

N. K., &Karieva, M. T. (2011). *Stepen' vliyaniyafakt orovokruzhayushcheisredynauroven' zaboлеваemost inaseleniyarespubliki. Byulleten' Assotsiatsii vrachei Uzbekistana, (4), 83-85.*].

Сон И.М., Леонов С.А., Данилова Н.В., Мирсков Ю.А. *Характеристика и объем основных трудовых ресурсов системы здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения 2012; 25(3).* [Son I.M., Leonov S.A., Danilova N.V., Mirskov Yu.A. *Kharakteristika i ob'em osnovnykh trudovykh resursov sistemy zdravookhraneniya. Characteristics and the volume of basic human health resources. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya 2012; 25(3).* (In Russian)]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/413/30/lang,ru/>

Управление, подбор персонала - Журнал Справочник руководителя образовательного учреждения № 6 2015, С 24 [Upravlenie, podbor personala - Zhurnal Spravochnik rukovoditelya obrazovatel'nogo uchrezhdeniya № 6 2015, S 24]

Щур Д.Л. *Методика разработки положений о структурных подразделениях. Кадры предприятия 2004;(6).* [ShchurD.L. *Metodikarazrabotkipo lozheniyostrukturnykhpodrazdeleniyakh. Methods for development of regulations on structural units. Kadry predpriyatiya 2004 (6).* (In Russian)]. URL: <http://www.kapr.ru/articles/2004/6/3866.html/>

Inakov, S. A., Mamatkulov, B. B., Kosimova, K., Saidalikhujeva, S., & Shoyusupova, K. B. (2020). *Social and Demographic Characteristics of Elderly and their Lifestyle in Developing Countries: On the Example of Uzbekistan. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 14(4), 7418-7425.* DOI:<https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i4.12821>

Mirzarakhimova K.R. Nurmamatova Q.Ch, Turakhonova F.M. *South Asian Journal of Marketing & Management Research (SAJMMR)82-89p* DOI:<https://doi.org/10.5958/2249-877X.2020.00074.0>

УДК: 616.327.3-006-07-08-616.31:614.254.4

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ И АЛГОРИТМ ДАЛЬНЕЙШЕЙ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

¹А.В. Хейгетян, ²Н.С. Нуриева, ³Л.Ю. Островская



¹ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, Россия. E-mail: artur5953@yandex.ru, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8222-4854>.

²ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского 64, Россия. E-mail: natakira@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5656-2286>.

³ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, 410000, г. Саратов, ул. Большая Садовая 137, Россия. E-mail: ost-lar@mail.ru, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8674-1931>.

РЕЗЮМЕ

Онкологические процессы головы и шеи это большое количество опухолей имеющих различ-

ное течение и требующих разного лечения. В запущенных стадиях это лечение может приводить к потере жизненно важных функции и нарушать

внешний облик человека с появлением костных и мягкотканых дефектов [3]. Но если этот процесс выявляется в самом начале при бессимптомном течении или же на I стадии заболевания, то в 95-97% случаев может быть произведено удаление новообразования без инвалидизации [5]. На данном этапе развития современной медицины, при помощи лучевой терапии и эндоскопической хирургии, возможно эффективно лечить онкологические процессы головы и шеи на I и II стадиях заболеваний [2, 6]. Применительно к использованию эндоскопической хирургии снижается риск развития психологической травмы больных, за счет отсутствия больших разрезов [8]. В данной статье проанализированы, обследованы и проанкетированы 217 пациентов, в возрасте от 30 до 89 лет, жителей города Челябинска и области с подтверждённым диагнозом злокачественного новообразования орофарингеальной зоны, из которых 127 человек составили мужчины и 90- женщины. Из общего количества пациентов 30% первично обратились

к врачу – стоматологу. Наибольшее число случаев злокачественных новообразований определяется в возрасте от 50 до 69 лет у обоих полов. Пациенты, проживающие в Челябинске, статистически значимо ($p < 0,05$) реже встречались, в совокупности, по обращаемости, чем пациенты, проживающие в челябинской области. Первичные опухоли типа T1 статистически встречались значимо ($p \leq 0,05$) чаще. Отсутствие региональных метастазов (N0) встречалось статистически значимо ($p \leq 0,05$) чаще. Также чаще статистически значимо выявлено новообразований с высокой степенью дифференцировкой клеток (G1). Наиболее чаще ($p \leq 0,05$) злокачественные новообразования локализовались на языке и губах. Ороговевающая форма плоскоклеточного рака встречалась статистически значимо ($p < 0,001$) чаще.

Ключевые слова: стоматология, онкология, злокачественные новообразования полости рта, онкостоматология, маршрутизация пациентов, первичное выявление

FEATURES OF THE PRIMARY DIAGNOSIS AND THE ALGORITHM FOR FURTHER ROUTING OF PATIENTS WITH OROPHARYNGEAL NEOPLASMS AT A DENTAL APPOINTMENT

¹A.V. Heigetyan, ²N.S. Nurieva, ³L.Yu. Ostrovskaya

¹Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, 344022, Rostov-on-Don, per. Nakhichevskiy 29, Russia.

E-mail: artur5953@yandex.ru, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8222-4854>.

²South-Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia, 454092, Chelyabinsk, st. Vorovskiy 64, Russia. E-mail: natakapa@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5656-2286>.

³Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russia, 410000, Saratov, st. Bolshaya Sadovaya 137, Russia. E-mail: ost-lar@mail.ru, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8674-1931>.

ABSTRACT

Oncological processes of the head and neck are a large number of tumors with a different course and requiring different treatment. In advanced stages, this treatment can lead to loss of vital functions and disrupt the appearance of a person with the appearance of bone and soft tissue defects [3]. But if this process is detected at the very beginning with an asymptomatic course or at the first stage of the disease, then in 95-97% of cases the neoplasm can be removed without disability [5]. At this stage in the development of modern medicine with the help of radiation therapy and endoscopic surgery, it is possible to effectively treat oncological processes of the head and neck at stages I and II [2, 6]. With regard to the use of endoscopic surgery, the risk of developing psychological trauma in patients is reduced due to the absence of large incisions [8]. In this article, 217 patients, aged 30 to 89 years old, residents of the city of Chelyabinsk and the region

with a confirmed diagnosis of malignant neoplasm of the oropharyngeal zone were analyzed, examined and questioned, of which 127 were men and 90 were women. Of the total number of patients, 30% first consulted a dentist. The largest number of cases of malignant neoplasms is determined at the age of 50 to 69 years in both sexes. Patients living in Chelyabinsk were statistically significantly ($p < 0.05$) less likely to meet, in aggregate, in terms of accessibility than patients living in the Chelyabinsk region. Primary T1 tumors were statistically significant ($p \leq 0.05$) more often. The absence of regional metastases (N0) was statistically significant ($p \leq 0.05$) more often. Also, neoplasms with a high degree of cell differentiation (G1) were also more often statistically significant. Most often ($p \leq 0.05$), malignant neoplasms were localized on the tongue and lips. The keratinizing form of squamous cell carcinoma occurred statistically significantly ($p < 0.001$) more often.



Рис. 1. Злокачественные новообразования полости рта в запущенной стадии:
 а) рак языка III стадии, б) меланома верхней челюсти

Fig.1. Malignant neoplasms of the oral cavity in an advanced stage:
 а) tongue cancer stage III, б) upper jaw melanoma

Keyword: *dentistry, oncology, malignant neoplasms of the oral cavity, oncostomatology, patient routing, primary detection*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В эпоху научно-технического процесса и высоких технологий стоматологическая наука так же переживает бурное развитие. Однако не все направления развиваются одинаково оптимально. В настоящее время основное внимание уделяется эстетике, внедрению цифровых технологий, материалов. На первый план в стоматологическом лечении выходит индустрия красоты, сочетающая эстетическую стоматологию и косметологию. Стоматологи, как и большинство специалистов медицинского профиля, по сути, в существующем развитии являются заложниками собственной профессии и это быстро приводит к утрате общемедицинских навыков и знаний, полученных в том числе и в университете. Однако возвращаясь к истокам медицинского образования, нельзя забывать о том, что врачи – стоматологи наряду с терапевтами, оториноларингологами, всегда были, есть и будут врачами первого врачебного контакта и именно на них возлагается профессиональная ответственность, в первичной диагностике, в том числе, связанная с онкологической настороженностью. Известно, что основным принципом медицины является профилактика, то есть предотвращение или случайное выявление раннего бессимптомного течения, порой серьезного заболевания. В этом и есть отличие скрининга от ранней диагностики, когда пациенты не проявляют никаких жалоб.

Учитывая быстрый и бессимптомный рост злокачественных новообразований, oroфарингеальной зоны в частности и головы и шей в целом, к онкологам в среднем попадают люди в запущенной стадии [7, 11]. До 80% злокачественных образований данной локализации диагностируется в III-IV стадии заболевания (рис.1).

По данным ВОЗ онкологические процессы головы и шей составляют около 10% от всех злокачественных новообразований. В 90% случаев рак головы и шеи представлен плоскоклеточной формой исходящей в основном из слизистой оболочки полости рта, глотки и гортани [1, 4]. Заболевание чаще превалирует у мужчин старше 50 лет. К сожалению, последние два десятилетия в России отмечается рост заболеваемости онкологическими процессами головы и шеи. Отсутствие настороженности у населения приводит к поздней диагностике и обращению за помощью к специалистам в уже запущенной стадии. Вышесказанное ещё раз подтверждает важность скрининга онкозаболеваний на стоматологическом приеме. Исходя из того, что первые клинические симптомы онкологических процессов головы и шеи маловыразительны, особое внимание заслуживает выявление предраковых заболеваний именно врачом стоматологом, которому доступен большой охват населения в режиме первичной и регулярной санации. Любая язва в полости рта, на языке, различные болезненные уплотнения мягких тканей при пальпации, пигментные пятна на кожных покровах с периферическим контуром воспаления, появление нарастающей осиплости голоса должны насторожить



а)



б)

Рис. 2. Элементы поражения слизистой оболочки полости рта доступные для визуальной диагностики:
а) язва, б) гиперкератоз боковой поверхности языка

Fig.2. Elements of lesion of the oral mucosa available for visual diagnostics:
а) ulcer, б) hyperkeratosis of the lateral surface of the tongue

врача - стоматолога на наличие онкологического процесса (рис.2) [9, 12].

Врачу-стоматологу, как врачу первичного контакта необходимо собрать подробнейший анамнез, выяснить сроки появления изменений и поставив предварительный диагноз, в том числе с проведением необходимых исследований [10]. Важность понимания той ответственности, которая лежит на врачах – стоматологах, при обнаружении новообразований в области головы и шеи пациентов и проявлении онкологической настороженности, послужила поводом для данной публикации.

Цель исследования: повысить уровень профессиональной грамотности врачей – стоматологов в первичной диагностике предраковых за-

болеваний и начальных стадий злокачественных новообразований орофарингеальной зоны.

Материалы и методы. Проведен клинический осмотр, обследование и анкетирование 217 человек, в возрасте от 30 до 89 лет, жителей Челябинска и Челябинской области, направленных в областной клинический центр радиологии и ядерной медицины специалистами различного профиля. Из общего числа пациентов обратившихся за специализированной помощью было обследовано 127(58,6%) мужчин и 90(41,4%) женщин.

Статистическую обработку выполняли при помощи программы SPSSStatistica 26.0 (производство США) и MSeXcel 13 (производство США). Сравнительный анализ количественных данных проводили при помощи непараметрического критерия Манна – Уитни. Для номинальных и категориальных данных описательную статистику представили в виде абсолютного (количество человек) и относительного (%) значения. Значимость различий проверяли при помощи точного критерия Фишера и критерия хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Все пациенты, направленные на консультацию в центр радиологии и ядерной медицины, изначально обращались помимо врачей - онкологов к специалистам других направлений. Такая ситуация чаще всего возникает в результате страха пациентов перед онкологическими заболеваниями. Согласно данным анкетирования из 217 человек с подтвержденным диагнозом злокачественного новообра-

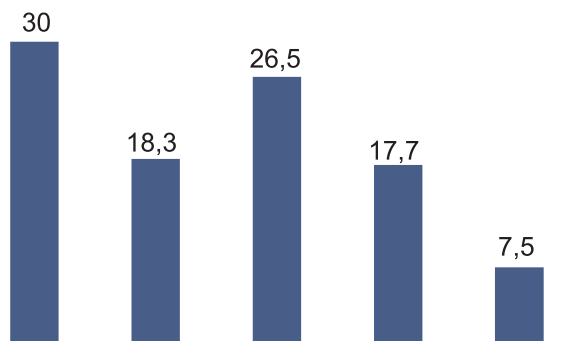


Рис. 3. Процентное соотношение анкетированных пациентов при первичном обращении за медицинской помощью

Fig.3. Percentage of the surveyed patients in the initial medical care visits

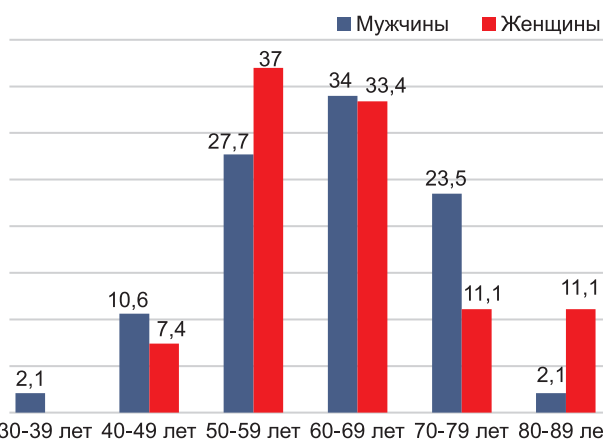


Рис. 4. Процентная возрастная-половая структура согласно возрастным группам

Fig.4. Percentage age-sex structure according to age groups

зования, 30% пациентов, первично обратились к стоматологу, что составляет большинство и лишний раз доказывает значимость врачей – стоматологов, как специалистов первого контакта (рис.3).

Известно, что большинство злокачественных новообразований орофарингеальной зоны (93,1% - 96,6%) выявляются в возрасте старше 45 лет. В проведенном исследовании, при рассмотрении возрастная-половой структуры заболеваемости средний возраст всех обследованных составил 55,1±9,5 лет (рис. 4). Согласно полученным данным резкий подъем выявленных случаев злокачественных новообразований определяется в возрасте от 50 до 69 лет у обоих полов. Во всех возрастных группах среди мужчин и женщин не было статистически значимых различий ($p > 0,05$), кроме возрастных групп 70-79 лет и 80-89 лет. Так, в группе 70-79 лет мужчины встречались статистически значимо чаще ($p < 0,05$) чем женщины: мужчин было 30(23,5%) человек, а женщин 10(11,1%) человек. А вот в группе 80-89 лет наоборот, женщины встречались статистически значимо чаще ($p < 0,05$), чем мужчины: женщин было 10(11,1%) человек, а мужчин было 3(2,1%) человека.

Анализ статистических данных выявленных случаев злокачественных новообразований орофарингеальной зоны по России и Челябинской области значимых различий не показал.

Исходя из полученных данных, представленных в диаграмме (рис. 5) было установлено, статистически значимое ($p < 0,05$) различие между группами по месту жительства, пациенты, проживающие в городе Челябинске (94 человека-43%) статистически значимо реже встречались, чем пациенты, проживающие в области (123 человека-57%).

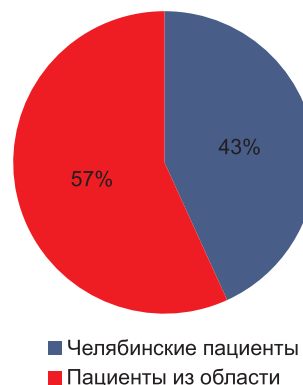


Рис. 5. Процентное распределение пациентов по месту жительства

Fig.5. Percentage distribution of patients by place of residence

В течение многих лет, стадирование злокачественных новообразований проводится по международной классификации TNM, предложенной в 1968 году. Она включает в себя три категории, указывающие на размер опухоли, состояние регионарных лимфатических узлов и наличие либо отсутствие отдаленных метастазов. Формирование групп по данной классификации ориентировано на прогноз развития заболевания, который напрямую зависит от степени распространенности злокачественного новообразования на момент постановки диагноза. Именно поэтому, первичный стоматологический приём, открывает бесконечные возможности ранней диагностики онкологических процессов орофарингеальной зоны. Большинство опухолей челюстно-лицевой области относят к так называемым визуальным, то есть доступным наблюдению невооруженным глазом, что несомненно влияет на их раннее выявление. Размеры первичной опухоли зависят от длительности развития процесса, но не менее важным фактором

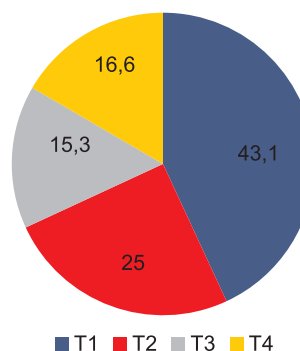


Рис. 6. Частота встречаемости размеров первичной опухоли

Fig.6. The frequency of occurrence of the size of the primary tumor

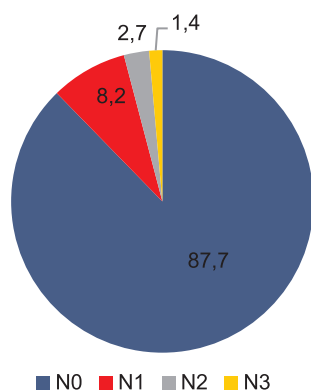


Рис. 7. Частота встречаемости метастазов в лимфоузлах
Fig.7. Frequency of occurrence of metastases in the lymph nodes



Рис. 8. Процентное распределение пациентов по стадиям злокачественности опухоли
Fig.8. Percentage distribution of patients by stages of tumor malignancy

является профессиональная грамотность специалистов проявляющих онкологическую настороженность. Особый интерес имеет изучение частоты встречаемости увеличения размеров первичной опухоли (рис. 6). При проведении попарного сравнительного анализа частоты встречаемости опухолей размеров T1, T2, T3 и T4 было установлено, что опухоли типа T1 встречались статистически значимо ($p \leq 0,05$) чаще. Первичная опухоль соответствующая критерию (T1), имеет размеры до 2 сантиметров и хорошо поддаётся хирургическому лечению. Сравнение опухолей типа T3 и T4, статистически значимых различий не выявило.

Вероятность наличия региональных метастазов определяется первым лимфатическим узлом, в который попадает оттекающая из первичной опухоли лимфа. Наличие опухолевых клеток в ткани этого узла, говорит о вовлечении в процесс лимфатической системы, если же нет, то вероятнее всего система не поражена. Именно поэтому первый лимфоузел называется «сторожевой». В данном исследовании (рис. 7) при проведении попарного сравнительного анализа частоты встречаемости метастазов в лимфатической системе N0, N1, N2 и N3 было установлено, что отсутствие метастазов (N0) встречалось статистически значимо ($p \leq 0,05$) чаще. Первая стадия вовлечённости лимфатической системы в онкологический процесс (N1) определялась в 8.2% случаев. Статистически значимых различий при сравнении второй (N2) и третьей (N3) стадии не выявлено.

Появление метастазов в отдалённых органах свидетельствует о длительности протекания процесса и тяжести клинического состояния. Не зависимо от размеров и распространённости опухоли она не операбельна. Прогноз на пятилетнюю выживаемость очень плохой. Среди анкетированных пациентов с подтверждённым диагнозом злокачественного новообразования наличие метастазов в отдалённых органах (M) не выявлено в 100% случаев.

Значительное разнообразие клинической картины злокачественных новообразований индивидуально для каждого пациента. Наличие распространённости процесса напрямую зависит от сроков обращения и защитной реакции организма человека. Поэтому даже при наличии III и IV стадии первичного очага злокачественной опухоли, у некоторых пациентов отсутствует, полное поражение лимфатической системы (N3) и метастазирование в отдалённых органах (M 1), что даёт шанс на повышение процента выживаемости. При проведении попарного сравнительного анализа частоты встречаемости стадий злокачественного процесса представленного на диаграмме (рис. 8) было установлено, что статистически значимо чаще ($p \leq 0,05$) встречалась I стадия. Статистически значимых различий при сравнении III и IV стадии не выявлено.

В связи с этим следует считать принципиально возможной постановку вопроса о необходимости 100% выявления злокачественных опухолей на I-II стадии, когда использование современных методов лечения обеспечивает выздоровление 85-90% больных

Постановка окончательного диагноза при подозрении на злокачественное новообразование недопустима без гистологического исследования, которое определяет степень дифференцировки клеток

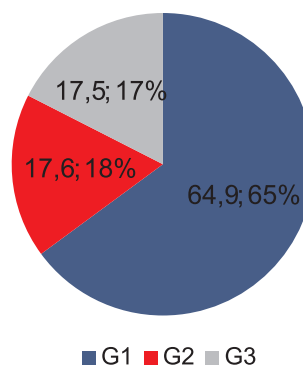


Рис. 9. Процентное распределение пациентов по гистологической степени злокачественности опухоли
Fig.9. Percentage distribution of patients by histological grade of tumor malignancy

опухоли. От степени дифференцировки клеток злокачественного новообразования зависит, скорость распространения процесса по организму. А это, в свою очередь, напрямую влияет на прогноз выживаемости пациента. При проведении попарного сравнительного анализа частоты встречаемости стадий злокачественности опухолей было установлено, что больше всего статистически значимо ($p \leq 0,05$) выявлено процессов с высокой дифференцировкой клеток G1 (64,9%) случаев (рис. 9). Злокачественные новообразования со средней (G2) и низкой (G3) степенью дифференцировки, встречались практически одинаково (17,6% и 17,5% соответственно). Опухоли с высокой степенью дифференциации сохраняют многие черты здоровых клеток и тканей. Они реже прорастают в соседние органы и ткани, и значительно медленнее метастазируют. Такие формы рака относятся к малоинвазивным. Новообразования со средней и низкой степенью дифференциации клеток, ведут себя более агрессивно и быстрее распространяются по организму. Учитывая, что высокодифференцированные опухоли лучше реагируют на лучевую и химиотерапию, своевременная диагностика и биопсия, играют ключевую роль, в составлении плана лечения. Владение врачами - стоматологами техникой биопсии может значительно ускорить процесс маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями в получении специализированной помощи.

Прогноз развития заболевания зависит от того, в каком месте начался рост рака. Анализ полученных данных представленных на диаграмме (рис. 10) показывает, что наиболее чаще ($p \leq 0,05$) злокачественные новообразования локализовались на языке и губах по сравнению с другими участками орофарингеальной зоны. Рак языка зачастую имеет агрессивное течение, характеризующееся быстрым ростом и метастазированием в лимфатическую систему. Консультации пациентов обратившихся за стоматологической помощью необходимо проводить в полном объеме, начиная с жалоб и завершая тщательным объективным обследованием всех органов и тканей орофарингеальной зоны. Гистологически плоскоклеточная форма рака разделяется на ороговевающую и неороговевающую формы. Исходя из данных клинического исследования ороговевающая форма плоскоклеточного рака встречалась статистически значимо

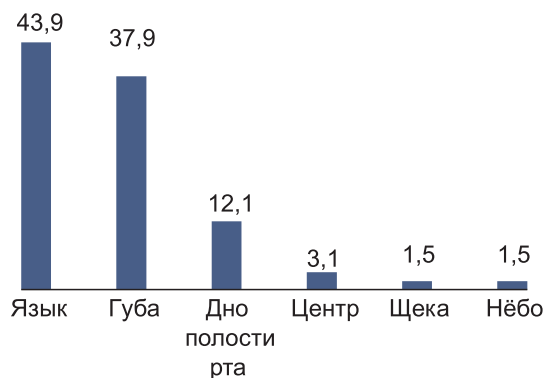


Рис. 10. Процентное распределение пациентов по локализации злокачественных новообразований

Fig.10. Percentage distribution of patients by localization of malignant neoplasms

($p < 0,001$) чаще - 135 случаев (62.1%), чем неороговевающая (6 случаев - 2,7%) соответственно.

С точки зрения прогнозов на выживаемость и окончательное выздоровление ороговевающая форма плоскоклеточного рака менее агрессивна, что значительно повышает благоприятный исход лечения, при ранней диагностике.

Научные данные свидетельствуют, что выживаемость при раке кожи и красной каймы губ стремится к 100%, потому что такие опухоли, как правило, удается обнаружить достаточно рано, и они не очень агрессивны. При появлении отдаленных метастазов, шансы на ремиссию значительно снижаются. Но таким пациентам все еще можно помочь: замедлить прогрессирование плоскоклеточного рака, продлить жизнь, улучшить общее состояние, купировать мучительные болевые симптомы.

Заключение. Решение проблемы ранней диагностики злокачественных новообразований орофарингеальной зоны в частности и головы – шеи, в общем, без участия стоматологов не представляется возможным потому, что профилактика злокачественных новообразований рассматриваемой локализации основана в первую очередь на санитарно - гигиеническом воспитании населения. Массовый охват населения плановой санацией полости рта открывает перед стоматологами реальные возможности ранней диагностики злокачественных опухолей и прямое направление пациентов к специалистам онкологам.

Литература/References

1. Вагнер В.Д., Ивасенко П.И., Анисимова И.В. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога. Москва: Медицинская книга, 2010. [Wagner VD, Ivasenko PI, Anisimova IV. Oncological alertness in the practice of a dentist. Moscow: Medical book, 2010. (In Russ.)]
2. Нуриева Н.С., Гузь А.О., Захаров А.С., Гарев А.В. Обзор современного состояния проблемы первичной выявляемости злокачествен-

- ных новообразований органов полости рта. *Проблемы стоматологии*. 2019;15(2):50-55. [NurievaNS, GuzaAO, Zakharov AS, Garev AV. Review of the current state of the problem of primary detectability of malignant neoplasms of the oral cavity. *Problemy stomatologii*. 2019;15(2):50-55. (In Russ.)] <https://doi.org/10.18481/2077756620191525055>
3. Геворков А.Р., Бойко А.В., Болотина Л.В., Шапков С.В. Основные принципы ведения пациентов с мукозитом и дерматитом при лучевом лечении с лекарственной модификацией больных плоскоклеточным раком орорфарингеальной области. *Опухоли головы и шеи*. 2016;6(3):12-21. [GevorkovAR, BoykoAV, BolotinaLV, ShashkovSV. Basic principles of management of patients with mucositis and dermatitis in radiation treatment with drug modification of patients with squamous cell carcinoma of the oropharyngeal region. *Opukholi golovy i shei*. 2016;6(3):12-21. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2016-6-3-22-32>
 4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. Москва, 2014. 226 с. [Davydov MI, Axel EM. *Statistics of Malignant Neoplasms in Russia and CIS Countries in 2012*. Moscow, 2014. 226 p. (In Russ.)]
 5. Кипарисова Д.Г., Кипарисов Ю.С., Нуриева Н.С. Оценка состояния полости рта у пациентов с новообразованиями орорфарингеальной зоны. *Проблемы стоматологии*. 2016;12(3):52-57. [Kiparisova DG, Kiparisov YuS, Nurieva, NS. Assessment of the state of the oral cavity in patients with the neoplasms of the oropharyngeal zone. *Problemy stomatologii*. 2016;12(3):52-57. (In Russ.)] <https://doi.org/10.18481/2077-7566-2016-12-3-52-57>
 6. Раджабова З.А., Ракитина Д.А., Гурин А.В. и др. Реконструктивно-пластические операции у пациентов со злокачественными новообразованиями языка, слизистой дна полости рта, виды пластик. *Опухоли головы и шеи*. 2015;1:15-18. [RajabovaZA, RakitinaDA, Gurin AV, et al. Reconstructive plastic surgery in patients with malignant neoplasms of the tongue, oral mucosa, types of plastic. *Opukholi golovy i shei*. 2015;1:15-18. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2015-1-15-18>
 7. Dobratz EJ, Hilger PA. Cheek defects. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2009;17(3):455-67. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2009.05.004>
 8. Geden EM, Buchbinder D, Urken ML. The submental island flap for palatal reconstruction: A novel technique. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004;62:387-390. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2003.06.009>
 9. Kim JT, Kim SK, Koshima I, et al. An anatomic study and clinical applications of the reversed submental perforator-based island flap. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:2204-2210. <https://doi.org/10.1097/00006534-200206000-00004>
 10. Scepanovic M, Calvo-Guirado JL, Markovic A, et al. A 1-year prospective cohort study on mandibular overdentures retained by mini dental implants. *Eur J Oral Implantol*. 2012;5(4):367-79.
 11. Todescan S, Lavigne S, Kelekis J, Cholakis A. Guidance for the maintenance care of dental implants: clinical review. *J Can Dent Assoc*. 2012;78:107.
 12. Vojvodić D, Celebić A, Mehulić K, Zabarović D. Prosthetic rehabilitation of a patient with mandibular resection prosthesis using mini dental implants (MDIs). Case report. *Coll Antropol*. 2012;36(1):307-11.

УДК: 616.833.15-009.7-08:615.84

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

¹Н.К. Хайдаров, ²М.Б. Абдуллаева, ²Ф.Н. Чориева

¹Кафедра нервных болезней и физиотерапии ТГСИ, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, 103, 100047, Ташкент. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3126-9013>.

²Ташкентский педиатрический медицинский институт

Тройничный нерв, пятая пара черепно-мозговых нервов является самым крупным из 12 пар черепных нервов. Он относится к нервам смешанного типа, включает чувствительные и двигательные волокна. Тройничный нерв берет свое начало в полости черепа, в Гассеровом нервном узле. От этого узла отходит чувствительный корешок нерва, который почти сразу делится на 3 ветви. Они выхо-

дят на поверхность через естественные отверстия в костях черепа и обеспечивают чувствительность лица к прикосновению, боли, теплу и холоду. I ветвь иннервирует лоб, бровь и глаз, II ветвь отвечает за чувствительность щеки, носа, верхней губы, верхней челюсти и неба, III – охватывает подбородок, нижнюю губу, нижнюю челюсть,