

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

ПРИСКУЛОВА ЭЛЬМИРА УРАИМКУЛОВНА

**ҚУЛОҚ ОЛДИ СЎЛАК БЕЗИ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ҚИЁСИЙ ЁНДАШУВ**

14.00.21 – Стоматология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of the dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Ирискулова Эльмира Ураимкуловна

Қулоқ олди сўлак беши хавфсиз ўсмаларини ташхислаш ва даволашда қиёсий ёндашув..... 3

Ирискулова Эльмира Ураимкуловна

Дифференцированный подход к диагностике и лечению доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы..... 22

Iriskulova Elmira Uraimkulovna

Differentiated approach to diagnosis and treatment of parotid salivary gland benign tumors..... 42

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 45

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

ПРИСКУЛОВА ЭЛЬМИРА УРАИМКУЛОВНА

**ҚУЛОҚ ОЛДИ СЎЛАК БЕЗИ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ҚИЁСИЙ ЁНДАШУВ**

14.00.21 – Стоматология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2018.2.PhD/Tib682 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент давлат стоматология институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб - саҳифасида (www.tsdі.uz) ва «Ziynet» Ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Жилонов Абдубори Астонаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Боймуратов Шухрат Абдужалилович
тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Ўзбекистон Республикаси)

Аржанцев Андрей Павлович
тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Россия Федерацияси)

Етакчи ташкилот:

С.Д. Асфендияров номидаги Қозок миллий тиббиёт университети (Қозоғистон Республикаси)

Диссертация ҳимояси Тошкент давлат стоматология институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100047, Тошкент ш., Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси, 103. Тел.: (+99871) 230-20-65; факс: (+99871) 230-47-99; e-mail: tsdi2016@mail.ru).

Диссертация билан Тошкент давлат стоматология институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100047, Тошкент ш., Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси, 103. Тел.: (+99871) 230-20-65).

Диссертация автореферати 2021 йил «_____» _____ кунни тарқатилди.
(2021 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Н.К. Хайдаров

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори

Л.Э. Хасанова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

У.А. Шукурова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари
доктори, доцент

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Сўлак беги касалликлари билан оғриган беморларга нисбатан онкологик хушёрлик долзарб бўлиб қолмоқда, чунки кисталар ва сиаладенозлар ўсмалар билан клиник белгилари ўхшашдир. Кулоқ олди сўлак безлари бошқа сўлак безларига нисбатан кўпроқ ўсма билан зарарланади. Мавжуд илмий маълумотлар кулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсма билан касалланиш тарқалишининг ортиб бораётганлигидан далолат беради. Кўплаб гистологик турлар орасида учраши бўйича кулоқ олди сўлак безининг эпителиал хавфсиз ўсмалари устун бўлиб, уларнинг қаторида плеоморф аденома етакчи ўринни эгаллайди. Бу борада чет эллик муаллифларнинг «...хавф гуруҳига сўлак безларининг хавфсиз ўсмаларини ҳам ўз ичига олади, уларни жарроҳлик амалиёти билан даволаш, бу соҳанинг рақини олдини олиш чорасидир...»¹ каби маълумотлари келтирилган. Шундай қилиб, кулоқ олди сўлак беги соҳасидаги ўсмалар диагностика ва клиника йўналишдаги шифокорлар орасида қизиқиш уйғотади.

Жаҳонда илмий маълумотларнинг тўпланиши ва такомиллашиши билан сўлак безлари ўсмаларининг ҳалқаро гистологик таснифи шакллантирилиб, ҳозирги кунда кенгайган ва ўзгарган тўртта нашрни ташкил этмоқда. Бу борада кулоқ олди сўлак беги ўсмаларини ташхислаш усулларини такомиллаштириш; ташхислашда комплекс ултратовуш, мултиспирал компьютер томографияси (МСКТ) ва магнитли резонанс томографияси (МРТ) текширувларини қўллаш илмий-тадқиқотларнинг устувор йўналиши бўлиб қолмоқда. Шулар билан бир қаторда кулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмаларини даволашда изланувчиларнинг жарроҳлик тажрибаси юз нервини мажбурий сақлаш билан қуйидаги: экстракапсуляр диссекция, қисман безнинг резекцияси, субтотал резекция (юза паротидэктомияси), паротидэктомияда мақсадга мувофиқ адекват операция ҳажмини қўллашини исботлайди ва долзарб муаммоларидан бири ҳисобланмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислоҳотларга алоҳида ва доимий эътибор қаратилмоқда. Бу борада «...соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислоҳотлар самарадорлигини янада ошириш, соҳага илғор ва рақамли технологияларни жорий этиш...»² каби ислоҳотлар белгиланган. Аҳолига онкологик тиббий ёрдам кўрсатишнинг тизимини ислоҳ қилиш бўйича ишлар олиб борилмоқда «...аҳолининг ташхис қўйиш ва даволашнинг замонавий юқори технологияли усулларидан фойдаланишини яхшилаш, онкологик касалликларни даволашнинг юқори самарадорлигига эришиш...»³ каби устувор вазифалар белгиланган. Шундай

¹ Давыдов М. И. и др. Онкология. – 2019.

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 02 октябрдаги ПҚ-4847-сонли «Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора – тадбирлари тўғрисида»ги Қарори.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 04 апрелдаги ПҚ-2866-сонли «2017 - 2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори.

килиб, онкологик касалликларни самарали даволаш ва ўз вақтида ташхислашда илмий-тадқиқот ишланмаларини талаб қиладиган долзарб йўналишлардан бири бўлиб қолмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони билан тасдиқланган вазифаларни бажаришга, 2017 йил 4 апрелдаги ПҚ-2866-сон «2017 - 2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Турли географик минтақаларда сўлак безлари ўсмаси билан касалланишнинг тарқалганлик даражаси ўзгарувчан бўлиб, Польша, Япония, Буюк Британия, Голландия, Чилининг 100 000 аҳоли сонига 2,51 дан 6,2 гача тўғри келади (Gontarz M.; Sentani K.; Valstar M.; Araya J.; Bradley P.). Бугунги кунга келиб, ЖССТнинг 2017 йилда қабул қилинган қулоқ олди сўлак беzi ўсмаларининг ҳалқаро гистологик таснифининг 4-чи нашрига асосан 11 та хавфсиз морфологик тури ажратилади (El-Naggar A.). Қулоқ олди сўлак беzi бошқа сўлак безларига караганда тез-тез хавфсиз ўсмалар ҳосилаларига учрайди, улар орасида плеоморфик аденома ва аденолимфома кўпроқ учрайди (Егорова Е.; Гао М.). Қулоқ олди сўлак беzi ўсмаларини ташхислашда ултратовуш текшируви (УТТ), асосий ва мажбурий усуллардан бўлиб, ҳосиланинг белгиларини ишончли баҳолаш имконини беради. УТТнинг сезувчанлиги 62,9%, спецификлиги 92% ташкил этади (Liu Y.). Бундан ташқари, МСКТ ва МРТ қулоқ олди сўлак беzi соҳасининг ўсмасини батафсил баҳолаш ва дифференциал ташхислашни юқори аниқликда ўтказиш имконини беради (Асланова Э.; Егорова Е.; Britt С.; Liu Y.). Қулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларининг узилиш шаклида ёки капсуланинг йўқлиги тузилиши хусусиятлари, мултифокал ўсиш тури жарроҳлик муолажасини етарли ҳажмда белгилайди, бу эса операциядан кейин юзага келадиган қайталанишлар сонини камайтиришга имкон беради (Witt R.; Gnepp D.). Қулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмаларини мажбурий жарроҳлик йўли билан даволашда муҳим вазифа – юз нерви толалари ва шохларнинг узлуксизлигини сақлашдан иборат (Людчик Т.; Croonenborghs Т.).

Ўзбекистонда олимлари томонидан бош ва бўйин соҳасининг бошқа турдаги ўсмаларига нисбатан, кулоқ олди сўлак беши хавфсиз ва хавфли ўсмаларининг эпидемиологик тарқалиши, гистологик турлари, ўзига хос клиник кўриниши, ташхислаш усуллари ва жарроҳлик йўли билан даволаш турлари ҳамда хусусиятларини ўрганишга бағишланган илмий тадқиқотлар олиб борилган. Кулоқ олди сўлак беши ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволаш турлари ёритилган бўлиб, жарроҳлик муолажалари натижаларини яхшилаш мақсадида резекциясидан кейинги нуқсонни даволашда бирбосқичли жарроҳлик операцияси билан баргараф этишни қўллаш бўйича натижалар ўрганилган (Ганиев А., Камолова Ф., Хасанов А.).

Шундай қилиб, кулоқ олди сўлак беши ўсмаларини ташхислаш ва даволашга бағишланган илмий маълумотларнинг кенг ҳажми бу муаммонинг аҳамиятлилигини кўрсатади. Кулоқ олди сўлак беши ўсмаларини қиёсий ташхислашда соноэластография, МРТ, МСКТ каби информатив визуаллаштирувчи нур диагностика усулларидадан фойдаланишни талаб этувчи мураккаб вазифани ташкил этади. Шунга кўра, кулоқ олди сўлак беши ўсмаларини ташхислашнинг долзарблилигини кўрсатади, бу эса ўз навбатида адекват жарроҳлик йўли билан даволаш тактикаси танловини аниқлаб беради. Ўзбекистонда мазкур йўналишда маҳаллий нашрлар ва илмий изланишлар сонининг нисбатан камлиги кузатилади.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат стоматология институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ № 011400198 «Юз-жағ соҳасининг ўсмалари ва ўсмасимон ҳосилаларининг этиологияси, клиникаси, ташхислаш ва даволаш» мавзусидаги амалий лойиҳаси доирасида бажарилган (2019-2024 йй).

Тадқиқотнинг мақсади кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларни ташхислаш ва даволашни оптималлаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларнинг клиник – ташхис белгиларини таҳлил қилиш;

кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмаларида соноэластография, МСКТ, МРТ текширув усулларининг диагностик ахборотлилигини баҳолаш;

кулоқ олди сўлак безлари хавфсиз ўсмаларида жарроҳлик амалиёти орқали даволашда асоратлари ривожланишининг прогнозлаш омилларини клиник ва инструментал маълумотлар асосида аниқлаш;

кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари учун жарроҳлик аралашув усулларини оптималлаштириш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Тошкент вилояти филиалига, шунингдек, Тошкент давлат стоматология институти клиникасига 2018-2020 йй. бўлган даврда 19 ёшдан 80 ёшгача бўлган 132 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида кулоқ олди сўлак беzi ўсмалари бўлган беморларнинг клиник белгилари, соноэластография, МСКТ, МРТ ва жаррохлик операциялари материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмаларини текширишда клиник, инструментал, лаборатор ва статистик усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

кулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмалари учун 70% ҳолатларида компрессион соноэластографиядан олинган маълумотларга асосан иккинчи турдаги ранг нақши билан бирга бир хил рангланиши исботланган;

сонографияда олинган маълумотларни қўллашдан кулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларининг энг кўп тарқалган ва кам учрайдиган гистологик турларининг ултратовуш семиотикаси аниқланган;

кулоқ олди сўлак беzi ўсмаларини ташхислаш самарасини ошириш мақсадида, УТТ маълумотларига кўра аниқланган псевдокисталарда МРТни қўллаш исботланган;

кулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларини жаррохлик йўли билан даволашда ишончли аҳамиятга эга клиник ва инструментал маълумотларга асосан юзнинг мимика мускуллари парезини математик прогнозлаш модели ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

соноэластография, МРТ, МСКТ усулларни қўллаган ҳолда беморларни текшириш режаси ишлаб чиқилган;

усуллар ҳосилани ҳажмли визуаллаштириш, касалликнинг дастлабки босқичида дифференциал ташхислаш ва самарали жаррохлик муолажасини амалга оширишга имкон берган;

кулоқ олди сўлак беzi ўсмаларини жаррохлик амалиёти билан даволашда ўсмани адекват олинишида, юз нервини сақланган ҳолда ажратилишида ва керакли эстетик эффе́ктга эришишни таъминловчи Ковтунович бўйича тери кесув варианты қўлланилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашувлар, беморлар сонининг етарлилиги, клиник, инструментал, лаборатория ва статистика усулларига асосланган замонавий методологиядан фойдаланиш, кулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларини ташхислаш ва даволашдан олинган натижаларнинг ҳорижий ва маҳаллий илмий ишлар билан мувофиқлиги ва таққосланганлиги, шунингдек, ваколатли ташкилотларнинг қарорига билан тасдиқланганлигига асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, кулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмалари билан боғлиқ муаммонинг ечимида характерли клиник белгилари, соноэластография, МСКТ ва МРТни қўллашнинг диагностик хусусиятларидан фойдаланиш орқали операциядан кейинги юз мускуллари парезини прогнозлаш, ҳамда жаррохлик даволашнинг тўғри тактикасини танлаш орқали катта ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари диагностик мезонлари эластик тури, шакл бузилиш индекси (Strain-ratio), МСКТ ва МРТ белгиларини ўз ичига олди ва жаррохлик даволаш асоратлари ривожланишининг прогнозлаш омиллари асосида ишлаб чиқилди, кулоқ олди сўлак беги ўсмасини субтотал резекциясидан фойдаланишнинг оптималлиги исботланди, операция давомида ўсмага адекват кириш йўли таъминлаш, юз нерви шохи ва толаларини сақлаб қолиш ва операциядан кейинги чандиқ эстетикасини таъминлаш учун Ковтунович кесуви вариантдан фойдаланиш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалар ташхиси ва даволаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалар ташхислашда комплекс УТТ қўлланилишининг илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган «Кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари ташхислашда соноэластографиядан фойдаланиш» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 9 октябрдаги 8н-р/389-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларда диагностика тадбирларини такомиллаштириш имконини берган;

кулоқ олди сўлак беги соҳасида хавфсиз ўсмалар жаррохлик даволаш турларини ишлаб чиқишга қаратилган илмий натижалар асосида «Кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмаларини жаррохлик даволашнинг модификацияланган усуллари» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 8 октябрдаги 8н-р/371-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларни жаррохлик даволашни оптималлаштириш имконини берган;

кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалар ташхислаш ва даволашдан кейин олинган натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасига, Тошкент давлат стоматология институти клиникасига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 9 октябрдаги 8н-д/188-сон маълумотномаси). Тадқиқот олинган натижаларни амалиётга жорий қилиш кулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмалари бўлган беморларда ўз вақтида ва самарали ташхис қўйиш ва оптимал жаррохлик муолажасини амалга ошириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 халқаро ва 7 республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 22 та илмий ишлар, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4 та мақола, шундан 1 таси республика ва 3 таси чет эл журналларида нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалиётган тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан ташкил топган. Диссертация ҳажми 120 саҳифани ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурлиги асослаб берилган, тадқиқотнинг асосий мақсади ва вазифалари, ўтказилган тадқиқотнинг объекти ва предмети аниқланган, Республиканинг фан ва техникаси ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, илмий янгилиги ва олинган натижаларнинг илмий-амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши, апробацияси ва чоп этилиши, диссертациянинг тузилиши ҳақидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертация мавзусига асосан биринчи боб **“Адабиётлар шарҳи”** маълумотларни таҳлил қилишга бағишланган ва тўртта бўлимдан иборат. Кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари бўйича эпидемиологик маълумотлар келтирилган, ҳорижий ва маҳаллий олимларнинг ташхислаш ва даволашда замонавий илмий ютуқлари таҳлил қилинган. Нур диагностикасида қуйидаги усулларнинг афзалликлари ва камчиликлари тўғрисида маълумотлар келтирилган: УТТ, соноэластография, МСКТ ва МРТ. Жарроҳлик йўли билан даволашнинг турлари ва хусусиятлари кўрсатилган. Кулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмаларини ташхислаш мезонларини такомиллаштириш ва жарроҳлик йўли билан даволашни оптималлаштириш бўйича илмий тадқиқотларнинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисида хулоса қилинади. Бобни таҳлил қилинган материалларни сарҳисоб қилиш, хулоса билан яқунланади.

Диссертациянинг **«Тадқиқот материаллари ва усуллари»** номли иккинчи бобида Республика Ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Тошкент вилояти филиалининг бош ва бўйин ўсмалари бўлимида, Тошкент давлат стоматология институти клиникасида 19 ёшдан 80 ёшгача бўлган 132 нафар бемор орасида ўтказилган клиник тадқиқотлар бўйича маълумотлар тақдим этилган.

Белгиланган мақсадга асосланиб, тасдиқланган клиник ташхисларга кўра ўрганилган беморларнинг умумий сони уч гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳни кулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмалари (99 нафар), биринчи таққослаш гуруҳини – кулоқ олди сўлак безининг хавфли ўсмалари (27 нафар), иккинчи таққослаш гуруҳи- кулоқ олди сўлак безининг ўсма бўлмаган ҳосилалари (6 нафар) ташкил этди. Кулоқ олди сўлак беги ўсмалари бўлган беморларда клиник ташхис операциядан сўнг гистологик усул билан тасдиқланди.

Барча беморларга умумий ва махсус текширув усуллари ўтказилди. Умумий клиник текширувга қуйидагилар: шикоятлар ва касаллик тарихини аниқлаш, кўрик ва пальпация маълумотлари таҳлили киритилди.

Кулоқ олди сўлак беги ўсмалари бўлган беморларни комплекс УТТ текшируви, жумладан, махсус усуллар: В-режимдаги сонография, доплер ва

компрессияли соноэластографиядан (КСЭГ) ўтказишни ўз ичига олади. КСЭГ усули тўқималарнинг эластикликдаги фарқини рангли визуализациялашда ва қулоқ олди сўлак безининг шакли бузилган ўсмани атрофдаги ўзгармаган тўқималарига нисбатан катталигини баҳолашда (Strain-ratio индекси, SR) ултратовуш датчикнинг компрессив дозаланган сиқиш усулини қўллашдан иборат эди. КСЭГ LOGIQ S8 (GE XD Clear) аппаратида компрессион усулидан 7-10 МГц частотали, 9L чизикли датчик билан қўлланилди. КСЭГ маълумотларини таҳлил қилишда хавфсиз ва хавфли ўсма 5 эластотурини жамлаган E. Ueno (2006) таснифидан фойдаланилди.

Комплекс УТТ текширувининг маълумотларини МРТ ва МСКТ хулосалари билан солиштирдик. Қулоқ олди сўлак безининг 3,0 смдан катта ва унинг пастки жағ шохи (“акустик ойна”) чуқурлигида ва орқасида жойлашганлиги, УТ-датчиги билан компрессияни амалга ошириш қийинлиги, УТТ аппаратининг техник имкониятининг чегараланганлиги сабабли, ташхислашда МСКТ ва МРТ қўлланилди.

МСКТ – текшируви Somatom Emotion (Siemens Германия) аппаратида ўтказилди. Сагиттал, фронтал, трансверзал текисликлар реконструкцияси билан кесимлар қалинлиги 1,25мм.

МРТ – текшируви Ingenia 1,5 T (Германияда Phillips) аппаратида ўтказилди. МРТ-сигналнинг T1, T2 импульс тавсифли ва қуйидаги режимлар қўлланилди: T2-TSE, tra & sag; T1-SE cor, STIR cor 4 мм; DWI 2 мм.

Қуйилган вазифалардан келиб чиқиб, Қулоқ олди сўлак беzi ўсмаси бўлган беморларда КСЭГ, МРТ ва МСКТ текширувининг ахборотлилиги қуйидаги кўрсаткичларига асосан баҳоланди: сезувчанлиги, спецификлиги ва аниқлилиги.

Ушбу мақсадга эришиш учун қулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмаларини жаррохлик йўли билан даволашни (сўлак беzi резекцияси, субтотал резекция, паротидэктомия) баҳолаш амалга оширилди. Операция ҳажмини танлаш ўсманинг қуйидаги: гистологик тури, анатомо-топографик жойлашуви, ўлчами, атрофдаги юмшоқ ва суяк тўқималари билан ўзаро алоқаси, клиник кечиши хусусиятларига боғлиқ эди. Қулоқ олди сўлак беzi ўсмасига адекват кириш йўли ва юз нерв (ЮН) толаларини сақланган ҳолда ажратишда Редон бўйича ва Ковтунович бўйича тери кесув варианты ўрганилди.

Тадқиқот натижаларининг статистик таҳлили математик статистика ва «STATISTICA 10,0» амалий дастурлар тўплами ёрдамида амалга оширилди. Қулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмалари бўлган беморларни жаррохлик йўли билан даволашдан кейинги асоратларни прогнозлашда математик моделлаштиришнинг регрессион таҳлил усулидан фойдаланилди.

Диссертациянинг «**Қулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларида шахсий тадқиқотлар натижалари**» деб номланган учинчи бобида асосий гуруҳдаги Қулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари бўлган 99 нафардан иборат беморларнинг клиник текширув натижалари келтирилган. Беморларнинг ўртача ёши $43,8 \pm 1,5$ ташкил этди. Эркаклар ва аёллар нисбати 1:1,48 эди. Энг тез-тез

учрайдиган ҳолат (66,6%) 21 ёшдан 50 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли беморларда кузатилган. Морфологик шакллар орасида плеоморф аденома ва аденолимфома 78,8% ва 14,1% нисбатдаги ҳолатларда кузатилган. Қулоқ олди сўлак беи соҳасида базал хужайрали аденома, папилляр цистаденома ва юз нервнинг экстракраниал шванномаси кам учрайди (5,1%, 1,0%, 1,0% нисбатида).

Тадқиқот натижаларига кўра плеоморф аденома (ПА) 19 ёшдан 76 ёшгача бўлган аёллар орасида 61,5% ҳолларда учради. Аёллар ва эркеклар 1,6:1,0 нисбатда эди. ПАнинг қайталаниши 5 нафар беморларда (6,4%) ташхисланди. Беморларнинг ўртача ёши $41,53 \pm 1,62$ ёшни ($p < 0,05$) ташкил этди. Анамнезда биринчи клиник белгиларнинг пайдо бўлишидан муолажагача бўлган давомийлик – $4,00 \pm 0,54$ йилни ($p < 0,05$) ташкил этди. УТТ натижаларига кўра ўсманинг ўртача горизонтал ва вертикал ўлчами $31,27 \pm 1,30$ мм ва $25,85 \pm 1,15$ мм нисбатни ($p < 0,05$) ташкил этди.

Аденолимфомаси (АЛ) бўлган беморлар ёши 24 – 69 ёшда эди, жумладан, 40-59 ёшда 57,1% да кузатилди. АЛ бўлган беморларнинг ўртача ёши $56,21 \pm 3,24$ ёшни ташкил этди ($p < 0,05$). Анамнез давомийлиги бир неча ойдан 5 йилгача бўлган даврни, ўртача – $2,10 \pm 0,37$ йилни ($p < 0,05$) ташкил этди. Эркеклар ва аёлларнинг нисбати 1,3:1 ни ташкил этди. Эркекларнинг барчаси чекувчи беморлар эди. УТТда ўсманинг ўртача ўлчами $26,79 \pm 2,70$ мм дан $19,93 \pm 2,06$ мм гача ($p < 0,05$) эди (1-жадвал). Беморларнинг жинси ва ўсманинг ўлчами ўртасида ишончли даражада манфий корреляцион боғлиқлик мавжуд бўлиб ($r = -0,63$; $p < 0,05$), эркеклар орасида ўсма диаметрининг катталашини тенденцияси аниқланган бўлса, аёлларда эса аксинча пасайиши кузатилди.

Жадвал 1

Қулоқ олди сўлак беи хавфсиз ўсмалари клиник белгиларининг қиёсий хусусияти

Клиник белгилар		Плеоморф аденома (n=78)	Аденолимфома (n=14)
Беморларнинг ўртача ёши (ёш)		$41,53 \pm 1,62$	$56,21 \pm 3,24^*$
Касалликнинг давомийлиги (йил)		$4,00 \pm 0,54$	$2,10 \pm 0,37^*$
УТ-ўсма ўлчами	Горизонтал (мм)	$31,27 \pm 1,30$	$26,79 \pm 2,70$
	Вертикал (мм)	$25,85 \pm 1,15$	$19,93 \pm 2,06^*$

* фарқларнинг ишончилиги: ПА ва АЛ гуруҳлар ўртасида $p < 0,05$.

Қулоқ олди сўлак беининг хавфли ўсмалари бўлган биринчи таққослаш гуруҳида 27 нафар беморда ҳосил бўлиш частотаси бўйича эпителиал ҳосилалари (77,8% ҳолатларда) устун келди. Ноэпителиал ва иккиламчи (метастатик) ўсма улушларининг нисбати мос равишда 7,4% ва 14,8%ни ташкил этди. Бу касаллик 55,6% ҳолатларда аёллар орасида устун келди. Ўсманинг ўсиши давомийлиги ўртача $2,58 \pm 0,51$ йил давом этди. Олиб борилган тадқиқот хавфли ўсмаларнинг хавфсиз ўсмалардан ўзига хос

белгилар аниқланди ва қуйидагилар киритилди: 50 ёшдан юқорилар, УТ-ўсма ўлчами 3,0 см дан катта (жадвал 2).

Жадвал 2

Қулоқ олди сўлак безининг хавфли ва хавфсиз ўсмаларининг қиёсий клиник хусусиятлари

Клиник белгилар		Хавфсиз ўсмалар (n=99)	Хавфли ўсмалар (n=27)
Беморнинг ўртача ёши (йил)		43,79±1,50	51,30±2,37*
Касалликнинг давомийлиги (йил)		3,71±0,44	2,58±0,51
УТ-ўсма ўлчами	Горизонтал (мм)	30,34±1,14	39,85±4,29*
	Вертикал (мм)	25,24±1,06	31,65±2,93*

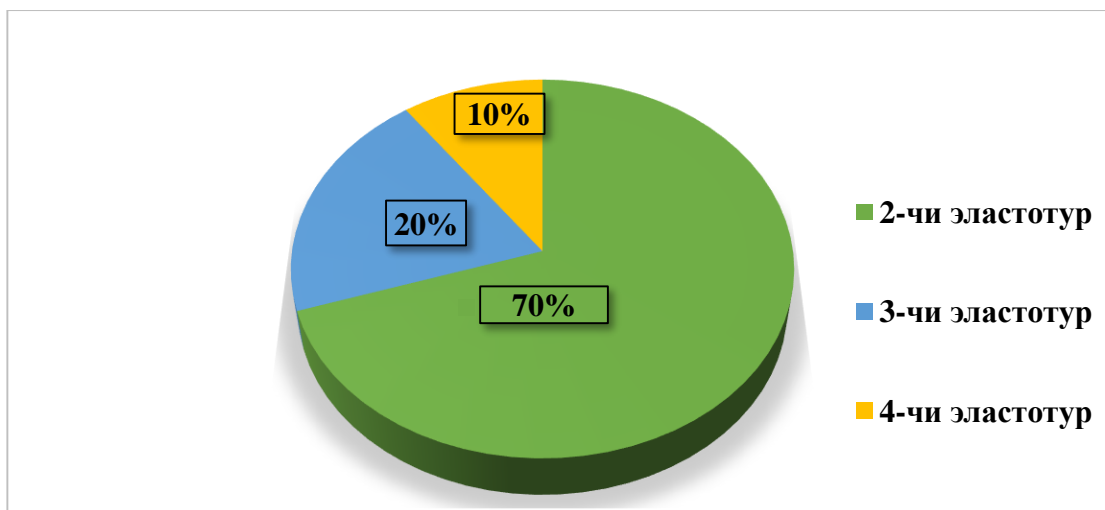
* фарқларнинг ишончилиги: хавфли ва хавфсиз ўсмалар гуруҳи ўртасида $p < 0,05$.

Қулоқ олди сўлак безининг ўсма бўлмаган ҳосилаларининг иккинчи таққослаш гуруҳида: 2 ҳолатларда сиаладеноз, 2 нафар беморда киста, сўлак тош касаллиги ва Герценберг сохта паротити келтирилган. Киста ташхиси жаррохлик даволашдан сўнг морфологик жиҳатдан ташхисланди. Ушбу беморлар гуруҳининг аксарият ҳолатларида (66,7%) аёллар кузатилган. Сиаладеноз ревматоид полиартрит билан касалланган аёл беморларда кузатилди.

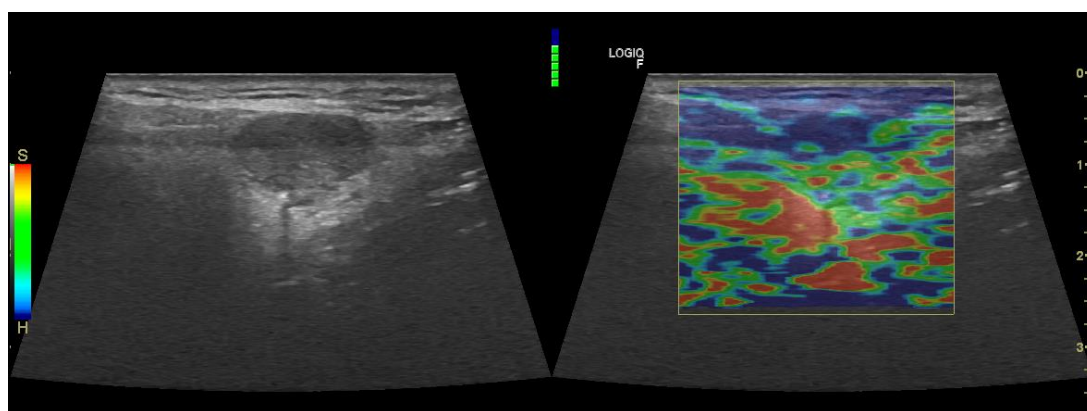
Тадқиқотлар натижаларига кўра, қулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари учун қуйидаги УТТ мезонлари ҳос эди: якка ўсма тугунининг мавжудлиги - 92,93% да; контурларининг аниқлиги – 95,96%; чегараларнинг нотекислиги – 58,59%; ички тузилишининг гетерогенлиги – 83,84% ҳолатларда ($p < 0,05$); гипоехогенлиги – 89,90% да. Регионар лимфа тугунларининг ўртача ўлчами 7,28±0,39 ($p < 0,05$) мм.ни ташкил этарди. Ўсма ва регионар лимфа тугунларининг ўлчамлари ўртасида ижобий корреляцион боғлиқлиги белгиланди ($r=0,27$; $p < 0,05$). Шунингдек, эхогенлилик кўрсаткичи ва ўсма тузилиши ўртасида ҳам ишончли ижобий корреляцион боғлиқлик қайд этилди ($r=0,24$; $p < 0,05$). Псевдокиста 9,1% ҳолатларда кузатилди.

Допплер кўрсаткичлари орасида қулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмаларида қон оқимининг гиповаскулярилиги 88,89% ҳолатларда, хавфли ўсмаларда эса гиперваскулярилик (77,78% да) кузатилди.

КСЭГ 31 беморлардан иборат гуруҳда ўтказилди, улардан 20 нафари қулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмалари, 7 нафарида рак ва 4 нафарида қулоқ олди сўлак безининг ўсма бўлмаган касалликлари мавжуд эди. Қулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмаларини олинган эластограмма таҳлили натижасида E. Уено таснифига асосан 70% ҳолатларда иккинчи эластотур, 20% да- учинчи эластотур, 10% да – тўртинчи турдаги ранг нақшлари ҳос эди (1, 2 расмлар).



1-расм. Қулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмалари КСЭГ.



2-расм. Қулоқ олди сўлак беzi плеоморф аденомаси. E. Уено таснифининг ранг нақшлари бўйича 2- эластотур.

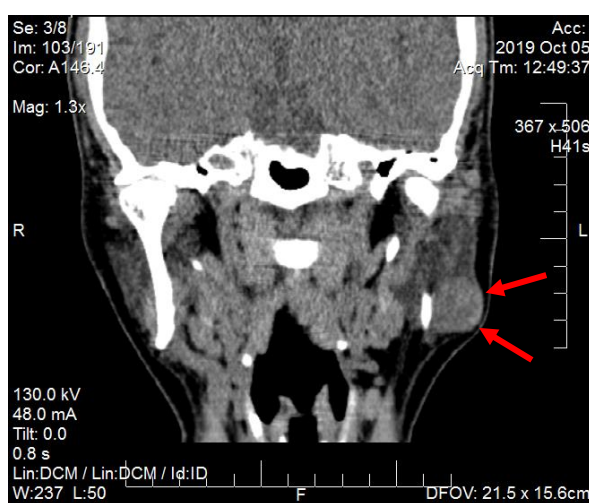
Қулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларининг КСЭГ режимида ишончли каттиқлик индексининг (Strain-ratio) ўртача кўрсаткичи $3,59 \pm 0,10$ ташкил этган бўлса, саратон касаллигида – $5,66 \pm 0,73$ ($p < 0,05$). Бундан ташқари, КСЭГ Қулоқ олди сўлак безининг хавфли ўсмаларини инвазив ўсишини ташхислашнинг имконини берди.

КСЭГ режимида текширув ўтказилганда қуйидагилар аниқланди: 26 беморда ҳақиқий-ижобий натижалар, 3 нафар беморларда ўсма бўлмаган кистоз хусусиятли касаллик – ҳақиқий-манфий натижалар, 1 нафарда сохта-ижобий ва 1 нафарда сохта-манфий натижа. Натижада, қулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларини ташхислашда КСЭГ сезувчанлиги - 96,3%, спецификлиги – 75%, аниқлиги – 93,5%ни ташкил этди.

Шундай қилиб, КСЭГда қулоқ олди сўлак беzi ўсмасининг тузилишини ташхислашда аниқлилик ошади, шу билан бирга, стандарт УТТ яхшиланади ва такомиллашади; агар беморда психоэмоционал ўзгаришлар мавжуд бўлса (МРТ ва КТ текширувидаги клаустрофобия, асаб касалликлари) текширувни ўтказиш мумкин; катта ҳажмдаги алоҳида махсус ускуналар талаб қилинмайди. КСЭГ камчиликлари орасида қуйидагилар қайд этилди: қулоқ олди сўлак безининг катта ўлчамдаги ўсмаларида (7-8 см.дан ортиқ)

сезувчанликнинг пасайиши; усулнинг ахборотлилиги текширувчи томонидан ўрнатилган компрессион куч ва йўналишига боғлиқ.

МСКТ текшируви 15 нафар бемордан иборат гуруҳда, уларнинг 10 нафари хавсиз, 1 нафари хавфли ва 4 нафари ўсма бўлмаган кулоқ олди сўлак беzi касалликлари бўлган беморларда ўтказилди. Кулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмалари орасида ПАнинг учраши кенг тарқалган эди. МСКТ текшируви натижаларига кўра кулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларининг ўртача катталиги куйидагича қайд этилди: баландлиги $38,10 \pm 5,40$ мм, кенглиги $28,50 \pm 3,53$ мм, олд-орқа $30,60 \pm 3,94$ мм. Ўсма зичлигининг ўртача ўлчами $33,30 \pm 3,06$ Хбир. дан $55,14 \pm 5,35$ Хбир. ичида аниқланди. МСКТ белгилари орасида: контурларнинг аниқлиги – 90%, ички тузилишнинг гомогенлиги – 80%, чегараларнинг текислиги – 80%, думалоқ шакл – 50% (расм 3). Регионар лимфатик тугунларнинг ўртача ўлчами $10,67 \pm 1,33$ мм.ни ташкил этди.



3-расм. Кулоқ олди сўлак безининг чап томонлама плеоморф аденомасининг (↑) МСКТ-текшируви, думалоқ шакл кўринишида, гомоген тузилиш эга, аниқ контур ва текис чегаралар билан келтирилган.

Қиёсий ташхислашни ўтказишда МСКТда кулоқ олди сўлак беzi хавфли ўсмаси катта (75 мм.дан катта), гетероген тузилишга эга нотўғри шаклга эга, контурлари аниқ бўлмаган ва нотекис чегарали ҳосила кўринишида, қўшни анатомик тузилмаларнинг инфильтрацияланганлиги билан аниқланди.

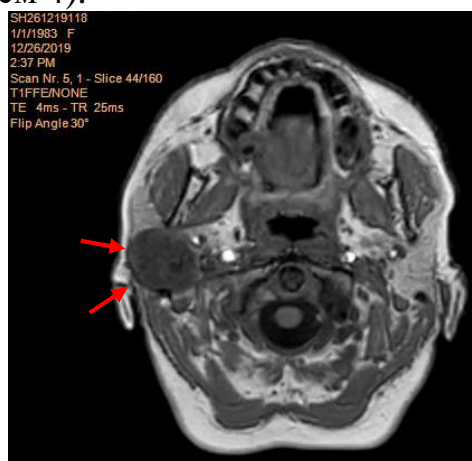
Сўлак тош касаллигининг қиёсий ташхиси учун МСКТ-сиалография усули кулоқ олди сўлак беzi сўлак йўлига «Тразограф» рентгенконтраст эритмасини юбориш билан қўлланилди. Биринчи ҳолатда, кулоқ олди сўлак беzi сиаладенози МСКТ бўйича иккита алоҳида жойлашган тугунлардан иборат, уларнинг ҳар бирининг максимал ўлчамлари 16 мм.гача, гомоген тузулишга эга, зичлиги +30 Хбир.дан +90 Хбир.гача, аниқ контур ва текис чегаралари билан аниқланди. Ушбу МСКТ белгилар сохта-ижобий ташхис кўйилишига хизмат қилди. Иккинчи клиник ҳолатда, сиаладеноз МСКТ-граммада безларнинг билатерал катталашуви, гетероген тузилиши, зичлиги +44 +45 Хбир., без тузилишида диаметри 2 мм.гача бўлган кўплаб калцинатлар мавжудлигини кўрсатди. МСКТда Герценберг сохта паротити кулоқ олди

сўлак безининг нормал шакли, зичлиги ва ўлчамлилиги билан тавсифланди, зичланган гомоген соҳа 1,0 смгача, зичлиги +35 Хбир.

Қулоқ олди сўлак безининг ўсма бўлмаган касалликларининг МСКТ-текшируви натижасида 3 нафар беморда ҳақиқий салбий натижалар олинди. Қулоқ олди сўлак бези ўсмалари орасида 1та сохта-манфий ва 10 та ҳақиқий-ижобий натижалар олинди. Натижада, қулоқ олди сўлак бези ўсмалари МСКТ тадқиқотининг сезувчанлиги 90,9%, спецификлиги – 75%, аниқлиги – 86,7%ни ташкил этди.

Шундай қилиб, МСКТ қулоқ олди сўлак бези соҳасидаги ўсма ва ўсма бўлмаган ҳосилаларнинг қиёсий ташхислаш учун ишлатилган. МСКТ текшируви ўсма жараёнини аниқ ва тўлиқ баҳолашга имкон берди. МСКТ қулоқ олди сўлак безининг хавфли ўсмасини аниқ фарқлаш имконини бермасида, ушбу усул ёрдамида атрофдаги тўқималарнинг инфильтрация белгиларини аниқланиши сабабли хавфли ўсма жараёнига шубхаланиш имконини берди, бу эса беморларда кейинги ўтказиладиган даволанишнинг тактикасига таъсир кўрсатди. Шунингдек, паренхиманинг, без ичи ва атрофдаги лимфа тугунларининг тузилишини баҳолашда МСКТнинг аҳамияти катта бўлиб, бу қулоқ олди сўлак безидаги яллиғланиш ва реактив-дистрофик жараёнларни ўрганиш самарадорлигини акс эттирди.

МРТ ёрдамида 16 нафар беморда текширув ўтказилди: 12 нафари хавфсиз, 3 нафари хавфли ўсмалар билан, 1 нафари қулоқ олди сўлак бези кистаси. Хавфсиз ўсма ўлчамининг медианаси: баландлиги – $27,08 \pm 3,19$ мм, кенглиги – $24,92 \pm 2,78$ мм, олд-орқа – $21,58 \pm 1,90$ мм.ни ташкил этди. Қуйидаги МРТ белгилари хос эди: гетероген ички тузилиши (83,33%), аниқ контур (83,33%), нотекис чегаралари (66,67%). Катталашган регионар лимфатик тугунларнинг ўртача ўлчами $10,57 \pm 1,38$ мм.ни ташкил этди. МРТ текширувида ПА аниқ контур ва текис чегаралар, T1-режимда гипоинтенсив ва изоинтенсив, T2-режимда – гиперинтенсив сигнал билан тавсифланди (расм 4).



А

4-расм. Қулоқ олди сўлак безининг ўнг томонлама плеоморф аденомаси.

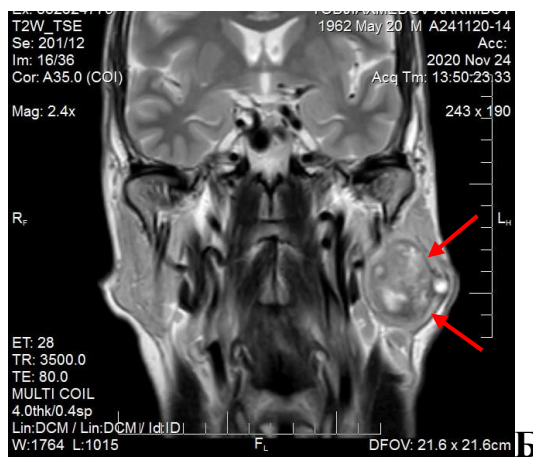
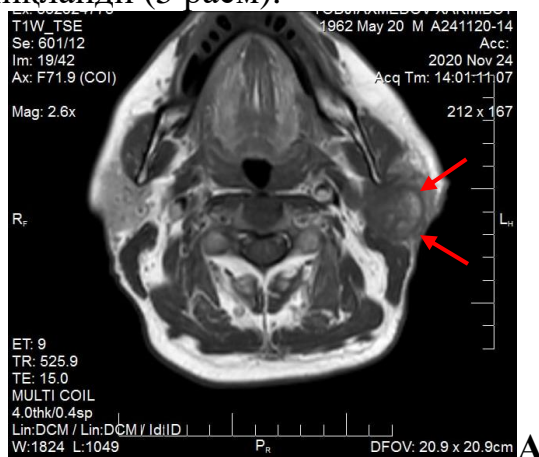
А – T1 –ўлчамли тасвирда гипо-, изоинтенсив сигнал.



Б

4-расм. Б – T2-ўлчамли тасвирда гиперинтенсив сигнал.

АЛ учун МРТ-текширувида қуйидагилар хос эди: таркибида кистозли қўшимчалар билан аниқ чегараланган солид ҳосила; Т1-ўлчамли тасвирда таркибида юқори микдорда оқсил кисталари ва қон қуйилишидан далолат берувчи гиперинтенсив соҳалар бўлиши мумкин бўлган, изо- ёки гипоинтенсив сигналлар; Т2-режимда изо- ёки гиперинтенсив сигналлар аниқланди (5 расм).



5-расм. Кулоқ олди сўлак безининг чап томонлама аденолимфомаси.
А – Т1 режимида аксиал кесим:
енгил гиперинтенсив соҳалар билан
гипоинтенсив сигнал.

5-расм. Б – Т2 режимида фронтал
кесим: изо- ва гиперинтенсив
сигнал.

МРТ текширувларида кулоқ олди сўлак бези хавфли ўсмаларини инвазив ўсиш каби муҳим патогномик белгининг мавжудлиги билан ажратилди. Улар учун қуйидаги хос эди: контурларнинг ноаниқлиги, Т1 ва Т2 ўлчанган тасвирларда бир хил бўлмаган сигналнинг интенсивлиги.

Текширув натижасида ўсмалари бўлган 14 беморда ҳақиқий-ижобий, кулоқ олди сўлак бези кистаси бўлган 1 нафар беморда ҳақиқий салбий, ПА бўлган 1 нафар беморда сохта – манфий натижалар олинди. МРТ текширувининг диагностик ахборотлилиги қуйидагиларни ташкил этди: сезувчанлиги – 93,3%, спецификлиги – 100%, аниқлиги – 93,8%.

Диссертациянинг «Кулоқ олди безининг хавфсиз ўсмаларини жарроҳлик амалиёти билан даволашнинг натижалари» номли тўртинчи бобида тери кесувларининг 2 хил вариантлари келтирилган: Редон бўйича (n=45 нафар бемор) ва Ковтунович бўйича кесув варианты (n=54 нафар бемор). Кесув узунлиги кулоқ олди сўлак бези ўсмасининг ўлчамига боғлиқ эди. Тери кесувларининг иккала ҳолатида ҳам кулоқ олди соҳасида бошланиб бўйиннинг ён қисмида тугайди. Редон бўйича бўйиндаги кесув вертикал, Ковтунович бўйича кесув варианты эса, бўйиннинг юқори бурмасига тўғри келди (6 расм).



А

6-расм. Тери кесувларининг вариантлари.

А – Редон бўйича.



Б

Б – Ковтунович бўйича тери кесув варианты.

Иккала вариантдаги кесувларда ЮН шохи ва толаларининг визуал назорат остида кулоқ олди сўлак беги ўсмасига бир хил оптимал кириш йўлини таъминлаб берди. ЮН шохи ва толалари антеград усулда – 65,7%, ретроград усулда – 32,3% ҳолатларда ажратилди, кузатилди ва сақланди.

62,3% ҳолатларда Редон бўйича тери кесуви қўлланилган беморларда, операциядан кейинги чандиқ соҳасида қичишишга, безовталиқга ва қизаришга шикоятларга, уларнинг кўриниши қаттиқ ва теридан бўртиб турувчи ташқи кўринишга эга эди. Ковтунович бўйича тери кесув варианты табиий бўйин бурмаси бўйлаб ўтиши сабабли, кўпроқ физиологик бўлиб, операциядан кейинги эстетик ва текис чандиқ ҳосил бўлишини таъминлади. Барча беморлар операциядан кейинги чандиқ соҳасида қичишиш, қизариш ва оғриқнинг йўқлигини таъкидладилар (7 расм).



А



Б

7-расм. Операциядан кейинги чандиқ.
А – Ковтунович бўйича тери кесув варианты.
Б – Редон бўйича кесув.

Кичик ҳажмдаги жарроҳлик аралашуви ўсмани олиб ташлаш билан бирга қулоқ олди сўлак безининг пастки ёки орқа қисмининг резекцияси эди. 28 нафар бемор операция қилинди, улардан 21 нафар беморлар (75%) ПА билан, 6 таси (21%) АЛ билан ва 1 та (4%) цистаденома билан. Ўсманинг ўртача ўлчами $25 \pm 1,5$ мм ташкил этди. Аёлларнинг эркакларга бўлган нисбати 1,8:1 бўлиб, операция қилинганларнинг ёши 19 дан 68 гача бўлган беморларни ташкил этди. Операция вақтида кўплаб клиник ҳолатларда ЮНнинг пастки жағ маргинал толалари ажратилди ва кузатилди.

Субтотал резекция 64 нафар беморларда ЮН толаларининг текислигида оптимал ҳажмдаги операция бўлиб, улардан 53 беморларда (82,8%) ПА, 5 нафариди (7,8%) – базалхужайрали аденома, 5 нафар беморда (7,8%) АЛ, ЮН невриноماسи – 1 та беморда (1,6%) кузатилди. Беморларнинг ёши 21 дан 76 ёшгачани ташкил этди. Аёллар 56,3%ни, эркаклар-43,8%ни ташкил этди. Қулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмасининг ўртача ўлчами $28,8 \pm 1,10$ мм.ни ташкил этди. Қулоқ олди сўлак безининг субтотал резекциясини ўтказишда сўлак безининг юза қисми билан бирга, унда жойлашган ўсма ҳам олиб ташланди, антеград усул ёрдамида ЮНнинг шохи ва толалари кузатилди ва ажратилди.

Паротидэктомия 22 ёшдан 66 ёшгача бўлган, 5 та аёл ва 2та эркакларда, ЮН сақлаб қолиш билан бирга ўтказилди. 57,1% ҳолатларда ПА ташхисланди, шу қаторда 3 та аёлда ПАнинг қайталаниши кузатилди. Бошқа ҳолатларда АЛ ташхисланди. Мазкур усул билан 3,5 – 7,0 см ўлчамли хавфсиз ўсма, кўптугунлилик узиш хусусияти эга, ингичка игна пункцион аспирацион биопсияси натижасида атипик хужайраларнинг мавжудлиги, ўсма безнинг чуқур қисмида ёки ЮН толалари остида жойлашган ҳолатларда операция ўтказилди. Бундан ташқари, 4 нафар беморларда ПА кўп қайталанган, ўсманинг 6,0 см.гача бўлган ўлчамида, ЮН сақлаган ҳолда комбинацияланган паротидэктомия ўтказилди, бунда яхлит блок кўринишида қулоқ олди сўлак беги, ҳамда ўсма тугунлари жойлашган бошқа юмшоқ тўқималар (тери, операциядан кейинги чандиқ, чайнов мушаги) олиб ташланди.

Қулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмаларини даволашда жарроҳлик аралашуви ҳажмини адекват танлаб олиш, қайталанишлар ривожланиши кўрсаткичларининг пасайишига эришиш имконини берди, шундай қилиб, 22 ёшли беморда ПА нинг қайталаниши кузатилди. Ушбу бемор операциядан кейин бир йил ичида қайталанган ПА бўйича 2 та операцияларни ўтказди.

Қулоқ олди сўлак беги ўсмасини олиб ташлаш вақтида ЮН бутунлигини мажбурий ёки билмасдан шикастланган ҳолатларда, нейропластика бир вақтнинг ўзида шох ёки толаларнинг нейрорафияси билан амалга оширилди. ЮН нейрорафияси "учи учига" усули жарроҳлик даволаш пайтида 2 ҳолатларда амалга оширилди: биринчи ҳолатда ЮНнинг экстракраниал

шванномаси шохдан келиб чиққан бўлса, бошқа ҳолатда – ЮНнинг лунж ва пастки жағ маргинал толалари билан ўсманинг кичик соҳасида боғланган ҳолатда эди.

Паротидэктомиядан сўнг ҳосил бўлган юмшоқ тўқималарнинг нуқсонини бартараф этиш ва Фрей синдроми ривожланишининг олдини олиш мақсадида кулоқ олди сўлак беzi соҳаси яқинида жойлашган sternocleidomastoideus мушагидан ажратиб кесилган лахтаги ишлатилган. Лахтакларни ҳосил қилиш усули техник жиҳатдан осон бажарилади ва кўшимча жарроҳлик шикастланишига олиб келадиган имплантация материалдан ёки ауто трансплантатдан фойдаланишни талаб қилмайди.

Кулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларини жарроҳлик даволашдан сўнг, энг тез-тез учрайдиган асорат сифатида биз юннинг парезини, кўпинча, Хаус-Бракман шкаласи (House-Brackmann scale) бўйича 2-даражасини қайд этдик. Операциядан кейинги 1-ҳафта охирида юз мушаклари парезлари белгилари бўлган беморларга бизнинг модификацияланган мушаклар учун машқлар комплексидан иборат гимнастика муолажаси тавсия этилди.

Кулоқ олди сўлак беzi хавфсиз ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг асоратларини ривожланишининг прогнозлаш омилларини аниқлаш учун 68 та клиник ва инструментал белгилар ўрганилди. Таҳлил қилиш учун сифат кўрсаткичлари микдорий кўрсаткичларга айлантирилди ва энг кичик квадратлар усули ёрдамида юз мушаклари парези ривожланишида статистик жиҳатдан муҳим клиник ва диагностик белгилари аниқланди.

Ҳисоб-китоблар натижасида, субтотал резекция (L1), пастки қисмини резекция қилиш (L2), паротидэктомия (L3) асоратларини башорат қилиш учун математик модел олинди.

Субтотал резекцияда асоратларни прогнозлаш модели:

$$\text{Eff (L1)} = -1,5677 + 0,0783 \times Z(1) + 0,0024 \times X(1) - 0,0344 \times Y(1) + 0,3094 \times X(10) + 0,3885 \times X(11) - 0,5186 \times X(12) + 0,0853 \times X(13)$$

Пастки қисмининг резекциясида асоратларни прогнозлаш модели:

$$\text{Eff (L2)} = -0,5959 + 0,0039 \times X(1) + 0,0448 \times Z(1) + 0,1678 \times Y(3) - 0,0114 \times X(2) - 0,0037 \times X(5) + 0,0618 \times Z(4)$$

Паротидэктомияда асоратларни прогнозлаш модели:

$$\text{Eff -A (L3)} = -0,2169 + 0,0098 \times X(1) + 0,2406 \times X(2) + 0,1659 \times X(3) + 0,1349 \times Z(2) + 0,0251 \times X(4) - 0,0167 \times X(5)$$

$$\text{Eff -B (L3)} = 0,4011 + 0,0767 \times Y(2) + 0,0178 \times X(1) - 0,2151 \times X(2) + 0,3769 \times X(3) + 0,0410 \times Z(2) + 0,0326 \times Z(5)$$

$$\text{Eff (L3)} = (\text{Eff-A (L3)} + \text{Eff-B (L3)}) / 2$$

Математик моделда хато 2%дан ошмади, бу унинг башорат қилиш самарадорлигини кўрсатди. Олинган тенгламалар асосида "Кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларда жарроҳлик даволашнинг асоратларини башорат қилиш" электрон-ҳисоблаш машиналари учун дастур ишлаб чиқилди. Ушбу дастур ёрдамида кулоқ олди сўлак безининг хавфсиз ўсмалари бўлган беморларда юз мушакларининг парезини ривожланиш

хавфини прогнозлаш мумкин, бу эса даволашнинг тактикасини ва реабилитация тадбирларни қўллаш зарурлигини аниқлаб беради.

ХУЛОСА

«Қулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмаларини ташхислаш ва даволашда қиёсий ёндашув» мавзусидаги тиббиёт бўйича фалсафа доктори диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Олинган клиник – ташхислаш маълумотларга асосан қулоқ олди сўлак беги хавфсиз усмаларининг УТТ белгилари аниқланди: контурларнинг аниқлилиги – 95,96%, якка ўсма тугунлари – 92,93%, гипоэхогенлик – 89,90%, гетероген ички тузилиш – 83,84% ($p < 0,05$), нотекис чегаралар – 58,59%, регионар лимфа тугунларининг катталашини – 23,23%.

2. Қулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмалари соноэластографияси диагностикасининг ахборотлилиги қуйидагиларни ташкил этди: сезувчанлиги – 96,3%, спецификлиги – 75%, аниқлиги – 93,5%. 70% ҳолатларда 2-эластотур кузатилди, шакл бузилиш индекси (Strain-ratio) $3,59 \pm 0,10$ ($p < 0,05$) кўрсаткични ташкил этди.

3. Қулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмаларини дифференциал ташхислашда МСКТ-текширувининг ахборотлилиги қуйидагиларни ташкил этди: сезувчанлиги - 90,9%, спецификлиги – 75%, аниқлиги – 86,7%. МРТ-текширувининг ахборотлилиги қуйидагиларни ташкил этди: сезувчанлиги – 93,3%, спецификлиги – 100%, аниқлиги – 93,8%.

4. Корреляцион таҳлил асосида субтотал резекция ўтказилганда юз мимик мушаклари парези ривожланишининг ишончли прогнозлаш омиллари ($p < 0,05$) аниқланди: жинси, ёши, цитологик текширув натижаси, шакл бузилиш индекси кўрсаткичи (Strain-ratio), МСКТ ёки МРТда ўсманинг ўлчами.

5. Олинган маълумотларга асосан, қулоқ олди сўлак беги хавфсиз ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашда оптимал усул, бу юз нервлари сақланган ҳолда субтотал резекция, ўсманинг олинишини ва юз симметриясини сақланишини таъминлайди.

6. Ковтунович бўйича тери кесув вариантини бўйиннинг юқори бурмаси бўйлаб қўллаш ўсмага оптимал йўл билан киришни, юз нерв толаларини сақлаган ҳолда ажратиш ва операциядан кейинги эстетик чандиқ ҳосил бўлишини таъминлаб беради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

ПРИСКУЛОВА ЭЛЬМИРА УРАИМКУЛОВНА

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ
СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

14.00.21 – Стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2018.2.PhD/Tib682.

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном стоматологическом институте.

Автореферат диссертации размещен на трех языках (узбекском, русском, английском (резюме)) на веб-странице научного совета (www.tsdі.uz) и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» по адресу (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель:

Жилонов Абдубори Астонаевич
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Боймурадов Шухрат Абдужалилович
доктор медицинских наук, профессор
(Республика Узбекистан)

Аржанцев Андрей Павлович
доктор медицинских наук, профессор
(Российская Федерация)

Ведущая организация

**Казахский национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова (Республика Казахстан)**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2021 года в _____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 при Ташкентском государственном стоматологическом институте (Адрес: 100047, г. Ташкент, Яшнабадский район, улица Махтумкули, 103. Тел.: (+99871) 230-20-65; факс: (+99871) 230-47-99; e-mail: tsdi2016@mail.ru).

С диссертацией доктора философии (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского государственного стоматологического института (зарегистрирована за № _____). (Адрес: 100047, г. Ташкент, Яшнабадский район, улица Махтумкули, 103. Тел.: (+99871) 230-20-65).

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2021 года.
(реестр протокола рассылки № ___ от «___» _____ 2021 года).

Н.К. Хайдаров

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

Л.Э. Хасанова

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

У.А. Шукурова

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Онкологическая настороженность в отношении пациентов с заболеваниями слюнных желез остаётся актуальной, так как по клиническим проявлениям кисты и сиаладенозы схожи с опухолями. Околоушные железы поражаются опухолевым процессом чаще всех остальных больших слюнных желез. Имеющиеся научные данные свидетельствуют об увеличении распространенности заболеваемости доброкачественными опухолями околоушной железы. Среди большого числа гистологических видов преобладают по встречаемости эпителиальные доброкачественные опухоли околоушной железы, в ряду которых плеоморфная аденома занимает первое место. Согласно данных зарубежных авторов «...к группе риска относят доброкачественные опухоли слюнных желез; их хирургическое лечение является мерой профилактики рака данной локализации...»¹. Следовательно, опухоли в области околоушной железы представляют интерес для врачей диагностического и клинического профилей.

В мире научные данные по мере накопления и совершенствования оформились в Международную гистологическую классификацию опухолей слюнных желез, которая в настоящее время, увеличившись и изменившись, насчитывает четыре редакции. Приоритетными научно – исследовательскими направлениями являются усовершенствование методов диагностики; применение в диагностике опухолей околоушной железы комплексного ультразвукового исследования, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно – резонансной томографии (МРТ). Наряду с этим при проведении лечения доброкачественных опухолей околоушной железы хирургический опыт исследователей доказывает целесообразность применения адекватного объема операций с обязательным сохранением лицевого нерва: экстракапсулярной диссекции, резекции части железы, субтотальной резекции (поверхностной паротидэктомии), паротидэктомии, которые также считаются актуальными задачами.

В нашей стране уделяется особое и постоянное внимание развитию медицины. В связи с этим определено «...в целях дальнейшего повышения эффективности реформ, проводимых в системе здравоохранения, внедрения в данную сферу передовых и цифровых технологий...»². Ведутся работы по реформированию в системе оказания онкологической медицинской помощи населению «...улучшение доступа населения к современным высокотехнологичным методам диагностики и лечения, достижение высокой эффективности лечения онкологических заболеваний...»³ в качестве приоритетных задач. Следовательно, своевременная диагностика и

¹ Давыдов М. И. и др. Онкология. – 2019.

² Постановление Президента Республики Узбекистан №ПП-4847 от 02 октября 2020 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы государственного управления сферой здравоохранения».

³ Постановление Президента Республики Узбекистан №ПП-2866 от 04 апреля 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017 — 2021 годы».

эффективное лечение онкологических заболеваний продолжает оставаться актуальным направлением, требующим научно – исследовательских разработок.

Данная диссертационная работа в определенной степени послужит выполнению задач, предусмотренных в Указах и Постановлениях Президента Республики Узбекистан: УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», №УП – 5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, №ПП – 2866 «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-21 годы» от 4 апреля 2017 года, а также в других нормативно – правовых документах, принятых для данной сферы.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с реализацией приоритетных направлений науки и технологий Республики Узбекистан – VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Данные, касающиеся частоты распространенности опухолей слюнных желез в разных географических регионах варьируют и составляют от 2,51 до 6,2 на 100 000 населения Польши, Японии, Великобритании, Нидерланд, Чили (Gontarz M., Sentani K., Valstar M., Araya J., Bradley P.). На сегодняшний день в 4-м издании международной гистологической классификации опухолей слюнных желез, принятом ВОЗ в 2017 году, выделяют 11 доброкачественных морфологических видов (El-Naggar A.). Околоушная железа чаще других больших слюнных желез поражается доброкачественными опухолями, среди которых преобладают по частоте плеоморфная аденома и аденолимфома (Егорова Е., Gao M.). При проведении диагностики опухолей околоушной железы ультразвуковое исследование (УЗИ), являясь первичной и обязательной методикой, позволяет достоверно оценить признаки новообразования. Чувствительность УЗИ составляет 62,9%, специфичность – 92% (Liu Y.). Более того, возможности методов МСКТ и МРТ позволяют детально оценить опухоль в области околоушной железы и с высокой точностью провести дифференциальную диагностику (Асланова Э., Егорова Е., Britt C., Liu Y.). Структурные особенности доброкачественных опухолей околоушной железы в виде прерывистости или отсутствия капсулы, мультифокального типа роста определяют проведение хирургического лечения в адекватном объеме, что позволяет снизить количество возникающих рецидивов после операции (Witt R., Gnepp D.). Важной задачей при обязательном проведении хирургического лечения доброкачественных опухолей околоушной железы является сохранение непрерывности ствола и ветвей лицевого нерва (Людчик Т., Croonenborghs T.).

В Узбекистане проведены ряд научных исследований, посвященных изучению эпидемиологической распространенности доброкачественных и

злокачественных опухолей околоушной железы по сравнению с другими опухолями в области головы и шеи; гистологических видов; характерной клинической картины; способов диагностики; методик и особенностей проводимого хирургического лечения. При освящении вопроса хирургического лечения опухолей околоушной железы было изучено одномоментное восполнение пострезекционного дефекта, проводимое с целью улучшения полученных результатов оперативного вмешательства (Ганиев А., Камолова Ф., Хасанов А.).

Таким образом, обширный объем научных данных, посвященный диагностике и лечению доброкачественных опухолей околоушной железы свидетельствует о значимости данной проблемы. Дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей околоушной железы представляет собой сложную задачу, требующую применения информативных диагностических методов лучевой визуализации, таких как соноэластография, МСКТ, МРТ. Следовательно, представляется актуальной диагностика опухолей околоушной железы, которая в свою очередь определяет выбор адекватной тактики хирургического лечения. В Узбекистане отмечено сравнительно малое количество отечественных публикаций и научных исследований в данном направлении.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентского государственного стоматологического института в рамках темы «Этиология, клиника, диагностика и лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований ЧЛЮ» (2019-2024 гг.), (№ Государственной регистрации 011400198).

Целью исследования является оптимизация диагностики и лечения больных с доброкачественными опухолями околоушной слюнной железы.

Задачи исследования:

провести анализ клиничко – диагностических признаков у больных с доброкачественными опухолями околоушной слюнной железы;

оценить диагностическую информативность соноэластографии, МСКТ, МРТ при доброкачественных опухолях околоушной слюнной железы;

выявить прогностические факторы развития осложнений хирургического лечения доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы на основе клинических и инструментальных данных;

оптимизировать методику хирургического вмешательства при доброкачественных опухолях околоушной слюнной железы.

Объектом исследования служили 132 пациента, обратившихся в Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, а также в клинику Ташкентского государственного стоматологического института в возрасте от 19 до 80 лет за период 2018-2020 гг.

Предметом исследования послужили клинические признаки пациентов с опухолью околоушной железы, материалы соноэластографии, МСКТ, МРТ и методик хирургических операций.

Методы исследования. При исследовании доброкачественных опухолей околоушной железы применены клинические, инструментальные, лабораторные и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

на основании полученных данных компрессионной соноэластографии для доброкачественных опухолей околоушной железы в 70% случаев установлен второй тип цветового паттерна в сочетании с равномерным окрашиванием;

выявлена ультразвуковая семиотика наиболее распространенных и редких гистологических типов доброкачественных опухолей околоушной железы, используя полученные данные сонографии;

доказано применение МРТ при выявлении псевдокист по данным УЗИ, с целью повышения диагностики опухолей околоушной железы;

на основе достоверно значимых клинических и инструментальных данных разработана математическая модель прогнозирования развития пареза мимической мускулатуры лица при хирургическом лечении доброкачественных опухолей околоушной железы.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработан план обследования больных, включающий соноэластографию, МРТ, МСКТ;

методики позволяют объёмно визуализировать новообразование, дифференциально диагностировать на ранних этапах болезни и проводить эффективное хирургическое лечение;

при хирургическом лечении опухолей околоушной железы использован вариант кожного разреза по Ковтуновичу, обеспечивающий адекватное удаление опухоли, сохранное выделение лицевого нерва и позволяющий добиться желаемого эстетического эффекта.

Достоверность результатов исследования подтверждается примененными теоретическими подходами, достаточным количеством больных, использованием современной методологии, основанной на клинических, инструментальных, лабораторных и статистических методах, соответствием и сопоставимостью полученных результатов с зарубежными и отечественными научными работами, посвященными диагностике и лечению доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы, а также решением компетентных органов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость исследования состоит в том, что вносит существенный вклад в решение поставленной задачи в отношении доброкачественных опухолей околоушной железы за счёт определения характерных клинических признаков и диагностических характеристик при применении

соноэластографии, МСКТ, МРТ, а также выбора правильной тактики хирургического лечения.

Практическая значимость работы заключается в том, что разработаны диагностические критерии доброкачественных опухолей околоушной железы, включающие эластотип, индекс деформации (Strain-ratio), КТ и МРТ-признаки, на основе которых разработаны прогностические факторы развития осложнений хирургического лечения; доказана оптимальность применения субтотальной резекции околоушной железы, подтверждено использование во время операции варианта разреза по Ковтуновичу для обеспечения адекватного доступа к опухоли, сохранения ствола и ветвей лицевого нерва, эстетичности послеоперационного рубца.

Внедрение результатов исследования. На основе полученных научных результатов по диагностике и лечению доброкачественных опухолей околоушной железы:

разработана и утверждена методическая рекомендация, основанная на научных результатах применения комплексного УЗИ в диагностике доброкачественных опухолей околоушной железы «Применение соноэластографии в диагностике доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы» (справка Министерства здравоохранения №8н-р/389 от 09 октября 2020 года). Настоящая методическая рекомендация позволила усовершенствовать диагностические мероприятия у пациентов с доброкачественными опухолями околоушной железы;

разработана и утверждена методическая рекомендация, основанная на научных результатах применения хирургических методов в лечении доброкачественных опухолей околоушной железы «Модифицированные методы хирургического лечения доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы» (справка Министерства здравоохранения №8н-р/371 от 08 октября 2020 года). Настоящая методическая рекомендация позволила оптимизировать хирургическое лечение пациентов с доброкачественными опухолями околоушной железы;

отмечены практические внедрения в деятельность здравоохранения, в том числе в многопрофильную клинику Ташкентской медицинской академии, в клинику Ташкентского государственного стоматологического института (заключение Министерства здравоохранения от №8н-д/188 от 09 октября 2020 года). Внедрение полученных результатов в практику дает возможность проведения своевременной и эффективной диагностики, оптимального хирургического лечения у пациентов с доброкачественными опухолями околоушной железы.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 международных и 7-и республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликованы 22 научные работы, в том числе 4 статьи, из которых 1 в республиканском и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей

аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, практических рекомендаций, списка использованной литературы, приложений. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и необходимость диссертационной работы, сформулированы основная цель и задачи, определены объект и предмет проводимого исследования, указано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики, освящены научная новизна исследования и научно – практическая значимость полученных результатов, приводятся сведения о внедрении результатов исследования в практическую деятельность, об апробации и опубликованности работы, структуре диссертационной работы.

Первая глава **«Обзор литературы»** посвящена анализу литературных данных по теме диссертации и состоит из четырех подглав. Приведены эпидемиологические данные о распространенности доброкачественных опухолей околоушной железы, проанализированы современные научные достижения зарубежных и отечественных ученых в диагностике и лечении. Приведены данные о преимуществах и недостатках лучевых методов диагностики: УЗИ, соноэластографии, МСКТ, МРТ. Указываются виды и особенности хирургического лечения. Делается заключение о целесообразности научных изысканий по совершенствованию критериев диагностики и оптимизации хирургического лечения доброкачественных опухолей околоушной железы. Главу завершает резюме, обобщающее проанализированный материал.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования»** приведены данные клинических исследований, проведенных в отделении опухолей головы и шеи Ташкентского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии и клинике Ташкентского государственного стоматологического института, среди 132 пациентов в возрасте от 19 до 80 лет.

Исходя из поставленной цели, общее количество исследованных пациентов согласно подтвержденных клинических диагнозов было распределено на три группы. Доброкачественные опухоли околоушной железы составили основную группу (99 пациентов), злокачественные опухоли околоушной железы – первую группу сравнения (27 пациентов), неопухолевые заболевания околоушной железы – вторую группу сравнения (6 пациентов). У пациентов с опухолями околоушной железы клинические диагнозы были верифицированы после операции гистологическим методом.

Всем пациентам проводили общие и специальные методы исследования. Общее клиническое обследование включало: определение жалоб и анамнеза болезни, анализ данных осмотра и пальпации.

Комплексное УЗИ, включающее проведение стандартной сонографии в В-режиме, доплерографии и компрессионной соноэластографии (КСЭГ), являлось специальным методом обследования пациентов с опухолями околоушной железы. Методика КСЭГ выражалась в цветовой визуализации различия эластичности тканей и оценке величины деформации опухоли околоушной железы по сравнению с неизмененными окружающими тканями (индекс Strain-ratio, SR) при приложении дозированной компрессии ультразвуковым датчиком. КСЭГ проводилась на аппарате LOGIQ S8 (GE XD Clear) компрессионным методом, с использованием линейного датчика – 9L, частотой 7-10 МГц. При анализе данных КСЭГ использовали классификацию по E. Ueno (2006), в которой выделяется 5 эластотипов, свидетельствующих о доброкачественном или злокачественном характере новообразования.

Данные комплексного УЗИ сравнивали с результатами МСКТ и МРТ. Применение в диагностике МСКТ и МРТ, было обусловлено техническими ограничениями УЗИ аппарата при размере опухоли околоушной железы более 3,0 см и расположении её в глубине и позади ветви нижней челюсти («акустическое окно»), где затруднительно выполнять компрессию УЗ-датчиком.

МСКТ – исследование проводилось на аппарате Siemens Somatom Emotion, Германия. Толщина срезов составляла 1,25 мм, с реконструкцией в сагиттальной, фронтальной, трансверзальной плоскостях.

МРТ – исследование проводилось на аппарате Phillips Ingenia 1,5 T, производства Германия. Использовались T1, T2 импульсные характеристики МРТ-сигнала и следующие режимы: T2-TSE, tra & sag; T1-SE cor, STIR cor 4 мм; DWI 2 мм.

Исходя из поставленных задач, оценена диагностическая информативность КСЭГ, МСКТ и МРТ у пациентов с опухолями околоушной железы по показателям: чувствительности, специфичности и точности.

Для решения поставленной цели проведена оценка хирургического лечения (резекция железы, субтотальная резекция, паротидэктомия) доброкачественных опухолей околоушной железы. Выбор объема операции зависел от характеристик опухоли: гистологического вида, анатомо-топографической локализации, размера, взаимоотношения с окружающими мягкими и костными тканями, клинического течения. При проведении адекватного доступа к опухоли околоушной железы и сохранного выделения лицевого нерва (ЛН) изучен разрез кожи по Редону и вариант разреза по Ковтуновичу.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на основе математической статистики и при помощи пакета прикладных программ «STATISTICA 10,0». Для проведения прогнозирования возникновения осложнений хирургического лечения у больных с

доброкачественными опухолями околоушной железы применяли математическое моделирование методом регрессионного анализа.

В третьей главе диссертации «**Результаты собственных исследований при доброкачественных опухолях околоушной железы**» представлены результаты клинического обследования в основной группе, состоящей из 99 пациентов с доброкачественными опухолями околоушной железы. Средний возраст пациентов составил $43,8 \pm 1,5$ года. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,48. Наиболее частая встречаемость (66,6%) отмечалась у пациентов в трудоспособном возрасте от 21 до 50 лет. Среди морфологических форм наблюдались плеоморфная аденома и аденолимфома в 78,8% и 14,1% случаев соответственно. Реже встречались базальноклеточная аденома, папиллярная цистаденома и экстракраниальная шваннома лицевого нерва в области околоушной железы (5,1%, 1,0%, 1,0% соответственно).

По результатам исследования плеоморфная аденома (ПА) встречалась в 61,5% случаев среди женщин в возрасте от 19 до 76 лет. Соотношение женщин и мужчин было 1,6:1,0. У 5 пациентов (6,4%) диагностировался рецидив ПА. Средний возраст пациентов составлял $41,53 \pm 1,62$ года ($p < 0,05$). Длительность анамнеза от момента появления клинических симптомов до начала лечения составила в среднем – $4,00 \pm 0,54$ года ($p < 0,05$). По данным ультразвукового обследования горизонтальный и вертикальный размер опухоли в среднем составил $31,27 \pm 1,30$ мм и $25,85 \pm 1,15$ мм соответственно ($p < 0,05$).

Пациенты с аденолимфомой (АЛ) были в возрасте 24 – 69 лет, причем 57,1% наблюдались в возрасте 40 – 59 лет. Средний возраст пациентов с АЛ составлял $56,21 \pm 3,24$ года ($p < 0,05$). Длительность анамнеза составляла от нескольких месяцев до 5 лет, в среднем – $2,10 \pm 0,37$ года ($p < 0,05$). Соотношение мужчин и женщин составляло 1,3:1. Все пациенты мужского пола были курильщиками. При УЗИ размер опухоли в среднем составлял $26,79 \pm 2,70$ мм на $19,93 \pm 2,06$ мм ($p < 0,05$), (таблица 1). Отмечена достоверная отрицательная корреляционная связь пола пациентов с размером опухоли ($r = -0,63$; $p < 0,05$), которая выражалась в обнаружении тенденции увеличения диаметра опухоли среди мужчин, тогда как у женщин наоборот отмечалось уменьшение.

Таблица 1

Сравнительная характеристика клинических признаков доброкачественных опухолей околоушной железы

Клинические признаки		Плеоморфная аденома (n=78)	Аденолимфома (n=14)
Средний возраст пациента (лет)		$41,53 \pm 1,62$	$56,21 \pm 3,24^*$
Давность заболевания (лет)		$4,00 \pm 0,54$	$2,10 \pm 0,37^*$
УЗ-размер опухоли	Горизонтальный (мм)	$31,27 \pm 1,30$	$26,79 \pm 2,70$
	Вертикальный (мм)	$25,85 \pm 1,15$	$19,93 \pm 2,06^*$

* достоверность различий: $p < 0,05$ между группами ПА и АЛ.

В первой сравнительной группе у 27 пациентов со злокачественными опухолями околоушной железы по частоте встречаемости преобладали (77,8% случаев) эпителиальные новообразования. Доля неэпителиальных и вторичных (метастатических) опухолей составила 7,4% и 14,8% соответственно. Заболеваемость преобладала среди женщин в 55,6% случаев. Рост опухоли в среднем продолжался $2,58 \pm 0,51$ года. Проведенное исследование определило достоверные ($p < 0,05$) отличительные клинические признаки злокачественных опухолей от доброкачественных, к которым отнесли: возраст старше 50 лет, УЗ-размер опухоли более 3,0 см (таблица 2).

Таблица 2

Сравнительная клиническая характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей околоушной железы

Клинические признаки		Доброкачественные опухоли (n=99)	Злокачественные опухоли (n=27)
Средний возраст пациента (лет)		$43,79 \pm 1,50$	$51,30 \pm 2,37^*$
Давность заболевания (лет)		$3,71 \pm 0,44$	$2,58 \pm 0,51$
УЗ-размер опухоли	Горизонтальный (мм)	$30,34 \pm 1,14$	$39,85 \pm 4,29^*$
	Вертикальный (мм)	$25,24 \pm 1,06$	$31,65 \pm 2,93^*$

* достоверность различий: $p < 0,05$ между группами доброкачественных и злокачественных опухолей.

Во второй группе сравнения неопухолевые диагнозы околоушной железы были представлены: в 2-х случаях сиаладенозом, кистой у 2-х пациентов, слюннокаменной болезнью и ложным паротитом Герценберга. Диагноз кисты был морфологически верифицирован после хирургического лечения. В данной группе пациентов в преобладающем большинстве случаев (66,7%) наблюдались женщины. Сиаладеноз отмечался у пациенток женского пола на фоне ревматоидного полиартрита.

По результатам проведенных исследований для доброкачественных опухолей околоушной железы были характерны следующие ультразвуковые диагностические критерии: наличие одиночного опухолевого узла – в 92,93%; чёткость контуров – 95,96%; неровные границы – 58,59%; неоднородная внутренняя структура – в 83,84% случаев ($p < 0,05$); гипоэхогенность – в 89,90%. Средний размер регионарных лимфатических узлов составлял $7,28 \pm 0,39$ мм ($p < 0,05$). Отмечена положительная корреляционная связь между размерами опухоли и регионарных лимфатических узлов ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Также была отмечена достоверная положительная корреляционная связь показателя эхогенности со структурой опухоли ($r = 0,24$; $p < 0,05$). Псевдокиста отмечалась в 9,1% случаев.

Среди доплерографических параметров гиповаскулярность кровотока в 88,89% случаев отмечалась при доброкачественных опухолях околоушной железы, гиперваскулярность – при злокачественных (77,78%).

КСЭГ проводилась в группе из 31 пациента, из которых у 20 были доброкачественные опухоли, у 7 – рак, у 4 – неопухолевые заболевания околоушной железы. В результате анализа полученных эластограмм для доброкачественных опухолей околоушной железы в 70% случаев был характерен второй тип, в 20% - третий тип, в 10% - четвертый тип цветового паттерна по классификации E. Ueno (рисунки 1, 2).

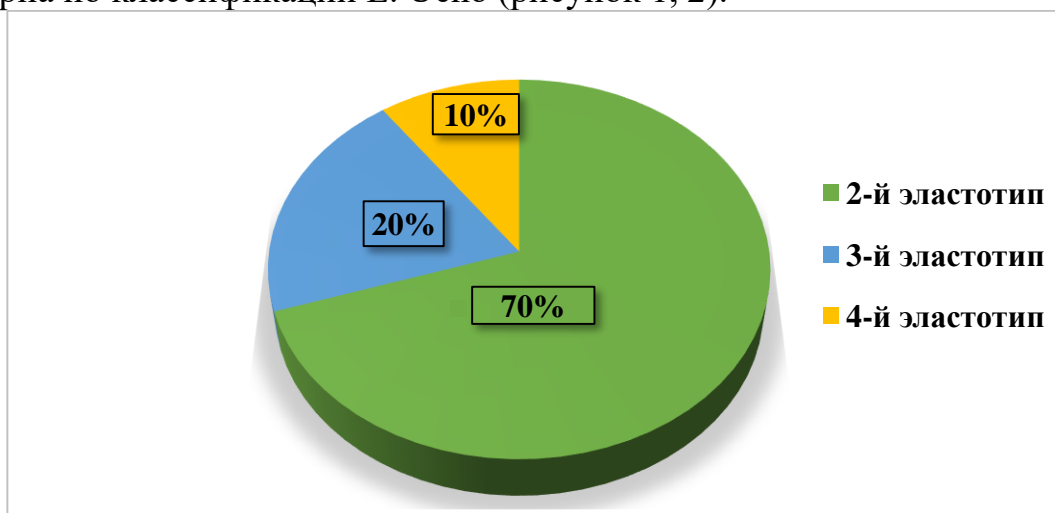


Рис. 1. КСЭГ доброкачественных опухолей околоушной железы

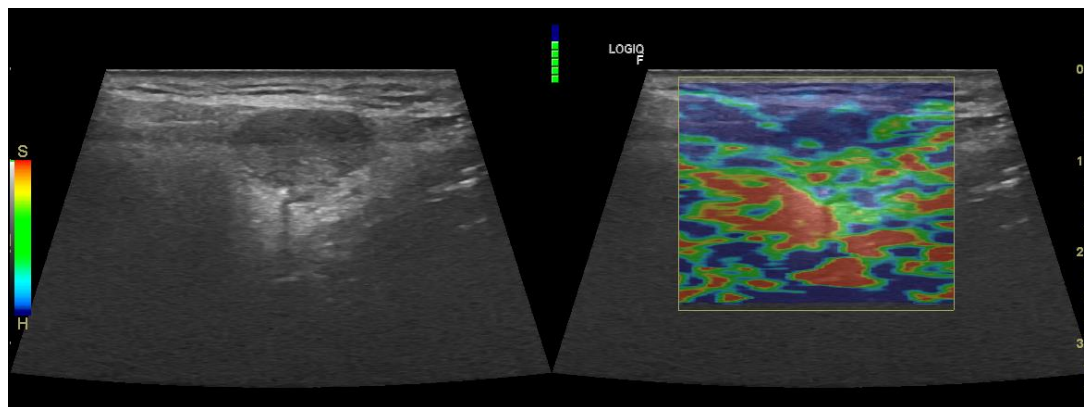


Рис. 2. Плеоморфная аденома околоушной железы. 2-й эластотип цветового паттерна по классификации E. Ueno

В режиме КСЭГ при доброкачественных опухолях околоушной железы достоверно значимое среднее значение индекса жесткости (Strain-ratio) составило $3,59 \pm 0,10$, при раке – $5,66 \pm 0,73$ ($p < 0,05$). Более того, КСЭГ обеспечила диагностирование инвазивного роста злокачественных опухолей околоушной железы.

При проведении диагностики в режиме КСЭГ были получены: истинно положительные результаты у 26 пациентов, истинно отрицательные – у 3-х пациентов с неопухолевыми заболеваниями кистозного характера, 1 ложноположительный и 1 ложноотрицательный результат. В результате,

чувствительность КСЭГ в диагностике опухолей околоушной железы составила 96,3%, специфичность – 75%, точность – 93,5%.

Таким образом, при КСЭГ увеличивается точность в определении структуры опухоли околоушной железы, тем самым улучшая и дополняя стандартное УЗИ; возможно проведение обследования при наличии у пациента психоэмоциональных особенностей (клаустрофобии при МРТ и КТ исследовании, неврологических расстройств); не требуется громоздкой отдельной специальной аппаратуры. Из недостатков КСЭГ отмечено: уменьшение чувствительности при опухолях околоушной железы крупного размера (более 7-8 см); информативность метода зависит от силы и направления компрессии, создаваемой исследователем.

МСКТ-исследование было проведено в группе из 15 пациентов, где 10 имели доброкачественные опухоли, 1 – злокачественную и 4 – неопухолевые заболевания околоушной железы. Среди доброкачественных опухолей околоушной железы преобладала встречаемость ПА. По результатам МСКТ-исследования медиана размера доброкачественной опухоли околоушной железы отмечалась следующей: высота $38,10 \pm 5,40$ мм, ширина $28,50 \pm 3,53$ мм, передне-задний $30,60 \pm 3,94$ мм. Среднее значение плотности опухоли определялось в пределах от $33,30 \pm 3,06$ едХ до $55,14 \pm 5,35$ едХ. Среди МСКТ-признаков выявлены: чёткие контуры – 90%, однородность внутренней структуры – 80%, ровные границы – 80%, округлая форма – 50% (рисунок 3). Средний размер регионарных лимфатических узлов составлял $10,67 \pm 1,33$ мм.

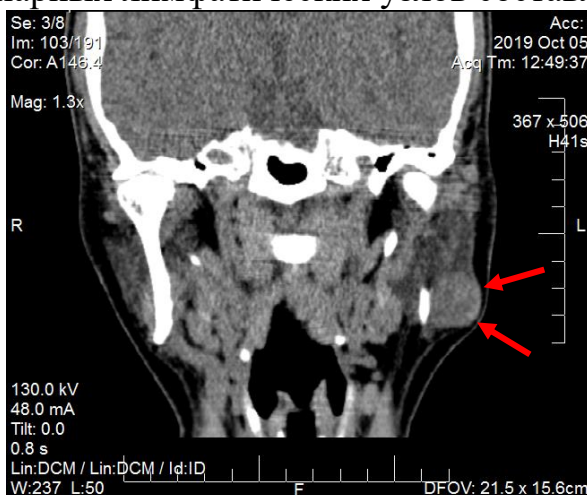


Рис. 3. МСКТ-исследование плеоморфной аденомы (↑) левой околоушной железы, представленное в виде образования округлой формы, однородной структуры, с чётким контуром и ровными границами.

При проведении дифференциальной диагностики злокачественная опухоль околоушной железы на МСКТ определялась как крупное (более 75 мм), неправильной формы образование неоднородной структуры, с нечёткими контурами и неровными границами, с инфильтрацией прилежащих анатомических структур.

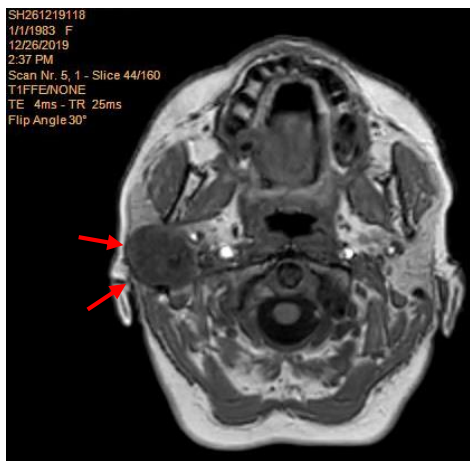
Для дифференциальной диагностики слюннокаменной болезни использовался метод МСКТ-сиалографии с введением в проток околоушной

железы рентгеноконтрастного раствора «Тразограф». Сиаладеноз околоушной железы в одном случае на МСКТ определялся как образование, состоящее из двух отдельно расположенных узлов, каждый максимального размера до 16 мм, однородной структуры, плотностью от +30 едХ до +90 едХ, с чёткими контурами и ровными границами. Данные МСКТ признаки послужили причиной получения ложноположительного результата диагностирования. Сиаладеноз во втором клиническом случае на МСКТ-грамме был представлен билатеральным увеличением желез, неоднородной структуры, плотностью +44+45 едХ, с наличием в железистой структуре множественных кальцинатов, диаметром до 2 мм. МСКТ при ложном паротите Герценберга характеризовалась наличием околоушной железы нормальной формы, плотности и размеров, в структуре которой отмечался овальной формы, с чёткими контурами, гомогенный участок уплотнения до 1,0 см, плотностью +35 едХ.

В результате МСКТ-исследования неопухолевых заболеваний околоушной железы у 3-х пациентов были получены истинно отрицательные результаты. Среди опухолей околоушной железы был получен 1 ложноотрицательный и 10 истинно положительных результатов. В итоге чувствительность МСКТ-исследования опухолей околоушной железы составила 90,9%, специфичность – 75%, точность – 86,7%.

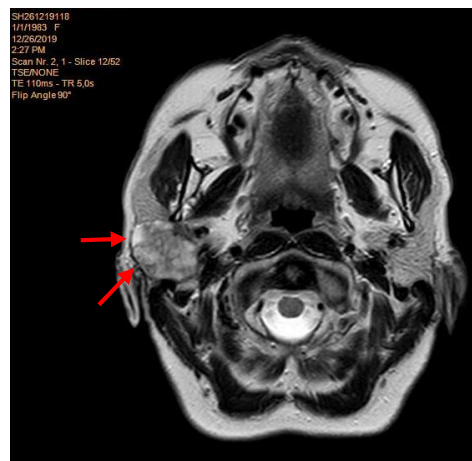
Таким образом, МСКТ использовалась для дифференциальной диагностики опухолевых и неопухолевых процессов в области околоушной железы. МСКТ-исследование позволяло точно и в полном объёме оценить опухолевой процесс. Хотя проведение МСКТ не позволяло однозначно дифференцировать злокачественную опухоль околоушной железы, но выявление с помощью этого метода признаков инфильтрации окружающих тканей позволяло заподозрить злокачественный опухолевой процесс, что влияло на дальнейшую тактику проводимого лечения у пациентов. Также роль МСКТ значима для оценки структуры паренхимы, внутри- и внежелезистого лимфатического аппарата, что выражалось в эффективности исследования при воспалительных и реактивно – дистрофических процессах в околоушной железе.

Обследование с использованием МРТ проведено у 16 пациентов: 12 – с доброкачественными и 3 – со злокачественными опухолями, 1 – с кистой околоушной железы. Медиана размера доброкачественной опухоли составляла: высота – $27,08 \pm 3,19$ мм, ширина – $24,92 \pm 2,78$ мм, передне – задний – $21,58 \pm 1,90$ мм. Характерны следующие МРТ-признаки: неоднородность внутренней структуры (83,33%), чёткий контур (83,33%), неровные границы (66,67%). Средний размер увеличенных регионарных лимфатических узлов составлял $10,57 \pm 1,38$ мм. ПА при МРТ-исследовании характеризовалась наличием чёткого контура и ровных границ, в T1-режиме гипоинтенсивным или изоинтенсивным, в T2-режиме – гиперинтенсивным сигналом (рисунок 4).



А

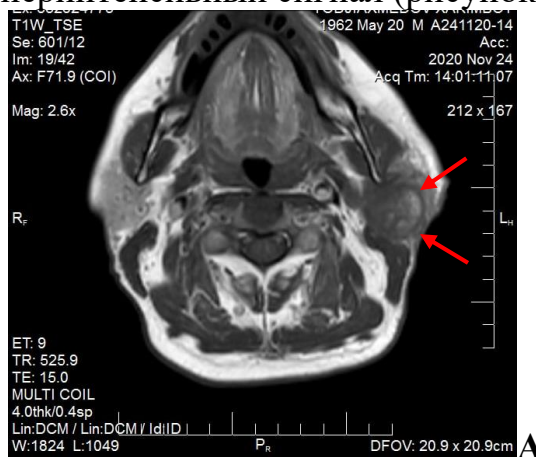
Рис. 4. Плеоморфная аденома околоушной железы справа. А – гипо-, изоинтенсивный сигнал на T1-взвешанном изображении.



Б

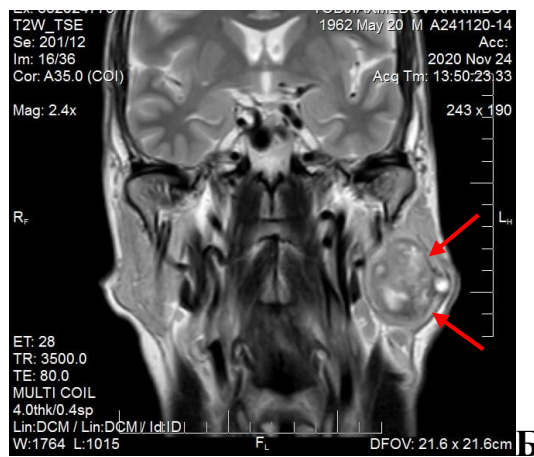
Рис. 4. Б – гиперинтенсивный сигнал на T2-взвешанном изображении.

Для АЛ при МРТ-исследовании было характерно: чётко отграниченное солидное образование с кистозными включениями; изо- или гипоинтенсивный сигнал на T1-взвешанном изображении с возможным наличием гиперинтенсивных участков, свидетельствующих о кистах с высоким содержанием белка или кровоизлиянием; в T2-режиме определялся изо- и гиперинтенсивный сигнал (рисунок 5).



А

Рис. 5. Аденолимфома околоушной железы слева. А – Аксиальный срез в T1-режиме: гипоинтенсивный сигнал со слабо гиперинтенсивными участками.



Б

Рис. 5. Б – Фронтальный срез в T2-режиме: изо- и гиперинтенсивный сигнал.

Злокачественные опухоли околоушной железы при МРТ-исследовании отличали наличием такого важного патогномичного признака как инвазивный рост. Для них были характерны: нечёткость контура, неоднородная интенсивность сигнала на T1 и T2-взвешанном изображениях.

В результате обследования истинно положительные результаты были получены у 14 пациентов с опухолями, 1 истинно отрицательный – у пациента

с кистой околоушной железы, 1 ложно отрицательный – у пациента с ПА. Диагностическая информативность МРТ-исследования составила: чувствительность 93,3%, специфичность – 100%, точность – 93,8%.

В четвертой главе диссертации «**Результаты хирургического лечения при доброкачественных опухолях околоушной железы**» представлены 2 кожных разреза: по Редону (n=45 пациентов) и вариант разреза по Ковтуновичу (n=54 пациентов). Длина разреза зависела от величины опухоли околоушной железы. Оба вида кожного разреза начинались в предушной и заканчивались в боковой шейной области. По Редону ход разреза на шее был вертикальный, а вариант разреза по Ковтуновичу совпадал с верхней шейной складкой (рисунок 6).



А



Б

Рис. 6. А – кожный разрез по Редону

Б – вариант кожного разреза по Ковтуновичу

Оба варианта разреза обеспечивали одинаково оптимальный доступ к опухоли околоушной железы с визуальным контролем ЛН и его ветвей. Ветви и ствол ЛН выделялись, прослеживались и сохранялись в 65,7% случаев антеградной методикой, в 32,3% – ретроградной.

В 62,3% случаев пациенты с примененным разрезом кожи по Редону, после операции предъявляли жалобы на зуд, дискомфорт и покраснение в области послеоперационного рубца, внешний вид которого был плотным и выступающим над уровнем кожи. Вариант разреза по Ковтуновичу ввиду прохождения по естественной верхней шейной складке, являлся более физиологичным и обеспечивал у пациентов более эстетичный и гладкий послеоперационный рубец. Все пациенты отмечали отсутствие зуда, покраснения и боли в области послеоперационного рубца (рисунок 7).



А



Б

Рис. 7. Послеоперационный рубец.
А – вариант разреза по Ковтуновичу.
Б – разрез по Редону.

Наименьшим объёмом хирургического вмешательства была резекция нижнего полюса или заднего края околоушной железы с удалением опухоли. Было прооперировано 28 пациентов, среди которых 21 пациент (75%) с ПА, 6 (21%) с АЛ и 1 (4%) с цистаденомой. Средний размер опухоли составил $25 \pm 1,5$ мм. Соотношение женщин к мужчинам было 1,8 : 1, возраст прооперированных пациентов варьировал от 19 до 68 лет. Во время операции в большинстве клинических случаев выделялась и прослеживалась маргинальная нижнечелюстная ветвь ЛН.

Субтотальная резекция в плоскости ветвей лицевого нерва являлась оптимальным объёмом операции у 64 пациентов, среди которых 53 пациента (82,8%) имели ПА, 5 пациентов (7,8%) – базальноклеточную аденому, АЛ отмечалась у 5 пациентов (7,8%), невринома ЛН – у 1 пациента (1,6%). Возраст пациентов варьировал от 21 до 76 лет. Женщины составили 56,3%, мужчины – 43,8%. Размер доброкачественной опухоли околоушной железы в среднем составлял $28,8 \pm 1,10$ мм. При проведении субтотальной резекции околоушной железы удаляли поверхностную часть СЖ вместе с расположенной в ней опухолью, ствол и ветви ЛН выделялись и прослеживались с помощью антеградной методики.

Паротидэктомия с сохранением ЛН проводилась у 5 женщин и 2 мужчин, в возрасте от 22 до 66 лет. В 57,1% случаев была диагностирована ПА, при этом у 3-х женщин отмечался рецидив ПА. В остальных случаях верифицирована АЛ. Данной методикой были прооперированы пациенты с доброкачественной опухолью размером 3,5 – 7,0 см, многоузловым характером роста, при наличии клеточной атипии в результатах тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии, в случае расположения опухоли в глубокой части железы или под ветвями ЛН. Более того, у 4-х пациентов чаще с рецидивом ПА, при размере опухоли до 6,0 см, проводилась

комбинированная паротидэктомия с сохранением ЛН, при которой единым блоком иссекали околоушную железу, а также другие мягкие ткани (кожа, послеоперационный рубец, жевательная мышца), где локализовались опухолевые узлы.

Адекватный выбор объема оперативного вмешательства при лечении доброкачественных опухолей околоушной железы позволил добиться снижения показателей развития рецидивов, таким образом, что рецидив ПА наблюдался у одной пациентки 22-летнего возраста. Данная пациентка перенесла 2 операции по поводу рецидивов ПА, которые возникали в течение года после операций.

В тех случаях, когда во время удаления опухоли околоушной железы происходило вынужденное или непреднамеренное нарушение целостности ЛН одномоментно проводилась нейропластика в виде нейрорафии ствола или ветвей. Данная методика нейрорафии ЛН «конец в конец» была проведена во время хирургического лечения в 2-х случаях: в одном – экстракраниальная шваннома ЛН исходила из ствола, в другом – щечная и маргинальная ветви ЛН были интимно спаяны на небольшом участке с опухолью.

С целью профилактики развития синдрома Фрея и замещения дефекта мягких тканей, образованного после паротидэктомии, применяли выкроенный лоскут из грудино-ключично-сосцевидной мышцы, которая расположена вблизи ложа околоушной железы. Методика формирования лоскута технически легко выполнима и не требует применения имплантационного материала или аутотрансплантата, связанного с причинением дополнительной хирургической травмы.

После проведения хирургического лечения доброкачественных опухолей околоушной железы как наиболее частое осложнение мы отмечали парез ЛН, чаще всего 2-ой степени выраженности по шкале Хауса – Бракмана (House-Brackmann scale). Пациентам с признаками пареза мимической мускулатуры лица в конце 1-й недели после операции рекомендовали лечебную гимнастику, состоящую из комплекса упражнений в нашей модификации.

Для определения прогностических факторов развития осложнений хирургического лечения доброкачественных опухолей околоушной железы изучено 68 клиничко – инструментальных признаков. Для проведения анализа качественные показатели были переведены в количественные и с помощью метода наименьших квадратов выявлены статистически значимые клинические и диагностические признаки в развитии пареза мимической мускулатуры лица.

В результате расчетов была получена математическая модель прогноза осложнений при субтотальной резекции (L1), резекции нижнего полюса (L2), паротидэктомии (L3).

Модель прогноза осложнений при субтотальной резекции:

$$\text{Eff (L1)} = -1,5677 + 0,0783 \times Z(1) + 0,0024 \times X(1) - 0,0344 \times Y(1) + 0,3094 \times X(10) + 0,3885 \times X(11) - 0,5186 \times X(12) + 0,0853 \times X(13)$$

Модель прогноза осложнений при резекции нижнего полюса:
$$\text{Eff (L2)} = -0,5959 + 0,0039 \times X(1) + 0,0448 \times Z(1) + 0,1678 \times Y(3) - 0,0114 \times X(2) - 0,0037 \times X(5) + 0,0618 \times Z(4)$$

Модель прогноза осложнений при паротидэктомии:
$$\text{Eff -A (L3)} = -0,2169 + 0,0098 \times X(1) + 0,2406 \times X(2) + 0,1659 \times X(3) + 0,1349 \times Z(2) + 0,0251 \times X(4) - 0,0167 \times X(5)$$
$$\text{Eff -B (L3)} = 0,4011 + 0,0767 \times Y(2) + 0,0178 \times X(1) - 0,2151 \times X(2) + 0,3769 \times X(3) + 0,0410 \times Z(2) + 0,0326 \times Z(5)$$
$$\text{Eff (L3)} = (\text{Eff-A (L3)} + \text{Eff-B (L3)}) / 2$$

В математической модели ошибка не превысила 2%, что свидетельствовало о её прогностической эффективности. На основе выведенных уравнений была разработана программа для электронно – вычислительных машин «Прогнозирование осложнений хирургического лечения у больных с доброкачественными опухолями околоушной железы». С помощью данной программы можно прогнозировать риск развития пареза мимических мышц лица у больных с доброкачественными опухолями околоушной железы, что определяет тактику проводимого лечения и необходимость применения реабилитационных мер.

ВЫВОДЫ

На основании проведенных исследований в диссертации доктора философии по медицинским наукам на тему «**Дифференцированный подход к диагностике и лечению доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы**» сделаны следующие выводы:

1. На основании полученных клиничко – диагностических данных достоверно установлены ультразвуковые признаки доброкачественных опухолей околоушной железы: чёткость контуров – 95,96%, наличие одиночного опухолевого узла – 92,93%, гипоехогенность – 89,90%, неоднородная внутренняя структура – 83,84% ($p < 0,05$), неровные границы – 58,59%, увеличение регионарных лимфатических узлов – 23,23%.
2. Диагностическая информативность соноэластографии доброкачественных опухолей околоушной железы составила: чувствительность – 96,3%, специфичность – 75%, точность – 93,5%. В 70% случаев отмечается 2-й эластотип; значение индекса деформации (Strain-ratio) составляет $3,59 \pm 0,10$ ($p < 0,05$).
3. Информативность МСКТ-исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей околоушной железы составила: чувствительность 90,9%, специфичность – 75%, точность – 86,7%. Информативность МРТ-исследования составила: чувствительность – 93,3%, специфичность – 100%, точность – 93,8%.
4. На основании корреляционного анализа выявлены достоверно значимые ($p < 0,05$) прогностические факторы развития пареза мимических мышц лица при проведении субтотальной резекции: пол, возраст, результат

цитологического исследования, значение индекса деформации (Strain-ratio), МСКТ или МРТ размер опухоли.

5. На основании полученных данных оптимальным хирургическим методом лечения доброкачественных опухолей околоушной железы является субтотальная резекция с сохранением ветвей лицевого нерва, обеспечивающая удаление опухоли и симметрию лица.

6. Применение варианта хирургического разреза по Ковтуновичу с прохождением по верхней шейной складке обеспечивает оптимальный доступ к опухоли околоушной железы, сохранное выделение ветвей лицевого нерва и эстетичность послеоперационного рубца.

**THE SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES
AT THE TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE**

TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE

IRISKULOVA ELMIRA URAIMKULOVNA

**DIFFERENTIATED APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
PAROTID SALIVARY GLAND BENIGN TUMORS**

14.00.21 – Stomatology

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2021

The theme of the doctoral (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Committee at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under number B2018.2.PhD/Tib682

The doctoral (PhD) dissertation has been prepared at Tashkent state dental institute.

The abstract of the dissertation is posted in two languages (Uzbek, Russian and English (resume)) on the website of the Scientific Council (www.tsdj.uz) and on the website of «Ziyonet» informational and educational portal (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant:

Jilonov Abdubori Astonaevich

doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Boymuradov Shukhrat Abduljalilovich

doctor of medical sciences, professor
(The Republic of Uzbekistan)

Arjancev Andrey Pavlovich

doctor of medical sciences, professor
(Russian Federation)

The leading organization:

Asfendiyarov Kazakh National Medical University (The Republic of Kazakhstan)

Defense will take place on « » _____ 2021 at _____ at the meeting of Scientific Council DSc. 04/30.12.2019.Tib.59.01 at Tashkent state dental institute (address: 100047, Uzbekistan, Tashkent, Yashnabad dist., Makhtumkuli str. 103. Phone: (+998971) 230-20-65; fax: (+998971) 230-47-99; e-mail: tdsi2016@mail.ru).

The text of the dissertation is available in the Informational - resource center of Tashkent state dental institute (registration number №). (Address: 100047, Uzbekistan, Tashkent, Yashnabad dist., Makhtumkuli str. 103. Phone: (+998971) 230-20-65).

Abstract of the dissertation is sent out on « » _____ 2021 year
(mailing report № on « » _____ 2021 year)

N.K. Khaydarov

Chairman of the scientific council on award of scientific degree, Doctor of Medical Sciences

L.E. Khasanova

Scientific secretary of the scientific council on award of scientific degree, Doctor of Medical Sciences, Associate professor

U.A. Shukurova

Chairman of the scientific seminar under the scientific council on award of scientific degree, Doctor of Medical Sciences, Associate professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research work: optimization of diagnosis and treatment of patients with benign tumors of the parotid salivary gland.

The object of the research: was 132 patients who applied to Tashkent regional branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, as well as to the clinic of Tashkent State Dental Institute at the age from 19 to 80 years for the period 2018-2020.

The scientific novelty of the research is as follows:

on the basis of the obtained data of strain sonoelastography for benign tumors of the parotid salivary gland, the second type of color pattern in combination with uniform staining was established in 70% of cases;

revealed the ultrasound semiotics of the most common and rare histological types of benign tumors of the parotid salivary gland, using the obtained sonography data;

proved the use of MRI in the detection of pseudocysts according to ultrasound data, in order to increase the diagnosis of tumors of the parotid salivary gland;

on the basis of reliably significant clinical and instrumental data, a mathematical model has been developed for predicting the development of paresis of the facial muscles in the surgical treatment of benign tumors of the parotid salivary gland.

Implementation of the research results. The obtained scientific results on the diagnosis and treatment of benign tumors of the parotid salivary gland have been introduced into practical health care.

A methodological recommendation "The use of sonoelastography in the diagnosis of benign tumors of the parotid salivary gland" was developed and approved (certificate of the Ministry of Health No. 8n-r / 389 dated October 09, 2020). This methodological recommendation made it possible to improve diagnostic measures in patients with benign tumors of the parotid salivary gland;

A methodological recommendation "Modified methods of surgical treatment of benign tumors of the parotid salivary gland" was developed and approved (certificate of the Ministry of Health No. 8n-r / 371 dated October 08, 2020). This methodological recommendation has made it possible to optimize the surgical treatment of patients with benign tumors of the parotid salivary gland.

The obtained research results have been introduced into health care practice, including in the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy, in the clinic of Tashkent State Dental Institute (conclusion of the Ministry of Health No. 8n-d / 188 dated October 09, 2020). The implementation of the obtained results into practice makes it possible to timely and effectively diagnose and optimally surgically treat patients with benign tumors of the parotid salivary gland.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation contains an introduction, four chapters, conclusion, practical recommendations, a bibliography, and annexes. The volume of the dissertation is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть, I part)

1. Жилонов А.А., Абдихакимов А.Н., Ирискулова Э.У. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы// «Stomatologiya» - Ташкент, 2018. - № 3 (72)- С 52-55 (14.00.00; 12)

2. Жилонов А.А., Гричанюк Д.А., Ирискулова Э.У., Артюшкевич А.С. Современный подход в диагностике опухолей околоушных слюнных желёз// «Медицина» - Республика Беларусь, 2019. - № 3 (106)- С 56-58 (14.00.00; 76)

3. Людчик Т.Б., Ирискулова Э.У., Жилонов А.А., Гричанюк Д.А., Артюшкевич А.С., Федченко И.Ю. Клинико – анатомическая характеристика доброкачественных опухолей околоушных слюнных желёз// «Медицина» - Республика Беларусь, 2019. - № 3 (106)- С 74-76 (14.00.00; 76)

4. Elmira Iriskulova, Tatiana Liudchyk, Ulugbek Kholtoev, Abduvaz Ganiev, Abdulla Abdikhakimov, Salim Egamberdiev, Yulduz Khodjibekova, Sobirjon Mamarajabov, Junichi Sakamoto, Michitaka Honda. Intraparotid facial nerve schwannoma: A cross-country report of two cases and literature review// «Annals of cancer research and therapy» - Japan,2020. - № 2–28 P 93-96 (14.00.00; 1)

II бўлим (II часть, II part)

1. Ирискулова Э.У. Ультразвуковая диагностика мягкотканых новообразований челюстно – лицевой области и шеи.– Материалы научно – практической конференции «Стоматология – наука и практика, перспективы развития». Волгоград, 2017. - С 66-69.

2. Ирискулова Э.У. Диагностика опухолей околоушной слюнной железы.– Сборник научных трудов XXXX итоговой научной конференции общества молодых учёных. Москва, 2018. - С 48-50.

3. Абдурахмонов С.З., Ирискулова Э.У. Применение тонкоигольной и трепан пункции в диагностике опухолей околоушной слюнной железы.– Научно-практическая конференция «Дни молодых учёных». Ташкент, 2018. - С 23.

4. Ирискулова Э.У., Жилонов А.А. Хирургическое лечение опухолей околоушной слюнной железы.– 3-ий Евразийский и 7-ой Центрально-Азиатский конгресс по пластической хирургии. Бухара, 2019. - С 99-100.

5. Ирискулова Э.У. Соноэластография опухолей околоушной слюнной железы.– III международная научно–практическая конференция «Наука и образование в современном мире: вызовы XXI века». Нур-Султан, 2019. - С 37-39.

6. Ирискулова Э.У., Холтоев У.Т., Ганиев А.А., Эгамбердиев С.К. Клинические и лечебные аспекты опухолей околоушных слюнных желез.– Республиканская научно – практическая конференция «Актуальные проблемы хирургической стоматологии». Ташкент, 2020. - С 38-40.

7. Ирискулова Э.У., Ганиев А.А., Холтоев У.Т., Эгамбердиев С.К., Сатторов Ш.Ш. Диагностика опухолей околоушной слюнной железы.– Международный научно – практический журнал «Евразийский онкологический журнал» том 8, №2 Приложение. Казань, 2020. - С 652-653.

8. Ирискулова Э.У., Эгамбердиев С.К., Холтоев У.Т., Ганиев А.А., Реймназарова Г.Д. Опухоли околоушной слюнной железы: данные двух клиник города Ташкента.– Сборник он-лайн Республиканской научно – практической конференции «Дни молодых учёных». Ташкент, 2020. - С 118-120.

9. Ирискулова Э.У., Ганиев А.А., Холтоев У.Т., Эгамбердиев С.К. Рецидивная плеоморфная аденома околоушной слюнной железы.– Петербургский международный онкологический форум. Санкт-Петербург, 2020. - С 173.

10. Ирискулова Э.У., Шамансурова Н.Х., Жилонова З.А. Комплексное ультразвуковое исследование опухолей околоушной слюнной железы.– Материалы международной научно-практической онлайн конференции «Фундаментальная наука в современной медицине». Самарканд, 2020. - С 200-201.

11. Ирискулова Э.У., Мамадалиева Я.С., Эгамбердиев С.К., Ганиев А.А., Холтоев У.Т., Шамансурова Н. Х. Информативность компрессионной ультразвуковой эластографии в диагностике опухолей околоушной слюнной железы.– Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы и новые технологии в челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2020. - С 29-31.

12. Ирискулова Э.У., Файзиев Б.Р. МРТ и комплексное УЗИ опухолей околоушной слюнной железы.– Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы и новые технологии в челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2020. - С 31-33.

13. Ирискулова Э.У. Диагностическая эффективность соноэластографии при опухолях околоушных желез.– Материалы международной научно-практической конференции «Молодые ученые: инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2021. - С 27-29.

14. Ирискулова Э.У., Кадиров Р.Х. Построение математических моделей прогноза осложнений при хирургическом лечении доброкачественных опухолей околоушной железы.– Материалы международной научно-практической конференции «Молодые ученые:

инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2021. - С 29-32.

15. Ирискулова Э.У. Анализ больных с опухолями околоушной слюнной железы.– Материалы международной научно-практической конференции «Современные технологии в челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2021. - С 94-96.

16. Iriskulova E.U. Diagnostic efficiency of elastography in patients with parotid gland tumors.–International conference science and education. Turkey, April 2021. - P 40.

17. Ирискулова Э.У. Диагностическая информативность методов лучевой визуализации опухолей околоушных слюнных желез.– Материалы международной научно-практической конференции «Междисциплинарная интеграция в современной челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2021. - С 14-15.

18. Ирискулова Э.У., Амануллаев Р.А., Асророва К.С., Кадиров Р.Х. Экспресс-оценка индекса эластичности и эластотипа у больных с опухолями околоушной слюнной железы.– Материалы международной научно-практической конференции «Междисциплинарная интеграция в современной челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2021. - С 15-18.

19. Ирискулова Э.У., Халматова М.А. Применение соноэластографии в диагностике доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы// Методические рекомендации. – Ташкент, 2020. – 17с

20. Ирискулова Э.У., Халматова М.А. Модифицированные методы хирургического лечения доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы// Методические рекомендации. – Ташкент, 2020. – 14с