

компонентами таких покрытий могут служить гидроксиапатит, трикальцийфосфат, биостекла, биоситаллы.

В статье рассматриваются актуальные проблемы разработки, получения и применения в клинической практике современных биосовместимых материалов и покрытий на их основе. Особое внимание уделено внутрикостным дентальным имплантатам, которые сегодня являются одним из наиболее популярных и хорошо освоенных методов устранения дефектов зубных рядов при частичной и полной адентии.

SUMMARY

The problem rejections of dental implants at different stages of the operation is successfully solved by creating on the surface of special bioactive coating formed by spraying elektroplasm. The main components of such a bioactive coating may serve as hydroxyapatite, tricalcium phosphate, bioglass, biositally.

This article describes the current problems of development, production and application in clinical practice of modern biocompatible materials and coatings based on them. Particular attention is paid intraosseous dental implants, which today is one of the most popular and well established methods to eliminate defects of dentition in partial and fully edentulous.

БОШ ВА БЎЙИН СОХАСИ ХАВФЛИ НОЭПИТЕЛИАЛ ЎСМАЛАРНИНГ КЛИНИКАСИ, ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ

Р.М. Бекмирзаев, А.И. Хасанов

Республика онкология илмий маркази

Бош ва бўйин соҳаси ноэпителиал ўсмалари кам учрайдиган патология ҳисобланиб, шу соҳанинг барча ўсмаларининг 3-5% ни ташкил этади [8]. Организмда учрайдиган барча саркомаларнинг 15-20% ни ташкил этади.

Бош ва бўйин соҳаси хавфли ноэпителиал ўсмалари гистологик тузилиши, келиб чиқиши, клиник кечиши, қўлланиладиган даволаш усуллари билан фарқ қилади. Бош ва бўйин соҳаси ўсмаларининг асосий қисмини 92,2%ни эпителиал, 7,8% ни ноэпителиал ўсмалар ташкил этади [13]. Юз-жағ соҳаси ноэпителиал ўсмаларидан энг кўп остеосаркома учрайди (32%), ундан сўнг фибросаркома (19%), хондросаркома (9%) ва юз-жағ соҳа рабдомиосаркомаси (7,5%) учрайди [4].

Бош ва бўйин соҳаси саркомалари бошқа аъзоларда учрайдиган саркомаларга нисбатан ўсма хужайрасининг дифференцирлашганлиги даражаси юқори бўлиши кузатилади [8]. Юз-жағ соҳасининг мураккаб анатомик тузилиши, ўсмани битта анатомик

соҳадан иккинчисига ўсиб ўтган ҳолатда аниқланиши, яъни комбинацияланган зарарланиш ҳолатлар, ўсманинг аниқ клиник белгилари бўлмаслиги, беморларнинг касалликни кеч босқичларда шифокорларга мурожаат этиши, бундан ташқари бошқа соҳа, яъни оториноларинголог, стоматолог, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог мутахассислари томонидан касалликни вақтида тўғри таҳлил қилинмаслиги натижасида беморлар махсус шифохоналарга касалликнинг тарқалган кечки босқичларида даволанишга келиши аниқланмоқда [5,6,23].

Бу ўз навбатида радикал даво ўтказиш имконини камайтиради. Юқоридагиларни ҳисобга олиб, мақолада бош ва бўйин соҳаси хавфли ноэпителиал ўсмаларининг клиник кечиши, ташхиси ва даволаш усулларига тўхталиб ўтмоқчимиз.

Бош ва бўйин соҳаси хавфли ноэпителиал ўсмаларининг умумий клиник кўриниши

Касалликнинг симптомлари ўсмани жойлашган жойи, морфологик тузилиши ва қайси қон томир ёки нервларни зарарланишига кўра турли кўринишдаги симптомлар намоён бўлади. Юқори ва пастки жағ соҳаси юмшоқ тўқима саркомаларида аввал инфильтрат ва шу соҳада бўртиш пайдо бўлади. Дастлаб ўсма тери остида ҳаракатчан бўлади (агар ўсма юмшоқ тўқималардан ривожланган бўлса), ўсма ривожланиб борган сари ҳаракати чегараланади. Ўсманинг катталаниши билан юз ва бўйин соҳасида асимметрия ва деформация ривожланади, зарарланган соҳанинг функционал бузилишлари, ҳар хил характердаги оғриқ синдромлари; зирқираб, пулсацияланувчи, ўткир ва бирдан пайдо бўладиган оғриқлар бўлади. Оғриқ маҳаллий ёки тарқоқ ҳолатда бўлиши мумкин. Ўсма билан пастки жағ мушаклари зарарланиши натижасида чайнаш функцияси бузилади ва тризм пайдо бўлади. Ўсма бурун бўшлиғида жойлашганда бурун битиши, бурундан ажралмалар келиши (сувли, йирингли, қон аралаш) сабабсиз қон кетиши, бадбўй хид келиши, бир томонлама юзда доимий шиш, юқори жағ ва танглай шикастланганда соғлом тишларда доимий кучли оғриқ бўлиши, тишларнинг кимираб бўшаб қолиши кузатилади [6].

Жағ суяклари саркомалари. Бу соҳа ўсмаларининг клиник кўриниши ўсма жойлашган жойига қараб пайдо бўлади. Ўсма марказий жойлашганда: Остеоген саркомаларда эрта симптоми - жимираб оғриш, дастлабки вақтларда оғриқ фақат кечаси безовта қилади. Кейинчалик оғриқ доимий характерга ўтади ва кучайиб боради. Тишлар ҳаракатчан бўлиб қолади ва бемор овқат еган пайтда оғриқнинг кучайиши кузатилади. Юқори жағ саркомасида юқоридагиларга қўшимча бурун йўлидан қон аралаш йирингли ажралма келиши, бурун битиши ва экзофтальм кузатилади. Бу ҳолат ўсмани юқори жағдан бурун бўшлиғига ва кўз косасига ўсиб ўтганлигини билдиради.

Пастки жағ саркомасида зарарланган томонда пастки лабда ва даҳан ости соҳасида сезгирлик йўқолиши белгилари пайдо бўлади ва бу Венсан симптоми дейилади.

Ўсма периферик жойлашганда: Жағ суягини периферик саркомаларида дастлабки белгиларидан бири яққол кўзга ташланадиган деформация. Агар ўсма жағнинг альвеоляр қисмида жойлашса бемор овқат еган вақтида ўсманинг шикастланиши натижасида шиллик қаватида яра пайдо бўлади ва унга инфекция кўшилади. Натижада яллиғланиш белгилари кучаяди. Ўсма катталанишда чайнаш ҳолати чегараланади. Периферик саркомада рентгенда суяк усти пардаси кўчиши кузатилади ва патологик суяк ўсимталари пайдо бўлади [8].

Бурун ва бурун-халқум саркомалари. Бурун бўшлиғи саркомалари ҳар-хил тўқималардан ривожланиши мумкин ва буларга: фибросаркома, хондросаркома, остеосаркома, лимфосаркомалар киради.

Фибросаркома бурун бўшлиғи юмшоқ бириктирувчи тўқимасидан ривожланади. Бу саркома жуда тез ривожланади ва эрта гематоген метастазлар беради. Хондросаркома бурун йўлини тоғай тўқимасидан ривожланади. Бу ўсма тури ҳам деярли фибросаркомага ўхшаб кечади. Остеосаркома суяк тўқимасидан келиб чиқади, маҳаллий атроф тўқималарга тез ўсиб ўтади ва кўп ҳолатларда ўпкаларга метастаз беради. Лимфосаркома лимфа тўқимаси хужайраларидан ривожланади. Лимфа йўллари орқали метастаз беради. Кўп ҳолатларда бурун ўрта чиғаноғи ва бурун тўсиғи зарарланади, ўсмани қайталаниши юқори даражада.

Симptomлари: Бурун бўшлиғи саркомасининг клиник белгилари ўсманинг турига, жойлашган жойига, ва ривожланиш босқичига боғлиқ бўлади. Бурун бўшлиғи саркомалари барча симптомлари ўсманинг ривожланишини 4 та даврида ҳар хил клиник кўринишда номоён бўлади.

1. Яширин давр. Бу даврда ҳеч қандай клиник белгилар пайдо бўлмайди. Баъзан ўрта бурун йўлида ташқи кўриниши оддий полипни эслатувчи, қизғиш ёки сарғимтир тусдаги, ҳар хил зичликдаги ўсма аниқланади.

2. Бурун бўшлиғининг йўлида ўсиш даври. Бу даврда бошланғич симптомлар пайдо бўлади. Бурундан шиллиқ, шиллиқ-йирингли, қонли, ёқимсиз хидли ажралмалар келади. Касаллик кучайганда ажралмалар йирингли, кир-кулранг кўринишда бўлади. Касаллик томонда нафас олишнинг қийинлашиши, хид билишнинг йўқолиши кузатилади. Неврологик оғриқлар, бош оғриғи кўшилади. Бу оғриқларга анальгетиклардан наф бўлмайди. Агар ўсмада парчаланиш бошланса, бемор аксирган вақтида ҳаттоки ўсманинг бир бўлаги узилиб чиқиши мумкин. Ўсмадан қон кетиши кузатилади.

3. Ўсманинг қўшни аъзоларга ўсиб ўтиши даври. Бу даврда ўсма қўшни анатомик аъзоларга, бурун бўшлиғининг иккинчи тарафига ўсиб ўтади. Ўсма бурун бўшлиғининг пастки деворига ўсганда қаттиқ ва юмшоқ танглайга ўсиб, оғиз бўшлиғига ўтади. Ўсма ташқи томонга ўсганда юқори жағ, пешона, кўз косаси бўшлиғига ўсиб ўтади. Кўз косасига ўсиб ўтганда кўришнинг бузилиши белгилари пайдо бўлади.

4. Регионар лимфа тугунлари ва бошқа аъзоларнинг метастаз билан зарарланиши даври. Бу даврда ўсманинг парчаланиши ҳисобига ўсма хужайралари қон ва лимфа оқими орқали бутун аъзоларга тарқалиши кузатилади [4,8].

Хиқилдоқ саркомаси: Хиқилдоқнинг бирламчи саркомалари кўпинча хиқилдоқ тоғайи ёки шиллиқ ости қавати хужайраларидан ривожланади. Хиқилдоқда учрайдиган иккиламчи саркомалар атроф тўқималардан хиқилдоққа ўсиб ўтиши ёки бошқа аъзо саркомаларининг метастази натижасида келиб чиқади. Кўпинча саркома билан овоз боғлами зарарланади. Кам ҳолатларда саркома овоз боғламининг ости қисмидан ривожланади. Регионар ва олисга

метастазлари кузатилади. Хиқилдоқ саркомасининг клиник симптомлари ўсманинг жойлашган жойи ва ҳажмига боғлиқ бўлади. Хиқилдоқ қопқоғи зарарланганда беморда ютиниш қийинлашиши ва унинг кучайиб боришига шикоят қилади. Агар ўсма овоз боғламида жойлашса, овоз ўзгариши (овози бўғилиб чиқиши) кузатилади. Ўсма овоз боғламидан пастки қисмини зарарлаганда нафас йўлини торайиши ҳисобига ҳаво етишмаслиги, қизилўнгачга ўсиб ўтиши натижасида дисфагия клиник белгилари пайдо бўлади.

Қалқонсимон без саркомаси: Қалқонсимон без саркомаси безнинг кўшувчи тўқимасидан ривожланади. Бундай ўсмалар жуда хавфли ҳисобланади ва эрта гематоген йўл билан метастазлар кузатилади. Қалқонсимон без саркомаси ўпкага, буйрак ва буйрак усти безларига, жигарга, бош мия қаттиқ пардаларига, тери ва талокқа метастази учрайди. Энг кўп учрайдиган клиник белгиларидан бўйин соҳасида тугунли ҳосила пайдо бўлиши кузатилади. Аммо қалқонсимон безда бундай тугунлар кўп одамларда учрайди. Фақатгина 5 % гача бўлган одамларда хавфли ўсмалар аниқланади. Баъзи ҳолатларда ўсма қалқонсимон без паренхимасида чуқур жойлашган ҳолатларда касалликни дастлабки клиник белгиси катталашган лимфа тугунлар ҳисобланади. Ўсманинг ривожланишининг кечки босқичларида қайтувчи нервни шикастланиши натижасида овоз ўзгариши пайдо бўлади ва кучайиб боради. Бўйин олдинги соҳасида оғриқ пайдо бўлади ва бу оғриқлар баъзан кулоқ ёки энса соҳасига тарқалади. Ўсманинг атрофдаги аъзо ва тўқималарга ўсиб ўтиши натижасида бемор ёт танани ҳис этиши ва трахеяни эзилиши клиник белгиларига шикоят қилади. Кейинчалик ютиниш ва нафас олишнинг қийинлашиши белгилари кучайиб боради [8].

Касалликнинг умумий аниқлаш усуллари Дастлаб касалликка ташхис қўйишда беморнинг шикоятлари, касаллик тарихи ва обектив кўрик

ўтказилгандан сўнг бу маълумотлар шифокор учун ўсма хақида фикр юритишига асос бўлади. Қўйилган тахминий ташхисни асослаш учун беморда қуйидаги текширувларни ўтказиш керак: МСКТ ва магнит-резонанс томография, эндоскопик текширувлар, ўсмани ва унинг метастазларини аниклаш мақсадида УТТ, кўкрак қафаси рентгеноскопияси. Ўсмани морфологик тасдиқлаш мақсадида ўсмадан ёки метастазга характерли бўлган лимфа тугунидан биопсия.

Умумий даволаш усуллари. Бош ва бўйин соҳаси хавфли неопителиал ўсмаларини даволашда комбинирлашган ва комплекс даволаш усулларида фойдаланилади. Асосий даволаш усулларида бири жаррохлик усули ҳисобланади. Радикал жаррохлик усулида даволаш учун ўсманинг соғлом тўқима чегарасидан олиб ташлаш керак бўлади. Аммо юз-жағ соҳасининг мураккаб анатомик тузилганлиги, аксарият беморларда касалликнинг кечки боскичларда аникланиши, радикал жаррохлик усулида даво учун муаммо пайдо қилади. Ўсма хажмининг кичрайтириш ва резектабел ҳолатга келтириш учун операциядан олдинги кимётерапия ва нур терапия ўтказиш зарур бўлади. Ўсма хужайраси дифференцирлашганлиги даражаси қанчалик паст бўлса, ўсманинг хавфлилик даражаси шунчалик юқори бўлади. Ўсманинг паст дифференцирлашган ва дифференцирлашмаган турларида клиник аниклаш мумкин бўлмаган регионар ва олисдаги микрометастазлар кузатилади. Саркоманинг баъзи турлари: фиброзли гистиоцитома, ретикулосаркома, Юинг саркомаси, рабдомиосаркомалар кимё-нур давога юқори сезувчан ўсмалар ҳисобланади. Ўсманинг бундай турларида аввал кимё-нур даво ўтказилиб, сўнг жаррохлик усулида даво бажарилиши керак. Кимё-нур даводан ўсманинг хажми кичрайтирилади ва кузатилиши мумкин бўлган микрометастазларни бартараф этилади [26].

Юқори жағнинг маҳаллий тарқалган хавфли ўсмаларида бир нечта анатомик соҳаларни зарарланиши натижасида юқори жағ резекцияси ўтказилгандан сўнг, беморда чайнаш, ютиниш, гапириш функциялари бузилади ва косметик нуқсонларга олиб келади. Бундай ҳолатдан сўнг ортопедик протезлар ёки нуқсонни камайтириш мақсадида микрожаррохлик операциялари талаб қилинади [4,12,16,17,28]. Баъзи муаллифларнинг маълумотларига кўра [9,28], юқори жағ хавфли ўсмаларини хирургик даволаш вақтида ўсманинг кўз косасига ўсиб ўтганлиги ва натижада кўз экзентрацияси билан амалиёти 20-45% ташкил этганлиги кўрсатилган [10,18].

Юқорида айтиб ўтганимиздек, бош ва бўйин соҳаси ўсмаларининг 60-70% да ўсма хужайраси юқори дифференцирлашганлиги аникланади. Юқори дифференцирлашган ўсма хужайраларининг тузилиши ва функционал ҳолати нормал хужайрага ўхшаш бўлганлиги сабабли, секин аста ривожланади ва кимё-нур давога кам таъсирчан ҳисобланади. Ўсманинг дифференцирлашганлик даражаси “G” билан белгиланади.

G I – юқори дифференцирлашган.

G II – ўрта дифференцирлашган.

G III – паст дифференцирлашган.

G IV – дифференцирлашмаган.

Даволаш тактикасини белгилашда ўсманинг дифференцирлашганлик даражаси “G” I-II – бўлганда ва ўсма резектабел ҳолатда бўлса хирургик даво мақсадга мувофиқ. “G” I-II, ўсма норезектабел ҳолат ва “G” III-IV аниқланганда аввал кимё-нур даво сўнг жаррохлик даво бажарилади. Кимё-нур даво+операция бажарилгандан сўнг, ўсманинг патоморфоз даражаси аниқланади. Патоморфоз I-II даража кузатилганда кимётерепиядан эффект самарасиз деб баҳоланади ва кимётерепия схемаси ўзгартирилади. Патоморфоз III-IV даража кузатилганда аввалги химиотерапия схемаси давом эттирилади.

Инфузион узок муддатли эндоартериал кимётерепия усулини

қўллаш натижасида ўсмага қарши дорининг ўсма билан зарарланган сохада юқори концентрацияда ва узок вақт бўлишига эришилади [15,19,24]. Ўсмага қарши дорининг эндоартериал киритиш ёрдамида дорининг ўсма сохасида одатий, яъни система орқали дорининг киритиш йўли билан таққосланганда, 3-5 баробар дорининг концентрацияси юқори бўлиши кузатилади [20,21]. Яна бу усулни қўллаш натижасида организмга доридан бўладиган токсик таъсирини камайтиришга эришилади [2].

Бош ва бўйин сохаси ўсмаларида регионар кимётерапия ўтказишни кулай усулларида бири, ташки уйку артерияси ёки унинг шохчалари (кўпинча чакка юзаки артерия) орқали амалга ошириладиган кимётерапиядир [7,11,14,28]. Бунда алохида кимёпрепаратнинг активлиги 30-40% дан ошмайди. Шунинг учун поликимётерапия ўтказилиши керак [1,25]. Кўп муаллифларнинг тажриба ва клиник кузатув маълумотларига кўра ўсмага қарши дорининг эндоартериал усул билан юбориш вақти 6-12 кунни ташкил этиши керак деб ҳисоблайдилар [14,27].

Адабиётларда келтирилган маълумотларни таҳлил қилинганда юқори жағ, бурун бўшлиғи ва ёндош бўшлиқлари хавфли ўсмаларида эндоартериал кимё терапияни қўллашда бевосита юқори даражада эффект кузатилишини кўрсатади. Шундай қилиб, Нye Sung Won ва б. (2009), эндоартериал кимётерапия, системали кимётерапия ва кимё-нур даво олган беморларда натижалар таҳлил қилинганда, бевосита кузатилган объектив (тўлиқ+қисман) эффект 70, 53 ва 57%, токсиклик даражаси (кўнгил айланиши ва қайт қилиш) 70, 87 ва 86%, кузатилган [22].

АҚШ Техас университети, Андерсон ракка қарши курашиш марказида ҳам остеосаркома ва эстеионейробластомаларда эндоартериал цисплатин ва системали доксорубицин (умумий доза 90 мг/м²) 2-3 курс ўтказилганда тўлиқ эффект 48% ни ташкил этганлиги келтирилган.

А.Л. Корниецкая ва бошқалар [3] саркома билан 17 та беморларда доксорубицин 45 мг/м² ва цисплатин 75 мг/м² эндоартериал 1-2 кунлар давомида [3]. Циклофосфан 800 мг/м² вена ичига 3-кун. 14 кунлик интервал билан қўлланилганда 13 (76,4%) та беморларда қисман эффект ва стабилизация кузатилган. Даводан кейинги патоморфоз 3-даражаси 3 та беморда, патоморфоз 2-даражаси 7 та беморларда, 1-даража патоморфоз 7 та беморларда кузатилган.

Ўтказилган даводан кейинги кузатув ва текширувлар.

Диспансер кузатуви даволаш курслари тугагандан сўнг қуйидагича:

1-3 йилларда ҳар 3-4 ойда 1 маротаба.

4-йилдан ҳар 6 ойда 1 маротаба.

5-йилдан ҳар 1 йилда 1 маротаба.

Инструментал текширувлар:

- кўкрак қафаси рентгенографияси – 1 йилда 1 маротаба (бирламчи кенг тарқалган, паст дифференцирлашган ва метастазлар аниқланган ўсмаларда ҳар текширувда ўтказилади);

- қорин бўшлиғи аъзолари УТТ: 1 йилда 1 маротаба (бирламчи кенг тарқалган, паст дифференцирлашган ва метастазлар аниқланган ўсмаларда 6 ойда бир марта ўтказилади);

- Жаррохлик усули билан даволангандан кейинги бирламчи ўсма сохаси компьютер ёки магнит-резонанс томографияси – 1-2-3- йиллар давомида 1 йилда 2 маротаба, 4- йилдан 1 йилда 1 маротаба ўтказилади.

Хулоса. Юқорида келтирилганидек юқори жағ, бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари саркомалари клиникасини, ташхисини чуқур билиш ва ўсманинг морфологик тузилишига (ўсмани дифференцирлашганлиги даражаси) кўра даволашнинг ўзгаришини ҳисобга олиш керак. Бундан ташқари эндоартериал ва системали кимётерапияда бевосита кузатилган эффект дорининг киритиш усуллари, кимёвоситасининг узок муддатли бирламчи ўчоққа юборилиши дори воситасининг терапевтик дозасига боғлиқ бўлади. Эндоартериал кимётерапия олган беморларда системали

ушул билан кимётерапия олган беморларга солиштирилганда, бевосита кузатилган эффект эндоартериал кимётерапия олган беморларда юкори бўлганлиги аниқланган.

Адабиётлар.

1. Кисличко А.Г. Химиотерапия в комбинированном и комплексном лечении злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта, ротоглотки и верхней челюсти: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 1998. – 45 с.

2. Кисличко Л.Г., Борисов В.И., Ольшевский В.О. Лечение при рецидиве рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки с использованием внутриартериальной инфузионной химиотерапии и локальной гипертермии // Рос. онкол. журн. – 1996. – №3. – С. 27-29.

3. Корниецкая А.Л., Болотина Л.В. Предварительные итоги предварительной внутриартериальной химиотерапии в органосохранном лечении сарком головы и шеи // Материалы 6-й Всероссийской конференции молодых ученых: Тез. докл. – М., 2007. – С. 90-91.

4. Кропотов М.А., Соболевский В.А. Первичные опухоли нижней челюсти. Лечение, реконструкция и прогноз // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – 2010. – №2. – С. 9-21.

5. Кропотов М.А., Соболевский В.А., Диков Ю.Ю. и др. Остеосаркома нижней челюсти. Клиника, лечение, прогноз // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – 2013. – №2. – С. 29-37.

6. Мудунов А.М., Матякин Е.Г., Кропотов М.А., Алешин В.А. Саркомы основания черепа. Принципы лечения, отдаленные результаты и факторы прогноза // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – 2010. – №3. – С. 16-29.

7. Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2005. – 695 с.

8. Подвизников С.О. Неэпителиальные опухоли головы и шеи. Проблемы вчера, сегодня, завтра // Современ. онкол. – 1999. – Т. 1, №2.

9. Процык В.С., Трёмбач А.М., Коробко Е.В., Гарбар Л.И. Комбинированное лечение больных верхней челюсти // Материалы 5-го съезда онкологов и радиологов СНГ: Тез. докл. – Ташкент, 2008. – С. 166. 9

10. Сдвижков А.М., Борисов В.И., Финкельштерн М.Р., Танияшин С.В. Современные технологии лечения при опухолях верхней и нижней челюсти, слизистой оболочки дна полости рта // Вестн. Московского онкол. общ-ва. – 2003. – №4. – С. 3-4. 10

11. Сдвижков А.М. Хирургические аспекты лечения распространенных злокачественных опухолей носа, околоносовых пазух и верхней челюсти: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М.: МНИОИ им П.А. Герцена, 1997. – 38 с.

12. Соболевский В.А., Кропотов М.А., Алиев М.Д. Роль и место микрохирургии в онкологии // Рос. онкол. журн. – 2009. – №1. – С. 14-20.

13. Хасанов Р.А., Любаев В.Л., Мелузова О.М., Стельмах Д.К.. Сравнительная оценка роли компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике опухолей околоносовых пазух // Сибирский онкол. журн. (Томск). – 2004. – №4 (12). – С. 53-56.

14. Чиж Г.И. Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух. – Ростов н/Д, 2002. – 89 с.

15. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л., Сдвижков А.М. Онкология: Нац. программа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1060 с.

16. Чиссов В.И., Решетов И.В., Кравцов С.А. и др. 1000 операций микрохирургической аутоотрансплантации органов и тканей в онкологии // Рос. онкол. журн. – 2009. – №1. – С. 4-13.

17. Ferrari V.D., Maroldi R., Ferrari L. et al. Intra arterial locoregional chemotherapy with high dose cisplatin (IHCT) in locally advanced or relapsed

H&N cancer // Ann. Oncol. – 2008. – Vol. 19. – P. 223.

18. Fujishiro Y., Nakao K., Watanabe K. et al. A new aspect of tri-modal therapy with superselective intra-arterial chemotherapy in maxillary sinus carcinoma // Acta Otolaryngol. Suppl. – 2007. – Vol. 559. – P. 151-156.

17. Chatni Sh., Sharan R., Patel D. et al. Transmandibular Approach for Resection of Maxillary Sinus Tumors Extending to Pterygopalatine and Infratemporal Fossae // 4th World Congress of International Federation of Head and Neck Oncologic Societies (IFHNOS 2010 Seoul, Korea). – Abstract Book. – 2010. – P. 160. 25

20. Homma A., Furuta Y., Suzuki F. et al. Superselective intra-arterial infusion of cisplatin and concurrent radiotherapy for advanced paranasal sinus cancer // Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. – 2003. – Vol. 14. – P. 22. 20

21. Kishi K., Matsunaka M., Sato M. et al. T1 and T2 Lip Cancer: A Superselective Method of Facial Arterial Infusion Therapy – Preliminary Experience // Radiology. – 1999. – Vol. 213. – P. 173-179. 22

22. Lee Y.Y., Dimery I.W., Van Tassel P. et al. Superselective intra-arterial chemotherapy of advanced paranasal sinus tumors // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1989. – Vol. 115. – P. 503-511. 23

23. McMains K.Ch. Pathology: Sarcomas of the Head and Neck. E Medicine. 16.10.2007 г. <http://www.emedicine.com/ent/topic675.htm> (дата обращения: 09.01.2008 г.). 24

24. Nakatania H., Hirosea K., Matsumoto N. et al. A Totally Implanted Intra-Arterial Chemotherapy System for Advanced Maxillary Sinus Carcinoma New Approaches and Results in Otolaryngology // Oto-Rino-Laryngol. – 2009. – Vol. 71, №1. – P. 116-122. 19

25. Papadimitrakopoulou V.A., Ginsberg L.E., Garden A.S. et al. Intraarterial Cisplatin with Intravenous Paclitaxel and Ifosfamide as an Organ-Preservation Approach in Patients with Paranasal Sinus Carcinoma // Cancer. – 2003. – Vol. 98, №10. – P. 2214-2223. 26

26. Patel S.G., Shaha A.R., Shah J.P. Soft tissue Sarcomas of the Head and Neck: an update // Amer. J. Otolaryngol. – 2001. – Vol. 22, №1. – P. 2-18. 28

27. Won Hye Sung, Chun Sang Hoon, Kim Bum-Soo et al. Treatment outcome of maxillary sinus cancer // Rare Tumors. – 2009. – Vol. 1, №2. – P. e36. 21

28. Yao K., Takahashi H., Inagi K. et al. Treatment of Maxillary Sinus Carcinoma: Clinical Results Using the Kitasato Modality. Source // Acta Otolaryngologica. – 2002. – Vol. 122 (Suppl. 547), №2. – P. 15-19. 27

РЕЗЮМЕ

Мақолада адабиётларда келтирилган бош ва бўйин соха саркомаларини клиник кечиши, ташхиси ва даволаш усуллари тахлил қилинган. Эндоартериал ва системали кимётерапияда бевосита кузатилган самараси дорининг киритиш усулларига, кимёвоситасининг узоқ муддатли бирламчи ўчоққа юборилиши дори воситасининг терапевтик дозасига боғлиқ бўлади. Эндоартериал кимётерапия олган беморларда системали усул билан кимётерапия олган беморларга солиштирилганда бевосита кузатилган самарадорлик эндоартериал кимётерапия олган беморларда юқори бўлганлиги аниқланган.

РЕЗЮМЕ

В статье проанализированы литературные данные: клинические течения, диагностики и лечения злокачественных неэпителиальных опухолей головы и шеи. При эндоартериальном и системном химиотерапии непосредственный эффект зависит от способа и длительности введения, а также от терапевтической дозы химиопрепарата. Непосредственный эффект при эндоартериальном химиотерапии отмечается больше по сравнению с системной химиотерапией.

SUMMARY

In the article were analyzed data from the literature: the clinical currents and diagnostics and treatment of malignant of

non-epithelial tumors of the head and neck. At intra arterial and systemic chemotherapy immediate effect depends on the method and long time of introduction, as well as therapeutic dose chemotherapy. The

immediate effect of chemotherapy at intra arterial marked more than systemic chemotherapy.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ

А.А.Иброхимов, С.С.Гулямов, А.И.Хасанов А.И.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкентский государственный стоматологический институт**

На сегодняшний день в клинике детской терапевтической стоматологии трудно найти другую патологию слизистой оболочки полости рта, которая, подобно острому герпетическому стоматиту, требует к себе столь пристального внимания и столь широкого изучения [2,3,4,7,9,14]. Чем же обусловлен подобный интерес к острым стоматитам? Ответ, вероятно, кроется в том, что распространенность острого герпетического стоматита среди детей в возрасте от 1 года до 4-х лет составляет до 80 % случаев. Возбудитель заболевания — вирус простого герпеса I типа, первично инфицировав организм ребенка, пожизненно персистирует в нем, несмотря на присутствие в последующем специфических антител. [1,8,11]. Подходы к лечению острых заболеваний слизистой оболочки полости рта могут меняться в зависимости от страны, региона и даже лечебного учреждения. При выборе рационального лекарственного средства следует учитывать данные о больном, сведения о препарате, экономические аспекты, что актуально в современных условиях. Врач должен принимать во внимание возраст ребенка, наличие у него сопутствующих заболеваний, эпидемиологическую обстановку, а также социальный статус семьи. Для выбора терапии необходима актуальная и качественная информация по основным фармакотерапевтическим группам, сведения о препарате, прежде всего спектр его действия,

фармакокинетика, знание которой позволит определить оптимальный режим дозирования, кратность введения. При решении вопроса о продолжительности терапии должна учитываться динамика клинической картины [2,3,4,5,7].

Ни одна инфекция не имеет такого многообразия клинических проявлений, как герпес вирусная. Распространение вируса в организме происходит гематогенным, лимфогенным, нейрогенным путем. Частота первичной герпес вирусной инфекции возрастает у детей после 6 месяцев жизни, когда полученные от матери антитела исчезают. Пик заболеваемости приходится на возраст 2—3 года. Нередко герпес вирусная инфекция встречается и у новорожденных детей. По данным [2], герпес вирусная инфекция диагностируется у 8% новорожденных с общесоматической патологией и у 11% недоношенных детей. Решение проблемы диагностики и лечения герпес вирусной инфекции с проявлениями на слизистой оболочке полости рта — одна из важнейших задач практической медицины [1, 2, 5,6,7].

Цель данной работы — Осветить на современном уровне вопросы лечения и профилактики острого герпетического стоматита у детей

Терапия герпес вирусной инфекции предполагает комплексное воздействие как на причину, так и на звенья