

СТОМАТОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 3
(76) 2019

43

Усовершенствование хирургического
лечения переломов нижней стенки орбиты

71

Современные подходы к организации
лечения заболеваний пародонта

90

Ремотерапия как эффективный метод лечения
и профилактики стоматологических заболеваний



Ортопедическая стоматология

Гаффаров С.А., Абдиримов И.С., Нурматова Н.Т. Особенности получения функциональных оттисков при неблагоприятных условиях протезного ложа беззубой нижней челюсти

Хирургическая стоматология

Халматова М.А., Тураханов С.В., Файзуллахужаев А.А. Усовершенствование хирургического лечения переломов нижней стенки орбиты

Ортодонтия

Акбаров А.Н., Камилов Ж.А. Возрастные особенности и взаимозависимости некоторых кефалометрических параметров у детей школьного возраста г. Ташкента

Юлдашева Н., Кадыров Ж. Вторичные деформации зубных рядов

В помощь практикующему врачу

Азимов М.И., Ризаев Ж.А., Азимов А.М. Новый подход к классификации воспалительных заболеваний периапикальных тканей зубов

Обзорные статьи

Панцулая В.Г. Ризаева С.М. Значение супраструктур (абатментов) при протезировании на дентальные имплантаты.

Акбаров А.Н., Шоахмедова К.Н., Нигматова Н.Р., Салаватова Т.Ф. Особенности стоматологических заболеваний при хронической болезни почек

Ризаев Э.А., Бекжанова О.Е. Современные подходы к организации лечения заболеваний пародонта

Байназарова Н.Т., Бидайбеков С.С. Эндодонтическое лечение: проблемы и пути решения

Prosthodontics

Gaffarov S.A., Abdirimov I.S., Nurmatova N.T. Features of obtaining functional impressions under adverse conditions of the prosthetic bed of the toothless lower jaw 41

Surgical dentistry

Halmatova M.A., Turakhanov S.V., Fayzullahuzhayev A.A. Improving the surgical treatment of fractures of the lower wall of the orbit 43

Orthodontics

Akbarov A.N., Kamilov Zh.A. Age features and interdependencies of some cephalometric parameters in schoolchildren of Tashkent 47

Yuldasheva N., Kadyrov J. Secondary deformations of the dentition 53

Aid for practicing doctors

Azimov M.I., Rizaev J.A., Azimov A.M. A new approach to the classification of inflammatory diseases of periapical tissues of the teeth 56

Reviews

Pantsulaya V.G. Rizaeva S.M. The importance of suprastructures (abutments) for prosthetics on dental implants. 62

Akbarov A.N., Shoahmedova K.N., Nigmatova N.R., Salavatova T.F. Features of dental diseases in chronic kidney disease 66

Rizaev E.A., Bekzhanova O.E. Modern approaches to the organization of treatment of periodontal diseases 71

Bainazarova N.T., Bidaibekov S.S. Endodontic treatment: problems and solutions 77

Vol. 19, №12. – С. 234-239.

32. Тарасова Ю.Г., Кузнецова В.Ю. Результаты внедрения в стоматологические учреждения критериев оценки эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта // Тихоокеанский мед. журн. – 2014. – №3. – С. 82-86.

33. Татарников М.А., Карпова О.В. Результаты изучения удовлетворенности населения качеством стоматологической помощи // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. – 2015. – №1. – С. 22-34.

34. Турчиев А.Г. Оптимизация системы лечебно-профилактических мероприятий в государственных стоматологических учреждениях на муниципальном уровне: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 22 с.

35. Федорова Е.В. Оценка и пути оптимизации пародонтологической помощи населению разных городских популяций субъекта Российской Федерации: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Красноярск, 2012. – 22 с.

36. Фукс А.С. Научное обоснование комплексной оценки деятельности частных стоматологических организаций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 25 с.

37. Ходненко О.В Резервы предотвратимости стоматологических заболеваний: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2010. – 24 с.

38. Шлыкова Е.А., Косолапов В.П., Сыч Г.В. Анализ лечебно-профилактической работы стоматологических учреждений Воронежской области // Вестн. Воронежского гос. ун-та. – Сер: Химия. Биология. Фармация. – 2015. – №1. – С. 137-141.

39. Янушевич О.О., Бутова В.Г., Умарова К.В. Анализ динамики, видов, структуры и объемов стоматологической помощи, оказываемой в соответствии с классификатором медицинских услуг по программе ОМС взрослому населению при лечении пародонтита // Институт стоматологии. – 2012. – Т. 57, №4. – С. 22-23.

40. Ястребова Е.А. Научное обоснование оптимизации системы аттестации медицинских работников стоматологического

профиля на региональном уровне: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тверь, 2010. – 24 с.

41. Beirne P., Forgie A., Worthington H.V., Clarkson J.E. Routine scale and polish for periodontal health in adults // Cochrane Database Syst Rev. – 2007. – Issue 4, Art. № CD004625.

42. Keller D.C. Methods and systems for progressively treating and controlling oral periopathogens causing systemic inflammations. Патент: 2010/0112525A1. США, 06.05.2010.

43. Liebergesell S., Eppler Jr. W.G. Promotion of oral hygiene and treatment of gingivitis, other periodontal problems and oral mal odor with alternating current waveforms and device therefor. Патент: №8060220. США, 15.11.2011.

44. Shamsiev Ravshan Azamatovich, Rizayev Zhasur Alimdzhonovich The functional State of platelets in children with congenital cleft palate with chronic foci of infection in the nasopharynx and lungs // International scientific review. 2019.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-3-21>

УДК: 616.314.163/.19-08/.089

ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ (ПО ДАНЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)



Байназарова Н.Т., Бидайбеков С.С.
Казахстанско-Российский медицинский
университет, Алматы

В практической стоматологии эндодонтическое лечение, используемое при лечении осложнённых форм кариеса (пульпит, периодонтит), относится к наиболее сложному виду лечения. Актуальность проблемы обусловлена тем, что число пациентов с осложненными формами кариеса, особенно среди лиц молодого возраста, с каждым годом увеличивается. Важными моментами успешности эндодонтического лечения

являются знание анатомо-топографических особенностей строения полости зуба и системы корневых каналов, соблюдение правил медикаментозной и инструментальной обработки корневого канала, правильный выбор пломбировочного материала для заполнения канала и динамическое наблюдение с использованием современных визуальных методов обследования. Необходимо разработать алгоритм профилактики осложнений на этапах эндодонтического лечения.

Ключевые слова: качество, эндодонтия, профилактика, осложнения кариеса, корневой канал.

Endodontic treatment: problems and solutions

Bainazarova N.T., Bidaibekov S.S.

Summary. In practical dentistry, endodontic treatment used in the treatment of complicated forms of caries (pulpitis, periodontitis) is one of the most difficult types of treatment. The urgency of the problem is due to the fact that the number of patients with complicated forms of caries, especially among young people, is increasing every year.

Important aspects of the success of endodontic treatment are knowledge of the anatomical and topographic features of the structure of the tooth cavity and root canal system, compliance with the rules of drug and instrumental treatment of the root canal, the correct choice of filling material for filling the canal, and dynamic observation using modern visual examination methods. It is necessary to develop an algorithm for the prevention of complications at the stages of endodontic treatment.

Key words: quality, endodontics, prevention, caries complications, root canal.

Профилактика осложнений после эндодонтического лечения приобретает особую актуальность в связи с увеличением числа пациентов с осложнёнными формами кариеса, трудностями проведения ряда лечебных манипуляций, возможными ошибками и осложнениями во время и после эндодонтического лечения.

Одной из причин воспаления пульпы и

верхушечного периодонта является кариес зубов. Эпидемиологические аспекты эндодонтии по сравнению с эпидемиологией кариеса и заболеваниями тканей пародонта изучены недостаточно [6,10,14]. Исследования ряда авторов показали, что у 79,4% больных имелись деструктивные изменения у верхушки корня, следствием чего явилась некачественная obturation корневого канала. Интенсивность осложнённого кариеса на каждого обследованного составила в среднем 3,17 зуба. Качественная obturation корневых каналов имела место в лишь 40,4% случаев. Потребность в перелечивании корневых каналов зубов почти в 2,5 раза превышает потребность в их первичном лечении [5,7,11,18,19,21].

Нелеченные или некачественно леченые дентальные очаги инфекции являются причиной удаления зубов, развития одонтогенных гайморитов, хронического сепсиса, которые приводят к временной утрате трудоспособности; воспалительным процессам в челюстно-лицевой области, которые иногда становятся причиной летальных исходов [3].

Одной из основных проблем в эндодонтической практике остаются сложности топографии корневых каналов, так называемые «проблемные каналы» [1,7]. В клинической практике врач-стоматолог нередко возникают ситуации, когда после лечения зуба по поводу пульпита сохраняется его чувствительность на температурные раздражители. Пациенты предъявляют жалобы на самопроизвольную боль или боль при накусывании на зуб, которые могут продолжаться значительное время после эндодонтического лечения. Такую симптоматику врачи-стоматологи чаще объясняют реакцией на пломбирование каналов, что может быть индивидуальной чувствительностью к компонентам пломбировочного материала [1]. Довольно часто встречаются клинические случаи, когда в дополнительном корневом канале остаётся пульпа или остатки пульпы в уже запломбированном корневом канале. Некачественное удаление пульпы из

дополнительного корневого канала и его obturation – следствие отсутствия своевременной диагностики структуры зуба и неполного раскрытия его полости [12]. Наиболее проблемные – первые моляры верхней челюсти (медиальный щечный корень), резцы нижней челюсти, где регистрируются дополнительные каналы [29].

Установлено, что очень сложные типы строения корневых каналов не позволяют в полной мере очистить и качественно обработать всю поверхность стенок корневого канала. При формировании каналов некоторые участки остаются недообработанными, что негативно влияет на качество эндодонтического лечения [30]. Также было установлено, что почти 50% поверхности стенок дентина корневого канала может оставаться вне контакта с эндодонтическими инструментами [9,31].

Наличие в системе корневого канала боковых ответвлений (93% зубов) и ответвлений апикальной дельты (96% зубов), которые находятся в нижней трети корня; у моляров определяются дополнительные каналы в области бифуркации, что ставит под сомнение возможность тщательного удаления тканей пульпы [3,22].

Выделяют следующие ошибки, обусловленные сложной анатомией корневых каналов: в 40% нижние резцы имеют два корневых канала, в 58% второй премоляр верхней челюсти имеет два корневых канала, в 31% первый премоляр нижней челюсти имеет два корневых канала, в 20% фронтальные зубы имеют боковые ответвления от основного корневого канала [4].

Другая важная проблема – наличие микроорганизмов в корневой системе. Микроорганизмы, вызывающие эндодонтические заболевания и на 90% состоящие из облигатных анаэробов, инфицируют не только мягкие ткани пульпы, но и пристеночный предентин корневого канала на глубину до 1,2 мм [16]. По данным статистики, основная причина неэффективности эндодонтического лечения – недостаточное уничтожение бактерий в системе корневых каналов (76%), неправильное определение показаний к

лечению (22%), а также отказ от проведения рентгенографии [23]. Удаление патогенной микрофлоры из эндодонта – этиологический вектор, который определяет клинический курс лечения болезни и плана обработки [34]. Дезинфекция корневого канала крайне важна для регенерации периадикулярных тканей [26,27,33].

Одно из необходимых условий – тщательное изучение состояния периапикальных тканей во всей полости рта. Отсутствие реакции на температурный раздражитель, неподвижность зуба указывает, как правило, на эндодонтопатологию, что требует проведения терапии [25]. Надлежащая эндодонтическая обработка канала может устранить пародонтопатологию эндодонтической этиологии, даже если они развивались длительное время [32].

Эндодонтические ошибки, связанные с недостаточной инструментальной обработкой, удалением микробной инфекции или obturation корневых каналов, часто вызваны небрежностью работы врача, неправильным пониманием концепции лечения, незнанием анатомии корневых каналов. Корень зуба недоступен визуальному контролю, каналы бывают различными по своему анатомическому строению, довольно часто встречаются индивидуальные особенности их строения. С этим и связаны трудности их обработки и пломбирования [15].

Другой очень важной проблемой является качество пломбирования канала, от которого зависит успех эндодонтического лечения. Исследования показали, что ошибками эндодонтического лечения, т.е. некачественного заполнения корневого канала, в анализируемом материале явилось неполное пломбирование канала, когда корневая пломба занимала 2/3 или 1/2 канала. Корневая пломба должна плотно заполнять канал и располагаться на уровне физиологической верхушки корня, на расстоянии 1-1,5 мм от анатомической. В 23% наблюдений пломбировочный материал покрывал только стенки канала, оставляя центральную и верхушечную части канала пустыми; в отдельных зубах пломбировочная

масса закрывала только устьевую часть канала; в 19% корневая пломба на разных уровнях канала прерывалась; в 15% случаев имело место избыточное выведение материала за верхушечное отверстие, при этом корневой канал был obturирован некачественно. В настоящее время общепризнано, что выведение пломбировочного материала за верхушку, даже при деструктивных формах периодонта, нецелесообразно [13]. Нередко зубы с непломбированными или запломбированными каналами имеют патологические изменения в области верхушки корня с минимальными или обширными рентгенологическими проявлениями. Окончательный успех или неудача в эндодонтическом лечении должны обязательно оцениваться с использованием рентгенологического контроля [2, 17, 20, 24].

Одним из важных моментов профилактики осложнений при эндодонтическом лечении является органосохраняющая функция зуба и предупреждение развития одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Одним из основополагающих условий эффективности эндодонтического консервативного вмешательства является знание и понимание анатомии системы корневых каналов. Знание строения зуба с трехмерной оценкой внутренней его анатомии – стандарт качества эндодонтического лечения.

В настоящее время в эндодонтии появились новые термины: «удача» или «неудача» при проведении эндодонтического лечения. Понятия удачи или неудачи эндодонтического лечения базируется на «стерилизации» системы корневых каналов с последующим пломбированием их апикальной части. Основой для этой точки зрения послужила теория фокальной инфекции и концепция «выборочной локализации». Современная триада успешности эндодонтического лечения выглядит следующим образом: диагноз, топография анатомии полости зуба и корневых каналов, хирургическая обработка; препарирование корневого канала. Постановка диагноза требует полной интеграции субъективной информации о состоянии больного с объективными результатами

клинических и рентгенологических исследований. Диагноз может диктовать план лечения, правильный выбор которого гарантирует регенерацию периапикальных тканей [28].

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует об актуальности эндодонтического лечения на всех его этапах. Важными моментами успешности эндодонтического лечения являются знание анатомо-топографических особенностей строения полости зуба и системы корневых каналов, соблюдение правил медикаментозной и инструментальной обработки корневого канала, правильный выбор пломбировочного материала для заполнения канала и динамическое наблюдение с использованием современных визуальных методов обследования. Существующие проблемы при проведении эндодонтического лечения требуют разработки алгоритма профилактики осложнений на этапах эндодонтического лечения.

Результаты наших наблюдений свидетельствуют о перспективности изучения данной проблемы путем проведения клинико-статистического анализа медицинской документации для установления причин, способствующих различным осложнениям, и необходимости разработки алгоритма профилактики осложнений.

Литература

1. Аксамит Л.А., Бабич Т.Д., Цветкова А.А. Особенности лечения пульпита зубов с проблемными каналами // Клини. стоматол. – 2015. – №3. – С. 4-6.
2. Бер К. Canal Leader-2000: эндодонтический угловой наконечник // Клини. стоматол. – 1997. – №2. – С. 14-19.
3. Биберман Я.М., Наумова И.П. Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности по данным хирургического отделения стоматологической поликлиники // Стоматология. – 1979. – №2. – С. 65-69.
4. Бир Р., Бауманн М.А., Ким С. Эндодонтология/ Пер. с англ. проф. Т.Ф. Виноградовой. – М., 2004.
5. Боровский Е.В. Клиническая

эндодонтия. – М.: АО Стоматология, 2001. – 176 с.

6. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтии по данным анкетирования // Клин. стоматол. – 1998. – №1. – С. 6-9.

7. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтического лечения // Клин. стоматол. – 1997. – №1. – С. 5-8.

8. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение: Пособие для врачей. – М.: Медицина, 1997. – С. 3-5.

9. Боровский Е.В., Жохова Н.С., Макеева И.М. Рабочая длина зуба и методы ее определения // Клин. стоматол. – 1998. – №2. – С. 8-11.

10. Боровский Е.В., Протасов М.Ю. Распространенность осложнений кариеса и эффективность эндодонтического лечения // Клин. стоматол. – 1998. – №3. – С. 4-7.

11. Боровский Е.В., Свистунова И.А., Кочергин В.Н. Да или нет резорцин-формалиновому методу // Клин. стоматол. – 1997. – №3. – С. 16-18.

12. Де Пабло О.В. Исследования анатомии корневых каналов первых моляров нижней челюсти у населения Испании с помощью компьютерной томографии // Dent. Tribune. – Rus. Ed. – 2011. – Vol. 10, №6.

13. Зазулевская Л.Я. Проблемы терапевтической стоматологии. Кто виноват, и что делать? // Казахстанский стоматол. журн. – 2005. – №1. – С. 8-11.

14. Захарова Е.Л. Сравнительное исследование эффективности витальной и девитальной пульпэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тверь, 2006.

15. Максимова О.П. Повторное эндодонтическое лечение – реальность сегодняшней стоматологической практики // Клин. стоматол. – 2005. – №2. – С. 20-24.

16. Максимова О.П., Петлев С.А. Клинические размышления о биологических основах и путях развития эндодонтии сегодня // Казахстанский стоматол. журн. – 2005. – №1. – С. 12-16.

17. Максимовский Ю.М. Как оценить успех или неудачу в планируемом эндодонтическом лечении // Клин. стоматол. – 1997. – №3. – С. 4-7.

18. Мхитарян А.К., Агранович Н.В., Кузнецова О.В. и др. Распространенность основных стоматологических заболеваний

среди трудоспособного и пожилого населения Ставропольского края // Соврем. пробл. науки и образования. – 2015. – №1. – С. 1-8.

19. Петрикас А.Ж., Захарова Е.Л., Ольховская Е.Б. и др. Распространенность осложнений кариеса зубов // Стоматология. – 2014. – №1 (93). – С. 19-20.

20. Попова И.И., Боровский Е.В., Мылзенова Л.Ю. и др. Рентгенологический контроль на этапах эндодонтического лечения // Клин. стоматол. – 2002. – №1. – С. 36-39.

21. Сандакова Д.Ц. Анализ распространенности, качества лечения и исходов осложненного кариеса зубов как основа программы профилактики в стоматологии: Дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2004. – 114 с.

22. Сантарканжело Ф. Ирригация в современной эндодонтии: от стандартных алгоритмов до сложных случаев // Dental Times. – 2011. – Vol. 3, №10. – Р. 1-31.

23. Нсенгиюмова Ф. Проблемы и трудности при повторном эндодонтическом лечении // Пробл. стоматол. – 2011. – №1-2 (51-52). – С. 50-53.

24. Рабухина Н.А., Григорьянц Л.А., Бадалян В.А. Роль рентгенологического исследования при эндодонтическом и хирургическом лечении зубов // Новое в стоматологии. – 2001. – №6 (96). – С. 39-41.

25. Blomlof L.B. Relation ship between periapical and periodontal status // J. Clin. Periodontal. – 1993. – Vol. 20. – Р. 117-123.

26. Bystrom A., Claesson R., Sundqvist G. The antibacterial effect of camphorated paramonochlorophenol, camphorated phenoland calcium hydroxide in the treatment of infected root canals // EndoDent Traumatol. – 1985. – Vol. 1. – Р. 170-175.

27. Bystrom A., Happonen R.P., Sjogren U. et al. Healing of periapical lesions of pulses teeth after endodontic treatment with controlled aseptis // EndoDent. Traumatol. – 1987. – Vol. 3. – Р. 58-63.

28. Gutmann J.L., Lovdabl P.E. Problem syntheses smment of success and failure, quality assurance, and their integration into endodontic treatment planning. Problem sol vingin endodontics. – St. Louris, 1997.

29. Ingle J.I. Endodontics. – 6th ed. – Hamilton: BcDecker, 2008.

30. Peters L.B., Wesselink P.R., Buijs J.F. et al.

Viable bacteria in root dentinal tubules of teeth with apical periodontitis // Endodontia. – 2001. – Vol. 2. – P. 76-81.

31. Peters O.A., Peters C.L., Schonenberger K. et al. Pro Taper rotary root canal preparation: assessment of torque and force in relation to canal anatomy // Int. Endod. J. – 2003. – Vol. 36. – P. 93-99.

32. Stromberg R., Hasselgren G., Bergstedt H. Endodontic treatment of resorptive periapical osteitis with fistula. A clinical and roentgenological follow-up study // Swedish. Dent. J. – 1972. – Vol. 65. – P. 457-465.

33. Trope M., Delano O., Orstavik D. Endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: Single vs. multi-visit treatment // J. Endod. – 1999. – Vol. 25. – P. 345-350.

34. Zehnder M., Hasselgren G. Pathological interactions in pulp and periodontal tissues // J. Clin. Periodontol. – 2002. – Vol. 29. – P. 663-771.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-3-24>
УДК: 617.7-007.681-073:616-085-089

ОЦЕНКА НЕЙРОПРОТЕКТОРНОГО ЭФФЕКТА КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ



Касимова М.С., Мадиримов И.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель: оценка нейропротекторного эффекта комбинированного способа лечения ГОН на функциональные характеристики зрительного анализатора у больных первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Материал и методы: под наблюдением были 66 пациентов (69 глаз.). Комбинированная терапия включала хирургическое лечение

(СТЭ) и нейропротекторную терапию препаратом ОМК2. Результаты: у больных основной группы отмечалось значимое увеличение общей светочувствительности сетчатки с $925,65 \pm 101,12$ до $1061,20 \pm 102,45$ дБ ($p < 0,005$) и показателя МД ($-18,12 \pm 1,32$ дБ; $p < 0,005$), которое сохранялось в течение 6 месяцев. Выводы: комбинированное лечение позволяет улучшить функциональные характеристики у больных глаукомой.

Ключевые слова: глаукома, нейропротекция, стандартная автоматизированная периметрия, ОМК2.

Мақсад: бирламчи очик бурчакли глаукомали беморларда глаукоматоз оптик нейропатияни даволашда комбинирланган даво муолажасининг нейропротектор таъсирини баҳолаш. Кузатув остида 66 та бемор (69 кўз). Материаллар ва усуллар: комбинирланган даво хирургик даво (СТЭ) ва ОМК 2 дори воситаси билан нейропротектор даводан иборат бўлди. Натижа: Тўр парданинг умумий ёруғлик сезувчанлигининг сезиларли катталашуви кузатилди, $925,65 \pm 101,12$ дан, $1061,20 \pm 102,45$ Дб ($p < 0,005$) ва ўртача оғишиш кўрсаткичлари ($p < 0,005$) комбинирланган даво муолажасидан кейин асосий гуруҳда ижобий натижа 6 ой давомида кузатилди. Хулоса: комбинирланган даво усули бирламчи очик бурчакли глаукома билан оғриган беморларда функционал кўрсаткичларни яхшилади.

Калит сўзлар: глаукома, нейропротекция, стандарт автоматлаштирилган периметрия, ОМК2.

The assesment of neuroprotective effect of combined neuroprotective therapy in patients with primary open-angle glaucoma

Kasimova M.S., Madirimov I.R.

Tashkent Institute for Advanced Medical Studies, Urgench Branch of the Tashkent Medical Academy

Summary. To assessment of the neuroprotective effect of combined treatment of glaucoma optic neuropathy in patients with primary open-angle glaucoma. Under observation were 66 patients (69 eyes). Combined