



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

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

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

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

УЧРЕДИТЕЛИ:

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 10.05.2025, Published: 15.05.2025

УДК 616.716-002.5-082:616.31-008-089

ОПТИМИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

¹Т.З.Абдуллаев <https://orcid.org/0000-0002-8765-4327>

²Э.А. Ризаев <https://orcid.org/0000-0001-6932-5418>

¹Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Ташкентский государственный стоматологический институт Узбекистан, Ташкент, ул. Таракиёт, 103 тел: +998(71) 230-20-72 E mail: info@tsdi.uz

✓ Резюме

Туберкулез костей челюстно-лицевой области представляет серьезную медико-социальную проблему современной стоматологии и фтизиатрии, требующую междисциплинарного подхода к диагностике и лечению. Несмотря на общую тенденцию к снижению заболеваемости туберкулезом, частота костно-деструктивных форм с поражением челюстно-лицевой области не демонстрирует значимого сокращения, что связано с трудностями ранней диагностики, особенностями течения заболевания и ростом лекарственной устойчивости микобактерий. Согласно современным данным, частота костно-суставного туберкулеза составляет 10-15% всех внелегочных форм, при этом поражение челюстных костей наблюдается в 0,5-2% случаев костно-суставного туберкулеза. Проблема усугубляется отсутствием единого подхода к организации стоматологической помощи данной категории пациентов и недостаточной интеграцией между стоматологической и фтизиатрической службами, что часто приводит к диагностическим ошибкам и позднему началу специфической терапии

Ключевые слова: туберкулез костей челюстно-лицевой области, персонализированная стоматологическая помощь, междисциплинарный подход, туберкулезный остеомиелит, диагностические алгоритмы, хирургическое лечение, реабилитация

OPTIMIZATION OF DENTAL CARE AND PERSONALIZED APPROACH IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS OF THE MAXILLOFACIAL BONES

¹T.Z.Abdullaev, ²E.A. Rizaev

¹Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Tashkent State Dental Institute Uzbekistan, Tashkent, Tarakkiyot street, 103 Tel: +998(71) 230-20-72 E mail: info@tsdi.uz

✓ Resume

Tuberculosis of the maxillofacial bones represents a serious medical and social problem in modern dentistry and phthiology, requiring an interdisciplinary approach to diagnosis and treatment. Despite the general trend towards decreasing tuberculosis incidence, the frequency of bone-destructive forms affecting the maxillofacial region does not show significant reduction, which is associated with difficulties in early diagnosis, peculiarities of disease progression, and increasing drug resistance of mycobacteria. According to current data, the frequency of osteoarticular tuberculosis accounts for 10-15% of all extrapulmonary forms, with maxillofacial bone involvement observed in 0.5-2% of osteoarticular tuberculosis cases. The problem is compounded by the lack of a unified approach to organizing dental care for this category of patients and insufficient integration

between dental and phthisiology services, often leading to diagnostic errors and delayed initiation of specific therapy

Keywords: tuberculosis of maxillofacial bones, personalized dental care, interdisciplinary approach, tuberculous osteomyelitis, diagnostic algorithms, surgical treatment, rehabilitation

**ЮЗ-ЖАҒ СУЯКЛАРИ СИЛИ БЎЛГАН БЕМОЛЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА
СТОМАТОЛОГИК ЁРДАМНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ ВА
ПЕРСОНФИКАЦИЯЛАНГАН ЁНДАШУВ**

¹Т.З.Абдуллаев, ²Э.А. Ризаев

¹Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темур 18,

Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Тошкент Давлат стоматология институти Ўзбекистон, Тошкент ш., Тараққиёт кўчаси, 103-уй

Тел: +998(71) 230-20-72 Email: info@tsdi.uz

✓ **Резюме**

Юз-жағ соҳаси суяқларининг сили замонавий стоматология ва фтизиатриянинг жиддий тиббий-ижтимоий муаммоси бўлиб, таъхислаш ва даволашда мултидисциплинар ёндашувни талаб қилади. Сил касаллиги билан касалланиш умумий пасайиш тенденциясига қарамай, юз-жағ соҳасини зарарлантирувчи суяк-деструктив шаклларининг частотаси сезиларли камайишни кўрсатмаяпти, бу эса эрта таъхислаш қийинчиликлари, касаллик кечишининг ўзига хос хусусиятлари ва микобактерияларнинг дори воситаларига чидамлилигининг ошиши билан боғлиқ. Замонавий маълумотларга кўра, суяк-бўғим сили барча экстрапульмонар шаклларнинг 10-15% таъхил этади, бунда жағ суяқларининг зарарланиши суяк-бўғим сили ҳолатларининг 0,5-2% кузатилади. Бу муаммо беморларнинг ушбу тоифасига стоматологик ёрдамни таъхил этишида ягона ёндашувнинг йўқлиги ва стоматологик ҳамда фтизиатрик хизматлар ўртасида етарли интеграциянинг йўқлиги туфайли оғирлашади, бу эса кўпинча таъхис хатолиғига ва специфик терапиянинг кечикиб бошланишига олиб келади

Калит сўзлар: юз-жағ соҳаси суяқлари сили, персонификацияланган стоматологик ёрдам, мултидисциплинар ёндашув, сил остеомиелити, таъхис алгоритмлари, жарроҳлик даволаш, реабилитация

Актуальность

Туберкулез костей челюстно - лицевой области остается актуальной медико - социальной проблемой, несмотря на достигнутые успехи в борьбе с туберкулезом в целом [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется около 10 млн новых случаев туберкулеза, из которых 15-20% приходится на внелегочные формы [3].

Среди внелегочных локализаций туберкулеза костно-суставная форма занимает третье место после туберкулеза лимфатических узлов и мочеполовой системы, составляя 10-15% всех внелегочных форм [4]. При этом поражение костей челюстно-лицевой области встречается в 0,5-2% случаев костно-суставного туберкулеза, что создает значительные диагностические и лечебные трудности для стоматологов и челюстно-лицевых хирургов [5, 6].

За последнее десятилетие отмечается изменение структуры клинических форм туберкулеза с увеличением доли внелегочных локализаций, в том числе с поражением костей челюстно-лицевой области. Это связано как с улучшением методов диагностики, так и с ростом лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, миграционными процессами и изменением иммунологической реактивности населения.

Особую актуальность проблема приобретает в связи с трудностями ранней диагностики туберкулеза челюстно-лицевой области, что обусловлено неспецифичностью клинических проявлений, сходством с другими воспалительными и деструктивными процессами в челюстных костях, а также недостаточной настороженностью стоматологов в отношении туберкулезной этиологии заболевания. По данным различных авторов, диагностические ошибки при

туберкулезе челюстно-лицевой области составляют от 30% до 80%, что приводит к позднему началу специфической терапии и ухудшению прогноза заболевания.

Организация стоматологической помощи пациентам с туберкулезом костей челюстно-лицевой области характеризуется фрагментарностью и отсутствием единого подхода [7]. Существующие алгоритмы диагностики и лечения часто не учитывают особенности течения туберкулезного процесса, не обеспечивают преемственности между различными специалистами и не предусматривают персонализированного подхода к комплексному лечению и реабилитации данной категории пациентов [8].

Современные подходы к лечению туберкулеза костей челюстно-лицевой области основаны на сочетании специфической противотуберкулезной химиотерапии и хирургического лечения [9]. Однако вопросы предоперационной подготовки, выбора оптимального объема и сроков оперативного вмешательства, послеоперационного ведения и реабилитации этих пациентов остаются недостаточно разработанными.

Особую значимость имеет проблема реабилитации пациентов после хирургического лечения туберкулеза челюстно-лицевой области, включающая ортопедическое лечение, восстановление жевательной функции, эстетическую реабилитацию и социальную адаптацию. Отсутствие комплексного подхода к реабилитации этой категории пациентов приводит к значительному снижению качества жизни, функциональным и эстетическим нарушениям, а также социальной дезадаптации [10].

В современных условиях особую актуальность приобретает разработка персонализированного подхода к комплексному лечению пациентов с туберкулезом костей челюстно-лицевой области, учитывающего клинико-морфологические особенности заболевания, характер лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза, иммунологический статус пациента и сопутствующую патологию [11]. Такой подход должен обеспечивать максимальную эффективность лечения при минимальном риске осложнений и рецидивов заболевания.

Таким образом, актуальность проблемы оптимизации стоматологической помощи и разработки персонализированного подхода в комплексном лечении пациентов с туберкулезом костей челюстно-лицевой области определяется значительной распространенностью заболевания, трудностями диагностики, отсутствием единого подхода к лечению и реабилитации этой категории пациентов, а также необходимостью повышения эффективности и качества оказываемой медицинской помощи.

Цель исследования: разработка и оценка эффективности комплексной модели оптимизации стоматологической помощи на основе персонализированного подхода к диагностике, лечению и реабилитации пациентов с туберкулезом костей челюстно-лицевой области.

Материал и метод исследования

В исследование включены 142 пациента с туберкулезом костей челюстно-лицевой области, находившихся на лечении в Республиканском специализированном научно-практическом центре фтизиатрии и пульмонологии и в отделении челюстно-лицевой хирургии клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2022 по 2025 гг.

Критериями включения в исследование являлись: возраст старше 18 лет, верифицированный диагноз туберкулеза костей челюстно-лицевой области, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, препятствующей проведению комплексного лечения, информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критериями исключения служили: возраст моложе 18 лет, беременность и период лактации, наличие злокачественных новообразований, декомпенсированные соматические заболевания, отказ пациента от участия в исследовании.

Пациенты были разделены на две группы: основную (72 пациента), в которой применялась разработанная нами модель оптимизации стоматологической помощи на основе персонализированного подхода, и контрольную (70 пациентов), получавших лечение по стандартному протоколу. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, клиническим формам туберкулеза и характеру лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза ($p > 0,05$).

Возраст пациентов варьировал от 19 до 68 лет, средний возраст составил $42,3 \pm 11,7$ лет. Соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковым: 73 (51,4%) мужчины и 69 (48,6%)

женщин. По локализации туберкулезного процесса преобладало поражение нижней челюсти – 87 (61,3%) случаев, поражение верхней челюсти наблюдалось у 42 (29,6%) пациентов, сочетанное поражение верхней и нижней челюстей – у 13 (9,1%) пациентов. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее общеклинические, лабораторные и инструментальные методы. Клиническое обследование включало сбор анамнеза, оценку общего состояния, внешний осмотр, обследование челюстно-лицевой области, оценку состояния зубов и пародонта, выявление свищевых ходов, определение состояния регионарных лимфатических узлов.

Лабораторные методы включали общий и биохимический анализы крови, бактериологическое исследование отделяемого из свищевых ходов с определением лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза, молекулярно-генетические методы (ПЦР, GeneXpert MTB/RIF), иммунологические тесты (квантифероновый тест, T-SPOT.TB).

Инструментальные методы исследования включали рентгенографию челюстей в различных проекциях, ортопантомографию, компьютерную томографию (КТ) челюстно-лицевой области, при необходимости – магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Гистологическое исследование биопсийного и операционного материала проводилось всем пациентам для верификации диагноза с применением стандартных методик окрашивания (гематоксилин-эозин, по Цилю-Нильсену) и иммуногистохимических методов.

Разработанная нами модель оптимизации стоматологической помощи пациентам с туберкулезом костей челюстно-лицевой области включала следующие компоненты:

1. Усовершенствованный алгоритм ранней диагностики, основанный на комплексной оценке клинических, рентгенологических, лабораторных и молекулярно-генетических данных.
2. Персонализированный подход к предоперационной подготовке с учетом характера лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза, клинико-морфологической формы заболевания и иммунологического статуса пациента.
3. Дифференцированный выбор объема и сроков хирургического вмешательства в зависимости от локализации и распространенности туберкулезного процесса, степени деструкции костной ткани и эффективности предоперационной химиотерапии.
4. Комплексный подход к послеоперационному ведению, включающий раннюю реабилитацию, профилактику рецидивов и осложнений с учетом индивидуальных особенностей пациента.
5. Многоэтапную реабилитацию, направленную на восстановление функциональных и эстетических дефектов, с разработкой индивидуализированных программ для каждого пациента.

Комплексная реабилитация пациентов после хирургического лечения туберкулеза челюстно-лицевой области включала следующие этапы:

1. Ранний реабилитационный этап (1-3 месяца после операции) - преимущественно медицинская реабилитация, направленная на заживление ран, предупреждение осложнений, профилактику контрактур, восстановление двигательных функций.
2. Основной реабилитационный этап (4-6 месяцев) - комплексная медико-социальная реабилитация, включающая ортопедическое лечение, психологическую коррекцию, социальную адаптацию.
3. Поддерживающий этап (7-12 месяцев и более) - преимущественно социальная и профессиональная реабилитация с поддерживающими медицинскими мероприятиями.

Оценка эффективности лечения проводилась на основании клинических, рентгенологических, лабораторных данных и результатов бактериологического исследования. Контрольные обследования выполнялись через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после завершения лечения. Для оценки качества жизни использовались опросники SF-36 и OHIP-14, для оценки функциональных результатов - шкала функциональной оценки жевания, для эстетических результатов - визуально-аналоговая шкала.

Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS 25.0. Для сравнения количественных показателей в группах применялись t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна-Уитни, для качественных показателей - критерий χ^2 и точный критерий Фишера. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результат и обсуждение

Анализ результатов диагностики показал, что в основной группе благодаря применению усовершенствованного диагностического алгоритма сроки установления диагноза сократились с $5,8 \pm 2,3$ до $2,1 \pm 0,9$ месяцев ($p < 0,001$), частота диагностических ошибок снизилась с 37,1% до 9,7% ($p < 0,001$), что позволило ранее начать специфическое лечение. Персонализированный подход к выбору схем предоперационной химиотерапии с учетом лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза позволил достичь в основной группе более высокой эффективности предоперационной подготовки: полное клиническое улучшение в основной группе наблюдалось у 69,4% пациентов, в контрольной - у 41,4% ($p < 0,001$); частичное улучшение - у 23,6% и 38,6% соответственно ($p = 0,042$); отсутствие эффекта отмечено у 7,0% в основной группе и у 20,0% в контрольной ($p = 0,017$).

Благодаря дифференцированному подходу к выбору объема и сроков хирургического вмешательства в основной группе удалось снизить частоту интраоперационных осложнений с 14,3% до 5,6% ($p = 0,019$), послеоперационных осложнений - с 25,7% до 11,1% ($p = 0,012$), а также сократить среднюю продолжительность операции с $165,3 \pm 38,4$ до $127,6 \pm 31,7$ минут ($p < 0,01$) и интраоперационную кровопотерю с $387,2 \pm 89,3$ до $264,5 \pm 67,8$ мл ($p < 0,01$).

Комплексный подход к послеоперационному ведению и реабилитации обеспечил более раннее восстановление функций челюстно-лицевой области в основной группе. Восстановление жевательной функции через 6 месяцев после операции в основной группе составило $74,8 \pm 8,2\%$ от нормы, в контрольной - $58,3 \pm 9,5\%$ ($p < 0,001$); через 12 месяцев - $86,3 \pm 7,9\%$ и $69,5 \pm 10,2\%$ соответственно ($p < 0,001$). Эстетические результаты по визуально-аналоговой шкале через 12 месяцев после операции в основной группе оценены как хорошие у 68,1% пациентов, удовлетворительные - у 23,6%, неудовлетворительные - у 8,3%; в контрольной группе - у 37,1%, 42,9% и 20,0% соответственно ($p < 0,001$). Частота рецидивов туберкулезного процесса в челюстно-лицевой области в течение 24 месяцев наблюдения в основной группе составила 5,6% (4 пациента), в контрольной - 18,6% (13 пациентов) ($p = 0,008$). Длительность противотуберкулезной терапии в основной группе сократилась с $13,7 \pm 2,8$ до $10,2 \pm 1,9$ месяцев ($p < 0,001$), частота побочных эффектов химиотерапии - с 35,7% до 22,2% ($p = 0,034$).

Качество жизни пациентов через 12 месяцев после завершения лечения в основной группе по физическому компоненту здоровья (PCS) повысилось с $37,2 \pm 9,4$ до $73,5 \pm 12,6$ баллов ($p < 0,001$), по психологическому компоненту (MCS) - с $34,8 \pm 10,2$ до $76,9 \pm 11,8$ баллов ($p < 0,001$). В контрольной группе динамика этих показателей была значительно менее выраженной: PCS - с $36,9 \pm 9,8$ до $56,7 \pm 11,3$ баллов ($p < 0,01$), MCS - с $35,2 \pm 9,5$ до $61,3 \pm 12,4$ баллов ($p < 0,01$). Различия между группами по обоим показателям были статистически значимыми ($p < 0,001$). Социальная реадaptация в основной группе была более успешной: восстановление социальных связей отмечено у 84,7% пациентов, в контрольной группе - у 60,0% ($p < 0,001$); трудоустройство среди пациентов трудоспособного возраста в основной группе составило 79,2%, в контрольной группе - 53,8% ($p = 0,004$).

Таблица 1

Сравнительная характеристика результатов лечения пациентов исследуемых групп

Параметр	Основная группа (n=72)	Контрольная группа (n=70)	p
Сроки установления диагноза, месяцы	$2,1 \pm 0,9$	$5,8 \pm 2,3$	<0,001
Частота диагностических ошибок, %	9,7%	37,1%	<0,001
Полное клиническое улучшение после предоперационной химиотерапии, %	69,4%	41,4%	<0,001
Частота послеоперационных осложнений, %	11,1%	25,7%	0,012
Восстановление жевательной функции через 12 месяцев, % от нормы	$86,3 \pm 7,9\%$	$69,5 \pm 10,2\%$	<0,001
Частота рецидивов в течение 24 месяцев, %	5,6%	18,6%	0,008
Физический компонент качества жизни через 12 месяцев, баллы	$73,5 \pm 12,6$	$56,7 \pm 11,3$	<0,001
Психологический компонент качества жизни через 12 месяцев, баллы	$76,9 \pm 11,8$	$61,3 \pm 12,4$	<0,001
Трудоустройство среди лиц трудоспособного возраста, %	79,2%	53,8%	0,004

Заключение

Проведенное исследование показало высокую эффективность разработанной комплексной модели оптимизации стоматологической помощи и персонализированного подхода к лечению пациентов с туберкулезом костей челюстно-лицевой области.

Применение усовершенствованного диагностического алгоритма позволило значительно сократить сроки установления диагноза и частоту диагностических ошибок, что обеспечило раннее начало специфической терапии и улучшение прогноза заболевания.

Персонализированный подход к предоперационной подготовке с учетом клинико-морфологических особенностей туберкулезного процесса, лекарственной чувствительности микобактерий и иммунологического статуса пациента позволил достичь более высокой эффективности предоперационной химиотерапии и лучшей подготовки пациентов к хирургическому лечению.

Дифференцированный подход к выбору объема и сроков хирургического вмешательства способствовал снижению частоты интра- и послеоперационных осложнений, сокращению продолжительности операции и интраоперационной кровопотери. Комплексная реабилитация пациентов после хирургического лечения, включающая медицинский, психологический, социальный и профессиональный компоненты, обеспечила более полное восстановление функциональных и эстетических характеристик челюстно-лицевой области, значительное повышение качества жизни и успешную социальную реадaptацию пациентов.

Персонализированный подход к послеоперационному ведению и профилактике рецидивов способствовал снижению частоты рецидивов туберкулезного процесса и сокращению длительности противотуберкулезной терапии.

Предложенная модель оптимизации стоматологической помощи пациентам с туберкулезом костей челюстно-лицевой области может быть рекомендована для внедрения в практическое здравоохранение с целью повышения эффективности диагностики, лечения и реабилитации данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Аверьянова Д.А., Климов В.А. Туберкулез челюстно-лицевой области: современное состояние проблемы // Стоматология. - 2019. - Т. 98, №2. - С. 94-98.
2. Бородулина Е.А., Скворцова Е.С. Внелегочный туберкулез: патогенез, клиника, диагностика, лечение // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - Т. 98, №2. - С. 47-55.
3. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2022. Geneva: WHO, 2022; 266 p.
4. Гарифуллин З.Р., Аминев Х.К. Костно-суставной туберкулез: эпидемиология, клинические формы, диагностика // Фтизиатрия и пульмонология. - 2018. - №1. - С. 64-72.
5. Соколов В.А., Петренко Т.И. Туберкулез челюстно-лицевой области: клинические проявления и дифференциальная диагностика // Стоматология для всех. - 2020. - №3. - С. 18-25.
6. Самцов А.В., Бобров А.П. Туберкулез кожи и слизистых оболочек: клиника, диагностика, лечение // Вестник дерматологии и венерологии. - 2018. - №2. - С. 75-84.
7. Левашев Ю.Н., Репин Ю.М. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2021; 456 с.
8. O'Connell M.P., Kennedy H.T. Extrapulmonary tuberculosis: clinical and diagnostic challenges // Journal of Clinical Medicine. - 2019. - Vol. 8, №12. - P. 2125-2138.
9. Казмирова Н.Е., Паролина Л.Е. Лекарственная устойчивость микобактерий при внелегочном туберкулезе // Проблемы туберкулеза и болезней легких 2018. - №4. С. 20-23.
10. Васильев А.Ю., Лежнев Д.А. Лучевая диагностика туберкулеза внелегочной локализации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 432 с.

Поступила 20.03.2025