

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

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

ДУСМУХАМЕДОВ ДИЛШОД МАХМУДЖАНОВИЧ

**ХЕЙЛОПЛАСТИКАДАН КЕЙИНГИ ЮҚОРИ ЛАБНИНГ
ИККИЛАМЧИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ
ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ**

14.00.21 – Стоматология

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

ТОШКЕНТ – 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Дусмухамедов Дилшод Махмуджанович

Хейлопластикадан кейинги юқори лабнинг иккиламчи деформацияларни хирургик даволаш ва профилактикаси..... 3

Дусмухамедов Дилшод Махмуджанович

Хирургическое лечение и профилактика вторичных деформаций верхней губы после хейлопластики 27

Dusmukhamedov Dilshod Makhmudjanovich

Surgical treatment and prevention of secondary deformations of upper lip after cheiloplasty 45

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 48

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

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

ДУСМУХАМЕДОВ ДИЛШОД МАХМУДЖАНОВИЧ

**ХЕЙЛОПЛАСТИКАДАН КЕЙИНГИ ЮҚОРИ ЛАБНИНГ
ИККИЛАМЧИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ
ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ**

14.00.21 – Стоматология

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

ТОШКЕНТ – 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2018.1.PhD/Tib444 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент давлат стоматология институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич
тиббиёт фанлари доктори,

Расмий оппонентлар:

Jun-Young Pang (Южная Корея)
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Баймурадов Шухрат Абдужалилович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Шимолий Каролина университети (АҚШ)

Диссертация ҳимояси Тошкент давлат стоматология институти ҳузуридаги DSc.28.12.2017.Tib.59.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «__» _____ соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтди (Манзил: 100047, Тошкент ш., Яшнобод тумани, Махтумкули 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, Махтумкули кўчаси 103-уй. Тел.: (+99871) 230-20-65.

Диссертация автореферати 2018 йил «__» _____ тарқатилди.
(2018 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. И. Ирсаиёв

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда юз-жағ тизимини ривожланишининг тез-тез учровчи, структур ва функционал бузилишлар билан бирга кечечадиган патологик ҳолатдан бири болаларда юқори лаб, альвеоляр ўсиқ ва танглайнинг туғма кемтиклари (ЮЛТТК) ҳисобланади. ЖССТ маълумотларига кўра юз-жағ соҳасидаги аномалиялар АҚШда 65%, Европа давлатларида 59,4%, Россиянинг турли худудларида 86% гача ҳолатларда учраши аниқланган (Дьякова С.В., 2006, Топольницкий О.З., 2006). Болаларда юқори лаб ва танглайнинг туғма кемтик билан туғилиш сони дунёда ўртача 1:600 ни ташкил этади¹. Хейлопластиканинг замонавий, такомиллаштирилган усуллариининг яратилиши ва қўлланишига қарамай, ЮЛТТК бўлган беморларнинг 60%-90%да юқори лаб ва бурунда иккиламчи деформацияларининг шаклланиши кузатилади². Ушбу муаммони ҳал этишнинг мураккаблиги аввалам бор ривожланишдан орқада қолиши хисобига юқори лаб, бурун ва юқори жағ тўқималарининг танқислиги билан боғлиқдир. Бирламчи хейлопластика ўтказилгандан сўнг эришилган эрта ижобий натижаларга қарамасдан, жарроҳлик амалиётидан кейин лаб ва бурунда иккиламчи деформацияларнинг ривожланишини башорат қилиш ўта муҳим ва долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Жаҳонда юз-жағ соҳаси туғма аномалияларини профилактикаси ва уларни даволаш самарадорлигини оширишга қаратилаган қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Шу жумладан, юқори лаб ва танглайнинг туғма кемтики бўлган болаларни хирургик даволашдан сўнг шаклланадиган иккиламчи деформацияларнинг ривожланишига таъсир қилувчи омилларнинг патогенетик механизмларини ўрганиш ва башорат қилиш йўналишида илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Қасалликни ташхислашда антропометрик текширув натижаларига асосланган даво усуллари ишлаб чиқилмоқда. Юқори лаб ва танглай туғма кемтикларини патогенетик исботланган комплекс даволаш алгоритмлари такомиллаштирилмоқда. Юқори лаб кемтигини бартараф этишда иммунологик ва биокимёвий кўрсаткичлар асосида тўқималарнинг регенератив жараёнларини фаоллаштирувчи давонинг таъсир кучлари аниқланмоқда. Операциядан кейинги пайдо бўлувчи иккиламчи асоратларнинг олдини олишга қаратилган чора-тадбирларнинг самарадорлигини оширишга йўналтирилган механизмлар, ҳамда жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни камайтириш ва бартараф этишга қаратилган илмий –амалий ишлар муҳим аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида, хусусан, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш борасида изчил ислохатлар амалга оширилиб, қатор давлат дастурлари хаётга тадбиқ этилмоқда. 2017-2021 йилларда

¹ ЖССТ маълумотлари, 2014

² Козин И.А., 1996; Медведева М.А., 2007; Jr. Coleman, M.J. Gaukroger, K.Sundberg, 2009.

Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ³ «...оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматдан фойдаланишни кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада кенгрок амалга ошириш» аҳоли қатламлари орасида юқори туғма кемтиги ва иккиламчи деформацияларни эрта ташхислаш ҳамда сифатли тиббий хизмат кўрсатишда инновацион технологияларни қўллаш асосида замонавий даволаш усулларни ишлаб чиқиш ва бажариш муҳим ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сонли Фармони «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сонли қарори «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида», Вазирлар Маҳкамасининг 2016 йил 25 апрелдаги «Соғлом она ва бола» йили Давлат дастури ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланиши устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. ЮЛТТКда жарроҳлик техникасининг доимий такомиллашиб боришига қарамай ҳанузгача жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар сонининг сезиларли ортиши – иккиламчи ва қолдиқ асоратлар ҳамда деформацияларнинг мавжудлиги ва ривожланиши кузатилмоқда (Еркег В.Н., 2004). Ҳозирги кунда жаҳонда ЮЛТТКда иккиламчи ва қолдиқ деформациялар патогенези тўғрисида етарли маълумотлар тўпланган. Уларнинг келиб чиқиши кўпинча жарроҳлик услубини малакали бажарилмаганликга, жарроҳлик усулини танлашда беморнинг ёши эътиборга олинмаганликга ёки жарроҳлик амалиётидан олдинги ва кейинги даврларда беморларга зарур бўлган комплекс даволаш жараёнини тўлиқ қўлланилмаганликга боғлиқлиги аниқланади (Guignon В.В., 2008). Бирламчи хейлопластиканинг энг кўп учровчи асоратлари – яллиғланиш асоратлари ҳисобланиб, улар кўп ҳолларда юзнинг юмшоқ тўқималарида деформациялар пайдо бўлишига ва юқори жағни ривожланишига тўсқинлик қилувчи келоид ва гипертрофик чандиқларнинг шаклланишига олиб келади.

Ўзбекистонда ЮЛТТКни ташхислаш, даволаш ва реабилитациясини такомиллаштиришга бағишланган бир қатор илмий-тадқиқот ишлар амалага

³ «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947-сонли Фармони

оширилган. М.Э.Махкамов (2002) ЮЛТТК бор болаларда дифференциал даволаш-профилактика усулини ишлаб чиққан ва тадбиқ этган. Р.А.Амануллаев (2005) томонидан олиб борилган тадқиқотларда Ўзбекистоннинг айрим вилоятларида ЮЛТТК туғилиш сони ва клиник кўринишларининг тарқалганлиги, ҳамда уларнинг тиббий реабилитациясини такомиллаштириш усуллари ишлаб чиқилган. С.С.Муртазаевнинг (2008) илмий тадқиқотларида ЮЛТТК бор болаларда сўлак таркибида кальций миқдори камайиши ва бунинг натижасида кариес кўрсаткичининг кўтарилиши аниқланган. Ш.Т.Шакиров (2012) юқори жағ иккиламчи деформацияларини тизимлаштирган ва уларни даволашни алгоритмини ишлаб чиққан.

Бугунги кунда ЮЛТТК даволаш ва реабилитациясини такомиллаштиришга қаратилган кўп сонли илмий тадқиқотлар мавжудлигига қарамай, кўпгина муаммолар ўз ечимини ханузгачон топгани йук. Хусусан, юқори лаб пластикаси билан бир вақтда юқори лаб юганчасини узайтириш ва қаттиқ танглайнинг олд қисмини ёпиш, ЮЛТТКда иккиламчи ва қолдиқ деформацияларнинг патогенези, башорат қилиш ва профилактикаси ўзининг долзарблиги йўқотаётгани йўқ.

Ўзбекистонда бугунги кунда бу йўналиш бўйича илмий ишланмалар амалга оширилмаган. ЮЛТТК бор беморларини комплекс даволашда жаррохлик усуллариини такомиллаштириш, иккиламчи ва қолдиқ деформацияларнинг шаклланиш башорати ва профилактикасига қаратилган комплекс даволаш усуллариини ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбиқ этиш учун кенг қамровли чуқур тадқиқотлар амалга оширилиши лозим.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат стоматология институтининг №011400196 «Атроф-муҳит омиллари таъсирини ҳисобга олган ҳолда юз-жағ соҳаси ўсмалари, жароҳатлари, яллиғланиш касалликлари, деформациялари, нуқсонларини ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг замонавий ёндошувларининг ишлаб чиқиш»илмий-тадқиқот ишлари режасига (2014-2017 йй.) мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади ЮЛТТК бор болаларда антропометрик ва клиник-биохимик текширувлар асосида юқори лабнинг иккиламчи деформацияларни комплекс даволаш самарадорлигини ошириш иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ЮЛТТК бор болаларда юқори лаб иккиламчи деформацияларнинг (ЮЛИД) клиник ва антропометрик хусусиятларни ўрганиш;

ЮЛТТК ҳамда ЮЛИДда оғиз суюқлиги микрофлорасининг миқдорий, сифат таркибини ва маҳаллий ҳимоя омилларининг ҳолатини ўрганиш;

ЮЛТТК ҳамда ЮЛИДда қон зардобидеги қон-томир эндотелиал ўсиш омили (КТЭЎО)нинг ҳолатини ва тромбоцитар гомеостазнинг хусусиятларини ўрганиш;

жарроҳлик амалиётидан кейин патологик чандиқлар ривожланишини олдини олувчи ва эстетикасини яхшиловчи комплекс чора тадбирларни ишлаб чиқиш;

ЮЛТТКда бирламчи хейлопластика усулини такомиллаштириш;
анъанавий ва таклиф этилаётган комплекс даволаш усулини натижаларини клиник-лаборатор баҳолаш;

ЮЛТТКда ЮЛИДни ривожланишини башорат қилиш имконини берувчи математик модел ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбиқ этиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент давлат стоматология институтининг болалар юз-жағ жарроҳлиги бўлимида юқори лаб ва танлайннинг туғма кемтики ҳамда юқори лабнинг иккиламчи деформацияси билан хирургик усулда даволанган 250 нафар бемор болалар олинган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб юқори лаб ва танлайннинг туғма кемтики бор болалар ҳамда юқори лабнинг иккиламчи ва қолдиқ деформацияси мавжуд беморлар, уларнинг расмлари, оғиз бўшлиғи суюқлиги ва қон зардоби.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот вазифаларини амалга оширишда клиник, антропометрик, микробиологик, иммунологик, биокимёвий, математик ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:
такомиллаштирилган хейлопериостопластика (хейлоуранопластика) усули ишлаб чиқилди, ушбу усулнинг қўлланилиши бир вақтда юқори лаб юганчасини узайтиришга ҳамда оғиз-бурун йўлини бирламчи танглай доирасида бартараф этишга имкон берган, бу эса оғиз бўшлиғи даҳлизини нормаллаштирган ҳамда реабилитациянинг жарроҳлик босқичларини камайтирган;

ЮЛИДни шаклланиши бирламчи хейлопластикага индивидуал ёндошмаслик, ҳамда организмдаги латент патологик жараёнларнинг жарроҳлик амалиётидан кейин чандиқларнинг шаклланишига таъсири борлиги аниқланган;

жарроҳлик амалиётидан олдинги даврда ҚТЭЎО кўрсаткичини назорат қилиш патологик чандиқлар ривожланишини ўз вақтида профилактика қилиш имконини бериши исботланган;

қоннинг клиник-лаборатор ва биокимёвий кўрсаткичларига асосланиб патологик чандиқлар ривожланишини башорат қилувчи математик модел ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:
ЮЛИДнинг ривожланиши бирламчи хейлопластика усулининг нотўғри танланганлиги ёки уни техник жиҳатдан нотўғри бажарилганлигига боғлиқлиги аниқланган;

тавсия этилаётган хейлопериостопластика (хейлоуранопластика) усули бир вақтнинг ўзида юқори лаб юганчасининг узайтирган ва оғиз-бурун йўлини бирламчи танглай чегарасида бартараф этган;

ЮЛТТК бор болаларда латент патологик ҳолатлар мавжудлиги жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда патологик чандиқларнинг ривожланишига олиб келиши асосланган;

юқори лабдаги косметик нуқсон кўрсаткичи (ЮЛКНК) коррекцияловчи қайта жарроҳлик амалиётининг ҳажмига аниқлик киритган;

ЮЛТТК ҳамда ЮЛИД беморлари оғиз суяқлигида микробларнинг ҳаддан ортиқ ўсиб кетиш синдроми кузатилган, ЮЛИДли беморларда етакчи штаммлар *Candida* гуруҳига кирувчи замбуруғлар ва стафилакоклар бўлиши аниқланган;

тавсия этилаётган комплекс даволаш усули ЮЛТТК бор болаларда ҳамда ЮЛИД бўлган беморларда патологик чандиқлар ривожланишининг профилактикасини ўз вақтида амалга оширишга имкон берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги илмий изланишда қўлланилган замонавий, бир бирини тўлдирувчи клиник-лаборатор, биокимёвий, микробиологик, иммунологик, математик усуллар ҳамда етарли даражада беморларнинг сони мавжудлиги билан тасдиқланган, ЮЛТТКда ЮЛИДни олдини олишда комплекс даволашнинг ўзига хос такомиллаштирилган, олинган натижаларга ишончли статистик ишлов берилган, тадқиқот натижалари халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққосланган, хулоса ва олинган натижалар ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлангани билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ЮЛИДнинг ривожланиш патогенезини тизимли ва локал механизмларини ўзаро алоқаси, ўзаро боғлиқлиги ҳақидаги тасаввурларни сезиларли кенгайтиради. ЮЛТТК болаларини комплекс даволашнинг ўзига хос хусусиятларини кўрсатиб беради. Ишлаб чиқилган хейлоуранопластика усули даволаш самарадорлиги оширади, раблтациянинг жарроҳлик босқичларини қисқартиради, иккиламчи деформацияларни ривожланишини башорат қилиш моделидан амбулатор шароитда фойдаланиш мумкин, натижалар асосида эса даволашни индивидуал режасини тузиш имконини беради. Таклиф этилган комплекс даволаш усули жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни олдини олишга ва юқори лабда иккиламчи деформациянинг ривожланмаслигига сабаб бўлиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ЮЛТТК бор болалар ва ЮЛИД бўлган беморлар учун ишлаб чиқилган даволаш алгоритми республикада юз-жағ жарроҳлиги амалиётида истиқболли йўналиш ҳисобланади, у жарроҳлик раблтация босқичи ва сифтини яхшилаш имконини беради ҳамда жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларнинг ривожланиш ҳавфини қисқартириши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши: ЮЛТТКни комплекс даволаш самарадорлигини ошириш ва ЮЛИДни олдини олиш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Юқори лаб ва танглайнинг бир тамонлама кемтиги бўлган болаларда иккиламчи деформациялар ривожланишини дори воситалари билан олдини олиш» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 2 апрелдаги 8н-д/64-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланмада таклиф этилаётган даволаш схемасини қўлланилиши ЮЛИДнинг ривожланиш хавфини камайтиради;

«Юқори лаб ва танглайнинг бир тамонлама кемтигини хейлопериостопластика усули» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 2 апрелдаги 8н-д/64-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланмада тавсия этилаётган хейлопериостопластика (хейлоуранопластика) усули бир вақтнинг ўзида юқори лаб юганчасини узайтиради ва бирламчи танглай чегарасида оғиз-бурун йўлини бартараф этади.

ЮЛТТКда хирургик даволашнинг самарали ва такомиллаштирилган тизимини ишлаб чиқиш ва ЮЛИД ривожланишининг олдини олишга қаратилган натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Тошкент давлат стоматология институтининг болалар юз-жағ жаррохлик клиникаси, Бухоро ва Самарқанд вилоятларининг кўп тармоқли болалар шифохоналарининг клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 2 апрелдаги 8н-д/64-сон маълумотномаси). Олинган тадқиқот натижаларининг клиник амалиётга жорий қилиниши ЮЛТТКни даволашда 55%га, ЮЛИДни даволашда 25%га яхшиланишини таъминланган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 илмий амалий конференцияларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича 12 та илмий иш нашр этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг фалсафа доктори диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, шундан, 6 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асослаб берилган; тадқиқотларнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предмети тавсифланган, Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга

жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Хейлопластикадан кейинги иккиламчи деформацияларни хирургик даволаш ва олдини олишнинг замонавий асослари»** деб номланган биринчи бобида ЮЛТТК этиопатогенези ва клиникасига алоқадор бўлган замонавий хорижий ва маҳаллий адабиёт материалларининг таҳлили келтирилган. Касалликнинг этиопатогенези, ташхислаш, клиникаси ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари, дифференциал ташхиси, профилактика усулларининг афзалликлари ва камчиликлари таҳлил қилинган, шунингдек, мазкур муаммонинг ўз ечимини топган ҳамда ечими топилиши лозим бўлган аспектлар белгиланган.

Диссертациянинг **«Клиник материал ва қўлланилган текширув усулларини умумий тавсифи»** деб номланган иккинчи бобида тадқиқотда қўлланилган ташхис усуллари ва клиник материаллар баён этилган. Қўйилган вазифаларни ҳал этиш учун умумий 250 нафар бемор таҳлилдан ўтказилди: улардан ЮЛИД билан оғриган 6 ёшдан 23 ёшгача бўлган 210 нафар бемор, 6 ойда 13 ойгача бўлган 40 нафар ЮЛТТК болалари ташкил этди. Барча болалар ТГСИ болалар юз-жағ жароҳлиги бўлими қошидаги “Болалар юз-жағ соҳасидаги туғма ва ортирилган патологиялар Республика маркази” да диспансер ҳисобида туради. Илмий ишда юқори лаб ва танглай туғма ёриғини шакли ва оғирлик даражасини аниқлаш мақсадида Л.Е Фролова томонидан таклиф этилганг таснифдан фойдаланилди (1973). Бундан ташқари ушбу тасниф ёрдамида патология ва клиник белгиларни ҳам ўрганиш мумкин.

Қўйилган мақсаддан келиб чиққан ҳолда беморлар қуйидаги 4 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ (назорат)- ЮЛТТК болалари- анъанавий даволаш; 2-гуруҳ (асосий) – ЮЛТТК болалари- таклиф этилган схема бўйича комплекс даволаш; 3-гуруҳ- (назорат)- ЮЛИД беморлари, - анъанавий даволаш; 4-гуруҳ (асосий) ЮЛИД беморлари – таклиф этилган схема бўйича комплекс даволаш гуруҳи.

Лаб, бурун ва жағларни иккиламчи деформациясини намоён бўлишини баҳолаш С.Н.Бессонов (2007) таклиф этган таснифдан фойдаланиб ўтказилди. Антропометрик ўлчовлар Р.Д.Новоселов (1978), Т.В.Шаров, Л.П.Герасимов (1991); S. Mahn (1980) лар томонидан таклиф этилган усул бўйича ўтказилди. Бирламчи хейлопластикани самарали эканлигини аниқлашда юқори лабни ташкил этган алоҳида анатомик хосилаларни тикланиш натижаларибўйича амалга оширилди. Уларга: (А) бурун йўлининг туби, (Б)- тери қисми, (В) қизил хошия (Г), оғизнинг айлана мускуллари (Д), оғиз бўшлиғига киришва кўрсатма бўлганда юқори лабнинг косметик нуқсони (ЮЛКН) М.П.Водолацкий ва В.А.Зеленский (1993) томонидан таклиф этилган усул бўйича аниқланди. Бу ҳолатда косметик нуқсон битта анатомик хосила даражасида бўлса, деформация характеридан катъий назар у косметик зарарни бешдан бир қисмини ташкил этиб, (20%), унинг йиғинди

белгиси мос холда 100%ни ташкил этади. Юқори лаб пластикасининг натижасини баҳолаш чандикланиш жараёни тугагандан сўнг ўтказилади ва яхши (0-20%), қониқарли (20-40%), нисбатан қониқарли (40-60%) ва қониқарсиз (60% ва ундан юқори) деб тавсифланади.

Оғиз бўшлиғи микрофлора таркибини сифат ва миқдор жиҳатдан ўрганиш ва ЮЛИД беморлари ва ЮЛТТК бор болаларда динамикада маҳаллий ҳимоя омиллари кўрсаткичларини баҳолаш.

Оғиз суюқлиги микрофлорасини миқдор ва сифат жиҳатдан тадқиқ қилиш, ёриқ чети флораси ҳолатини ўрганиш, ажратиб олинган флорани дори воситаларига сезувчанлигини аниқлаш, тадқиқ қилинувчи гуруҳлар оғиз бўшлиғи маҳаллий ҳимоя омиллари ҳолатини ўрганиш ўтказилди (Алиев Ш.Р. 1994, А.Н.Антонов томонидан модификация қилинган), шунингдек иммуноферментатив таклиф қўлланилган.

Қўйилган вазифалардан келиб чиққан холда репарацияни муҳим омилларидан бири ҳисобланган-қон зардоби таркибидаги ҚТЭЎО миқдори тадқиқ қилиш ўтказилди. Бу қон томир тўри шаклланишини бузилиши, гомеостаз тизимининг қон томир тромбоцитар звеносини, кортизол кўрсаткичларини ва қонда липидлар фракциялари баҳоланди. (“HUMAN” фирмасининг MS 4001 иммунофермент анализаторларида ўтказилди).

Клиник-лаборатор ўлчовларни бурун ва лабларнинг иккиламчи деформацияларни ривожланишига боғлиқлигини аниқлаш мақсадида 171 нафар ЮЛИД беморларида белгиларнинг 169 та белгиларнинг корреляцион таҳлили ўтказилди. Стьюдент мезони бўйича клиник лаборатор кўрсаткичларни ишончли белгилари асосида жарроҳлик амалиётидан кейинги жароҳатни кечиш шаклини башорат қилишда ҳал қилувчи қоида олинди.

Олинган тадқиқот натижаларининг статистик таҳлиллари шахсий Pentium IV компьютерида статистик дастурлар билан Microsoft Excel - 2007 дастурида амалга оширилди.

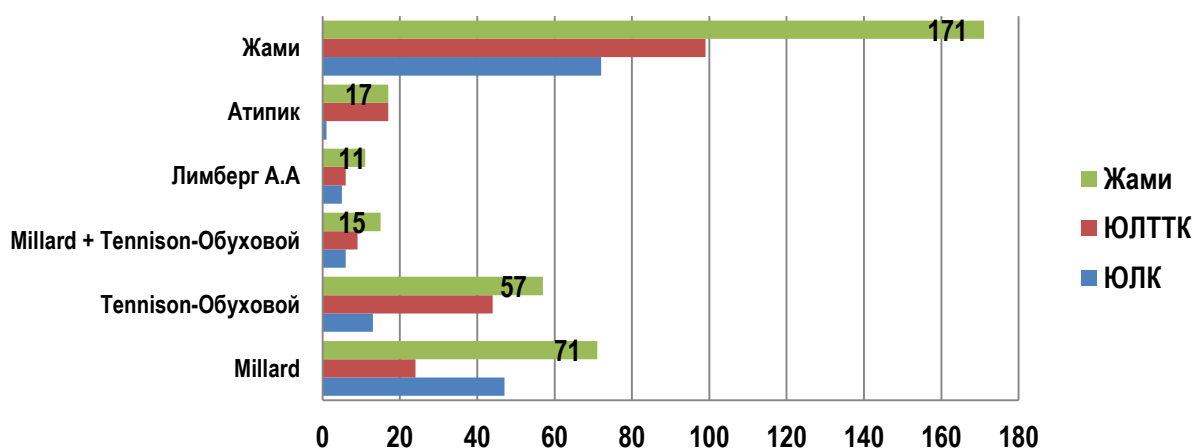
Ўзаро боғлиқ бўлган танловлар ўртасидаги боғлиқликни баҳолашда жуфт боғланган вариантли корреляция коэффициентихисобланди.

Диссертациянинг «**Юқори лаб ва танлайнинг туғма кемтигида юқори лаб, бурун ва жағларнинг иккиламчи деформацияларни клиник-антропометрик кўринишлари, хейлоуранопластика усули**» деб номланган учинчи бобида ретроспектив таҳлил натижалари ва хейлоуранопластиканинг таклиф этилган усулларини ўтказишни техник босқичлари ва уларнинг афзалликлари батафсил келтириб ўтилган. Натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, жарроҳлик йўли билан даволашнинг биринчи босқичи – хейлопластик турли хейлопластика турли хорижий ва маҳаллий клиникаларида ўтказилди ва бунда хейлопластиканинг қуйидаги асосий усулларидан фойдаланди: Millard бўйича биринчи гуруҳ-71 нафар бемор; Tennison-Обихов бўйича 2-гуруҳ-57 нафар бемор; Millard+Tennison-Обихов (ёки Р. Д. Навесолов) бўйича 3 синф 15нафар бемор; А.А.Лимберг 4

синф бўйича 11 нафар бемор; хейлопластиканинг атипик усуллари 5 гуруҳ-17 беморни ташкил қилган (1-расм).

Шуни таъкидлаш жоизки 14 нафар беморга бир вақтнинг ўзида хейлопластика ўтказилди. Тадқиқот натижаларида шу нарса қайд этилдики, юқори лаб ва танглайнинг бир томонлама ёриғи бўйича илгари ўтказилган жарроҳлик амалиётидан қолган қолдиқ ва иккиламчи деформациялар клиник кўринишларининг мураккаб комплекси билан характерланади.

Бир қатор объектив ва субъектив сабаблар туфайли реабилитация босқичида ушбу деформацияларни доим ҳам йўқотишни имкони бўлмайди. Тадқиқот натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, юқори лаб деформацияси кўпинча бурун ва жағларнинг қолдиқ ва иккиламчи деформациялари билан бирга келиши кузатилади. Масалан, юқори жағ деформацияси 28,1%, пастки жағ деформацияси – 8,8%, альвеоляр ўсик нуқсони 63,7% ҳолатларда кузатилади. Юқорида келтирилган ҳолатлар асосан бирламчи хейлопластиканинг атипик усуллари қўлланилган гуруҳларда кузатилади.



1-расм. Беморларнинг кемтикнинг шакли ва бирламчи хейлопластика усулига қараб тақсимланиши

Деформациянинг характерли белгиси бўлиб, жағлараро суякнинг қайрилиши ва олдинга чиқиб қолиши, ёриқ томонида юқори жағ гипоплазияси, кичик фрагментни орқага сурилиши ҳисобланади. ЮЛТТК беморларини жарроҳлик амалиётидан кейинги юқори лаблар деформацияси фақат индивидуал характерга эга бўлади ва асосан тери соҳасида, қизил хошияда, юқори лабнинг шиллиқ қаватида, бурун йўли туби соҳасида нуқсоннинг мавжудлиги ва оғиз атрофи айлана мускулларининг узлуксизлигини бузилиши аниқланди.

Юқори лабнинг иккиламчи ва қолдиқ деформациялар частотаси ва характерини ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, филтрумни бузилиши 62% беморда, оқ чизикнинг бузилиши 59,1% беморда кузатилади, бунда ушбу белгини учраш ҳолатида баъзида қизил хошия терининг ичига кириши, баъзида эса терини қизил хошия ичига кириш ҳолатлари билан

кўринади, айлана мускулларнинг бирикиш ҳолатини бузилиши, 58,5% беморларда, Купидон ёйини бузилиши эса 47,4% беморларда кузатилади. Кейинги ўринда турувчи техник нуқсонлар-майда вестибуляр бўшлиқ (45,6%) ва “хуштак” симптоми (26,9%) асосан жарроҳлик амалиётини нотўғри режалаштирилганлиги ва юқори лаб фрагментини ўрта бўлимида тикланмаслигини имкони йўқлиги сабабли юзага келади.

Бурун-оғиз йўли мавжудлиги асосан юқори лаб ва танглайда кесиб ўтувчи кемтиклар (ЮЛТТК) пайдо бўлиши билан кузатилиб, 63% беморларда аниқланди.

Шуни қайд этиш зарурки, энг оғир ва энг кўп учровчи асоратлар хейлопластикани ностандарт усул билан ўтказилган беморларда кузатилади.

Масалан, 100% беморда филтрум ва бурун учи ассиметриясини бузилиши қайд қилинди, бунда деформациянинг энг оғир шакллари айнан шу гуруҳда учради.

Яна бир яққол намоён бўлувчи белгилардан бирои, “ хуштак” белгиси ҳам жуда кўп ҳолларда хейлопластиканинг атипик усулларида сўнг юзага келиши кузатилади. оқ чизиқнинг бузилиши 88,2% ҳолларда Купидон ёйидаги бузилишлар эса 82,4% беморларда аниқланади. Бизлар ўтказилган тадқиқотда фақат икки марта юқори лаб узунлигини камайишини кузатдик, бунда камайиш микрохейлиягача кузатилди, бу ҳолат бирламчи хейлопластикада тўқималарнинг ҳаддан ташқари кесилиши натижасида юзага келди. Бизнинг фикримизча ушбу асоратлар жуда кўп ҳолларда хейлопластикани нотўғри режалаштирилиши ва ўтказилиши натижасида юза екелади ҳамда юқори лаб тасмасини узайтириш манипуляциялари натижасида юзага келади.

Ўтказилган тадқиқотлар шунга имкон бердики, жарроҳлик амалиётидан кейинги деформацияларни ривожланишида юқори лабнинг анатомик бузилишлар яқуний даражаси мазкур деформацияларни юзага келишида асосий сабаб бўлади. Бу маълумотлар шу билан тасдиқландики, жарроҳлик амалиётидан кейинги деформацияларни юқори даражада ва ишончли сонларда бўлиши танглай ва елвизак ёриғининг кўрсаткичларини ($95,04 \pm 1,97\%$) юқори лаб изоляциялашган ёриғи мавжуд бўлган гуруҳдан олинган натижалар ($85,19 \pm 4,8\%$) билан таққосланганда маълум бўлди. $P \leq 0,05$.

Миллард усулини қўллаган ҳолда ЮЛТТК ни йўқотгандан сўнг қизил хошия соҳасидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги деформация ($78,76 \pm 3,8\%$) ва тери қисми ($74,34 \pm 4,10\%$) кўпроқ аниқланди ($P \leq 0,05$), яъни ЮЛКНК 40%- нисбатан қониқарли нотижанги кўрсатди. Бироқ, Обухова-Теннисон усули билан солиштирилганда, хейлопластиканинг бу вариантыда бурун йўли тубини тиклаш ва оғиз айлана мускулларини узлуксизлигини тўғрилаш катта муваффақият бўилан бажаришга эришилади. Миллард бўйича юқори лаб пластикаси тўғриланган, бурун йўли соҳасидаги деформация $30,09 \pm 4,13\%$ ҳолларда қайд қилинади, у кузатувларни $P \leq 0,05$ га

тенг бўлади ҳамда оғизнинг айлана мускуллари $16,81 \pm 3,51\%$ беморларида кўпроқ - $P \leq 0,05$ га тенг бўлади, ЮЛКНК $63,3\%$ -қониқарсиз наптижаларни кўрсатди.

Обухов-Теннисон хейлопластикасидан сўнг ЮЛИД беморлари характери ўзига хос хусусиятларга эга бўлади ва уни ривожланиши кўп холларда жарроҳлик кесмаларини бажариш босқичида йўл қўйилган техник камчиликлар билан белгиланади. Юқори лаб соҳасидаги косметик нуқсон Обухов-Теннисон усули бмилан тикланганда, кўп холларда қизил хошия ва лабнинг тери қисмида жойлашади ($61,29 \pm 6,18\%$), яъни ЮЛКНК 40% -нисбатан қониқарли натижага эга бўлди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги иккиламчи деформация бурун йўли туби соҳасида аниқланиб, $45,16 \pm 6,32\%$ болаларда учради, оғиз айлана мускуллари – $32,26 \pm 5,93\%$, ЮЛКНК $82,4\%$ -қониқарсиз натижани кўрсатди.

Айниқса энг ёмон натижалар Лимберг, Обухов-Теннисон-Миллард ва атипик усулларни қўллаганда кузатилиб, -унда ЮЛКНК $72,7\%$, $86,6\%$ ва $94,1\%$ ни т ашқил этди. Ушбу усул бўйича бирламчи хейлопластиканинг узок наътижалари таҳлили шуни кўрсатдики, бирламчи хейлопластика натижаларини пасайиши асосан жарроҳлик амалиётидан кейинги деформацияларни тери қисмида ривожланиши, қизил хошия, юқори лабнинг шиллик қавати, бурун йўли туби соҳасидаги нуқсонларнинг мавжудлиги ва оғиз айлана мускуллари узлуксизлигини бузилиши ҳисобига юз беради- $97,00 \pm 4,05\%$, ўртача олганда ЮЛКНК $79,8\%$ -қониқарсиз натижни кўрсатди. Анатомик бузилишларни самарали йўқотиш, бундан келиб чиққан хролда жарроҳлик йўли билан даволашнинг нисбатан ижобий якуни, фақат 5 нафар беморда кузатилди ($2,92 \pm 1,05\%$) – ЮЛКНК 0% натижа яхши.

Юқори лабнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги деформацияси энг кўрп қизил хошия соҳасида ($69,34 \pm 3,91\%$) ва тери қисмида ($57,58 \pm 3,47\%$) кузатилди. Бурун йўли туби соҳасидаги иккиламчи деформациялар ($45,43 \pm 3,28\%$), юқори лаб шиллик қаватидаги ўзгаришлар ($33,52 \pm 4,18\%$) ва оғиз айлана мускулларидаги ($31,28 \pm 3,05$) косметик бузулишлар жуда кам холлардагина шакилланди ва ўз кўриниши бўйича кам турланиши маълум бўлди.

Агар деформация юқори лабнинг фақат битта тўқима хосиласи даражасида аниқланса- ЮЛКНК – 20% , хейлопластика натижаси қониқарли ҳисобланади ($23,00 \pm 3,28\%$), иккиламчи деформацияни иккита тўқима хосиласи соҳасида аниқланиши кузатилса, натижа нисбатан қониқарли ҳисобланади, ЮЛКНК 40% ($39,00 \pm 3,39\%$) натижани кўрсатди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги деформацияни юқолри лабнинг 3 ва ундан ортиқ тўқима хосиласи даражасида бўлса ($46,00 \pm 3,81\%$), бирламчи хейлопластика натижаси қониқарсиз деб белгиланди – ЮЛКНК 60% ва ундан юқори.

Миллард ва Теннисон усули бўйича бажарилган хейлопластикадан сўнг беморлар юқори лабдаги иккиламчи деформацияларнинг характери сезиларли фарқ қилди ва уни ривожланиши кўп холларда жарроҳлик

кесмаларини бажариш босқичида йўл қўйилган техник хатолликлар натижасида юзага келди.

Теннисон усули бўйича тикланган юқори лаб соҳасидаги косметик нуқсон кўп ҳолларда лабнинг тери қисмида ($71,29 \pm 5,67\%$) ва қизил хошияда ($59,29 \pm 5,45\%$) жойлашади. Бурун йўли туби соҳасидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги иккиламчи деформация $65,16 \pm 5,42\%$ бемор болаларда қайд қилинди, оғиз айлана мускулларида эса $42,16 \pm 5,33\%$ ҳолларда кузатилди. Миллард пластикасини қўллаган ҳолда юқори лабнинг бир томонлама туғма ёриғини йўқотилгандан сўнг қизил хошия соҳасидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги деформация ($68,51 \pm 2,74\%$) ва тери қисмида ($74,04 \pm 3,10\%$) натижаларни кўрсатиб, жуда кўп миқдорда, тез-тез аниқланди. ($P \leq 0,05$). Бироқ, Теннисон усули билан солиштирилганда, хейлопластиканинг худди шу вариантыда бурун йўли тубини ва оғиз айлана мускулларининг узлуксизлигини муваффақиятли тиклашни амалга ошириш мумкин. Миллард бўйича юқори лаб пластикасида бурун йўли соҳасидаги деформация $35,49 \pm 4,18\%$ кузатилган ҳолларда қайд қилинди ($P < 0,05$) ва беморларнинг оғиз айлана мускуллари $26,81 \pm 3,61\%$ га тенг бўлди ($P < 0,05$).

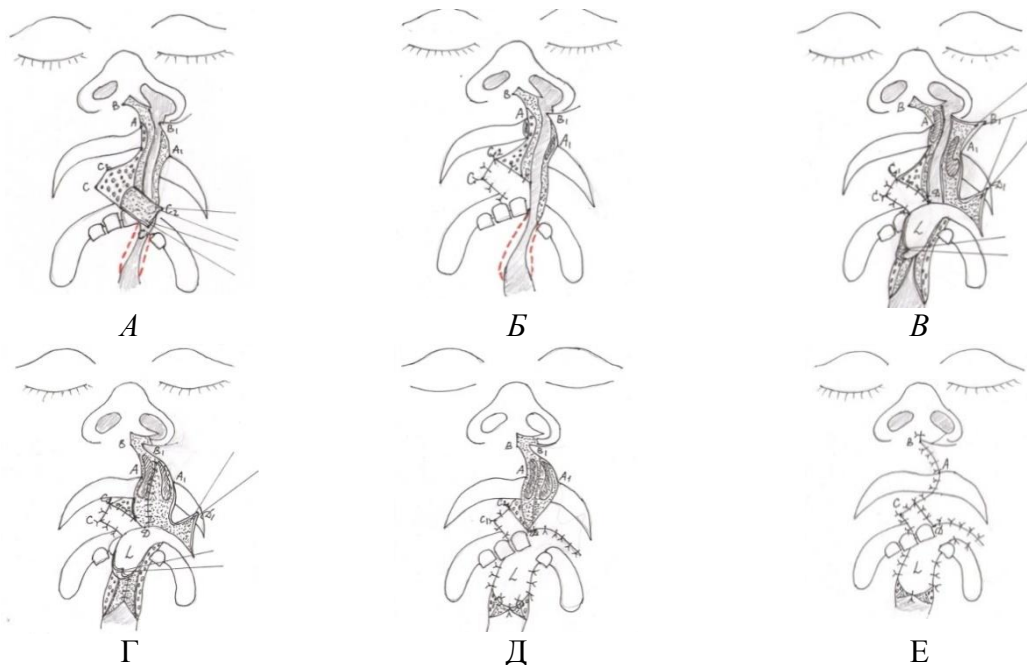
Теннисон ва Миллард усули билан бажарилган жарроҳлик амалиёти бир хилда муваффақиятли амалга оширилди ва бунда оғиз бўшлиғига кириш йўлини шакллантиришга эришилди. Натижада юқори лаб шиллик қаватида жарроҳлик амалиётидан кейинги деформациялар кам аниқланиб, $26,35 \pm 5,21\%$ ва $35,66 \pm 4,19\%$ ни ташкил этди ($P > 0,05$).

Юз-жағ соҳасидаги иккиламчи деформацияларни ривожланиш сабаблари таҳлил қилинганда шу нарса маълум бўлдики, улар асосан хейлопластиканинг бирламчи босқичини етарли дарожада мулакали бажарилмаганлиги натижасида юзага келади. Бирламчи хейлопластикада энг кўп учровчи асоратларга яллиғланиш асоратлари кириб, уни таъсирида келоид ва гипертрофик чандиқлар шаклланади, у эса эстетик жиҳатдан қониқмаслик хиссини юзага келтиради.

Шундай қилиб, ЮЛКНК ни қўллаш нафақат коррегирловчи жарроҳлик амалиёти кўрсатмаларини белгилашга ёрдам беради, балки шу билан бирга бирламчи хейлопластиканинг қониқарсиз яқунли, нисбатане қониқарли яқунли ва қониқарли яқунли беморларни даволашга индивидуал ёндошишни ҳам белгилайди.

ЮЛИД баъзи шакллари ривожланишини олдини олиш ва ЮЛТТК бемор болаларида жарроҳлик реабилитация босқичларини қисқартириш мақсадида хейлоуранопластика усуллари таклиф этилди. Жарроҳлик амалиётини режалаштириш юқори лаборатория А, А1 фрагмент нуқталарини Millard бўйича – В, В1 Тери кесма линия нуқталарини бирлашган нуқталарини топишдан бошланади. Сўнгра мазкур нуқтадан юқори лаб фрагментларини қўзланган линияси бўйича кесма ўтказилади. Кесма юқори лаб тасмасининг асосигача давом эттирилади (С) ва кесмани 45 градус

бурчак остида 0,5 см гача кесиб ўтади (C,C1). Бунинг натижасида вестибуляр бўшлиқ узайиб, учбурчак шаклдаги дефект ҳосил бўлади. Сўнгра катта фрагментнинг шиллиқ қаватидан керакли учбурчакдаги тўрт бурчакли қийқим кесиб олинади (C2), ҳосил бўлган нуқсон соҳасига кўчирилиб (C, C1) тикилади (2-расм).



2-расм. Таклиф этилаётган усул бўйича жаррохлик амалиёти режаси

Юқори лабнинг материал фрагментида ҳам ажратиш нуқтаси топилади. Бунинг учун медиал фрагмент бўйича оғиз бурчагининг тенг масофаси белгиланади ва шу узунликка юқори лабнинг материал фрагменти кўчирилади (A1). Худди шу нуқтадан белгиланган линиялар бўйлаб, бурун катагининг шиллиқ қватлари йўналиши бўйича кесма ўтказилади. Кейин эса ажратилган нуқта бўйлаб (A1) Купидон ёйига нисбатан 90 градус бурчак остида пастга кесма ўтказилади.

Бу кўзланган чизик дефект томонигава пастга паралел туширилиб, у ўтиш йўлига 0,2-0,3см етмасдан тўхтатилади. Натижада шиллиқ-шиллик ости қийқимлари L олинади. Мазкур қийқимни медиал фрагмент билан аралаштирилди ва А.А. Лимберг бўйича “качерг” кесмаси ўтказилади. Ўтказилган кесмалардан оғиз айлана мускуллари ажратиб олинади. Бунда кесма қийқимни (L) узунлигига боғлиқ холда бир неча бор узайтирилиши ёки қисқартирилиши мумкин. Шундан сўнг бурун шиллиғида жамлаш, қуюқлаштириш ўтказилади ва қайтарма чок билан тикилади. Сўнгра L қийқимини катта фрагментининг ўтказувчи бурмаси туширилади сўнгра “косов” шиллиқ кесмаси ёрдамида сафарбар этилган шиллиқ қават медиал йўналиш бўйича жойлаштирилади.

Болалар юз-жағ жаррохлиги клиникасида таклиф этилган бирламчи хейлоуранопластика усули ЮЛТТК билан оғриган болаларда қўлланилди.

ЮЛТТКда ушбу усулни қўллаш бир вақтнинг ўзида юқори лаб кемтикни бартараф этиш, бурун-оғиз йўлини бартараф этиш, юқори лаб юганчасини узайтириш ҳисобига вестибюляр соҳани меъёрлаштириш ва қаттиқ танглай олд қисми соҳасидаги кемтикни ёпишга ёрдам беради, булар эса реабилитация муддатни ва жарроҳлик амалиёт аралашуви босқичларини қисқартиришга имкон беради.

Диссертациянинг «ЮЛИД ва ЮЛТТК болаларини комплекс даволаш нуктаи назарини асослаш» деб номланган тўртинчи бобида тадқиқотда қўлланиладиган микробиологик, иммунологик ва биохимиявий усулларга оид маълумотлар, жарроҳлик амалиётидан олдинги медикаментоз тайёргарлик зарурияти ўрганилган ва тадқиқотда иштирок этган гуруҳлар натижалари қиёсий таҳлил қилинганлигига оид барча маълумотлар келтирилган. ЮЛТТК бемор болалари оғиз бўшлиғи микрофлораси сифат ва миқдор жиҳатдан тадқиқотдан ўтказилди. Уларда жарроҳлик амалиётигача оғиз бўшлиғи микроэкологиясидаги анаэроблар флорасининг ишонарли пасайиши қайд этилди, бу айниқса лактобактерияларга нисбатан намоён бўлиб, уларнинг миқдори $lg2,15 \pm 0,2$ КОЕ/мл ни ташкил этди, бу эса назорат гуруҳ маълумотларидан деярли икки марта паст демакдир. Шу билан бир вақтда грамм мусбат кокк флораси орасида *Str. Salivarius* ва *Str. Mutans* лар миқдорларини яққол намоён бўлган камайиши кузатилади. Бироқ, кокклар флорасида бошқа ҳолат ҳавфли ҳисобланади, бу тилла ранг стафилакокк штамmlари ўсишини пайдо бўлишидир. Чунки айнан улар патогенлик хусусиятига эга бўлган кўп миқдордаги ферментларига эга бўлади ва демак айнан улар оғиз бўшлиғи ҳолати мониторингини белгилаб беради. Грамм манфий флора орасида Протей ва Эшерихияларнинг лактозанегатив штамmlари кўп миқдорда учрайди. Булардан ташқари *Candida* тури замбуруғ штамmlари юқори натижаларни кўрсатди, уларнинг миқдори меъёрдан деярли икки марта юқори натижаларни кўрсатиб, $lg 4,11 \pm 0,3$ КОЕ/мл ни ташкил этди.

Шунингдек бизлар томонимиздан айнан битта бемордан ёриқлар атрофидаги флора ҳолати ўрганилди. Бунда грамм мусбат флора орасида энг кўп миқдорни патоген стафилакокк штамmlари эгаллаб, улар $lg 7,55 \pm 0,7$ КОЕ/см² ни ташкил этди. Микробларни учраш частотасининг таҳлили шуни кўрсатдики, энг кўп миқдорни *Str. Pyogens* (90%) энг кам учраш частотаси миқдорини *Enterobacter* (20%) штамmlари ташкил этди. Шунингдек, оғиз бўшлиғи маҳаллий ҳимоя омиллари ҳолатини ўрганиш ҳам ўтказилди. Бунинг учун асосан лизоцим титри, фагоцитоз кўрсаткичи ва А синфига кирувчи секретор иммуноглобулин даражаси ўрганилди. (sIgA). Бундан ушбу беморлардаги лизоцим титри $10,1 \pm 0,2$ мг/%ни, фагоцитоз кўрсаткичи $31,2 \pm 2,0$ мг/%, секретор иммуноглобулин даражаси $0,9 \pm 0,01$ г/л ни ташкил этади. Ушбу кўрсаткичларга асосланиб, шуни қайд этиш мумкинки, ўрганилган барча параметрлар ичида энг катта етишмовчиликни фагоцитоз кўрсаткичи ташкил этади. Булардан шуни хулоса қилиш мумкинки, ВРГН организмга иммунодепрессив таъсир кўрсатади, бу ҳолат оғиз бўшлиғи маҳаллий ҳимоя омилларида акс этади. Бундан шу нарса яққол кўринадики,

умуман олганда барча маҳаллий ҳимоя омилларининг кўрсаткичларини пасайиши хоҳ у ҳужайра, хоҳ у гуморалдаражада бўлсин, оғиз бўшлиғида микробларни ҳаддан ташқари кўп миқдорда ўсиш синдромига олиб келади.

Шундай қилиб, ЮЛТТК бемор болаларида ўтказилган микробиологик тадқиқотлар шундан гувоҳлик берадики, бу болаларнинг оғиз бўшлиғида микробларни ҳаддан ташқари юқори миқдорда ўсиш синдроми кузатилади. Оғиз бўшлиғи флорасини ажратиб олинган флора гуруҳини антибиотикларга сезувчанлигини аниқлашни ўрганганда, Цефазолин, Цефтраксон ва Ампициллин антибиотикларининг самарали эканлиги аниқланди.

Жарроҳлик амалиётидан олдинги даврда қон зардоби таркибидаги ҚТЭЎ миқдорини ўрганиш, қон томирлар тўри шаклланишини бузилишини баҳолашга имкон бериб, у репарациянинг муҳим омили ҳисобланади. Усиз яраларни физиологик битиб кетиши умуман мумкин эмас. Биз томонимиздан олиб борилган тадқиқоларни, чандиқларни шу жумладан гипертрофик характердаги чандиқларни олдини олиш ва уларни бартараф этиш самарасини аниқлашда янги бир босқич сифатида кўриш мумкин. Тақдим этилган тадқиқот натижаларидан кўриниб турибдики, бемор клиникага келиб тушганда ўрганилган кўрсаткич соғлом болалар кўрсаткичларига солиштирилганда наижаларнинг ошганлиги, яъни 67%ни ташкил этганлигини кўриш мумкин. Ю.А.Феляева бошқалар (2015) олиб борган тадқиқотларига кўра шу нарса исботландики, агарда ҚТЭЎ кўрсаткичи 1,51нг/млга ошса, жарроҳлик амалиётидан кейинги гипертрофик чандиқларни шаклланишини башорт қилиш мумкин.

Жарроҳлик амалиётидан олдин ўтказилган текширув натижаларига кўра ҚТЭЎ кўрсаткичи ЮЛТТК болалари ва ЮЛИД беморларида $154,6 \pm 31,4$ ва $1,58 \pm 0,03$ га тенг бўлади, бу эса уларда патологик чандиқни ривожланиши ҳавфи борлигини кўрсатади. Гомеостаз компонентлари кўрсаткичларини статистик ишончли ўзгариши олинди-рекальцификация фаоллаштирилган вақтини (РФВ) узайиши кузатилди ва тромбопласт вақтини қисман фаоллашуви (ТВҚФ), бу гомеостаз тизим ички йўллар плазма омиллари истеъмоли коагулопатиясини кўрсатади.

Шунингдек, қонда димер даражасини ўртача 30% ва 40%га ошганлиги қайд қилинади. Д-димер даражасининг юқори бўлиши, тромб хосил бўлиш жараёни фаол кетаётганлигидан гувоҳлик беради, натижада қон кетиш ҳавфи пасаяди. Шу нарса қайд этилдики, болаларда фибриноген миқдорини отиши ва фаол қисман тромбопластин вақтининг пасайиши, тромбоцитлар миқдорини камайиши холатлари кузатилди. Бу холат, балки 11 (44%) нафар бемор болада кузатилган темир танқислик анемияси билан боғлиқдир.

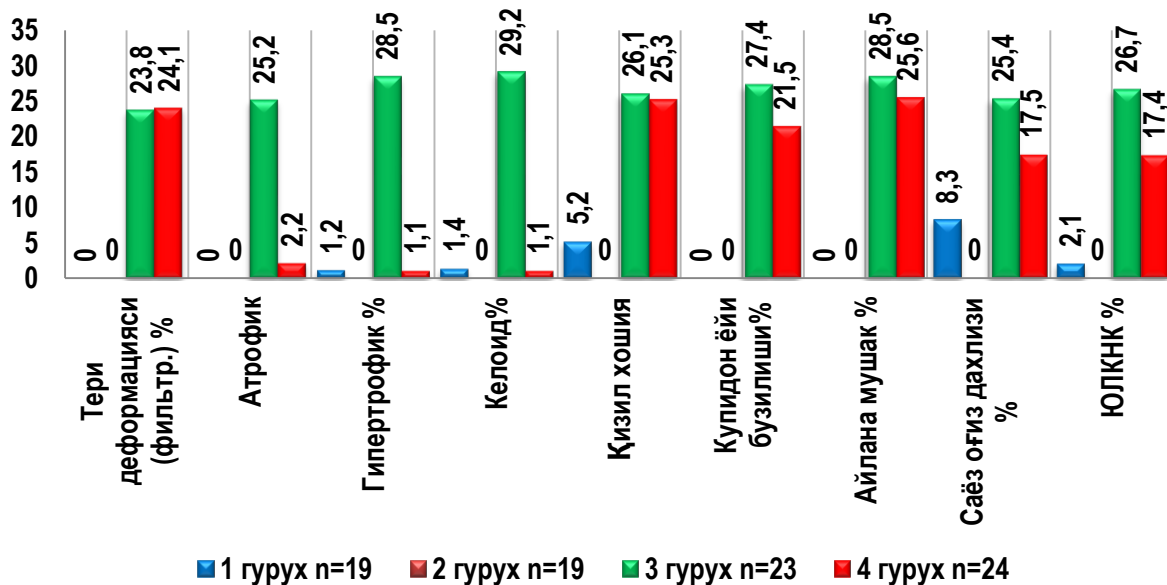
Тадқиқот натижаларига кўра бирламчи гомеостаз кўрсаткичларини пасайиши қайд этилди. бунда қоннинг ивиш вақтини бошланиши ўрганилди. қонни ивиш гомеостаз қон томир тромбоцитар звено тизими билан чамбарчас боғлиқдир. Худди шунга ўхшаш холат нисбатан қон ивишининг тугаш вақтида ҳам кўринади. Бизнинг фикримизча бу холат гомеостаз тизим плазма звеносидаги бузилишлар билан боғлиқдир.

Шундай қилиб, ЮЛИД ривжланишини профилактика қилиш мақсадида жарроҳлик аралашуви ўтказишдан олдин дори воситалари билан тайёргарлик кўриш зарурлиги яққол намоён бўлади. Тадқиқот натижаларига асосланиб, қуйидагича жарроҳлик амалиётидан олдинги ва кейингитерапия схемаси таклиф этилди: - таклиф этилган усул билан хейлоуранопластика ўтказиш; антибактериал терапия – цефазолин, цефтраксон, ампициллин ёки сезувчанликни аниқлагандан сўнг бошқа антибиотиклар (мускул ичига 5-7 кун давомида жарроҳлик амалиёти ўтказилишидан 2 кун олдин бошланади), солкосерил (мускул ичига 5-6 кун, жарроҳлик амалиёти ўтказилишидан 2 кун олдин бошланади). Бу дори воситаси гипоксия шароитида бўлган хужайраларга кислород ва глюкоза ташилишини яхшилайти, хужайра ичи АТФ синтезини оширади, оксидловчи фосфорил ва аэроб гликолиз лозасини оширади; тўқималардаги регенератив ва репаратив жараёнларни фаоллаш-тиради, қон томир деворлари коллаген синтезини ва фибробластлар пролифациясини стимуллайти, димедрол (мускул ичига буюрилади, дозаси; 1-5 ёшда -5 мг, 6-12 ёшда – 15мг, 13 ва ундан юқори бўлса – 30мгни ташкил этади). Дори воситасини жарроҳлик амалиётига бир кун қолганда буюрилади. У Н₁-гистамин рецепторларини блоклайди, аллергияга қарши фаолликка эга, маҳаллий оғриқ қолдирувчи, спазмолитик ва оз миқдорда ганглоблокаторлик таъсирга эга, седатив ва уйку чақиритиш хусусиятига эга, оз миқдорда қусишга қарши таъсирга эга, шунингдек марказий холинолитик фаоллик таъсир кўрсатади). Магнитли терапия маҳаллий, жарроҳлик амалиётидан кейин 3-5 кун давомида буюрилади. Ушбу муолажа-алмашинув реакцияларини яхшилайти, қондаги гемоглобинни кислородни тўқималарга етказиб беришини тезлаштиради, натижада тўқима ва органлар кислород билан тўйинади, организмнинг детоксикациясига ёрдам беради ва модда алмашинув натижаида хосил бўлган моддаларни чиқариб юборишга ёрдам беради, тўқималардан суюқликни чиқариб юборишни тезлаштиради, натижада шишлар камайиб, қон томир ва асаб толалар холати яхшиланади, оғриқ синдроми камайти.

Диссертациянинг «Тадқиқот гуруҳларини комплекс даволаш натижаларини солиштирма таҳлили» деб номланган бешинчи бобида натижаларининг таҳлили келтирилган бўлиб, унда клиник-антропометрик таҳлилнинг қиёсий натижалари узок даволаниш муддтларида ўтказилган клиник-лаборатор параметрларни лаб иқиламчи деформациясини ривожланишидаги боғлиқлик аниқланган ва ЮЛИД ривожланишии башорат қилишнинг математик модели ишлаб чиқилган ва унга оид маълумотлар келтирилган.

ЮЛТТК бемор болаларида ўтказилган юқори лаб бирламчи пластикасида, юқори лабнинг косметик нуқсон кўрсаткичи-ЮЛКНК иккинчи гуруҳ беморларида “0” га тенг бўлди, яъни натижа яхши, биринчи гуруҳ беморларида эса яққа холда патологик чандиқланишни ривожланиши ва юқори лаб тасмасини қисқаришига боғлиқ холда майда кириш тешиқчасининг мавжудлиги қайд қилинди. ЮЛИД беморларидаги конструктив коррегирловчи жарроҳлик амалиётининг узоклаштирилган натижалари шуни кўрсатдики, тўртинчи гуруҳда ЮЛКНК 17,4 га тенг натижа қониқарли, учинчи гуруҳда эса ЮЛКНК -26,7- натижа нисбатан қониқарли

натижани кўрсатди. Шунини қайд этиш зарурки, ЮЛКНК кўрсаткичини яхшиланиши патологик чандикларни ривожланиши билан боғлиқ бўлган асоратлари пасайиши билан боғлиқ бўлиб, 3 гуруҳга кирувчи беморларида атрофик, гипертрофик ва келоид чандикларни ривожланиш сони 25,2%, 28,5% ва 29,2% ни ташкил этди, 4 гуруҳ беморларида эса худди шу асоратлар 2,2%, 1,1% ва 2,2% бемор болаларда аниқланди холос (3-расм).



3-расм. Даволашнинг узок муддатларида иккиламчи деформацияларнинг клиник кўриниши (3-6 ой)

Шундай қилиб, ЮЛКНК тадқиқот натижалари асосида шундай хулоса қилиш мумкинки, таклиф этилган даволаш-профилактик чора тадбирлар комплексини ўтказиш ЮЛИД беморларида ўйказиладиган реконструктив коррегирловчи жарроҳлик амалиёти натижаларини ҳамда ЮЛТТКда ўтказиладиган хейлопластика натижаларига кескин ижобий таъсир кўрсатади.

Сўнгги йиллар адабиёт материалларининг таҳлили шунини кўрсатдики, ЮЛИДни ривожланишига асосий сабаб бўлиб, яллиғланиш асоратлари ҳисобланади. Улар кўпинча келоид ва гипертрофик чандикларни шаклланишига замин яратиб, юзнинг юмшоқ тўқималари еформациясини чақиради ва юқори жағнинг ривожланиши ҳамдаўсишини секинлаштиради. Шунини ҳисобга олган холда таклиф этилган комплекс даволаш схемаси самардорлигини назорат қилиш учун оғиз бўшлиғи микрофлорасини миқдор ва сифат жиҳатдан силжишларини динамикасининг таҳлили асос қилиб олинди, ҳамда даволашнинг узоклаштирилган муддатларида (3 ой) маҳаллий ҳимоя омилларининг ҳолати ўрганилди.

Тадқиқот натижаларига кўра жарроҳлик амалиётига 1 ва 3 гуруҳ беморларида оғиз бўшлиғи микробларини ҳаддан ташқари ортиш синдроми қайд қилинди, бунда айниқса факультатив гуруҳ микроблари катта миқдорни ташкил этди уларга: стафилакокк, стрептококк, эшерихия ва кандида туридаги замбуруғлар киради. Худди шу беморларда жарроҳлик амалиётидан 3 ой ўтгач

жарроҳлик амалиётидан олдин меъёрдан жуда юқори бўлган кўрсакичлар, амалиётдан сўнг микрофлора таркибида сезиларли ижобий ўзгаришлар кузатилди. Бироқ, бу ўзгаришлар меъёрий кўрсаткичлардан ҳам анча фарқ қилади. Шу билан бир вақтда анъанавий даволаш ўтказилган 2-4 тадқиқот гуруҳ беморларида жарроҳлик амалиётидан олдинги ва амалиётдан кейинги натижаларда микрофлоранинг миқдор жиҳатдан кўрсаткичлари 1-3 гуруҳ беморларикўрсаткичлари каби ўзгаришсиз қолади. Аниқланган кичик миқдордаги ўзгариш натижалари эа статистик жиҳатдан ишончли эмас. Шунини айтиб ўтиш лозимки, жарроҳлик амалиёти ўтказилган ва махсус даволаш курс терпиясини қабул қилгандан сўнг оғиз бўшлиғи флора кўрсаткичларида ишончли позитив силжишлар аниқланиб, улар меъёрий кўрсаткичларга фактик жиҳатдан жуда яқин бўлади.

Маҳаллий ҳимоя омилларини текшириш натижаларига кўра: лизоцим даражаси, фагоцитоз кўрсаткичи, А синф иммуноглобулинлар титри ва IgA секретор фракцияси қайд қилинди. Барча 4 тадқиқот гуруҳларида жарроҳлик амалиётидан олдин оғиз суюқлигида лизоцим титри, фагоцитоз кўрсаткичи ва иммуноглобулин даражаси ишончли камайди, яъни барча ўрганилаётган кўрсаткичлар бўйича иммунодефицит қайд қилинди. Жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг 3 ой ўтгач маҳаллий ҳимоя омил кўрсаткичлари сезиларли равишда позитив силжишга эга бўлиб, бу кўрсаткичлар фактик жиҳатдан соғлом кишилар кўрсаткичларига жуда яқин бўлди. Антибиотикларни таклиф этилган схема бўйича ўртача терапевтик дозада асосли қўллаш жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни камайтиришга ва жарроҳлик амалиёти натижаларини 20%га яхшилашга имкон беради.

Шундай қилиб, ЮЛТТК шунингдек, ЮЛИД беморларида ўтказилган микробиологик ва иммунологик тадқиқотлар шунини кўрсатдики, маҳаллий ҳимоя омиларидаги позитив силжишлар оғиз бўшлиғи флораси таркибида ҳам позитив силжишларга олиб келади. Бу яна бир марта бизга инсон организмнинг бирлигини, яъни гомеостазга риоя қилиниши ва бу ўзгаришлар ўзро аниқ корреляция бўлишини кўрсатади. Динамикада биохимиявий текшириш усуллари натижаларини қиёсий таҳлили: жарроҳлик амалиётидан олдин ва амалиётнинг 7 кунига келиб, ҚТЭЎ кўрсаткичи ЮЛТТК болаларида жарроҳлик амалиётидан олдинги ҳолатда ҳам юқори бўлишини кўрсатди: 1 гуруҳ-68%; 2-гуруҳ-67,5%; ЮЛИД гуруҳ беморларида эса 3 гуруҳ-68,4%, 4 гуруҳ-69,6% (4-расм). ҚТЭЎнинг бундай ҳолатда бўлиши патологик чандикни ривожланишини жуда юқори ҳавфи борлигини кўрсатади.



4-расм. ҚТЭЎнинг жаррохлик амалиётидан олдинги ва кейинги ҳолати

Таклиф этилган даволаш комплексини қўлагандан сўнг олиб борилган тадқиқот натижаи шу нарсани кўрсатдики, ҚТЭЎ кўрсаткичи критик даражадан 1,51 нг/млга пасаяди (Филяева Ю.А.ва бош., 2015). Айниқса иккинчи гуруҳда жуда яхши натижалар кузатилди – 11%. Олинган нтижалар жаррохлик амалиётидан олдин ўтказиладиган даволаш учун таклиф этилган усулни самарали эканлигини кўрсатади. Бу усулни қўллаш натижасида гипертрофик чандиқларни ривожланишини ўз вақтида профилактика қилиш имконияти юзага келади.

ҚТЭЎ дисфункциясини ривожланишида барча жарёнларни издан чиқишига олиб келишини таҳлил қилиш в ангиогенезни ривожланишини кўриш мумкин. Тадқиқот натижаларига кўра шуни айтиш мумкинки, қондаги фибриноген концентрацияси нисбатан турғун кўрсаткичларга назорат катталиклари даражасида бўлади. Даво ўтказилгунга қадар АВР кўрсаткичларини вақт бўйича барча гуруҳларда узайиши қайд қилинади, бунда айниқса 3 гуруҳда натижалар яққол намоён бўлади, яъни у якуний белгилардан 13%га ошганлигини кўрсатди, аммо 4 гуруҳда ўтказилган комплекс даволаш натижасида АВР кўрсаткичларини 4,5%га камайишига олиб келди.

Гомеостаз тизимидаги тромбоцитар звено кўрсаткичларини таҳлил динамикаси шуни кўрсатдики, тромбоцитар миқдорини пасайиш динамикасига эга. Айниқса бу 3 гуруҳ бемор болаларида яққол намоён бўлиб, уларда тромбоцитар миқдори назорат гуруҳига нисбатан 17%га камайгандир. Тромбоцитлар сонини камайишига қарамадан, жаррохлик амалиётигача бўлган даврда қон пластинкаларининг агрегацион фаоллиги 1 ва 3 гуруҳ бемор болаларида юқори натижаларга эга бўлади.

2 ва 4 гуруҳларда тромбоцитларни юқори даражада бўлиши бир томондан орган ва қон ҳосил бўлувчи органларни МНСни афферент фаоллаштирилиши билан боғлиқ бўлиб, у жигар ва талоқда қонни кўп миқдорда чиқишига олиб келади, плазма омилларини стимуллайди, иккинчи томондан эса тромбоцитларнинг ўзи ҳаракатчан, коллоид ва қоннинг турли

агрегат ҳолатларини бошқарувчи кўп функцияли хужайралардир., улар тананнг турли қисмларида гомеостатик потенциал катталигини жуда тез ўзгартириш қобилиятига эга. Бу ўзгаришлар микроциркуляция ва қон томир магистраллар даражасида ҳам кузатилади.

Анъанавий даволаш фонида ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра қондаги гормон даражаси жарроҳлик амалиёти ўтказилгунча бўлган даврдаги кўрсаткичларга солиштирилганда сезиларсиз ўзгаради. 2 ва 4 гуруҳларда эса бунинг акс динамикасини кўриш мумкин. 4 гуруҳ бемор болаларида жарроҳлик амалиётига тайёргарлик вақтида стресс гормони – кортизолнинг энг юқори кўрсаткичи қайд қилинди. Қонда стресс гормонининг ортиши билан бира 2 ва 4 гуруҳ беморларида қонда СЖК миқдорини ортиши ҳам кузатилади. Қонда СЖК миқдорининг ортиши ҳисобига организмда янги сифатий ҳолат-гормонал метаболик силжишлар юзага келади, улар эса ўз навбатида узоқ муддтли мослашувчанликни қўллаш ёки таъминлаш учун йўналтирилади, бу ерда организмнинг энергия билан таъминлаш типни шаклланади. СЖК глюкозани сўрилишининг бузилиши ва мушак тўқимасидаги утилизациясига ёрдам беради. СЖК жигарда ЛПВПни шаклланишида асосий манба ва ЛПНПни пасайишида асосий омил бўлиб хизмат қилади. Тақдим этилган тадқиқот натижаларидан кўриниб турибдики, 2 ва 4 гуруҳ бемор болаларида ЛПВП фракцияларининг фоиз миқдори ўртача 15%га ортади. Ўз навбатида ЛПВП организм хужайраларидан ортиқча холестеринни иқариб юборишга хизмат қилади.

Шундай қилиб, жарроҳлик аралашуви усулини такомиллаштириш ва ЮЛТТК ҳамда ЮЛИД болаларини жарроҳлик амалиётига тайёрлаш гормонал статус кўрсаткичларини ўрганиш фонида ва липид алмашинув болалар организмнинг мослашувчанлик имкониятини тўғрилаш имконини беради ва жарроҳлик амалиёт ярасини олдини олиб, ярани тезроқ битишига сабаб бўлади.

ЮЛИДни ривожланиши ва башоратлашда 169 та параметрларини клиник- биокимёвий кўрсаткичлари ўрганилган. Сифат белгисини миқдор таркибига ўтказиш учун код картаси тузилди, унда диагностик белгиларни баҳолаш рақамларда акс этирилди. бунда белгиларнинг бўлиши 1 рақами билан, бўлмаслиги эса 2 рақами билан белгиланди. Таҳлил натижаларига кўра ВДГНни ривожланиши ўртасида сезиларли фарқ бўлган ҳолатлар чиқариб ташланди ва унинг мавжуд эмаслиги 95%ни ташкил этди.

Клиник-лобаратор ва биокимёвий белгилар асосида асоратларни адекват математик моделини башоратлаш амалга оширилди, олинган маълумотлар статистик қайта ишланди, улар қуйидагилардан иборат бўлди: белгиларнинг ўртача арифметик кўрсаткичини ҳисоблаш, белгилар ўртасидаги корелляция алоқани таҳлил қилинди. Олинган натижалар патологик чандиқларни ривожланишини башорат қилиш моделини ишлаб чиқиш имконини берди.

Модель №1: $Y(\beta) = 0,9781 + 0,0018 * X_1 - 0,0099 * X_2 + 0,0147 * X_3 + 0,00068 * X_4$

Модель №2: $Y(\text{ГАТ}) = 9,007 + 0,0643 \cdot x_1 + 0,0397 \cdot x_2 - 0,00945 \cdot x_3 + 0,0457 \cdot x_4$

Модель №3: $Y(\text{Агр акт тромб}) = 16,54 - 0,9951 \cdot x_1 + 0,0254 \cdot x_2 - 0,0326 \cdot x_3 - 0,0913 \cdot x_4$

Модель №4: $Y(\text{Д-диаметр}) = 166,79 - 19,8289 \cdot x_1 + 0,8089 \cdot x_2 - 0,199 \cdot x_3 - 1,2293 \cdot x_4$

Модель №5: $Y(\text{СЭФР}) = 1,4767 - 0,0637 \cdot x_1 + 0,00033 \cdot x_2 + 0,00438 \cdot x_3 + 0,0075 \cdot x_4$

Модель №6: $Y(\text{кортизол}) = 297 + 0,8135 \cdot x_1 - 0,0612 \cdot x_2 + 0,0257 \cdot x_3 - 0,0339 \cdot x_4$

Шуни таъкидлаб ўтишимиз жоизки, кузатилган беморларнинг ҚТЭЎ биокимёвий кўрсаткичларининг таҳлиллари асосида патологик жараёнларда яратилган математик моделлардан фойдаланиб, метематик дастур ва алгоритми ишлаб чиқилди. Ишлаб чиқилган ҚТЭЎ тизим дастури асосида қоннинг клиник лаборатор маълумотларига асосланиб, ҚТЭЎ қуйидаги биокимёвий кўрсаткичларини башоратлаш мумкин - кортизол, ТГФ-2, фаол тромблар агрегати, Д-димер.

ХУЛОСА

«Хейлопластикадан сўнгги иккиламчи деформацияларни жарроҳлик йўли билан даволаниши ва профилактикаси» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилади:

1. ЮЛТТК бор беморларда хейлопластикадан кейинги эрта ва узоқ муддатлардаги жарроҳлик натижалари илк бор қиёсий таҳлил қилинди, шунингдек юқори лабда иккиламчи деформацияларнинг юзага келиш сабаблари ўрганилди.

2. Юқори лабнинг косметик нуқсон кўрсаткичидан фойдаланиш (ЮЛКНК) нафақат коррекция қилувчи операцияларни ўтказишга кўрсатмаларни аниқлашга ёрдам бериши билан бирга беморларда кузатиладиган ЮЛИДнинг даражасига қараб даволашда индивидуал ёндошишга имкон беради.

3. Таклиф этилаётган хейлоуранопластика усулини қўллаш бир пайтнинг ўзида оғиз бўшлиғи дахлизини тўлиқ шакллантиришга ва оғиз-бурун йўлини бартараф этишга имкон беради, бу эса ортодонтик даволашни эрта бошлашга ва ЮЛТТКнинг жарроҳлик реабилитация босқичларини қисқартиради.

4. Тавсия этилаётган комплекс даволаш усули патологик чандиқлар ривожланишининг олдини олишга ўз вақтида имкон яратади ва қайта коррекцияловчи даволашга кетадиган сарф-ҳаражатларни кескин камайтиради.

5. ЮЛТТКда хейлопластика усули нотўғри танлаш ёки бажариш билан боғлиқ техник хатоликлар, ҳамда организмдаги мавжуд латент патологик ҳолатлар келажакда патологик чандиқларнинг ривожланиши ва ЮЛИД шаклланишининг асосий сабаблар эканлиги аниқланди.

6. ЮЛТТК бор болалар ва ЮЛИД бор беморларнинг оғиз бўшлиғида микробларнинг хаддан зиёд ўсиш синдроми кузатилиши, бунда ЮЛИД бор беморларда *Candida* туридаги замбуруғлар ва стафилококлар энг кўп штаммлар қаторига кириши аниқланди.

7. ЮЛТТК бор болаларда ва ЮЛИД бор беморларда специфик ва нонспецифик иммунитет кўрсаткичларида сезиларли камайишининг кузатилмаслиги ва шу муносабат билан жарроҳлик амалиётидан олдин иммунокоррекцияни ўтказишга ҳожат йўқлиги аниқланди.

8. Олиб борилган тадқиқотлар давомида биринчи бор қўпол чандиқларнинг ривожланишига таъсир этувчи омиллар, келоид конституциясининг мезонларини аниқланди. Бунда ЮЛТТК бор болаларнинг 96%да патологик чандиқларнинг шаклланишини юқори ишончли даражада башорат қилинди.

9. ЮЛИДнинг ривожланиши билан ўзаро боғлиқ бўлган клиник лаборатор белгиларнинг кўп сонли регрессион таҳлили натижасида, патологик чандиқларнинг ривожланишини башорат этувчи, касалхонага ётишдан аввал амбулатор шароитда қўлланилиши мумкин бўлган математик модельни яратиш имконини берди.

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

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

ДУСМУХАМЕДОВ ДИЛШОД МАХМУДЖАНОВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ
ДЕФОРМАЦИЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ**

14.00.21- Стоматология

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

ТАШКЕНТ 2018

Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрированав Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2018.1.PhD/Tib444

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном стоматологическом институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.tsd1.uz) и на Информационно-образовательном портале «Ziynet» по адресу (www.ziynet.uz)

Научный руководитель:

Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты:

Jun-Young Pang (Южная Корея)
доктор медицинских наук, профессор

Баймурадов Шухрат Абдужалилович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Университет Северной Каролины (США)

Защита диссертации состоится «__» _____ 2018 г. в ____ часов на заседании Научного совета DSc.28.12.2017.Tib.59.01 при Ташкентском государственном стоматологическом институте (Адрес: 100047, г.Ташкент, Яшнабадский район, улица Махтумкули, 103. (Тел./факс: (99871)-230-20-65; e-mail: tdsi2016@mail.ru)

С диссертацией (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского государственного стоматологического института (зарегистрирован за № _____) Адрес: 100047, г.Ташкент, Яшнабадский район, улица Махтумкули, 103. (Тел./факс: (99871)-230-20-65

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2018 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от «__» _____ 2018 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.И. Иршалиев

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии)

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мире одним из самых частых пороков развития зубочелюстной системы является врожденная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба (ВРГН), которая характеризуется выраженными структурными и функциональными нарушениями. По данным ВОЗ аномалии челюстно-лицевой области в США встречается в 65% случаях, в странах Европы – 59,4%, различных регионах России встречаются частотой 86%(Дьякова С.В.,2006, Топольницкий О.З., 2006). Частота рождаемости детей с расщелиной губы и неба (ВРГН) в мире составляет в среднем 1:600¹. При всем совершенстве современных методик хейлопластики после ее проведения у 60-90% больных с ВРГН формируется вторичные деформации верхней губы и носа² (ВДВГ). Изначально сложность решения данной проблемы, связана с дефицитом тканей верхней губы, носа и верхней челюсти вследствие их недоразвития. Даже при благоприятном ближайшем результате первичной хейлопластики, прогнозирование развития в послеоперационном периоде деформаций верхней губы и особенно носа является весьма актуальной проблемой.

В мире проводятся масштабные научные исследования с целью профилактики и усовершенствования лечения врожденных аномалий челюстно-лицевой области. В частности, проводятся исследования по устранению первичной и вторичной деформации после операции у детей с расщелиной верхней губы и неба, с учетом причин, влияющих на развитие патогенетического механизма. Разрабатываются методы лечения с учетом применения антропометрических исследований на этапах диагностики заболевания. Усовершенствуются патогенетически обоснованные алгоритмы лечения при лечении врожденных расщелин верхней губы и неба. Изучается влияние лечения активизирующей регенеративную функцию в тканях с учетом иммунологических и биохимических показателей. Научные исследования направленные на усовершенствования мер профилактики и современные методы усовершенствования снижения и предотвращения частоты вторичных деформаций после операции на сегодняшний день имеют большое значение.

В нашей стране в сфере здравоохранения, в частности, защиты материнства и детства проводятся широкомасштабные программные мероприятия и внедряются в практическое здравоохранение. Согласно Стратегии развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы³, «...дальнейшая реализация комплексных мер по укреплению здоровья семьи, охране материнства и детства, расширению доступа матерей и детей к качественным медицинским услугам, оказанию им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, снижению младенческой и детской смертности» важно повысить качество оказания специализированной медицинской помощи. Важными задачами являются оптимизация организации специализированной помощи, совершенствование

¹ Данные ВОЗ 2013

² Козин И.А.,1996; Медведева М.А., 2007; Jr. Coleman, MJ. Gaukroger, K. Sundberg, 2009.

³ «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» указ № УП-4947

лечения врожденных расщелин верхней губы и нёба, предупреждение развития вторичных деформации верхней губы после хейлопластики за счет расширения применения современных технологий.

Данное диссертационное исследование в определённой степени служит решению задач предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», Постановлении Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан», Государственной программе «Год здоровой матери и ребенка», утвержденный Кабинетом Министров Республики Узбекистан от 25 апреля 2016 года, а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан – VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники при ВРГН, все еще наблюдается тенденция к повышению послеоперационных осложнений – наличие и развитие вторичных и остаточных дефектов и деформаций. (Erker B.N., 2004). В настоящее время в мире накоплено достаточно сведений о патогенезе вторичных и остаточных деформаций при ВРГН. Анализ причин их развития показал, что они являются часто следствием недостаточно квалифицированного выполнения оперативного пособия, несоблюдение возрастных показаний к выбранному методу операций или результатам применения неполного комплекса, необходимого для полноценного лечения больного в дооперационном и послеоперационном периодах. (Guyuron V.V., 2008). Наиболее частым осложнением при первичной хейлопластике являются воспалительные осложнения, которые нередко способствуют формированию келоидных и гипертрофических рубцов, вызывающих деформации мягких тканей лица и сдерживающих рост и развитие верхней челюсти.

В Узбекистане проводилось достаточное количество научно-исследовательских работ, посвященных совершенствованию диагностики, лечению и реабилитации детей с ВРГН. М. Э. Махкамов (2002) разработал и внедрил дифференциальную лечебно-профилактическую тактику при лечении детей с ВРГН. Исследованиями Р. А. Амануллаева (2005) изучена частота рождаемости и показателей распространенности клинических форм ВРГН в регионах Узбекистана и предложены методы медицинской реабилитации. С. С. Муртазаев (2008) в своих исследованиях определил снижение уровня кальция в слюне у детей с ВРГН и связанную с этим высокую частоту развития кариеса. Ш.Т.Шакиров (2012) систематизировал клинические проявления вторичных деформаций верхней челюсти и разработал алгоритм их комплексного лечения.

На сегодняшний день, несмотря на наличие многочисленных научных исследований по совершенствованию методов лечения и реабилитации детей

с ВРГН, данная проблема не теряет своей актуальности. В частности, при комплексном лечении детей с ВРГН не решенными остаются многие вопросы, в частности, пластика верхней губы с одновременным удлинением уздечки верхней губы и закрытие переднего отдела неба, не полностью изучен патогенез развития вторичных и остаточных деформаций при ВРГН, методы их прогнозирования и профилактики.

В Узбекистане научные разработки в данном направлении до сих пор не проводились. В связи с появлением новых и совершенствованием существующих методик диагностики, планирования, прогнозирования результатов комплексного лечения детей с ВРГН становится важным разработка и внедрение методов хирургического и медикаментозного лечения с целью профилактики развития вторичных и остаточных деформаций, что требует проведения широкомасштабных углубленных исследований.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Ташкентского государственного стоматологического института №011400196 «Разработка современных подходов к диагностике, лечению и реабилитации больных с дефектами, деформациями, воспалительными заболеваниями и травмами, опухолями челюстно-лицевой области с учетом воздействия факторов среды проживания» (2014-2016 гг.).

Целью исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения вторичных деформаций верхней губы при ВРГН с учетом антропометрических и клинико-биохимических показателей.

Задачи исследования:

изучить характер клинических и антропометрических изменений вторичных деформаций верхней губы у детей с ВРГН;

изучить количественный, качественный состав микрофлоры ротовой жидкости и состояния местных факторов защиты при ВРГН и ВДВГ;

изучить состояние СЭФР в сыворотке крови и особенности тромбоцитарного гемостаза при ВРГН и ВДВГ;

разработать комплекс мер, предупреждающих развитие и улучшающих эстетику послеоперационных патологических рубцов;

совершенствование способа первичной хейлопластики при ВРГН;

клинико-лабораторная оценка результатов традиционного и предлагаемого способа комплексного лечения;

разработать и внедрить в практическую деятельность математическую модель прогнозирования развития ВДВГ при ВРГН.

Объект исследования: проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 250 пациентов с ВРГН и ВДВГ на базе отделения детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ.

Предмет исследования – дети с ВРГН, пациенты с вторичными и остаточными деформациями при ВРГН, их фотографии, ротовая жидкость, сыворотка крови.

Методы исследования. Для решения поставленных задач и достижения цели исследования в работе были использованы клинические, антропометрические, микробиологические, иммунологические, биохимические, математические и статистические методы.

Научная новизна исследования:

разработан метод хейлопериостопластики (хейлоуранопластики), способствующий одномоментно удлинять уздечку верхней губы, закрывать рото-носовое соустье на уровне первичного неба, которая нормализует преддверие полости рта и сокращает этап хирургической реабилитации;

выявлено, что степень выраженности ВДВГ зависит от неиндивидуального подхода к первичной хейлопластике и наличия латентных патологических состояний в организме;

доказано, что контролирование показателей СЭФР в период предоперационной подготовки позволяет осуществлять своевременную профилактику развития патологических рубцов;

на основании клинико-лабораторных и биохимических показателей крови разработана математическая модель прогнозирования развития патологических рубцов при ВРГН.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

основными причинами развития ВДВГ при ВРГН являются неправильный выбор или техническое исполнение метода первичной хейлопластики;

использование предлагаемого метода хейлоуранопластики позволяет одномоментно удлинять уздечку верхней губы и закрывать ротоносовое соустье в пределах первичного неба;

наличие у детей с ВРГН латентных патологических состояний в послеоперационном периоде может привести к развитию патологических рубцов;

показатель косметического изъяна верхней губы (ПКИВГ) определяет объём повторного оперативного вмешательства;

в ротовой жидкости больных с ВРГН и ВДВГ наблюдается синдром избыточного роста микробов, у больных с ВДВГ преобладают стафилококки и грибы рода *Candida*;

рекомендуемый способ комплексного лечения позволяет осуществлять своевременную профилактику развития патологических рубцов у детей с ВРГН и пациентов с ВДВГ.

Достоверность результатов исследования подтверждается использованием современных, взаимодополняющих клинических, биохимических, микробиологических, иммунологических, математических методов, а также достаточным количеством обследованных больных, разработкой усовершенствованного метода комплексного лечения, позволяющего предупреждать развитие ВДВГ при ВРГН, проведением достоверной статистической обработки, сравнением полученных результатов с международными и отечественными исследованиями, утверждением выводов и полученных результатов уполномоченными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Полученные результаты исследования имеют теоретическую значимость и существенно расширяют представления о взаимосвязи, взаимообусловленности системных и локальных механизмов в патогенезе развития ВДВГ. Рекомендуемый способ комплексного лечения и использование математической модели прогнозирования позволяет осуществлять своевременную профилактику развития патологических рубцов, сокращает этап хирургического лечения, модель прогнозирования вторичных деформаций позволяет до госпитализации детей, в амбулаторных условиях составить план индивидуального лечения. Предлагаемый метод комплексного лечения обусловлен тем, что предупреждает развитие послеоперационных осложнений и вторичных деформации верхней губы.

Практическая значимость результатов исследований заключается в том, что разработанный алгоритм лечения детей с ВРГН и больных с ВДВГ является перспективным направлением и даёт возможность улучшению этапов и качеству хирургической реабилитации, а также уменьшает вероятность развития послеоперационных осложнений.

Внедрение результатов исследования. На основе результатов научных исследований по повышению эффективности комплексного лечения и профилактики ВДВГ при ВРГН:

утверждена методическая рекомендация: «Медикаментозная профилактика развития вторичных деформаций у детей с односторонней расщелиной верхней губы и неба» (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 8н-д/64 от 02 апреля 2018 г.). Использование предлагаемой схемы лечения позволяет снижению риска развития ВДВГ.

утверждена методическая рекомендация: «Метод хейлопериостоластики (хейлоуранопластики) при односторонней сквозной расщелине верхней губы и неба» (заклучение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 8н-д/64 от 02 апреля 2018 г.). Использование данного метода позволяет одновременно удлинять уздечку верхней губы и закрывать ротоносовое соустье в пределах первичного неба.

Разработанные и усовершенствованные механизмы хирургического лечения и профилактики ВДВГ при ВРГН внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в деятельность кафедры «Детской челюстно-лицевой хирургии» Ташкентского государственного стоматологического института; в клиническую практику Бухарской и Самаркандской областные многопрофильные медицинские детские центры; (заклучение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 8н-д/64 от 02 апреля 2018 г.). Внедрение данных предложений позволило улучшить результаты хирургического лечения детей с ВРГН на 55%, а пациентов с ВДВГ на 25%.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе на 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 7 журнальных, в том числе 6 в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей

аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложены научная новизна и научно-практическая значимость результатов, обоснована достоверность полученных результатов, приводятся сведения о научной новизне и практических результатов исследования, об апробации и опубликованности результатов работы, структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные аспекты хирургического лечения и профилактики вторичных деформаций после хейлопластики»** представлен обзор литературы, где проанализированы современные данные о аспекте клиники и этиопатогенеза ВРГН, современные подходы патогенетической терапии. Приведены сведения о современных представлениях развития остаточных и вторичных деформаций после хейлопластики при односторонней расщелине верхней губы и неба, ее прогнозе, осложнениях и актуальных проблемах определения тактики тактики ведения больных с ВДВГ. Проанализированы преимущества и недостатки существующих методов лечения, а также определены нерешенные или требующие уточнения аспекты этой проблемы.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала и использованные методы исследования»** описан клинический материал, диагностические методики, использованные в исследовании. Для решения поставленных задач всего было проанализировано 250 больных: 210 пациентов с ВДВГ в возрасте от 6 до 23 лет, 40 детей с ВРГН в возрасте от 6 до 13 месяцев. Все больные состоять на диспансерном учете в «Республиканском центре врожденных и приобретенных патологий челюстно лицевой области у детей» при отделении детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. В работе была использована классификации Л.Е.Фроловой (1973), определяющая форму и тяжесть врожденной расщелины верхней губы и неба, патологии в клинике пользуются классификацией, предложенной.

Исходя из поставленной цели больные распределены на следующие 4 группы: 1-группа (n=21, контрольная) – дети с ВРГН - традиционное лечение; 2-группа (n=19, основная) – дети с ВРГН – комплексное лечение по предлагаемой схеме; 3-группа (n=171, контрольная) – пациенты с ВДГН – традиционное лечение; 4-группа (n=39, основная) – пациенты с ВДГН – комплексное лечение по предлагаемой схеме.

Оценка выраженности ВДВГ, носа и челюстей проводилась используя классификации С. Н. Бессонова (2007). Антропометрические измерения проводились по методике Р. Д. Новоселова (1978), Т. В. Шаровой, Л. П. Герасимовой (1991), S. Mahn (1980), эффективность первичной хейлопластики определялась по показателям косметического изъяна верхней губы (ПКИВГ) по методу М. П. Водолацкого, В. А. Зеленского (1993). При этом оценка исхода пластики верхней губы проводится после завершения процесса рубцевания по ПКИВГ и оценивается как: хороший 0-20%, удовлетворительный 20-40%, относительно удовлетворительный 40-60% и неудовлетворительный 60% и более.

Проведены количественные и качественные исследования микрофлоры ротовой жидкости, состояние флоры из края расщелины с определением чувствительности выделенной флоры к лекарственным препаратам, состояния местных факторов защиты ротовой полости в обследуемых группах (Алиевым Ш. Р. (1994), в модификации А. Н. Антонова (2004), также использования иммуноферментного анализа.

Исходя из поставленных задач проведено исследование важнейшего фактора репарации - содержания СЭФР в сыворотке крови, которая оценить нарушение формирования сосудистой сети, сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, показатели кортизола и фракций липидов в крови. (проведено на иммуноферментном анализаторе MS 4001, наборы фирмы «HUMAN»).

Для выяснения зависимости клиничко-лабораторных параметров от развития вторичных деформаций губы и носа у 171 пациентов с ВДВГ проведен корреляционный анализ 169 признаков. На основании достоверно значимые клиничко-лабораторные показателей по критерию Стьюдента получено решающее правило прогноза форм течения послеоперационной раны. Для оценки связи между зависимыми выборками с попарно связанными вариантами рассчитывали коэффициенты корреляции.

В третьей главе диссертации **«Клиничко-антропометрические проявления послеоперационных деформаций верхней губы, носа и челюстей при ВРГН, новый способ хейлоуранопластики»** представлены результаты анализа проявления форм ВДВГ и описывается технические этапы и преимущества проведения предлагаемого способа хейлоуранопластики. Анализ результатов показывают, что при проведении хейлопластики были использованы в основном следующие методы: по Millard– 71 больных; по Tennison-Обуховой- 57 больных; по Millard + Tennison-Обуховой– 15 больных; по Лимберг А.А. - 11 больных; атипичные методы хейлопластики –17 больных (рис. 1). По результатам исследований остаточные и вторичные деформации при ВРГН характеризуются сложным комплексом клинических проявлений. Деформации на верхней губе часто сочетаются с остаточными и вторичными деформациями носа и челюстей. Так, например, деформация верхней челюсти наблюдалась в 28,1%, нижней челюсти в 8,8%, дефект альвеолярного отростка в 63,7% случаях, которые в основном наблюдались в группе больных с атипичным методом первичной хейлопластики. Послеоперационная деформация верхней губы преимущественно выявлялась в области кожной части, красной каймы, слизистой оболочки верхней губы, в области дна носового хода.

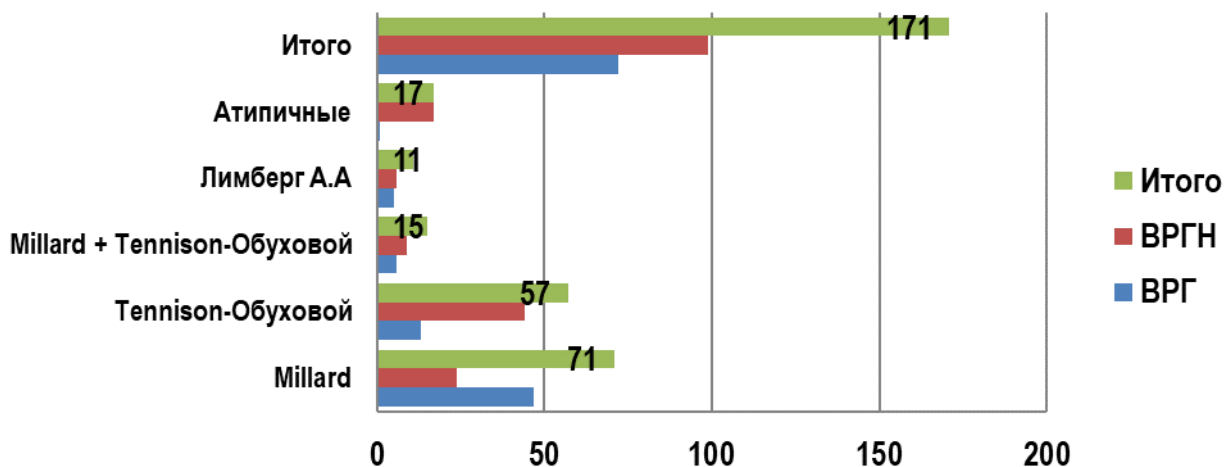


Рис. 1. Распределение больных с ВДВГ в зависимости от формы расщелины и метода первичной хейлопластики

По результатам исследований нарушение фильтраума наблюдается у 62%, нарушение белой линии у 59,1%, нарушение прикрепления круговой мышцы у 58,5%, нарушение луки Купидона у 47,4%, мелкое вестибулярное пространство у 45,6% и симптом «свиста» у 26,9%, наличие рото-носового соустья наблюдалась у 63,7% пациентов. Следует отметить, что наиболее часто и наиболее тяжелые осложнения встречались у больных с нестандартно проведенными методами хейлопластики у 100% больных отмечалось нарушение фильтраума и асимметрия кончика носа. Один из ярко выражающихся симптомов, так называемый симптом «свиста», больше всего встречался после атипичных методов хейлопластики. Нарушение белой линии встречалась у 88,2%, а нарушение луки Купидона у 82,4% случаях. В двух случаях мы наблюдали уменьшение длины верхней губы, вплоть до микрохейлии, что является следствием избыточного иссечения тканей при первичной хейлопластике. По нашему мнению это осложнение часто возникает из-за неправильного планирования или проведения хейлопластики и манипуляций по удлинению уздечки верхней губы.

Проведенные исследования позволили считать одним из причинных факторов развития послеоперационной деформации исходную степень анатомических нарушений верхней губы. Это подтверждалось достоверно более высоким числом послеоперационных деформаций у больных с сквозной расщелиной губы и неба ($95,04 \pm 1,97\%$) по сравнению с показателем, полученным в группе детей с изолированной ($85,19 \pm 4,84\%$) расщелиной верхней губы ($P < 0,05$).

После устранения ВРГН с использованием метода Милларда наблюдался относительно удовлетворительный результат ПКИВГ 40%. Деформация в области красной каймы наблюдалась у $78,76 \pm 3,84\%$, кожной части у $74,34 \pm 4,10\%$ больных. Однако, по сравнению с методом Обуховой – Теннисона при этом варианте хейлопластики с большим успехом удается восстановить дно носового хода и непрерывность круговой мышцы рта. При пластике верхней губы по Милларду деформация в области носового хода

отмечалась в $30,09 \pm 4,13\%$ наблюдений и круговой мышцы рта у $16,81 \pm 3,51\%$ больных, ПКИВГ $63,3\%$ - результат неудовлетворительный ($P < 0,05$).

Особенно плохие результаты наблюдались и при использовании метода Лимберга, Обуховой-Теннисона-Милларда и при атипичных методах – ПКИВГ $72,7\%$, $86,6\%$ и $94,1\%$ соответственно. Послеоперационная деформация верхней губы преимущественно выявлялась в области красной каймы ($69,34 \pm 3,91\%$) и кожной части ($57,58 \pm 3,47\%$). Косметические нарушения, обусловленные вторичной деформацией в области дна носового хода ($45,43 \pm 3,28\%$), слизистой оболочки верхней губы ($33,52 \pm 4,18\%$) и круговой мышцы рта ($31,28 \pm 3,05\%$) формировались значительно реже и оказывались менее разнообразными по своим проявлениям.

Косметический изъян в области верхней губы, восстановленной по способу Теннисона, чаще всего локализовался на кожной части губы ($71,29 \pm 5,67\%$) и красной каймы ($59,29 \pm 5,45\%$). Вторичная послеоперационная деформация в области дна носового хода отмечена у $65,16 \pm 5,42\%$ детей, круговой мышцы рта - $42,16 \pm 5,33\%$.

С одинаковым успехом и процессе оперативного лечения, выполненного по способу Теннисона и Милларда, удавалось сформировать преддверие полости рта и послеоперационная деформация в области слизистой оболочки верхней губы выявлялась реже, составляя соответственно $26,35 \pm 5,21\%$ и $35,66 \pm 4,19\%$ ($P > 0,05$).

Анализ причин развития вторичных деформаций челюстно-лицевой области, показал, что они в основном являются следствием недостаточно квалифицированного выполнения первичного этапа хейлопластики. Наиболее частым осложнением при первичной хейлопластике являются воспалительные осложнения, которые нередко способствуют формированию келоидных и гипертрофических рубцов, вызывающих эстетическую неполноценность.

Таким образом, использование ПКИВГ помогало не только установить показания к корригирующей операции, но и определить индивидуальный подход к лечению больных с удовлетворительным, относительно удовлетворительным и неудовлетворительным исходом первичной хейлопластики.

С целью предупреждения развития некоторых форм ВДВГ и сокращения этапа хирургической реабилитации детей с ВРГН предлагается способ хейлоуранопластики (рис. 3).

Планирование операции начинается с нахождения точек расщепления на фрагментах верхней губы - А, А1 и определения линии разрезов на коже по Millard - В, В1. Затем от данной точки проводят разрез по намеченным линиям на фрагментах верхней губы. Разрез продолжают до основания уздечки верхней губы (С) и рассекают уздечку под углом 45° до $0,5$ см. (С, С1), вследствие этого удлиняется вестибулярное пространство и образуется дефект треугольной формы. Затем на слизистой большого фрагмента выкраивается четырехугольный лоскут (С2) нужных размеров и перенося на область образованного дефекта (С, С1) и ушивается. На латеральном фрагменте верхней губы также находят точку расщепления путем откладывания равного расстояния на медиальном фрагменте до угла рта и эту длину переносят на латеральный фрагмент верхней губы (А1). От этой точки проводят разрез в направлении слизистой крыла носа по намеченным линиям.

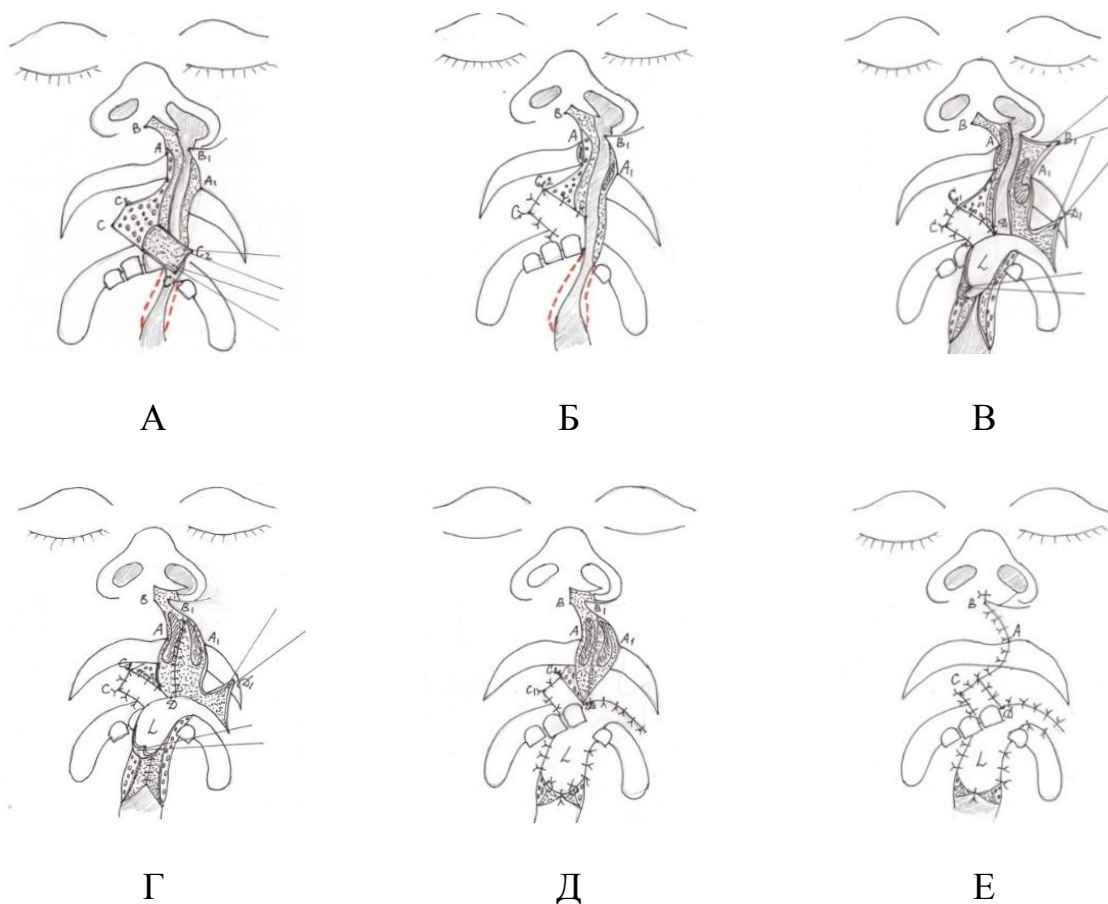


Рис. 3 . Планирование операции по предлагаемому способу

Далее от расщепленной точки (A1) проводят разрез вниз под углом в 90° по отношению к дуге Купидона в сторону дефекта и вниз параллельно по намеченным линиям до переходной складки не доходя до нее на 0,2-0,3 см. В результате получают слизисто-подслизистый лоскут- L. Данный лоскут перемещают на медиальный фрагмент и проводят разрез «кочерга» по А. А. Лимбергу. Из проведенных разрезов выделяют круговую мышцу рта. При этом разрез может быть несколько увеличен или уменьшен в зависимости от длины лоскута L. После проводят отсепаровку носовой слизистой и накладываются выворотные швы. Далее лоскут L накладывается на раневую поверхность слизистой в области твердого неба и ушивается к краям раны. Далее накладываются швы на слизистую верхней губы, мышцу и кожу.

Использование данного способа при ВРГН позволяет одновременно устранить расщелину верхней губы, ротоносное соустье, нормализовать вестибулярное пространство за счет удлинения уздечки верхней губы и закрыть расщелину в области переднего отдела твердого неба, что соответственно сокращает этап оперативного вмешательства и сроки реабилитации.

Четвертый глава диссертации «**Обоснование принципов комплексного лечения детей с ВРГН И ВДВГ**» представлены результаты микробиологических, иммунологических и биохимических методов исследований, обосновано необходимость предоперационной медикаментозной подготовки и проведен сравнительный анализ результатов

в исследуемых группах. Проведены количественные и качественные исследования микрофлоры ротовой жидкости у детей с ВРГН. В микроэкологии полости рта до операции, в анаэробной флоре отмечается достоверное снижение ($lg 2,15 \pm 0,2$ КОЕ/мл.). Среди грамположительной кокковой флоры наблюдается снижение количества *Str.salivarius* и *Str.mutans* и появление роста штаммов золотистого стафилококка. Среди грамотрицательной флоры отмечено возрастание лактозонегативных штаммов эшерихии и протей. И достоверно высоко высевались штаммы грибов рода *Candida*, их количество почти на 2-порядка выше нормы, и составила $lg 4,11 \pm 0,3$ КОЕ/мл.

Проведено также изучение состояния местных факторов защиты ротовой полости: изучали титр лизоцима, показатель фагоцитоза и уровень секреторного иммуноглобулина класса А (sIgA). При этом титр лизоцима у этих больных составил $10,1 \pm 0,2$ мг/%, показатель фагоцитоза составил $31,2 \pm 2,5$ мг/%, уровень секреторного иммуноглобулина был равен $0,9 \pm 0,01$ г/л. Основываясь на этих цифрах можно предположить, что среди всех изучаемых параметров наибольший дефицит составляет показатель фагоцитоза. Снижение в целом всех показателей местных факторов защиты, как клеточного, так и гуморального и приводит к синдрому избыточного роста микробов в полости рта.

Таким образом, проведенные микробиологические исследования у детей больных с ВРГН свидетельствуют, что у этих детей в полости рта наблюдается синдром избыточного роста микробов. Изучение состояния флоры полости рта с определением чувствительности выделенной флоры к лекарственным препаратам показывает эффективность цефазолина, цефтриаксона, ампицилина.

Исследование содержания СЭФР в сыворотке крови позволяет оценить нарушение формирования сосудистой сети, важнейшего фактора репарации. По результатам исследований до операции показатель СЭВР как у детей с ВРГН, так и у пациентов с ВДВГ был равен $154,6 \pm 31,4$ и $1,58 \pm 0,03$ соответственно, что указывает на риск развития патологических рубцов.

Отмечается также повышение уровня D-димера в крови в среднем на 30-40%. Высокий уровень D-димеров свидетельствует о более активном процессе тромбообразования. По результатам исследования отмечается снижение показателей первичного гемостаза – начало и конца времени свертывания крови, что характерно для нарушения плазменного звена системы гемостаза.

Таким образом, с целью профилактики развития ВДВГ, становится вполне очевидным необходимость проведения медикаментозной подготовки перед проведением оперативного вмешательства. Основываясь на результаты исследования предлагается следующая **схема комплексного лечения**: - проведение **хейлоуранопластики** предлагаемым способом; **антибактериальная терапия** (цефазолин, цефтриаксон, ампициллин) за 2 дня до операции; **солкосерил** в/м №5 начинается за 2 дня до операции; **димедрол** в/м – за день до операции; **магнитотерапия** – местно, после операции №3-5.

В пятой главе диссертации проводится анализ результатов **«Дифференциальный анализ комплексного лечения в исследуемых группах»** представлены результаты сравнительного анализа клинико-антропометрических, клинико-лабораторных исследований в отдаленные

сроки лечения, проведен корреляционный анализ данных, выяснена зависимость клинико-лабораторных параметров от развития ВДВГ и разработана математическая модель его прогнозирования.

По отдаленным результатам клинико-антропометрических исследований отмечается резкое улучшение ПКИВГ во всех исследуемых группах. Во 2 группе ПКИВГ равен «0», т.е. результат хороший, в 1 группе удовлетворительный - ПКИВГ равен «10,5%» отмечались единичные случаи развития патологических рубцов и наличие мелкого преддверия, связанного с укорочением уздечки верхней губы. Отдаленные результаты реконструктивно-корректирующих операций у пациентов с ВДВГ показывает, что у больных 4 группы ПКИВГ равен 17,4% – результат удовлетворительный, а больных 3 группы -26,7% – результат относительно удовлетворительный. Необходимо отметить, что улучшение ПКИВГ связано с резким снижением осложнений связанных с развитием патологических рубцов, так у больных 3 группы частота развития атрофических, гипертрофических и келоидных рубцов составляла 25,2; 28,5 и 29,2% соответственно, тогда как эти же осложнения в 4 группе больных встречались 2,2; 1,1 и 2,2% соответственно (рис.3).

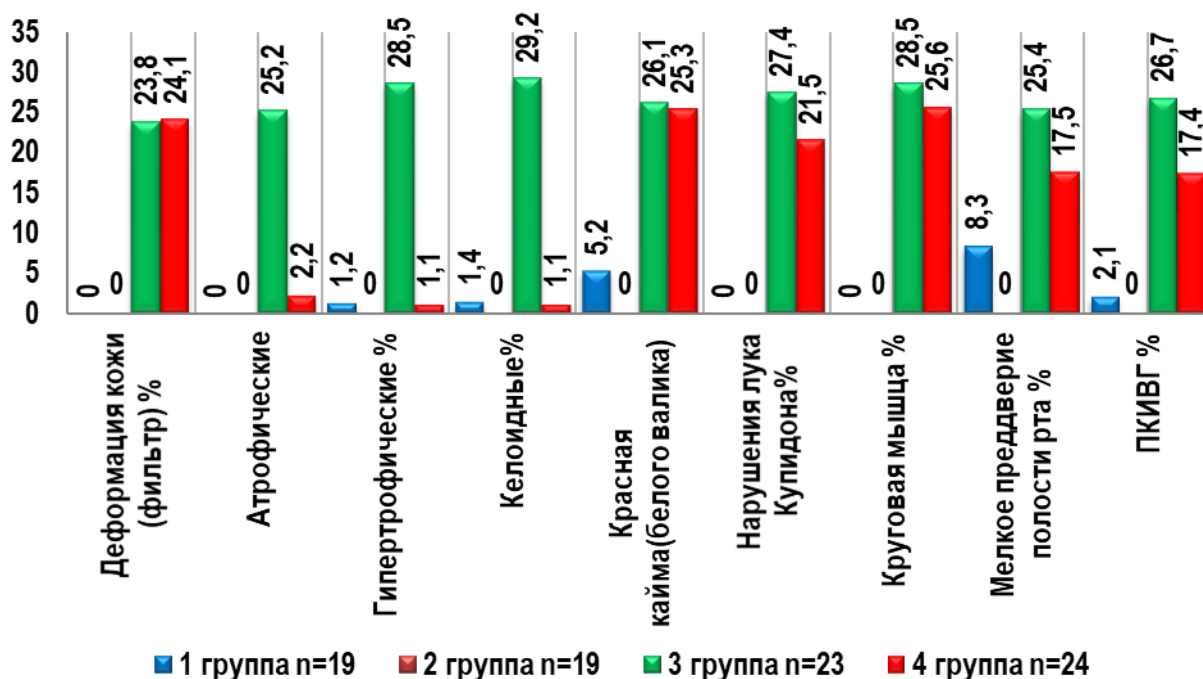


Рис. 3. Клиническая характеристика вторичных и остаточных деформаций в отдаленные сроки лечения (3-6 мес.)

Таким образом, на основании результатов исследования ПКИВГ можно сделать следующее заключение, проведение предлагаемого лечебно-профилактического комплекса мер оказывает резко положительное влияние как на результаты хейлопластики при ВРГН, так и результаты реконструктивно-корректирующих операций у пациентов с ВДВГ.

Анализ литературы последних лет указывает на то, причиной развития ВДВГ являются воспалительные осложнения, которые нередко способствуют формированию келоидных и гипертрофических рубцов, вызывающих деформации мягких тканей лица и сдерживающих рост и развитие верхней челюсти. Учитывая это контроль за эффективностью предлагаемой схемы комплексного лечения проводили на основании анализа в динамике количественного и качественного сдвига в микрофлоре полости рта, а также состояния местных факторов защиты в отдаленные сроки (3 мес.) лечения.

По результатам исследований до операции в 1 и 3 группах, отмечен синдром повышенного роста микробов в полости рта, которая особенно выражена в факультативной группе микробов - стафилококки, стрептококки, эшерихии и грибов рода Кандида. У этих же больных, только после операции через 3 месяца произошли существенные позитивные сдвиги в той микрофлоре которые до операции были в большем количестве по сравнению с нормой. Однако эти изменения, еще очень далеки от нормальных данных. В то же время в 2-4 группе больных, которым оказано традиционные лечения до операции в количественных показателях флоры почти нет изменений по сравнению с 1-3 группой больных, а имеющиеся количественные сдвиги недостоверны. В то же время у этих же групп больных которым проведена операция, и оказано специальное лечение, произошли в показателях флоры достоверные позитивные сдвиги, которые фактически очень близки с показателями нормы.

По результатам исследования местных факторов защиты: уровня лизоцима, показателя фагоцитоза, титра иммуноглобулина класса А и секреторной фракции sIgA, отмечается, что во всех четырех группах до операции титр лизоцима, показатель фагоцитоза и уровень иммуноглобулина в ротовой жидкости достоверно снижены, то есть отмечен иммунодефицит по всем изучаемым показателям. Через 3 месяца после проведения операции показатели местных факторов защиты существенно подверглись позитивным сдвигам, фактически очень близки к показателям здоровых людей. Обоснованное применение антибиотика в средне терапевтических дозах по предлагаемой схеме позволило снизить послеоперационные осложнения и улучшить результаты операции на 20%.

Таким образом, проведенные микробиологические и иммунологические исследования, проведенные у больных с ВРГН, а также ВДВГ, показывают, что позитивные сдвиги в местных факторах защиты, как правило, приводят к позитивным сдвиги во флоре полости рта. Это еще раз убеждает нас о единстве нашего организма т.е. гомеостаз соблюдается и эти изменения четко коррелируют между собой.

Сравнительный анализ результатов биохимических методов исследования в динамике: до операции и на 7-сутки после операции указывает на повышение показателя СЭФР в дооперационном периоде как у детей с ВРГН: 1 группа - на 68%, 2 группа - на 67,5%; так и у пациентов с ВДВГ: 3 группа - на 68,4%, 4 группа - на 69,6% (рис. 4). Такое состояние СЭФР указывает на очень высокий риск развития патологических рубцов.

Результаты исследования после использования предлагаемого комплекса лечения указывают на снижение показателя СЭФР от критического уровня. Особенно хорошие результаты наблюдались во 2 группе – на 11%. Полученные результаты указывают на эффективность предлагаемого способа предоперационной, который позволяет осуществлять своевременную профилактику развития гипертрофического рубца.

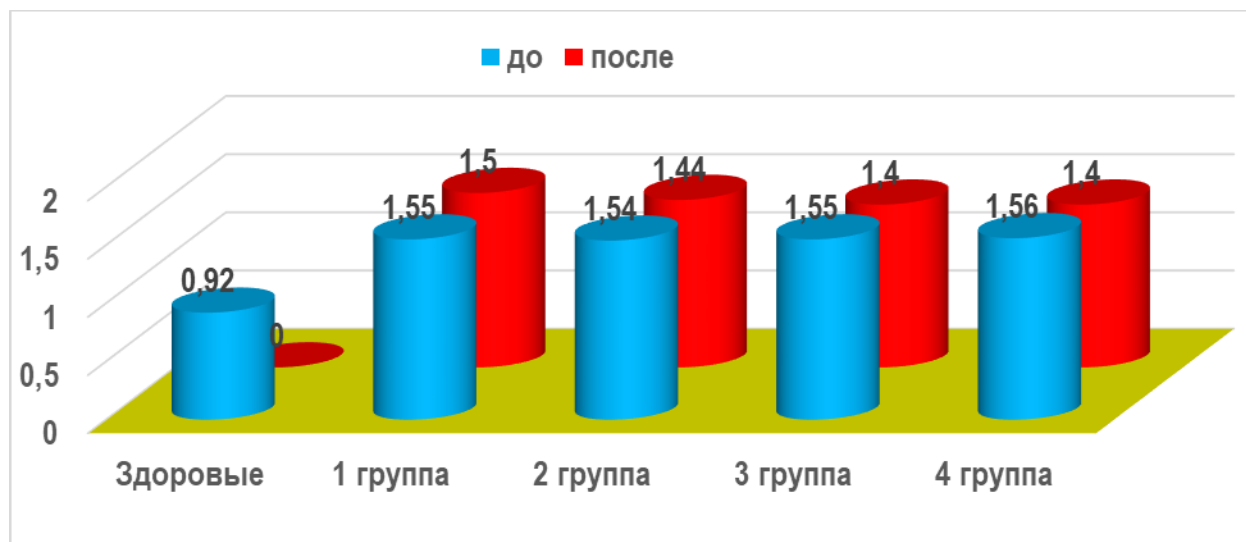


Рис. 4. Динамика показателя СЭФР в крови до и после операции

По результатам исследования концентрация фибриногена в крови имеет относительно стойкие показатели - в пределах контрольных величин. До лечения отмечается удлинение во времени показателей АВР во всех группах АВР, особенно в 3 группе - превысил исходные значения на 13 %, но проведение комплексного лечения – 4 группа - привело к снижению АВР до 4,5%.

Анализ динамики показателей тромбоцитарного звена системы гемостаза показывает, что количество тромбоцитов имеет динамику снижения. Особенно это выражено у детей 3 группы, где количество тромбоцитов снизилось по сравнению с группой контроля на 17%. Несмотря на снижения количество тромбоцитов, агрегационная активность пластинок крови дооперационном периоде была повышено в 1 и 3 группах.

Высокий уровень тромбоцитов во 2 и 4 группах, может быть связан с одной стороны, повышенной афферентной активацией центральной нервной системой кроветворных органов и органов, депонирующих кровь, которая приводит к увеличению выхода крови из печени, селезенки, стимуляции плазменных факторов, с другой стороны, сами тромбоциты, являясь подвижными, многофункциональными клетками системы регуляции агрегатного состояния крови и коллоидов, могут очень быстро изменить величину гемостатических потенциалов в различных отделах кровотока на уровне магистральных сосудов и микроциркуляции.

По результатам исследования на фоне традиционной терапии уровень гормона в крови в динамике изменяется незначительно. Иная динамика наблюдается в 2 и 4 группах. Самые высокие показатели стрессорного гормона-

кортизола отмечены в предоперационной подготовке больных детей 4 группы. Повышение стрессорного гормона в крови сопровождается также повышением содержания в крови СЖК во 2 и 4 группах. За счет повышения СЖК в крови, возникает новое качественное состояние гормонально-метаболических сдвигов в организме, которые, направлены на обеспечения или поддержания долговременной адаптации, где перестраивается тип энергообеспечения организма. СЖК способствуют нарушению поглощения глюкозы и ее утилизации в мышечной ткани. В печени СЖК становятся основным источником формирования ЛПВП и снижению ЛПНП. Как видно из представленных результатов исследований, процентное содержание фракции ЛПВП у детей 2 и 4 групп повышается в среднем на 15%. В свою очередь, ЛПВП участвуют в удалении из клеток организма излишек холестерина.

Таким образом, совершенствование метода хирургического вмешательства, и предоперационная подготовка детей с ВРГН и ВДГН на фоне изучения показателей гормонального статуса и липидного обмена позволяет корректировать адаптационные возможности организма детей и предупредить различные осложнения в заживление операционной раны.

С целью определения причин и прогнозирования развития ВДВГ у детей с ВРГН изучены более 169 клинико-биохимических признаков. Для перевода качественных признаков в количественные нами составлена кодировочная карта, в которой оценка диагностических признаков осуществлена в цифрах: например, наличие признака - 1, отсутствие - 2 и проведен ряд машинных экспериментов. По результатам анализа отброшены те, у которых значимое различие между развитием ВДГН и его отсутствием составило менее 95%.

Для построения адекватных математических моделей прогнозирования ВДВГ на основе клинико-лабораторных и биохимических признаков произведена статистическая обработка. На основании корреляционного анализа для совокупности признаков у больных с ВДВГ построена множественная линейная математическая модель №1:

$$\text{Модель №1: } Y(\delta) = 0,9781 + 0,0018 * X_1 - 0,0099 * X_2 + 0,0147 * X_3 + 0,00068 * X_4$$

Следующие математические модели основаны на корреляционной связи между клинико-лабораторными и биохимическими параметрами.

$$\text{Модель №2: } Y(\text{ГАТ}) = 9,007 + 0,0643 * x_1 + 0,0397 * x_2 - 0,00945 * x_3 + 0,0457 * x_4$$

$$\text{Модель №3: } Y(\text{ААТ}) = 16,54 - 0,9951 * x_1 + 0,0254 * x_2 - 0,0326 * x_3 - 0,0913 * x_4$$

$$\text{Модель №4: } Y(\text{Д-диаметр}) = 166,79 - 19,8289 * x_1 + 0,8089 * x_2 - 0,199 * x_3 - 1,2293 * x_4$$

$$\text{Модель №5: } Y(\text{СЭФР}) = 1,4767 - 0,0637 * x_1 + 0,00033 * x_2 + 0,00438 * x_3 + 0,0075 * x_4$$

$$\text{Модель №6: } Y(\text{кортизол}) = 297 + 0,8135 * x_1 - 0,0612 * x_2 + 0,0257 * x_3 - 0,0339 * x_4$$

Используя приведенные математические модели патологических процессов разработан алгоритм и создан программные средства для слежения (биохимического показателя СЭФР) состоянии больных в динамике. С помощью этой созданной программой “система – СЭФР” основываясь выше приведенных клинико - лабораторных данных, можно прогнозировать значение следующих биохимических показателей СЭФР, Кортизол, ГАТ 2, Агрегат актив тромб, Д -

димер которые позволяют прогнозировать риск развития патологических рубцов и принимать профилактические меры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе проведенных исследований по докторской диссертации (PhD) на тему «Хирургическое лечение и профилактика вторичных деформаций верхней губы после хейлопластики» сделаны следующие выводы:

1. Впервые произведен сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных с ВРГН, а также изучены причины возникновения вторичных деформаций верхней губы.
2. Использование показателя косметического изъяна верхней губы (ПКИВГ), помогает выявлению не только показаний к корригирующей операции, но и определяет индивидуальный подход к лечению больных с различными степенями ВДВГ.
3. Использование хейлоуранопластики предлагаемым способом дает возможность одномоментного создания полноценного преддверия полости рта и закрытия рото-носового соустья, что дает возможность начала раннего ортодонтического лечения и сокращает этап хирургической реабилитации при ВРГН.
4. Рекомендуемый способ комплексного лечения позволяет осуществлять своевременную профилактику развития патологических рубцов и тем самым значительно снизить затраты на последующее лечение и коррекцию.
5. Установлено, что причиной развития ВДВГ являются технические погрешности, связанные с неправильным выбором и исполнением методов хейлопластики, а также наличие латентных патологических состояний организма, приводящих в последующем к развитию патологических рубцов.
6. У детей с ВРГН и больных с ВДВГ в полости рта наблюдается синдром избыточного роста микробов: больных с ВДВГ превалирующими штаммами становятся грибы рода *Candida* и стафилококки.
7. Установлено, что уровень специфического и неспецифического иммунитета у детей с ВРГН и больных с ВДВГ не имеет существенного снижения и не требует проведения иммунокоррекции в дооперационном периоде.
8. В ходе работы впервые определены факторы, влияющие на формирование грубых рубцов, критерии келоидной конституции. При этом показано, что у 96% детей с ВРГН, возможно, прогнозировать с высокой степенью достоверности формирование патологических рубцов.
9. Множественный регрессионный анализ клинико-лабораторных признаков, взаимосвязанных с развитием ВДВГ позволил разработать модель прогноза развития патологических рубцов, которую можно использовать до госпитализации ребенка в амбулаторных условиях.

**THE SCIENTIFIC COUNCIL DSc.28.12.2017.Tib.59.01
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES
AT THE TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE**

TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE

DUSMUKHAMEDOV DILSHOD MAKHMUDJANOVICH

**SURGICAL TREATMENT AND PROPHYLACTIC OF SECONDARY
DEFORMATIONS OF UPPER LIP AFTER CHEILOPLASTY**

14.00.21 - Stomatology

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

TASHKENT – 2018

The theme of the doctoral (DSc) dissertation was registered at the Supreme Attestation Committee at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under number B2018.1.PhD/Tib444

The doctoral (DSc) dissertation has been prepared at the Tashkent state dental institute.

The abstract of the dissertation is posted in two languages (Uzbek, Russian and English (resume)) on the website of the Scientific Council www.tsdi.uz and on the website of «Ziyonet» information and educational portal www.ziyonet.uz

Scientific consultant: **Yuldashev Abduazim Abduvalievich,**
doctor of medical sciences

Official opponents: **Jun-Young Pang (South Korea),**
doctor of medical sciences, professor

Baymurodov Shukhrat Abdujalilovich
doctor of medical sciences, professor

The leading organization: **University of North Carolina (USA)**

Defence will take place on «___» _____ 2018 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 « _____ » _____ 2018 year
(mailing report № _____ on « _____ » _____ 2018 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

X.I.Irsaliev

Vice-chairman of scientific seminar under scientific council
on award of scientific degree of doctor of sciences,
MD, professor

INTRODUCTION (abstract of the doctor of philosophy dissertation)

The aim of research work: improving the effectiveness of complex treatment of secondary deformities of the upper lip in children with CCLP taking into account clinical and biochemical parameters

The object of the research work were the results of examination and observation during the treatment of 250 patients with congenital cleft lip and palate in age from 6 month to 18 years.

The scientific novelty of the research work is as follows:

revealed that the severity of secondary deformations depends on the shape of the cleft, the methods and technique of performing the primary operation;

a method of cheylouranoplasty has been developed that facilitates lengthening the bridle of the upper lip and closing the nasal anastomosis, thereby normalizing the vestibule of the oral cavity and shortening the stage of surgical rehabilitation;

revealed that in children with CCLP and patients with secondary deformations there is a development of dysbiosis, the presence of significant immunodeficiency in the oral cavity, which in consequence can lead to the development of local inflammatory complications;

it was found that the increase in the vascular endothelial growth factor index, the relationship between the number of active platelet forms and the level of D-dimer, the tendency to their significant increase in patients with secondary deformations is marked in children with CCLP and patients with secondary deformations;

It is proved that the recommended method of preoperative preparation allows timely prevention of the development of pathological scars and, thereby, significantly reduces the costs of subsequent treatment and correction;

a mathematical model for forecasting the development of secondary deformations has been developed.

Implementation of the research results. The scientific results obtained during the preparation of the dissertation work were introduced into practical public health services in the form of methodological recommendations:

"Medical prophylaxis of development of secondary deformations in children with a one-sided cleft lip and palate" (2018), "The method of cheyloperostoplasty with one-sided through cleft lip and palate"(2018) (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan 8n-d / 64 dated April 2, 2018).

The developed and improved mechanisms for the prevention and surgical treatment of secondary deformities of the upper lip after cheiloplasty were introduced into practical public health, in particular, in the activity of the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery of the Tashkent State Dental Institute; in the clinical plan of the Bukhara and Samarkand regional multidisciplinary medical children's centers; (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan 8n-d / 64 dated April 2, 2018). The introduction of proposals offers a 25-55% improvement in the surgical treatment of CCLP.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Дусмухамедов Д.М., Амануллаев Р.А., Дусмухамедов М.З. Клиника вторичных и остаточных деформаций лица после первичной хейлопластики при врожденных расщелинах верхней губы и неба// «Stomatologiya» - Ташкент, 2016. - № 2 –3-С 78-82 (14.00.00; 12)

2. Дусмухамедов Д.М., Махсудов С.Н., Амануллаев Р.А., Дусмухамедов М.З. Юкори лаб ва танглай кемтики билан туғилган болаларни комплекс даволаш босқичлари// “O’zbekiston tibbiyot jurnali” Ташкент,2016. - № 1-С109-122 (14.00.00; 8)

3. Dismukhamedov D.M., Amanullaev R.A., Dismukhamedov M.Z., Yuldashev A.A. Method of surgical treatment of children with unilateral congenital cleft lip and palate// European science review Vena,2016. -№ 11–12 P 54-57(14.00.00; 19)

4. Дусмухамедов М.З., Юлдашев А.А., Дусмухамедов Д.М.Агрегационная активность тромбоцитов и динамика реактивного белка у детей после уранопластики// «Stomatologiya» -Ташкент, 2017. -№ 1- С 39-41 (14.00.00; 12)

5. Дусмухамедов Д.М., Ходжиметов А.А., Юлдашев А.А., Дусмухамедова А.Ф. Оценка регуляторов метаболизма у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба на этапах оперативной коррекции// “Журнал теоретической и клинической медицины” - Ташкент,2018. - №1 - С 93-95 (14.00.00; 3)

6. Дусмухамедов Д.М., Юлдашев А.А., Мухамедов И.М., Дусмухамедова А.Ф., Шамсиев Н. Биология полости рта у детей, страдающих с врожденной расщелиной губы и неба// «Stomatologiya» - Ташкент,2018. - № 1-С 42-45 (14.00.00; 12)

7. Дусмухамедов Д.М., Мухамедов И.М., Юлдашев А.А., Дусмухамедова А.Ф. Антимикробная профилактика воспалительных осложнений в хирургической стоматологии// “O’zbekiston tibbiyot jurnali” Ташкент,2018. - № 1-С86-88 (14.00.00; 8)

II бўлим (II часть; II part)

8. Дусмухамедов Д.М. Медикаментозная профилактика развития вторичных деформаций у детей с односторонней расщелиной верхней губы и неба: Методическая рекомендация.–Ташкент, 2018. - С 1-27.

9. Дусмухамедов Д.М. Метод хейлопериостопластики при односторонней сквозной расщелины верхней губы и неба: Методическая рекомендация.–Ташкент, 2018. - С 1-29.

10. Амануллаев Р.А., Дусмухамедов Д.М. Развитие вторичных деформаций губы в зависимости от методов хейлопластики// 4-ая центрально-азиатская конференция по пластической хирургии, Сборник тезисов. – Ташкент,2016. -С 18-19.

11. Дусмухамедов Д.М. Причины деформаций лица после односторонней хейлопластики// Актуальные проблемы лечения и профилактики стоматологических заболеваний.–Ташкент,2016. – С 73.

12. Дусмухамедов Д.М. Математическое моделирование при прогнозировании развития вторичных деформации верхней губы после хейлопластики// Научно-практическая конференция "Актуальные проблемы в стоматологии».-Ташкент,2017.-С -3.

13. Dushmanmedov D.M., Yuldashev A.A., Dushmanmedov M.Z. New approach of cheilo-palatoplasty in children with unilateral congenital cleft and palate// XXXVII international scientific and practical conference, “European research: innovation in science, education and technology”. London, Great Britain, 2018. - P 62-65.

14. Дусмухамедов Д.М. Современные аспекты лечения вторичных деформаций верхней губы после хейлопластики// Республиканская конференция стоматологов, «Актуальные проблемы стоматологии». Нукус,2018.- С

15. Dushmanmedov D.M., Yuldashev A.A., Dushmanmedova D.K., Ermatov N.J. Dynamics of the vascular endothelial growth factor (vegf) in the blood at children with congenital hiatuses of the upper lip and the palate at stages of expeditious correction // XXXIX international scientific and practical conference, “European research: innovation in science, education and technology”. London, Great Britain, 2018. - P 115-116.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси»
журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилди
(04.01.2018 йил).

Босишга рухсат этилди: 03.05.2018 йил
Бичими 60x45 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 4,5. Адади: 100. Буюртма: №47

100060, Тошкент, акад. Я.Ғуломов кўчаси, 74

«TOPIMAGEMEDIA»
босмаҳонасида чоп этилди.

