



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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (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 616.31-006.04+616-097+616-08-039.75

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПО ОТВЕТУ НА ЛЕЧЕНИЕ

Эргашев Нодир Рустамович, <https://orcid.org/0009-0004-1838-5831>

Мамедов Умид Суннатович <https://orcid.org/0000-0001-9781-3291>

Хамдамов Бахтиёр Зарипович <https://orcid.org/0000-0003-3569-6688>

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

Рак слизистой оболочки полости рта (РСОПР) является умеренным онкологическим заболеванием головы и шеи, характеризующимся постоянным повышением заболеваемости и потенциально инвалидизирующими особенностями. Ответ на лечение является безусловно важным и практическим показателем, но нуждается в дополнении другими факторами при построении точной индивидуальной прогностической модели. С учетом вышеизложенного становится очевидной необходимость разработки дополняющей прогностической модели, способной учитывать параметры, отражающие не только анатомические и гистологические характеристики опухоли, но и системную реакцию организма.

Ключевые слова: рак слизистой оболочки полости рта, онкология, лечение, рецидив, исход.

RESULTS OF PREDICTION OF ORAL MUCOSA CANCER RECURRENCE BY RESPONSE TO TREATMENT

Ergashev Nodir Rustamovich, <https://orcid.org/0009-0004-1838-5831>

Mamedov Umid Sunnatovich <https://orcid.org/0000-0001-9781-3291>

Khamdamov Bakhtiyor Zaripovich <https://orcid.org/0000-0003-3569-6688>

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

✓ Resume

Oral mucosal cancer (OMC) is a moderate oncological disease of the head and neck, characterized by a steadily increasing incidence and potentially disabling features. Response to treatment is certainly an important and practical indicator, but needs to be supplemented by other factors when building an accurate individual prognostic model. In view of the above, it becomes obvious that there is a need to develop a complementary prognostic model that can take into account parameters reflecting not only the anatomical and histological characteristics of the tumor, but also the systemic response of the body.

Keywords: oral mucosal cancer, oncology, treatment, relapse, outcome.

DAVOLASH SAMARADORLIGI BO'YICHA OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI SARATONI QAYTALANISHINI BASHORAT QILISH NATIJALARI

Ergashev Nodir Rustamovich, <https://orcid.org/0009-0004-1838-5831>

Mamedov Umid Sunnatovich <https://orcid.org/0000-0001-9781-3291>

Hamdamov Baxtiyor Zaripovich <https://orcid.org/0000-0003-3569-6688>

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

✓ **Rezyume**

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati saratoni - bosh va bo'yinning o'rtacha darajadagi onkologik kasalligi bo'lib, u doimiy ravishda o'sib borayotgan kasallik va potentsial nogironlik xususiyatlari bilan tavsiflanadi. Davolash samaradorligi, albatta, muhim va amaliy ko'rsatkichdir, ammo aniq individual prognostik modelni yaratishda uni boshqa omillar bilan to'ldirish kerak. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, o'simtaning nafaqat anatomik va gistologik xususiyatlarini, balki tananing tizimli reaksiyasini ham aks ettiruvchi parametrlarni hisobga oladigan qo'shimcha prognostik modelni ishlab chiqish zarurati tug'iladi.

Kalit so'zlar: og'iz bo'shlig'i shilliq qavati saratoni, onkologiya, davolash, relaps, natija.

Актуальность

Рак слизистой оболочки полости рта (РСОПР) является умеренным онкологическим заболеванием головы и шеи, характеризующимся постоянным повышением заболеваемости и потенциально инвалидизирующими особенностями [3, 5].

Онкологические заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) включают злокачественные новообразования губ, языка, дна полости рта, щековой, десневой, ретромолярной и палатинальной областей, а также мягкого и твердого неба. По данным GLOBOCAN, ежегодно в мире регистрируется более 377 000 новых случаев рака полости рта, при этом более 177 000 пациентов умирают от данного заболевания [7]. Онкологические заболевания полости рта не только сопряжены с высоким риском летального исхода, но и вызывают значительное снижение качества жизни, длительную нетрудоспособность и тяжелые экономические последствия для пациента, семьи и системы здравоохранения. Современные подходы к лечению РСОПР предполагают обязательное использование многоэтапных схем, включающих хирургическое вмешательство, лучевую терапию и химиотерапию в различных комбинациях. В большинстве случаев локализованных опухолей применяется хирургическое удаление с последующей лучевой терапией, тогда как при местнораспространенных формах требуется проведение неoadъювантной химиолучевой терапии с последующей радикальной операцией [6]. Комбинированное лечение, включающее хирургическое вмешательство, лучевую и химиотерапию, остается предпочтительным методом лечения. Однако риск местных рецидивов и метастазов, даже после многоэтапного лечения, остается высоким, что подчеркивает необходимость более точных предикторов неблагоприятных исходов на ранних стадиях [1, 2, 4].

Целью исследования является улучшить результаты прогнозирования исходов комплексного лечения РСОПР путем разработки патогенетически обоснованных методов, основанных на закономерных изменениях показателей иммунной системы.

Материал и методы исследования

В исследование включено 124 пациента с онкологическим поражением слизистой оболочки полости рта, прошедших обследование и лечение в Бухарском областном филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за период с 2020 по 2022 годы. При этом все больные были верифицированы и классифицированы по исходам в ходе трехлетнего наблюдения (до 2025 года) в зависимости от исхода комплексного лечения на сравнительную и основную группы. Критериями включения больных в исследование были: морфологически верифицированный диагноз злокачественного новообразования слизистой оболочки полости рта (РСОПР, боковой поверхности языка, щек и др.), соответствующий МКБ-10 (C01-C06); первичное обращение за специализированной онкологической помощью, без предшествующего лечения (в том числе химио-, радио- и иммунотерапии); возраст больных от 18 до 75 лет; комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство, лучевую терапию и/или химиотерапию, проведенное в рамках стандартов оказания онкологической помощи; возможность 3-летнего наблюдения после завершения основного курса лечения (для оценки прогноза и исхода); достоверно полученное информированное согласие на участие в исследовании, включая иммунологическое обследование и последующую обработку данных.

Результат и обсуждения

Сравнение прогноза рецидива, основанного на оценке ответа на лечение, с фактическими клиническими исходами у пациентов контрольной группы демонстрирует, что данный подход обладает умеренной прогностической достоверностью, но в ряде клинических ситуаций приводит к значительным расхождениям.

У пациентов, перенесших хирургическое лечение, прогноз рецидива, построенный на основании раннего клинического ответа, составил 20,7%, тогда как по факту рецидив возник у 10,3% больных, что может означать, высокой переоценки системы прогнозирования (более чем в 2 раза), либо, в относительных цифрах, на 10,4 процентных пункта. Схожее расхождение отмечено и у пациентов, получивших комбинированное лечение: прогноз - 28,6 %, а факт - 7,1 %, то есть почти в 4 раза реже, чем ожидалось. Какой бы метод соотносительной оценки был отмечен, полученные данные демонстрирует явную переоценку прогностической значимости клинического ответа при проведении интенсивной терапии (таблица 1).

На фоне этого, у пациентов, получивших только химиотерапию, разница между прогнозом и фактом составила 22,3 процентных пункта (прогноз составил 77,8%, а факт приравнивался 55,6%). Иными словами, почти каждый третий пациент, несмотря на неблагоприятный прогноз по клиническому ответу, не продемонстрировал рецидив в последующем периоде наблюдения.

При изолированной лучевой терапии различие было менее выраженным, то есть прогностическое значение составило 64,3% против 42,9% по факту, что эквивалентно переоценке риска на 1,5 раза.

При анализе анатомических подгрупп наблюдаются аналогичные тенденции. Так, при локализации опухоли на языке разница прогноза составила 9,1 процентных пункта, в то время как при поражении дна полости рта прогноз составлял 61,5%, а факт - 69,2%.

Таблица 1

Сравнительная прогностическая оценка рецидива РСОПР по ответу на лечение и фактического его развития

ПАРАМЕТРЫ	РЕЦИДИВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ	
	ПРОГНОЗ	ФАКТ
Оперированные, n (%)	12 (20,7 %)	6 (10,3 %)
Лучевая терапия, n (%)	18 (64,3 %)	12 (42,9 %)
Химиотерапия, n (%)	14 (77,8 %)	10 (55,6 %)
Комплексная терапия, n (%)	16 (28,6 %)	4 (7,1 %)
Локализация опухоли в области языка, n (%)	12 (27,3 %)	8 (18,2 %)
Локализация опухоли в области щеки, n (%)	14 (38,9 %)	12 (33,3 %)
Локализация опухоли в области дна полости рта, n (%)	16 (61,5 %)	18 (69,2 %)

Таким образом, полученные предварительные данные могут свидетельствовать о том, что фактический риск рецидива, как показали данные зоны поражения, превысили прогнозируемый параметр, что, вероятно, связано с анатомической сложностью зоны и трудностью в оценке остаточной опухоли после лечения.

По стадиям TNM различия оказались менее выраженными: при I-II стадии прогноз составлял 18,5%, а факт - 11,1%, а при III-IV - соответственно 57,1% и 52,4%, что демонстрирует приемлемую точность оценки на ранних этапах, но тенденцию к переоценке при прогрессирующем процессе. Такие изменения были характерны в ряде клинических случаях, для демонстрации которых мы приводим описание одного из них.

Пример 3.8. Больной Б.Н., 62 года, поступил с жалобами на боль в языке и ограничение подвижности. Диагноз: «рак слизистой оболочки языка, T2N1M0, стадия III, G2». Проведено комбинированное лечение: хирургическая операция гемиглоссэктомия с формированием лоскута; двусторонняя лимфодиссекция I-III уровней; курс дистанционной лучевой терапии (СОД 60 Гр). На контрольном осмотре через 3 месяца зафиксирован полный клинический ответ. Прогноз по данным ответа на лечение риск рецидива был прогнозирован не более 28,6%. Однако, несмотря на достигнутый эффект, на 14-м месяце наблюдения у пациента выявлен локорегионарный рецидив. Несмотря на ранний полный ответ и низкий прогнозируемый риск, болезнь прогрессировала, что подчеркивает недостаточную надежность ответа как изолированного прогностического критерия.

Данный клинический случай продемонстрировал как рецидив онкологического процесса развился, несмотря на выраженный ранний клинический эффект. А вот другой клинический случай,

когда у больного не развился рецидив даже при условии частичного ответа и высокого прогноза риска онкопатологии.

Пример 3.9. Больная Ф.Г., 69 лет, обратилась с жалобами на отечность в области щеки, ограничение при открывании рта и неприятный запах изо рта. Установлен диагноз: **«рак слизистой оболочки щеки слева, T3N1M0, стадия III, G2»**. Функциональный статус был оценен на уровне ECOG 2. Ввиду высокого анестезиологического риска и наличия декомпенсированной ИБС было принято решение воздержаться от хирургического вмешательства и запланировано проведение химиотерапии и лучевой терапии. Больная получила дистанционную лучевую терапию в дозе 60 Гр и химиотерапию препаратом цисплатин 40 мг/м² еженедельно, всего 5 введений. На фоне проведенного лечения был отмечен частичный клинический ответ в виде уменьшения объема опухоли на 40-45 %, уменьшение отека и болевого синдрома. Прогноз по критериям ответа расценивался как неблагоприятный, с предполагаемым риском рецидива до 77,8%. Однако в течение 24 месяцев наблюдения рецидив не был зафиксирован, пациентка полностью восстановилась до функционального уровня ECOG 1.

Таким образом, несмотря на частичный ответ и формально высокий прогнозируемый риск, в реальности у больной не развился рецидив, что может свидетельствовать о переоценке клинического ответа как универсального индикатора прогноза. Возможно, сохранность терапевтической чувствительности опухоли или другие клинические факторы сыграли роль, недоступную для оценки в рамках базового подхода.

Полученные данные показали нам, что клинический ответ на лечение, как на хирургический, так и на консервативный методы, не всегда прямо коррелирует с последующим риском развития рецидива. Во всех ключевых терапевтических подгруппах наблюдается тенденция к переоценке риска на основании исходного эффекта лечения, особенно при частичном или полном ответе. Разница между прогнозируемым и фактическим рецидивом оказалась разной. Так, у оперированных больных она была в 2 раза, при комплексном лечении она уже была в 4 раза, при проведении только химиотерапии она была минимальной и составила 1,4 раза, а при получении только лучевой терапии – чуть выше (в 1,5 раза). Наиболее значимы эти различия в клинических решениях, где выбор тактики основывается на раннем ответе. Однако, как показывают примеры, даже выраженный ответ не гарантирует отсутствия рецидива, и наоборот, как показали наши исследования частичный ответ не всегда означает последующее прогрессирование.

Заключение

Ответ на лечение является безусловно важным и практическим показателем, но нуждается в дополнении другими факторами при построении точной индивидуальной прогностической модели. С учетом вышеизложенного становится очевидной необходимость разработки дополняющей прогностической модели, способной учитывать параметры, отражающие не только анатомические и гистологические характеристики опухоли, но и системную реакцию организма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Романов И. С., Гельфанд И. М., Удинцов Д. Б. Тактика лечения ранних стадий рака слизистой оболочки полости рта // Head and Neck / Голова и шея. Российское издание. – 2016;3:44.
2. Кочурова Е. В., Муханов А. А. Местные осложнения при лучевом и химиотерапевтическом лечении пациентов с плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта // Вопросы онкологии. 2018;64(2):166-170.
3. Кубанов А. А., Свищенко С. И., Донцова Е. В., Михина В. А. Плоскоклеточный рак у пациентки с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Вестник дерматологии и венерологии. 2022;98(4):76-84.
4. Михайлова Г. Ф., Цепенко В. В., Мурзаева А. В., Шинкаркина А. П. Исследование молекулярно-цитогенетических нарушений у больных раком слизистой оболочки полости рта до и после курса радиотерапии // Молекулярная диагностика: сб. трудов XI Междунар. науч.-практ. конф., Москва, 14–16 нояб. 2023 г. – Москва: АО «Сайенс Медиа Проджекте», 2023; 38–39.
5. Романов И. С., Гельфанд И. М., Удинцов Д. Б. Тактика лечения ранних стадий рака слизистой оболочки полости рта // Head and Neck / Голова и шея. Российское издание. 2016;3:44.
6. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers. – Version 2. 2024; 185 p.
7. Sung H., Ferlay J., Siegel R. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries // CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-249.

Поступила 20.07.2025