579 | 0,158 | 0,018 | 0,003 | |

Izoh: HS — hayot sifati; * — simptomatik shkalalar, ballning pasayishi ahvol yaxshilanganini anglatadi.

*Kompleks natija*

«Yaxshi» natijaga I guruhdagi 60 bemordan 44 nafarida (73,3%) va II guruhdagi 50 bemordan 23 nafarida (46,0%), «qoniqarli» natijaga — mos ravishda 21,7% va 40,0% hamda «qoniqarsiz» natijaga — 5,0% va 14,0% bemorlarda erishildi ($\chi^2$, p=0,012). «Yaxshi» natija ko'rsatkichlari o'rtasidagi mutlaq farq 27,3 foiz bandni tashkil etadi, NNT=4: modulli dastur asosida davolangan har to'rt nafar bemorga bitta qo'shimcha «yaxshi» natija to'g'ri keladi. I guruhda klinik jihatdan ahamiyatli yaxshilanish kuzatilgan bemorlar ulushi har bir ko'rsatkich bo'yicha yuqoriroq bo'ldi (5-jadval). I guruhda klinik jihatdan sezilarli yaxshilanish kuzatilgan bemorlarning ulushi har bir ko'rsatkich bo'yicha yuqori bo'ldi (1-jadval).

**5-jadval. Ko'rsatkichlarning 12 oy ichidagi o'zgarishi va klinik jihatdan ahamiyatli yaxshilanish kuzatilgan bemorlar ulushi**

| Ko'rsatkich | Δ T0–T4, I guruh | Δ T0–T4, II guruh | Yaxshilanish, % (I / II) | p |
|---|---|---|---|---|
| EAT-10, ball | −15,8 | −10,4 | 90,0 / 72,0 | 0,015 |
| FOIS, daraja | +2 | +1 | 81,7 / 60,0 | 0,012 |
| Og'iz ochilishi, mm | +11,4 | +6,4 | 83,3 / 58,0 | 0,003 |
| Nutq aniqligi, % | +32,2 | +19,7 | 86,7 / 64,0 | 0,005 |
| Bo'yin aylanasi, sm | −3,8 | −1,8 | 80,0 / 54,0 | 0,004 |
| VASH, ball | −4,5 | −3,0 | 88,3 / 68,0 | 0,009 |
| TVI, kg/m$^2$ / albumin, g/l | +2,0 / +5,9 | +0,9 / +3,5 | 78,3 / 56,0 | 0,012 |
| HADS-A, ball | −6,0 | −3,6 | 75,0 / 52,0 | 0,012 |
| HADS-D, ball | −5,3 | −3,2 | 73,3 / 52,0 | 0,021 |
| QLQ-C30, umumiy HS | +34,9 | +23,8 | 88,3 / 68,0 | 0,009 |

*Samaradorlik prediktorlari*

Ko'p omilli modelda modulli dastur boshqa omillardan qat'i nazar, «yaxshi» natija imkoniyatini 3,48 barobarga oshirdi (6-jadval). III–IV bosqich, dastlabki EAT-10 ning har bir qo'shimcha balli va TVI <18,5 kg/m$^2$ bo'lishi esa imkoniyatni pasaytirdi. Dastlabki klinik yaqqol namoyon bo'lgan xavotir yoki depressiya (HADS ≥11) bir omilli tahlilda yomonroq natija bilan bog'liq bo'lsa-da (IN 0,49), ko'p omilli modelda o'z ahamiyatini saqlab qolmadi. Modelning AUC ko'rsatkichi — 0,82 (95% II 0,74–0,89).

**6-jadval. «Yaxshi» kompleks natija bilan bog‘liq omillar (logistik regressiya, n=110)**

| Omil | Bir omilli IN (95% II) | p | Ko‘p omilli IN (95% II) | p |
|---|---|---|---|---|
| Modulli dastur (I guruh) | 3,22 (1,46–7,11) | 0,004 | 3,48 (1,42–8,54) | 0,006 |
| III–IV bosqich (I–II bosqichlarga nisbatan) | 0,43 (0,20–0,93) | 0,032 | 0,48 (0,23–0,99) | 0,047 |
| Dastlabki EAT-10, 1 ballga | 0,89 (0,83–0,96) | 0,002 | 0,91 (0,84–0,98) | 0,014 |
| TVI <18,5 kg/m$^2$ | 0,39(0,16–0,93) | 0,034 | 0,42(0,18–0,98) | 0,045 |
| HADS ≥11 ball | 0,49 (0,24–0,99) | 0,047 | 0,64 (0,28–1,44) | 0,279 |
| T0 dagi HSH, +10 ballga | 1,31 (1,05–1,64) | 0,018 | 1,21 (0,95–1,55) | 0,123 |
| Dastlabki trizm | 0,47 (0,23–0,98) | 0,044 | 0,61 (0,27–1,37) | 0,229 |
| Yoshi, 10 yilga | 0,78 (0,60–1,02) | 0,071 | 0,82 (0,61–1,10) | 0,184 |
| Limfodisseksiyali operatsiya | 0,51 (0,25–1,03) | 0,061 | 0,63 (0,28–1,40) | 0,254 |
| Limfostaz | 0,55 (0,27–1,12) | 0,099 | 0,72 (0,31–1,67) | 0,445 |
| Kimyo-nur terapiyasi | 0,58 (0,29–1,16) | 0,123 | 0,69 (0,31–1,52) | 0,357 |
| Og‘iz-halqum saratoni (og‘iz bo‘shlig‘iga nisbatan) | 0,76 (0,36–1,58) | 0,459 | 0,81 (0,36–1,83) | 0,610 |

*Eslatma: IN — imkoniyatlar nisbati; II — ishonchlilik intervali. Omillar ko‘p omilli modeldagi ahamiyati bo‘yicha tartiblangan.*

Muhokama. Bizning tanlamamizda klinik jihatdan yaqqol namoyon bo‘lgan xavotir (40,9%) va depressiya (34,5%) uchrash tezligi meta-tahlil ko‘rsatkichlaridan (17,8% va 19,5%) taxminan ikki baravar yuqori [2]. Buning ehtimoliy sabablari — davolash yakunlangan zahoti baholash o‘tkazilgani, bemorlarning 70 foizida kasallikning III–IV bosqichi aniqlangani hamda og‘ir funksional buzilishlar: 92,7 foizida disfagiya, 78,2 foizida trizm kuzatilganidir [12]. Bundan tashqari, HADS ≥11 chegaraviy ko‘rsatkichi aniq tashxisni emas, balki ehtimoliy buzilishni aniqlaydi, shu bois klinik suhbat qo‘llanilgan tadqiqotlar bilan tafovut bo‘lishi tabiiy hol. HADS ko‘rsatkichlaridagi farqlar 3-oyga kelib — yutish va nutqdagi o‘zgarishlar bilan bir vaqtda namoyon bo‘ldi [12]. Bu holat ikki xil ta’sir yo‘li mavjudligini ko‘rsatadi: psixologik yordamning bevosita ta’siri hamda ovqatlanish va muloqot qilish qobiliyatini tiklash orqali ko‘rsatiladigan bilvosita ta’sir. Tadqiqotimiz dizayni bu omillarning ulushini alohida ajratib ko‘rsatish imkonini bermaydi, chunki modulli dastur yaxlit bir butun sifatida baholangan. Olingan samara psixoonkologik aralashuvlar bo‘yicha o‘tkazilgan meta-tahlillar ma’lumotlariga [9, 10] hamda oila a’zolarini jalb etishning foydasi haqidagi xulosalarga [11] mos keladi. Nutq buzilishlarida noverbal usullar (art-terapiya) bemor bilan aloqa o‘rnatishni osonlashtirdi.

Umumiy hayot sifati bo‘yicha guruhlararo farq (10,6 ball) klinik ahamiyatlilik chegarasidan yuqori [7], ya’ni bu o‘zgarish bemorlarning o‘ziga ham sezilarli bo‘ladi. Qimmatbaho uskunalarni talab qilmaydigan reabilitatsiya jarayoni uchun NNT=4 ko‘rsatkichi ijobiy natija hisoblanadi. Prediktorlar amaliy ahamiyatga ega: ularning barchasi reabilitatsiya boshlanishidan oldin ma’lum bo‘ladi. Kasallikning III–IV bosqichiga chalingan, dastlabki EAT-10 ko‘rsatkichi yuqori va TVI <18,5 kg/m$^2$ bo‘lgan bemorlar uchun yanada intensiv rejim hamda muntazam nazorat talab etiladi; tana vazni tanqisligining xavf omili sifatida olinishi ESPEN tavsiyalariga mos keladi [8]. Ko‘p omilli

modelda HADS ≥11 ko‘rsatkichi o‘z ahamiyatini yo‘qotgani, ehtimol, uning disfagiya og‘irlik darajasi va kasallik bosqichi bilan bog‘liqligini aks ettiradi; bundan tashqari, asosiy guruhga aynan HADS ballari yuqori bo‘lganida maqsadli psixologik yordam ko‘rsatilgan.

**Xulosalar**

1. Og‘iz bo‘shlig‘i va og‘iz-halqum saratonini kompleks davolashdan so‘ng bemorlarning 40,9 foizida klinik jihatdan yaqqol namoyon bo‘lgan xavotir, 34,5 foizida esa depressiya aniqlanadi; hayotning umumiy sifati sog‘lom insonlarga nisbatan deyarli ikki baravar pasaygan (86 ballga nisbatan 46 ball). Reabilitatsiyani boshlashdan oldin barcha bemorlarda HADS bo‘yicha skrining o‘tkazish maqsadga muvofiqdir.
2. Psixoemotsional korreksiyani o‘z ichiga olgan modulli reabilitatsiya xavotir va depressiya ballarini 3-oyga keliboq me’yorga tushiradi; 12 oydan so‘ng standart reabilitatsiyaga nisbatan HADS-A ko‘rsatkichi 7,0 ga qarshi 4,8 ballni, HADS-D esa 6,3 ga qarshi 4,4 ballni tashkil etadi.
3. 12-oyga kelib umumiy hayot sifati 10,6 ballga yuqori bo‘ladi (70,1 ga nisbatan 80,7), «yaxshi» kompleks natijaga esa bemorlarning 46,0 foiziga nisbatan 73,3 foizida erishiladi (NNT=4).
4. Yakuniy natijaning mustaqil prediktorlari — modulli dastur (IN 3,48), III–IV bosqich (IN 0,48), dastlabki EAT-10 bali (har bir ball uchun IN 0,91) va TVI <18,5 kg/m$^2$ (IN 0,42) hisoblanadi. Mazkur omillar mavjud bo‘lgan bemorlar yanada intensiv reabilitatsiyaga muhtojdirlar.

**Adabiyotlar**


1. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology // J Natl Cancer Inst. — 1993. — Vol. 85, № 5. — P. 365–376.
2. Alimov J.M., Rizayev J.A. Og‘iz bo‘shlig‘i va og‘iz-halqum saratoni bilan og‘rigan bemorlarda kompleks davolashdan keyingi funksional va nutritiv buzilishlarni modulli individuallashtirilgan reabilitatsiya qilish samaradorligi // [jurnal, yil, jild, betlar — yoki «nashrda»].
3. Bjordal K., de Graeff A., Fayers P.M. et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients // Eur J Cancer. — 2000. — Vol. 36, № 14. — P. 1796–1807.
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. — Vol. 74, № 3. — P. 229–263.
5. Faller H., Schüler M., Richard M. et al. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis // J Clin Oncol. — 2013. — Vol. 31, № 6. — P. 782–793.
6. Jimenez-Labaig P., Aymerich C., Braña I. et al. A comprehensive examination of mental health in patients with head and neck cancer: systematic review and meta-analysis // JNCI Cancer Spectr. — 2024. — Vol. 8, № 3. — pkae031 [mualliflar ro‘yxati solishtirilsin].
7. Laupacis A., Sackett D.L., Roberts R.S. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment // N Engl J Med. — 1988. — Vol. 318, № 26. — P. 1728–1733.
8. Muscaritoli M., Arends J., Bachmann P. et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer // Clin Nutr. — 2021. — Vol. 40, № 5. — P. 2898–2913.
9. Northouse L.L., Katapodi M.C., Song L. et al. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials // CA Cancer J Clin. — 2010. — Vol. 60, № 5. — P. 317–339.
10. Osborn R.L., Demoncada A.C., Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses // Int J Psychiatry Med. —

2006. — Vol. 36, № 1. — P. 13–34.
11. Osoba D., Rodrigues G., Myles J. et al. Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores // J Clin Oncol. — 1998. — Vol. 16, № 1. — P. 139–144.
12. Tillashayxov M.N. va hammuall. [to‘liq nashr ma’lumotlari — dissertatsiyaning adabiyotlar ro‘yxati asosida], 2020.
13. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatr Scand. — 1983. — Vol. 67, № 6. — P. 361–370.