



Министерство здравоохранения и социальной защиты
населения Республики Таджикистан



ГОО «Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино»

СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 35-ЛЕТИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

25 сентября 2026 г.
г. Душанбе



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН



ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

ДАСТОВАРДҶОИ МУОСИРИ СТОМАТОЛОГИЯ ВА ДУРНАМОИ РУШДИ ОН

Маводҳои конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ-амалӣ

СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ

Материалы республиканской научно-практической конференции

MODERN ACHIEVEMENTS IN DENTISTRY AND PROSPECTS FOR ITS DEVELOPMENT

Theses of the republican scientific and practical conference

25/09/2026

Душанбе (Dushanbe)

УДК 616(063)
ББК 56.6я43
С 27

«Современные достижения стоматологии и перспективы её развития». Материалы научно-практической конференции, посвященной 35-летию Государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 25 сентября 2026 г.). – Душанбе: ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», 2026. – 72 с.

В сборнике представлены материалы научно-практической конференции, посвящённой 35-летию Государственной независимости Республики Таджикистан, а также актуальным проблемам, современным достижениям и перспективам развития стоматологии и смежных медицинских дисциплин. В публикациях освещены вопросы диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний, совершенствования ортодонтической и ортопедической помощи, а также клинические аспекты челюстно-лицевой хирургии, эндодонтии, пародонтологии и дентальной имплантации. Особое внимание уделено инновационным методам реабилитации пациентов, ранней профилактике осложнений и междисциплинарному взаимодействию.

© ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». 2026г.

Абдурахмонов А.З., Гафоров Н.М., Назаров Дж.Р.
ИНТЕНСИВНОСТЬ ГАЛИТОЗА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ
ЛИЦА НА РАННИХ ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Провести сравнительный анализ интенсивности галитоза у детей с ВПЛ на ранних этапах ортодонтического лечения с учетом выраженности послеоперационных деформаций, а также обосновать эффективность разработанного клинико-обучающего протокола гигиены.

Материалы и методы. В проспективное исследование включены 184 пациента в возрасте от 8 до 19 лет, проходивших лечение на базах УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино и отделения детской ЧЛХ ГУ «НМИЦ "Шифобахш» в период 2025 – I полугодия 2026 гг. Основную группу составили пациенты с одно- и двусторонними сквозными расщелинами губы и нёба, использующие ранние ортодонтические obturators с первых дней жизни; группу сравнения — стоматологически здоровые сверстники. Оценка гигиенического статуса проводилась с помощью специализированных индексов. Для верификации интенсивности галитоза применялся метод галитометрии с определением общего уровня летучих серных соединений (ЛСС).

Результаты исследования. Установлено, что анатомические особенности порока и пористая структура полимерного базиса obturators препятствуют процессам естественного очищения. На ранних этапах адаптации жидкий пищевой субстрат неизбежно затекает под базис аппарата, плотно контактирующий с краями расщелины, что приводит к бактериальной колонизации и гнилостному распаду белков. С целью ликвидации орального маодора нами внедрена многоуровневая программа обучения (средний медперсонал → матери пациентов) мануальным навыкам безопасного извлечения, фиксации и прецизионного очищения всех поверхностей и сквозных отверстий obturators. Регламентирован протокол обязательной антисептической обработки аппарата после каждого кормления (кипяченая вода, растворы фурацилина, отвара ромашки). Реализация протокола позволила не только купировать явления галитоза, но и минимизировать риски бактериальной колонизации, снижая угрозу развития вторичных инфекций верхних дыхательных путей и острых желудочно-кишечных заболеваний у младенцев.

Выводы. Синергизм врожденного анатомического дефекта и ортопедической конструкции на ранних этапах реабилитации является ведущим пусковым фактором манифестации патологического галитоза, что патогенетически обосновывает необходимость внедрения разработанного пошагового алгоритма обучения матерей прецизионной гигиене и регулярной антисептической обработке obturators для обеспечения эффективного контроля орального микробиома и предотвращения локальных и системных инфекционных осложнений у новорожденных».

Абдурахмонов А.З., Якубова З.Х., Хабибов С.С.

**ПРОТОКОЛ РАННЕГО ПРЕДХИРУРГИЧЕСКОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ОДНО- И ДВУСТОРОННИМИ СКВОЗНЫ-
МИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА**

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Таджикистан, кафедры ортопедической стоматологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Обосновать клиническую эффективность и внедрить поэтапный протокол раннего предхирургического ортопедического лечения новорожденных с сочетанными сквозными расщелинами лица с первых дней жизни.

Материалы и методы. На базе УКЦ «Стоматология» ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино и отделения детской ЧЛХ ГУ «НМЦ "Шифобахш"» (г. Душанбе) проведено лечение новорожденных с врожденными одно- и двусторонними расщелинами губы и нёба. Клинический протокол включал получение прецизионного оттиска с верхней челюсти младенца в первые трое суток после рождения с соблюдением мер безопасности против аспирации, изготовление индивидуального стоматологического obturatora из базисной полимерной пластмассы, оснащенного назальным стимулятором (для двусторонних расщелин), и последующую фиксацию аппарата в полости рта. Мониторинг адаптации осуществлялся непрерывно в течение 48–72 часов с проведением точечной коррекции зон гиперпрессии слизистой оболочки.

Результаты исследования. Применение разработанного протокола позволило с первых суток после фиксации obturatora полностью восстановить герметизацию полости рта при сосании, создавая необходимое отрицательное давление. Аппарат выполнял роль искусственного нёба, полностью предотвращая затекание жидкой пищи (грудного молока или смеси) в носовые ходы и снижая риск аспирационных осложнений со стороны дыхательных путей. Было установлено, что раннее ортопедическое руководство ростом челюстных сегментов стабилизирует положение межчелюстной кости, предотвращает сужение и усугубление деформаций фрагментов верхней челюсти. Внедренная система обязательного поэтапного обучения матерей правилам фиксации, извлечения и антисептической обработки аппарата после каждого кормления обеспечила высокий уровень комплаенса и позволила избежать трофических нарушений слизистой оболочки. Комплексный подход обеспечил стабильную прибавку в весе у 94% младенцев, подготовив их к проведению первичной ранней хейлопластики в оптимальные соматические сроки с минимальным натяжением мягких тканей.

Выводы. Протокол предхирургического ортодонтического лечения, реализуемый с первых дней жизни новорожденного, является патогенетически обоснованным и жизненно необходимым этапом реабилитации, восстанавливающим функцию вскармливания. Применение индивидуальных obturatorov обеспечивает эффективную профилактику вторичных деформаций зубочелюстной системы и оптимизирует анатомическую основу для последующего хирургического закрытия дефектов лица.

Абдурахмонов А.З., Аминов Р.С., Гафоров Н.М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОРСКОГО ДВУХСЛОЙНОГО ОБТУРАТОРА С СИСТЕМОЙ РЕГУЛЯЦИИ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ МЛАДЕНЦЕВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ЛИЦА.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии,
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить дооперационную эффективность оригинальной конструкции индивидуального двухслойного obturator с системой контроля межчелюстной кости при подготовке младенцев со сквозными расщелинами лица к первичной реконструктивной хирургии.

Материалы и методы. На базе УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино и отделения детской ЧЛХ ГУ «НМЦ "Шифобахш"» (г. Душанбе) проведено комплексное лечение младенцев со сквозными расщелинами лица. Протокол предусматривал изготовление с первых дней жизни ребенка индивидуального obturator с назальным стимулятором. Для обеспечения физиологической амортизации и защиты маргинальной слизистой оболочки на внутреннюю поверхность аппарата наносился слой мягкого силиконового подкладочного материала. В жесткий базис obturator интегрировалась регулирующая проволоочная система из медицинской стали.

Результаты исследования. Клинические наблюдения показали, что использование нашего авторского двухслойного аппарата в течение дооперационного периода (3–4 месяца) обеспечивает контролируемое и симметричное сближение фрагментов альвеолярного отростка, уменьшая ширину костного дефекта на 60–70% от исходного. Благодаря активной проволоочной системе полностью устранена протрузия межчелюстной кости с её центрированием по срединной линии. Мягкая силиконовая подкладка обеспечила идеальное прилегание аппарата и его физиологическую амортизацию, что полностью исключило риск возникновения пролежней и трофических нарушений слизистой оболочки. Сочетание костной пластики с точечным давлением назального вкладыша позволило поднять уплощенное крыло носа и увеличить высоту колумеллы у младенцев до проведения операции. Это создало для челюстно-лицевых хирургов оптимальные условия: хейлопластика выполнялась без натяжения мягких тканей, что минимизировало выраженность послеоперационных рубцов.

Выводы. Применение авторского двухслойного obturator со стальной регулирующей системой и мягкой силиконовой подкладкой обеспечивает высокоэффективное, атравматичное перемещение протрудированной межчелюстной кости на срединную линию с одновременным формированием хрящей носа. Наличие эластичного подкладочного слоя гарантирует физиологическую амортизацию аппарата, исключает повреждение слизистой оболочки новорожденного и оптимизирует предхирургический этап реабилитации.

Абдурахмонов А.З., Гурезов Х.М., Холзода С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОРСКОГО ОБТУРАТОРА С НАЗАЛЬНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ МЛАДЕНЦЕВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ЛИЦА

1.Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан

2.Кафедра ортопедической стоматологии,

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан.

Цель исследования. Оценить дооперационную эффективность оригинальной конструкции индивидуального obturatora с назальным стимулятором при подготовке младенцев со сквозными расщелинами лица к первичной реконструктивной хирургии.

Материалы и методы. На базе УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино и отделения детской ЧЛХ ГУ «НМЦ "Шифобахш"» (г. Душанбе) проведено лечение младенцев с врожденными пороками развития лица. Наш протокол предусматривал изготовление с первых дней жизни ребенка индивидуального акрилового obturatora, в конструкцию которого на этапе полимеризации пластмассы интегрировался моделирующий назальный вкладыш из медицинской стальной проволоки и полимера. Коррекция и активация аппарата проводились каждые 7–10 суток путем направленного избирательного сошлифовывания базиса пластинки для деликатного смещения челюстных сегментов и изменения вектора давления носового стимулятора на внутренний свод крыла носа.

Результаты исследования. Клинические наблюдения показали, что использование нашего авторского аппарата в течение дооперационного периода (3–4 месяца) обеспечивает контролируемое сближение фрагментов альвеолярного отростка, уменьшая ширину костного дефекта на 60–70% от исходного. Благодаря точечному давлению назального вкладыша удалось поднять уплощенное крыло носа, увеличить высоту кolumеллы и восстановить симметрию ноздрей у младенцев еще до проведения операции. Это позволило челюстно-лицевым хирургам выполнить первичную хейлопластику в максимально благоприятных анатомических условиях — без натяжения мягких тканей, что предотвратило деформацию челюсти, уменьшило выраженность послеоперационных рубцов и позволило добиться отличных эстетических контуров губы и наружного носа.

Выводы. Применение авторского стоматологического obturatora с назальным стимулятором обеспечивает сочетанное дооперационное формование костных сегментов верхней челюсти и хрящей носа у новорожденных. Использование оригинального аппарата с первых дней жизни минимизирует риски хирургических осложнений при хейлопластике и закладывает основу для полноценной эстетической реабилитации.

Абдурахмонов А.З., Аминов Р.С., Гафоров Н.М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОРСКОГО ДВУХСЛОЙНОГО ОБТУРАТОРА С СИСТЕМОЙ РЕГУЛЯЦИИ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ МЛАДЕНЦЕВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ЛИЦА.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии,
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить дооперационную эффективность оригинальной конструкции индивидуального двухслойного obturator с системой контроля межчелюстной кости при подготовке младенцев со сквозными расщелинами лица к первичной реконструктивной хирургии.

Материалы и методы. На базе УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино и отделения детской ЧЛХ ГУ «НМЦ "Шифобахш"» (г. Душанбе) проведено комплексное лечение младенцев со сквозными расщелинами лица. Протокол предусматривал изготовление с первых дней жизни ребенка индивидуального obturator с назальным стимулятором. Для обеспечения физиологической амортизации и защиты маргинальной слизистой оболочки на внутреннюю поверхность аппарата наносился слой мягкого силиконового подкладочного материала. В жесткий базис obturator интегрировалась регулирующая проволоочная система из медицинской стали.

Результаты исследования. Клинические наблюдения показали, что использование нашего авторского двухслойного аппарата в течение дооперационного периода (3–4 месяца) обеспечивает контролируемое и симметричное сближение фрагментов альвеолярного отростка, уменьшая ширину костного дефекта на 60–70% от исходного. Благодаря активной проволоочной системе полностью устранена протрузия межчелюстной кости с её центрированием по срединной линии. Мягкая силиконовая подкладка обеспечила идеальное прилегание аппарата и его физиологическую амортизацию, что полностью исключило риск возникновения пролежней и трофических нарушений слизистой оболочки. Сочетание костной пластики с точечным давлением назального вкладыша позволило поднять уплощенное крыло носа и увеличить высоту колумеллы у младенцев до проведения операции. Это создало для челюстно-лицевых хирургов оптимальные условия: хейлопластика выполнялась без натяжения мягких тканей, что минимизировало выраженность послеоперационных рубцов.

Выводы. Применение авторского двухслойного obturator со стальной регулирующей системой и мягкой силиконовой подкладкой обеспечивает высокоэффективное, атравматичное перемещение протрудированной межчелюстной кости на срединную линию с одновременным формированием хрящей носа. Наличие эластичного подкладочного слоя гарантирует физиологическую амортизацию аппарата, исключает повреждение слизистой оболочки новорожденного и оптимизирует предхирургический этап реабилитации.

Бекназарова Г.М., Ахмедова Г.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАМОТРИНО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Кафедра оториноларингологии им. профессора Ю.Б. Исхаки,
ГООУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность мометазона фууроат 50мкг в комплексном лечении аллергического ринита.

Материал и методы исследования. В клинике под нашим наблюдением находилось 36 пациентов с аллергическим ринитом (АР). Возраст больных составлял от 20 до 42 лет. Мужчин было - 19, женщин – 17. До начала лечения пациентам проведены следующие виды исследования: жалобы, сбор анамнеза, ЛОР-осмотр и лабораторные методы исследования. Жалобами больных являлись пароксизмальное чиханье, обильная носовая ринорея, затруднение носового дыхания, зуд и щекотание в носу. При сборе анамнеза выяснилось, что у 20 пациентов эпизоды АР встречались ежегодно, в одно и то же время в период цветения растений (сезонный), у остальных 16 больных круглогодично, обусловлен постоянным контактом с причинно-значимым аллергеном. После проведения комплексного обследования диагноз аллергический ринит (сезонная форма) поставлен 13 пациентам, а круглогодичная (постоянная) форма 17. Пациенты были поровну разделены на 2 группы (основная и контрольная группы по 18 человек соответственно). Пациентам основной группы в комплексной терапии мы применили мамотрино (мометазона фууроат) назальный спрей для носа, гормональный противовоспалительный препарат. Пациенты контрольной группы получали комплексное лечение, включающее в себя сосудосуживающие капли и спреи, использование антигистаминных препаратов второго поколения: кларитин, цетиризин, и др. Критериями эффективности лечения являлись отсутствие жалоб, исчезновение или регрессирование клинической картины заболевания.

Результаты исследования. Клиническая эффективность препарата оценивалась на 5-7 сутки от начала лечения. Чиханье, ринорея, зуд в носу у больных основной группы исчезли на 4-5 сутки у 16 (88.9%) пациентов, а в контрольной группе на 7-8 сутки у 12 (66.7%) больных. Гиперемия слизистой оболочки, в носу значительное количество прозрачной жидкости и отёк носовых раковин, а также бледно-синюшность, с белыми оттенками слизистой оболочки не отмечались на 5 сутки у 17 (94.5%) больных основной группы, а в контрольной группе последние не наблюдались у 14 (77.8%) больных лишь на 8-9 сутки.

Выводы. Эффективность спрея мамотрино при лечении АР составила 94.5%. Проведенное исследование показало, что включение мометазона фууроата в комплексную терапию больных аллергическим ринитом повышает эффективность лечения и сокращает сроки выздоровления.

Бекназарова Г.М., Ахмедова Г.М., Мехмондустов С.Г.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра оториноларингологии им. профессора Ю.Б. Исхаки,
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Выявление особенностей течения хронического тонзиллита (ХТ) у беременных.

Материалы и методы. На базе септико-обсервационного родильного дома и городского родильного дома № 3 под нашим наблюдением находились 246 беременных женщин. Возраст пациентов колебался от 19 до 40 лет. Обследуемым проводили сбор анамнеза, жалоб, осмотр лор- органов, лабораторные методы исследования в том числе, иммунологический статус посев из зева на флору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты исследования. Результаты показали, что основной причиной ХТ обследованных беременных были частые ангины, переохлаждение, а также патология носа и придаточных пазух, искривление носовой перегородки, вазомоторный ринит, хронический гнойный и/или полипозный риносинусит. Как известно, эти заболевания приводят к нарушению носового дыхания и сопровождаются вынужденным дыханием через рот и все это способствует воспалению слизистой оболочки глотки.

Клиническое течение у беременных женщин показало отсутствие субъективных жалоб, стертость клиники и симптоматики, а такие симптомы, как снижение трудоспособности, недомогание и общая слабость, чаще всего относили к состоянию беременности. Фарингоскопическая картина показывала легкую гиперемию передних дужек и отечность, часто миндалины были рубцово изменены и спаяны с дужками, из миндалин при надавливании выделялись гнойные пробки, что свидетельствовало о давности заболевания.

Условно патогенные микроорганизмы были обнаружены в зеве у 37,5% беременных. Основными представителями были золотистый и эпидермальный стафилококк (50% и 26,2% соответственно) и кишечная палочка (9,52%). Необходимо учитывать, что носительство стрепто-и стафилококков представляет угрозу обострения ХТ и может стать причиной развития гнойно-воспалительных заболеваний у матери и новорожденного.

Анализ результатов иммунологических исследований показал, что при ХТ декомпенсированной формы происходит дисбаланс иммунной системы, характеризующийся угнетением Т-клеточного иммунитета, более глубокие иммунологические сдвиги происходят у беременных, страдающих хроническим тонзиллитом в сочетании с заболеванием почек. У больных ХТ отмечалось значительное число осложнений беременности, наиболее характерным из которых была угроза невынашивания, наблюдавшаяся у 31,4% обследованных. Угроза невынашивания, по-видимому, связана с постоянным всасыванием в кровь продуктов воспаления и бактериальных токсинов из пораженных миндалин, что приводит к возникновению нарушений ряда органов и систем (почек, соединительной ткани, иммунной системы). Изменения иммунной системы, сенсibilизация и интоксикация организма могут способствовать развитию угрозы прерывания беременности. Кроме того, у 14% беременных было установлено обострение хронического пиелонефрита.

Выводы. Хронические очаги инфекции, особенно при обострении заболевания, могут непосредственно влиять на плод и тем самым способствовать пренатальному инфицированию, а также воздействие на беременность может происходить и через сопряженными с ХТ заболеваниями. Необходимо учитывать то обстоятельство, что в норме миндалины принимают активное участие, как в местных, так и в общих реакциях защиты организма и поэтому всем беременным женщинам рекомендуется своевременные консультации оториноларинголога с целью выявления хронического тонзиллита. Проведение saniрующих лечебных процедур, которые должны способствовать улучшению общего состояния беременных, уменьшению или прекращению возникновения повторных ангин, острых респираторных вирусных заболеваний, что в конечном счете может оказать благотворное влияние на течение беременности при хроническом тонзиллите.

Боймуродов Ф.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИНК-ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С ТРУДНОПРОХОДИМЫМИ КОРНЕВЫМИ КАНАЛАМИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Таджикистан.

Цель исследования. повышение качества лечения зубов с труднопроходимыми корневыми каналами путем профилактики хронического периодонтита за счет использования цинка при внутриканальном воздействии постоянным током.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов с хроническим пульпитом и периодонтитом в зубах с труднопроходимыми корневыми каналами. Мы их разделили на 2 группы: (основной 10 пациентов и контрольный 5 пациентов). В I группе проводили апекс-форез, во II группе в комплекс лечебных мероприятий электропроцедуры не включали. Методика проведения апекс-фореза: перед процедурой корневой канал смачивали раствором электролита и помещали в него серебряно-медный электрод. Индифферентный электрод располагали на предплечье правой руки. Независимо от отсутствия или наличия периапикальных изменений процедуры дозировали по количеству электричества, которое составляло 5 мА в мин в каждом корневом канале. В качестве источника постоянного тока при всех видах трансканальных воздействий использовали аппарат «Поток».

Результаты исследования. показали, что применение апекс-фореза с цинком при лечении пульпита и периодонтита в зубах с труднопроходимыми корневыми каналами позволяет предотвратить воспаление в периодонте и является профилактикой развития деструктивных изменений в периапикальных тканях в отдаленные сроки после лечения.

Выводы. Использование при апекс-форезе 2% водного раствора сульфата цинка в качестве электролита и серебряно-медного электрода повышает эффективность лечения зубов с труднопроходимыми корневыми каналами

Вализода Ф.Э. Шокиров С.М. Хошимов М.Э. Усмонов И.А.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
Отделение челюстно-лицевой хирургии»,
ГУ «Национальный медицинский центр «ШИФОБАХШ» РТ.

Цель исследования. Изучить этиологию, клинические особенности и оценить эффективность современных методов диагностики и хирургического лечения пациентов с кистами челюстей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 85 историй болезни пациентов с диагнозом "киста челюсти", проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии в 2023-2025 гг. Возраст пациентов от 16 до 60 лет. Средний возраст 32 года. Женщин было 54%, мужчин 46%. Классификация: радикулярные кисты - 60%, фолликулярные - 25%, резидуальные - 10%, другие - 5%. Методы исследования: клинический осмотр, прицельная рентгенография, ортопантомография, компьютерная томография с 3D-реконструкцией. Методы лечения: цистэктомия, цистотомия, двухэтапное лечение. Оценка результатов проводилась через 6 и 12 месяцев после операции по данным КТ.

Результаты исследования. У 72% пациентов кисты локализовались на нижней челюсти, у 28% на верхней. В 65% случаев кисты протекали бессимптомно и были выявлены случайно при профилактическом осмотре. Основным методом лечения у 80% пациентов была цистэктомия с одномоментным удалением причинного зуба. У 15% пациентов с кистами больших размеров применена цистотомия с последующей цистэктомией через 6-8 месяцев. У 5% выполнено консервативное лечение с пломбированием корневых каналов. Применение КТ позволило в 100% случаев определить точные размеры, локализацию кисты и ее отношение к нижнечелюстному каналу и дну гайморовой пазухи. Это снизило риск интраоперационных осложнений на 40%. В послеоперационном периоде рецидив отмечен у 3.5% пациентов. Заживление костной полости происходило в среднем за 8-10 месяцев. Осложнения: парестезия - 2.3%, нагноение - 1.2%.

Выводы. Кисты челюстей в большинстве случаев имеют длительное бессимптомное течение. Поздняя диагностика приводит к значительному разрушению костной ткани и риску патологических переломов. Компьютерная томография является обязательным методом диагностики для оценки размеров кисты и планирования хирургического доступа. Цистэктомия с удалением причинного зуба остается "золотым стандартом" лечения. При больших кистах показан двухэтапный метод для снижения травматичности. Своевременная диагностика и адекватное хирургическое лечение позволяют добиться полного восстановления костной ткани и свести риск рецидива к минимуму 3-4%.

Вализода Ф.Э. Шокиров С.М. Хошимов М.Э. Усмонов И.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
ГУ «Национальный медицинский центр «ШИФОБАХШ» РТ. Отделение челюстно-лицевой хирургии»

Цель исследования. Изучить современные методы диагностики и лечения пациентов с травмами челюстно-лицевой области, оценить их эффективность для восстановления анатомических, функциональных и эстетических показателей.

Материалы и методы. Проанализированы данные 120 пациентов с травмами ЧЛЮ, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии в период 2023-2025 гг. Возраст пациентов от 18 до 55 лет. Мужчины составили 78%, женщины 22%. Этиология травм: ДТП - 45%, бытовая травма - 30%, производственная и спортивная - 25%. Локализация: переломы нижней челюсти - 68%, скуловой кости - 17%, верхней челюсти - 9%, костей носа - 22%. Методы исследования: клинический осмотр, ортопантомография, компьютерная томография с 3D-реконструкцией. Методы лечения: открытый остеосинтез титановыми мини-пластинами, межчелюстное шинирование, медикаментозная терапия. Срок наблюдения составил от 3 до 12 месяцев.

Результаты исследования. У 92% пациентов был применен метод открытого остеосинтеза с использованием титановых мини-пластин. У 8% пациентов ввиду противопоказаний применялось консервативное лечение с межчелюстным шинированием. Использование КТ с 3D-моделированием позволило в 100% случаев точно определить характер и смещение переломов до операции и сократить время оперативного вмешательства на 25%.

Средний срок стационарного лечения при остеосинтезе составил 7-9 дней, при консервативном лечении - 14-21 день. Ранняя активизация и восстановление жевательной функции отмечены у 89% пациентов на 10-14 сутки после операции. Осложнения в послеоперационном периоде: нарушение чувствительности n. alveolaris inferior - 5%, нагноение раны - 2%, неправильное сращение - 3%. Все осложнения были купированы консервативно.

Выводы. Компьютерная томография с 3D-реконструкцией является обязательным методом диагностики травм ЧЛЮ и основой для предоперационного планирования. Открытый остеосинтез титановыми конструкциями является методом выбора при лечении переломов костей лица. Он обеспечивает стабильную фиксацию, раннюю реабилитацию и лучшие функциональные и эстетические результаты. Комплексный мультидисциплинарный подход и раннее начало реабилитации позволяют снизить частоту осложнений до 10% и сократить сроки нетрудоспособности пациентов в 2 раза. Дальнейшее внедрение цифровых технологий и персонализированных имплантатов является перспективным направлением в челюстно-лицевой травматологии.

Вализода Ф.Э. Шокиров С.М. Хошимов М.Э. Усмонов И.А.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО ЛИМФАДЕНИТА ЧЕЛЮ-
СТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
Отделение челюстно-лицевой хирургии» ГУ «Национальный медицинский
центр «ШИФОБАХШ» РТ.

Цель исследования. Изучить причины, клинические особенности и оценить эффективность современных методов диагностики и комплексного лечения пациентов с одонтогенным лимфаденитом челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Проведен анализ 110 историй болезни пациентов с диагнозом "острый одонтогенный лимфаденит", находившихся на лечении в 2023-2025 гг. Возраст пациентов от 14 до 65 лет. Мужчин 58%, женщин 42%. Локализация: подчелюстные лимфоузлы - 45%, подбородочные - 20%, околоушные - 15%, шейные - 20%. Этиология: осложнение кариеса и его осложнений - 70%, пародонтит - 15%, после удаления зубов - 10%, другие причины - 5%. Методы исследования: клинический осмотр, общий анализ крови, УЗИ мягких тканей и лимфоузлов, при необходимости КТ. Методы лечения: санация первичного одонтогенного очага, антибактериальная терапия, физиотерапия, при нагноении - вскрытие и дренирование гнояника.

Результаты исследования. У 68% пациентов лимфаденит протекал в серозной форме, у 32% в гнойной. Средний срок от начала заболевания до обращения составил 4-6 дней. Всем пациентам в первые сутки была проведена санация одонтогенного очага: удаление зуба 55%, эндодонтическое лечение 30%, кюретаж пародонтальных карманов 15%. Пациентам с серозным лимфаденитом назначалась антибактериальная терапия + УВЧ, лазеротерапия. Выздоровление наступало на 7-9 сутки у 92% больных. Пациентам с гнойным лимфаденитом выполнялось вскрытие абсцесса, дренирование и антибактериальная терапия. Средний срок стационарного лечения составил 8-11 дней. Осложнения: переход в хроническую форму - 4.5%, формирование аденофлегмоны - 2.7%. Летальных исходов не было. УЗИ-контроль показал полное восстановление структуры лимфоузлов через 1 месяц у 88% пациентов.

Выводы. Основной причиной лимфаденита ЧЛО в 70% случаев является несанированный одонтогенный очаг. Своевременное его устранение - ключевой фактор успешного лечения. УЗИ мягких тканей является быстрым и информативным методом для дифференциальной диагностики серозной и гнойной форм лимфаденита. Комплексный подход, включающий антибактериальную терапию, санацию очага и физиолечение, позволяет вылечить серозный лимфаденит консервативно в 90% случаев. При гнойной форме показано раннее хирургическое вмешательство. Это предотвращает распространение процесса и развитие тяжелых осложнений, таких как аденофлегмона и медиастинит.

Гуломов З.С., Исупова Ш.Ф., Давлатов Д.Ш., Самадова Н.К.
ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинический эффект препарата «Бестим» при заболеваниях верхних дыхательных путей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 150 больных с хроническим гнойным риносинуситом в возрасте от 20 до 70 лет, которые получали препарат «Бестим». Из них 60 мужчин и 90 женщин. Продолжительность заболевания составляла не менее 3 лет. Курс лечения (ХГРС) состоял из 3 процедур. Препарат «Бестим» получали по одной таблетке три раза в день в течение 8 дней. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц молодого и среднего возраста (от 17 до 47 лет), не предъявлявших субъективных жалоб и у которых при объективном обследовании отсутствовали признаки соматической и ЛОР патологии, а также симптомы острого или хронического воспаления.

Методы обследования пациентов: сбор анамнеза жизни, анамнеза заболевания, риноскопическое и эндоскопическое исследование, рентгенография околоносовых пазух.

Риноскопическое исследование при первичном обращении показало наличие выраженных признаков воспаления, отек, гиперемия, заложенность носа с наличием слизистых выделений в среднем и нижнем носовых ходах. Основным инструментальным методом доступа к верхнечелюстной пазухе у всех пациентов служили пункции верхнечелюстных пазух при помощи иглы Куликовского или катетеризация околоносовых пазух синус-катетером «ЯМИК-2» на стороне поражения, либо с обеих сторон. После эвакуации содержимого околоносовых пазух проводили их промывание физиологическим раствором с целью получения смыва для иммунологического исследования. Мы использовали в своей работе риноманометр «АТМОС-200» (Германия), позволяющий производить активную переднюю ринорезистометрию, при этом оценивается давление в полости носа и скорость воздушного потока, а далее рассчитывается аэродинамическое сопротивление носа.

Рентгенография околоносовых пазух выполнена всем больным хроническим гнойным риносинуситом при первоначальном обследовании и в динамике проведенного лечения.

Результат рентгенографического исследования оценивали по степени затенения околоносовых пазух. Практически здоровым лицам контрольной группы рентгенологическое исследование не проводилось.

Полученную при пункции или синус-катетеризации верхнечелюстной пазухи клеточную взвесь ресуспендировали в 0,9% растворе NaCl и затем дважды отмывали центрифугированием 10 мин при ускорении 400g стерильным 0,9% раствором NaCl.

При проведении цитологического исследования учитывали относительное количество нейтрофилов, лимфоцитов, макрофагов, клеток эпителия на препаратах.

Результаты и их обсуждение. Проведенные клинические исследования показали, что у всех больных нивелировалась заложенность носа, прекратились выделения из носа, гиперемия, а также восстановилась проходимость носовых ходов. Иммунологиче-

ские наблюдения показали, что в группе больных, где применялся препарат «Бестим», показатели стали существенно лучше - повысилось число Т-клеток, нормализовалась бактерицидная функция нейтрофилов, улучшились показатели клеточного иммунитета и цитокинов, уменьшилась выраженность симптомов интоксикации и клинических симптомов. К одному из важных объективных критериев успешного адекватного лечения больных ХГРС относятся сроки пребывания пациентов в ЛОР клинике. При применении препарата «Бестим» установлено сокращение койко-дней, в отличие от традиционного лечения на 3-5 дней, что вдвое сократило пребывание пациентов в стационаре, которое предопределяет значительное ускорение медико-социального эффекта проведенной терапии. В результате проведенного местного лечения почти у всех больных наблюдалась положительная динамика клинической картины: исчезновение гное-течения, головных болей, рентгенологическое снижение степени затемнения околоносовых пазух, снижение, аэродинамического сопротивления, повышение функции мукоцилиарного клиренса. Положительная клиническая динамика коррелировала с показателями функционального состояния воздухопроводящих путей пролеченных больных.

Выводы. Таким образом, необходимо подчеркнуть, что использование такого рода препаратов является наиболее безопасным видом лечения, а также наблюдается прогрессивная положительная динамика как клинических, так и иммунологических показателей

Давлатов Т.А.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Таджикистан

Цель исследования. Сравнительный анализ качества несъемных конструкций зубных протезов на этапах их клинической эксплуатации.

Материал и методы. Клинико-популяционный анализ непосредственных, отдаленных результатов и клинико-технологическую оценку осложнений при лечении несъемных конструкций зубных протезов выполнили путем обследования репрезентативной совокупности пациентов стоматологических поликлиник города Душанбе.

Результаты исследования. Исследованы сроки и признаки снижения качества пластмассовых и комбинированных искусственных коронок. Качество искусственных коронок, как выяснено в исследовании, определяется продолжительностью клинической эксплуатации конструкции и их видом (пластмассовые / комбинированные). Так, в раннем периоде клинической эксплуатации пластмассовые коронки характеризуются более высоким уровнем качества, чем комбинированные (ПК: соответственно $(83,6 \pm 0,4)\%$ и $(71,1 \pm 1,2)\%$, $p < 0,05$), что -зависит от общей частоты отдельных проявлений снижения качества конструкций (для пластмассовых - $(2,9 \pm 0,7)\%$; для комбинированных- $(11,0 \pm 1,9)\%$, $p < 0,01$) и удельного веса ортопедических конструкций с признаками снижения качества (ИТК: для пластмассовых - $(1,2 \pm 0,8)\%$; для комбинированных - $(1,5 \pm 0,6)\%$, $p < 0,01$). В отдаленном периоде клинической эксплуатации пластмассовые коронки характеризуются более выразительным уменьшением уровня качества ортопе-

дической конструкции, чем комбинированные (ПК: соответственно $(49,8 \pm 2,3)\%$ и $(37,3 \pm 2,5)\%$, $p < 0,05$).

Так, в раннем периоде клинической эксплуатации пластмассовые мостовидные протезы характеризуются более высоким уровнем качества, чем комбинированные (ПК: соответственно $(8,9 \pm 0,7)\%$ и $(9,1 \pm 1,4)\%$, $p < 0,01$), что зависит от общей частоты отдельных проявлений снижения качества конструкций (для пластмассовых - $(6,8 \pm 0,7)\%$; для комбинированных - $(13,8 \pm 1,2)\%$, $p < 0,05$) и, в отличие от коронок, ИТК мостовидных протезов не зависит от однородности конструкционного материала (ИТК: для пластмассовых - $(1,8 \pm 0,03)\%$; для комбинированных - $(1,3 \pm 0,3)\%$, $p > 0,05$).

Выводы. Качество искусственных коронок определяется продолжительностью клинической эксплуатации конструкции и в раннем периоде их клиническая эксплуатация достоверно выше, чем комбинированных; при этом и в отдаленном периоде клинической эксплуатации пластмассовые коронки характеризуются более высокими значениями показателя качества.

Давронзода М.Д., Шерматов З.Т., Сафарова М.В.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Кафедра оториноларингологии имени профессора Ю.Б. Исхаки

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность эндоскопических методов удаления инородных тел стоматологического происхождения из верхнечелюстной пазухи.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов обследования и хирургического лечения 27 пациентов с инородными телами верхнечелюстной пазухи стоматологического происхождения. Комплекс диагностических мероприятий включал клиническое обследование, эндоскопическое исследование полости носа и компьютерную томографию околоносовых пазух. В структуре выявленных инородных тел преобладали костнопластические материалы после синус-лифтинга, мигрировавшие дентальные имплантаты, пломбировочные материалы и фрагменты стоматологических инструментов. Всем пациентам выполнено эндоскопическое эндоназальное вмешательство с удалением инородного тела, санацией верхнечелюстной пазухи и восстановлением её естественного дренажа.

Результаты исследования. Эндоскопический доступ обеспечил полноценную визуализацию патологического очага и возможность малотравматичного удаления инородных тел независимо от их локализации в пазухе. Наиболее часто выявлялись костнопластические материалы после синус-лифтинга — у 11 (40,7%) пациентов, дентальные имплантаты — у 8 (29,6%), пломбировочные материалы — у 5 (18,5%) и фрагменты стоматологических инструментов — у 3 (11,2%). В послеоперационном периоде положительная клиническая динамика отмечена у 25 (92,6%) пациентов и проявлялась регрессом воспалительных явлений, восстановлением носового дыхания и нормализацией функции верхнечелюстной пазухи. Интраоперационных осложнений и рецидивов заболевания в течение периода наблюдения не зарегистрировано.

Выводы. Эндоскопическое удаление инородных тел верхнечелюстной пазухи стоматологического происхождения является высокоэффективным и безопасным методом хирургического лечения. Применение современных эндоскопических технологий позволяет минимизировать операционную травму, обеспечить полноценную санацию патологического очага и сократить сроки послеоперационной реабилитации. Междисциплинарное взаимодействие оториноларингологов, стоматологов-хирургов и имплантологов способствует своевременной диагностике и повышению эффективности лечения данной категории пациентов.

Давронзода М.Д., Сафарова М.В., Умарализода С.А.

ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И СИНУС-ЛИФТИНГА

Кафедра оториноларингологии имени профессора Ю.Б. Исхаки
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность эндоскопических методов лечения осложнений, возникающих после дентальной имплантации и операций синус-лифтинга.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 32 пациентов с осложнениями дентальной имплантации и синус-лифтинга, проходивших лечение в специализированном ЛОР-отделении. Всем пациентам выполняли комплексное клинико-инструментальное обследование, включавшее эндоскопическое исследование полости носа и компьютерную томографию околоносовых пазух. В зависимости от характера патологических изменений проводились эндоскопическое удаление мигрировавших имплантов и костнопластического материала из верхнечелюстной пазухи, санация воспалительного очага и восстановление естественного дренажа через остиомеатальный комплекс.

Результаты исследования. Наиболее частым осложнением являлся хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит, который был диагностирован у 18 (56,3%) пациентов. Миграция костнопластического материала в полость верхнечелюстной пазухи выявлена у 8 (25,0%) пациентов, смещение дентальных имплантов — у 6 (18,7%). Применение эндоскопических технологий обеспечило адекватную визуализацию патологического очага, минимальную травматизацию тканей и возможность одномоментного устранения причинного фактора. Положительный клинический эффект с восстановлением функции верхнечелюстной пазухи достигнут у 30 (93,8%) пациентов. Рецидивов заболевания в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

Выводы. Эндоскопические методы лечения осложнений дентальной имплантации и синус-лифтинга характеризуются высокой эффективностью, малой травматичностью и позволяют обеспечить полноценную санацию верхнечелюстной пазухи. Использование компьютерной томографии в сочетании с эндоскопическими технологиями способствует своевременной диагностике патологических изменений и оптимизации хирургической тактики. Междисциплинарное взаимодействие оториноларингологов, стоматологов-хирургов и имплантологов является важным условием повышения эффективности лечения данной категории пациентов.

Джалолов М.А.

СОСТОЯНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Цель исследования. Оценка состояния окклюзионных дефектов зубного ряда у стоматологических пациентов.

Материал и методы исследования. Для структурной оценки состояния ортопедического статуса с 2018 по 2020 гг. было проведено комплексное обследование окклюзионных дефектов 200 лиц в возрасте от 20 до 60 лет и старше на базе учебно-клинического центра «Стоматология» ТГМУ им.Абуали ибни Сино.

Обследование осуществлялось по методике ЦНИИС и предусматривало изучение распространенности дефектов зубного ряда. Алгоритм стоматологического обследования состоял из сбора анамнеза, обследования органов полости рта, обследования пародонта опорных зубов, проведения клинико-гигиенических и рентгенологических методов обследования. Производилась углубленная оценка нуждаемости населения в различных видах ортопедической стоматологической помощи. Нуждаемость обследованных в ортопедической стоматологической помощи оценивалась на основании показателей распространенности основных стоматологических заболеваний, выраженной в процентах.

Результаты исследования. Обобщенное представление о нуждаемости в ортопедическом лечении дают сведения, касающиеся распространенности окклюзионных дефектов среди обследованного контингента населения. Наблюдается неуклонный рост дефектов зубного ряда по мере увеличения возраста обследованных. Так, если в возрастной группе 20-29 лет общее количество окклюзионных дефектов в среднем составило 54,2%, то среди лиц 30-39, 40-49, 50-59 и 60 лет и старше среднечисловые значения дефектов зубного ряда составили 66,9%, 69,5%, 73,1% и 74,7% соответственно. Проведенный анализ ортопедического статуса у стоматологических больных позволяет отметить, что наибольшее число среди обследованных составляют лица, не имеющие зубных протезов и нуждающиеся в соответствующем лечении на день обследования.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о росте потребности обследованных лиц в дополнительном протезировании, что связано с разрушением зубов вследствие осложнений кариеса и их потерей в результате заболеваний пародонта.

Джонибекова Р.Н., Рахимов Н.М., Саидов М.А.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Выявить причины нарушения ВНЧС у детей и подростков

Материал и методы. В отделение ДЧЛХ НМЦ «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 2 группы больных 35 с нарушениями функции ВНЧС в возрас-

те от 5 до 17 лет. 25 составили 1-ю группу в возрасте от 7 до 17 лет, 11 девочек, 14 мальчиков, которые жаловались на состояние ВНЧС. Вторую группу составили 10 детей, мальчиков 4, девочек 6 в возрасте от 5 до 17 лет, которые не предъявляли жалоб, а жаловались на нарушение суставов вовремя ортодонтического лечения. Всем детям проводили сбор анамнеза и дополнительные методы исследования это КТ, МРТ, ОПГ.

Результаты исследования. В 1-й группе нарушение функции ВНЧС суставов чаще отмечалось у детей и подростков в возрасте 13-14 лет. Дети и подростки за помощью обращались в течение всего года. Но, однако, чаще обращались в осеннее и весеннее периоды, и длилась от 2 до 4 лет. У детей 2-й группы установить не удавалось, поскольку цель их обращения не была связана с нарушением функции суставов. К причинам нарушения ВНЧС у детей 1-й группы относятся переохлаждение, ОРВИ, ангина, травма. А у 2-й группы детей и подростков были выявлены зубочелюстные аномалии — это аномалии положения отдельных зубов, сужение челюстей и зубных дуг, вредные привычки, а общие заболевания, перенесшие в раннем детстве это отит, ангина. В 1-й группе жалобы были следующие: щелканье в суставах, определялась, боль, возникающая самопроизвольно или при нагрузке. Боль ощущалась во всей суставной головке, в области ветвей нижней челюсти и сосцевидного отростка. Во 2-й группе наиболее определялся хруст или щелканье в суставе. Движение нижней челюсти вовремя открывание и закрывания рта чаще были волнообразными.

Выводы. Таким образом, у детей и подростков нередко наблюдались нарушения функции ВНЧС выраженными клиническими проявлениями. Предлагаемые причины заболевания ВНЧС выявленные у обследованных обеих групп, имеют определенные сходства и различия, отличаются спецификой и сложностью клинической картины, длительностью заболевания. Установлена взаимосвязь нарушения функции ВНЧС и зубочелюстных аномалий.

Джонибекова Р.Н., Рахимов Н.М., Абдурахимов А.Х.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Цель исследования. Проанализировать частоту обратившихся больных с врожденной расщелиной верхней губы и нёба среди населения Республики Таджикистан.

Материал и методы. Материалом для хронологического эпидемиологического исследования применяли данные больных, обратившихся в отделение детской челюстно-лицевой хирургии НМЦ «Шифобахш», ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», отделения челюстно-лицевой хирургии Согдийской области.

Результаты исследования. По данным материалов отделения детской челюстно-лицевой хирургии НМЦ «Шифобахш» установлена самая высокая частоты распространенности врожденной расщелины верхней губы было зафиксирована в 2022 году 145 (23,46%) а врожденная расщелина нёбы в 2021 году 258 (40,75%), ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» самая высокая частота врожденной расщелины губы было в 2021 году 27 (%) а врожденная расщелина

нёба в том же 2021 году который составил 23 (%). В отделении челюстно-лицевой хирургии Согдийской области самая высокая частота врожденной расщелины верхней губы было в 2022 году 31 (%), а врожденная расщелина нёба в 2025 году 29 (%). Самый низкий уровень обращения больных с врожденной расщелиной верхней губы составила в 2024 году 98 (18,6%) а нёба 202 (33,6%) в отделении детской челюстно-лицевой хирургии НМЦ «Шифобахш», ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» самый низкий уровень в 2025 году который составил 17 (%) верхняя губа, 15 (%) расщелина нёба, в отделении челюстно-лицевой хирургии Согдийской области самая низкая частота врожденной расщелины губы было в 2025 году 20(%), а расщелина нёба было в 2024 году 18 (%). Большинство количество больных поступали в отделение детской челюстно-лицевой хирургии НМЦ «Шифобахш» от возраста 0 то 17 лет. Среды новорожденных преобладала односторонняя расщелина верхней губы и нёба 45(%), 15% двухсторонняя расщелина губы и нёба, 40% расщелина твердого и мягкого нёба.

Выводы. Частота встречаемости новорождённых с врожденными расщелинами верхней губы и нёба значительно превалировала в отделение детской челюстно-лицевой хирургии НМЦ «Шифобахш» по сравнению с показателями с других регионов республики, т.к. НМЦ является многопрофильной клиникой, мы знаем, что этим больным лечение проводится комплексно, то есть специалистами как неонатолог, педиатр, ЛОР, логопед, ортодонт в связи с этим все условия созданы для оказания этим больным, что требует дальнейшего изучения причинных факторов, приводящих к развитию данной патологии в регионах РТ.

Джонибекова Р.Н., Рахимов Н.М., Саидов М.А.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Выявить причины нарушения ВНЧС у детей и подростков

Материал и методы. В отделение ДЧЛХ НМЦ «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 2 группы больных 35 с нарушениями функции ВНЧС в возрасте от 5 до 17 лет. 25 составили 1-ю группу в возрасте от 7 до 17 лет, 11 девочек, 14 мальчиков, которые жаловались на состояние ВНЧС. Вторую группу составили 10 детей, мальчиков 4, девочек 6 в возрасте от 5 до 17 лет, которые не предъявляли жалоб, а жаловались на нарушение суставов вовремя ортодонтического лечения. Всем детям проводили сбор анамнеза и дополнительные методы исследования это КТ, МРТ, ОПГ.

Результаты исследования. В 1-й группе нарушение функции ВНЧС суставов чаще отмечалось у детей и подростков в возрасте 13-14 лет. Дети и подростки за помощью обращались в течение всего года. Но, однако чаще обращались в осеннее и весенние периоды и длилась от 2 до 4 лет. У детей 2-й группы установить не удалось, поскольку цель их обращения не была связана с нарушением функции суставов. К причинам нарушения ВНЧС у детей 1-й группы относятся переохлаждение, ОРВИ, ангина, травма. А у 2-й группы детей и подростков были выявлены зубочелюстные аномалии — это аномалии положения отдельных зубов, сужение челюстей и зубных дуг, вредные

привычки, а общие заболевания, перенесшие в раннем детстве это отит, ангина. В 1-й группе жалобы были следующие: щелканье в суставах, определялась, боль, возникающая самопроизвольно или при нагрузке. Боль ощущалась во всей суставной головке, в области ветвей нижней челюсти и сосцевидного отростка. Во 2-й группе наиболее определялся хруст или щелканье в суставе. Движение нижней челюсти вовремя открывания и закрывания рта чаще были волнообразными.

Выводы. Таким образом, у детей и подростков нередко наблюдались нарушения функции ВНЧС выраженными клиническими проявлениями. Предлагаемые причины заболевания ВНЧС выявленные у обследованных обеих групп, имеют определенные сходства и различия, отличаются спецификой и сложностью клинической картины, длительностью заболевания. Установлена взаимосвязь нарушения функции ВНЧС и зубочелюстных аномалий.

Ёраков Ф.М., Джаборов М.Г., Гадоев Х.А.

РАПРОСТАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ДУШАНБЕ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Таджикистан.

Цель исследования. Оценить частоту выявления и характер течения воспалительных заболеваний тканей пародонта среди взрослого населения.

Материал и методы. Проведен анализ результатов клинического обследования 38 пациентов (мужчин – 22 (57,9%), женщин – 16 (42,1%)) в возрасте 30-55 лет, обратившихся на базу УНКЦ Стоматология ТГМУ им. Абуали ибни Сино в течение 2025–2026гг. Оценка пародонтального статуса включала определение индексов гигиены (ОНИ-S), пародонтального индекса (РВІ/ СРІ), зондирование десневых карманов, а также анкетирование для выявления факторов риска и уровня мотивации к гигиене рта.

Результаты исследования. Патология пародонта диагностирована у 31 обследованного (81,6%). В структуре выявленных патологий преобладал хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (51,6% от числа больных), тогда как хронический гингивит и легкая степень пародонтита суммарно составили 48,4%. Наиболее высокий уровень поражений (74,2%) зафиксирован в возрастной группе старше 40 лет. Среди ключевых причин развития патологии выделены: неудовлетворительная гигиена полости рта и высокий индекс налета (35,5%), скученность и аномалии положения зубов (22,6%), отсутствие своевременного снятия зубных отложений (25,8%), а также сопутствующие соматические нарушения и курение (16,1%).

Выводы. Высокая распространенность хронических заболеваний пародонта указывает на необходимость усиления профилактических мероприятий и внедрения программ комплексной гигиенической чистки на ранних этапах обращения пациентов.

Ёраков Ф.М., Давлатмуродзода Г.Д., Каримов А.М.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РИСК МАЛИГНИЗАЦИИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Таджикистан

Цель исследования. Обобщить современные представления о клинической диагностике, факторах риска и тактике ведения пациентов с оральной лейкоплакией.

Материалы и методы. Проведён анализ современных публикаций и систематических обзоров по вопросам диагностики, морфологической верификации, риска малигнизации и наблюдения пациентов с лейкоплакией слизистой оболочки полости рта. Тактика определяется клиническим и гистологическим риском. Важны прекращение курения и других потенциально повреждающих воздействий, устранение хронической травмы, санация полости рта и регулярное динамическое наблюдение. При дисплазии и клинически подозрительных очагах может рассматриваться хирургическое иссечение или лазерная абляция с последующим наблюдением.

Результаты исследования. Лейкоплакия относится к наиболее значимым потенциально злокачественным заболеваниям слизистой оболочки полости рта. Клиническая картина варьирует от однородных белых бляшек до неоднородных, бородавчатых и эритролейкоплакических поражений. Риск малигнизации зависит от клинического варианта, локализации, размера, наличия эпителиальной дисплазии и факторов риска. Ключевым этапом диагностики является тщательное клиническое обследование с оценкой локализации, размеров, поверхности и характера поражения. При подозрительных, неоднородных, персистирующих или рецидивирующих очагах показана биопсия с гистологическим исследованием. Эпителиальная дисплазия является одним из наиболее важных морфологических предикторов злокачественной трансформации. Особое внимание следует уделять поражениям боковой поверхности языка и дна полости рта, крупным и неоднородным очагам.

Вывод. Лейкоплакия требует индивидуализированного подхода и длительного наблюдения. Клиническая оценка в сочетании с морфологической верификацией позволяет своевременно выявлять очаги с повышенным риском малигнизации.

Зарипов А.Р.

СИТУАЦИОННАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Провести клинико-эпидемиологическое исследование результатов ортопедического лечения частичного отсутствия зубов у взрослого населения.

Материал и методы. Исследование ортопедического статуса полости рта осуществлялось на базе Учебно-клинического центра «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Проводилось клинико-эпидемиологическое исследование 416 пациентов, представляющих 4 возрастные группы: 1-я — 20–29 лет, 2-я — 30–39 лет, 3-я — 40–49 и 4-я группа — 50 лет и старше. В каждой возрастной группе мужчины и женщины были представлены в равном количестве — по 52 человека.

В ходе исследования проводили клиническое обследование пациентов, а также необходимую диагностику. Среди обследованных лиц изучали состояние зубочелюстной системы у пациентов с частичным отсутствием зубов в различные

сроки после протезирования, наличие заболеваний и осложнений. Кроме того, проводилась оценка конструкций протезов, которыми пользуются пациенты.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов, обратившихся за повторным ортопедическим лечением, большинство составляют женщины (65%).

Распределение обследованных по возрасту выглядит следующим образом: самую многочисленную группу (41,3%) составили пациенты старше 50 лет, на втором месте — группа пациентов от 40 до 49 лет (27,4%). Пациенты в возрасте от 30 до 39 лет составили 22,6%, от 20 до 29 лет — 8,7%. Наиболее часто (в 36,8% всех случаев) у обследованных пациентов встречались включённые дефекты зубных рядов (классификация по Е.И. Гаврилову). В 32,2% всех случаев наблюдались комбинированные (включённые и концевые) дефекты зубных рядов, в 22,7% — концевые. У 8,3% пациентов отмечен одиночно стоящий зуб на челюсти. В ходе ортопедического обследования было исследовано 1469 конструкций, подлежащих замене.

Следует отметить, что многие пациенты имели несколько протезов. Из общего количества обследованных 52% протезов (764 ортопедических протеза) представляли собой несъёмные конструкции. Это были в основном штампованно-паянные конструкции (77,6%). Из этих протезов 12,5% имели пластмассовую облицовку. Среди цельнолитых конструкций преобладали металлокерамические протезы. Доля съёмных протезов среди исследованных конструкций составила 48%. Из них 63% представляли собой частичные съёмные протезы, бюгельные протезы составили лишь 5%. Вместе с тем, на долю полных съёмных протезов пришлось 32%. Наибольшее количество несъёмных протезов (62,1%) имело срок службы 5–7 лет, съёмных (48,6%) — 3–5 лет.

Анализ несъёмных протезов по видам конструкций и срокам пользования свидетельствует, что наибольшее количество осложнений при использовании несъёмных штампованно-паянных конструкций возникает при сроке пользования до 5 лет, при применении цельнолитых — при сроке более 10 лет. Доля осложнений, возникающих при пользовании пластиночными протезами, была наибольшей в срок до 5 лет, бюгельными — более 5 лет.

В ходе исследования нами выяснилось, что наиболее частой причиной повторного протезирования при использовании съёмных протезов является поломка протеза (38% случаев). На втором месте (17%) отмечается плохая фиксация протеза, далее следует перелом опорных зубов (13% случаев). Это общие данные по пластиночным и бюгельным протезам. Однако, если рассматривать отдельно каждый вид съёмного протеза, можно отметить, что значительно меньше жалоб предъявляют пациенты, имеющие бюгельные протезы, чем пластиночные.

При наличии цельнолитых конструкций в полости рта наблюдается иная картина. Так, наиболее частым осложнением является расцементировка коронок (24%), что, на наш взгляд, является следствием неправильного препарирования путём создания большой конусности культей опорных зубов. Кроме того, в 23% случаев — это эстетические нарушения. Поломка протеза отмечается в 22% случаев, перелом опорных зубов и необходимость изготовления дополнительных протезов — в 17%.

Выводы. При ретроспективном анализе результатов ортопедического лечения больных с частичным отсутствием зубов выявлены не только частота приме-

нения различных ортопедических конструкций, но и специфический спектр осложнений, возникающих при пользовании ими.

Зарипов А.Р.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Цель исследования. Определение гигиенического состояния в тканевом комплексе ортопедических зубных конструкций.

Материал и методы исследования. На зубное протезирование были приняты больные с концевыми и включенными окклюзионными дефектами. В зависимости от вида дефектов зубных рядов выделены следующие группы: концевые дефекты на верхней челюсти – 8 больных, нижней – 14; включенные дефекты на верхней челюсти – 6 больных, нижней – 10. Из общего числа обследованных у 21% протезирование дефектов зубных рядов проведено впервые, остальным (79%) пациентам – повторно. Включенные и концевые дефекты зубных рядов восстанавливали металлокерамическими зубными протезами с опорой на естественные зубы.

Наша задача состояла в изучении гигиенического состояния конструктивных элементов. В работе использован материал обследования 38 пациентов с частичной потерей зубов в возрасте от 30 до 55 лет (из них мужчин 23, женщин – 15).

Полученные результаты оценивались следующим образом: если на кончике зонда совершенно отсутствует придесневой налет, индекс оценивался в 0 баллов, если определялось небольшое количество налета – в 1 балл, если визуально вокруг конструкции определяется значительное количество налета и пищевых остатков – оценка равнялась трем баллам.

Результаты исследования. Результаты первичного анализа индекса гигиены конструкции с фиксацией на естественные зубы свидетельствовали о широкой вариабельности индекса зубного налета среди обследованного контингента населения. Интенсивность всех признаков индекса зубного налета при первичном осмотре у обследованных в среднем составила 2 балла на одно лицо. При этом распространенность зубного налета на шейке конструкции в виде отдельных конгломератов составила в среднем 18,8%, зубного налета конструкции, покрывающего шейку циркулярно – 49,3%, зубного налета на искусственной коронке конструкции – 26,3% и только лишь в 5,6% случаев на шейке конструкции не был выявлен зубной налет.

Выводы. Исходные данные о гигиеническом состоянии ортопедических конструкций свидетельствуют о неудовлетворительном состоянии протеза, в связи с чем возникла необходимость в проведении профессиональной гигиены полости рта и оптимизации индивидуальной гигиены полости рта среди обследованного контингента населения.

Зафаров Н.Х., Давлатмуродзода Г.Д., Саидзода Х.Б., Саидзода Б.И.
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФ-
ТОЗНОГО СТОМАТИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ
ГРУПП ГОРОДА ДУШАНБЕ

Кафедраи стоматологияи терапевтӣ,
Кафедраи дерматовенерология ба номи профессор П.Т. Зоиров, МДТ ДДТТ ба
номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон

Цель исследования. Изучить распространённость хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) среди населения различных возрастных групп города Душанбе.

Материалы и методы. Проведено клиническое стоматологическое обследование 520 лиц различных возрастных групп, обратившихся в государственные и частные стоматологические учреждения города Душанбе. Обследование проводилось с целью выявления клинических признаков хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

В зависимости от возраста обследованные были распределены на пять групп: 1–18 лет — 105 человек; 19–30 лет — 106 человек; 31–40 лет — 104 человека; 41–50 лет — 103 человека; 51 год и старше — 102 человека. Общее количество обследованных составило 520 человек.

Результаты исследования. В результате проведённого стоматологического обследования установлено, что хронический рецидивирующий афтозный стоматит выявляется среди лиц различных возрастных групп, однако частота его выявления имеет выраженные возрастные различия.

Наиболее высокий показатель выявления ХРАС зарегистрирован среди лиц в возрасте 31–40 лет и составил 19,2% (20 больных). В возрастной группе 19–30 лет заболевание выявлено у 13,2% обследованных (14 больных). Среди лиц в возрасте 41–50 лет показатель составил 9,7% (10 больных). В возрастных группах 1–18 лет и 51 год и старше ХРАС выявлен у 2,9% обследованных (по 3 больных в каждой группе).

Таким образом, наиболее высокая частота выявления ХРАС отмечена среди лиц в возрасте от 19 до 50 лет, с максимальным показателем в возрастной группе 31–40 лет. В младшей возрастной группе и среди лиц 51 года и старше заболевание выявлялось значительно реже.

При анализе распределения больных по полу установлено, что среди 50 пациентов с ХРАС было 16 мужчин и 34 женщины. Таким образом, женщины составили 68,0%, а мужчины — 32,0% от общего числа выявленных больных.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии возрастных и половых различий в частоте выявления ХРАС и указывают на необходимость дальнейшего изучения факторов риска, клинических особенностей и механизмов рецидивирования данного заболевания.

Профилактика. Основными направлениями профилактики ХРАС являются регулярные стоматологические осмотры, соблюдение правил индивидуальной гигиены полости рта, рациональное и полноценное питание, своевременное выявление и лечение заболеваний, способствующих возникновению и рецидивированию афтозного сто-

матита, а также динамическое наблюдение за пациентами с рецидивирующим течением заболевания.

Заключение. Проведённое исследование показало, что хронический рецидивирующий афтозный стоматит встречается среди населения различных возрастных групп города Душанбе, при этом частота его выявления имеет выраженные возрастные различия. Наиболее высокие показатели зарегистрированы среди лиц в возрасте 19–50 лет, а максимальный показатель отмечен в возрастной группе 31–40 лет и составил 19,2%. Среди выявленных больных преобладали женщины — 68,0%.

Полученные результаты подтверждают актуальность проблемы ХРАС для современной стоматологической практики и обосновывают необходимость дальнейшего изучения распространённости заболевания, возрастно-половых особенностей, факторов риска его возникновения и рецидивирования, а также совершенствования подходов к раннему выявлению и профилактике заболевания.

Зиёзода М.Р., Каримов М.Б., Назарзода Н.Х., Шарипова Ф.Ф.

СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГЛАЗА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности сочетанных повреждений органа зрения, орбиты и челюстно-лицевой области у детей с закрытой травмой глаза и оценить значение междисциплинарного подхода при диагностике, лечении и последующей реабилитации данной категории пациентов.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 173 историй болезни детей в возрасте от 1 до 15 лет с закрытой травмой органа зрения, находившихся на стационарном лечении в детском глазном отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в 2018–2020 гг. Средний возраст пациентов составил $8,4 \pm 3,1$ года. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, ультразвуковое В-сканирование, а по показаниям – дополнительные инструментальные методы. При подозрении на повреждение костных структур орбиты и средней зоны лица выполнялась лучевая диагностика и проводилась консультация детского челюстно-лицевого хирурга. Особое внимание уделяли случаям сочетанного повреждения глазного яблока, орбиты, верхнечелюстной пазухи и скулового комплекса.

Результаты исследования. Сочетанное повреждение органа зрения и структур челюстно-лицевой области выявлено у 6 из 173 детей (3,5%). В трёх случаях диагностирован перелом нижней стенки орбиты, анатомически соответствующей верхней стенке верхнечелюстной пазухи, сопровождавшийся развитием энофтальма. У двух детей выявлен перелом скуловой кости без выраженного смещения костных фрагментов. В одном случае определялось инородное тело, распространявшееся на область орбиты и верхнечелюстной пазухи. Все дети были своевременно осмотрены детскими челюстно-лицевыми хирургами. Тактика лечения определялась совместно офтальмологом и специалистом челюстно-лицевой хирургии с учётом состояния глазного яблока, орбитальных структур и костей средней зоны лица. В условиях многопрофильного стационара лечение офтальмологической и сопутствующей патологии проводилось параллельно. После стабилизации состояния органа зрения пациенты, нуждавшиеся в рекон-

структивном вмешательстве на костных структурах орбиты и лица, направлялись для дальнейшего специализированного лечения и реабилитации. В общей когорте тяжёлые закрытые травмы III степени составляли 70,5%, что подчёркивает необходимость обязательной комплексной оценки структур орбиты и лицевого скелета при выраженной травме глаза у ребёнка.

Выводы. Сочетанные повреждения органа зрения и челюстно-лицевой области выявлены у 3,5% госпитализированных детей с закрытой травмой глаза. Наиболее значимыми вариантами были переломы нижней стенки орбиты с энофтальмом, повреждения скуловой кости и сочетание орбитальной травмы с инородным телом верхнечелюстной пазухи. У детей с травмой орбитальной области необходима ранняя комплексная оценка состояния глазного яблока, орбиты, околоносовых пазух и костей лицевого скелета. Совместное ведение пациента офтальмологом и детским челюстно-лицевым хирургом позволяет своевременно определить показания и последовательность офтальмологического и реконструктивного этапов лечения и улучшить условия для последующей функциональной и анатомической реабилитации.

Исмоилова М.А., Муродова П.Ф.

ТАЪСИРИ КАМХУНӢ (АНЕМИЯ) БА ЧАРАӢНИ ЛАРИНГИТИ АТРОФИКӢ

Кафедраи оториноларингология ба номи профессор Ю.Б. Исҳоқӣ МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии таъсири камхунӣ ба чараёни ларингити атрофики ва муайян намудани нақши он дар ихтилоли вазифаи овозӣ бо истифода аз нишондиҳандаҳои фониатрӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар шуъбаи бемориҳои гуш, гулӯ ва биинии МД ММТ «Шифобахш» гузаронида шуд. Ба таҳқиқот 27 нафар бемори гирифтори ларингити атрофики дохил карда шуданд, ки аз онҳо 20 нафар (74%) зан ва 7 нафар (26%) мард буданд. Синну соли миёнаи беморони гурӯҳи таҳқиқотӣ 20,0 сол буд.

Ба ҳамаи беморон муоинаи клиникӣ, риноскопияи пеш ва ақиб, ларингоскопияи ғайримустақим, арзёбии шунавоии сифати овоз, муайян намудани вақти максималии фонатсия (ВМФ) ва муайян кардани сатҳи гемоглобин гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар 21 нафар (77,8%) бемор камхунӣ дараҷаҳои гуногун муайян гардид. Дар ин гурӯҳи беморон нишондиҳандаи вақти максималии фонатсия ба таври назаррас паст шуд: ба ҳисоби миёна $9,8 \pm 1,6$ сонияро ташкил дод, дар ҳоле ки меъёри он 15–20 сония мебошад.

Аз ҷиҳати клиникӣ беморон бештар ба гирифтани овоз, зуд ҳаста шудани овоз, эҳсоси хушкӣ ва нороҳатӣ дар гулӯ шикоят доштанд. Ҳангоми ларингоскопия тунукшавӣ ва хушкшавии луобпардаи ханчара, кам шудани намнокии он, инчунин аломатҳои атрофияи печҳои овозӣ мушоҳида гардиданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки кам шудани сатҳи гемоглобин бо вазнинтар гардидани чараёни клиникӣ ларингити атрофики ва бадшавии нишондиҳандаҳои вазифаи овоз алоқаманд мебошад. Эҳтимол меравад, ки ин бо вайроншавии трофикаи луобпардаи ханчара ва коҳиш ёфтани имконияти барқароршавии он вобаста бошад.

Хулоса. Камхунӣ яке аз омилҳои муҳиммест, ки метавонад ба вазнинтар шудани чараёни ларингити атрофики ва ихтилоли фаъолияти овоз мусоидат намояд. Аз ин рӯ,

муайян ва сари вақт ислоҳ намудани камхунӣ дар маҷмӯи тадбирҳои табобатии беморони гирифтори ларингити атрофӣ аҳамияти амалӣ дошта, метавонад ба беҳтар гардидани ҳолати луобпардаи ханчара, барқароршавии вазифаи овоз ва баланд шудани самаранокии табобат мусоидат намояд. Пастшавии вақти максималии фонатсия ҳамчун яке аз нишондиҳандаҳои муҳимми арзёбии фаъолияти овоз дараҷаи вайроншавии фонатсияро дар беморони гирифтори камхунӣ тасдиқ намуд.

Каримов М.Б. Анваров Дж.И., Махмадзода Ш.К., Хомидов И.Д.
РИНО-ОРБИТАЛЬНО-ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ МУКОРМИКОЗ ПОСЛЕ COVID-19:
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, ГУ НМЦ РТ
«Шифобахш». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить офтальмологические проявления, особенности лечения и исходы рино-орбитально-церебрального мукормикоза у пациентов, перенесших COVID-19.

Материал и методы. Под наблюдением находились 29 пациентов с мукормикозом, проходивших стационарное лечение в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в августе-декабре 2020 г. и августе-октябре 2021 г. Мужчин было 17, женщин – 12; возраст 36-66 лет, средний возраст $48 \pm 2,1$ года. Проводили офтальмоскопию, биомикроскопию, экзофтальмометрию, пневмотонометрию, КТ и МРТ головного мозга, орбит и околоносовых пазух, общеклиническое лабораторное обследование. Пациентов консультировали оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург, реаниматолог, эндокринолог, инфекционист и невролог. Срок наблюдения составил 1–9 месяцев.

Результаты исследования. Все пациенты перенесли COVID-19 за 20-40 дней до обращения и имели сахарный диабет 2 типа. 23 (79,3%) пациента лечились от COVID-19 амбулаторно или на дому. У всех в анамнезе отмечалась длительная антибактериальная и стероидная терапия; у 25 (86,2%) она была бесконтрольной. Глазные и орбитальные проявления выявлены у 26 (89,6%) пациентов и включали воспалительную инфильтрацию орбиты, птоз, экзофтальм, хемоз, офтальмоплегия, мидриаз, язвенные поражения роговицы, увеит и осложнённую катаракту. Эндофтальмит и панофтальмит развились у 9 (31,0%) больных. У 26 (89,6%) пациентов острота зрения снизилась до светоощущения с неправильной проекцией. У всех выявлялись синуситы и поражение мягкого/твёрдого нёба; невропатия лицевого нерва отмечена у 27 (93,1%). Летальный исход вследствие мозговых осложнений и кровотечений зарегистрирован у 10 (34,4%) больных. В комплекс лечения позднейших наблюдений включали противогрибковую терапию; хирургическая тактика предусматривала некрэктомию, синусотомию, орбитотомию и санацию гнойно-некротических очагов. Девяти (31,0%) пациентам выполнены энуклеация глаза и некрэктомия орбиты.

Выводы. Рино-орбитально-церебральный мукормикоз после COVID-19 у пациентов с сахарным диабетом характеризовался быстрым распространением, высокой частотой тяжёлого поражения органа зрения и значительной летальностью. К клинически важным факторам относились длительная и бесконтрольная стероидная терапия, и гипергликемия. Раннее распознавание рино-орбитальных симптомов, срочная визуали-

зация, мультидисциплинарное ведение, своевременная противогрибковая терапия и хирургический дебридмент являются ключевыми компонентами лечебной тактики.

Курбонова А.А., Рахимов М.Н. Рахимова М.Н.
ОСОБЕННОСТИ РЕЗИДЕНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ С ОДОНТОГЕН-
НЫМИ ФЛЕГМОНАМИ И АБЦЕССАМИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Выяснение представительства микроорганизмов гнойных ран у больных с одонтогенными флегмонами и абцессами для рационального выбора антибактериального препарата.

Материалы и метод. Проведен анализ 142 бактериограмм 100 больных с одонтогенными флегмонами и абцессами челюстно-лицевой области у детей. Бактериологическое изучение микрофлоры проводили стандартным методом на аппарате АТВ «Expression» Био Марс (Франция) с идентификацией и определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Учитывали результаты бактериологических исследований в титрах, превышающих КОЕ 10⁵-10⁷. Мальчиков было 77 (77%), девочек было 23 (23%) в возрасте от 5-14 лет. Флегмоны и абцессы лица и шеи у мальчиков чаще наблюдались в возрасте от 10-15 лет (25 случаев), у девочек от 5-10 лет (14 случаев).

Результаты исследования. Микробный пейзаж культур, выделенных из гнойной раны, был представлен грамположительными кокками в 148 случаях (-91,4%); стафилококками — 86 (-53,1%), из них St. Epidermis — 31, St. Hyicus — 23, St. Cohnii — 8, St. Oures — 4, St. Simulans — 3 и по одному случаю St. Ourucularis, Xycosus, Egvi; стрептококками — 62 (-%), из них Str. Pyogenes — 19, Str. Intermedius — 14, Str. Pneumonia — 11, Str. Mitis — 6, Str. Songeus — 3, Str. Solevarius — 3, E. Faccelis — 3 и по одному случаю — Str. Vinidans, Str. Warneri, Str. Anginosus. Грамотрицательная флора в 14 (8,6%) случаях представлена Fcoli — 7, klebsiella pneumonia — 4, Enterobacterogenes — 1, P. agglomerans — 1.

Выводы. Проведённые исследования показали, что из гнойной раны у детей с одонтогенными флегмонами и абцессами челюстно-лицевой области выявляется преимущественно стафилококки и стрептококки высоко резистентные ко всем основным группам антибиотиков, что предполагает необходимость поиска более эффективных препаратов для антибактериальной терапии.

Курбонова Ш. Дж., Курбоналиева Ш.К.
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ
СРЕДСТВ НА СОСТОЯНИЕ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ТЕРМО-
ПЛАСТОВ

Кафедра ортопедической стоматологии
ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить влияние различных дезинфицирующих гигиенических средств на состояние съёмных зубных протезов из термопластов

Материал и методы. На базе кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период с 2018 по 2019 гг. под нашим наблюдением находились 23 пациента (мужчин – 7, женщин – 16) в возрасте от 40 до 70 лет с различными дефектами зубных рядов, которым были изготовлены протезы из термопластов (нейлон). Для оценки влияния различных химических гигиенических растворов на зубные протезы все больные были разделены на 3 группы. Первой группе больных (8) рекомендовали использовать для гигиенического ухода протеза раствор «Корега табс», второй группе больных (7) рекомендовали препарат «Локалют» и третьей группе больных (7) гипохлорид натрия в соотношении 1:10.

Результаты исследования. Всем больным рекомендовали, прежде всего, тщательную механическую очистку зубных протезов с последующим использованием одной из видов дезинфицирующих средств. Оценку состояния съёмных протезов проводили визуально. Выявляли наличие трещин в базисе съёмного зубного протеза, поломок искусственных зубов и элементов крепления съёмной ортопедической конструкции. У первой группы пациентов на момент осмотра (спустя 3 месяца) не обнаружилось: изменения цвета базиса протеза, бактериальный налет, шероховатости и микроцарапины. У больных второй и третьей группы нами были обнаружены: значительное изменение цвета базиса протеза, бактериальный налет, шероховатости и микроцарапины.

Вывод. Таким образом, раствор «Корега табс» показывает преимущество перед другими гигиеническими растворами, который не оказывает отрицательный эффект на состояние съёмных зубных протезов из термопластов.

Махамадиев А.А., Муродов Ш.Д., Гуломов З.С., Саидов Д.Х.

ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА КАК ПРИЧИНА ОТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Кафедра оториноларингологии имени профессора Ю.Б. Исхаки
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить клинические проявления дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сопровождающейся отологическими симптомами, и определить эффективность комплексного междисциплинарного подхода к диагностике и лечению.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование **68 пациентов** с дисфункцией ВНЧС в возрасте от **20 до 61 года** (средний возраст – **38,9±10,4 года**). Женщин было **46 (67,6%)**, мужчин – **22 (32,4%)**. Всем пациентам выполнены клиническое обследование ЛОР-органов и стоматологический осмотр, отоскопия, эндоскопия полости носа, тональная пороговая аудиометрия, тимпанометрия, магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава, а также оценка интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Комплексное лечение включало окклюзионную терапию, физиотерапевтическое лечение, миорелаксирующую медикаментозную терапию и лечебную гимнастику. Статистическую обработку проводили с использованием программы **SPSS Statistics 26.0**, различия считали достоверными при **p<0,05**.

Результаты исследования. Основными жалобами пациентов были боль в области уха (82,4%), ощущение заложенности уха (66,2%), шум в ушах (55,9%), щелчки в области ВНЧС (79,4%) и ограничение открывания рта (38,2%). При ЛОР-обследовании органической патологии наружного и среднего уха не выявлено у 88,2% обследованных. По данным МРТ признаки внутреннего нарушения ВНЧС диагностированы у 76,5% пациентов, преимущественно в виде переднего смещения суставного диска. После курса комплексного лечения интенсивность боли уменьшилась в среднем с $6,8 \pm 1,4$ до $2,1 \pm 0,9$ балла по ВАШ ($p < 0,001$). Полное исчезновение ощущения заложенности уха отмечено у 79,4%, шума в ушах – у 63,2%, а болевого синдрома – у 86,8% пациентов.

Выводы. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава является одной из частых причин отологических симптомов при отсутствии органической патологии уха. Наиболее характерными клиническими проявлениями являются боль в области уха, ощущение его заложенности, шум в ушах и щелчки в области ВНЧС. Комплексное обследование с обязательным участием оториноларинголога и стоматолога позволяет своевременно установить истинную причину жалоб и избежать необоснованного лечения заболеваний уха. Междисциплинарный подход к лечению способствует достоверному уменьшению выраженности отологических симптомов, улучшению функции височно-нижнечелюстного сустава и качества жизни пациентов.

Махмадзода Ш.К., Нуриддинов Дж.А., Мероджев Г.К., Остонаева П.М.
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ВИРУСНЫХ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку клинико-офтальмологических проявлений у пациентов с циррозом печени HBV-, HBV+HDV- и HCV-этиологии в зависимости от стадии заболевания и класса Child-Pugh, а также определить изменения органа зрения, наиболее связанные с тяжестью печёночной недостаточности.

Материал и методы. В исследование включены 135 пациентов с циррозом печени вирусной этиологии, обследованных в 2025 году: 45 пациентов с HBV-циррозом, 45 – с HBV+HDV-циррозом и 45 – с HCV-циррозом. Выполнено комплексное клиническое и офтальмологическое обследование, включавшее визометрию, авторефрактометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, фундус-фотографию, оптическую когерентную томографию, при наличии показаний ОКТ-ангиографию, компьютерную периметрию, тест Ширмера, пробу Норна и ультразвуковое исследование глаза. Пациентов стратифицировали по клинической стадии цирроза и классам Child-Pugh A, B и C. Категориальные признаки сравнивали с использованием критерия χ^2 или точного критерия Фишера, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В общей выборке наиболее частыми офтальмологическими изменениями были желтушность конъюнктивы и синдром сухого глаза. При HBV желтушность конъюнктивы выявлена у 71,1% пациентов, синдром сухого глаза – у 64,4%; при HBV+HDV – у 71,1% и 62,2%; при HCV – у 82,2% и 75,6% соответственно. Статистически значимые различия между этиологическими группами установлены

по частоте субатрофии радужки (46,7% при HBV, 28,9% при HBV+HDV и 62,2% при HCV; $p=0,006$), дистрофических изменений роговицы (35,6%, 17,8% и 44,4%; $p=0,023$), помутнения хрусталика (42,2%, 64,4% и 37,8%; $p=0,025$) и повышения ВГД >21 мм рт. ст. (8,9%, 8,9% и 33,3%; $p=0,002$). На стадии декомпенсации различия становились более выраженными: при HCV субатрофия радужки выявлялась у 82,4% больных, синдром сухого глаза достигал 100%, повышенное ВГД регистрировалось у 32,4%; при HBV+HDV помутнение хрусталика отмечено у 76,5% пациентов. При Child-Pugh C статистически значимые межэтиологические различия выявлены по изменениям радужки ($p=0,022$), хрусталика ($p=0,008$), сетчатки по ОКТ ($p=0,040$) и диска зрительного нерва/глазного дна ($p=0,040$). Наиболее высокая сочетанность офтальмологических признаков отмечена при HCV и Child-Pugh C – в среднем 4,60 признака на пациента; у 80,0% этих больных острота зрения была ниже 0,5.

Выводы. Поражение органа зрения при вирусном циррозе печени имеет многокомпонентный характер и зависит как от этиологии, так и от тяжести печёночной недостаточности. Наиболее выраженные изменения концентрируются при декомпенсации и в классах Child-Pugh B-C. При HCV особого внимания требуют синдром сухого глаза, состояние радужки, внутриглазное давление и задний отрезок глаза; при HBV+HDV – состояние хрусталика. Пациентам с тяжёлым вирусным циррозом целесообразно проводить расширенное офтальмологическое обследование как компонент междисциплинарного наблюдения.

Махмадзода Ш.К., Каримов М.Б., Юнусова З.И., Рахимова З.И.
ВРОЖДЁННЫЙ ПТОЗ И АНОМАЛИИ ВЕК У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ ХА-
РАКТЕРИСТИКА И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АСПЕКТ ПЕРИОРБИТАЛЬ-
НОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить клинические особенности врождённого птоза и других врождённых аномалий век у детей в структуре специализированной офтальмологической помощи и определить значение комплексной оценки периорбитальной области при планировании лечения.

Материал и методы. Из общей базы 319 детей с врождённой патологией органа зрения отобраны 25 пациентов, у которых основным нозологическим кодом были врождённый птоз или другие врождённые аномалии век (Q10.0/Q10.3). Проанализированы возраст, пол, сторона поражения, сопутствующая офтальмологическая патология, возраст первого обращения, данные зрительных функций и характер проведённого лечения. Для статистического описания использовали абсолютные показатели, проценты, среднее и медиану возраста.

Результаты исследования. Врождённый птоз и другие аномалии век составили 25 из 319 случаев (7,8%) врождённой офтальмопатологии. Среди пациентов было 12 (48,0%) мальчиков и 13 (52,0%) девочек. Возраст при госпитализации варьировал от 2 до 15 лет, средний возраст составил 8,0 года, медиана – 8 лет. Одностороннее поражение отмечено у 19 (76,0%) детей, двустороннее – у 6 (24,0%). Сопутствующие офтальмологические нарушения выявлены у 6 (24,0%) пациентов. Среди них зарегистрированы содружественное косоглазие у 3 (12,0%), амблиопия у 2 (8,0%) и астигматизм у 2

(8,0%) детей; у отдельных пациентов имелось сочетание нескольких функциональных нарушений. Полученные данные показывают, что врождённый птоз является не только косметическим дефектом периорбитальной области, но и состоянием, способным сопровождаться нарушением формирования зрительных функций. При выраженной асимметрии век и сочетании с деформациями периорбитальной или краниофациальной зоны оценка ребёнка должна учитывать, как офтальмологический, так и реконструктивно-анатомический аспекты.

Выводы. Врождённый птоз и аномалии век составили 7,8% изученной когорты детей с врождённой патологией органа зрения и в большинстве случаев имели односторонний характер. У каждого четвёртого ребёнка выявлены сопутствующие офтальмологические нарушения, включая косоглазие, амблиопию и астигматизм. При выборе тактики лечения необходимо оценивать не только положение века, но и состояние зрительных функций, симметрию периорбитальной области и возможные сочетанные краниофациальные изменения. Такой подход определяет целесообразность взаимодействия офтальмологов с челюстно-лицевыми и реконструктивными хирургами в сложных сочетанных случаях.

Махмудов М.М.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРООРГАНИЗМОВ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Кафедра ортопедической стоматологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучение адгезии микроорганизмов полости рта к поверхности различных ортопедических материалов.

Материал и методы. Для проведения микробиологического исследования ортопедических конструкций нами были выбраны наиболее часто используемые протезы (несъемные металлокерамические и металлопластмассовые ортопедические протезы, также изготовленные из сплава КХС). Для решения этой задачи использовали чистые культуры бактерий *Privatella melaninoqenica*, *Fusobacterium nucleatum* и дрожжеподобных грибов *Candida ablicans*.

Заранее подготовленные протезы из различных материалов до фиксации в полости рта для устранения окклюзионных дефектов помещали во взвесь чистой культуры. Затем соответствующие протезы промывали в физиологическом растворе и вновь погружали в ультразвуковую ванночку. После ультразвуковой обработки образцы вынимали, а из физиологического раствора производили количественный высеив на 5% кровяной агар. После культивирования в анаэробных условиях проводили подсчет выросших колоний и вычисляли индекс адгезии для каждого образца.

Результаты исследования. При оценке адгезии для дрожжеподобных грибов *Candida ablicans* индекс адгезии практически не менялся у всех трех образцов.

При исследовании адгезии к образцам бактерий *Privatella melaninoqenica* индекс адгезии также почти не менялся для всех ортопедических материалов. Адгезия *Fusobacterium nucleatum* варьировала для разных материалов. Адгезия кариесогенного

вида бактерий *Streptococcus mutans* была минимальной для ортопедического образца керамической природы и пластмассовой (0,67) природы.

Выводы. В результате проведенного микробиологического исследования было выявлено, что индекс адгезии для дрожжеподобных грибов *Candida albicans* находится на низком уровне и практически не изменяется для всех экспериментальных образцов ортопедических материалов. Подобная картина была отмечена и для бактериального вида *Privatella melaninogenica*. Вирулентный бактериальный вид *Fusobacterium nucleatum* обладал меньшей адгезией к металлокерамическим поверхностям по сравнению с образцами металлической и пластмассовой природы.

Миъроджова Н.А., Ёраков Ф. М., Расулова С.И.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ГИНГИВИТОМ

Кафедра терапевтической стоматологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Провести клинико-диагностическую оценку состояния тканей пародонта и уровня гигиены полости рта у пациентов с хроническим генерализованным гингивитом.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с клиническими признаками хронического генерализованного гингивита. Среди обследованных было 18 (60,0%) женщин и 12 (40,0%) мужчин. Всем пациентам проводили стоматологический осмотр с оценкой состояния слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта. Уровень гигиены определяли с помощью индекса ОНІ-S, интенсивность воспаления десны — по индексу РМА, состояние пародонта — с использованием CRITN. Полученные результаты подвергали статистической обработке.

Результаты исследования. При клиническом обследовании у большинства пациентов отмечались гиперемия и отёчность десневого края, а также кровоточивость при зондировании. У 21 (70,0%) обследованного выявлялась локализованная гиперемия межзубных сосочков, у 18 (60,0%) — умеренная кровоточивость десны, у 14 (46,7%) — наличие мягкого зубного налёта в значительном количестве.

Среднее значение индекса ОНІ-S составило $2,1 \pm 0,2$, что соответствовало неудовлетворительному уровню гигиены полости рта. У пациентов с выраженным количеством зубного налёта отмечались более интенсивные признаки воспаления десны.

Среднее значение индекса РМА составило $36,4 \pm 2,8\%$, что свидетельствовало о наличии умеренно выраженного воспалительного процесса в тканях десны. Наиболее высокие значения индекса РМА наблюдались у пациентов с неудовлетворительным уровнем гигиены полости рта. По результатам оценки CRITN у 17 (56,7%) пациентов определялась кровоточивость после зондирования, у 10 (33,3%) — наддесневые и поддесневые зубные отложения, у 3 (10,0%) — более выраженные изменения пародонта, требующие дополнительного обследования и комплексного лечения. Таким образом, выявлена взаимосвязь между уровнем гигиены полости рта и выраженностью воспалительных изменений тканей пародонта. При увеличении количества зубного налёта от-

мечалось повышение показателей РМА и увеличение частоты положительных показателей CPITN.

Выводы. 1. У пациентов с хроническим генерализованным гингивитом выявляется сочетание неудовлетворительного уровня гигиены полости рта и воспалительных изменений тканей десны.

2. Среднее значение ОНI-S составило $2,1 \pm 0,2$, РМА — $36,4 \pm 2,8\%$, что подтверждает наличие выраженных нарушений гигиены и воспалительного процесса в тканях пародонта.

3. Использование индексов ОНI-S, РМА и CPITN позволяет объективизировать степень гигиенических нарушений и выраженность воспаления тканей пародонта.

4. Ранняя диагностика и своевременная профессиональная гигиена полости рта имеют важное значение в профилактике прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта.

Миъроджова Н.А. Ёраков Ф. М., Расулова С.И.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ
КАРИЕСА ЗУБОВ

Кафедра терапевтической стоматологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клинические особенности начальных форм кариеса и оценить основные факторы, ассоциированные с его развитием.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов в возрасте 18–45 лет. Всем пациентам проводили клинический осмотр, оценку состояния твёрдых тканей зубов и определение уровня гигиены полости рта по индексу ОНI-S. Интенсивность кариеса оценивали по индексу КПУ. Дополнительно изучались частота употребления углеводсодержащих продуктов и регулярность проведения профессиональной гигиены.

Результаты исследования. У 19 (63,3%) обследованных выявлен неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. Среднее значение ОНI-S составило $1,9 \pm 0,2$. Начальные кариозные изменения в виде очагов деминерализации эмали обнаружены у 11 (36,7%) пациентов. Среднее значение индекса КПУ составило $7,4 \pm 0,6$. У пациентов, регулярно употреблявших сладкие продукты более 2–3 раз в день, начальные кариозные поражения выявлялись чаще. Профессиональную гигиену полости рта в течение последнего года проходили 8 (26,7%) пациентов, тогда как 22 (73,3%) пациента не обращались для проведения профессиональной гигиены.

Полученные данные свидетельствуют о сочетании неудовлетворительной гигиены, частого употребления ферментируемых углеводов и недостаточного профилактического стоматологического наблюдения.

Выводы. Ранняя диагностика начального кариеса имеет важное значение для предупреждения прогрессирования поражения эмали. Комплексная оценка индексов КПУ и ОНI-S в сочетании с анализом гигиенических и пищевых привычек позволяет определить основные факторы риска развития кариеса. Профилактика должна включать индивидуальную и профессиональную гигиену, коррекцию пищевого поведения и регулярные стоматологические осмотры.

Мирзокаримов Ю.Г., Давлатова Н.Ш.
СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИ-
ОННЫХ ДЕФЕКТОВ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ И ОПТИМИЗА-
ЦИЯ ТАКТИКИ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Структурный анализ случаев окклюзионного протезирования зубов несъемными конструкциями, повлекшими за собой повторное протезирование, и выработка мер по оптимизации тактики повторного протезирования.

Материал и методы. Для решения поставленной цели нами проанализированы 222 случая окклюзионного протезирования зубов несъемными протезами (штампованно-паянные, цельнолитые, пластмассовые, металлокерамические). Причиной первичного протезирования у стоматологических пациентов явилась частичная вторичная адентия. Большинство пациентов были в возрасте от 30 до 60 лет, средний возраст составил $46,9 \pm 2,4$ года. Среди пациентов, обратившихся за повторным протезированием, женщин было больше (61,2 %), чем мужчин (38,8 %).

Результаты исследования. Среди опрошенных лиц в 39,3 % случаев пациенты жаловались на проявления воспалительных изменений в прилегающих к несъемным зубным протезам мягких тканях, что в 33,3 % наблюдений сопровождалось болями под протезами. Боли в области опорных зубов встречались в 19,7 % наблюдений, причём в 13,1 % случаев пациенты обращали внимание на подвижность опорных зубов в области супраконструкционных элементов. В 9,3 % наблюдений больных с ортопедическими конструкциями в полости рта беспокоило неудобство при смыкании зубных рядов. Эстетические и фонетические нарушения пациенты отмечали соответственно в 16,9 % и 13,7 % случаев. Как свидетельствуют полученные результаты, воспалительные изменения в прилегающих к несъемным зубным протезам мягких тканях были обусловлены в большинстве своём (28,4 %) неудовлетворительной подготовкой полости рта перед протезированием окклюзионных дефектов. В 16,7 % наблюдений мостовидные зубные протезы большой протяжённости были применены без учёта состояния опорных зубов и силовых взаимоотношений между зубными рядами, что привело к подвижности опорных зубов в области супраконструкционных элементов и появлению болевых ощущений. Неудовлетворительное моделирование облицовки зубных протезов, наблюдающееся в 14,9 % случаев, сопровождалось эстетическими нарушениями, а конструкционные ошибки с неплотным смыканием зубов (7,7 %) вызвали фонетические нарушения среди пациентов.

Выводы. После выяснения причин дефектов первичного протезирования несъемными конструкциями, нами разработаны некоторые дополнительные меры по оптимизации тактики повторного протезирования зубов. В частности, при повторном протезировании окклюзионных дефектов учитывали необходимость следующих принципов работы: составление предварительного и окончательного плана повторного ортопедического лечения окклюзионных дефектов; документирование информирования пациента о плане ортопедического лечения окклюзионных дефектов; документирование проведённых исследований и их результатов, подтверждающих полноценную диагностику; документирование всех ортопедических манипуляций, на-

значений, этапов стоматологического лечения и промежуточных осмотров; информирование пациента о сроках лечения, его стоимости и гарантиях, а также возможных осложнениях; обсуждение и разъяснение рекомендаций по профилактике осложнений, графику профилактических осмотров; обязательное документирование информирования пациента по вышеупомянутым вопросам.

Муродов Ш.Д., Юсупов А.Ш., Саидов Д.Х., Давлатов С.С.
РОЛЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Кафедра оториноларингологии имени профессора Ю.Б. Исхаки
ГООУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить роль своевременной хирургической коррекции деформации перегородки носа в профилактике развития зубочелюстных аномалий у детей.

Материал и методы исследования. В период 2025 и половины 2026 годы было госпитализировано 74 больных в возрасте от 13 до 53 лет с деформацией перегородки носа. Среди обследованных было 43 (58,1%) мужчин и 31 (41,9%) женщин. Комплексное обследование включало сбор анамнеза, переднюю риноскопию, эндоскопическое исследование полости носа, рентген и КТ околоносовых пазух, а также переднюю активную риноманометрию для объективной оценки носового дыхания. Состояние зубочелюстной системы оценивали совместно со стоматологом-ортодонтом. Анализировали форму зубных дуг, вид прикуса, ширину верхней челюсти, наличие скученности зубов, глубину небного свода и положение нижней челюсти. В зависимости от сроков хирургического лечения пациенты были разделены на две группы. I группа – 39 пациентов, которым септопластика была выполнена в течение первого года после появления стойких симптомов нарушения носового дыхания. II группа – 35 больных с длительностью назальной обструкции более трех лет до хирургического лечения. Всем пациентам выполнена функциональная органосохраняющая септопластика с максимальным сохранением зон роста перегородки носа. Контрольное обследование проводили через 12 месяцев после операции.

Результаты исследования. До оперативного лечения хроническое нарушение носового дыхания отмечалось у 71 (95,9%) больных, постоянное ротовое дыхание – у 62 (83,8%). Через 12 месяцев после септопластики полноценное восстановление носового дыхания зарегистрировано у 69 (93,2%) больных. Частота привычного ротового дыхания снизилась с 83,8% до 12,2%. У пациентов I группы прогрессирование зубочелюстных аномалий отмечалось лишь у 3 (7,7%) пациентов, тогда как во II группе – у 12 (34,3%). Стабилизация роста верхней челюсти и нормализация ширины зубной дуги без необходимости раннего ортодонтического вмешательства наблюдались у 31 (79,5%) больного I группы и только у 16 (45,7%) пациентов II группы. Потребность в последующем комплексном ортодонтическом лечении составила 20,5% среди больных, перенесших своевременную септопластику, тогда как при поздней хирургической коррекции данный показатель достигал 54,3%. Корреляционный анализ выявил статистически значимую связь между продолжительностью нарушения носового дыхания и выраженностью зубочелюстных деформаций ($r=0,64$; $p<0,001$). Установлено, что увеличе-

ние срока назальной обструкции сопровождалось достоверным повышением частоты формирования патологического прикуса.

Выводы. Деформация перегородки носа, сопровождающаяся хронической назальной обструкцией, является одним из значимых факторов риска формирования зубочелюстных аномалий. Продолжительность нарушения носового дыхания достоверно коррелирует с частотой и степенью выраженности патологического прикуса. Выполнение функциональной септопластики на ранних этапах заболевания обеспечивает восстановление физиологического носового дыхания у 93,2% пациентов и значительно снижает риск прогрессирования зубочелюстных нарушений ($p < 0,05$). Своевременная хирургическая коррекция деформации перегородки носа позволяет уменьшить потребность в последующем ортодонтическом лечении более чем в 2 раза по сравнению с поздним оперативным вмешательством (20,5% против 54,3%).

Муродова П. Ф., Исмоилова М.А., Рахматуллоева Ф. И.
ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ХИМОТРИПСИНОМ ПРИ НЕБОЛЬШИХ ПО-
ЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ

Кафедра оториноларингологии им. профессора Исхаки Ю.Б
ГОУ ТГМУ им. Абуали Ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность и безопасность ингаляционного применения химотрипсина в комплексном лечении пациентов с небольшими полиповидными образованиями голосовых складок.

Материалы и методы. Исследование проведено в ЛОР-клинике ГУ НМЦ «Шифобахш». В исследование включены 34 пациента с небольшими полиповидными образованиями голосовых складок на ранних стадиях формирования. Среди них было 12 мужчин и 22 женщины. Средний возраст пациентов составил 55 лет. Оценка эффективности и безопасности лечения проводилась на основании анализа жалоб пациентов, динамики видеоларингоскопической картины и состояния слизистой оболочки голосовых складок.

Результаты исследования. Основными клиническими проявлениями заболевания являлись дисфония различной степени выраженности, ощущение инородного тела в горле и периодическое покашливание. При эндоскопическом исследовании отмечались гиперемия и отечность слизистой оболочки голосовых складок, а также нарушение их смыкания вследствие полиповидных изменений. Лечение носило комплексный патогенетический и симптоматический характер. Местно проводили ингаляции химотрипсина в дозе 5–10 мг, разведенного в 5 мл 0,9% раствора натрия хлорида, через небулайзер 2 раза в сутки по 10 минут. Применение препарата было направлено на уменьшение вязкости патологического секрета, снижение выраженности отека-воспалительных изменений и улучшение состояния слизистой оболочки голосовых складок.

Одновременно назначались противовоспалительная, противоотечная и антигистаминная терапия. На фоне проводимого лечения у большинства пациентов наблюдалось уменьшение субъективных жалоб, улучшение качества голоса и положительная динамика эндоскопической картины в виде уменьшения гиперемии и отека слизистой

оболочки голосовых складок. Признаков повреждения слизистой оболочки и местных нежелательных реакций в ходе лечения не отмечено.

Выводы. Ингаляционная терапия химотрипсином в составе комплексного консервативного лечения способствует уменьшению отека компонента и улучшению эндоскопической картины у пациентов с небольшими полиповидными образованиями голосовых складок. Наиболее выраженный клинический эффект наблюдается на ранних стадиях формирования образований, когда преобладают воспалительно-отечные изменения слизистой оболочки. Метод характеризуется хорошей переносимостью и может быть рекомендован как один из компонентов комплексной консервативной терапии у данной категории пациентов.

Муродова П.Ф., Исмоилова М.А.

ТАЪСИРИ БЕМОРИҲОИ ИЛТИҲОБИИ ЧАВҲҲОИ НАЗДИБИНӢ БА ТАҒЙИРОТИ ОВОЗ

Кафедраи оториноларингология ба номи профессор Ю.Б. Исҳоқӣ
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиш ва таҳлили тағйироти тембр, резонанс ва дигар хусусиятҳои акустикии овоз дар беморони гирифтори бемориҳои шадид ва музминии илтиҳобии чавфҳои наздибинӣ.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар шӯбаи бемориҳои гуш, гулӯ ва бинии МД ММТ «Шифобахш» гузаронида шуд. Дар таҳқиқот 60 нафар бемори гирифтори бемориҳои шадид ва музминии чавфҳои наздибинӣ иштирок намуданд. Аз онҳо 34 нафар (57%) мард ва 26 нафар (43%) занон мебошанд. Синну соли миёнаи беморон то 35 сола ташкил медиҳад.

Барои арзёбии ҳолати овоз усулҳои муосири таҳлиси истифода шуданд: таҳлили акустикии овоз (муайян намудани тағйироти тембр, резонанс ва хусусиятҳои спектралии овоз), арзёбии клиникӣ, риноскопия, эндоскопияи бинӣ, инчунин усулҳои визуализатсионӣ – томографияи компютерӣ (КТ) ва дигар усулҳои зарурии таҳлиси.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар беморони гирифтори бемориҳои илтиҳобии чавфҳои наздибинӣ тағйироти муайяни ҷаъолияти овозӣ мушоҳида гардиданд. Нишонаҳои асосӣ аз паст шудани равшании овоз, тағйирёбии тембр, пастшавии резонанси овоз ва вайроншавии танзими садобарорӣ иборат буданд.

Ҳангоми эндоскопияи бинӣ луобпардаи гиперемияшуда, варам ва тағйироти патологӣ дар минтақаи остияҳои чавфҳои наздибинӣ муайян гардиданд. Таҳлиси томографияи компютерӣ ғафсшавии луобпарда, қисман ё пурра пуршавии чавфҳо бо экссудат ва тағйироти сохтории минтақаи наздибиниро нишон дод.

Муолиҷаи комплексӣ, ки истифодаи доруҳои зиддиилтиҳобӣ, антибактериалӣ (тибқи нишондод), доруҳои зиддиаллергӣ, муколитикӣ ва усулҳои барқарорсозии нафаскашии биниро дар бар мегирифт, ба беҳтаршавии ҳолати клиникӣ ва барқароршавии хусусиятҳои овоз мусоидат намуд.

Хулоса. Бемориҳои шадид ва музминии илтиҳобии чавфҳои наздибинӣ метавонанд боиси вайроншавии функсияи резонансии дастгоҳи овозӣ ва тағйироти сифатии овоз гарданд. Тағйироти тембр, пастшавии резонанс ва камшавии равшании овоз аз нишонаҳои муҳими ин бемориҳо мебошанд. Муайян намудани чунин тағйирот

бо истифодаи усулҳои клиникӣ ва акустикий таҳқиқи овоз барои арзёбии ҳолати беморон ва интихоби табobati самаранок аҳамияти муҳимм дорад.

Муртазо Э., Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Бобозода Ф.О.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологическую структуру врождённой патологии органа зрения у детей, проходивших обследование и лечение в специализированном офтальмологическом стационаре.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ базы данных 319 детей с врождённой патологией органа зрения, госпитализированных в 2017-2026 гг. В анализ включали возраст при поступлении, пол, регион проживания, основной диагноз, нозологическую форму, латеральность поражения, возраст выявления заболевания, сведения о предшествующем и стационарном лечении. Возраст пациентов составлял от 0,1 до 16 лет. Нозологическую принадлежность оценивали по основному диагнозу и указанному коду заболевания. Для описания выборки использовали абсолютные значения и доли (%), для возраста - среднее и медиану.

Результаты исследования. Из 319 пациентов 182 (57,1%) были мальчиками и 137 (42,9%) – девочками. Средний возраст при госпитализации составил 5,2 года, медиана – 4 года. Дети в возрасте до 1 года составили 41 (12,9%), от 1 до 5 лет — 147 (46,1%), от 6 до 10 лет – 75 (23,5%), старше 10 лет – 56 (17,6%). Двустороннее поражение зарегистрировано у 212 (66,5%) детей, одностороннее – у 107 (33,5%). В структуре ведущих нозологических форм наиболее часто встречались врождённая катаракта (первичный код Q12.0 - 119 случаев; 37,3%), врождённая глаукома/гидрофтальм (Q15.0 - 74; 23,2%), врождённый нистагм и связанные с ним нарушения зрительных функций (H55.0/H55.0 - 70; 21,9%). Врождённый птоз и другие аномалии век (Q10.0/Q10.3) выявлены у 25 (7,8%) пациентов. Реже регистрировались микрофтальм, врождённые аномалии роговицы, зрительного нерва и другие формы врождённой офтальмопатологии. Преобладание двустороннего поражения и высокая доля детей раннего возраста подчёркивают необходимость максимально раннего выявления патологии и своевременного направления в специализированный центр.

Выводы. В структуре врождённой патологии органа зрения у детей преобладают врождённая катаракта, врождённая глаукома и заболевания, сопровождающиеся нистагмом и выраженным снижением зрительных функций. Для исследуемой когорты характерны преобладание двустороннего поражения и значительная доля пациентов первых пяти лет жизни. Полученные данные подтверждают необходимость раннего офтальмологического скрининга, маршрутизации детей в специализированные центры и междисциплинарного взаимодействия при сочетанных аномалиях краниофациальной и периорбитальной области.

Олимов А.М., Каримов С.М., Джонибекова Р.Н.
ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ
БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТ-
НОВОГО КОМПЛЕКСА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. разработать тактику пред- и послеоперационной коррекции педиатрического статуса детей с врождёнными пороками развития верхнечелюстного комплекса (ВПРВК) с периода новорожденности, позволяющая осуществить первичную хейлопластику в ранние сроки.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 116 детей в возрасте от 1-х месяца до 15 лет с ВРГН, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков (99 больных), неонатологии (11 больных), карантинно-диагностическом детском соматическом отделении (4 больных) детском соматическом грудничковом отделении (2 больных) ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2023-2026гг. Мальчиков было 65, девочек - 51. Также проведен анализ данных по результатам выездных консультаций новорожденных с ВПРВК в родильных домах (19 детей, мальчиков - 10, девочек - 9).

Результаты исследования. В результате проведенного исследования установлено, что у 32 больных первичная хейлопластика проведена в сроки позднее одного года. Основными причинами позднего обращения родителей явились сопутствующие заболевания у ребенка. У 17 детей, родители которых обратились в ранние сроки, по поводу выявленных сопутствующих заболеваний проведено стационарное лечение в соматическом отделении с последующим амбулаторным лечением для подготовки к первичной хейлопластике.

Согласно принятой в нашей клинике тактике при планировании операции педиатр вместе с анестезиологом и челюстно-лицевым хирургом оценивает общее состояние больного, определяет риск предполагаемого объема операции и предпринимает все необходимые меры для улучшения состояния больных. В плане лечения педиатру отводится достаточное время для подготовки, позволяющей выполнять операцию при оптимальном состоянии больного.

Наш опыт показывает, что педиатрическое наблюдение и лечение детей с ВРГН имеющих сопутствующие заболевания, в процессе их подготовки к первичной хейлопластике целесообразно разделить на 5 этапов.

Первый этап – консультативный. В условиях кабинета диспансеризации при отделении ЧЛХ проводится клинко-лабораторное обследование детей, в котором принимают участие все необходимые специалисты.

Второй этап - подготовительный. При выявлении сопутствующей патологии, осуществляется ее лечение амбулаторно или стационарно в соматическом отделении.

Третий этап – стационарный. Первичная хейлопластика.

Четвертый этап – этап послеоперационной реабилитации, который проводится в амбулаторных условиях. Основной задачей этого этапа является проведение восстановительных мероприятий, направленных на нормализацию жизненно важных функций.

Пятый этап – диспансерное наблюдение у ЧЛХ и ортодонта.

Выводы. Таким образом, в хирургии врожденных пороков развития сроки проведения первичной хирургической коррекции является актуальной. Необходимо отметить, что своевременное и правильное выполнение первого этапа хирургического лечения, определяет конечный успех реабилитации детей с ВПРВК. В связи с этим в комплексной реабилитации детей с ВПРВК педиатрический аспект подготовки детей к хирургическому лечению крайне важен.

Очилдиев К.Р.

УСТРАНЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, УХУДШАЮЩИХ ЭКОСИСТЕМУ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ СОПУТСТВУЮЩУЮ СОМАТИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ

Кафедра ортопедической стоматологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Как устранить факторы риска, ухудшающие экосистему ротовой полости у пациентов, имеющих сопутствующую соматическую патологию.

Материал и методы исследования. Для изучения экосистемы полости рта нами проведено комплексное обследование 250 человек в возрасте от 20 до 50 лет, среди которых 150 мужчин и 100 женщин, имеющих сопутствующие соматические патологии. Для объективной оценки изучаемой системы использовали индексы интенсивности стоматологической заболеваемости, гигиенические индексы и индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта. Для решения поставленной цели нами была использована методика проведения диагностической, лечебной и профилактической стоматологической помощи по 3-этапному принципу. На первом этапе изучение экосистемы полости рта позволило получить не только полное представление о сущности патологического процесса в тканях зубов и пародонта, но и сформировать группы пациентов с локальными факторами высокого риска по развитию кариеса зубов и заболеваний пародонта.

Результаты исследования. Результаты изучения параметров стоматологического уровня здоровья показали, что клинические подходы могут быть использованы для оценки экосистемы ротовой полости и разделение этой системы как вариант с благоприятным состоянием стоматологического статуса и отсутствия патологических признаков в органах полости рта, как вариант с компенсированным и субкомпенсированным состоянием стоматологического статуса с высокой вероятностью развития патологического процесса, а также как вариант с некомпенсированным состоянием стоматологического статуса с высокой вероятностью хронизации патологического процесса органов и физиологической среды полости рта.

На втором этапе, с учетом имеющего состояния экосистемы, в зависимости от наличия неблагоприятных локальных факторов обследованные распределялись по следующим группам: I группа - нуждающиеся в полной санации полости рта и коррекции гигиенических нарушений в органах полости рта; II группа - в проведении активной санации полости рта и профессиональных гигиенических мероприятий; III группа - в радикальном комплексном лечении стоматологического характера. Для каждой из групп определялись объем и последовательность необходимых местных и общих вмешательств, частота явок и контрольных исследований.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования нами установлено, что в зависимости от экосистемы полости рта предрасположенность к возникновению патологических процессов органов и среды полости рта возрастает у пациентов, имеющих сопутствующие соматические патологии.

Рахматова М.Ф., Ёраков Ф.М.

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА РАДИОВИЗИОГРАФИЧЕСКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ НА ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ

Кафедра терапевтической стоматологии
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить значение качества радиовизиографического изображения при диагностике кариозных поражений проксимальных поверхностей зубов.

Материалы и методы. Проведено обследование 30 пациентов в возрасте преимущественно от 18 до 30 лет. Для получения рентгеновских изображений использовали аппарат Eighteeth HyperLight с цифровым внутриворотным сенсором Nano Pix-E 1.3. Исследование проводили с соблюдением рекомендаций производителя. При оценке снимков учитывали правильность позиционирования сенсора, чёткость изображения, визуализацию контактных поверхностей, наличие их перекрытия, а также адекватность яркости и контрастности. Наиболее часто исследовали верхние первые и вторые моляры (16–17 и 26–27), реже – нижние моляры и премоляры.

Результаты исследования. В исследуемой группе средний кариес выявлен в 21 случае (70,0%), глубокий кариес – в 5 случаях (16,7%), пульпит – в 3 случаях (10,0%), в одном случае (3,3%) диагностировано сочетание среднего кариеса с кариесом цемента. Средний кариес чаще встречался у пациентов 18–19 лет, случаи пульпита преимущественно наблюдались в возрасте 20–30 лет. Пациент с кариесом цемента был в возрасте около 18–19 лет. При получении качественных радиовизиографических изображений контактные поверхности зубов визуализировались более чётко, что облегчало выявление кариозных изменений. Перекрытие контактных поверхностей и недостаточная чёткость снимка затрудняли диагностику.

Выводы. Качество радиовизиографического изображения имеет важное значение при диагностике кариеса проксимальных поверхностей. Правильное позиционирование сенсора и соблюдение параметров рентгенографии позволяют получить информативное изображение и снизить вероятность диагностических ошибок.

Саидов Д.Х., Муродов Ш.Д., Назаров З.Х., Турамуродова Ш.Т.
ВЛИЯНИЕ АДЕНОИДНОЙ ВЕГЕТАЦИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ
ПРИКУСА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии имени профессора Ю.Б. Исхаки
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить влияние аденоидной вегетации на формирование прикуса у детей.

Материал и методы. Проведено проспективное клиническое исследование 57 детей в возрасте от 4 до 11 лет с аденоидной вегетацией II–III степени. Среди обследованных было 33 (57,9%) мальчика и 24 (42,1%) девочки. Всем пациентам выполнялось комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза, клинический ЛОР-осмотр, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, а также боковую рентгенографию носоглотки для определения степени гипертрофии глоточной миндалины и выраженности обструкции хоан. Оценка состояния зубочелюстной системы проводилась совместно со стоматологом-ортодонтом. Всем детям по показаниям выполнена аденотомия под эндотрахеальным наркозом. Полученные результаты обработаны с использованием методов вариационной статистики. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По данным эндоскопического исследования II степень аденоидной вегетации выявлена у 21 (36,8%) ребенка, III степень – у 36 (63,2%). Рентгенография носоглотки полностью подтвердила результаты эндоскопического исследования. Хроническое нарушение носового дыхания отмечалось у 54 (94,7%) детей, постоянное ротовое дыхание – у 49 (86,0%), ночной храп – у 39 (68,4%), нарушения сна – у 28 (49,1%) пациентов. Ортодонтическое обследование показало, что различные нарушения формирования прикуса имелись у 41 (71,9%) ребенка. Наиболее часто диагностировались сужение верхней челюсти – у 26 (45,6%), высокое («готическое») небо – у 23 (40,4%), дистальный прикус – у 21 (36,8%), скученность зубов – у 19 (33,3%), открытый прикус – у 11 (19,3%) детей. У детей с аденоидной вегетацией III степени патологический прикус встречался достоверно чаще, чем при II степени (83,3% против 52,4%; $p = 0,021$).

После выполнения аденотомии уже через 3 месяца восстановление свободного носового дыхания отмечено у 51 (89,5%) ребенка. Исчезновение привычного ротового дыхания зарегистрировано у 44 (77,2%) пациентов.

Выводы. У 71,9% детей с аденоидной вегетацией выявляются различные нарушения формирования прикуса, что подтверждает тесную взаимосвязь между хронической назофарингеальной обструкцией и развитием зубочелюстных аномалий. Хроническое ротовое дыхание вследствие аденоидной вегетации достоверно нарушает процессы роста верхней и нижней челюстей, увеличивая риск формирования патологического прикуса ($p < 0,05$). Эндоскопия носоглотки в сочетании с боковой рентгенографией позволяет объективно определить степень гипертрофии аденоидной ткани и выбрать оптимальную лечебную тактику. Своевременно выполненная аденотомия обеспечивает восстановление физиологического носового дыхания у большинства детей, способствует нормализации функций челюстно-лицевой области и снижает вероятность прогрессирования ортодонтических нарушений. Профилактика зубочелюстных аномалий у де-

тей с аденоидной вегетацией должна основываться на ранней диагностике заболевания и тесном взаимодействии врача-оториноларинголога, стоматолога-ортодонта и педиатра.

Саидов Д.Х., Муродов Ш.Д., Назирмадова М.Б., Киматов М.Р.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАТОНЗИЛ-
ЛЯРНОГО АБСЦЕССА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки
ГООУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить особенности клинического течения паратонзиллярного абсцесса у детей, методы диагностики и эффективность комплексного лечения.

Материалы и методы. Проведено проспективно-ретроспективное исследование 64 детей в возрасте от 4 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении с диагнозом «паратонзиллярный абсцесс» в детском ЛОР-отделении НМИЦ РТ «Шифобахш» в период 2024-2025 гг. Средний возраст пациентов составил $11,8 \pm 2,9$ года. Мальчики составили 36 (56,3%), девочки – 28 (43,7%). Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного ЛОР-осмотра, фарингоскопии и эндоскопического исследования ротоглотки. Бактериологическое исследование содержимого абсцесса проведено у 48 (75,0%) детей с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам. Комплекс лечения включал хирургическое вскрытие и дренирование абсцесса под местной либо общей анестезией в зависимости от возраста ребенка и выраженности воспалительного процесса, системную антибактериальную терапию, противовоспалительные препараты, инфузионную терапию по показаниям и местное лечение ротоглотки.

Результаты исследования. Анализ клинических проявлений показал, что наиболее частыми симптомами заболевания являлись выраженная боль в горле при глотании – у 64 (100%) детей, повышение температуры тела выше 38°C – у 56 (87,5%), ограничение открывания рта (тризм) – у 43 (67,2%), иррадиация боли в ухо – у 39 (60,9%), затруднение приема пищи и жидкости – у 51 (79,7%), гнусавость голоса – у 34 (53,1%). По локализации воспалительного процесса передневерхняя форма паратонзиллярного абсцесса диагностирована у 46 (71,9%) пациентов, задняя – у 10 (15,6%), нижняя – у 5 (7,8%), наружная – у 3 (4,7%) детей. Передневерхняя локализация характеризовалась наиболее типичной клинической картиной и облегчала своевременную диагностику. При бактериологическом исследовании наиболее часто выделялись β -гемолитический стрептококк группы А (39,6%), *Staphylococcus aureus* (22,9%), представители анаэробной флоры (16,7%), смешанная бактериальная флора (14,6%). Хирургическое вскрытие абсцесса с последующим дренированием полости позволило добиться быстрого уменьшения болевого синдрома и восстановления акта глотания, уже в первые двое суток, что наблюдалось у 57 (89,1%) детей. Нормализация температуры тела отмечалась в среднем через $2,3 \pm 0,8$ суток после начала комплексного лечения. Наиболее высокой клинической эффективностью отличались схемы антибактериальной терапии, включающие защищенные аминопенициллины и цефалоспорины III поколения, при необходимости в сочетании с препаратами, активными в отношении анаэробной флоры. Сред-

ная продолжительность госпитализации составила $5,8 \pm 1,4$ суток. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Выводы. Комплексная диагностика, включающая клинический осмотр, фарингоскопия, эндоскопическое исследование ротоглотки, обеспечивает своевременную постановку диагноза и позволяет исключить более глубокие гнойные процессы. Наиболее эффективной лечебной тактикой является раннее хирургическое вскрытие и дренирование абсцесса в сочетании с рациональной системной антибактериальной терапией и противовоспалительным лечением.

Тагаева Ш.О., Курбанова Д.Ф., Табарова Н.М.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТОВ

Кафедра терапевтической стоматологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Клинико-рентгенологическое обоснование эффективности и безопасности применения минимально инвазивного эндодонтического доступа (MED) при лечении различных форм пульпита постоянных моляров.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 32 пациентов (в возрасте от 22 до 45 лет) с диагнозом «острые и хронические формы пульпита постоянных первых моляров нижней челюсти». Пациенты были разделены на две группы. В 1-й группе ($n=16$) выполняли минимально инвазивный эндодонтический доступ (MED) с обязательным использованием конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) на этапе планирования для прецизионного проецирования устьев корневых каналов. Во 2-й группе ($n=16$) препарирование проводили по традиционному протоколу (TED) под контролем стандартной внутриротовой контактной радиовизиографии (РВГ).

Эффективность лечения оценивали по следующим критериям: объем сохраненного перицервикального дентина (по данным КЛКТ), затраты времени на формирование доступа, точность верификации корневых каналов и клинико-рентгенологическое состояние реставраций через 12 месяцев.

Результаты исследования. В 1-й группе использование КЛКТ-навигации при формировании MED позволило сохранить на 28,4% больше объема твердых тканей в области свода полости зуба и перицервикального дентина по сравнению с группой TED. Благодаря предварительному КЛКТ-моделированию анатомическая точность обнаружения каналов в 1-й группе составила 98,1% (из 53 каналов пропущен только 1 дополнительный дистально-язычный канал). Среднее время формирования точечного доступа составило 14,5 минут. Во 2-й группе (TED) точность обнаружения устьев каналов составила 94,2% (пропущено 3 дополнительных канала из 52). Среднее время формирования традиционного доступа равнялось 9,2 минут меньше, чем в 1 группе, однако привело к существенной потере прочностных характеристик коронковой части зуба.

Через 12 месяцев после лечения показатели клинико-рентгенологического успеха (отсутствие субъективных жалоб, болезненности при перкуссии, стабильность реставрации, отсутствие деструктивных изменений в периодонте) в 1-й группе составили 93,8% (15 пациентов), во 2-й группе - 87,5% (14 пациентов). В группе TED зафиксиро-

ван 1 случай вертикальной фрактуры стенки коронки зуба, потребовавший ортопедического лечения. В группе MED признаков биомеханической несостоятельности твердых тканей зубов и реставраций обнаружено не было.

Выводы. Минимально инвазивный эндодонтический доступ является патогенетически обоснованным методом выбора при лечении пульпитов, позволяющим сохранить биомеханический потенциал зуба. Его проведение требует обязательного предварительного рентгенологического планирования методом КЛКТ с целью построения точной топографической карты полости зуба. Данный алгоритм обеспечивает высокий уровень клинического успеха (93,8%), минимизирует риск ятрогенных осложнений и максимально сберегает дентинную структуру для последующей прямой или не прямой эстетической реставрации.

Таибов С.А., Кувватова М.Х.

СТЕПЕНЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ИНТЕНСИВНОСТИ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРОТЯЖЕННОСТИ

Кафедра ортопедической стоматологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить степень распространенности и интенсивности окклюзионных дефектов у взрослого населения.

Материал и методы исследования. С целью изучения протяженности дефектов зубных рядов было проведено обследование ортопедического статуса у взрослого населения. Расчет достоверного числа эпидемиологических наблюдений осуществлялся по формуле бесповторной репрезентативной выборки с учетом численности генеральной совокупности, которая составила 1264 пациента в возрасте от 20 до 60 лет и старше. По результатам организационного анализа проанализированных карт стоматологические пациенты были разделены на 3 группы: первую группу составили пациенты с малыми дефектами зубных рядов, где среднее количество отсутствующих зубов зарегистрировано от 1 до 3; во вторую группу отнесли лиц со средними дефектами зубных рядов (отсутствие 4-6 зубов); в третью группу были включены пациенты с большими окклюзионными дефектами (отсутствие более 6 зубов).

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о том, что у 20–29-летних жителей усреднённое значение окклюзионных дефектов с малой и средней протяжённостью составило соответственно $66,8 \pm 1,94\%$ и $8,5 \pm 0,16\%$. В этой возрастной группе не были обнаружены дефекты зубных рядов с большой протяжённостью.

В возрастной группе 30–39 лет абсолютное значение показателя малой протяжённости дефектов зубных рядов составило $48,1 \pm 1,34\%$, при значениях $22,0 \pm 0,87\%$ и $7,9 \pm 0,23\%$ соответственно для окклюзионных дефектов со средней и большой протяжённостями. У 40–49-летних пациентов окклюзионные дефекты с малой, средней и большой протяжённостью составили соответственно $22,3 \pm 0,98\%$, $39,7 \pm 1,16\%$ и $18,6 \pm 0,37\%$. В возрасте 50–59 лет протяжённость распространённости утраченных зубов с малой, средней и большой величиной соответствовала

12,7±0,25%, 44,5±2,04% и 27,0±0,35%, при соответствующих значениях 2,4±0,11%, 50,1±2,18% и 33,3±0,82% в возрасте 60 лет и старше.

Представляется также целесообразным проследить динамику изменения структурных показателей интенсивности окклюзионных дефектов разной протяжённости среди стоматологических пациентов. Показатель интенсивности дефектов зубных рядов малой протяжённости в среднем составил 2,70±0,3 единиц на одного пациента в возрасте 20–29 лет. Данный показатель у 30–39-летних пациентов оказался равным 3,40±0,3 единиц, а в возрастных группах 40–49, 50–59 и старше 60 лет — 1,82±0,2, 1,51±0,5 и 0,62±0,2 единиц в среднем на одного пациента соответственно. Из полученных данных приходится констатировать, что с увеличением возраста пациентов редукция интенсивности окклюзионных дефектов с малой протяжённостью составляет 2,08±0,1 единиц.

Интенсивность окклюзионных дефектов со средней протяжённостью значительно увеличивалась с возрастом и составила 0,34±0,02 единиц среди 20–29-летних пациентов при среднецифровом значении 1,56±0,2 ед., 3,23±0,5 ед., 5,03±0,7 ед. и 11,1±1,9 единиц соответственно в возрастных группах 30–39, 40–49, 50–59 и 60 лет и старше, что свидетельствует об ухудшении показателей своевременной организации санации полости рта и ортопедической реабилитации стоматологических пациентов.

Изучение структуры показателя интенсивности дефектов зубных рядов показало, что у стоматологических пациентов не менее преобладающими являются дефекты с большой протяжённостью. В возрасте 30–39 лет они составляют 0,56±0,1 единиц (10,1%) на одного пациента, в возрастных группах 40–49 и 50–59 лет — соответственно 1,51±0,1 ед. (23,0%) и 3,18±0,2 ед. (33,5%), при значении 8,65±1,1 единиц (38,8%) в возрасте 60 лет и старше. В более старших возрастных группах (50–59 и старше 60 лет) при ретроспективном анализе комбинированных карт осмотра полости рта были обнаружены полные окклюзионные дефекты (беззубые челюсти) с соответствующими значениями 0,23±0,01 ед. (2,3%) и 1,92±0,7 ед. (8,6%)

Выводы. Материалы организационного анализа позволяют существенно повысить эффективность зубного протезирования, осуществляемого на основе протяжённости дефектов зубных рядов. Самое же главное заключается в том, что врачи-ортопеды, изучая клиническую ситуацию дефектов зубного ряда в зависимости от их протяжённости, могут обосновать и даже в определённой степени прогнозировать свою работу по применению зубных протезов с разной конструкцией. Данный материал мы взяли за основу для совершенствования ортопедической стоматологической помощи в различных территориально-административных зонах Республики Таджикистан.

Тохтаходжаева С.Т., Давлатмуродзода Г.Д., Тагаева Ш.О.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПОЛОСТИ РТА

Кафедра терапевтической стоматологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Определить клинические факторы, ассоциированные с выраженностью проявлений красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта

(КПЛПР), и оценить их взаимосвязь с распространённостью поражений, интенсивностью болевого синдрома и клинической формой заболевания.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 36 пациентов с верифицированным КПЛПР. При сборе анамнеза оценивали длительность заболевания, частоту обострений, наличие локальных травмирующих факторов, состояние гигиены полости рта, курение, хронические соматические заболевания и психоэмоциональные факторы. При стоматологическом обследовании определяли клиническую форму КПЛПР, количество и локализацию поражений, площадь поражения слизистой оболочки, наличие эритемы, эрозий и язв, а также интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ, 0–10 баллов). Для объективной оценки клинической тяжести заболевания использовали валидированные клинические индексы Thongprasom score и REU-score.

Результаты исследования. Длительность заболевания до 5 лет отмечена у 21 (58,3%) пациента, до 3 лет - у 15 (41,7%). Обострения 1 раз в год отмечали 25 (69,4%) пациентов, 2 раза в год - 11 (30,6%). Наиболее часто поражалась слизистая оболочка щёк - у 26 (72,2%) пациентов; десна была вовлечена у 6 (16,7%), язык - у 4 (11,1%) пациентов. По клиническим формам преобладала сетчатая форма - 15 (41,7%) случаев, эритематозная выявлена у 11 (30,6%), эрозивная - у 8 (22,2%), язвенная - у 2 (5,5%) пациентов. Эритематозные, эрозивные и язвенные поражения характеризовались большей площадью и распространённостью, а также более частым вовлечением нескольких анатомических участков слизистой оболочки. У 10 (27,8%) пациентов с эрозивно-язвенными изменениями отмечались более выраженные болевой синдром и жжение, сопровождавшиеся затруднением приёма пищи, разговора и проведения гигиенических мероприятий. Среди потенциально значимых факторов, ассоциированных с выраженностью клинических проявлений КПЛПР, наиболее часто выявлялись хронические соматические заболевания - у 29 (80,6%) пациентов, локальная механическая травматизация слизистой оболочки - у 28 (77,8%), неудовлетворительная гигиена полости рта - у 23 (63,9%). Психоэмоциональные нарушения включали повышенный уровень тревоги у 20 (55,6%), наличие стрессовых факторов - у 16 (44,4%) и признаки депрессивных проявлений - у 5 (13,9%) пациентов. Курение отмечалось у 7 (19,4%) обследованных. Полученные данные свидетельствуют о том, что клинически более выраженное течение КПЛПР характеризуется преобладанием эритематозных, эрозивных и язвенных поражений, увеличением площади и распространённости патологического процесса, вовлечением нескольких анатомических участков слизистой оболочки и более интенсивным болевым синдромом. Выявленная высокая частота локальных травмирующих факторов, неудовлетворительной гигиены полости рта, соматической патологии и психоэмоциональной нагрузки указывает на необходимость их учета при комплексной оценке состояния пациентов с КПЛПР.

Выводы. Выраженность клинических проявлений КПЛПР ассоциирована прежде всего с эрозивно-язвенным характером поражений, их распространённостью и интенсивностью болевого синдрома. При оценке тяжести заболевания целесообразно учитывать локальные травмирующие факторы, состояние гигиены полости рта, соматическую патологию и психоэмоциональное состояние пациентов. Использование стандартизированных клинических индексов позволяет повысить объективность оценки тяжести и динамики КПЛПР.

Тохтаходжаева С.Т., Тохтаходжазода Н.Э., Умирзоков М.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАНДИДОЗОМ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Кафедра терапевтической стоматологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений различных нозологических форм кандидоза слизистой оболочки полости рта и оценить эффективность противогрибковой терапии в составе комплексного лечения с учетом сопутствующей патологии и фоновых заболеваний.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 32 пациентов в возрасте от 32 до 65 лет с клиническими проявлениями кандидоза слизистой оболочки полости рта. Острый псевдомембранозный кандидоз диагностирован у 21 (65,6%) пациента, хронический гиперпластический кандидоз - у 6 (18,8%), кандидозный ангулярный хейлит - у 5 (15,6%). Всем пациентам проводили сбор анамнеза, клинический осмотр слизистой оболочки полости рта и бактериоскопическое исследование налета. Лечение носило комплексный характер и включало общую и местную противогрибковую терапию, а также коррекцию выявленных фоновых и сопутствующих заболеваний совместно с соответствующими специалистами. Системная терапия включала флуконазол в дозе 50–100 мг 1 раз в сутки в течение 7–14 дней либо суспензию нистатина по 100 000 ЕД (4 мл) 4 раза в сутки в течение 7–14 дней. В комплексную терапию также включали лоратадин, Ликопид, раствор калия йодида, Аскорутин и Мильгамму по соответствующим схемам. Рекомендовали диету с ограничением легкоусвояемых углеводов. Местное лечение включало обработку слизистой оболочки полости рта мирамистином, аппликации мазей с клотримазолом 1%, нистатином 4% и леворином 5%, а также применение 1% раствора гидрокарбоната натрия для ощелачивания среды полости рта.

Результаты исследования. Основными клиническими проявлениями заболевания являлись жжение слизистой оболочки полости рта, языка, твердого и мягкого неба, щек, сухость в полости рта, а также образование белого налета на слизистой оболочке языка, щек и в области углов рта. При бактериоскопическом исследовании налета у 22 (68,7%) пациентов выявлены клетки *Candida albicans* в количестве 10^4 – 10^5 , что соответствовало умеренной степени обсемененности; у 10 (31,3%) пациентов количество клеток достигало 10^6 , что соответствовало высокой степени обсемененности. На фоне проведенной комплексной терапии у всех пациентов отмечалась положительная клиническая динамика: уменьшались или исчезали жжение, боль, ощущение увеличения языка и сухость в полости рта, отмечался регресс патологических изменений слизистой оболочки. Через 2 недели от начала лечения проводили повторное бактериоскопическое исследование. При лабораторном контроле выявлялись единичные непочкующиеся клетки *Candida* в поле зрения при минимальной степени обсемененности, что соответствовало состоянию кандидоносительства. Важное значение в профилактике развития и рецидивирования кандидоза имеют своевременная санация полости рта, профессиональная гигиена не реже 2 раз в год, соблюдение правил индивидуальной гигиены и ухода за съемными ортопедическими конструкциями. Пациентам групп риска рекомендуется регулярное стоматологическое обследование, диспансерное наблюдение и своевременная коррекция фоновых заболеваний. Следует избегать необоснованного и дли-

тельного применения антибактериальных препаратов, а гормональную терапию проводить строго по показаниям.

Выводы. Кандидоз слизистой оболочки полости рта характеризуется разнообразием клинических проявлений и часто развивается на фоне сопутствующей соматической и органной патологии. Комплексная противогрибковая терапия с учетом основного и сопутствующих заболеваний способствует выраженной положительной клинической динамике и снижению степени микробной обсемененности. Эффективность лечения определяется не только адекватностью противогрибковой терапии, но и своевременной коррекцией фоновой патологии, соблюдением пациентом рекомендаций врача и проведением профилактических мероприятий.

Тохтаходжазода Н.Э., Умирзаков М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДНОСЕАНСОВОГО И МНОГОСЕАНСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА

Кафедра терапевтической стоматологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Сравнительная клинико-рентгенологическая оценка эффективности односеансового и многосеансового методов лечения деструктивных форм хронического апикального периодонтита в отдаленные сроки.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 44 пациентов (в возрасте от 25 до 50 лет) с диагнозом хронический апикальный периодонтит в стадии деструкции однокорневых и многокорневых зубов (всего 48 зубов). В зависимости от выбранной тактики эндодонтического вмешательства были сформированы две группы. В 1 группе (n=24 зуба) лечение проводили в один сеанс. Протокол включал ультразвуковую активацию 3% раствора гипохлорита натрия, ирригацию 17% раствором ЭДТА и финальное промывание дистиллированной водой. Обтурацию корневых каналов выполняли сразу методом вертикальной горячей компактации гуттаперчи с биокерамическим силером ProRoot Bio Sealer. Во 2 группе (n=24 зуба) лечение выполняли в два сеанса. После аналогичной медикаментозной и ультразвуковой обработки каналы временно пломбировались пастой на основе гидроксида кальция на срок 14 дней. Во второе посещение проводились повторная ирригация и постоянная обтурация по аналогичной схеме.

Динамический контроль и оценку состояния периапикальных деструктивных очагов осуществляли с помощью внутриротовой контактной радиовизиографии (РВГ) исходно и через 12 месяцев.

Результаты исследования. Через 12 месяцев после лечения по данным РВГ-мониторинга общая клинико-рентгенологическая эффективность (полное или частичное восстановление структуры костной ткани в очаге деструкции при отсутствии субъективных жалоб) составила: в 1 группе регенерация костной структуры зафиксирована в 87,5% случаев (21 зубе). В первые 3 суток после обтурации явления постэндодонтического синдрома (болезненность при накусывании) легкой степени отмечались у 25,0% (6 пациентов) и были успешно купированы приемом НПВП. Во 2-й группе положительная рентгенологическая динамика отмечалась в 91,7% случаях (22 зубах). Частота возникновения обострений в межпосещенный период (*flare-up* синдром) во 2-й

группе составила 12,5% (3 случая), в то время как постэндодонтическая боль после финальной obturation зафиксирована лишь в 8,3% (2 случая) в 1 группе. Различия в конечной эффективности восстановления костной ткани между группами статистически незначимы.

Выводы. Односеансовый метод лечения деструктивных форм периодонтита при условии соблюдения прецизионного протокола ультразвуковой активации ирригантов и применения биосовместимых силеров на основе силикатов кальция демонстрирует высокую клиническую эффективность, сопоставимую с классической двухэтапной методикой. Многосеансовое лечение с временным вложением гидроксида кальция остается методом выбора при манифестном экссудативном процессе, так как позволяет снизить интенсивность послеоперационных болей после финальной obturation, несмотря на увеличение общего времени реабилитации пациента.

Усмонов И.А. Шокиров С.М. Хошимов М. Э. Вализода Ф.Э.

АРТРИТ И АРТРОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Отделение челюстно-лицевой хирургии, ГУ НМЦ «ШИФОБАХШ» РТ.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности артрита и артроза височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), а также оценить основные подходы к диагностике и лечению данной патологии.

Материал и методы. Проведено клиническое обследование 18 пациентов с заболеваниями ВНЧС в возрасте от 18 до 45 лет. Среди обследованных было 11 (61,1%) женщин и 7 (38,9%) мужчин. Диагностика основывалась на данных анамнеза, клинического обследования, пальпации области ВНЧС, оценке объема и характера движений нижней челюсти, выявлении болевого синдрома и суставных шумов. Для уточнения характера патологических изменений применяли лучевые методы исследования, включая ортопантомографию и по показаниям конусно-лучевую компьютерную томографию. Артрит ВНЧС характеризовался преимущественно болевым синдромом, болезненностью при пальпации и движениях нижней челюсти, ограничением открывания рта и признаками воспалительного процесса. Для артроза более характерными являлись постепенное нарушение функции сустава, хруст или крепитация, ограничение движений и изменения суставных поверхностей, выявляемые при лучевой диагностике. Лечение проводили комплексно с учётом клинической формы и выраженности патологического процесса. Применяли щадящий режим для сустава, медикаментозную терапию, физиотерапевтические методы и коррекцию функциональных нарушений зубочелюстной системы. При выраженных дегенеративных изменениях тактика лечения определялась индивидуально.

Результаты исследования. В исследуемой группе заболевания ВНЧС чаще встречались у женщин — 11 (61,1%), чем у мужчин — 7 (38,9%). У пациентов молодого и среднего возраста преобладали функциональные нарушения и болевой синдром, тогда как выраженные дегенеративные изменения суставных поверхностей требовали

более тщательной лучевой диагностики. Установлено, что клинические проявления артрита и артроза ВНЧС могут иметь сходную симптоматику, однако различия в характере болевого синдрома, наличии воспалительных признаков, суставных шумов и рентгенологических изменений позволяют проводить их дифференциальную диагностику. Современные методы лучевой диагностики позволяют своевременно выявлять структурные изменения ВНЧС и определять степень поражения суставных поверхностей. Известно, что тяжёлые анатомические формы артроза ВНЧС имеют тенденцию к нарастанию с возрастом и наиболее выражены после 50–60 лет. В связи с этим раннее выявление функциональных нарушений и начальных дегенеративных изменений имеет важное значение для предупреждения прогрессирования заболевания.

Выводы. Аррит и артроз ВНЧС являются многофакторными заболеваниями, сопровождающимися болевым синдромом и нарушением функции сустава. В исследуемой группе преобладали женщины — 61,1%. Комплексное клиническое обследование в сочетании с современными методами лучевой диагностики позволяет своевременно установить характер и степень поражения ВНЧС. Ранняя диагностика и комплексное лечение функциональных нарушений способствуют снижению выраженности клинических проявлений и предупреждению прогрессирования дегенеративных изменений сустава.

Усмонов И.А. Шокиров С.М. Вализода М. Э. Хошимов М.Э.

РАДИКУЛЯРНЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Отделение челюстно-лицевой хирургии, ГУ НМЦ «ШИФОБАХШ» РТ.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности радикулярных кист челюстей и оценить эффективность современных методов их хирургического лечения.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 25 пациентов с радикулярными кистами челюстей. Среди них 16 (64%) мужчин и 9 (36%) женщин. Кисты верхней челюсти выявлены у 18 (72%) пациентов, нижней — у 7 (28%). Диагностика основывалась на данных анамнеза, клинического осмотра, перкуссии причинных зубов и лучевых методов исследования. Использовали прицельную рентгенографию, ортопантомографию, а по показаниям — конусно-лучевую компьютерную томографию.

Клиническое течение заболевания преимущественно характеризовалось отсутствием выраженных жалоб. При увеличении размеров кист отмечались выбухание альвеолярного отростка, деформация костной ткани, болезненность в области причинного зуба. При обострении воспалительного процесса наблюдались боль, отёк и гиперемия слизистой оболочки. Рентгенологически определялись округлые или овальные очаги разрежения костной ткани с чёткими ровными контурами, преимущественно в области верхушки корня причинного зуба. Тактика лечения определялась с учётом размера и локализации кисты, состояния причинного зуба и взаимоотношения образования с окружающими анатомическими структурами. Основным методом являлась цистэктомия с полным удалением кистозной оболочки. При возможности сохранения причинного зу-

ба хирургическое лечение сочетали с эндодонтическим лечением, а при необходимости выполняли резекцию верхушки корня. При невозможности сохранения причинного зуба проводили его удаление с последующим удалением кистозной оболочки. Патологический материал направляли на гистологическое исследование.

Результаты исследования. В исследуемой группе отмечено преимущественное поражение верхней челюсти — 18 (72%) случаев против 7 (28%) на нижней. После хирургического лечения у пациентов наблюдалась положительная динамика: уменьшение болевого синдрома и отёка, нормализация состояния слизистой оболочки и постепенное восстановление костной ткани в области оперативного вмешательства. Применение современных методов лучевой диагностики позволяло точно определить размеры и распространённость патологического процесса и выбрать оптимальный объём хирургического вмешательства.

Выводы. Радикулярные кисты челюстей могут длительно протекать бессимптомно, что обуславливает важность своевременной рентгенологической диагностики. В исследуемой группе радикулярные кисты чаще локализовались на верхней челюсти. Комплексный клинико-рентгенологический подход с применением современных методов визуализации позволяет обоснованно выбрать хирургическую тактику. Цистэктомия в сочетании с эндодонтическим лечением и, при необходимости, резекцией верхушки корня является эффективным органосохраняющим методом лечения, способствующим устранению патологического очага и восстановлению костной ткани.

Хамидов А.И.

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ ОККЛЮЗИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Кафедра ортопедической стоматологии
ГОО ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Определить нуждаемость больных с концевыми окклюзионными дефектами и видов осложнений после протезирования съёмными протезами.

Материал и методы. Ситуационный анализ амбулаторных историй и заказов-нарядов ортопедических пациентов по архивным материалам показал, что общее количество ортопедических больных за 2021–2025 годы составило 51 071 пациент. Из них количество больных, нуждающихся в изготовлении частичных съёмных пластиночных протезов при концевых окклюзионных дефектах зубных рядов на челюстях, составляет в среднем 42,04% (21 469), а на нижней челюсти этот показатель равен 21,4% (10 908). Количество больных, получивших частичные съёмные протезы при концевых окклюзионных дефектах, составило 19 689 чел. (38,6%).

Результаты исследования. Определение больных, нуждающихся в изготовлении частичных съёмных протезов при концевых дефектах в зависимости от топографии окклюзионных дефектов позволяет отметить, что за 2021–2025 годы больные с концевыми дефектами зубных рядов на верхней челюсти составили 10 461, на нижней челюсти — 10 908 пациентов.

Процентная зависимость количества больных, нуждающихся в изготовлении частичных съёмных протезов при концевых окклюзионных дефектах в зависимости от топографии дефекта, свидетельствует о том, что нуждаемость в изготовлении протезов у больных на верхней челюсти в 2021 году составила 19,3%, в 2022 году – 20,1%, в 2023 году – 22,0%, в 2024 и 2025 годах — 22,4% и 16,2% соответственно. На нижней челюсти среднецифровое значение исследуемой величины составило соответственно 20,4%, 18,5%, 22,7%, 22,4% и 16,0%. Нуждаемость в протезировании указанными конструкциями за 2007-2011 годы составила 42% от общего количества ортопедических больных.

Анализируя групповую принадлежность зубов с концевыми дефектами зубных рядов, мы установили, что в данном исследовании чаще встречались двусторонние концевые окклюзионные дефекты как на верхней, так и на нижней челюсти, преимущественно в возрастной категории 50–59 лет. Из общего количества обследованных лиц (21 469 чел.) в возрасте от 30 до 60 лет суммарное значение одно- и двусторонних дефектов верхней и нижней челюсти составило соответственно 48,7% (10 460 чел.) и 51,3% (11 009 чел.)

Структурный анализ топографии окклюзионного дефекта в процентах от общего числа обследованных пациентов выглядит следующим образом: односторонние дефекты верхней челюсти – 4 960 чел. (23,1%), двусторонние дефекты верхней челюсти – 5 500 чел. (25,6%), одно- и двусторонние дефекты нижней челюсти – соответственно 5 292 чел. (24,7%) и 5 717 чел. (26,6%).

Нами также изучены виды осложнений, возникающих при протезировании больных частичными съёмными протезами при концевых дефектах на челюстях, по результатам изучения 19 689 амбулаторных карточек из архивных материалов частных стоматологических клиник г. Душанбе за пять лет (2021–2025 гг.). Основные осложнения встречались в виде переломов базиса протеза, патологической подвижности опорных зубов, поломок кламмеров, отказов от частичных съёмных протезов, преимущественно мономерных пластиночных протезов, из-за развития токсических стоматитов. Было выяснено, что количество осложнений (от 16,3% до 34,9%) возникало до 3 лет с момента наложения частичных съёмных протезов.

Основное количество осложнений (34,9%) пришлось на поломки кламмеров и составило 2 953 случая. Переломы базиса протеза наблюдались в 27,9% случаев (2 362), 20,9% составили отказы от пользования частичными съёмными протезами — 1 772 случая, и 16,3% пришлось на патологическую подвижность опорных зубов, что составило 1 378 случаев.

Выводы. Анализ амбулаторных историй болезни и наряд-заказов по ортопедическому лечению больных с концевыми дефектами зубных рядов показал, что нуждаемость в дефектах зубных рядов за 2021–2025 годы составляет 42% от общего количества ортопедических больных. Показатель осложнений, возникающих при изготовлении частичных съёмных протезов, составляет от 16,3% до 34,9%.

Хасанова Б.К., Разакова Ш.К., Джумаева Н.Ф.

РЕТЕЙНЕРЫ В ОРТОДОНТИИ

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан,

Кафедры ортопедической стоматологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан.

Цель исследования. Провести анализ современных подходов к ретенционному периоду после ортодонтического лечения и рассмотреть основные виды ретейнеров, их преимущества, недостатки и особенности клинического применения.

Материалы и методы. В систематическом обзоре 2025 года, включившем 7 исследований и 551 пациента, рассмотрели основные причины возникновения рецидива после ортодонтического лечения, определили значение соблюдения пациентом рекомендаций врача для стабильности результатов лечения. Охарактеризовали основные виды ретейнеров. Определили преимущества и недостатки съёмных и несъёмных ретейнеров, рассмотрели современные подходы к выбору ретенционного протокола.

Результаты исследования. Статистически значимого общего превосходства фиксированных или съёмных ретейнеров по большинству оцениваемых показателей выявлено не было. На стабильность результата ретенционного периода влияло: первоначальная выраженность зубочелюстной аномалии; -возраст пациента; - характер проведённого ортодонтического лечения; - направление и объём перемещения зубов; - состояние пародонта; - рост и возрастные изменения челюстей; - функциональные нарушения; - состояние мягких тканей; - наличие вредных привычек; - несоблюдение пациентом режима использования ретейнера. По нашим данным одной из основных причин возникновения рецидива являлось перестройка тканей периодонта после перемещения зубов, в течение определённого времени волокна периодонтальной связки и окружающие ткани сохраняют тенденцию к возвращению зубов в прежнее положение. Для стабилизации положения зубов применялись различные виды ретейнеров: несъёмные, съёмные и комбинированные, наиболее распространённым съёмный ретейнер - это ретейнер Хоули и прозрачные вакуум-формированные каппы – конструкции, из несъёмных чаще всего использовались тонкие металлические многопрядные проволочные конструкции, устанавливаемые на язычной поверхности фронтальных зубов. Преимуществами несъёмных ретейнеров являются постоянное воздействие и независимость от ежедневной дисциплины пациента. Они особенно удобны в ситуациях, когда существует высокий риск рецидива или пациенту трудно соблюдать режим ношения съёмного аппарата.

Выводы. Современная ортодонтия располагает широким спектром ретенционных аппаратов, однако результаты исследований не позволяют выделить один универсальный метод, который был бы наиболее эффективным для всех клинических ситуаций. Таким образом, стабильность результата зависит не только от качества, проведённого ортодонтического лечения, но и от правильной организации ретенционного периода.

Выбор ретенционного аппарата должен осуществляться индивидуально с учётом возраста пациента, вида и тяжести зубочелюстной аномалии, состояния пародонта, особенностей проведённого ортодонтического лечения и комплаентности пациента.

Современные исследования не позволяют выделить универсальный ретенционный протокол, одинаково эффективный для всех клинических ситуаций.

Хушвахтов Т.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОРОНКАМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Цель исследования. Оценка клинических результатов ортопедического лечения дефектов коронковой части зубов цельнокерамическими коронками.

Материал и методы. В продолжающемся исследовании оценивались 125 коронок (70 на фронтальных и 55 на жевательных зубах), прослуживших не менее 6 и не более 60 месяцев. Индивидуальные коронки оценены по критериям качества проксимальных контактов, окклюзионных контактов, соответствия цвета, контуров и краевого прилегания. Окклюзионную проверку проводили в период после цементирования. Пациенты были повторно обследованы через месяц после цементирования и с интервалами в 3 или 6 месяцев во время всего периода наблюдения. Осмотр заключался в анализе рентгенологических снимков и обследовании при помощи стоматологического зеркала и острого зонда.

Результаты исследования. Коэффициент благоприятного исхода работы определялся при помощи коэффициента Kaplan-Meier. Вычисленный коэффициент благоприятного исхода работы был 96,7% (100% для коронок на передних зубах и 95,15% для коронок жевательных). Коронки обладают низким уровнем неудачных исходов, равным примерно 3,7% по истечении 5 лет. Исследуя наблюдали 100% вероятность благоприятного исхода для всех 50 коронок на фронтальных зубах по истечении 5 лет. Наблюдалась 95,15% вероятность благоприятного исхода для 55 коронок на жевательных зубах по истечении 5 лет. Не возникали дефекты на коронках, зафиксированных на премолярах, они локализовались только в области моляров. У двух из четырех несостоятельных коронок (моляры) перелом затрагивал как облицовочную керамику, так и каркас коронки. На оставшихся двух коронках наблюдался скол облицовочной керамики.

Все несостоятельные реставрации касались протезирования моляров. Тип отлома, по сравнению с ранними цельнокерамическими системами, которые обычно ломаются поперечно, является благоприятным. В действительности, благодаря более прочной основе, у половины несостоятельных коронок (на двух из четырех) наблюдался только скол облицовочной керамики, что схоже с металлокерамическими (МК) реставрациями. Такой тип дефектов позволяет врачу заменять только те коронки, которые отрицательно влияют на эстетическую и функциональную сторону реставрации. В случае небольшого скола облицовочной керамики, врач может выбрать методику шлифовки и полировки при реставрации, как обычно делается на практике в случае с металлокерамическими конструкциями.

Выводы. Данное исследование показало удовлетворительный клинический результат лечения. В области фронтальных зубов не было отломов, неудачных исходов

при фиксации в области премоляров также не зафиксировано. Следуя методу оценки Kaplan-Meier, вероятность благоприятного исхода для 105 исследованных коронок по окончании 5 лет достигала 96,7%. Коронки обладают низким уровнем неудачных исходов, равным примерно 3,7% по истечении 5 лет. Для того, чтобы оценить долгосрочные клинические результаты цельнокерамических коронок, необходимы дальнейшие наблюдения.

Шарипов Х.С.

ЭНДОДОНТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ОПОРНЫХ ЗУБОВ ПРИ НЕСЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Цель исследования. Рентгенологический анализ причин, приведших к воспалительным процессам в периапикальной области опорных зубов несъёмных ортопедических конструкций.

Материал и методы. Под нашим наблюдением на базе кафедры ортопедической стоматологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино находились 107 человек с наличием несъёмных ортопедических конструкций. Среди них через год после протезирования периапикальные изменения в области опорных зубов мостовидных протезов выявлены у 46,73% лиц, а через 3 года после протезирования эта цифра возросла до 53,27% человек.

Качество obturation корневых каналов оценивали по рентгеновским снимкам, исходя из следующих критериев. Полноценной obturation считали плотное заполнение корневых каналов, в которых материал доведён до физиологического отверстия, то есть на 1,0-1,5 мм не доходя до верхушки корня или до анатомического отверстия. Выведение небольшого количества пломбировочного материала за верхушки зуба считали удовлетворительным результатом. К неудовлетворительной obturation отнесли недопломбирование корневого канала на 1,5 мм и более, а также избыточное выведение пломбировочного материала за верхушку зуба.

Результаты исследования. Выяснилось, что из 135 резцов и клыков, использованных в качестве опоры для несъёмных металлокерамических мостовидных протезов 112 (82,96%) зубов были запломбированы качественно, лишь в 23 (17,04%) зубах отмечалась некачественная частичная obturation корневых каналов. Из общего количества премоляров (98), являвшихся опорами для мостовидных протезов из металлокерамики, 66 зубов запломбированы по всем правилам эндодонтии, что составило 67,35%. В остальных 32 (32,65%) зубах выявлены погрешности в пломбировании каналов.

Выводы. При рентгенологической оценке качества obturation корневых каналов выяснилось, что при выполнении этапов эндодонтических воздействий врачи не учитывают множественные микроструктуры, которые в существенной мере влияют на исход лечения.

Шарипов Х.С.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗУБОВ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ОПОРАМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Цель исследования. Изучить структурные составляющие эндопародонтальных осложнений зубов, являющихся опорами ортопедических конструкций.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Обследованы 235 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет и старше с несъёмными ортопедическими конструкциями. Из них 107 (45,53%) человек предъявляли жалобы различного характера. Выделены две группы: первая – пациенты с наличием в полости рта несъёмных металло-керамических мостовидных протезов составили 82 (76,64%) человека (женщин – 51, мужчин – 31), вторая группа – 25 (23,36%) лиц (женщин – 15, мужчин – 1), с аналогичными конструкциями из металлопластмассы. В свою очередь пациенты I группы в зависимости от сроков протезирования составили 39 человек (1 год после протезирования) и 43 пациента (3 года после протезирования). Во II группе аналогичное разделение составило 11 и 14 человек. Контрольную группу составили 128 (54,47%) пациентов от общего количества обследованных (235 человек), которые не предъявляли жалоб и были удовлетворены имеющимися в полости рта несъёмными ортопедическими конструкциями

Результаты исследования. Клиническое исследование показало, что в обеих группах, независимо от применяемого материала мостовидного протеза почти все пациенты отмечали кровоточивость дёсен различной степени, иногда боль и зуд в области опорных зубов, отёчность десневого края ($94,39 \pm 0,54$). Жалобы на иногда возникающие самопроизвольные ноющие боли при накусывании на опорные зубы, неловкость и дискомфорт в области этих зубов предъявили всего $40,19 \pm 0,71\%$ пациентов ($31,78 \pm 0,53\%$ с металлокерамическими несъёмными протезами и $8,41 \pm 0,18\%$ с металлопластмассовыми). Боль усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. Подвижность зубов отметили лишь $21,50\% \pm 0,37\%$ человека (соответственно $15,89\% \pm 0,21\%$ и $5,61\% \pm 0,16\%$).

Выводы. Таким образом, сроки протезирования при ранее некачественно проведённой эндодонтической терапии опорных зубов мостовидных протезов влияют на выраженность клинической картины патологии верхушечного периодонта и увеличивают риск обострения хронического процесса.

Эсанов М.А.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ И КРАЕВОГО ПАРОДОНТА ОПОРНЫХ ЗУБОВ В СИСТЕМЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Провести экспертную оценку исходного состояния несъемной конструкции и краевого пародонта опорных зубов.

Материал и методы. В исследование были включены 547 человек, из которых 325 (59,4%) составляли лица женского пола. Обследованные больные в возрастных группах 20–29 и 30–39 лет составляли соответственно 67 и 90 человек, в группах 40–49 и 50–59 лет — 142 и 216 человек соответственно, при количественном значении 32 — в возрасте 60 лет и старше. Во всех случаях у наблюдаемых нами лиц проводился клинический осмотр, в ходе которого было выявлено 832 единицы несъёмных мостовидных конструкций, которые оценивались по показателям их функциональности, состоятельности и эстетичности.

Результаты исследования. В ходе осмотра ортопедического статуса 547 пациентов было обнаружено, что продолжительность функционирования несъёмных ортопедических конструкций у наблюдаемых пациентов составляла от 12 месяцев до 10 лет и более. Так, чаще всего встречались штампованно-паянные конструкции (526 единиц), доля которых составила 67,5%, далее следовали металлокерамические — 149 единиц (17,9%), металлопластмассовые — 102 (12,2%) и цельнолитые — 55 единиц (2,4%).

Штампованно-паянные несъёмные ортопедические конструкции, продолжительность функционирования которых составляла до 5 лет, встречались в 73,8% случаев, со сроком службы от 5 до 10 лет — в 19,5% случаев, а со сроком службы более 10 лет — в 6,7% случаев. В общей структуре неблагоприятных исходов при использовании несъёмных ортопедических конструкций отмечается превалирование случаев поломки протезов — 31,6% наблюдений; при этом наиболее часто они наблюдались при использовании штампованно-паянных конструкций (49,9% наблюдений). Далее по частоте наблюдений следуют переломы и деструкция опорных зубов, находящихся под установленными ортопедическими конструкциями (38,0% наблюдений), причём данные осложнения наблюдались и при применении штампованно-паянных конструкций, и при применении цельнолитых протезов. В 31,2% случаев наблюдалась их расцементировка, которая чаще всего отмечалась при применении цельнолитых ортопедических конструкций. В 23,6% случаев наблюдались осложнения со стороны маргинальных пародонтальных тканей в области опорных зубов; при этом при использовании цельнолитых конструкций данные осложнения встречались в 2 раза реже, чем при использовании штампованно-паянных ортопедических конструкций (в 3,7% и 8,6% случаев соответственно). Такие осложнения, как пульпиты и десневая рецессия на участках опорных зубов, наблюдались только при использовании штампованно-паянных конструкций — 6,8% наблюдений.

При использовании штампованно-паянных мостовидных ортопедических конструкций чаще наблюдались такие осложнения, как поломка установленной конструкции. Повышенный износ жевательной поверхности конструкций с появлением сквозного дефекта встречался лишь при использовании штампованно-паянных протезов. В данной группе также наблюдалось развитие пульпитов в области опорных зубов и развитие кистогранулёмы в зонах верхушек корней в области опорных зубов. От общего числа наблюдаемых осложнений ($n = 196$) в 191 (97,4%) случае возникала необходимость удаления протезов.

Осложнения со стороны пародонтальных тканей, обусловленные использованием несъёмных ортопедических конструкций, отмечены в 25,0% наблюдений (208/832); при этом при использовании штампованно-паянных мостовидных ортопедических конструкций они наблюдались в 387 (46,5%) случаях, при использова-

нии металлокерамических конструкций — в 65 (7,8%) случаях, при использовании конструкций на основе металлопластмассовых материалов — в 310 (37,3%) случаях, а при использовании цельнолитых протезов — в 70 (8,4%) случаях.

В зависимости от срока использования штампованно-паянных ортопедических конструкций картина развития протетических осложнений была следующей: при сроке их службы до 5 лет осложнения наблюдались в 34,6% случаев, при их использовании на протяжении 5–10 лет — в 58,2% случаев, а при их использовании на протяжении 10 лет и более развитие осложнений отмечено в 7,2% случаев. При использовании протезов на основе металлопластмассовых материалов в указанные сроки их службы частота развития осложнений составила 36,5%, 49,7% и 13,8% наблюдений соответственно. При использовании металлокерамических и цельнолитых ортопедических конструкций данные осложнения в указанные сроки службы наблюдались в 5,4%, 22,2% и 7,6% случаев, а при интактном пародонте в области опорных зубов развитие осложнений наблюдалось в 64,8% случаев.

По полученным нами результатам исследования мы предлагаем алгоритм прогнозирования исхода в плане сокращения применения штампованно-паянных ортопедических конструкций и увеличения частоты использования цельнолитых ортопедических конструкций без облицовки, а также расширения применения протезов на основе металлокерамических и металлопластмассовых материалов. Данный алгоритм позволяет с высокой точностью определить исход планируемого ортопедического лечения с учётом риска развития протетических осложнений со стороны пародонтальных тканей.

Выводы. Результаты исследования показали, что при использовании штампованно-паянных протезов чаще наблюдается развитие осложнений со стороны пародонтальных тканей, чем при использовании цельнолитых ортопедических конструкций. Учёт полученных нами данных позволяет выбрать наиболее оптимальный способ несъёмного протезирования и материал для их изготовления, а также избрать оптимальную тактику ведения больных.

Эсанов М.А.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Цель исследования. Провести оценку характерологического статуса ортопедических пациентов с дефектами зубных рядов.

Материал и методы. Для изучения основных типов отношения к болезни у стоматологических больных с окклюзионными дефектами зубного ряда обследовали 168 пациентов мужского и женского пола в возрасте 25–50 лет.

Характерологическое обследование пациентов проведено с помощью методик, описанных в руководствах М.М. Кабанова с соавт. [2013], М.В. Кроза [2016], а также использованных в работе И.Ю. Гринковой с соавт. [2014].

Результаты исследования. В ходе проведённого обследования характерологического статуса были выделены нижеследующие основные типы отношения ортопедических стоматологических пациентов к болезни. В группе пациентов с тре-

возно-депрессивным типом отношения к болезни наблюдали непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного исхода устранения окклюзионных дефектов, а также опасения возможных осложнений. Менее значимы для них были субъективные ощущения, у них преобладало тревожное настроение, угнетённость являлась следствием тревоги. У ортопедических пациентов с меланхолическим типом отношения к болезни на первое место выступала удручённость. Неверие в благополучный исход протезирования окклюзионных дефектов и улучшение общего состояния здоровья сопровождалось пессимистическим взглядом на окружающее. Интересы к обследованию и устранению окклюзионных дефектов эти пациенты не проявляли, они заранее были убеждены в плохих результатах ортопедического лечения. При ипохондрическом типе отношения к ортопедическим дефектам зубных рядов у пациентов отмечали сосредоточенность на субъективных болезненных переживаниях и ощущениях. Данная ситуация вела к преувеличению действительных и выискиванию несуществующих дополнительных болезней, преувеличению побочного действия зубопротезных материалов. Для неврастенических больных были характерны вспышки раздражения при болях, неудачах в зубном протезировании окклюзионных дефектов. Раздражение обычно изливалось на первого встречного и нередко завершалось раскаянием, извинениями за несдержанность и беспокойство, иногда — слезами. Непереносимость малейших болевых ощущений, связанных, как правило, с использованием ортопедических манипуляций, у пациентов сочеталась с нетерпеливостью, неспособностью ждать облегчения. Апатический тип отношения ортопедических пациентов характеризовался полным безразличием больных к своей судьбе, к исходу и результатам соответствующего лечения, пассивным подчинением процедурам устранения окклюзионных дефектов зубного ряда. Такие пациенты теряли интерес к жизни, ко всему, что раньше их волновало.

Выводы. На фоне выявленных типов отношения к окклюзионным дефектам зубных рядов представляется идеальный тип стоматологического больного, характеризующийся гармоничным, правильным и рациональным отношением, стремлением во всём активно содействовать устранению такого дефекта.

Юльчиев Р.И., Вализода Ф.Э., Усмонов И.А., Джонибекова Р.Н.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Отделение челюстно-лицевой хирургии, ГУ НМЦ «ШИФОБАХШ» РТ.

Цель исследования. Изучить современные методы диагностики и лечения пациентов с травмами челюстно-лицевой области, оценить их эффективность для восстановления анатомических, функциональных и эстетических показателей.

Материалы и методы. Проанализированы данные 120 пациентов с травмами ЧЛЮ, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии в период 2023-2025 гг.

Возраст пациентов от 18 до 55 лет. Мужчины составили 78%, женщины 22%. Этиология травм: ДТП - 45%, бытовая травма - 30%, производственная и спортивная - 25%.

Локализация: переломы нижней челюсти - 68%, скуловой кости - 17%, верхней челюсти - 9%, костей носа - 22%. Методы исследования: клинический осмотр, ортопантомография, компьютерная томография с 3D-реконструкцией. Методы лечения: открытый остеосинтез титановыми мини-пластинами, межчелюстное шинирование, медикаментозная терапия. Срок наблюдения составил от 3 до 12 месяцев.

Результаты исследования. У 92% пациентов был применен метод открытого остеосинтеза с использованием титановых мини-пластин. У 8% пациентов ввиду противопоказаний применялось консервативное лечение с межчелюстным шинированием.

Использование КТ с 3D-моделированием позволило в 100% случаев точно определить характер и смещение переломов до операции и сократить время оперативного вмешательства на 25%. Средний срок стационарного лечения при остеосинтезе составил 7-9 дней, при консервативном лечении - 14-21 день. Ранняя активизация и восстановление жевательной функции отмечены у 89% пациентов на 10-14 сутки после операции. Осложнения в послеоперационном периоде: нарушение чувствительности п. alveolaris inferior - 5%, нагноение раны - 2%, неправильное сращение - 3%. Все осложнения были купированы консервативно.

Выводы. 1. Компьютерная томография с 3D-реконструкцией является обязательным методом диагностики травм ЧЛЮ и основой для предоперационного планирования. 2. Открытый остеосинтез титановыми конструкциями является методом выбора при лечении переломов костей лица. Он обеспечивает стабильную фиксацию, раннюю реабилитацию и лучшие функциональные и эстетические результаты. 3. Комплексный мультидисциплинарный подход и раннее начало реабилитации позволяют снизить частоту осложнений до 10% и сократить сроки нетрудоспособности пациентов в 2 раза. 4. Дальнейшее внедрение цифровых технологий и персонализированных имплантатов является перспективным направлением в челюстно-лицевой травматологии.

Юльчиев Р.И., Вализода Ф.Э., Усмонов И.А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Отделение челюстно-лицевой хирургии, ГУ НМЦ «ШИФОБАХШ» РТ.

Цель исследования. Изучить причины, клинические особенности и оценить эффективность комплексного хирургического и консервативного лечения пациентов с одонтогенным гайморитом.

Материалы и методы. Проведен анализ 75 историй болезни пациентов с диагнозом "одонтогенный гайморит", лечившихся в отделении ЧЛХ в 2023-2025 гг.

Возраст пациентов от 18 до 60 лет. Мужчин 52%, женщин 48%.

Этиология: обострение хронического периодонтита 6-7-8 зубов верхней челюсти - 65%, ятрогенное попадание пломбировочного материала в пазуху - 20%, перфорация дна гайморовой пазухи при удалении - 15%.

Методы исследования: клинический осмотр, риноскопия, ортопантомография, КТ придаточных пазух носа с 3D-реконструкцией, бактериологический посев отделяемого.

Методы лечения: санация одонтогенного очага - удаление причинного зуба, цистэктомия. Хирургическое лечение гайморита: гайморотомия по Калдвелл-Люку, эндоскопическая гайморотомия. Медикаментозная терапия: антибиотики, муколитики, промывания пазухи. Срок наблюдения 12 месяцев.

Результаты исследования. У 60% пациентов процесс был односторонним, у 40% имел хроническое течение более 3 месяцев. Основными жалобами были: гнойные выделения из носа - 80%, головная боль - 70%, неприятный запах изо рта - 55%. Всем пациентам в первую очередь проведена санация одонтогенного очага. В 70% случаев это было удаление зуба. Пациентам с хроническим процессом и наличием oroантрального сообщения выполнена гайморотомия с пластикой соустья лоскутом по Peht. В 45% случаев применена эндоскопическая техника, что позволило сократить сроки реабилитации на 5-7 дней. После комплексного лечения полное выздоровление отмечено у 88% пациентов. Рецидив наблюдался у 6.7% и был связан с неполной санацией очага. Осложнения: образование свища - 2.7%, хронизация процесса - 2.6%. КТ-контроль через 6 месяцев показал полное восстановление пневматизации пазухи у 85% пациентов

Выводы. Основной причиной одонтогенного гайморита является нелеченный кариес и его осложнения 5, 6, 7 зубов верхней челюсти. Без устранения причины консервативное лечение неэффективно. 2. Компьютерная томография является обязательным методом диагностики. Она позволяет определить источник инфекции, состояние соустьев и спланировать объем операции. 3. Комплексный подход: одновременная санация одонтогенного очага и хирургическое лечение пазухи с применением эндоскопической техники дает лучшие результаты и минимальную травматичность. 4. Ранняя диагностика и своевременное лечение позволяют избежать тяжелых осложнений: орбитальных и внутричерепных.

Юсупов А.Ш., Махмадиев А.А., Муродов Ш.Д., Азамова С.Дж.
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТОАНТРИТА У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра оториноларингологии им. профессора Ю.Б. Исхаки ГОУ ТГМУ имени
Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения отоантрита у детей раннего возраста и определить наиболее информативные диагностические критерии заболевания для своевременной постановки диагноза и выбора рациональной лечебной тактики.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 42 детей в возрасте от 3 месяцев до 2 лет, находившихся на стационарном лечении в детском ЛОР-отделении с диагнозом отоантрита. Средний возраст пациентов составил $11,6 \pm 4,3$ месяца. Мальчиков было 24 (57,1%), девочек – 18 (42,9%). Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-инструментальное обследование, включавшее клинический осмотр, отоскопию, пальпацию сосцевидной области, бактериологическое исследование отделяемого из наружного слухового прохода при наличии гноетечения. По показаниям выполнялись антропункция и компьютерная томография височных костей, позволявшие оценить степень воспалительных изменений сосцевидной пазухи.

видного отростка, состояние антрума и барабанной полости, а также исключить развитие внутричерепных осложнений.

Результаты исследования. Анализ показал, что у 38 (90,5%) детей развитию отоантрита предшествовал острый гнойный средний отит, который первоначально лечился амбулаторно. Клинически, гноеотечение из наружного слухового прохода отмечалось у 28 (66,7%) детей, болезненность при пальпации сосцевидной области – у 26 (61,9%), сглаженность заушной складки и незначительная инфильтрация мягких тканей – у 14 (33,3%). У 8 (19,0%) пациентов наблюдалось выбухание задневерхней стенки наружного слухового прохода, свидетельствовавшее о распространении воспалительного процесса на антрум. Отоскопия позволила выявить гиперемию и инфильтрацию барабанной перепонки у 39 (92,9%) пациентов, ее выбухание – у 27 (64,3%), наличие перфорации с гнойным отделяемым – у 24 (57,1%). Компьютерная томография височных костей была выполнена 30 пациентам при наличии клинических признаков осложненного течения заболевания либо недостаточной эффективности консервативной терапии. Данное исследование позволило выявить снижение пневматизации антрума и клеток сосцевидного отростка у 28 (93,3%) обследованных детей, наличие воспалительного экссудата – у 26 (86,7%), деструктивные изменения костных перегородок – у 5 (16,7%). Полученные данные подтверждают высокую диагностическую ценность компьютерной томографии при подозрении на отоанtrit. Антропункция была выполнена у 18 пациентов с диагностической и лечебной целью. Комплексное лечение включало системную антибактериальную терапию, противовоспалительные препараты, санацию среднего уха, парацентез барабанной перепонки по показаниям, а при отсутствии положительной динамики – антротомию с хирургической санацией антрума. Консервативное лечение оказалось эффективным у 31 (73,8%) ребенка. Хирургическое вмешательство потребовалось 11 (26,2%) пациентам. Во всех случаях после проведения комплексного лечения отмечалось улучшение общего состояния, нормализация температуры тела, уменьшение воспалительных изменений и восстановление функции среднего уха. Внутричерепных осложнений и летальных исходов зарегистрировано не было.

Выводы. Отоанtrit у детей раннего возраста характеризуется быстрым распространением воспалительного процесса и преобладанием общих симптомов интоксикации над местными клиническими проявлениями, что существенно затрудняет своевременную диагностику заболевания. Наиболее информативными методами диагностики являются комплексная клиническая оценка, отоскопия, антропункция и компьютерная томография височных костей, позволяющие достоверно определить распространенность патологического процесса и выбрать оптимальную лечебную тактику. Своевременное назначение адекватной антибактериальной терапии в сочетании с хирургической санацией антрума при наличии показаний обеспечивает высокую эффективность лечения, предупреждает развитие мастоидита, внутричерепных осложнений и способствует благоприятному исходу заболевания.

Юсупов А.Ш., Муродов Ш.Д., Саидов Д.Х., Юсупов А.А.

ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ:

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра оториноларингологии им. профессора Ю.Б. Исхаки ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и комплексного лечения одонтогенного гайморита.

Материалы и методы. В двух взрослых ЛОР- отделениях Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» в период с 2025 по 2026 гг. под нашим наблюдением находились 26 больных с диагнозом хронический одонтогенный гнойный гайморит. Возраст наблюдаемых и обследуемых больных варьировал от 16 до 57 лет, из них мужчин было 12, (46,1%) женщин 14 (53,9%). Клинический диагноз установлен на основании данных передней риноскопии, цифровой рентгенографии и компьютерной томограммы придаточных пазух носа.

Результаты исследования. В результате проведения цифровой рентгенографии и компьютерной томограммы придаточных пазух были выявлены различные варианты одонтогенного гайморита, сочетающиеся с различными заболеваниями корней зубов. Из них одонтогенный гайморит – 10 (38,5%), хронический периодонтит 4 (15,4%), инородное тело пломбировочный материал в гайморовой пазухе 7 (26,9%), перфорация дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба- 5 (19,2%).

Основными причинами развития одонтогенного гайморита являются: радикулярные кисты, перфорация дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба, а также попадание пломбировочного материала при лечении корневых каналов премоляров и моляров верхней челюсти.

Клинически, заболевание проявляется односторонней заложенностью носа, гнойными выделениями, болью и чувством тяжести в лице в проекции гайморовой пазухи и зубов верхней челюсти.

Наиболее информативным методом диагностики является компьютерная томография околоносовых пазух, и ортопантомограмма позволяющие выявить как патологию пазухи, так и одонтогенный очаг инфекции.

Лечение должно быть совместным со стоматологом и включать в себя комплексное консервативное лечение, направленное на санацию как стоматологического очага, так и одномоментное лечение одонтогенного гайморита с использованием системных антибиотиков с учётом их чувствительности, так и местная санация как промывание полости носа при необходимости пункция гайморовой пазухи. При диагностировании пломбировочного материала в гайморовой пазухе больному проводят гайморотомию.

Выводы. Своевременная диагностика одонтогенного гайморита и устранение первичного очага инфекции являются основными условиями успешного лечения и профилактики рецидивов заболевания.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдурахмонов А.З., Гафоров Н.М., Назаров Дж.Р. ИНТЕНСИВНОСТЬ ГАЛИТОЗА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ ЛИЦА НА РАННИХ ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	3
Абдурахмонов А.З., Якубова З.Х., Хабибов С.С. ПРОТОКОЛ РАННЕГО ПРЕДХИРУРГИЧЕСКОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ОДНО- И ДВУСТОРОННИМИ СКВОЗНЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЁБА ...	4
Абдурахмонов А.З., Аминов Р.С., Гафоров Н.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОРСКОГО ДВУХСЛОЙНОГО ОБТУРАТОРА С СИСТЕМОЙ РЕГУЛЯЦИИ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ МЛАДЕНЦЕВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ЛИЦА.....	5
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии,	5
Абдурахмонов А.З., Гурезов Х.М., Холзода С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОРСКОГО ОБТУРАТОРА С НАЗАЛЬНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ МЛАДЕНЦЕВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ЛИЦА.....	6
Абдурахмонов А.З., Аминов Р.С., Гафоров Н.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОРСКОГО ДВУХСЛОЙНОГО ОБТУРАТОРА С СИСТЕМОЙ РЕГУЛЯЦИИ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ.....	7
Бекназарова Г.М., Ахмедова Г.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАМОТРИНО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА.....	8
Бекназарова Г.М., Ахмедова Г.М., Мехмондустов С.Г. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	9
Боймуродов Ф.Х. ПРИМЕНЕНИЕ ЦИНК-ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С ТРУДНОПРОХОДИМЫМИ КОРНЕВЫМИ КАНАЛАМИ	10
Вализода Ф.Э. Шокиров С.М. Хошимов М.Э. Усмонов И.А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ.....	11
Вализода Ф.Э. Шокиров С.М. Хошимов М.Э. Усмонов И.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	12
Вализода Ф.Э. Шокиров С.М. Хошимов М.Э. Усмонов И.А. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО ЛИМФАДЕНИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.	13
Гуломов З.С., Исупова Ш.Ф., Давлатов Д.Ш., Самадова Н.К. ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	14
Давлатов Т.А. РЕТРОСПЕКТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ.....	15

Давронзода М.Д., Шерматов З.Т., Сафарова М.В. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	16
Давронзода М.Д., Сафарова М.В., Умарализода С.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И СИНУС-ЛИФТИНГА	17
Джалолов М.А. СОСТОЯНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	18
Джонибекова Р.Н., Рахимов Н.М., Саидов М.А. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	18
Джонибекова Р.Н., Рахимов Н.М., Абдурахимов А.Х. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.....	19
Джонибекова Р.Н., Рахимов Н.М., Саидов М.А. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	20
Ёраков Ф.М., Джаборов М.Г., Гадоев Х.А.	21
РАПРОСТАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ДУШАНБЕ.....	21
Ёраков Ф.М., Давлатмуродзода Г.Д., Каримов А.М. ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РИСК МАЛИГНИЗАЦИИ	21
Зарипов А.Р. СИТУАЦИОННАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ.....	22
Зарипов А.Р. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ КОНСТРУКЦИЙ.....	24
Зафаров Н.Х., Давлатмуродзода Г.Д., Саидзода Х.Б., Саидзода Б.И. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ГОРОДА ДУШАНБЕ	25
Зиёзода М.Р., Каримов М.Б., Назарзода Н.Х., Шарипова Ф.Ф. СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГЛАЗА	26
Исмоилова М.А., Муродова П.Ф. ТАЪСИРИ КАМХУНӢ (АНЕМИЯ) БА ҶАРАӢНИ ЛАРИНГИТИ АТРОФИӢ	27
Каримов М.Б. Анваров Дж.И., Махмадзода Ш.К., Хомидов И.Д. РИНО-ОРБИТАЛЬНО-ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ МУКОРМИКОЗ ПОСЛЕ COVID-19: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ	28
Курбонова А.А., Рахимов М.Н. Рахимова М.Н. ОСОБЕННОСТИ РЕЗИДЕНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ И АБЦЕССАМИ.....	29

Курбонова Ш. Дж., Курбоналиева Ш.К. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА СОСТОЯНИЕ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ТЕРМОПЛАСТОВ	29
Махаммадиев А.А., Муродов Ш.Д., Гуломов З.С., Саидов Д.Х. ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА КАК ПРИЧИНА ОТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ.....	30
Махмадзода Ш.К., Нуриддинов Дж.А., Мероджев Г.К., Остонаева П.М. ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ВИРУСНЫХ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	31
Махмадзода Ш.К., Каримов М.Б., Юнусова З.И., Рахимова З.И. ВРОЖДЁННЫЙ ПТОЗ И АНОМАЛИИ ВЕК У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АСПЕКТ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ	32
Махмудов М.М. НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРООРГАНИЗМОВ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.....	33
Миъроджова Н.А., Ёраков Ф. М., Расулова С.И. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ГИНГИВИТОМ	34
Миъроджова Н.А. Ёраков Ф. М., Расулова С.И. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ	35
Мирзокаримов Ю.Г., Давлатова Н.Ш. СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ	36
Муродов Ш.Д., Юсупов А.Ш., Саидов Д.Х., Давлатов С.С. РОЛЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ	37
Муродова П. Ф., Исмоилова М.А., Рахматуллоева Ф. И. ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ХИМОТРИПСИНОМ ПРИ НЕБОЛЬШИХ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ	38
Муродова П.Ф., Исмоилова М.А. ТАЪСИРИ БЕМОРИҲОИ ИЛТИҲОБИИ ҶАВҲҲОИ НАЗДИБИНИ БА ТАҒЙИРОТИ ОВОЗ	39
Муртазо Э., Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Бобозода Ф.О. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА.....	40
Олимов А.М., Каримов С.М., Джонибекова Р.Н. ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА.....	41
Очилдиев К.Р. УСТРАНЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, УХУДШАЮЩИХ ЭКОСИСТЕМУ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ СОПУСТВУЮЩУЮ СОМАТИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ	42

Рахматова М.Ф., Ёраков Ф.М. ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА РАДИОВИЗИОГРАФИЧЕСКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ НА ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ	43
Саидов Д.Х., Муродов Ш.Д., Назаров З.Х., Турамуродова Ш.Т. ВЛИЯНИЕ АДЕНОИДНОЙ ВЕГЕТАЦИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРИКУСА У ДЕТЕЙ.....	44
Кафедра оториноларингологии имени профессора Ю.Б. Исхаки.....	44
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан.....	44
Саидов Д.Х., Муродов Ш.Д., Назирмадова М.Б., Киматов М.Р. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА У ДЕТЕЙ.....	45
Тагаева Ш.О., Курбанова Д.Ф., Табарова Н.М. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТОВ.....	46
Таибов С.А., Кувватова М.Х. СТЕПЕНЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ИНТЕНСИВНОСТИ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРОТЯЖЕННОСТИ.....	47
Тохтаходжаева С.Т., Давлатмуродзода Г.Д., Тагаева Ш.О. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПОЛОСТИ РТА	48
Тохтаходжаева С.Т., Тохтаходжазода Н.Э., Умирзоков М. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА.....	50
Тохтаходжазода Н.Э., Умирзаков М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДНОСЕАНСОВОГО И МНОГОСЕАНСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА	51
Усмонов И.А. Шокиров С.М. Хошимов М. Э. Вализода Ф.Э. АРТРИТ И АРТРОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ	52
Усмонов И.А. Шокиров С.М. Вализода М. Э. Хошимов М.Э. РАДИКУЛЯРНЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	53
Хамидов А.И. СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ ОККЛЮЗИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ.....	54
Хасанова Б.К., Разакова Ш.К., Джумаева Н.Ф. РЕТЕЙНЕРЫ В ОРТОДОНТИИ	56
Хушвахтов Т.А. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОРОНКАМИ.....	57
Шарипов Х.С. ЭНДОДОНТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ОПОРНЫХ ЗУБОВ ПРИ НЕСЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ	58

Шарипов Х.С. СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗУБОВ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ОПОРАМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ	59
Эсанов М.А. КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ.....	59
НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ И КРАЕВОГО ПАРОДОНТА ОПОРНЫХ ЗУБОВ В СИСТЕМЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ.....	59
Эсанов М.А. ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ.....	61
Юльчиев Р.И., Вализода Ф.Э., Усмонов И.А., Джонибекова Р.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	62
Юльчиев Р.И., Вализода Ф.Э., Усмонов И.А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ.....	63
Юсупов А.Ш., Махамадиев А.А., Муродов Ш.Д., Азамова С.Дж. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТОАНТРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	64
Юсупов А.Ш., Муродов Ш.Д., Саидов Д.Х., Юсупов А.А. ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ:.....	66
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	66

Отпечатано в типографии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

*Подписано к печати 22.09.2026г. Формат 60х84¹/₁₆.
Объём 4,5 п.л.. Тираж 20 экз.*