



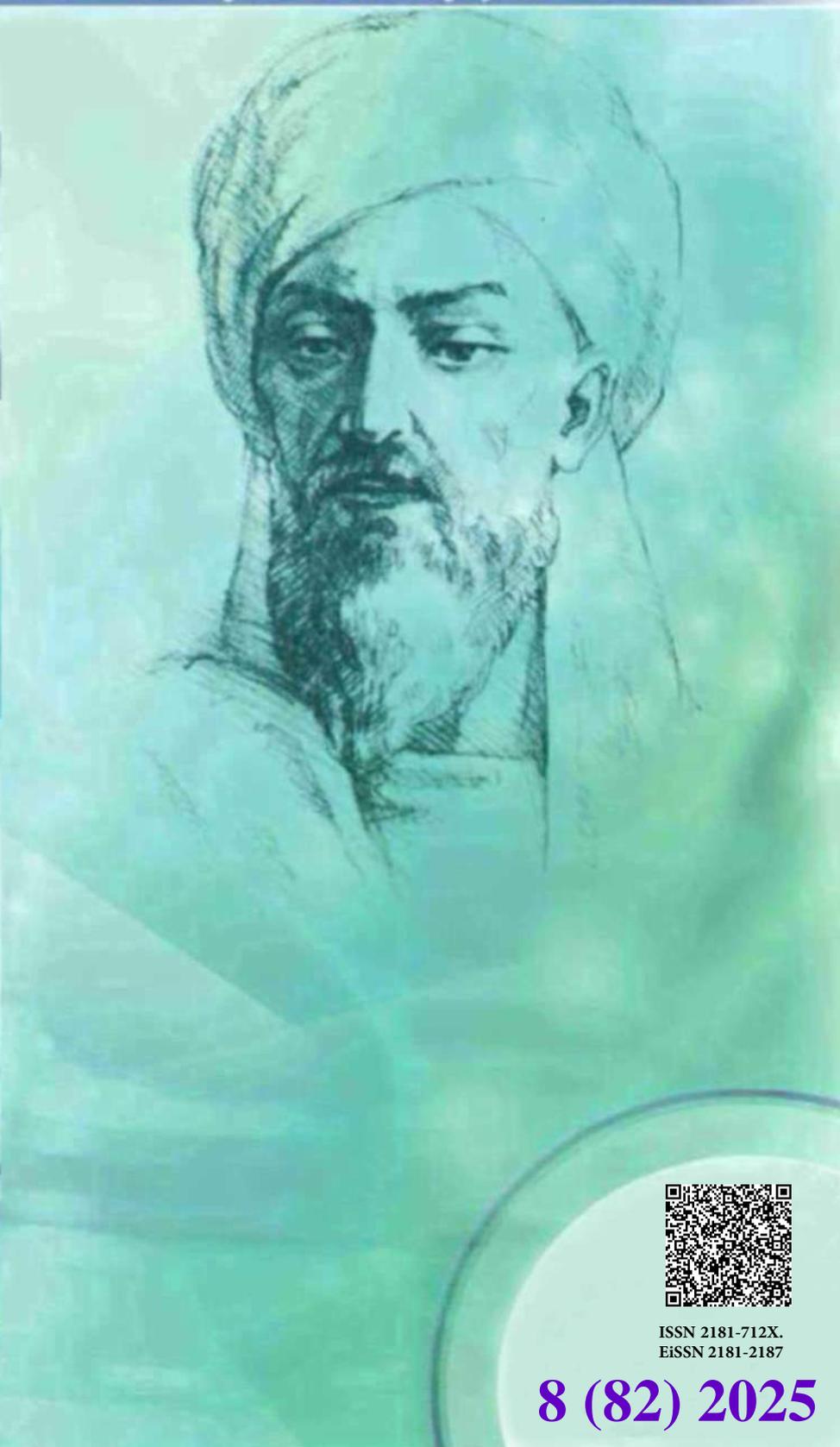
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (82) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (82)

2025

август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2025, Accepted: 06.08.2025, Published: 10.08.2025

УДК 616.31-002.44-085-036.8

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ, ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Идиев Гайрат Элмуродович <https://orcid.org/0000-0003-4448-8573>
Бабаева Нигора Мухитдиновна <https://orcid.org/0009-0003-6273-6881>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта является хроническим заболеванием с высоким риском злокачественной трансформации. В статье представлены эпидемиологические данные, факторы риска, патогенетические механизмы, а также современные подходы к лечению, профилактике и реабилитации пациентов. Подчёркнута необходимость комплексного подхода, включающего устранение этиологических факторов, применение медикаментозных, хирургических и физиотерапевтических методов, а также регулярное диспансерное наблюдение для предотвращения рецидивов и раннего выявления малигнизации.

Ключевые слова: лейкоплакия, слизистая оболочка полости рта, лечение, профилактика, реабилитация, злокачественная трансформация.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT, PREVENTION, AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH ORAL MUCOSAL LEUKOPLAKIA

Idiev Gairat Elmurodovich <https://orcid.org/0000-0003-4448-8573>
Babayeva Nigora Mukhitdinovna <https://orcid.org/0009-0003-6273-6881>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Oral mucosal leukoplakia is a chronic condition with a high risk of malignant transformation. This article presents epidemiological data, risk factors, pathogenetic mechanisms, and current approaches to treatment, prevention, and rehabilitation of patients. Emphasis is placed on the need for a comprehensive strategy, including elimination of etiological factors, use of pharmacological, surgical, and physiotherapeutic methods, as well as regular follow-up to prevent recurrences and ensure early detection of malignancy.

Keywords: leukoplakia, oral mucosa, treatment, prevention, rehabilitation, malignant transformation.

OG‘IZ BO‘SHLIG‘I SHILLIQ QAVATINING LEYKOPLAKIYASI BO‘LGAN BEMORLARNI DAVOLASH, PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYANING ZAMONAVIY YONDASHUVLARI

Idiev Gairat Elmurodovich <https://orcid.org/0000-0003-4448-8573>
Babayeva Nigora Mukhitdinovna <https://orcid.org/0009-0003-6273-6881>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy
kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Rezyume*

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining leykoplakiyasi — yuqori darajada xavfli bo'lgan surunkali kasallik bo'lib, u malignizatsiya ehtimoli bilan tavsiflanadi. Maqolada epidemiologik ma'lumotlar, xavf omillari, patogenez mexanizmlari, shuningdek, davolash, profilaktika va reabilitatsiyaning zamonaviy yondashuvlari keltirilgan. Etiologik omillarni bartaraf etish, dori vositalari, jarrohlik va fizioterapiya usullaridan foydalanish hamda muntazam dispanser kuzatuvi orqali qaytalanishni oldini olish va malignizatsiyani erta aniqlash zarurligi ta'kidlangan.

Kalit so'zlar: leykoplakia, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, davolash, profilaktika, reabilitatsiya, malignizatsiya.

Долзарблиги

Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта (СОПР) — это хроническое заболевание, характеризующееся очаговым ороговением многослойного плоского эпителия с выраженной тенденцией к злокачественной трансформации. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), лейкоплакия относится к потенциально злокачественным поражениям слизистой оболочки, что обуславливает её высокую клиническую значимость [1].

По данным эпидемиологических исследований, распространённость лейкоплакии в общей популяции колеблется от 1% до 4%, однако в группах риска, включающих курильщиков, лиц, злоупотребляющих алкоголем, и пациентов с хроническими травмами слизистой, этот показатель возрастает до 6–8% [2]. Исследование Gupta и соавт. (2016) показало, что в странах Юго-Восточной Азии, где широко распространено жевание бетеля и табака, частота заболевания достигает 8,4%, тогда как в странах Европы и Северной Америки она составляет 1,1–2,2% [3]. В Узбекистане, по результатам наблюдений Хакимова и Абдуллаева (2020), распространённость лейкоплакии среди взрослого населения составляет около 2,5%, при этом мужчины болеют в 1,7 раза чаще женщин [4].

Этиопатогенез лейкоплакии является многофакторным. К основным причинам относят хронические механические травмы слизистой (острые края зубов, дефекты пломб, некачественные протезы), термические и химические раздражители, курение, злоупотребление алкоголем, а также вирусные инфекции, в частности вирус папилломы человека (ВПЧ) [5,6]. Syrjänen (2005) подчёркивает, что ВПЧ-ассоциированные формы лейкоплакии имеют более высокий риск диспластических изменений. Кроме того, современные молекулярно-биологические исследования (Kumar et al., 2013) выявили роль оксидативного стресса и дисбаланса антиоксидантной системы в прогрессировании заболевания [7].

Генетическая предрасположенность также рассматривается как важный фактор риска. Исследования показывают, что определённые полиморфизмы генов, регулирующих процессы дифференцировки эпителия и апоптоза, могут способствовать повышенной чувствительности слизистой к канцерогенам [8]. Так, полиморфизм гена GSTM1, ответственного за детоксикацию канцерогенных соединений, ассоциирован с более высоким риском развития лейкоплакии у курильщиков (Zhang et al., 2010) [9].

Одним из наиболее опасных аспектов заболевания является его способность к злокачественной трансформации. По данным van der Waal (2009), риск малигнизации варьирует от 3% до 17% и зависит от клинической формы и наличия дисплазии эпителия [10]. Веррукозная и эрозивная формы лейкоплакии, а также случаи с выраженной дисплазией, имеют наибольшую вероятность перехода в плоскоклеточный рак [11]. Arduino и соавт. (2009) в ретроспективном исследовании 207 пациентов подтвердили, что наличие умеренной и тяжёлой дисплазии существенно увеличивает риск малигнизации [12].

В клинической практике наибольшие трудности вызывает комплексное ведение пациентов с лейкоплакией, включающее своевременную диагностику, эффективное лечение и длительное диспансерное наблюдение. Современные подходы к терапии основаны на устранении этиологических факторов, применении местных и системных медикаментозных средств, хирургических методик (криодеструкция, лазерная абляция, иссечение), а также физиотерапии [13]. Важное место занимают профилактические меры, направленные на отказ от вредных привычек, коррекцию травмирующих факторов, нормализацию питания и повышение общей резистентности организма [14].

Основной принцип лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта прежде всего должен быть направлен на коррекцию зубных протезов, отказ от курения, восстановление и реставрацию зубов, а при наличии внутренних заболеваний проводят курс лечения с постоперационной на

диспансерный учёт. Пациентам также рекомендуют укреплять иммунитет. Принимают меры для регенерации пораженного участка. Проводится обработка маслом шиповника, раствором витамина А и другими стимулирующими лекарственными препаратами. Таких мер достаточно для борьбы с мягкой и простой формами лейкоплакии. Эрозивная и веррукозная лейкоплакия требует хирургического вмешательства, то есть пораженный участок иссекают и проводят гистологическое исследование. Альтернативой является криодеструкция - лейкоплакия подвергается воздействию жидкого азота и вымораживается. Затем проводят химиотерапию, используют противоопухолевые средства.

По данным литературы (14), что у пациентов с плоской формой лейкоплакии слизистой оболочки полости рта и губ на фоне традиционного местного и общего лечения масляным раствором витамина А наблюдалась стабилизация патологического процесса, что подтверждалась отсутствием увеличения средней площади участков гиперкератоза при незначительном уменьшении показателей индекса кератинизации, на фоне удовлетворительной гигиены полости рта и легкой степени воспаления десны. Использование в лечении пациентов с плоской формой лейкоплакии слизистой оболочки полости рта фолатного витаминного комплекса оказывало выраженный лечебный эффект, заключающийся в уменьшение средней площади патологических очагов до 0,08 см² и значений индекса кератинизации до 17,9 -3,9 % при увеличении значений индекса дифференцировки клеток до 477,8 -19,3. На основании этих данных был разработан алгоритм комплексного лечения больных с плоской формой лейкоплакии слизистой оболочки полости рта с назначением фолантов и пациентом рекомендован назначение фолатного комплекса "Ангиовит" по схеме и динамическое наблюдение за ними с постоянным контролем величины очага и степени кератинизации. Схема лечения заключалась в следующем: первый месяц по одной таблетке три раза в день, второй месяц по одной таблетке два раза в день, а третий, четвертый и пятый месяц по одной таблетке один раз в день.

А.А.Тогонидзе в свое время (9) изучала состояние слизистой оболочки полости рта пациентов с различными формами лейкоплакии методом оптической когерентной томографии и иммуногистохимическим исследованием и на основании полученных результатов разработана дифференцированный подход к лечению больных с различными формами лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. Основываясь на данные клинико-морфологического и иммуногистохимического исследования разработан и внедрён в клиническую практику новый комплексный метод лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.

Как было установлено (11), что веррукозная форма лейкоплакии слизистой оболочки полости рта имеет в выраженную склонность к малигнизации. По этому тактика лечения такой формы лейкоплакии зависит от характера и длительности процесса, состояния иммунитета, микрофлоры, устранения травмирующих факторов, эффективности проводимого консервативного лечения. Последнее не всегда приводит к полному структурному и функциональному воспалению. Единственный метод лечения лейкоплакии при затяжном или рецидивирующем характера заболевания, наличии осложнений - хирургический. Хирургическое лечение характеризуется развитием раннего процесса, течение и исход которого зависит от вида и тяжести травмы. В связи с этим возникает необходимость использования щадящих методов вмешательства. При этом послеоперационное лечение должно быть направлено на купирование воспалительной реакции предупреждение вторичного инфицирования и стимулирование процессов регенерации. Такими свойствами обладает озон (16), оказывающий бактерицидным, противовоспалительным, антигипоксическим, иммунокорректирующим и кератопластическим влиянием и тем самым служащий прямой предпосылкой для использования озонотерапии в послеоперационном периоде. Так, С.И.Токмаковой и соавт (5), были изучены состояние слизистой оболочки полости рта пациентов с веррукозной формой лейкоплакии после криодеструкции очага поражения жидким азотом с использованием авитаномных проаппликаторов из пористого никетда титана в течение 90 г.

В зависимости от выбора после операционного ведения раны все больные были разделены на две группы. Основную группу составили 16 пациентов которым после вмешательства на область провоздействия наносили стандартизированное озонированное масло на 15 минут 4 раза в сутки в течение 10 дней. В группу сравнения с контрольную включили 16 пациентов с традиционной схемой лечения (криодеструкция и местное противовоспалительное лечение). Для унифицирования данных и сравнительного анализа эффективности предложенного способа лечения разработана система большой оценки клиническая признаков на этапное послеоперационного периода (92) на 3,5,7, 10,14 – е сутки.

Оценку проводили следующим образом:

-болевого синдром: от 0 (отсутствия были) до 4 баллов (нестеримая боль):

-состояние слизистой оболочки в зоне оперативного вмешательства : от 0 (нормальная окраска) до 5 баллов (гиперемия, ишемия):

- состояние ранневой поверхности, наличие и количество фибринозного налёта и крионекроза (до 2 баллов);
- характер ранневого определяемого: отсутствует -0, серозный экссудат -1, геморрагический -2 балла;
- грануляционная ткань: обильная -0, первые признаки -1, отсутствие -2 балла,
- степень эпителизации: полная -0, неполная -1 балл.

В конце проводили подсчёт баллов как по отдельному признаку, как и общего суммарного балла. Ситактистическую обработку проводили с использованием стандартного пакета программ «Statistica» 10,0 различия считали значимыми (договорными) при $p < 0,05$.

Результатами проведённых клинических исследований авторы пришли к заключению, что использование озона в послеоперационном периоде позволяет достичь более раннего исчезновения боли, уменьшения отека и гиперемии, наступления полной эпителизации. Это свидетельствует о более высокой эффективности предложенного метода (с использованием местной озонотерапии) после операционного ведения традиционным противовоспалительным лечением. Наиболее короткие сроки эпителизации, гранулирования и эпителизации раневой поверхности обусловлены положительными эффектами озонированного оливкового масла.

Как было выяснено (12), что лейкоплакия слизистой оболочки полости рта очень трудно поддается лечению консервативными методами. Существующие методы лечения как криодеструкция и хирургическое удаление очагов лейкоплакии скальпелем сопровождается многими послеоперационными осложнениями.

Реабилитация пациентов с лейкоплакией направлена на восстановление функций слизистой оболочки, предупреждение рецидивов и повышение качества жизни. Лоди и Портер (2008) отмечают, что комплексный подход с регулярным мониторингом состояния слизистой и проведением биопсий при малейших признаках прогрессирования заболевания является ключом к снижению онкологической заболеваемости [15].

Заключение

Таким образом, лейкоплакия слизистой оболочки полости рта представляет собой не только стоматологическую, но и серьёзную онкологическую проблему. Учитывая высокую распространённость, многофакторную этиологию и значительный риск злокачественной трансформации, требуется комплексная стратегия, включающая современные методы лечения, эффективную профилактику и продуманную систему реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. WHO, 2013.
2. Warnakulasuriya S. et al. Oral potentially malignant disorders: a consensus report. *Oral Diseases*, 2021;27(3): 736–752.
3. Gupta N. et al. Global epidemiology of oral leukoplakia. *Oral Oncology*, 2016;62: 70–81.
4. Хакимов Ф.Ш., Абдуллаев Р.К. Эпидемиология и клинические особенности лейкоплакии слизистой оболочки полости рта в Узбекистане. *Стоматология*, 2020;99(2): 45–49.
5. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncology*, 2009;45(4-5): 340–350.
6. Syrjänen S. Human papillomavirus (HPV) in head and neck cancer. *J Clin Virol*, 2005;32: S59–S66.
7. Kumar A. et al. Role of oxidative stress in oral diseases. *J Oral Maxillofac Pathol*, 2013;17(1): 6–15.
8. Napier S.S., Speight P.M. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med*, 2008;37(1): 1–10.
9. Zhang Z., et al. Genetic polymorphisms and susceptibility to oral leukoplakia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2010;19(8): 2061–2067.
10. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*, 2009;45(4-5): 317–323.
11. Warnakulasuriya S., Johnson N.W., van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*, 2007;36(10): 575–580.
12. Arduino P.G. et al. Outcome of oral dysplasia: a retrospective hospital-based study of 207 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2009;14(9): E461–E466.
13. Lodi G., Porter S. Management of potentially malignant disorders: evidence and critique. *J Oral Pathol Med*, 2008;37(2): 63–69.
14. Silverman S. Oral leukoplakia and malignant transformation: a follow-up study of 257 patients. *Cancer*, 1984;53(3): 563–568.
15. Lodi G., Porter S.R. Strategies for the management of oral potentially malignant disorders and oral cancer prevention. *Curr Oral Health Rep*, 2016;3(1): 1–7.

Поступила 20.07.2025