

маъюб 37 (15,1,7%) нафар, синну соли қобили кор 166 (67,7%) ва аз 60-сола боло 42 (17,1%) нафарро ташкил доданд.

Тибқи натиҷаҳои тадқиқот чи дар шаҳр ва чи дар деҳот қисми асосии маъюбонро одамони синни соли қобили меҳнат ташкил медиҳанд. Кӯдакони маъюб ва маъюбони синни соли қобили меҳнат гурӯҳҳои асосии аҳолии мебошанд, ки ба иктисодиёт, неқӯаҳволи ва рушди давлат таъсири назаррас мерасонанд.

Тадқиқот нишон дод, ки шабакаи хизматрасонии иҷтимоӣ, хусусан хизматрасонии маишӣ бештар дар деҳот суғур ба роҳ монда шудааст. Бояд ҳамгироии хизматрасонии ҳамаҷарафаи тиббӣ ва иҷтимоӣ рушд ёбад, аммо дар деҳот он ҳануз амалӣ нашудааст ва он диққати махсусро талаб мекунад.

**Хулоса.** Тибқи натиҷаҳои ба даст омада маълум гардид, ки дар аксар оилаҳои, ки маъюбдоранд сатҳи иҷтимоии онҳо дар ҳолати ногувори тиббӣ иҷтимоӣ қарор доранд. Айни ҳол сохтори мавҷудаи хизматрасонии тиббӣ иҷтимоӣ дар ҷумҳуриба рушди хизматрасонии тиббӣ иҷтимоӣ, иҷтимоӣ-маишӣниёз дорад. Инчунин, ба дастрасии технологияи ассистивӣ ва тавонбахшии инфиродии касбӣ ба баланд бардоштани сатҳи иҷтимоӣ-маишӣ, раванӣ ва иҷтимоӣ-ҳуқуқии маъюб мусоидат зарур мебошад.

**Калимаҳои калидӣ:** маъюбон, тавонбахшии тиббӣ иҷтимоӣ, солимии ҷомеа ва тандурустӣ, мутобиқшавии иҷтимоӣ, ҳамгироӣ, бемориҳои аҳмияти иҷтимоидошта.

УДК 616-053

doi: 10.52888/0514-2515-2022-355-4-45-49

К.К. Махкамов

## СТАБИЛИЗАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*Кафедра неонатологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»*

**Махкамов Кахрамон Каюмович** – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой неонатологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; г. Душанбе, ул. Адхамова 5, кв 27; Тел.: +99293333287; E-mail: kkm63@mail.ru

**Цель исследования.** Анализ современных подходов диагностики и лечения РДС у недоношенных детей на этапе родильного зала и возможности их использования в нынешних условиях Республики Таджикистан.

**Материалы и методы исследования.** Проводили анализ положений и нормативных документов для родовспомогательных учреждений, включая их ежегодные отчеты, и национальные протоколы по неонатологии, утвержденные Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Данные сопоставляли с положениями Европейского консенсуса по РДС 2019 г. в части его диагностики и стабилизации состояния новорожденных в родильном зале.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В работе отражены современные научно обоснованные подходы к диагностике и ведению недоношенных детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела. С учетом существующих на сегодня рекомендаций Европейской согласительной комиссии по РДС, касающихся вопросов диагностики, респираторной поддержки и лечения сурфактантом, которые необходимо осуществлять на этапе родильного зала, определены возможности их использования в Республике Таджикистан в настоящее время.

**Заключение.** Практическое использование научно обоснованных современных стратегий выхаживания недоношенных с РДС будет способствовать снижению смертности и осложнений.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, респираторный дистресс-синдром, недоношенный, маловесный, реанимация недоношенных, сурфактант, кислород, сатурация.

К.К. Makhkamov

## STABILIZATION OF PREMATURE INFANTS WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME AND POSSIBILITIES OF ITS IMPLEMENTATION IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

*Department of neonatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education of Health Sphere of Republic of Tajikistan»*

*Makhamov Kahramon Kayumovich* – candidate of medical sciences, Head of the Department of Neonatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education of Health Sphere of Republic of Tajikistan»; Dushanbe, st. A. Adhamov 5, apt 27; Tel.: +99293333287; E-mail: [kkm63@mail.ru](mailto:kkm63@mail.ru)

**Aim.** To analyze modern approaches to the diagnosis and treatment of Respiratory-Stress Syndrome (RDS) in premature babies at the stage of the delivery room and the possibility of their use in the conditions of the Republic of Tajikistan.

**Material and methods.** We analyzed the provisions and regulatory documents for obstetric facilities, including their annual reports, and national protocols on neonatology approved by the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan. The data were compared with the provisions of the 2019 European Consensus on RDS in terms of its diagnosis and stabilization of newborns in the delivery room.

**Results and discussion.** The paper reflects current evidence-based approaches to diagnosing and managing preterm infants born with very low and extremely low birth weights. Taking into account the current recommendations of the European Commission on RDS concerning the issues of diagnosis, respiratory support and surfactant treatment to be performed at the stage of the delivery room, the possibilities of their use in the Republic of Tajikistan are determined.

**Conclusion.** Practical use of scientifically grounded modern strategies for nursing preterm infants with RDS will help to reduce mortality and complications.

**Keywords:** preterm birth, respiratory distress syndrome, premature, low birth weight, resuscitation of premature, surfactant, oxygen, saturation.

**Актуальность.** В настоящее время смертность недоношенных детей занимает ведущие позиции в структуре перинатальных потерь и обусловлена, в частности их подверженности развитию критических состояний, таких как респираторный дистресс-синдром (РДС), бронхолегочная дисплазия (БЛД) [6, 8]. В Республике Таджикистан (РТ) также наблюдается высокая смертность среди вышеуказанного контингента. Так, из 1548 умерших новорожденных 58,9% составили недоношенные дети. В зависимости от веса, умершие с ОНМТ составили 37,5%, а 84,2% с ЭНМТ [1]. Поэтому важным компонентом оптимизации оказания помощи недоношенным является практическое использование научно обоснованных современных стратегий выхаживания недоношенных с РДС, способствующих максимальной их выживаемости с минимизацией развития возможных осложнений, в частности БЛД [16].

**Цель исследования.** Анализ современных подходов диагностики и лечения РДС у недоношенных детей на этапе родильного зала и возможности их использования в нынешних условиях РТ.

**Материал и методы исследования.** Проводили анализ положений и нормативных документов для родовспомогательных учреждений, включая их ежегодные отчеты, и национальные протоколы по неонатологии, утвержденные Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Данные сопоставляли с положениями Европейского консенсуса по РДС 2019 г. в части его диагностики и стабилизации состояния новорожденного в родильном зале.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В материалах Европейского консенсуса по РДС 2019 года сообщается о возможности использования УЗИ легких, поскольку при РДС легкие имеют специфический внешний вид, позволяющий отличить от других

распространенных респираторных заболеваний новорожденных [7]. Также дана информация о проведении тестов на наличие или отсутствие сурфактанта в желудочном аспирате [16]. В настоящее время на кафедре неонатологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ» в рамках выполняемой НИР проводится оценка эффективности проводимой глюкокортикоидной профилактики РДС по отношению экзогенной зрелости легочной ткани к печени плода и пенному тесту Клеменса. В перспективе планируется определение оптической плотности околоплодных вод и проведение пузырькового теста.

Среди первоначальных шагов в родильном зале Консенсус по РДС 2019 года оставил прежнюю рекомендацию отсроченного пережатия пуповины не ранее 60 секунд после рождения (1А), поскольку оно способствует значительному снижению смертности среди недоношенных. Эффективность и безопасность милкинга (сцеживание пуповинной крови), признается сомнительной, поскольку его применение в 4 раза и выше, способствует развитию внутрижелудочковых кровоизлияний. Также, для снижения теплотерь, в родильном зале предусматривается обязательное обертывание термосберегающей пленкой детей, родившихся в сроке менее 28 недель гестации (1А). При этом соблюдение температуры окружающей среды в родильном зале (при преждевременных родах) не менее 28°C - обязательно [16].

Учитывая, что у большинства недоношенных, непосредственно после рождения, имеется способность к поддержанию дыхания и адекватной альвеолярной вентиляции Европейский консенсус по РДС термин «реанимация новорожденного» предложил заменить на «стабилизация новорожденного». Стимуляция младенца во время стабилизации помогает наладить регулярное дыхание, и в случае самостоятельного вдоха предусмотрено проведение вентиляции посредством СРАР с создаваемым оптимальным

начальным давлением не менее 6,0 см водного столба [16]. Интубация увеличивает риск развития БЛД [14]. Однако, использование постоянного дыхания с положительным давлением (PIP до 20-25 см H<sub>2</sub>O), допускается для младенцев, у которых сохраняется апноэ или брадикардия (A1). Причем интубируемым с целью снижения риска развития синдромов утечки воздуха и смертности считается целесообразным раннее введение натурального сурфактанта (B1) [15, 16].

До настоящего времени существуют разногласия в отношении долгосрочных эффектов воздействия различных концентраций кислорода при рождении у недоношенных детей [9]. Учитывая, что при титровании содержания кислорода необходимая его концентрация в дыхательной смеси (FiO) к 10 мин должна составлять от 30 до 40%, то её следует контролировать с помощью блендера (смесителя) с рекомендуемыми начальными значениями: для новорожденных с гестационным возрастом менее 28 недель гестации - 0,30; для новорожденных с гестационным возрастом 28–31 недель гестации - 0,21–0,30; для новорожденных с гестационным возрастом более 32 недель гестации - 0,21. Корректировку в сторону увеличения или уменьшения FiO<sub>2</sub> необходимо проводить на основании показателей пульсоксиметрии (2B) [16].

Известно, что для оценки эффективности вентилизации сразу после рождения необходим контроль частоты сердечных сокращений (ЧСС), поскольку при сердечном ритме менее 100 в минуту в течение более 2 минут, смертность возрастает в 4,5 раза [16]. При этом контролировать ЧСС рекомендуется с помощью ЭКГ (если есть возможность), поскольку при аускультации нет такой точности, а сигналы пульсовой оксиметрии запаздывают до 1 минуты [12]. Для детей с гестационным возрастом <32 недель гестации в течение первых 5 мин жизни целевые значения SpO<sub>2</sub> должны быть достигнуты уровня 80% или более, а ЧСС >100 в минуту. Меньшие значения увеличивают частоту летального исхода и развитие ВЖК. Остается обязательной подача газов с измеряемым и контролируемым давлением посредством плотно прилегающих коротких мягких биназальных канюль или маски в увлажненном и теплом виде, с целью предотвращения потерь тепла [11,13].

Отраженные в национальных протоколах РТ принципы ведения новорожденных с РДС согласуются с европейскими рекомендациями [2]. В тоже время для их полноценного применения на этапе первичной реанимационной помощи для недоношенных, родившихся в сроке 35 недель и менее необходимо оснащение родильных залов блендерами, с возможностью проведения оксигенотерапии воздушно-кислородной смесью с задаваемыми начальными параметрами концентрации O<sub>2</sub> в пределах 21-30% и

скоростью его потока не менее 10 л/мин. При этом наличие пульсоксиметра позволит корректировать проводимую респираторную поддержку как в родильном зале (для достижения нормальных переходных значений SpO<sub>2</sub> в течение первых 10 минут после рождения), так и после перевода малыша в отделение интенсивной терапии, где предусматривается поддержание сатурации от 90 до 94% (B2). Более низкий показатель сатурации снижает риск развития тяжелой ретинопатии, но увеличивает риск смертности и некротического энтероколита [4].

Выполнение рекомендаций, касающихся немедленного проведения CPAP ≥6,0 см водного столба у детей, предпринимающим попытки самостоятельного вдоха (желательно Т-реанимационной системой) требует оснащения ими в родовспомогательных учреждениях 2 и 3 уровня. В тоже время указывается на возможность применения «пузырьковых» CPAP, простота использования которых, может быть существенной альтернативой (при условии наличия подводки источника кислорода и возможности его подачи в теплом виде) в нынешних условиях.

Профилактика РДС и ранняя CPAP снижают потребность в интубации в родзале и последующего применения сурфактанта (животного происхождения), однако его терапевтическое введение в первые часы жизни является стандартной мерой, особенно если для стабилизации требуется интубация (1A), и если на фоне проводимой CPAP не менее 6 см H<sub>2</sub>O при FiO<sub>2</sub> >0,30 не отмечается положительная динамика в достижении пороговых значений SpO<sub>2</sub> (B2). При этом способу раннего введения сурфактанта - INSURE предложена более эффективная с точки зрения уменьшения развития синдрома «утечки» воздуха и отказа от ИВЛ методика (при условии владения ею) посредством тонкого катетера - LISA [3, 5, 16]. Препаратами выбора Европейский консенсус предлагает берактант из расчета 100 мг/кг, а лучше порактант альфа из расчета 200 мг/кг, вследствие лучшей выживаемости и меньшей потребности повторном введении (1A). Введение последующих (вторая, а иногда и третья) доз предусмотрено в случае постоянной потребности в кислороде и ИВЛ (1A) [16]. Вышеуказанные препараты отражены в национальном протоколе по лечению синдрома дыхательных расстройств. Также в перечень допустимых препаратов сурфактанта включен альвеофакт, однако ввиду высокой стоимости их применение не регулярно, несмотря на определенные грантовые поддержки.

**Заключение.** Таким образом, важным компонентом оптимизации оказания помощи недоношенным с РДС, является практическое использование научно обоснованных современных стратегий выхаживания, в частности своевременная его диагностика и эффективная первичная реанимационная помощь на

этапе родильного зала, которые являются одними из ключевых в комплексе мероприятий по снижению летальности детей и частоты развития осложнений при этом заболевании.

#### ЛИТЕРАТУРА

(пп. 3-16 см. в REFERENCES)

1. Информация о причинах перинатальной и неонатальной смертности и пути их снижения в РТ // Материалы коллегии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, Душанбе, 2019. 12 с.

2. Национальные стандарты по неонатологии РТ. Душанбе, 2019, 214 с.

#### REFERENCES

1. Informatsiya o prichinakh perinatalnoy i neonatalnoy smertnosti i puti ikh snizheniya v RT [Information about the causes of perinatal and neonatal mortality and ways to reduce them in Tajikistan]. Materialy kollegii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT [Materials of the Collegium of the Ministry of Health and Social Protection of the RT]. Dushanbe, 2019. 12 p.

2. *Natsionalnye standarty po neonatologii RT* [National Standards for Neonatology RT]. Dushanbe, 2019. 214 p.

3. Aldana-Aguirre J.C., Pinto M., Featherstone R.M. Less invasive surfactant administration versus intubation for surfactant delivery in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 2017, No. 102 (1), pp. F17-23.

4. Askie L.M., Darlow B.A., Finer N. Neonatal Oxygenation Prospective Meta-analysis (NeOProm) Collaboration. Association between oxygen saturation targeting and death or disability in extremely preterm infants in the Neonatal Oxygenation Prospective Metaanalysis Collaboration. *The Journal of the American Medical Association*, 2018, No. 319 (21), pp. 2190-201.

5. Bahadue F.L., Soll R. Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome. *Cochrane Database System Reviews*, 2012, No. 11.

6. Blencowe H., Stillbirth Epidemiology Investigator Group. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015 with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*, 2016, No. 4, pp. e98-e108.

7. De Martino L., Yousef N., Ben-Ammar R. Lung ultrasound score predicts surfactant need in extremely preterm neonates. *Pediatrics*, 2018, No.142 (3), pp. e20180463;

8. Liu L., Oza S., Hogan D. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*, 2015, No. 385 (9966), pp. 430-40.

9. Lui K., Jones L.J., Foster J.P. Lower versus higher oxygen concentrations titrated to target oxygen saturations during resuscitation of preterm infants at birth. *Cochrane Database System Reviews*, 2018, No. 5.

10. Fogarty M., Osborn D.A., Askie L. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic

review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2018, Vol. 218, No. 1, pp. 1-18.

11. Oei J.L., Finer N.N., Saugstad O.D. Outcomes of oxygen saturation targeting during delivery room stabilisation of preterm infants. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 2018, No. 103 (5), pp. F446-54.

12. Phillipos E., Solevag A.L., Pichler G. Heart rate assessment immediately after birth. *Neonatology*, 2016, No. 109 (2), pp. 130-155.

13. Say B., Kanmaz Kutman H.G., Oguz S.S. Binasal prong versus nasal mask for applying CPAP to preterm infants: a randomized controlled trial. *Neonatology*, 2016, No. 109 (4), pp. 258-64.

14. Schmölder G.M., Kumar M., Pichler G. Non-invasive versus invasive respiratory support in preterm infants at birth: systematic review and metaanalysis. *British Medical Journal*, 2013, Vol. 347, No. 3, pp. f5980.

15. Singh N., Halliday H.L., Stevens T.P. Comparison of animal-derived surfactants for the prevention and treatment of respiratory distress syndrome in preterm infants. *Cochrane Database System Reviews*, 2015, No. 12, pp. CD010249.

16. Sweet D.G., Carnielli V., Greisen G. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update. *Neonatology*, 2019, Vol. 115, pp. 432-450.

#### ХУЛОСА

Қ.Қ. Махкамов

### МУЪТАДИЛСОЗИИ КЎДАКНИ НОРАСИД БО ДИСТРЕСС СИНДРОМИ РЕСПИРАТОРӢ ВА ИМКОНЯТИ ИСТИФОДАИ ОН ДАР ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН.

**Мақсади тадқиқот.** Таҳлили муносибати ташхис ва табобати муносири дистресс синдроми респираторӣ дар навзодони норасид дар сатҳи зоишгоҳ ва имконияти истифодаи он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мавод ва усули тадқиқот.** Таҳлили ҳолатҳо ва ҳуҷҷатҳои меъёрӣ барои муассисаҳои таваллудӣ, аз ҷумла ҳисоботҳои онро дар протоколҳои клиникӣ, ки аз тарафи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқшуда гузаронида шуд. Нишондодҳо бо ҳолатҳои консенсуси Аврупо оиди дистресс синдроми респираторӣ соли 2019 дар қисми ташхис, устувории ҳолати навзод дар зоишгоҳ муқоиса карда шудаанд.

**Натиҷаҳои тадқиқот.** Дар мақола воридоти илмӣ тасдиқшудаи муосир барои ташхис ва бурдани навзодони норасида бо вазни ниҳоят кам ва ками экстремалӣ инъикос гардидааст. Бо назардошти тавсияҳои имрӯзаи комиссияи Аврупо оиди дистресс синдроми респираторӣ ки масъалаҳои ташхис, дастгирии респираторӣ, табобати сурфактант, ки дар сатҳи зоишгоҳ қорӣ қардан зарур аст, имкониятҳои истифодаи он дар айни ҳол дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шудааст.

**Хулоса.** Истифодаи амалии илмӣ асоснокшудаи стратегияи муосири нигохубини норасидҳо бо дистресс синдроми респираторӣ барои паст кардани ғавт ва пайдоиши оризаҳо мусоидат мекунад.

**Калимаҳои калидӣ:** валодати пеш аз вақтӣ, синдроми дистресси респираторӣ, навзоди норасид, камвазн, реаниматсияи норасидҳо, ғавти норасидҳо, сурфактант, оксиген, сатуратсия.

УДК 612.086.-66.081. 616.089-616.155.34. (575.3)

doi: 10.52888/0514-2515-2022-355-4-49-58

М.Ш. Мирзоев<sup>1</sup>, Д.Д. Хушвахтов<sup>1</sup>, Э.Х. Тагайкулов<sup>2</sup>, Д.И. Хушвахтов<sup>1</sup>, Х.О. Гафаров<sup>1</sup>

## ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГНОЙНЫХ РАН ПОЛОСТИ РТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ПОВЯЗКИ «ВИТА ВАЛЛИС»

<sup>1</sup>Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПО в СЗ РТ»

<sup>2</sup>Кафедра патологической анатомии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

**Мирзоев Мансурджон Шомилевич** – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПО в СЗ РТ»; г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59; Тел.: +992919172701; E-mail: mirzoev\_1965@bk.ru

**Цель исследования.** Изучить влияние антисептической сорбционной повязки «Вита Валлис» на течение раневого процесса при острых гнойно-воспалительных заболеваниях полости рта.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведено цитологическое обследование 30 больных с острым одонтогенным гнойно-воспалительным процессом полости рта, среди них мужчин было 17 (56,7%), а женщин – 13 (43,3%). Больные были разделены на две клинические группы поровну. Цитологические исследования проводились на препаратах-отпечатках, которые брались путем прикладывания предметных стекол к гнойным ранам на 1-е, 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Цитологические исследования показали, что в первые сутки после операции в обеих группах, раневой процесс носил отчетливо выраженный фазный характер. На третьи и пятые сутки в ранах наблюдается снижение количества нейтрофилов (контрольная группа – от 65,0 до 90,5% и 56,0 до 66,0%, основная – 52,0 до 80,5% и 40,0 до 53,0%). В этот период, у больных основной группы, по сравнению с контрольной, количество эпителиальных клеток увеличивалось более чем в три раза, оно колебалось в пределах от 25,0 до 33,5%.

**Заключение.** Применение антисептического сорбционного материала «Вита Валлис», по сравнению с традиционным методом лечения, более интенсивно очищает гнойные раны, способствуя усиленной миграции клеток воспалительного инфильтрата и дальнейшей регенерации в очаге повреждения.

**Ключевые слова:** цитологическое исследования, сорбционный материал, дренирование ран, нейтрофилы, плоские эпителиальные клетки, регенерация.

M.Sh. Mirzoev<sup>1</sup>, D.D. Khushbakhtov<sup>1</sup>, E.Kh. Tagaykulov<sup>2</sup>, D.I. Khushbakhtov<sup>1</sup>, H.O. Gafarov<sup>1</sup>

## CYTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PURULENT WOUNDS IN THE ORAL CAVITY USING ANTISEPTIC DRESSING “VITA VALIS”

<sup>1</sup>Faculty of maxillofacial surgery with pediatric dentistry of state educational institution “Institute of Pediatric Dentistry in the North-West of the Republic of Tatarstan”.

<sup>2</sup>Department of Pathological Anatomy of Avicenna Tajik State Medical University

**Mirzoev Mansurjon Shomilovich** - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the chair of maxillofacial surgery with pediatric dentistry of SEI “IPE SH”; Dushanbe, I.S. Pr. Somoni, 59; Tel.: +992919172701; E-mail: mirzoev\_1965@bk.ru

**Aim.** To study the effect of antiseptic sorption dressing “Vita Wallis” on the course of the wound process in acute purulent inflammatory diseases of the oral cavity.

**Materials and methods.** We have conducted a cytological examination of 30 patients with the acute odontogenic purulent inflammatory process of the oral cavity. Among them were 17 men (56,7%) and 13 women (43,3%). The patients were divided into two clinical groups equally. Cytological research was carried out on the specimen preparations, which were taken by putting slides to the purulent wounds on the 1st, third and fifth days of the postoperative period.

**Results and discussion.** The cytological study showed that the wound process had a distinct phase character on the first day after the operation in both groups. On the third and fifth day decrease of neutrophils, number was observed in the