

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.28.12.2017.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

КАРИМОВ ДИЛШОД МАДЖИТОВИЧ

**САГИТТАЛ ТИШ-ЖАҒ АНОМАЛИЯЛАРИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ
ТАМОЙИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ, ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШГА ЁНДАШУВ**

14.00.21 – Стоматология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PHD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Каримов Дилшод Маджитович

Сагиттал тиш-жағ аномалияларини эрта аниқлаш
тамойиллари ва профилактикаси, ташхислаш
ва даволашга ёндашув 3

Каримов Дилшод Маджитович

Принципы раннего выявления и профилактика
сагиттальных зубочелюстных аномалий,
диагностика и подход к лечению 23

Karimov Dilshod Madjitovich

Principles of early detection and prevention sagittal
dental anomalies, diagnosis and treatment approach 41

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 45

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.28.12.2017.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

КАРИМОВ ДИЛШОД МАДЖИТОВИЧ

**САГИТТАЛ ТИШ-ЖАҒ АНОМАЛИЯЛАРИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ
ТАМОЙИЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ, ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШГА ЁНДАШУВ**

14.00.21 – Стоматология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PHD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.3.PhD/Tib405 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб саҳифасида www.tsdj.uz ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида www.ziyonet.uz жойлаштирилган.

Илмий раҳбари: **Гулямов Суръат Саидвалиевич**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Супиев Турган Курбанович (Қозоғистон)**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Боймуродов Шухрат Абдужалилович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **Евдокимов номидаги Москва тиббий**
стоматология университети (Россия).

Диссертация ҳимояси Тошкент давлат стоматология институти ҳузуридаги DSc.28.12.2017.Tib.59.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2019 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100047, Тошкент ш., Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси, 103 уй. Тел./факс: (+99871) 230-20-65; факс: (+99871) 230-47-99; e-mail: tdsi2016@mail.ru).

Диссертация билан Тошкент давлат стоматология институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100047, Тошкент шаҳри, Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси 103-уй. Тел.: (+99871) 230-20-65.)

Диссертация автореферати 2019 йил «___» _____ тарқатилди.
(2019 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Ж.А. Ризаев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
раиси, тиббиёт фанлари доктори

Л.Э.Хасанова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Х.П.Камилов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги
Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Тиш-жағ тизими меъёрий шаклланишига салбий таъсир қилувчи омилларни ўз вақтида бартараф этиш замонавий ортодонтия амалиётидаги долзаб муаммо ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра “тиш-жағ аномалияларининг тарқалганлиги ўртача 50% ни ташкил этади”.¹ АҚШ Стоматология Миллий институти маълумотига кўра, умумий аҳолининг 40% ида тишлар ривожланиши аномалиялари ва жағлар шаклланишининг турли бузилишлари кузатилади. Бунда 15% аҳолида уларни бартараф этиш учун жарроҳлик амалиёти зарур бўлади. Юқори ва пастки жағ ҳаддан ортиқ ўсиб кетиши билан ёндош келадиган тишлов аномалиялари ва юқори жағ тиш-альвеоляр тизими олд ҳолатини ташхислаш ва даволашда самарали натижага эришиш мақсадида максимал яқин ёндашувларни ишлаб чиқиш ортодонтия беморларини даволашда барқарор эстетик натижаларни қўлга киритишга ва қайталанишларнинг олдини олишга ёрдам беради. Бинобарин, тиш-жағ тизимининг меъёрий шаклланишига салбий таъсир кўрсатувчи омилларни замонавий усулларда бартараф қилиш масалалари долзарб ҳисобланади.

Жаҳон миқёсида ўсиб келаётган болаларда тишлов аномалияларининг яширин шакллари башоратлаш ва эрта аниқлаш, ҳамда ташхислаш ва даволаш тадбирлари самарадорлигини оптималлаш бўйича кенг қамровли илмий тадқиқотлар ўтказилмоқда. Ҳар йили тиш-жағ аномалиялари шаклланган ва барқарор шакллари бўйича даволаниш учун ортодонтга мурожаатлар ортиб бормоқда, бу асосан ўсмирлар ва ўрта ёшдаги шахслар бўлиб, улар ички мотивация туфайли мурожаат қиладилар, бу эса даволашнинг давомли ва самарали бўлишини таъминлайди. Бироқ бемор ҳошишининг ўзи камлик қилади, бу патологияда ортодонт шифокорлар учун ўзига хос қийинчиликлар мавжуд. Дунё бўйича мазкур патология тури билан боғлиқ морфофункционал ва эстетик бузилишларнинг бартараф этилиши ортодонтиянинг долзарб муаммоси ҳисобланади.

Мамлакатимизда аҳолига тубдан янгиланган ва сифатли тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш бўйича аниқ мақсадга йўналтирилган чоралар белгиланди. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида мамлакатимизда “...оила саломатлигини мустаҳкамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза ва ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада кенгрок амалга ошириш...”² каби вазифалар юклатилган. Аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматни яхшилашга қаратилган чора-тадбирлар белгилаб берилган. Сагиттал тиш жағ аномалияларда клиник кечишини эрта ташхислаш ҳамда

¹ ЖССТ 2017 йилги ҳисоботлари, Женева, 2007

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги «Ўзбекистон Республикасини яна ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947-сон Фармони.

сифатли тиббий хизмат кўрсатишда инновацион технологияларни қўллаш асосида беморлар саломатлигини яхшилаш муҳим аҳамият касб этади.

Соғлиқни сақлашнинг самарали модели жорий этилди ва ижобий натижаларга эришилмоқда. Амалга оширилган тадбирлар туфайли клиник-рентгенологик ташхислаш тизими юқори даражага кўтарилди. Шу билан бирга, соғлиқни сақлаш тизимида қатор муаммолар мавжуд. Улар орасида ортодонтик аномалияларнинг юзага келиши ва уларни эрта ташхислаш, даволашга янгича ёндашувларни амалга ошириш муҳим аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон Фармони билан тасдиқланган “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси” ҳамда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-3071-сон Қарорида ва ушбу фаолиятига тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқот и муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланиш устувор йўналишларига боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг V. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Дунё олимларининг фикрига кўра, тиш-жағ аномалиялари инсон организмнинг умумий ва маҳаллий касалликларига таъсир қилади ва чайнов аппарати, нафас олиш, нутқ ва ютиниш каби функцияларнинг бузилишига олиб келади (А.А. Мамедов., Е.С.Адмакин., Л.С. Персин., 2016). Чайнаш функцияси, жағлар ва тишлов (тишларнинг жипслашуви) нинг тўғри шаклланишига таъсир этувчи чуқур морфофункционал ўзгаришлар туфайли сагиттал тиш-жағ аномалияларининг яширин шакллари эрта ташхислаш ва уларни ўз вақтида олдини олиш, ҳамда даволаш муаммоси шубҳасиз катта амалий аҳамият касб этади (Томас Ракоши, Г.М. Graber, 2012).

Бу патологияга бемор юзининг ноэстетик кўриниши, бўртиб чиққан ёки ичкарига ботиқ профил, нуқсонли табассум, жағлар орасида сагиттал ёрик, нутқ бузилиши ва оғиздан нафас олиш, юқори жағ тубининг кичрайиши, тор готик танглай ва нотўғри тишлов хосдир. Мазкур патология тури скелетал ёки дента-альвеоляр табиатга эга ва яхши самара олиш учун унинг турига мувофиқ даволаш талаб этилади. Қониқарли, эстетик ва функционал натижага эришиш учун шифокор ортодонт ташхис маълумотларини аниқ таҳлил қилиши, мазкур патологиянинг барча морфологик структураларига эътибор қаратиши керак ва даволаш босқичларини режалаштиришда ортига қайтариб бўлмас хатоликларга йўл қўймаслиги зарур.

Кўпгина тадқиқотлар шуни курсатадики, тиш-жағ аномалияларини учраши кўрсаткичи беморнинг ёшига боғлиқ, чунки айрим муаллифлар курсаткичлари бўйича алмашинув тишлов даврининг дастлабки даврида 7-10

ёшда ўсиб боради (Малыгин Ю.М., Анюхина А.В., 2004). Шуни инобатга олиш керакки, кўпинча ўсмирлар ва катта ёшдаги беморлар ортодонтик даволашдан нафақат функционал максимум самара олишни хохлашади, балки максимал эстетик натижани ҳам кутишади, бу эса уларнинг атроф муҳитдаги рухий-ижтимоий ўрниларига таъсир кўрсатади (Г.Б.Оспанова, 2000; Т.М. Graber, 2000; И.А. Рублёва, А.Б. Слабковская, Л.С. Персин).

Юқорида айтилган юқори ва пастки жағ ҳаддан ортиқ ўсиб кетиши билан ёндош келадиган тишлов аномалиялари ва юқори жағ тиш-альвеоляр тизими олд ҳолатини ташхислаш ва даволашда самарали натижага эришиш мақсадида максимал яқин ёндашувларни ишлаб чиқиш заруриятига гувоҳлик қилади. Мазкур патология тури билан боғлиқ морфофункционал ва эстетик бузилишларнинг бартараф этилиши ортодонтиянинг долзарб муаммоси ҳисобланади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилаётган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.

Диссертация тадқиқоти Тошкент педиатрия тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ 01980006703 - сонли «Болалардаги асосий стоматологик касалликларнинг олдини олиш чора тадбирлари» мавзуси доирасида бажарилган (2014-2019 йй).

Тадқиқотнинг мақсади болаларда тишлов аномалияларининг эрта яширин шакллари башоратлаш ва аниқлаш, ҳамда даволаш-олдини олиш тадбирларини самарадорлигини асослашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

тишловнинг сагиттал тиш-жағ аномалиялари бўлган беморларда тиш-жағ тизимининг эрта клиник-рентгенологик аломатларини аниқлаш;

сагиттал аномалиялар эрта яширин шакллари янги цефалометрик кўрсаткичлари ёрдамида аниқлаш;

бош цефалограммасининг латерал проекцияси ёрдамида ривожланиб келаётган тиш-жағ аномалияларини таҳлил қилиш;

стандарт цефалометрик ўлчамлар ёрдамида таклиф этилган янги цефалометрик ўлчов усулини ҳақиқийлигини тасдиқлаш;

сагиттал аномалиялари бўлган болаларда даволаш-профилактика чора-тадбирлари самарадорлигини асослаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент педиатрия тиббиёт институти билан тузилган шартнома асосида 2- болалар стоматологик поликлиникаси, Барча миллатлар стоматологик маркази ва “Дента плюс” хусусий клиникаларидан 6-18 ёш оралиғидаги сагиттал тиш-жағ аномалиялари аломатлари бўлган 90 нафар болалар танлаб олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида сагиттал тиш-жағ аномалиялари ривожланиб келаётган мактабгача ёшдаги ва мактаб ёшидаги болаларни цефалометрик, ортопанорам рентген суратлари ҳамда юқори ва пастки жағ боиметрик моделлари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Диссертация тадқиқотини амалга оширишда умум қабул қилинган клиник, биометрик, фотометрик, телерентгенограмма,

ортопантомограмм, компьютер 3D суратлари, статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

сагиттал тиш-жағ аномалияларининг эрта аломатлари бўлган болаларда клиник ва рентгенологик ташхислашни клиник ва рентгенологик параллель асосида башорат қилишнинг ретромоляр соҳадаги альвеоляр ўсиқ шакли, панорам рентген суратида пастки биринчи ва иккинчи озик тиш ёриб чиқиш даражаси, сут тишларнинг кеч емирилиш ҳолатлари қуринишида енгиллаштирилган услуби ишлаб чиқилган;

юқори 4- тиш куртаклари алмашинув тишловдаги цефалограмма суратида “стресс” Се – Sm ўқиға нисбатан куртакнинг мезиал, дистал ёки нормал холда жойлашув ўзгаришлари белгиланган;

стандарт цефалометрик улчамлар ёрдамида таклиф этилган юқори 4 тиш куртакларига нисбатан алмашинувчи тишловдаги цефалограмма суратида “стресс” Се – Sm ўқиға нисбатан куртакнинг жойлашув ўлчов усули ҳақиқийлиги асослаб берилган;

цефалометрик таҳлиллардан олинган ишончлилик маълумотларига асосланган ҳолда болалар тиш-жағ тизими сагиттал аномалияларини эрта даволаш услубиёти беморнинг ёшиға нисбатан ишлаб чиқилган;

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

болалар ва ўсмирлар орасида клиник ва рентгенологик маълумотлар эрта кўрсаткичлари алоҳида аҳамият қасб этиши исботланган;

жағ сагиттал аномалиялари беморларини текшириш учун алгоритми таклиф этилган;

тиш-жағ аномалияларини ташхислаш ва даволашнинг индивидуал услуби ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги тадқиқотда қўлланилган клиник ва ускунавий тадқиқотлар, ҳамда беморларнинг етарлича миқдори, болалар тиш-жағ тизимларининг сагиттал аномалиялари ривожланишидаги ташхислаш ва прогностик мезонларнинг мукамаллиги, статистик таҳлилнинг асосли услублари тўплами билан тасдиқланди; олинган натижалар ҳорижий ва маҳаллий тадқиқотларнинг қиёсланишиға асосланган; диссертациядан олинган хулоса ва натижалар ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Диссертациянинг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган натижаларнинг илмий аҳамияти алмашинувчи тишловнинг морфологик ўзгаришлари такдим этилиши билан ифодаланади, бу ўзгаришларнинг индивидуаллиги жағ-юз соҳаси кўрсаткичлари ва тиш ўлчамларининг хусусиятлари, жумладан, макро, микро ва нормодонтизм белгиланиши асосланган, бу вазият тиш-жағ аномалиялари бўлган болаларни текшириш алгоритмини ишлаб чиқиш негизига олинган.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, сагиттал аномалиялар бор бўлган беморларда аномалиянинг оғир даражаси ривожланишини олдини

олиш мақсадида клиник ва рентгенологик кўрсаткичлари ёрдамида эрта аломатларини ташҳислаш ва комплекс даволаш усулини тавсия этилишидир.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Болалар тишловининг сагиттал аномалиялари эрта яширин шаклларини башоратлаш ва аниқлаш, ҳамда даволаш-профилактика чора-тадбирлари самарасини ошириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

“Болалар тишлови сагиттал аномалияларини ташҳислаш алгоритми” услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 25 мартдаги 8н-д/98 – сонли маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма болаларда тишлов аномалияларининг яширин шаклларини эрта босқичларда ташҳислаш сифати ошишига ёрдам берган;

“Сагиттал аномалиялари бўлган болаларда даволаш-профилактика чора-тадбирларини оптималлаш” услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 25 мартдаги 8н-д/99 – сонли маълумотномаси). Услубий қўлланма ушбу патологиянинг қайталаниш ҳолатларини 3 маротабага қисқартириш имконини берган;

олинган илмий натижалар болаларда тишлов аномалияларининг эрта яширин шаклларини башоратлаш ва аниқлаш тамойиллари, ҳамда даволаш-профилактика чора-тадбирларининг асосланиши соғлиқни сақлаш амалиётига, шу жумладан: Соғлиқни сақлаш вазирлигининг стоматология поликлиникаси, Тошкент давлат стоматология институти клиникаси ва Болалар 3-сон стоматология поликлиникаси амалиётида жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 10 апрелдаги 8н-д/63 – сон маълумотномаси). Татбиқ қилинган натижалар касаллик қайталаниши 6,7% ҳолатларда, қиёслаш гуруҳида эса – 20,0% да кузатилган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича 11та илмий иш, улардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестацион комиссиясининг докторлик (PhD) диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 4та журнал мақола, шундан 3та мақола республика ва 1та мақола ҳорижий журналларда нашр этилган.

Диссертация тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўрт боб, ҳулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 106 варақни ташкил қилади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялар тараққиётининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган,

олинган натижаларнинг ишончилиги асосланган, уларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, ишларнинг апробация натижалари, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Сагиттал тиш-жағ аномалиялари шаклланиши муаммосининг замонавий ҳолати”** деб номланган биринчи бобида маҳаллий ва ҳорижий адабиётлар асосида сагиттал тиш-жағ аномалиялари шаклланиш муаммосининг замонавий ҳолати таҳлил қилинди. Мазкур патология ривожланишининг тиббий-ижтимоий ва морфологик аломатлари ҳақида илмий-амалий маълумотлар келтирилган. Касалликнинг этиопатогенези, ташхислаш, клиникаси ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари, таққослаш ташхиси, профилактика усулларининг афзалликлари ва камчиликлари таҳлил қилинган. Мавжуд бўлган ташхислаш ва даволаш услублари, уларнинг натижалари, афзалликлари ва камчиликлари таърифланган.

Диссертациянинг **“Тишлов сагиттал аномалияларида болаларни текширишга услубий ёндашув”** деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материалларининг тавсифи келтирилган, бунда клиник материалнинг умумий тавсифи, аниқлаш услубиёти, ўтказилган терапиянинг самарадорлик мезонлари ва тадқиқотнинг асбобли услублари хусусидаги.

Тадқиқот асосига алмашинувчи тишлов (6-12 ёш) ва доимий тишлов (13-18 ёш) давридаги 90 нафар беморга доир текширув маълумотлари олинди, уларнинг ўртача ёши $13,4 \pm 0,3$ ёшни ташкил этди. Текширилган барча болаларнинг 52 нафарида дистал тишлов (57,8%), 38 нафарида (42,2%) мезиал тишлов кузатилди. Текширилаётган гуруҳлардаги беморларида олинган натижаларни қиёслаш мақсадида 19 нафар ортогнатик тишловли болалар назорат гуруҳини ташкил этилди.

Ташхис беморларнинг клиник, рентгенологик текширувлари анамнез маълумотлари йиғиндиси бўйича ва ташхис қўйиш мезонларига мувофиқ ўрнатилди.

Клиник текширув қуйидагилардан иборат бўлди: сўров, юз ва оғиз бўшлиғини кўриш. Бунда этиологик ва патогенетик омиллар аниқланди, улар сагиттал текисликда тишлов бузилиши юзага келиши ва ривожланишига сабаб бўлган. Юз кўригида чап ва ўнг томонларнинг симметриклиги, бурунлаб ва ияк бурмалари ифодаланиши, пастки жағ физиологик тинч ҳолатида лаблар ёпилишига эътибор қаратилди.

Морфологик ва функционал бузилишларга алоҳида эътибор қаратилди, бундай бузилишлар фронтал соҳада юқори ва пастки жағлар тиш қаторлари оралиғи пайдо бўлиши, унинг пастки қисми баландлиги пасайишига олиб келади.

Калла суяги юз қисми тузилишининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш ва беморлар ортодонтик даволаниши натижасида калла суяги юз қисми сагиттал ўлчамлари ўзгаришларини аниқлаш мақсадида бемор бошининг ёнбош телерентгенограммаси ўрганилди.

Жағлар моделлари клиник текширувлар, антропометрик ўлчашлар ва ёнбош проекцияда олинган калла ТРГ таҳлили асосида ташхис қўйилди ва даволаш режаси белгиланди.

Ортодонтик даволаш ҳорижий ишлаб чиқарувчи фирмаларини огиз ташки ускуналари, брекет-тизимлари асосида эджуайс-техникани қўллашдан иборат бўлди. Тиш қаторлари коррекцияси Roth тизими тўғри ёй техникаси (straight-wire technique) амалга оширилди. Гипс моделларда назорат қилинадиган ускуна коррекцияси натижалари тиш қаторлари тишлови аномалияларини бартараф этиш жараёнини тугатиш ва ортогнатик тишловни шакллантириш имконини белгилаб берди.

Дистал тишлов кузатувдаги 1-гурух беморларини даволаш босқичлари:

1. Эрта алмашинувчи тишлов - 6-9 ёш:

- Миобрейс;
- бўйин боғлами;
- юқори жағни тез кенгайтириш ускунаси.

2. Кечки алмашинувчи тишлов – 10-13 ёш:

- бўйин боғлами;
- юқори жағни тез кенгайтириш ускунаси;
- тишларни олиб ташлаш орқали брекетлар тақиш:

3. Доимий тишлов – 14-18 ёш.

- бўйин боғлами;
- юқори жағни тез кенгайтириш ускунаси;
- тишларни олиб ташлаш орқали брекетлар тақиш.

Дистал тишлов кузатувдаги 2-гурух беморларини даволаш босқичлари:

1. Эрта алмашинувчи тишлов - 8-12 ёш:

- Френкель функция регулятори;
- илмоқли бош тепа қисми шапкаси;
- юқори жағни тез кенгайтириш ускунаси.

2. Кечки алмашинувчи тишлов – 12-14 ёш:

- илмоқли бош тепа қисми шапкаси;
- юқори жағни тез кенгайтириш ускунаси;
- юқори биринчи премолярларни олиб ташлаш ва брекетлар тақиш.

3. Доимий тишлов 14-18 ёш:

- илмоқли бош тепа қисми шапкаси;
- юқори жағни тез кенгайтириш ускунаси;
- юқори биринчи премолярларни олиб ташлаш ва брекетлар тақиш.

Мезиал тишлов кузатувдаги 1-гурух беморларини даволаш босқичлари:

1. Эрта алмашинувчи тишлов - 6-9 ёш:

- Миобрейс;
- Делер юз ниқоби (face mask);
- юқори жағни тез кенгайтириш ускунаси.

2. Кечки алмашинувчи тишлов – 10-13 ёш:

- Делер юз ниқоби (face mask);
- юқори жағни тез кенгайтириш ускунаси;
- пастки иккинчи молярлар ёки биринчи премолярлар тиш куртагини олиб ташлаш ва брекет тақиш.

3. Доимий тишлов – 14-18 ёш:

- Делер юз ниқоби (face mask);
- юқори жағни тез кенгайтириш ускунаси;
- пастки биринчи премолярларни олиб ташлаш ва брекет тақиш.

Мезиал тишлов кузатувдаги 2-гурух беморларини даволаш босқичлари:

1. Эрта алмашинувчи тишлов - 8-12 ёш:

- ияк прошаси;
- Френкел функцияси регуляторлари;
- қиялик текисликли пластинка;
- Делер юз ниқоби (face mask);

2. Кечки алмашинувчи тишлов – 12-14 ёш:

- ияк прошаси;
- Френкел функцияси регуляторлар;и
- Делер юз ниқоби (face mask);
- пастки биринчи премолярларни олиб ташлаш ва брекет тақиш.

3. Доимий тишлов – 14-18 ёш:

- ияк прошаси;
- Делер юз ниқоби (face mask);
- пастки биринчи премолярларни олиб ташлаш ва брекет тақиш.

Олинган натижаларга ўрта арифметик (М), ўрта квадрат оғиш (σ), стандарт хатолик (m), нисбий катталиклар (частотаси, %) ҳисоби орқали статистик таҳлилнинг амалий дастурлар пакети ёрдамида статистик ишлов берилди. Статистик аҳамиятли ўзгаришларни $P < 0,05$ ишончлилик даражаси билан қабул қилинди.

Диссертациянинг **“Тишлов сагиттал тиш-жағ аномалиялари бўлган беморларда тиш-жағ-юз тизимининг эрта клиник-морфологик аломатлари”** деб номланган учинчи бобида тишлов ТЖА бўлган болаларнинг клиник-ташхислаш тавсифи келтирилди.

Клиник тадқиқотга кўра, 79 нафар бемор (87,8%; 79/90) аввал ортодонт-шифокори қабулида кузатилмагани ва фақат 11 нафари (12,2%; 11/90) диспансер ҳисобда бўлгани аниқланди. Бунда беморлар олиб қўйиладиган ортодонтик ускуналарни қўладилар, бироқ турли сабабларга кўра даволаш тугатилмаган эди.

Тиш-жағ аномалияларининг тарқалганлиги доимий тишловга нисбатан кўпроқ алмашинувчи тишловда учрайди (42,2% кўрсаткичга қарши 57,8%), бироқ статистик таҳлил шуни кўрсатдики, мазкур фарқлар ишончли эмас ($P > 0,05$). Тиш қаторлари ва альвеоляр ўсиқларнинг ҳолатини баҳолашда тиш ёйлари (юқори ва пастки) шакли ўзгариши аниқланган. Асосан қуйидаги аномал шакллар кўпроқ учраган: юқори жағда - V-симон ва трапециясимон, пастки жағда – трапециясимон шакл.

Тишлов ҳолати кўригида аниқланишича, 42,2% болаларда дистал тишлов, 57,8% болаларда – мезиал тишлов мавжуд 1-жадвал .

1-жадвал

Беморнинг ёшига боғлиқ бўлган болалар тишлови ҳолати

	6-10 ёш (n=17)		10-13 ёш (n=41)		14-18 ёш (n=32)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Дистал тишлов (n=52)						
Протрузия мавжудлиги (n=33):	4	23,5	13	31,7	16	50
Юқори фронтал тишлар протрузияси	3	17,6	8	19,5	10	31,3
Пастки фронтал тишлар протрузияси	2	11,8	5	12,2	6	18,8
Ретрузия мавжудлиги (n=19):	2	11,8	9	22,0	8	25,0
Юқори фронтал тишлар ретрузияси	1	5,9	4	9,8	4	12,5
Пастки фронтал тишлар ретрузияси	1	5,9	5	12,2	4	12,5
Мезиал тишлов (n=38)						
Протрузия мавжудлиги (n=23):	7	41,2	11	26,8	5	15,6
Юқори фронтал тишлар протрузияси	3	17,6	6	14,6	2	6,3
Пастки фронтал тишлар протрузияси	1	5,9	5	12,2	3	9,4
Ретрузия мавжудлиги (n=15):	4	23,5	8	19,5	3	9,4
Юқори фронтал тишлар ретрузияси	2	11,8	3	7,3	1	3,1
Пастки фронтал тишлар ретрузияси	2	11,8	5	12,2	2	6,3

Изоҳ: * - болалар ёш миқдоридан фоизли нисбати

Шу билан бирга болаларда ёшига боғлиқ нисбий фарқлар кузатилди, бунда 6-9 ёшдаги болаларда юқори ва пастки фронтал тишлар протрузиялари 13-18 ёшдаги болаларга нисбатан 1,3 мартага кўпроқ учраган (31,3% кўрсаткич 18,8% га қарши). Юқори ва пастки фронтал тишлар ретрузиялари 14-18 ёшдаги болаларда энг кўп учраган (12,5% кўрсаткичи 12,5% га қарши). Бироқ бу маълумотлар статистик аҳамиятли бўлмади.

Беморларнинг тиш ёйи деформацияси, тишлови кўриниши ва ёшига боғлиқ маълумотлар таҳлилида хос қонуният аниқланди, маълумотлар 2 жадвалда тақдим этилган.

6-12 ёшдаги болаларда 51,3% ҳолатда тиш ёйининг трапециясимон деформацияси кузатилган, 13-18 ёшдаги болаларда эса ярим эллипссимон кўриниш аниқланган (51,5%). Пастки жағни кам ривожланишида 6-12 ёшдаги 11 нафар бола орасида 8 нафариди (72,7%) тиш ёйининг трапециясимон деформацияси кузатилган, 3 нафариди эса (27,3%) ярим эллипссимон; 13-18 ёшдаги беморларда тиш ёйининг трапециясимон деформацияси 5 (55,6%) нафариди кузатилган, 4 (44,4%) нафар болада эса ярим эллипссимон деформация аниқланган. Юқори жағни кўп ривожланган ҳолатида тиш ёйининг V-симон ва трапециясимон деформациялари аниқланган. Бунда тиш ёйининг V-симон деформацияси иккала ёш гуруҳида бир хил юқори частотада кузатилган (72,7% ва 63,6% мос равишда).

Пастки жағни кам ривожланишида 100% ҳолатда тиш ёйининг трапециясимон деформацияси кузатилди. 6-12 ёш ва 13-18 ёшдаги беморларда юқори жағни кам ривожланишида аксарият ҳолларда тиш ёйининг V-симон деформацияси аниқланган (66,7% ва 58,8% мос равишда).

Тиш ёйи деформацияси буйича беморларни тақсимланиши

Нозологик шкиллари	Тишлар ёйининг деформация турлари											
	V симон (n=33)				Трапеция симон (n=39)				Полуэлипс симон (n=18)			
	6-12 ёш		13-18 ёш		6-12 ёш		13-18 ёш		6-12 ёш		13-18 ёш	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Дистал тишлов (n=42)												
Пастки жағни кам ривожланганлиги (n=20)	-	-	-	-	8	72,7	5	55,6	3	27,3	4	44,4
Юқори жағни кўп ривожланганлиги (n=22)	8	72,7	7	63,6	3	27,3	4	36,4	-	-	-	-
Мезиал тишлов (n=48)												
Пастки жағни кўп ривожланганлиги (n=19)	-	-	-	-	9	100	10	100	-	-	-	-
Юқори жағни кам ривожланганлиги (n=29)	8	66,7	10	58,8	-	-	-	-	4	33,3	7	41,2
Жами*	16	48,5	17	51,5	20	51,3	19	48,7	7	38,9	11	61,1

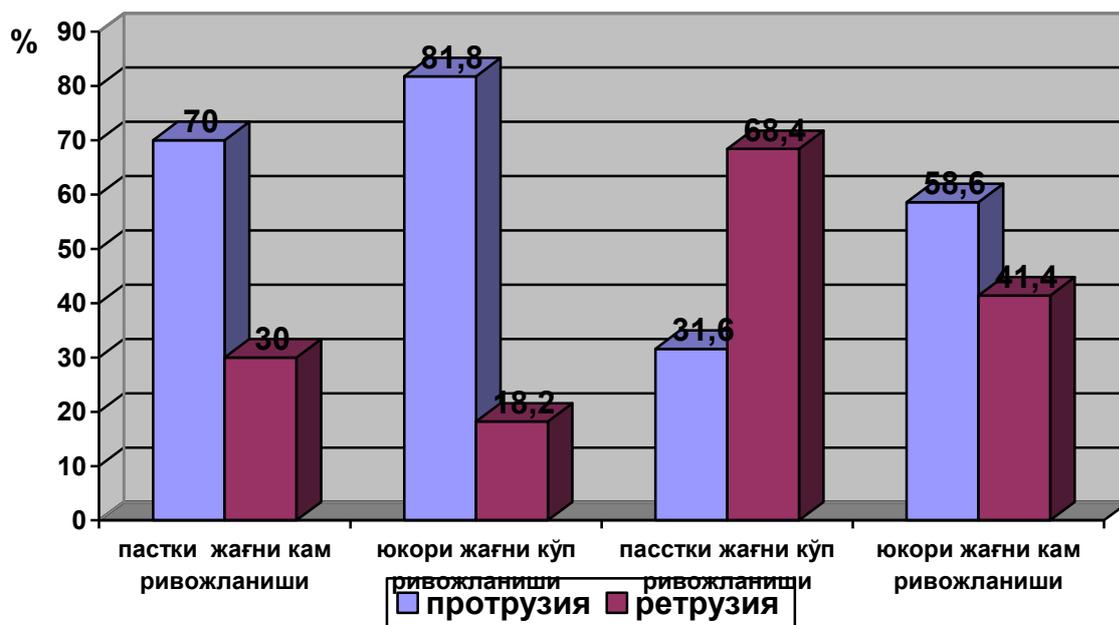
Эслатма: * - тиш ёйи деформациясига эга булган болалар сонининг фоизи

Ортогнатик тишловда “пастки олд тишларнинг юқори тишлар томонидан беркилиши тиш тож қисмининг баландлигининг 1/3 қисмигача бўлиши керак” деган таъриф энг кўп тан олинган таъриф ҳисобланади. А.С. Щербакова фикрига кўра, бу катталик ўртача $2,7 \pm 0,1$ мм ни ташкил этади.

Чуқур тишлов 41,1% болаларда пастки жағни кам ривожланиши ва юқори жағни кўп ривожланиши бир хил частотада белгиланган (90% ва 86,4% мос равишда). Тескари фронтал тишлов фақат мезиал тишловда аниқланган, бунда пастки жағни кўп ривожланишида 31,6% ҳолатда.

Дистал тишлов 52 нафар болаларнинг 32 нафарида протрузия кузатилган ва 76,2% ни ташкил қилган, пастки жағни кам ривожланишида эса 70% ҳолат, юқори жағни кўп ривожланишида – 81,8% да кузатилган. Ретрузиялар 23,8% ҳолатда аниқланган 1-расм.

Мезиал тишловли 38 нафар бемордан 20 нафарида протрузиялар аниқланди, бу 47,9% ни ташкил этди, ретрузиялар эса 18 нафар болада (52,1%) қайд этилган. Бироқ юқори жағни кам ривожланишида протрузиялар пастки жағни кўп ривожланишига нисбатан кўпроқ учраган (58,6% кўрсаткичи 68,4% га қарши, мос равишда). Тишнинг тиш қаторидаги оптимал жойлашувга мувофиқ бўлмаган жойлашуви аномалия деб ташхисланади. Доимий тишларнинг жойлашув аномалиясига нисбатан сут тишлари жойлашуви аномалиялари камдан кам учрайдиган ҳолатдир.



1-расм. Текширувдаги болаларда протрузиялар ва ретрузияларнинг тарқалганлик частотаси

Марказий чизиқнинг ўнг томонга силжиши 6-12 ёшдаги 43 нафар боладан 5 нафарида кузатилган (11,6%), чап томонга силжиш 4 болада аниқланган (9,3%). 13-18 ёшдаги беморларда марказий чизиқнинг силжиши 59,6% (28 бола) да кузатилган, бунда чап ва ўнг томонга бир хил частотада эканлиги маълум бўлди.

Беморлар профили таҳлилида биз томонимиздан 6-12 ёшдаги болаларнинг аксариятида юзнинг дўнг профили аниқланган, бу ҳолат пастки жағни кам ривожланишида ҳам, максиляр прогнатияда ҳам бир хил частотада бўлган.

Пастки жағни кўп ривожланишида ва юқори жағни кам ривожланишида 6-12 ёшдаги болалар орасида тўғри ва ботиқ профил аниқланган. Дистал тишловли 13-18 ёшдаги болаларда барча ҳолларда дўнг профил кузатилган, мезиал тишловда эса ботиқ профил аниқланган.

Оғиз ички фотосуратлари таҳлилида биз томонимиздан пастки жағ ривожланишининг куйидаги хос хусусиятлари маълум этилди. 6-12 ёшдаги 39 нафар болада пастки жағнинг ретромоляр соҳасининг ўзига хос хусусиятлари кузатилди, улардан 19 нафарида альвеоляр қирранинг торайиши кузатилган бўлса, 20 нафарида эса ретромоляр соҳанинг дўнглиги аниқланган. Натижада беморлар тиш қаторларида жой танқислиги ёки ортиқчалиги ҳақида маълумотлар олинди. Пастки жағ жой танқислигида ретромоляр юзанинг альвеоляр қирраси шакли, иккинчи молярларнинг чиқиши кам ифодаланган ва тор бўлади.

9 ёшгача бўлган умумий кўриниш бўйича альвеоляр ўсиқнинг чўққиси қанчалик қалин бўлса, иккинчи молярнинг куртаги чиқиши шу қадар яқин бўлади, шу тариқа, клиник сурат шуни кўрсатадики, пастки жағ ҳаддан ортиқ ўсган ва пастки жағнинг кенг апикал асоси мавжуд 2-расм.



2-расм. Пастки иккинчи молярларнинг вақтидан аввал чиқиши, натижа – пастки жағнинг ҳаддан ортиқ ўсиши (бемор 11 ёшда).

Шу тариқа, таҳлил қилинган ортопантомограммлар сонидан аксарияти иккинчи молярларнинг кеч ёриб чиқиши 12-14 ёш оралиғида, эрта ёриб чиқиши эса 8-11 ёш оралиғига тўғри келган. Пастки жағ иккинчи молярлари кеч ёриб чиқиши вазияти ёш катталашган сайин оғирлашиб боради. Беморнинг қанчалик ёши катта бўлса, тишлов аномалиясининг ривожланишини шу қадар бартараф этиш қийин бўлади, аксида эса бунга тескари ҳолат кузатилади. Мезиал тишловнинг огиз ташки ускуналари ва брекет-тизими ёрдамида замонавий даволаш услуби шуни кўрсатдики, мезиал тишлов ташхисли ўсмирларда кичик инвазияли амалиётлар фақат ёлгон прогенияда имконлидир.

Мезиал тишлов ривожланишининг бошқа сабаблари орасида қуйидагиларни белгилаш зарур: онанинг ҳомиладорлик вақтида касал бўлиши, туғруқда шикастланиш, жағлар орасидаги суякнинг ривожланмай қолиши, юқори жағ соҳасидаги адентия, юқори тишларни йўқотиш ёки ретенцияси, пастки жағ соҳасида ўта зич тишлар, тишларнинг кеч алмашиниши, болаларнинг турли касалликлари, тил юганчасининг қисқариши, сут тишлари дўнглариининг нотекис ейилиши ҳамда юқори ва пастки жағлардаги тишларнинг норавон алмашиниши, тишлар жойлашуви аномалиялари, ютинишнинг инфантил тури, нутқ вақтида тил артикуляциясининг бузилиши. (3-расм).



3-расм. Тишлов аномалияси билан кечадиган тиш қаторлари ёпилиши бузилиши: пастки жағнинг ҳаддан ортиқ ривожланиши ва юқори жағнинг ривожланмай қолиши билан юзага келадиган мезиал тишлов ва қозиқ тишлар дистопияси

Тишлов бўйича молярларнинг сагиттал текисликдаги мезиал ёпилиши (50% - 25та бемор), Энгел бўйича молярлар нейтрал ёпилиши (50% - 25та бемор) устувор бўлган. Ёнбош қисмда палатинал тишлов 20 нафар беморда (40%), вестибулооколюзия – 11 нафар беморда (22%) аниқланган.

Тишларнинг трансверзал текисликда бузилиши тиш қаторлари мезиал тишловининг 62% ҳолатида ташхисланган. Фронтал бўлимида курак тишларнинг тескари нисбати 23 нафар беморда (46%), сагиттал номувофиклик 10 нафар беморда (20%), тўғри тишлов 2 беморда (4%) ташхисланган.

Дистал тишловда 50% ҳолатларда пастки жағ текислиги Франкфурт горизонталига нисбатан кичрайиши уйғунлиги учраган (25,43 % дан 25,27%, FMA). Юқори ва пастки жағлар жойлашуви бузилиши ва уларнинг нисбати орасида фарқ (79,7%-80,1%, SNA, 78,2%-78,8% SNB). Дистал тишловда пастки жағнинг даволашдан кейинги ўзгаришлар кўрсаткичи 112,7%-116,4% ни ташкил қилди. (3-жадвал).

3-жадвал

Текширилган беморларнинг цефалометрик тадқиқотлари натижалари

	Меъёр	Даволашгача	Даволашдан кейин
FMIA	67±0,01	63,23±1,17	65,30±1,31
FMA	25±0,01	25,43±0,83	25,27±0,41
IMPA	88±0,02	89,27±1,26	88,37±0,73
AO-BO	2±0,0 мм	0,88±0,99	1,59±0,40
SNA	79±0,01	79,77±0,79	80,13±0,53
SNB	77±0,01	78,15±0,61	78,80±0,45
ANB	2±0,0	4,93±1,19	3,57±0,72
Effec.max.lenght	85±0,01	93,03±1,25	94,42±1,09
Effec.mand.lenght	105±0,01	112,69±1,61	116,37±0,90
Upper Pharynx	8,58±0,65	8,78±0,61	8,58±0,65
Lower Pharynx	11,23±0,50	12,25±0,65	11,23±0,50

Юз юмшоқ тўқималари профилини тавсифловчи кўрсаткичлар таҳлили тиш қаторларининг мезиал нисбатида бурун-лаб бурчаги катталашуви (15,79%), унинг диста нисбатда камайиши (25%), юмшоқ тўқималарнинг дўнглик бурчаги камайиши ва юз профилининг дўнглиги камайишини (33%) кўрсатди.

Юқорида айтилганларни умумлаштирган ҳолда, ишонч билан айтиш мумкинки, мезиал тишловни ташхислашнинг замонавий услублари 3D

реконструкцияли мультиспирал компьютер томографияси бўлиб, ўсмирларда янглиш прогенияда мезиал тишлов жарроҳлик амалиётисиз даволаниши мумкин.

Цефалометрик сурат ёрдамида юқори жағ биринчи премоляр муртагининг миграциясини аниқлаш. Бимлера аниқлашича агар боланинг юз-жағ сохаси хар томонлама яхши ривожланган булса, доимий шакилланган ортогнатик тишловда “стресс ўқи” юқори жағнинг биринчи премоляр ўқи бўйлаб тушади. Агар ёриб чиқилган биринчи премоляр “стресс ўқ”га нисбатан олдинда жойлашса, бу ҳолда биринчи премолярларни о ташлаш кўзда тутилган, орқа ҳолатда жойлашган ҳолати эса юқори жағни кам ривожланишидан далолат берган.



Расм. 4. Цефалограмма сурати ёрдамида юқори жағ биринчи премоляр муртагини кўчишини аниқлаш (норма)



Расм. 5. Преоляр муртагини антро ҳолат жойлашуви: бемор 7 ёшда.



Расм. 6. Преоляр муртагини ретро ҳолати жойлашуви: бемор 9 ёшда.

Цефалометрик сурат ёрдамида юқори жағнинг биринчи премоляр тишларини муртақларини аниқлаш. Сагиттал аномалияларининг эрта клиник белгаилари бўлган 6 ёшдан 9 ёшгача бўлган 16 болаларда текширувлар ўтказилган. Натижада 7 та болада премоляр муртагини антро жойлашуви аниқланган, бу ҳолат юқори жағнинг кўп ривожланиш эрта яширин белгиси ёки юқори жағ тиш муртақларининг эрта миграциясидан далолат беради.

9 та болада юқори жағ биринчи премоляр муртақларининг ретро жойлашув ҳолати аниқланган, бу эса ўз навбатида юқори жағнинг кам ривожланиш яширин белгиси, юқори жағ чайнов тиш муртақларининг дистал жойлашуви ёки пастки жағни кўп ривожланганлигидан далолат беради.

Компьютер томография суратлари ёрдамида тишларнинг макон тартибини бир-бирига нисбатан баҳолай оламиз. Бу ҳолатда бошқа ён тишларининг илдизларига ва бошқа анатомик структураларга зарар

етказмаслик учун, тўғри вектор танлаш учун, қайси тиш юза ёки чуқур жойлашганлигини аниқлашга имкон беради.

Диссертациянинг **“Сагиттал тишлов аномалиялари бўлган болаларда даволаш-профилактика чора-тадбирлари самарадорлигини баҳолаш”** деб номланган тўртинчи бобда коррекциянинг тавсия этилган услублари самарадорлигининг таҳлили келтирилган.

Болалар ва ўсмирларда ўтказилган даволаш чора-тадбирлари жараёнида Энгл I синфи бўйича биринчи молярлар нейтрал нисбатига эришилди. Даволаш якунлари баҳоланганда марказий чизикнинг юқори ва пастки тишлар орасига мос келиши, курак тиши бурчагининг 118° чегарасида шаклланиши ва юқори курак тишларининг пастки курак тишлар баландлигининг 1/3 қисми беркилиши кузатилди.

Бемор ва бемор ота-онасининг ўтказилган даволашдан ўта мамнунлиги даволаш якунларини ижобий баҳолашга имкон берди. Тиш қаторларининг физиологик тишловини шакллантириш самарадорлигини оширди. Олинган натижалар 4 - жадвалда келтирилган.

4-жадвал

Тиш-жағ тизими ҳолатининг даволаш жараёнидаги динамикаси

Даволаш муддатлари	Физиологик тишлов				Шаклланиш босқичидаги аномалия				Шаклланган патология			
	асосий гуруҳ		қиёсий гуруҳ		асосий гуруҳ		қиёсий гуруҳ		асосий гуруҳ		қиёсий гуруҳ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Даволаш бошланиши	0	0	0	0	13	52	11	44	12	48	14	56
1 йилдан сўнг	15	60	11	44	8	32	8	32	2	8	6	24
2 йилдан сўнг	23	92	17	68	1	4	6	24	1	4	2	8
6 йилдан сўнг	24		19		1		7		1		7	

Кузатувимизнинг бир йилидан сўнг, биз иккинчи гуруҳда – бўйин боғлами ва ечилмайдиган ортодонтик ускуна қўллаган болаларда физиологик тишлов сони кўпайганини қайд этдик. Икки йилдан сўнг, иккинчи гуруҳ болаларида даволаш самарадорлиги энг юқори нуқтасига етди. Бироқ мазкур кўрсаткич қиёслаш гуруҳининг аналогик кўрсаткичларидан аҳамиятли фарқланган.

Фаол даволашнинг 24 ойдан сўнг, нотўғри тишлов асосий гуруҳда 90% га тўғриланди, қиёсий гуруҳида эса 78% ҳолатда тўғриланди. Беморлар профили яхшиланди, жағлар ораси эгрилиги тўғриланди. Юқори жағ ўз табиий жойини эгаллади.

Асосий гуруҳнинг 23 нафар бемори (92%) ва қиёсий гуруҳнинг 20 нафар бемори (80%) цефалометрик суратларида жағларнинг тўғри йўналишдаги ўсиши аниқ кўринган (4 расм).

Даволашнинг икки йилдан кейинги натижалари шуни кўрсатдики, асосий гуруҳнинг 92% беморида тишлов барқарорлиги, ва юз профили эстетик ҳолатда сақланиб қолган. Қиёсий гуруҳда барқарорлик 68 % болада сақланиб қолган.

Шу тариқа, II синфи бўйича ўсиб келаётган беморларда ортодонтик даволашнинг самарадорлиги ўсиш йўналиши ва даволаш вақтини муносиб танлашга боғлиқ бўлади. Шу сабабли, аниқ ташхисни эрта қўйиш, скелет номуатносибликлари даражасини эрта аниқлаш ва шунга кўра бемор учун мос даволаш режасини тузиш муҳим ҳисобланади.

II синфи ёки жағлар ораси эластикларининг бир вақтнинг ўзида қўлланилиши мумкин ва юз-жағ ўсиши йўналишининг ўзгаришига ёрдам бериши мумкин. Бундан ташқари, олд тишларнинг эришилган тўғри ёпилиши юқори тишлар ва жағнинг олд жойлашувида пастки жағнинг ўсишига ҳам фойда келтирди.



4-расм . Дистал тишловда беморининг оғиз ички фотосуратлари: (а) даволашгача, (б) даволашдан кейин, (с) даволашдан 7 йил сўнг

Ўтказилган тадқиқотнинг таҳлилига кўра, асосий гуруҳ беморларнинг 94 % ҳолатида даволашдан яхши натижалар олинган, қониқарли натижалар 6% ни ташкил қилган, салбий натижа 0% га тенг бўлган, қиёсий гуруҳнинг мос равишдаги кўрсаткичлари 68%, 24% ва 8% га тенг бўлди. Асосий гуруҳ беморларида даволаш самарадорлигининг 3 қарра ортиши аниқланган.

Кузатувимиз давомида динамикада асосий гуруҳ беморларида касаллик қайталаниши 6,7% ҳолатда (3 нафар бемор) учраган бўлса, қиёсий гуруҳда эса 20,0% (9 нафар бемор) ни ташкил этган.

Тавсия этилган услубнинг иқтисодий самарадорлиги мазкур патологиянинг қайталаниш ҳолатлари қисқаришидан иборат. Демак, агар асосий гуруҳда даволашга сарф-харажатлар 1 500 000 сўмни ташкил қилган бўлса, қиёсий гуруҳда – 4 500 000 сўмни ташкил қилган. Болаларда тишловнинг сагиттал аномалияларини даволаш натижасидаги қайталаниш частотаси қисқариши харажатларнинг деярли 3 мартага пасайишига олиб келади.

Шу тариқа, тиш қаторларининг дистал тишловини даволаш жараёнида юқори жағ учун бўйин боғлами, миобрейс аппарати билан ечилмайдиган юқори жағни кенгайтирувчи аппарат маълум тишларни олиб ташламай қўллашни тавсия қилувчи даволаш услуби юқори тиш қаторини кенгайтириш ва бир вақтда пастки жағни конструктив тишлов ҳолатида ўрнатиш имконини беради.

ҲУЛОСА

1. Болаларда сагиттал тиш аномалияларини эрта ташхислашнинг цефалометрик кўрсаткичлари даволашни тўғри режалаштириш ва барқарор узоқ муддатли натижага эришишга ёрдам беради. Эрта ташхислаш ва даволаш ёрдамида эстетикада салмоқли натижаларга эришиш мумкин.
2. Таҳлил қилинган ортопантограммалар суръатидан пастки жағ иккинчи молярларнинг кеч чиқиши аксарият 12-14 ёшда кузатилган, эрта чиқиши 9-11 ёшни ташкил қилган. Пастки жағда иккинчи молярларнинг кеч чиқиши туфайли тишлар зичланишининг оғирлик даражаси ёшга боғлиқ равишда ортиб боради. Беморнинг ёши ошиб боргани сари тишлов аномалиялари ривожланишини олдини олиш қийинлашади, ва аксинча.
3. Тиш қаторларининг дистал тишловини даволаш жараёнида юқори жағ учун бўйин боғлами, миофункционал аппаратлар билан ечилмайдиган юқори жағ кенгайтирувчи аппаратлар маълум тишларни олиш ва олиб ташламай қўллашни тавсия қилувчи даволаш услуби юқори тиш қаторини кенгайтириш ва бир вақтда пастки жағни конструктив тишлов ҳолатида ўрнатиш имконини беради.

4. Тавсия этилган услубнинг иқтисодий самарадорлиги мазкур патологиянинг қайталаниш ҳолатлари 3 мартага қисқариши билан изоҳланади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.28.12.2017.Tib.59.01
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ
ТАШКЕНТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ**

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАРИМОВ ДИЛШОД МАДЖИТОВИЧ

**ПРИНЦИПЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА
САГИТТАЛЬНЫХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ,
ДИАГНОСТИКА И ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ**

14.00.21 – Стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2019

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2017.3.PhD/Tib405

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский) размещен на веб-странице по адресу www.tashpmi.uz. и в Информационно-образовательном портале “ZiyoNet” по адресу: www.ziyo.net

Научный руководитель:

Гулямов Суръат Саидвалиевич
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Супиев Турган Курбанович (Казахстан)
доктор медицинских наук, профессор

Боймуродов Шухрат Абдужалилович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова (Россия)

Защита состоится «___» _____ 2019 г. в ___ часов на заседании Научного совета DSc.28.12.2017.Tib.59.01 при Ташкентском государственном стоматологическом институте (Адрес: 100047, г. Тошкент, Яшнабадский район, улица Махтумкули, дом 103. Тел./факс: (+99871) 230-20-65; факс: (+99871) 230-47-99; e-mail: tdsi2016@mail.ru).

С докторской диссертацией (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирована за № _____). (100047, г. Тошкент, Яшнабадский район, улица Махтумкули, дом 103. Тел./факс: (+99871) 230-20-65; факс: (+99871) 230-47-99; e-mail: tdsi2016@mail.ru).

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2019 года.

(протокол рассылки № ___ от _____ 2019 года).

Ж.А. Ризаев

Председатель научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук

Л.Э. Хасанова

Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

Х.П. Камилов

Председатель научного семинара по присуждению учёных степеней при научном совете, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (PhD) диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Распространенность зубочелюстных аномалий по данным ВОЗ в среднем составляет не менее 50% (ВОЗ, Женева, 2007)¹. По данным Национального института стоматологии США 40% всего населения имеют аномалии развития зубов и различные нарушения формирования челюстей. Причем, у 15% этих лиц для их устранения требуется оперативное вмешательство. Весьма актуальными являются вопросы своевременного устранения и ликвидация факторов, отрицательно воздействующих на нормальное формирование зубочелюстного комплекса. С этих позиций представляется перспективным изучение диагностических и лечебных мероприятий, направленных на повышение качественных показателей ортодонтической помощи детям. Разработка наиболее максимально близкого подхода к диагностике и лечению аномалий окклюзии для достижения приемлемого результата, сочетающихся с чрезмерным ростом верхней или нижней челюсти и переднем положение зубоальвеолярного комплекса верхней челюсти будет способствовать получению стабильного эстетического исхода при лечении и избежать рецидивов. Следовательно, современные методы устранения факторов, влияющих на нормальное формирование системы зубочелюстного комплекса является актуальной.

В мире проводится широкий круг научных исследований по прогнозированию и выявлению ранних скрытых форм аномалии окклюзии у растущих детей, а также по оптимизации эффективности диагностических и лечебных мероприятий, существующие методы диагностики уже недостаточны, возникла настоятельная необходимость в дополнительных методах исследования. Ежегодно увеличивается спрос на ортодонтическую помощь, большинство случаев обращаются люди в подростковом и взрослом возрасте у которых имеется внутренняя мотивация на получение ортодонтической помощи, что делает лечение длительным и эффективным. Тем не менее, для достижение максимальной цели не достаточно иметь внутреннюю мотивация, так же требуется высокое профессиональность от врача ортодонта. Устранение морфофункциональных и эстетических нарушений, обусловленных этим типом патологии, является актуальной проблемой ортодонтии.

В этом плане выполнены широкоплановые программные мероприятия. Согласно Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годы, для дальнейшего улучшения оказания медицинской помощи населению поставлены важные задачи, направленные на «...повышение доступности и качества медицинского и социально-медицинского обслуживания населению, формирование здорового образа жизни населения»². Были определены меры, направленные на улучшение медицинского обслуживания населения. Улучшение здоровья пациентов имеет решающее значение в раннем выявлении клинического течения окклюзионных аномалий и

¹ Всемирное организация здравоохранения, Женева, 2007

² Указ Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года №УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан».

внедрении инновационных технологий в предоставлении качественной медицинской помощи.

Была внедрена эффективная модель здравоохранения и достигнуты положительные результаты. Благодаря принятым мерам система клинической и радиологической диагностики поднялась на высокий уровень. В то же время в системе здравоохранения существует ряд проблем. Среди них - возникновение ортодонтических аномалий и их ранняя диагностика, а также внедрение новых подходов к лечению.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит решению задач, предусмотренных в Постановлениях Президента Республики Узбекистан: №ПП-2650 от 2 ноября 2016 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы охраны материнства и детства в Узбекистане на 2016-2020 годы», №ПП-4947 от 7 февраля 2017 года «Пять приоритетных направлений стратегии Действий развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы». №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии республики V-«Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. По мнению мировых ученых, аномалии окклюзии влияют на общие и местные заболевания организма человека и вызывают дисфункции жевания, дыхания, речи и глотания (А.Мамедов, Е.С. Адмакин, Л.С., Персин., 2016). Проблема ранней диагностики скрытых форм сагиттальных зубочелюстных аномалий и их своевременная профилактика, а так же лечение предоставляет несомненный практический интерес в связи с глубокими морфофункциональными изменениями, влияющими на правильное развития функции жевания, формирование челюстей и прикуса (Томас Ракоши, Т.М. Graber 2012).

Данная патология характеризуется неэстетичным видом лица пациента: выпуклым или вогнутым профилем, некрасивой улыбкой, наличием сагиттальной щели между челюстями, нарушением речи и ротовым дыханием, сужение верхнечелюстного базиса, узким готическим небом и неправильным прикусом. Конечно же, этот вид патологии имеет скелетальную и дента-альвеолярную природу, который соответственно требует разные подходы лечения для достижения хорошего результата. Для достижения удовлетворенного, эстетического и функционального результата врачу ортодонту нужно тщательно проанализировать диагностические данные, обратить внимание на все морфологические структуры этой патологии и не допускать ошибок которые могут привести необратимым результатам при планировании этапов лечение.

Большинство исследование показывают, что частота нарушений сагиттальных аномалий окклюзии зависит от возраста пациента, поскольку

некоторые авторы считают, что частота встречаемости аномалий окклюзии варьируется от 7 до 10 лет на ранних стадиях сменного прикуса (Малыгин Ю.М., Анюшина А.В., 2004). Следует учитывать, что чаще всего подростки и взрослые пациенты хотят получить от ортодонтического лечения не только функциональный максимум, но и ожидают максимального эстетического результата, что влияет на их психосоциальный статус (Г.Б. Оспанова, 2000; Т.М. Graber, 2000; И.А. Рублёва, А.Б. Слабковская, Л.С. Персин).

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости разработки оптимизированных подходов к диагностике и лечению аномалий окклюзии для достижение максимально приемлемого результата, сочетающихся с чрезмерным ростом верхней челюсти и переднем положение зубоальвеолярного комплекса верхней челюсти. Устранение морфофункциональных и эстетических нарушений, обусловленных этим типом патологии, является актуальной проблемой ортодонтии.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование было проведено в рамках исследовательского проекта Ташкентского педиатрического медицинского института номер - 0198000670 по теме «Меры по профилактике основных стоматологических заболеваний у детей» (2014-2019).

Целью исследования выявить ранние скрытые формы аномалии окклюзии у детей, так же обосновать эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Задачи исследования:

определить ранние клинико-рентгенологические признаки зубочелюстно-лицевой системы у пациентов с сагиттальными зубочелюстными аномалиями окклюзии;

выявить новые цефалометрические показатели ранней скрытой формы сагиттальных аномалий окклюзии;

анализировать с помощью телерентгенограммы головы в латеральной проекции развивающихся зубочелюстных аномалий;

доказать достоверность данных предложенного метода для определения положение зачатка верхнего первого премоляра с помощью полученных данных стандартными цефалометрическими исследованиями;

обосновать эффективность лечебно-профилактических мероприятий у детей с сагиттальными аномалиями окклюзии.

Объект исследования: 90 детей в возрасте от 6 до 18 лет с развивающимися сагиттальными зубочелюстными аномалиями, проходившие лечение на базах Ташкентского педиатрического медицинского института, 2-ой детской стоматологической поликлинике, Всенародного стоматологического центра и в частной клинике “Дента Плюс”.

Предмет исследования: цефалометрические, ортопантомограммометрические рентгенологические снимки, диагностические модели верхних и нижних челюстей детей дошкольного и школьного возраста с признаками развивающимися сагиттальными зубочелюстными аномалиями.

Методы исследования: клиническое исследование, биометрическое и фотометрическое исследования, телерентгенограмметрические исследования, ортопантограмметрические исследования, компьютерные 3D снимки, статистическая обработка полученных данных.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

установлены ранние клинико-рентгенологические признаки сагиттальными зубочелюстными у детей в виде поздней стираемости молочных зубов, формы ретромолярной области нижней челюсти и уровнем прорезывания нижних первых и вторых моляров по панорамному снимку;

определены мезио-дистальное и нормальное положение зачатка верхнего первого премоляра по отношению к “стресс” оси в сменном прикусе на цефалометрических снимках;

обоснована достоверность данных предложенного метода для определения положений зачатка верхнего первого премоляра с помощью полученных данных стандартными цефалометрическими данными;

разработан и внедрен упрощенный метод ранней диагностики на основании достоверных цефалометрических диагностических мероприятий у детей с ранними признаками зубочелюстных аномалий окклюзии относительно возрасту.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

доказан что полученные ранние клинико-рентгенологические признаки сагиттальных аномалий окклюзии у детей и подростков имеют достоверные значения;

разработан алгоритм диагностики для обследования пациентов с сагиттальными аномалиями челюстей;

разработана и внедрена индивидуальная методика диагностики и лечения зубочелюстных аномалий от сложности случаи.

Достоверность результатов исследования подтверждена применением в исследованиях современных, взаимодополняющих клинических и инструментальных исследований, а также достаточным количеством обследованных больных, совершенствованием диагностических и прогностических критерий развития сагиттальных аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей, обоснованным набором методов статистического анализа; полученные результаты основываются на сопоставлении с зарубежными и отечественными исследованиями; заключение, полученные результаты были подтверждены полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость полученных результатов заключается в том, что предоставлены клинико-рентгенологические изменения в сменном прикусе, индивидуальность которых определяется параметрами челюстно-лицевой области и особенностями размерами челюстей, что легло в основу разработки алгоритма обследования детей с зубочелюстными аномалиями.

Практическая значимость исследования заключается в том, что на основании полученных результатов практическому здравоохранению предложены рекомендации, позволяющие проводить индивидуальное лечение, детям с данной патологией.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по прогнозированию и выявлению ранних скрытых форм аномалии окклюзии у детей, а так же по повышению эффективности лечебно-профилактических мероприятий:

утверждены методические рекомендации «Алгоритм диагностики сагиттальных аномалий окклюзии у детей» (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-д/99 от 25 марта 2019года). Данные рекомендации способствуют повышению качества диагностики скрытых форм аномалий окклюзии у детей на ранних этапах;

утверждены методические рекомендации «Оптимизация лечебно-профилактических мероприятий у детей с сагиттальными аномалиями окклюзии» (заклучение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-д/98 от 25 марта 2019года.). Данные рекомендации способствуют сокращению числа рецидивов данной патологии в 3 раза;

Принципы прогнозирования и выявления ранних скрытых форм аномалий окклюзии у детей, а так же обоснованность лечебно-профилактических мероприятий внедрены в практическое здравоохранение, в том числе в стоматологическую поликлинику министерства здравоохранения Республики Узбекистан, клинику Ташкентского государственного стоматологического института и детскую стоматологическую поликлинику №3 (заклучение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-д/73 от 10 апреля 2019года). В результате внедрения предложенных методов рецидивы заболевания встречались в 6,7% случаях, тогда как в группе сравнения – в 20,0%.

Апробация результатов исследования. Результаты исследований прошли апробацию на 2 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 4 журнальные статьи в научных издательствах, рекомендованных, Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан, для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора философии (PhD), в том числе 3 статей опубликованы в республиканских и 1 статья в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Структура диссертации состоит из введения, четырех глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 106 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, их научная и практическая значимость, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современное состояние проблемы формирования сагиттальных зубочелюстных аномалий**» на основе отечественной и зарубежной литературы проанализировано современное состояние проблемы формирования сагиттальных зубочелюстных аномалий. Приведены исчерпывающие научно-практические сведения об медико-социальных факторах и морфологические признаки развития данной патологии. Описаны существующие методы диагностики и лечения, их результаты, преимущества и недостатки. Приведены дискуссионные вопросы, требующие дальнейшего исследования.

Во второй главе диссертации «Методологический подход к обследованию детей при сагиттальных аномалиях окклюзии» приведена характеристика материалов исследования, включающая общую характеристику клинического материала, методику определения, критерии эффективности проведенной терапии и инструментальные методы исследования. В основу исследования положены данные обследования 90 пациентов в период сменного (6-12 лет) и постоянного прикусов (13-18 лет), средний возраст $13,4 \pm 0,3$ лет. Из всех обследованных у 52 детей (57,8%) отмечался дистальный прикус, а у 38 - мезиальный прикус (42,2%). Для сравнения результатов полученных у пациентов в обследованных группах в количестве 19 детей была взята контрольная группа с ортогнатическим прикусом.

Диагноз устанавливался по совокупности данных анамнеза клинического, биометрического, рентгенологического обследования пациентов и в соответствии с критериями постановки диагноза.

Клиническое обследование включало: опрос, осмотр лица и полости рта. Выявляли этиологические и патогенетические факторы, которые способствовали возникновению и развитию нарушению прикуса в сагиттальной плоскости. При осмотре лица обращали внимание на симметричность левой и правой его половин, выраженность носогубной и подбородочной складок, смыкание губ при положении нижней челюсти в состоянии физиологического покоя.

Особое внимание уделяли выявлению морфологических и функциональных нарушений, которые приводили к появлению промежутка между верхним и нижним зубным рядом во фронтальном участке, снижению высоты его нижней части.

С целью определения особенностей строения лицевого отдела черепа, и определения изменений его сагиттальных размеров лицевого отдела черепа в результате ортодонтического лечения пациентов изучены боковые телерентгенограмм головы пациентов.

На основании клинического обследования, данных антропометрических измерений диагностических моделей челюстей и анализа ТРГ головы, выполненных в боковой проекции ставили диагноз и определяли план лечения.

Ортодонтическое лечение заключалось в применении съемных внутриротовых и внеротовых аппаратах (миобрейсы, шейная повязка, лицевая маска Делера, несъемный аппарат для расширения верхней челюсти), эджуайс-техники на основе брекет-систем зарубежных фирм-производителей. Коррекция

зубных рядов осуществлялась техникой прямой дуги (straight-wire technique) системы Roth. Контролируемые на гипсовых моделях результаты аппаратной коррекции определяли возможность завершить процесс устранения аномалии окклюзии зубных рядов и сформировать ортогнатический прикус.

Этапы лечения пациентов 1-й группы наблюдения при дистальном прикусе:

1. Ранний сменный прикус - 6-9 лет:

- миобрейс;
- шейная повязка;
- аппарат быстро расширение верхней челюсти.

2. Поздний сменный прикус - 10-13 лет:

- шейная повязка;
- аппарат быстро расширение верхней челюсти;
- брекетты с удалением зубов.

3. Постоянный прикус - 14-18 лет:

- шейная повязка;
- аппарат быстро расширение верхней челюсти;
- брекетты с удалением зубов.

Этапы лечения пациентов 2-й группы наблюдения при дистальном прикусе:

1. Ранний сменный прикус - 8-12 лет;

- регуляторы функции Френкеля;
- тёмная шапка с хуками;
- аппарат быстро расширение верхней челюсти.

2. Поздний сменный прикус - 12-14 лет:

- тёмная шапка с хуками;
- аппарат быстро расширение верхней челюсти;
- брекетты с удалением верхних первых премоляров.

3. Постоянный прикус - 14-18 лет:

- тёмная шапка с хуками;
- аппарат быстро расширение верхней челюсти;
- брекетты с удалением верхних первых премоляров.

Этапы лечения пациентов 1-й группы наблюдения при мезиальном прикусе:

1. Ранний сменный прикус - 6-9 лет:

- миобрейс;
- лицевая маска Делера (face mask);
- аппарат быстро расширение верхней челюсти.

2. Поздний сменный прикус - 10-13 лет:

- лицевая маска Делера (face mask);
- аппарат быстро расширение верхней челюсти;
- брекетты с удалением первых премоляров.

3. Постоянный прикус - 14-18 лет:

- лицевая маска Делера (face mask);
- аппарат быстро расширение верхней челюсти;
- брекетты с удалением нижних первых премоляров.

Этапы лечения пациентов 2-й группы наблюдения при мезиальном прикусе:

1. Ранний сменный прикус - 8-12 лет:

- подбородочная проша;
- регуляторы функции Френкеля;
- пластинка с наклонной плоскостью;
- лицевая маска Делера (face mask).

2. Поздний сменный прикус 12-14 лет:

- подбородочная проша;
- регуляторы функции Френкеля;
- лицевая маска Делера (face mask);
- брекетy с удалением нижних первых премоляров.

3. Постоянный прикус - 14-18 лет:

- подбородочная проша;
- лицевая маска Делера (face mask);
- брекетy с удалением нижних первых премоляров.

Полученные данные подвергали статистической обработке с использованием пакета прикладных программ статистического анализа с вычислением среднеарифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ), стандартной ошибки (m), относительных величин (частота, %). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$.

В третьей главе диссертации **«Ранние клиничко-морфологические признаки зубочелюстно-лицевой системы у пациентов с сагиттальными зубочелюстными аномалиями окклюзии»** дается клиничко-диагностическая характеристика обследованных детей с ЗЧА окклюзии.

Клиническое обследование выявило, что 79 пациентов (87,8%; 79/90) ранее не наблюдались у врача-ортодонта и только 11 (12,2%; 11/90) находились на диспансерном учёте. При этом пациенты пользовались съёмными ортодонтическими аппаратами, но по разным причинам лечение закончено не было.

Распространенность зубочелюстных аномалий относительно чаще встречается при сменном прикусе, чем при постоянном (42,2% против 57,8%), однако статистический анализ показал, что данные различия недостоверны ($P > 0,05$). При оценке состояния зубных рядов и альвеолярных отростков было установлено изменение формы зубных дуг (верхней и нижней). В основном преобладали следующие аномальные формы: на верхней челюсти V-образная и трапецевидная, на нижней трапецевидная.

При осмотре состояние прикуса было выявлено, что у 57,8% детей установлен дистальный прикус, а у 42,2% - мезиальный. Так же имело относительное отличие у детей в зависимости от возраста, так у детей в возрасте 6-9 лет наличие протрузий верхних и нижних фронтальных зубов отмечались в 1,3 раза чаще, чем в возрасте 14-18 лет (31,3% против 18,8%). Наличие ретрузии верхних и нижних фронтальных зубов наиболее чаще отмечались в возрасте 13-18 лет (12,5% против 12,5%). Однако эти данные статистически не значимы (табл. 1).

При анализе данных зависимости деформации зубной дуги, вида прикуса и возраста пациентов нами установлены следующие закономерности, которые представлены в таблице 2.

Таблица 1

Состояние прикуса у детей в зависимости от возраста пациентов

	6-10 лет (n=17)		10-13 лет (n=41)		14-18 лет (n=32)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Дистальный прикус (n=52)						
Наличие протрузии (n=33):	4	23,5	13	31,7	16	50
протрузия верхних фронтальных зубов	3	17,6	8	19,5	10	31,3
протрузия нижних фронтальных зубов	2	11,8	5	12,2	6	18,8
Наличие ретрузии (n=19):	2	11,8	9	22,0	8	25,0
Ретрузия верхних фронтальных зубов	1	5,9	4	9,8	4	12,5
Ретрузия нижних фронтальных зубов	1	5,9	5	12,2	4	12,5
Мезиальный прикус (n=38)						
Наличие протрузии (n=23):	7	41,2	11	26,8	5	15,6
протрузия верхних фронтальных зубов	3	17,6	6	14,6	2	6,3
протрузия нижних фронтальных зубов	1	5,9	5	12,2	3	9,4
Наличие ретрузии (n=15):	4	23,5	8	19,5	3	9,4
Ретрузия верхних фронтальных зубов	2	11,8	3	7,3	1	3,1
Ретрузия нижних фронтальных зубов	2	11,8	5	12,2	2	6,3

Примечание процентное соотношение от возрастного количества детей.

Таблица 2

Распределение обследованных пациентов в зависимости от деформации зубной дуги

Нозологические формы	Типы деформации зубной дуги											
	V образная (n=33)				Трапециевидная (n=39)				Полуэллипсообразная (n=18)			
	6-12 лет		13-18 лет		6-12 лет		13-18 лет		6-12 лет		13-18 лет	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Дистальный прикус (n=42)												
Недоразвитие н/ч (n=20)	-	-	-	-	8	72,7	5	55,6	3	27,3	4	44,4
Чрезмерное развитие в/ч (n=22)	8	72,7	7	63,6	3	27,3	4	36,4	-	-	-	-
Мезиальный прикус (n=48)												
Чрезмерное развитие н/ч (n=19)	-	-	-	-	9	100	10	100	-	-	-	-
Недоразвитие в/ч (n=29)	8	66,7	10	58,8	-	-	-	-	4	33,3	7	41,2
Итого*	16	48,5	17	51,5	20	51,3	19	48,7	7	38,9	11	61,1

У детей в возрасте 6-12 лет в 51,3% случаев отмечается трапециевидная деформация зубной дуги, тогда как у детей в возрасте 13-18 лет полуэллипсообразная (51,5%). При недоразвитии нижней челюсти среди 20 детей в возрасте 6-12 лет у 8 (72,7%) отмечается трапециевидная деформация зубной дуги, а у 3 (27,3%) полуэллипсообразная; в возрасте 13-18 лет трапециевидная деформация зубной дуги отмечалась у 5 (55,6%) детей, а у 4 (44,4%) детей полуэллипсообразная.

При чрезмерном развитии верхней челюсти отмечались V образная и трапециевидная деформации зубной дуги. Притом встречаемость V образной деформации зубной дуги отмечалась с одинаковой высокой частотой в обеих возрастных группах (72,7% и 63,6% соответственно).

При мезиальном прикусе и чрезмерном развитии нижней челюсти в 100% случаях отмечалась трапециевидная деформация зубной дуги. В возрасте 6-12 лет и 13-18 лет при недоразвитии верхней челюсти в большинстве случаев наблюдалась V образная деформация зубной дуги (66,7% и 58,8% соответственно).

При ортогнатическом прикусе наиболее признанным является определение, что «перекрытие нижних передних зубов верхними должно быть до 1/3 высоты коронки». По данным А.С.Щербакова, эта величина составляет в среднем $2,7 \pm 0,1$ мм.

Глубокий прикус был отмечен у 41,1% детей практически с одинаковой частотой при недоразвитии н/ч и чрезмерное развитие в/ч (90% и 86,4% соответственно). Обратное резцовое перекрытие было отмечено только при мезиальном прикусе, притом при чрезмерном развитии н/ч в 31,6% случаев

При дистальном прикусе среди 52 детей протрузии были отмечены у 32 детей, что составило 76,2%, притом при недоразвитии нижней челюсти в 70%, а при чрезмерном развитии верхней челюсти – в 81,8%. Наличие ретрузий отмечались в 23,8% (рис. 1).

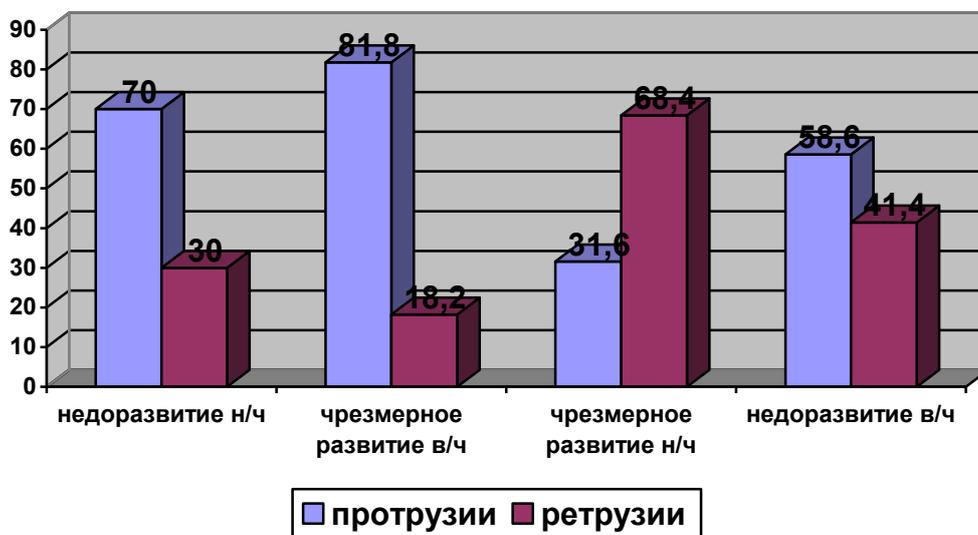


Рис. 1. Частота распространения протрузий и ретрузий у обследованных детей

Из 38 пациентов с мезиальном прикусе протрузии были отмечены у 20 детей, что составило 47,9%, наличие ретрузий зарегистрировано у 18 детей (52,1%). Однако при недоразвитии верхней челюсти протрузии отмечались чаще чем при чрезмерном развитии нижней челюсти (58,6% против 68,4% соответственно). Положение зуба, не соответствующее оптимальному местоположению его в зубном ряду, диагностируется как аномалия положения. По сравнению с аномалиями положения постоянных зубов аномалия положения молочных зубов - явление редкое. Смещение центральной линии вправо отмечалось у 5 детей из 43 в возрасте 6-12 лет (11,6%), влево - у 4 детей (9,3%). В возрасте 13-18 лет смещение центральной линии было отмечено у 59,6% (28 детей), притом в право и влево с одинаковой частотой.

При анализе профиля пациентов нами было установлено, что у детей в возрасте 6-12 лет в большинстве случаев отмечается выпуклый профиль лица, притом практически с одинаковой частотой как при недоразвитии нижней челюсти, так и при чрезмерном развитии верхней челюсти. При чрезмерном развитии нижней челюсти и недоразвитии верхней челюсти отмечались прямой и вогнутый профиль у детей в возрасте 6-12 лет. У детей в возрасте 13-18 лет при дистальном прикусе во всех случаях отмечался выпуклый профиль, тогда как при мезиальном прикусе вогнутый.

При анализе внутри ротовых фотоснимков нами были выделены следующие характерные особенности развития нижней челюсти. У 39 детей в возрасте 6-12 лет отмечались характерные особенности ретромолярной области нижней челюсти, из них у 19 детей отмечается сужение альвеолярного гребня, а у 20 детей отмечалась выпуклость ретромолярной области.

В результате были получены данные, характеризующие дефицит места или избыток в зубных рядах у пациентов. При дефиците места нижней челюсти форма альвеолярного гребня ретромолярной поверхности прорезывания вторых моляров нижней челюсти слабовыраженная и узкая. Обратная картина до 9 лет, чем более утолщён гребень альвеолярного отростка, тем ближе к прорезыванию расположен зачаток второго моляра, таким образом, клиническая картина показывает чрезмерного роста нижней челюсти и широким апикальным базисом нижней челюсти (рис. 2).



Рис 2. Преждевременное прорезывание нижних вторых моляров, результат - чрезмерный рост нижней челюсти (пациенту 11 лет).

Таким образом, из числа проанализированных ортопантомограмм наибольшее количество пациентов с поздним прорезыванием вторых моляров встречается с 12 до 14 лет, с преждевременным прорезыванием начиная с 8 лет до 11. Степень тяжести скученности с поздним прорезыванием второго моляра нижней челюсти возрастает с возрастом. Чем взрослее пациент, тем сложнее предотвратить развитие аномалии и деформацию окклюзии и наоборот.

Суммируя вышеизложенное можно с уверенностью сказать, что современными методами диагностики мезиальной окклюзии является компьютерная томография с 3-D реконструкцией. Лечение мезиальной окклюзии у подростков возможно без оперативного вмешательства в раннем сменном прикусе при использовании внеротовых аппаратов (лицевая маска Делера) склоняясь на модификацию роста, приложенные силы и при ложном мезиальном прикусе.

Среди других причин развития мезиальной окклюзии следует отметить следующие: болезни матери в период беременности, родовая травма, недоразвитие межчелюстной кости, адентия в области верхней челюсти, ретенция и потеря верхних зубов, сверхкомплектные зубы в области нижней челюсти, запоздалая смена зубов, различные болезни детей, укорочение уздечки языка, гипертрофия небных и язычных миндалин, макроглоссия, вредные привычки сосания и некоторые другие вредные привычки, неравномерное стирание бугров временных зубов и неравномерная смена зубов на верхней и нижней челюстях, аномалии положение зубов, инфантильный тип глотания, нарушение артикуляции языка во время речи, акромегалия, нарушение миодинамического равновесия (рис. 3).



Рис 3. Нарушение смыкания зубных рядов при сочетанной аномалии окклюзии: мезиальная окклюзия и дистопия клыков, вызванная чрезмерным развитием нижней челюсти и недоразвитием верхней челюсти

Окклюзионно преобладало мезиальное смыкание моляров в сагиттальной плоскости (50% - 25 пациентов), нейтральное смыкание моляров по Энгля (50% - 25 пациентов), В боковом отделе палатиноокклюзия выявлена у 20 пациентов (40%), вестибулоокклюзия – у 11 пациентов (22%).

Нарушение зубов в трансверсальной плоскости диагностировано в 62% случаев мезиальной окклюзии зубных рядов. Во фронтальном отделе обратное соотношение резцов выявлено у 23 пациентов (46%), сагиттальное

несоответствие у 10 пациентов (20%), прямая окклюзия диагностирована у 2 пациентов (4%).

В 50% случаях встречалось уменьшение в проценте, показание угла между мандибулярной плоскостью и Франкфуртской горизонтали (25,43%-25,27%). несоответствие взаимоотношение верхней и нижней челюстей составило (79,7%-80,13%). Показатели до и после лечения дистального прикуса в процентах 112,7%-116,4%. (табл. 3).

Таблица 3

Результаты цефалометрического исследования среди обследованных пациентов

	Норма	До лечения	После лечения
FMIA	67±0,01	63,23±1,17	65,30±1,31
FMA	25±0,01	25,43±0,83	25,27±0,41
IMPA	88±0,02	89,27±1,26	88,37±0,73
AO-BO	2±0,0 мм	0,88±0,99	1,59±0,40
SNA	79±0,01	79,77±0,79	80,13±0,53
SNB	77±0,01	78,15±0,61	78,80±0,45
ANB	2±0,0	4,93±1,19	3,57±0,72
Effec.max.lenght	85±0,01	93,03±1,25	94,42±1,09
Effec.mand.lenght	105±0,01	112,69±1,61	116,37±0,90
Upper Pharynx	8,58±0,65	8,78±0,61	8,58±0,65
Lower Pharynx	11,23±0,50	12,25±0,65	11,23±0,50

Анализ параметров, характеризующих профиль мягких тканей лица, выявил: увеличение носогубного угла в 15,8%, его уменьшение при дистальном соотношении – в 25%, уменьшение угла выпуклости мягких тканей и уменьшение выпуклости лицевого профиля в 33% при мезиальном соотношении зубных рядов. Суммируя вышеизложенное можно с уверенностью сказать что современными методами диагностики мезиальной окклюзии является компьютерная томография с 3-D реконструкцией, а лечение мезиальной окклюзии у подростков возможно без оперативного вмешательства в раннем сменном прикусу используя внеротовые аппараты (лицевая маска Делера) склоняясь на модификацию роста на приложенные силы и в случае ложном мезиальном прикусе.

Определение миграции зачатков первых премоляров верхней челюсти на цефалометрическом снимке. Согласно по данным Бимлера у не растущих пациентов, если лицо развито гармонично, при нормальном сформированном постоянном ортогнатическом прикусе “стресс ось” проходит через вертикальный ось первого премоляра верхней челюсти. Если прорезывавшийся первый премоляр находится перед стресс осью то было показана на удаление первых премоляров, в случаи заднего положения то это говорило о недоразвития верхней челюсти (рис. 4).

Определение миграции зачатков первых премоляров верхней челюсти на профильной телерентгенограмме. У 16 детей с 6 до 9 лет с ранними клиническими признаками сагиттальных аномалий цефалометрически анализировали положение зачатков верхних премоляров. В результате у 7 детей выявлены антропозиция зачатков первых премоляров, являющиеся ранним скрытым признаком бурного развития верхней челюсти или ранней

миграцией верхних боковых зубов (рис. 5). У 9 детей выявлены ретропозиция зачатков первых премоляров, являющиеся ранним скрытым признаком замедленного развития верхней челюсти, дистальное положение зачатков верхних постоянных боковых зубов или чрезмерного развития нижней челюсти (рис. 6).



Рис. 4. Определение миграции зачатков первых премоляров верхней челюсти на профильной телерентгенограмме



Рис. 5. Положение зачатков верхних премоляров: ребенок 7 лет.



Рис. 6. Ретропозиция зачатков первых премоляров: ребенок 9 лет

В некоторых случаях врачу может понадобиться КТ. Только на этом снимке мы сможем оценить пространственное расположение зубов относительно друг друга, это необходимо при планировании перемещения ретинированных зубов, когда крайне важно понять, какой зуб лежит более поверхностно, и правильно выбрать вектор перемещения, чтобы не задеть корни других зубов. На ОПТГ дать оценку положения зуба можно только в одной, фронтальной плоскости.

В четвертой главе диссертации «**Оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий у детей с сагиттальными аномалиям окклюзии**» дается анализ эффективности предложенных методов коррекции.

В процессе проведенных лечебных мероприятий у детей и подростков достигалось нейтральное соотношение первых моляров по I классу Энгля. При оценке лечебных исходов отмечалось совпадение центральной линии между верхними и нижними зубами, формирование межрезцового угла в пределах 118° и перекрытие верхними резцами наиболее $1/3$ высоты нижних резцов.

Высокий уровень удовлетворенности пациента и его родителей результатами проведенного лечения позволял положительно оценить его итоги. Формирование физиологической окклюзии зубных рядов повышало эффективность функции жевания. Полученные результаты представлены в таблице 4.

Через год с начала наблюдения мы регистрировали прирост числа лиц с физиологической окклюзией во второй группе - у детей, которые пользовались шейной повязкой и несъемным аппаратом ортодонтическим аппаратам. Через два года эффективность лечения у детей во второй группе достигло максимума, что имеет существенной разницы с результатом лечения за год. Однако данный показатель существенно отличается от аналогичных показателей в группе сравнения.

Таблица 4

Динамика состояния зубочелюстной системы в процессе лечения

Сроки лечения	физиологическая окклюзия				аномалия в стадии формирования				сформированная патология			
	основная группа		группа сравнения		основная группа		группа сравнения		основная группа		группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
начало лечения	0	0	0	0	13	52	11	44	12	48	14	56
через 1 год	15	60	11	44	8	32	8	32	2	8	6	24
через 2 года	23	92	17	68	1	4	6	24	1	4	2	8
Через 6 лет	24		19		1		7		1		7	

После 24 месяцев активного лечения, неправильный прикус был исправлен в основной группе в 90% случаях, а в группе сравнения в – 78% случаях. Профиль пациентов был значительно улучшен, а межчелюстное отклонение было исправлено. Верхняя челюсть занял свое естественное место. На цефалометрических снимках у 23 пациентов (92%) основной группы и у 20 больных (80%) группы сравнения отмечался явное картина правильного направление роста челюстей (рис. 4).

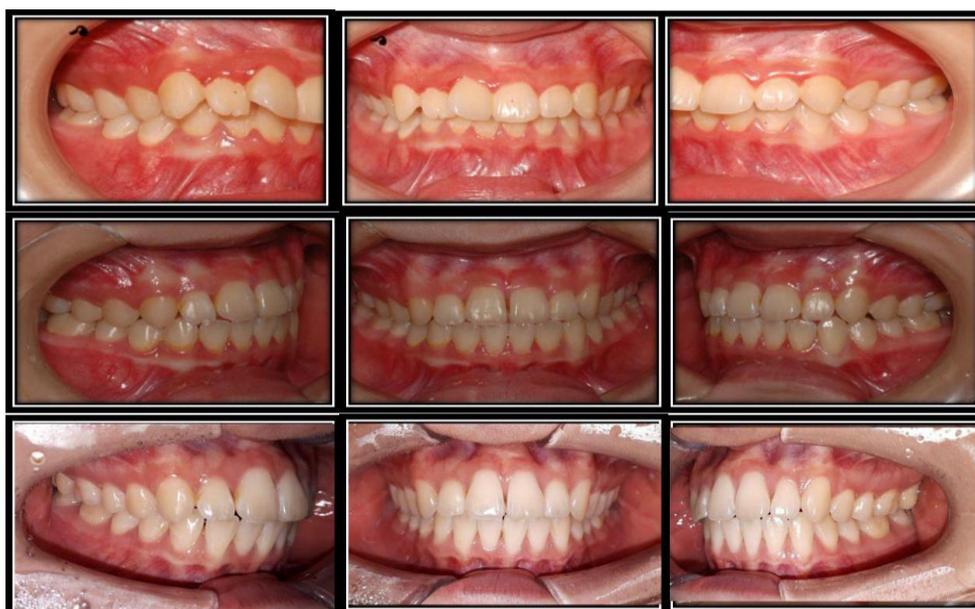


Рис. 4. Внутриротовые снимки пациента с прогнатии (а) до лечения, (б) после лечения, (с) 7 лет после лечения

Результаты лечение через два года показывают, что у 92% пациент основной группы сохранилась стабильность прикуса, и лицевой профиль так же оставался эстетичным. В группе сравнения стабильность сохранялась только у 68% детей.

Таким образом, успех ортодонтического лечения у растущих пациентов с классом II малоокклюзии зависит от его направление роста и соответствующем выборе времени лечения. Поэтому, важно диагностировать ранний точный диагноз, степень скелетных несоответствий, чтобы составить наиболее подходящий для пациента план лечение.

Класс II или межчелюстные эластики могут использоваться одновременно и помочь в изменении направления челюстно-лицевой рост. Комбинация шейной повязки эффективный подходы к раннему лечению скелетного Класса II пациентов. Кроме того, достигнутое правильное смыкание передних зубов от переднего положение верхний зубов и челюсти принес пользу нижнечелюстному росту.

Анализ проведенного исследования показал, что в 94% случаев достигнуты хорошие результаты лечения, удовлетворительные в 6%, отрицательные в 0% в основной группе пациентов, и 68%, 24% и 8% соответственно в группе сравнения. У пациентов из основной группы отмечается 3-х кратное повышение эффективности лечения.

При наблюдении в динамике нами было установлено, что у пациентов основной группы рецидивы заболевания встречались в 6,7% случаях (3 пациента), тогда как в группе сравнения – в 20,0% (9 пациентов).

Экономическая эффективность предложенного метода лечения заключается в сокращении числа рецидивов данной патологии. Так если в основной группе затраты на лечения составили 1 500 000 сум, то в группе сравнения эта сумма составляет – 4 500 000 сум. Сокращение частоты рецидивов при лечении сагиттальных аномалий окклюзии у детей приведет к снижению затрат почти в 3 раза.

Таким образом, в процессе лечения дистальной окклюзии зубных рядов рационально использовать предложенное лечение с миофункциональных аппаратов как миобрейс, несъемную пластинку для расширение верхней челюсти с шейной повязкой для верхней челюсти и без удаления определенных зубов, что позволяет расширить верхний зубной ряд, одновременно устанавливая нижнюю челюсть в конструктивный прикус.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Цефалометрические показатели при раннем диагностике сагиттального прикуса у детей способствует добиться правильного планирование лечения и достичь стабильного долгосрочного результата. С помощью ранней диагностики и лечения сагиттальных аномалий окклюзии можно добиться существенного улучшение в эстетике.
2. Из числа проанализированных ортопантомограмм наибольшее количество пациентов с поздним прорезыванием вторых моляров встречается с 12 до 14 лет, с преждевременным прорезыванием начиная с 9 лет до 11. Степень тяжести скученности с поздним прорезыванием второго моляра нижней челюсти возрастает с возрастом. Чем взрослее пациент, тем более сложнее предотвратить развитие аномалий окклюзии и наоборот.
3. В процессе лечения дистальной окклюзии зубных рядов рационально использовать предложенное лечение с использованием съемные вне ротовые и внутриротовые аппараты с шейной повязкой для верхней челюсти, с удалением и без удаления определенных зубов, что позволяет расширить верхний зубной ряд, одновременно устанавливая нижнюю челюсть в конструктивный прикус.
4. Экономическая эффективность предложенного метода лечения заключается в сокращении числа рецидивов данной патологии почти в 3 раза.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06.2017.Tib.59.01
AWARD SCIENTIFIC DEGREES AT
TASHKENT DENTAL INSTITUTE**

TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE

Karimov Dilshod Madjitovich

**PRINCIPLES OF EARLY DETECTION AND PREVENTION SAGITTAL
DENTAL ANOMALIES, DIAGNOSIS AND TREATMENT APPROACH**

14.00.21 - Dentistry

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF
PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

Tashkent – 2019

The subject of doctoral dissertation is registered the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number B2017.3.PhD/Tib405

The doctoral dissertation has been carried out at Tashkent Paediatric Medical Institute.

The abstract of the dissertation is posted in three (uzbek, russian and english) languages on the website of the Scientific Council www.tashpmi.uz and on the website of “ZiyoNet” information and education portal at www.ziyo.net.uz.

Scientific leader: **Gulyamov Surat Saidvalievich**
Doctor of Medicine, Professor

Official opponents **Supiev Turgan Kurbanovich (Kazakhstan)**
Doctor of Medicine, Professor

Baymurodov Shukhrat Abdujalilovich
Doctor of Medicine, Professor

The leading organization: **MGMSI n.Evdokimova (Russian Federation)**

Defence will take place «_____»_____2019 at _____ at the meeting of Scientific Council DSc.28.12.2017.Tib.59.01 at the Tashkent state dental institute (address: 100047, Uzbekistan, Tashkent, Yashnabad dist., Makhtumkuli str. 103. Phone: (+998971) 230-20-65; fax: (+998971) 230-47-99; e-mail: tdsi2016@mail.ru).

Dissertation is registered in Information - resource centre of Tashkent state dental institute, registration number №_____, The text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: (Address: 100047, Uzbekistan, Tashkent, Yashnabad dist., Makhtumkuli str. 103. Phone: (+998971) 230-20-65).

Abstract of dissertation sent out on «_____»_____2019 year
(mailing report №_____ on «_____»_____2019 year)

J.A. Rizaev

Chairman of scientific council on award
of scientific degree of doctor of sciences, MD

L.E. Khasanova

Scientific secretary of the scientific council on award of
scientific degree of doctor of sciences, MD, docent

H.P.Kamilov

Chairman of scientific seminar under scientific council on
award of scientific degree of doctor of sciences, MD, professor

INTRODUCTION (abstract of the thesis of the Doctor of Philosophy (PhD))

The aim of the research work predict and identify early hidden forms of occlusion anomalies at children, as well as justify the effectiveness of treatment and preventive measures.

The tasks of research:

to determine the early clinical and radiological signs of the dentofacial system in patients with sagittal anomalies of occlusion;

to reveal new cephalometric dates of an early latent form of sagittal occlusion anomalies;

analyze with the help of the cephalometric of the head in the lateral projection of the developing dental-maxillary anomalies;

to make reliability of data of the offered method for definition point of an axis of the top first bicuspid by means of the obtained data standard cephalometric researches;

to prove efficiency of treatment-and-prophylactic actions at children with sagittal anomalies of occlusion.

The object of research in accordance with the tasks, 90 children aged from 6 to 18 years old will be examined with sagittal malocclusion.

The scientific novelty of research consists in the following:

precursory clinical and radiological symptoms sagittal dental anomalies at children in the form of late grinding of temporary teeth, a form of retromolar area of a mandible and the level of eruption of the lower first and second molars of lower jaw on a panoramic x-ray are established;

defined the mesial - distal and normal position of a germs of the upper first bicuspid in relation to axis "stress" in mix dentition on the cephalometric x-ray;

the reliability of data of the offered method for definition of provisions of a germs of the upper first bicuspid by means of the obtained data is proved by cephalometric data;

developed and introduced the simplified method of early diagnostics on the basis of reliable cephalometric dates at children with early symptoms of sagittal malocclusion relatively with age.

Introduction of research results. Based on the obtained scientific results on forecasting and identifying early hidden forms of occlusion anomalies at children, as well as on improving the effectiveness of treatment and preventive measures:

approved the methodological recommendations "Algorithm for the diagnosis of sagittal occlusion anomalies in children" (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 98 dated March 25, 2019). These recommendations help to improve the quality of diagnosis of latent forms of occlusion anomalies at children in the early stages.

approved methodological recommendations "Optimization of treatment and preventive measures in children with sagittal anomalies of occlusion" (the conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 99

of March 25, 2019). These recommendations help to reduce the number of relapses of this pathology by 3 times.

The principles of forecasting and identifying the early hidden forms of occlusion anomalies in children, as well as the validity of treatment and preventive measures have been introduced into practical health care, including the dental clinic of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, the clinic of the Tashkent State Dental Institute and the children's dental clinic No. 3 of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 63 dated 10.04.2019). As a result of the implementation of the proposed methods, relapses of the disease occurred in 6.7% of cases, whereas in the comparison group - in 20.0%.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of references and applications. The volume of the dissertation is 106 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; Part I)

1. Каримов Д.М., Шукурова Г.Р., Якубова Ф.Х. Стоматологический статус у детей в возрасте от 6 до 12 лет //Stomatologiya. – Ташкент, 2014. – С. 65-67 (14.00.00. №12)
2. Каримов Д.М., Азизова М.С., Гулямов С.С., Махкамova Ф.Т. Современные методы диагностики и лечения пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов у детей в пубертантном периоде // Педиатрия. - Ташкент, 2015. - №1-2. - С. 80-83 (14.00.00. №16)
3. Karimov D., Gulyamov S.S., Pulatov O.A. Increase in psychosocial status of school age children with dentomaxillary deformities //European science review. - Vienna 2016, № 5–6. – P. 56-58 (14.00.00. №19)
4. Каримов Д.М., Гулямов С.С. Ранняя гиперкоррекция чрезмерного роста нижней челюсти у детей и подростков // Педиатрия. - Ташкент, 2017. - №1. - С. 99-101(14.00.00. №16)

II бўлим (II часть; Part II)

5. Karimov D., Gulyamov S.S., Pulatov O.A., Extraction and non- extraction treatment of malocclusion at children //Стоматологиянинг долзарб муммолари. Илмий-амалий конференция материаллари, Тошкент, 2015, С. 23
6. Каримов Д.М., Гулямов С.С. Распространенность зубочелюстных аномалии у детей в зависимости от возраста //“Педиатрия сохасида ёш олимларнинг ютуқлари” Республика илмий-амалий анжумани. Тошкент №18, 2017 , 41-42.
7. Karimov D., Gulyamov S. Diagnostic value of cephalometric evolutions for successful treatment in early stages of class II division I malocclusion //International Conference «Scientific researches for development future»: medicine and natural science. - San Francisco, California, USA Conference Proceedings, 2018, May 16.
8. Каримов Д.М. “Динамика цефалометрических показателей в процессе лечения дистального прикуса с гиперкоррекцией”, международная научная конференция теоретических и прикладных разработок, Евроазиатский регион. – Москва, 2019. ,72-75с.
9. Karimov D.M. Clinical and radiological features sagittal malocclusion at children in the mix dentition // International Conference «Science, research, development». - Monica (California), 2019. - №16/7. - P.154-156
10. Каримов Д.М. Алгоритм диагностики сагиттальных аномалий окклюзии у детей: методические рекомендации. – Ташкент, 2019. – 20 с.
11. Каримов Д.М. Оптимизация лечебно-профилактических мероприятий у детей с сагиттальными аномалиям окклюзии: методические рекомендации. – Ташкент, 2019. – 20 с.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: 12.06.2019
Бичими: 60x84 1/8 «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табоғи 2,75. Адади: 100. Буюртма: № 34

100060, Тошкент, Я. Ғуломов кўчаси, 74.

«TOP IMAGE MEDIA»
босмаҳонасида чоп этилди.