UO'K 616.31-006.6+616.321-006.6-08-036.82

OG'IZ BO'SHLIG'I VA OG'IZ-HALQUM SARATONI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KOMPLEKS DAVOLASHDAN SO'NG FUNKSIONAL VA NUTRITIV BUZILISHLARNI MODULLI INDIVIDUALLASHTIRILGAN REABILITATSIYA QILISH SAMARADORLIGI

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 o'smaga qarshi kompleks davolashdan so'ng funksional va nutritiv buzilishlarni modulli individuallashtirilgan reabilitatsiya qilish dasturining samaradorligini standart reabilitatsiya bilan qiyoslab baholash. Material va usullar. Prospektiv qiyosiy tadqiqotga (2022–2026-yillar, "Akfa Medline" klinikasi) 110 nafar bemor kiritildi: asosiy guruhga (n=60) sindromal-modulli tamoyil asosida tuzilgan dastur ("Disfagiya", "Trizm", "Nutq", "Limfostaz va yelka kamari", "Ovqatlanish" modullari), taqqoslash guruhiga (n=50) esa standart reabilitatsiya qo'llanildi. Nazorat guruhini 30 nafar deyarli sog'lom shaxslar tashkil etdi. Baholash reabilitatsiyadan oldin hamda 1, 3, 6 va 12 oydan so'ng o'tkazildi (EAT-10, FOIS, og'izning maksimal ochilishi, nutqning ravonligi, bo'yin aylanasi, VASH, goniometriya, tana vazni, NRS-2002, albumin). Natijalar. 12 oydan so'ng asosiy guruhda EAT-10 ko'rsatkichi 19,6±6,1 dan 3,8±3,1 ballgacha pasaydi (taqqoslash guruhida — 8,7±4,4 ballgacha; p<0,001), to'liq og'iz orqali ovqatlanish (FOIS 7) bemorlarning 73,3 foizida (taqqoslash guruhidagi 46,0% ga nisbatan) tiklandi. Og'iz ochilishi 27,8±6,4 mm dan 39,2±4,8 mm gacha oshdi (34,5±5,2 mm; p<0,001), trizm esa 48,0% ga nisbatan 21,7% bemorlarda saqlanib qoldi (p=0,003). Nutqning tushunarliligi 78,8±9,7% ga nisbatan 90,6±7,8% ni (p<0,001), limfostaz — 38,0% ga nisbatan 16,7% ni (p=0,016), VASH shkalasi bo'yicha og'riq darajasi — 2,6±1,3 ballga nisbatan 1,3±1,0 ballni tashkil etdi (p<0,001). Oziqlanish yetishmovchiligi xavfi bo'lgan bemorlar ulushi (NRS-2002 ≥3) 32,0% ga nisbatan 13,3% gacha kamaydi (p=0,022). Xulosa. Yetakchi reabilitatsiya sindromlari bo'yicha tanlangan modulli dastur yutish, og'iz ochish, nutq, limfa oqimi va oziqlanishning standart reabilitatsiyaga qaraganda to'liqroq tiklanishini ta'minlaydi. Farqlar 3-oyga kelib ishonchli darajaga yetadi va 12-oyga borib yanada ortadi.

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

Аннотация

Цель. Оценить эффективность модульной индивидуализированной программы реабилитации функциональных и нутритивных нарушений у больных раком полости рта и ротоглотки после комплексного противоопухолевого лечения в сравнении со стандартной реабилитацией. Материал и методы. В проспективное сравнительное исследование (2022–2026 гг., клиника «Akfa Medline») включены 110 больных: основная группа (n=60) получала программу, построенную по синдромально-модульному принципу (модули «Дисфагия», «Тризм», «Речь», «Лимфостаз и плечевой пояс», «Питание»); группа сравнения (n=50) — стандартную реабилитацию. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Оценку проводили до реабилитации и через 1, 3, 6 и 12 месяцев (EAT-10, FOIS, максимальное открывание рта, разборчивость речи, окружность шеи, ВАШ, гониометрия, масса тела, NRS-2002, альбумин). Результаты. Через 12 месяцев в основной группе балл EAT-10 снизился с 19,6±6,1 до 3,8±3,1 (в группе сравнения — до 8,7±4,4; p<0,001), полное пероральное питание (FOIS 7) восстановлено у 73,3%

против 46,0% больных. Открывание рта увеличилось с 27,8±6,4 до 39,2±4,8 мм (34,5±5,2 мм; p<0,001), тризм сохранился у 21,7% против 48,0% (p=0,003). Разборчивость речи составила 90,6±7,8% против 78,8±9,7% (p<0,001), лимфостаз — 16,7% против 38,0% (p=0,016), боль по ВАШ — 1,3±1,0 против 2,6±1,3 балла (p<0,001). Доля больных с риском недостаточности питания (NRS-2002 ≥3) снизилась до 13,3% против 32,0% (p=0,022). Заключение. Модульная программа, подобранная по ведущим реабилитационным синдромам, обеспечивает более полное восстановление глотания, открывания рта, речи, лимфооттока и питания, чем стандартная реабилитация. Различия становятся достоверными к 3-му месяцу и нарастают к 12-му.

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

Abstract

Aim. To evaluate a modular individualised rehabilitation programme for functional and nutritional impairments after multimodal treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer, compared with standard rehabilitation. Methods. In a prospective comparative study, 110 patients received either the syndrome-based modular programme (n=60) or standard rehabilitation (n=50); 30 healthy volunteers served as reference. Outcomes were measured at baseline and at 1, 3, 6 and 12 months. Results. At 12 months, EAT-10 fell from 19.6±6.1 to 3.8±3.1 versus 8.7±4.4 (p<0.001); full oral intake (FOIS 7) was regained by 73.3% versus 46.0%. Mouth opening reached 39.2±4.8 versus 34.5±5.2 mm (p<0.001), and trismus persisted 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 16.7% versus 38.0% (p=0.016), and nutritional risk (NRS-2002 ≥3) 13.3% versus 32.0% (p=0.022). Conclusion. Rehabilitation matched to each patient's leading impairments restores swallowing, mouth opening, speech, lymphatic drainage and nutrition more fully than standard care.

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

Kirish

Og‘iz bo‘shlig‘i va og‘iz-halqum saratoni bosh hamda bo‘yin sohasidagi eng og‘ir xavfli o‘smalardan biri bo‘lib qolmoqda. GLOBOCAN 2022 ma’lumotlariga ko‘ra, dunyo bo‘yicha lab va og‘iz bo‘shlig‘i saratonining 389 846 ta, og‘iz-halqum saratonining esa 106 316 ta yangi holati qayd etilgan [1]. O‘zbekistonda 2015-yildan 2019-yilgacha og‘iz bo‘shlig‘i va og‘iz-halqum saratoni bilan kasallanish darajasi har 100 000 aholiga 1,4 dan 2,1 gacha oshgan, shuningdek, kasallikning keng tarqalgan bosqichlari ulushi ham ko‘paygan [2]. Bemorlarning aksariyatini mehnatga layoqatli yoshdagi insonlar tashkil etadi. Kasallikning kech tashxislanishi jarrohlik amaliyoti, nur va kimyoterapiyani birgalikda qo‘llashni taqozo etadi. Hatto konform nurlantirish (3D-CRT, IMRT, VMAT) qo‘llanilganda ham, davolash muolajalari turg‘un funksional asoratlarni qoldiradi. Trizm 6 oydan so‘ng eng yuqori darajaga (44,1%) yetadi va 12 oydan keyin bemorlarning 32,1 foizida saqlanib qoladi [3], kimyoterapiyaning qo‘shilishi esa uning rivojlanish xavfini yanada oshiradi (OR=2,55) [4]. Disfagiya halqum konstriktorlariga tushadigan nurlanish dozasiga bog‘liq bo‘ladi [5]. Bosh va bo‘yin sohasiga o‘tkazilgan nur terapiyasi 80 foizgacha bo‘lgan bemorlarda mukozit, kam ovqatlanish va tana vaznining yo‘qolishi bilan kechadi [6]. Yuz va bo‘yin limfostazi esa yutish hamda jismoniy funksiyalarning buzilishi bilan bog‘liqdir [7, 13]. Ushbu asoratlar kamdan-kam hollarda alohida uchraydi: bitta bemorda bir vaqtning o‘zida disfagiya, trizm, nutq buzilishlari va ovqatlanish yetishmovchiligi kuzatilib, ular bir-birini yanada kuchaytiradi. Biroq, aksariyat tadqiqotlarda faqat alohida

muolajalar — yo yutish mashqlari, yo trizm profilaktikasigina baholanadi. Og‘iz bo‘shlig‘i saratonida nutq reabilitatsiyasi bo‘yicha dalillar bazasi hamon cheklanganligicha qolmoqda [8]. Mamlakatimizda ushbu buzilishlarni bir vaqtning o‘zida qamrab oladigan va validatsiyadan o‘tgan shkalalar asosida tanlanadigan dastur hali ishlab chiqilmagan.

Tadqiqotning maqsadi — kompleks davolashdan so‘ng og‘iz bo‘shlig‘i va og‘iz-halqum saratoni bilan og‘rigan bemorlarda yutish, og‘iz ochilishi, nutq, limfa oqimi, yelka kamari funksiyasi hamda nutrien (ozuqaviy) holatni tiklashda modulli individuallashtirilgan reabilitatsiya samaradorligini baholashdan iborat.

Tadqiqotga kompleks davolashning radikal bosqichini yakunlagan, og‘iz bo‘shlig‘i yoki og‘iz-halqum saratoni morfologik tasdiqlangan 110 nafar bemor kiritildi. Tadqiqotdan chiqarish mezonlari: faol retsidiv, uzoq metastazlar, dekompensatsiyalangan somatik kasalliklar, yaqqol kognitiv yoki ruhiy buzilishlar, mashqlarni bajara olmaslik. Bemorlar asosiy guruhga (I, n=60) va qiyoslash guruhiga (II, n=50) taqsimlandi [usulni ko‘rsating: randomizatsiya yoki ketma-ket kiritish]. Nazorat guruhini (III, n=30) jinsi va yoshi bo‘yicha mos keladigan amaliy sog‘lom shaxslar tashkil etdi; ularning ko‘rsatkichlari shartli me’yor sifatida olindi. I va II guruhlar klinik-demografik belgilari hamda davolash hajmi bo‘yicha bir-biridan farq qilmadi (1-jadval). Barcha 110 nafar bemor 12 oylik kuzatuvni yakunladi.

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.

Reabilitatsiya dasturi. I guruhda dastur sindromal-modulli tamoyil asosida tuzildi. Dastlabki baholash yakunlariga ko‘ra, har bir bemorda yetakchi va yondosh reabilitatsiya sindromlari aniqlanib, tegishli modullar tayinlandi (2-jadval). Barcha bemorlar bazaviy komponent bilan qamrab olindi: u og‘iz bo‘shlig‘i parvarishi (kserostomiyada namlantiruvchi vositalar, tarkibida ftor bo‘lgan tish pastalari, stomatolog nazorati) va uy sharoitida mustaqil bajariladigan mashqlarni o‘rgatishdan iborat bo‘ldi. Jarayonni multidissiplinar jamoa: onkolog, reabilitolog, logoped, diyetolog, psixolog, stomatolog va DJT instruktori olib bordi. Mashg‘ulotlarning davomiyligi, davriyligi va kursi: [har bir modul uchun ko‘rsatilsin]. Har bir nazorat muddatida dastur qayta ko‘rib chiqildi: maqsadga erishilgan taqdirda modul bir maromda ushlab turuvchi rejimga o‘tkazildi, ijobiy o‘zgarish kuzatilmaganda esa — jadallashtirildi yoki qo‘shimcha mutaxassis jalb etildi.

II guruhda buzilishlar skriningi o‘tkazilmasdan va modullar individual

tanlanmasdan standart reabilitatsiya — umumiy DJT, simptomatik davo, umumiy tavsiyalar hamda ko‘rsatmalarga binoan fizioterapiya yoki logoped yordami amalga oshirildi.

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.

Baholash usullari. Ko‘rsatkichlar reabilitatsiya boshlanishidan oldin (T0) hamda 1 (T1), 3 (T2), 6 (T3) va 12 (T4) oydan keyin baholandi. Yutish qobiliyati EAT-10 so‘rovnomasi (≥3 ball — disfagiya belgisi) [9] va FOIS shkalasi (7-daraja — cheklovlarsiz to‘liq og‘iz orqali ovqatlanish) [10] bo‘yicha baholandi. Og‘izning maksimal ochilishi markaziy kurak tishlar oralig‘ida o‘lchandi; <35 mm ko‘rsatkich trizm [11], <25 mm esa yaqqol ifodalangan trizm sifatida baholandi. Nutqning tushunarliligi Speech Intelligibility Rating shkalasi va foizlardagi logopedik ko‘rsatkich bo‘yicha baholandi; artikulyatsiya buzilishlari va ovoz o‘zgarishlari alohida qayd etildi. Limfostaz bo‘yin aylanasi, palpatsiya va yumshoq to‘qimalarning UTT natijalari bo‘yicha baholandi. Og‘riq jadalligi — vizual-analog shkalasi (VASH, 0–10) bo‘yicha, yelkani uzoqlashtirish va bo‘yin rotatsiyasi hajmi esa goniometriya yordamida aniqlandi. Nutritiv status tana vazni, tana vazni indeksi (TVI),

NRS-2002 [12], PG-SGA va qon zardobidagi albumin miqdori bo‘yicha aniqlandi. Statistik tahlil SPPS dasturida amalga oshirildi. Taqsimotning normalligi Shapiro–Uilk mezoni yordamida tekshirildi. Ma’lumotlar M±SD, Me [IQR] yoki mutlaq sonlar (%) ko‘rinishida taqdim etildi. Guruhlar Styudentning t-mezoni yoki Mann–Uitnining U-mezoni, ulushlar esa χ^2 mezoni yoki Fisherning aniq mezoni (kutilgan chastotalar <5 bo‘lganda) yordamida taqqoslandi. Guruhlar ichidagi dinamika takroriy o‘lchovlarning dispersion tahlili yoki Fridman mezoni, bog‘liqliklar esa Spirmen korrelyatsiyasi orqali baholandi. Farqlar p<0,05 bo‘lganda statistik jihatdan ahamiyatli deb hisoblandi.

Natijalar. Dastlabki holatda funksional buzilishlar tez-tez va birgalikda kuzatildi. 110 nafar bemordan 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 hamda 69 nafarida (62,7%) to‘yib ovqatlanmaslik xavfi (NRS-2002 ≥3) aniqlandi. Ushbu ko‘rsatkichlardan kelib chiqqan holda, disfagiya bemorlarning kamida 70,9 foizida trizm bilan birga kechgan. Dastlabki ko‘rsatkichlar bo‘yicha I va II guruhlar o‘zaro farq qilmadi (barcha holatlarda p>0,05). Yutish funksiyasi 12 oydan so‘ng EAT-10 ko‘rsatkichi I guruhda 15,8 ballga, II guruhda esa 10,4 ballga kamaydi (3-jadval). Guruhlar o‘rtasidagi farq 3 oydan keyinoq statistik jihatdan ishonchli darajaga yetdi (9,7±4,9 ga nisbatan 13,8±5,4; p<0,001). 12-oyga kelib to‘liq peroral ovqatlanish (FOIS 7) I guruhdagi bemorlarning 73,3 foizida va II guruhdagilarning 46,0 foizida tiklandi. Zond yoki gastrostomaga bog‘liqlik mos ravishda 2 (3,3%) va 7 (14,0%) nafar bemorda saqlanib qoldi; holatlar soni kam bo‘lganligi sababli bu farq statistik ahamiyat kasb etmadi (Fisherning aniq mezoni, p=0,076).

3-jadval.

Yutish ko‘rsatkichlari dinamikasi

Ko‘rsatkich	Guruh	T0	T1 (1 oy)	T2 (3 oy)	T3 (6 oy)	T4 (12 oy)
EAT-10, ballar	I	19,6±6,1	14,8±5,7	9,7±4,9	6,1±4,2	3,8±3,1
	II	19,1±6,4	16,9±5,9	13,8±5,4	10,9±5,0	8,7±4,4
	p	0,676	0,061	<0,001	<0,001	<0,001
EAT-10 ≥3, abs. (%)	I	56 (93,3)	52 (86,7)	43 (71,7)	31 (51,7)	20 (33,3)
	II	46 (92,0)	45 (90,0)	42 (84,0)	38 (76,0)	34 (68,0)
	p	0,793	0,596	0,124	0,009	<0,001
FOIS, daraja, Me [IQR]	I	5 [4–6]	5 [4–6]	6 [5–7]	6 [6–7]	7 [6–7]
	II	5 [4–6]	5 [4–6]	5 [5–6]	6 [5–6]	6 [5–7]
		0,881	0,724	0,012	0,004	0,001
Zond/gastrostoma, abs. (%)	I	18 (30,0)	14 (23,3)	9 (15,0)	5 (8,3)	2 (3,3)
	I	14 (28,0)	13 (26,0)	11 (22,0)	9 (18,0)	7 (14,0)
		0,821	0,746	0,328	0,128	0,076*

Izoh: nazorat guruhida EAT-10 — 0,8±1,0 ball, FOIS — 7 [7–7]; * — Fisherning aniq mezoni.

Trizm va nutq

Og‘izning maksimal ochilishi I guruhda 11,4 mm ga, II guruhda 6,4 mm ga oshdi (4-jadval); nazorat guruhida bu ko‘rsatkich 44,6±3,8 mm ni tashkil etdi. 12-oyga kelib, trizm 21,7% va 48,0% bemorlarda, yaqqol trizm esa 3,3% va 16,0% bemorlarda saqlanib qoldi.

Nutqning tushunarliligi I guruhda 32,2 foiz bandiga, II guruhda esa 19,7 foiz bandiga oshdi. 12-oyga kelib, qoniqarli darajada tushunarli nutq bemorlarning 86,7% va 70,0% ida qayd etildi (p=0,032). Til va og‘iz bo‘shlig‘i tubi rezeksiyasidan so‘ng nutq sekinroq tiklandi: mos ravishda 78,3% va 56,5%.

4-jadval.

Og‘iz ochilishi va nutq funksiyasi dinamikasi

Ko‘rsatkich	Guruh	T0	T1	T2	T3	T4
Og‘iz ochilishi, mm	I	27,8±6,4	30,6±6,1	33,8±5,7	36,9±5,3	39,2±4,8
	II	28,1±6,2	29,4±6,0	31,2±5,8	m33,0±5,6	34,5±5,2
	p	0,804	0,306	0,020	<0,001	<0,001
Trizm (<35 mm), abs. (%)	I	47 (78,3)	42 (70,0)	34 (56,7)	22 (36,7)	13 (21,7)
	II	39 (78,0)	37 (74,0)	34 (68,0)	29 (58,0)	24 (48,0)
	p	0,968	0,646	0,221	0,026	0,003
Yaqqol trizm (<25 mm), abs. (%)	I	20 (33,3)	15 (25,0)	9 (15,0)	5 (8,3)	2 (3,3)
	II	16 (32,0)	14 (28,0)	12 (24,0)	10 (20,0)	8 (16,0)
	p	0,881	0,725	0,236	0,078	0,041*
Nutq tushunarliligi, %	I	58,4±13,2	68,9±12,4	78,6±10,8	85,7±9,1	90,6±7,8
	I	59,1±12,8	64,7±12,1	69,9±11,7	74,8±10,9	78,8±9,7
	p	0,779	0,076	<0,001	<0,001	<0,001
Artikulyatsiya buzilishlari, abs. (%)	I	46 (76,7)	39 (65,0)	30 (50,0)	18 (30,0)	10 (16,7)
	II	38 (76,0)	33 (66,0)	29 (58,0)	24 (48,0)	20 (40,0)
	p	1,000	1,000	0,446	0,076	0,009
Ovoz o‘zgarishi, abs. (%)	I	39 (65,0)	32 (53,3)	24 (40,0)	14 (23,3)	8 (13,3)
	I	32 (64,0)	29 (58,0)	25 (50,0)	20 (40,0)	16 (32,0)
	p	1,000	0,701	0,338	0,066	0,022

Izoh: nazorat guruhida og‘izning ochilishi — 44,6±3,8 mm, nutqning ravonligi — 96,8±3,1% ni tashkil etdi; * — Fisherning aniq mezoni.

Bo‘yin aylanasi I guruhda 3,8 sm ga, II guruhda esa 1,8 sm ga kichraydi (5-jadval). Tashqi limfostaz 12-oyga kelib 16,7% va 38,0% bemorlarda saqlanib qoldi. Dastlab, bo‘yin limfodisseksiyasidan so‘ng yelka kamari disfunksiyasi 68,3% va 70,0% bemorlarda aniqlandi (p=0,846). VAS bo‘yicha og‘riq 4,5 va 3,0 ballga kamaydi, I guruhda yelkani chetga uzatish burchagi me’yorga yaqinlashdi (nazorat guruhidagi 172,8° ga nisbatan 166,1°).

5-jadval.

Limfostaz, og‘riq va yelka kamari harakatchanligining dinamikasi

Ko‘rsatkich	Guruh	T0	T1	T2	T3	T4
Bo‘yin aylanasi, sm	I	41,7±3,9	40,7±3,7	39,6±3,5	38,6±3,2	37,9±3,0
	II	41,5±4,0	41,0±3,9	40,5±3,8	40,1±3,7	39,7±3,5
	p	0,792	0,682	0,203	0,027	0,005
Tashqi limfostaz, mutlaq (%)	I	44 (73,3)	37 (61,7)	27 (45,0)	17 (28,3)	10 (16,7)
	II	36 (72,0)	33 (66,0)	28 (56,0)	23 (46,0)	19 (38,0)
	p	1,000	0,693	0,338	0,073	0,016
UTT bo‘yicha limfostaz, mutlaq (%)	I	40 (66,7)	32 (53,3)	23 (38,3)	14 (23,3)	7 (11,7)
	II	33 (66,0)	29 (58,0)	25 (50,0)	20 (40,0)	15 (30,0)
	p	1,000	0,701	0,250	0,066	0,030
VASH, ballar	I	5,8±1,6	4,5±1,5	3,2±1,4	2,1±1,2	1,3±1,0
	II	5,6±1,7	4,9±1,6	4,1±1,5	3,3±1,4	2,6±1,3
	p	0,528	0,183	0,002	<0,001	<0,001
Yelkani uzoqlashtirish, daraja	I	118,6±24,5	132,4±22,7	145,8±20,1	157,3±17,6	166,1±14,2
	I	120,1±23,9	127,8±22,4	136,2±21,0	144,5±19,3	151,0±17,8
	p	0,748	0,290	0,017	<0,001	<0,001
Bo‘yin rotatsiyasi, daraja	I	48,7±10,3	54,8±9,8	61,5±9,1	67,3±8,3	72,4±7,1
	II	49,2±10,1	52,6±9,9	56,4±9,4	60,3±8,9	64,1±8,2
	p	0,798	0,251	0,005	<0,001	<0,001

Izoh: 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°.

Nutritiv holat

12-oyga kelib NRS-2002 ko‘rsatkichi ≥3 bo‘lgan bemorlar ulushi I guruhda 63,3% dan 13,3% gacha va II guruhda 62,0% dan 32,0% gacha kamaydi (6-jadval). Albumin miqdori 5,9 va 3,5 g/l ga ko‘tarildi. Tana vazni o‘rtacha 5,6 va 2,4 kg ga ortdi [o‘sish ko‘rsatkichini taqqoslash uchun p — aniqlashtirilsin]. EAT-10 ballining pasayishi tana vaznining ortishi bilan o‘rtacha darajada korrelyatsiya qildi (r=–0,58; p<0,001).

6 -jadval.

Nutritiv holat dinamikasi

Ko‘rsatkich	Guruh	T0	T1	T2	T3	T4
Tana vazni, kg	I	61,8±9,7	62,5±9,5	64,3±9,1	66,1±8,8	67,4±8,5
	II	62,1±9,4	62,3±9,3	63,0±9,1	63,8±8,9	64,5±8,7
	P	0,871	0,910	0,456	0,176	0,081
TVI, kg/m^2	I	20,7±3,1	21,0±3,0	21,6±2,9	22,2±2,8	22,7±2,7
	II	20,9±3,0	21,0±3,0	21,2±2,9	21,5±2,9	21,8±2,8
	p	0,733	1,000	0,473	0,207	0,091
Albumin, g/l	I	34,8±4,6	36,1±4,3	38,0±4,0	39,5±3,7	40,7±3,5
	II	35,0±4,5	35,7±4,4	36,8±4,2	37,7±4,0	38,5±3,8
	p	0,819	0,632	0,123	0,016	0,002
NRS-2002 ≥3, abs. (%)	I	38 (63,3)	31 (51,7)	22 (36,7)	14 (23,3)	8 (13,3)
	II	31 (62,0)	28 (56,0)	24 (48,0)	20 (40,0)	16 (32,0)

Ko‘rsatkich	Guruh	T0	T1	T2	T3	T4
	p	0,885	0,701	0,261	0,066	0,022

Izoh: nazorat guruhida tana vazni — 68,9±8,1 kg, TVI — 23,1±2,4 kg/m^2, albumin — 42,3±3,2 g/l.

Guruhlar o‘rtasidagi tafovutlar turli muddatlarda namoyon bo‘ldi. 3-oyga kelib, EAT-10, FOIS, og‘iz ochilishi, nutq ravonligi, VASH va yelka harakatchanligi bo‘yicha farqlar statistik jihatdan ishonchli darajaga yetdi. Bo‘yin aylanasi, albumin va trizm ulushi bo‘yicha ko‘rsatkichlar 6-oyga kelib, tashqi limfostaz hamda NRS-2002 bo‘yicha esa faqat 12-oyga kelib ishonchli farq qildi.

Muhokama. 12-oyga kelib modulli dastur barcha funksional ko‘rsatkichlar bo‘yicha standart reabilitatsiyadan ustun keldi. Guruhlar o‘sma bosqichi, joylashuvi va davolash hajmi bo‘yicha o‘zaro mos bo‘lganligi sababli, yuzaga kelgan farqlarni asosan reabilitatsiya tarkibi bilan bog‘lash mumkin. Trizmning dastlabki uchrash darajasi (78,2%) meta-tahlilda qayd etilgan eng yuqori ko‘rsatkichdan (44,1%) baland bo‘ldi [3]. Buni tanlanma tarkibi bilan izohlash mumkin: bemorlarning 70 foizida kasallikning III–IV bosqichi aniqlangan, 63 foizi esa trizm xavfini oshiruvchi kimyoviy-nur terapiyasini olgan [4]. 12-oyga kelib asosiy guruhda trizm 21,7% bemorda saqlanib qoldi, bu adabiyotlarda keltirilgan 32,1% ko‘rsatkichdan pastdir [3]; taqqoslash guruhida esa bu ko‘rsatkich 48,0% ni tashkil etdi. Trizm 6-oygacha o‘z-o‘zidan zo‘rayib borishi sababli, ChPJB uchun mashqlar va mexanoterapiyani imkon qadar erta boshlash hamda 1–6 oy davomida uzluksiz davom ettirish lozim. DARS randomizatsiyalangan tadqiqoti shuni ko‘rsatdiki, halqum konstriktorlariga tushadigan nurlanish dozasini kamaytirish 12 oydan so‘ng yutinish funksiyasini yaxshilaydi (MDADI ko‘rsatkichi 70,6 ga nisbatan 77,7) [5]. Bizning ma’lumotlarimiz ushbu xulosani to‘ldiradi: davolash yakunlangach, maqsadli reabilitatsiya yutinish borasida qo‘shimcha ustunlik beradi (FOIS 7 ko‘rsatkichi 46,0% ga nisbatan 73,3% bemorda). Zondga bog‘liqlik darajasi 14,0% ga nisbatan 3,3% gacha pasaydi, biroq ushbu ko‘rsatkich bo‘yicha statistik jihatdan ishonchli xulosa chiqarish uchun kattaroq tanlanma talab etiladi.

Disfagiyaning kamayishi va tana vaznining ortishi o‘rtasidagi bog‘liqlik (r=–0,58) «disfagiya → ovqatlanishning yomonlashuvi → tana vaznining yo‘qotilishi» ketma-ketligini tasdiqlaydi. Shu sababli, ESPEN tavsiya etganidek, «Disfagiya» va «Ovqatlanish» modullarini birgalikda buyurish maqsadga muvofiqdir [6]. Xuddi shuningdek, limfostazning kamayishi yutinishning yaxshilanishi bilan birga kechdi, bu esa ichki limfostazning disfagiyadagi o‘rni haqidagi ma’lumotlarga mos keladi [7, 13].

Og‘iz bo‘shlig‘i saratonida logopedik muolajalarning daliliy bazasi cheklangan [8], shu bois nutqqa oid qiyosiy ma’lumotlar amaliy ahamiyatga ega. Til va og‘iz bo‘shlig‘i tubi rezeksiyasidan keyin nutq eng sust tiklandi; bunday bemorlar uchun «Nutq» modulining hajmi va muddatini oshirish lozim.

Farqlarning turli muddatlarda namoyon bo‘lishi ikki xil samara mavjudligini ko‘rsatadi. Tezkor samara (3-oyga kelib) — yutinish kompensatsiyasi, og‘riqning kamayishi va nutq. Kechikkan samara (6–12-oylarga kelib) — nurlanish fibroziga va mushak massasining tiklanishiga bog‘liq bo‘lgan trizm, limfostaz hamda nutritiv holat. Bundan amaliy xulosa kelib chiqadi: hatto erta yaxshilanish kuzatilsa-da, reabilitatsiyani 12 oydan oldin to‘xtatib bo‘lmaydi.

Xulosalar

1. Og‘iz bo‘shlig‘i va og‘iz-halqum saratonini kompleks davolashdan so‘ng funksional buzilishlar aksariyat bemorlarda uchraydi va ular birgalikda 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%.

2. Yetakchi sindromlar bo‘yicha tanlangan modulli dastur 12 oydan so‘ng standart reabilitatsiyaga qaraganda yutinish (EAT-10 bo‘yicha 8,7 ballga nisbatan 3,8 ball; FOIS 7 ko‘rsatkichi 46,0% ga nisbatan 73,3% bemorda), og‘iz ochilishi (34,5 mm ga nisbatan 39,2 mm; trizm 48,0% ga nisbatan 21,7%) va nutqning (78,8% ga nisbatan 90,6%) yaxshiroq tiklanishini ta’minlaydi.
3. Dastur limfostazni (38,0% ga nisbatan 16,7%), og‘riqni (VAS bo‘yicha 2,6 ga nisbatan 1,3) va ovqatlanish yetishmovchiligi xavfini (NRS-2002 ≥3: 32,0% ga nisbatan 13,3%) kamaytiradi.
4. Yutinish, nutq va og‘riq bo‘yicha samara 3-oyga kelib, trizm, limfostaz va ovqatlanish bo‘yicha esa 6–12-oylarga kelib namoyon bo‘ladi; reabilitatsiyani kamida 12 oy davom ettirish hamda 1, 3, 6 va 12 oydan keyin nazorat qilib borish lozim.

Adabiyotlar

5. 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. — Vol. 117, № 12. — P. 919–924.
6. Blyth K.M. et al. 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 [jild va sahifalarga aniqlik kiritilsin].
7. Borges M.M.F. et al. Chemotherapy increases the prevalence of radiotherapy-related trismus in head and neck cancer patients: a systematic review and meta-analysis. — 2024 [jurnal, jild va sahifalarga aniqlik kiritilsin].
8. 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.
9. 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. — Vol. 86, № 8. — P. 1516–1520.
10. 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. — Vol. 43, № 2. — P. 244–252.
11. Dijkstra P.U., Huisman P.M., Roodenburg J.L. Criteria for trismus in head and neck oncology // Int J Oral Maxillofac Surg. — 2006. — Vol. 35, № 4. — P. 337–342.
12. Gaitatzis K. et al. Patient-reported outcome measures and physical function following head and neck lymphedema — a systematic review // Support Care Cancer. — 2024 [jild va sahifalarga aniqlik kiritilsin].
13. 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. — Vol. 22, № 3. — P. 321–336.
14. Muscaritoli M., Arends J., Bachmann P. et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer // Clin Nutr. — 2021. — Vol. 40, № 5. — P. 2898–2913.
15. 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. — Vol. 24, № 8. — P. 868–880.
16. Tillashayxov M.N. va hammualliflar [to‘liq manba ma’lumotlari — dissertatsiyaning adabiyotlar ro‘yxati bo‘yicha], 2020.
17. 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. — Vol. 41,

№ 9. — P. 3408–3421.