

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**КУБАЕВ АЗИЗ САЙДАЛИМОВИЧ**

**ЮЗНИНГ ЎРТА ЗОНАСИДА МОРФОФУНКЦИОНАЛ ВА ЭСТЕТИК  
ЎЗГАРИШЛАРНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА ЮҚОРИ  
МИКРОГНАТИЯНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.21 – Стоматология**

**ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ  
АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2020**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

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

**Кубаев Азиз Сайдалимович**

Юзнинг ўрта зонасида морфофункционал ва эстетик ўзгаришларни  
ҳисобга олган ҳолда юқори микрогнатияни ташхислаш ва даволашни  
такомиллаштириш ..... 3

**Кубаев Азиз Сайдалимович**

Совершенствование диагностики и лечения верхней микрогнатии с  
учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней  
зоны лица ..... 25

**Kubaev Aziz Saidalimovich**

Perfection of the diagnosis and treatment of upper micrognathia taking into  
account morphofunctional and aesthetic changes in the middle zone of the  
face ..... 47

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 53

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**КУБАЕВ АЗИЗ САЙДАЛИМОВИЧ**

**ЮЗНИНГ ЎРТА ЗОНАСИДА МОРФОФУНКЦИОНАЛ ВА ЭСТЕТИК  
ЎЗГАРИШЛАРНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА ЮҚОРИ  
МИКРОГНАТИЯНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.21 – Стоматология**

**ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ  
АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2020**

**Фан доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси хузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.2.PhD/Tib1240 рақами билан рўйхат олинган.**

Диссертация Тошкент давлат стоматология институтида бажарилган.

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

**Илмий раҳбар:**

**Ризаев Жасур Алимджанович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Jun-Young PAENG**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор (Жанубий Корея)

**Дусмухамедов Махмуджон Закирович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

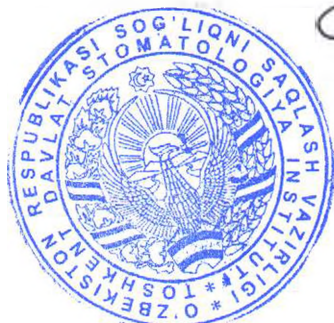
**Етакчи ташкилот:**

**Tokai Central Hospital (Япония)**

Диссертация химояси Тошкент давлат стоматология институти хузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2020 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100047, Тошкент ш., Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси 103-уй. Тел./факс: (+99871) 230-20-65; факс: (+99871) 230-47-99; e-mail: tdsi2016@mail.ru).

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

Диссертация автореферати 2020 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ тарқатилди.  
(2020 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).



**Н.К. Хайдаров**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси тиббиёт фанлари доктори

**Л.Э. Хасанова**

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

**О.Е. Бекжанова**

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

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Махаллий ва хорижий муаллифларнинг маълумотлари бўйича, «шаклланган тишловда аномалиялар частотаси 35-40%ни, катталарда кузатиладиган юқори жағ деформациялари эса 65%ни ташкил қилади...»<sup>1</sup>. Уларга кўпинча пастки макрогнатия билан бирга кечадиган юқори микрогнатия киради ва у одатда турли текисликлардаги тишловнинг бузилиши ва юзнинг эстетик камчиликлари билан кузатилади. Бундан ташқари, айрим беморларда юқори жағ катталигининг ўзгариши бурундан нафас олишга қийналиш, сурункали ринит, бурун олди синусларнинг яллиғланиши ва бурун- ва оғиз-халқумнинг бошқа патологик ўзгаришлари билан кечади. Ҳозирги кунда ушбу тоифадаги беморларни реабилитацияси мутахассисликлараро олиб борилади, унда асосий ўрин юз-жағ жарроҳига ажратилади. Юқори жағ деформацияларини жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш учун фрагментларни тўғри тишлов ҳолатига жойлаштириш кўзда тутиладиган юқори жағнинг тотал ва фрагментал остеотомиянинг турли усуллари кенг қўлланилади.

Сўнгги йиллардаги жаҳон статистикаси шуни кўрсатадики, турли хил генездаги юз-жағ аномалиялари бўлган беморлар сонининг ортиш тенденцияси мавжуд. Бу тоифа беморларига жарроҳлик ёрдам самарадорлигини ошишига бундай нуқсонлар этиологиясини ўрганиш, харроҳлик стоматологияси ва юз-жағ жарроҳлигидаги сўнгги ютуқларни қўллаган ҳолда даволаш усуллари ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш ёрдам беради. Охирги йилларда эрта жарроҳлик ёрдамини кўрсатиш концепциясига катта эътибор қаратилаётганлиги сабабли, скелет суяклари нуқсонлари ва деформацияларини бартараф қилишнинг энг тез ва кам жароҳатли усуллари топиш бўйича изланишлар, жарроҳларга ўз арсеналларини компрессион-дистракцион остеосинтез усули билан тўлдириш имконини берди.

Республикамизда бугунги кунда мазкур тоифадаги беморларни ташхислаш ва даволаш масалалари жуда яхши йўлга қўйилган бўлиб, кундалик клиник амалиётда беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари кенг жорий этилган ва қўлланилмоқда. Ушбу беморларга ортогнатик ва реконструктив операциялари, ортодонтик даволаш, косметик аралашувлар ўтказилади, лекин атрофидаги тузилмаларнинг ёндош функционал ва эстетик ўзгаришларига, шунингдек, уларнинг ҳаёт сифатини (ҲС) баҳолашга кам эътибор қаратилмоқда. Бу борада «...аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий қилиш, диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш

---

<sup>1</sup> С.А. Наумович. osobennosti-lecheniya-anomaliy-i-deformatsiy-zubochelyustnoy-sistemy-v-sformirovannom-prikuse.pdf

тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш... »<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар ташхислашга тизимли комплекс ёндашувни, тиш жағ-юз комплексини морфофункционал бутунлигини тиклашга ва турғун натижага қаратилган жарроҳлик даволаш усулини истиқболли режалаштириш ва беморнинг ҳаёт сифатини лозим бўлган даражада таъминлаш имкони яратилади.

Ушбу диссертация иши Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947-сонли фармони, 2017 йил 20 июндаги «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ-3071-сонли қарори, 2017 йил 29 декабрдаги «2018-2022 йилларда болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш давлат дастури тўғрисида»ги ПҚ-3440-сонли қарори, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устивор йўналишларига боғлиқлиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. “Тиббиёт ва фармакология” устивор йўналиши доирасида бажарилган.

**Муаммонинг ўрганганлик даражаси.** Юқори микрогнатия юз скелетининг энг кўп тарқалган дисгармонияси бўлиб, юзнинг ўрта соҳаси деформацияларини умумий сонининг 50% гача ташкил этади. Юқори ретромикрогнатиясининг клиник-рентгенологик кечишининг энг тўлиқ таърифи В.М.Безруков (1981) ишларида келтирилган. У томонидан қўлланилган юқори микрогнатия атамаси ЖССТ томонидан тасдиқланган ҳамда краниофациал комплекснинг барча эстетик ва морфофункционал ўзгаришларини акс этади. Юқори микрогнатия билан оғриган беморларда муаллифнинг сўзларига кўра, юқори жағнинг олдинги қисмининг торайиши бурун тўсиғигача олиб келиши мумкин. Муаллифнинг фикрига кўра, юқори микрогнатияли беморларда юқори жағнинг олд соҳасини торайиши кузатилади, бу эса бурундан нафас олиш қийинчиликларига олиб келади. Бундай ўзгаришларнинг сабаби юқори микрогнатияли беморларнинг бурун бўшлиғи тузилишининг хусусиятларига боғлиқдир. Бурун бўшлиғи ҳолатини чуқур ўрганиш ва оптимал жарроҳлик усулини ишлаб чиқиш бундай асоратларни бартараф этади. Худди шу фикрни Guenther T.A. et al., (1984) билдиришган; клиник тадқиқотлар маълумотига кўра, юқори жағнинг паст остеотомияси уни олдинга ва юқорига жойлаштириш орқали бажарилганда ноксимон тешик хажмининг камайиши ва бурундан нафас олишнинг

---

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

қийинлашуви юзага келади. Шу сабабли бундай операция натижаларига беморларнинг эстетик талабларини ортиши туфайли клиницистларнинг эътибори юқори жағ деформацияли беморларда буруннинг ташқи эстетикаси ва унинг морфофункционал ҳолатини ўрганишга қаратилди. Юқори микрогнатияда ташқи бурун эстетикаси ва унинг функцияларини ўрганган В.И. Гунько, А.В. Калмиков (2002) Безруков бўйича юқори жағни тотал остеотомиясини такомиллаштиришди.

Кейинчалик, кўшма жағ деформацияли, яъни юқори микрогнатия ва пастки макрогнатияли беморларда, бурун бўшлиғининг морфофункционал ўзгаришлари турли текисликлар ва юзнинг тузилиш мансублиги билан тўғридан тўғри боғлиқликка эгаллиги исботланди. (А. Абдукадиров, 2007). Рентгенологик ва ринопневмометрик текширув усуллари шуни кўрсатдики, бурундан нафас олиш қийинчилиги ноксимон тешикнинг торайиши, пастки бурун чиғаноқларининг гиперплазияси, бурун бўшлиғи тубининг гумбазсимон шишиши ва олдинги бурун суягининг кескин ривожланиши билан асосланади. Ноксимон тешикнинг торайишини бартараф этиш ва бурундан нафас олишини тиклаш учун бурун бўшлиғини кенгайтириш билан остеотомия усули ишлаб чиқилган (В.М. Безруков, В.И. Гунько, С.Г. Ананян, А.А. Абдукадиров, 1989). Операция қилинган беморларни 5-10 йил мобайнида кузатиш натижалари катталар ёшдаги беморларнинг 70%ида усул самарадор эканлигини кўрсатди. Беморларнинг бир қисмида гайморит, бурун тўсиғининг қийшайиши, бурундан нафас олиш қийинлиги ва жағлар деформацияларининг рецидивлари кузатилган. Эҳтимол, бу ҳодисалар синусидлардан ажралмаларнинг табиий оқиб чиқишини бузилиши сабабли ҳамда ўтказилган реконструктив операцияларнинг ўта травматиклиги билан боғлиқдир. Бурун тўсиғининг перфорацияси туфайли юзнинг ўрта соҳасидаги бўшлиқлардан ажралмаларнинг табиий оқиб чиқишини бузилиши юзнинг ўрта соҳаси яллиғланишига ва келажакда деформацияларга олиб келиши мумкин.

С.Н. Максудовнинг (2005) фикрига кўра, эрта болалик ва ўсмирлик даврида замонавий компьютер технологиялари ва ЛОР мутахассислари, ортодонт ва ортогнатик жарроҳлар иштирокида ўтказилган тадқиқотлар бурун суяги бўшлиғи скелет торайиши ва унинг функциясини бузилиш механизмини очиб бериш имкониятини беради. Эрта ортодонтик коррекция ва бурундан нафас олишни яхшиловчи операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ўтказиш, мазкур беморларда реабилитация даврини қисқартирувчи, кам травматик реконструктив операцияларга олиб келади. Бироқ, жағ деформацияси мавжуд катта ёшдаги беморлар учун бу масала ҳанузгача ҳал қилинмаган бўлиб қолмоқда, чунки ортодонтик аппаратларнинг таъсири жағ деформацияларнинг скелет шаклини тўғриланишига олиб келмайди.

Шундай қилиб, мавжуд илмий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, юз ўрта соҳасининг морфофункционал ва эстетик хусусиятини ҳисобга олган ҳолда юқори жағ остеотомиясининг турли усуллари кўрсатмаларни ишлаб чиқиш ҳамда замонавий ортогнатик хирургиянинг мураккаб

муаммоси бўлган хусусий аспектлар ёритилган операциядан кейинги профилактика чораларига бағишланган илмий ишларнинг кам ва Ўзбекистон Республикаси бўйича бундай илмий тадқиқотлар умуман ўтказилмаган.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилаётган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режаси билан мослиги.** Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ № 012000260 “Жароҳатлар, хирургик касалликлар ва ўсмаларни профилактикаси, ташхислаш ва даволашда замонавий технологияларини ишлаб чиқиш ва жарий қилиш” (2019-2023 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** юзнинг ўрта соҳаси ва бутун юз скелетининг морфофункционал ва эстетик ўзгаришларини инобатга олган ҳолда юқори микрогнатияни комплекс ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

юқори микрогнатияли беморларда юқори жағ комплекси ва бутун юз скелетининг морфофункционал ўзгаришларини ўрганиш;

юқори микрогнатияли беморларда бурун вентиляция функцияси ва унинг тикланиш динамикаси кўрсаткичларини ўрганиш;

юқори микрогнатияда (пастки макрогнатия билан бирга кузатилганда) юзнинг ўрта соҳасидаги морфофункционал ва эстетик ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда остеотомия усулини танлаш ва уни қўллашни асослаб бериш;

юқори микрогнатияли (пастки макрогнатия билан бирга кузатилганда) беморларда ортогнатик даволашнинг турли босқичларида юз ва ташқи буруннинг эстетик ўзгаришларини, шунингдек буруннинг вентиляция функцияси кўрсаткичларини баҳолаш;

морфофункционал, эстетик ўзгаришларни инобатга олган ҳолда диагностик, даволаш-профилактик чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш ва уларнинг самарадорлигини баҳолаш.

**Тадқиқотнинг объекти** бўлиб, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ва Самарқанд давлат тиббиёт институтининг хирургик стоматология ва юз-жағ жарроҳлиги клиник базаларига мурожаат қилган юқори микрогнатияли (пастки микрогнатия билан бирга) 67 нафар катта ёшдаги беморлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида юқори микрогнатияли (пастки макрогнатия билан биргаликда) беморларнинг фотосуратлари, нур усулли тадқиқотлар натижалари, жағлар моделлари ва ринспирометрия маълумотлари олинган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқод вазифаларини амалга оширишда клиник, антропометрик, рентгенологик, МСКТ, риноспирометрик ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланган ва жағлар моделлари биометрик ўрганилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ўрта типдаги юз тузилишдаги беморларда юқори жағ комплексининг ўзгаришлари асосан саггитал текисликда бурун бўшлиғи ва ҳалқум



торайишисиз кечиши белгиланган;

узайган-ботиқ типдаги юз тузилишли беморларда юқори жағ комплексининг ўзгаришлари сагиттал ва трансверзал текисликларда торайиши ҳамда бурун бўшлиғининг нисбатан торайиши ва юзнинг пастки соҳасини вертикал бўйича узайиши билан намоён бўлиши исботланган;

жуда узун юз типи бўлган беморларда юқори жағ комплексининг морфофункционал ўзгаришлари сагиттал, трансверзал ва вертикал ўлчамларнинг торайиши ҳамда юзнинг ўрта ва пастки соҳаларини нопропорционал узайиши ва бурундан нафас олишнинг кескин қийинлашуви билан намоён бўлиши асослаб берилган;

риноспометрия кўрсаткичларини таҳлил этишда, бу бузилишларда нафақат респиратор ўзгаришлар ва бурун бўшлиғининг аҳамияти аниқланган, балки бурундан нафас олишнинг тикланиши ҳам объектив баҳоланган;

юқори жағ комплекси ва бутун юз скелети деформацияларининг намоён бўлишини инобатга олган ҳолда, муқобил эстетик функционал натижаларга эришиш имкониятини берувчи, жағлар остеотомиясининг танланган ва модифицирланган усуллари кўллашни аҳамияти исботланган.

**Тадқиқотларнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

юқори микрогнатиянинг морфофункционал ва эстетик хусусиятлари аниқланган ва ўрганилган;

клиник амалиётда ишлаб чиқилган юқори микрогнатияни комплекс диагностика усулини кўллаш, аниқ ташхис қўйиш, тегишли мутахассислар иштирокида ҳар бир алоҳида ҳолатда оптимал даволаш вариантларини танлаш имконини бериши исботланган;

юқори микрогнатияли беморларда жағларни сагиттал текислик бўйича мос келмаслиги ва бурундан нафас олиш бузилмаган ҳолатларда анъанавий Ле-Фор-1 юқори жағ остеотомиясини ўтказиш асослаб берилган;

ёноқ ва параназал суяклар яхши ифодаланмаган ҳолатларда Ле-Фор-1 ва 2 сатҳидан Безруков бўйича юқори жағ комплексининг остеотомиясини ўтказиш асослаб берилган;

юқори микрогнатияда бурун ва ҳалқум бўшлиқларининг олд қисмини қисман торайганида олд бурун суяги резекцияси ва бурун тубини олд соҳасини кенгайтириш йўли билан юқори жағ остеотомиясини ўтказиш асослаб берилган;

юқори микрогнатия пастки макрогнатия билан бирга кузатилган барча ҳолатларда жағларнинг бимаксилляр остеотомиясини ўтказиш лозимлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган замонавий, бир-бирини тўлдирувчи текшириш усуллари услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, клиник, антропометрик, рентгенологик, статистик таҳлил усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек даволаш натижалари ҳалқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, олинган натижаларнинг хорижда олиб борилган нуфузли тадқиқот натижалари билан ҳамоҳанглиги ҳамда ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлангани билан асосланади.

### **Тадқиқот натижаларини илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти, юқори микрогнатияли беморларда юқори жағ комплекси ва юз скелетини цефалографик ўрганиш ва тегишли мутахассислар иштирокида диагностик комплекс схемаларни яратиш юз-жағ соҳасининг ўзига хос эстетик, морфо-функционал ва бошқа патологияларини аниқлаш имкони билан изоҳланади. Ортогнатик операциялар учун ишлаб чиқилган кўрсатмалар схемаси юзнинг турли тузилиш типларида юқори микрогнатияли беморларнинг юқори жағ комплекси хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик коррекциясининг адекват усулларини танлаш имконини беради.

Диссертациянинг амалий аҳамияти шундаки, операцияларнинг модификацияланган вариантлари бурун ва юз ўрта зонасининг аниқ бўлмаган рельефида яхши эстетикани яратади, гаймор бўшлиқларидан экссудатнинг яхши чиқишини таъминлайди, ўрта чизик бўйлаб бурун тусиғини ва бурундан нафас олишни тиклайди.

**Тадқиқот натижаларининг жорий этилиши.** Юқори жағ комплекси ва юзнинг бутун скелетини клиник-рентгенологик маълумотларини инобатга олган ҳолда ишлаб чиқилган диагностика ва даволаш алгоритми асосида:

“Юқори микрогнатияли беморларда бурундан нафас олишни тикланишини баҳолашда риноспирографиянинг диагностик имкониятлари” услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 18 июндаги 8н-р/155-сонли маълумотномаси). Мазкур услубий кўрсатма юқори микрогнатияли беморларда бурундан нафас олишни бузилишини аниқлаш мақсадида спирографиянинг модификацияланган усулини – риноспинографияни қўллаш имконини берган;

“Юқори ретромикрогнатияни хирургик даволашни операция олди режалаштириш” услубий кўрсатма тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 18 июндаги 8н-р/156-сонли маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма антропометрия, фотометрия, кефалометрия, 3Д моделлаш, анатомик элементларни ўлчаш каби замонавий текшириш усулларини операция мобайнида қўллаш имконини берган, бу ўз навбатида беморларни даволаш натижаларини яхшиланишига олиб келган;

олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётида, жумладан, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ва Самарқанд давлат тиббиёт институти хирургик стоматология кафедраларининг ўқув жараёнига, 7-шаҳар клиник касалхонаси ва Самарқанд шаҳри шаҳар тиббиёт бирлашмасининг юз-жағ жарроҳлиги бўлимининг амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 13 июлдаги 8н-д/90-сонли маълумотномаси). Олинган натижаларни клиник амалиётга жорий қилиниши юқори микрогнатияли беморларда яқин ва узоқ операциядан кейинги даврларда асоратлар сонини камайтириш, беморларни стационарда даволаниш муддатларини қисқартириш имконини берди.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 9 илмий- амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 7 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича 20 илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этишга тавсия этилган илмий нашрларда 6 та илмий мақола, жумладан, 3 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 126 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертация тадқиқоти замонавий ортогнатик жарроҳликнинг долзарб муаммосини ҳал этишга, хусусан, пастки макрогнатия билан бирга учрайдиган юқори микрогнатияни комплекс ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришга бағишланган. **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 очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

**“Юқори микрогнатиянинг этиологияси, патогенези ва клиник кўринишлари”** деб номланган диссертациясининг биринчи боби адабиётлар шарҳига бағишланган. Бу ерда хронологик тартибда юқори микрогнатиянинг этиологияси, патогенези, тарқалганлиги, клиник кўринишлари, диагностикаси ва даволаш усулларига бағишланган илмий ишлар ёритилган ва таҳлил қилинган. Етарли миқдордаги илмий манбаларни таҳлил қилиб, муаллиф уларнинг афзалликлари ва камчиликларини аниқлаган ҳамда ортогнатик жарроҳликнинг ушбу долзарб масаласи бўйича тадқиқотларни давом эттириш заруриятини асослайди.

Диссертациянинг иккинчи **“Тадқиқот объектлари ва материаллари, қўлланиладиган усулларнинг тавсифномаси”** деб номланган бобида юқори микрогнатияли беморларда юқори жағ комплекси ва бутун юз скелетининг энг кўп хос бўлган эстетик ва морфофункционал ўзгаришларни аниқлаш имконини берган тадқиқот усуллари ва клиник материал таърифи келдирилган.

Тадқиқот 2008 йилдан 2020 йилгача бўлган давр мобайнида Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ва Самарқанд давлат тиббиёт институтининг хирургик стоматология ва юз-жағ жарроҳлиги клиник базаларида олиб борилди. Юқори микрогнатияли 67 бемор комплекс текширилган ва даволанган, уларнинг 35 нафариди (52,2%) пастки макрогнатия ҳам кузатилган. Беморлар 38 нафар аёллар ва 29 нафар эркеклар, мурожаат қилган беморларнинг аксарияти 17-30 ёш оралиғида бўлиб, аёллар (56,7%) эркекларга нисбатан кўпроқ (43,2%) (1-жадв).

## Беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши

Ёши	эркаклар		аёллар		жами	
	абс	%	абс	%	абс	%
17-20	14	20,8	21	31,3	35	52,2
21-30	10	14,9	12	14,9	22	32,8
31-40	5	7,4	4	5,9	10	14,9
40 дан катта	-	-	1	1,5	1	1,5
жами	29	43,2	38	56,7	67	100

Барча беморлар ишлаб чиқилган схема бўйича текширилди ва турли мутахассисларнинг иштирокида комплекс даволаш ўтказилди. Кўриклар операциядан олдин ва операциялардан кейинги даврларда: 8 кун, 8 ҳафта, 6 ой ва 12 ойда ўтказилди.

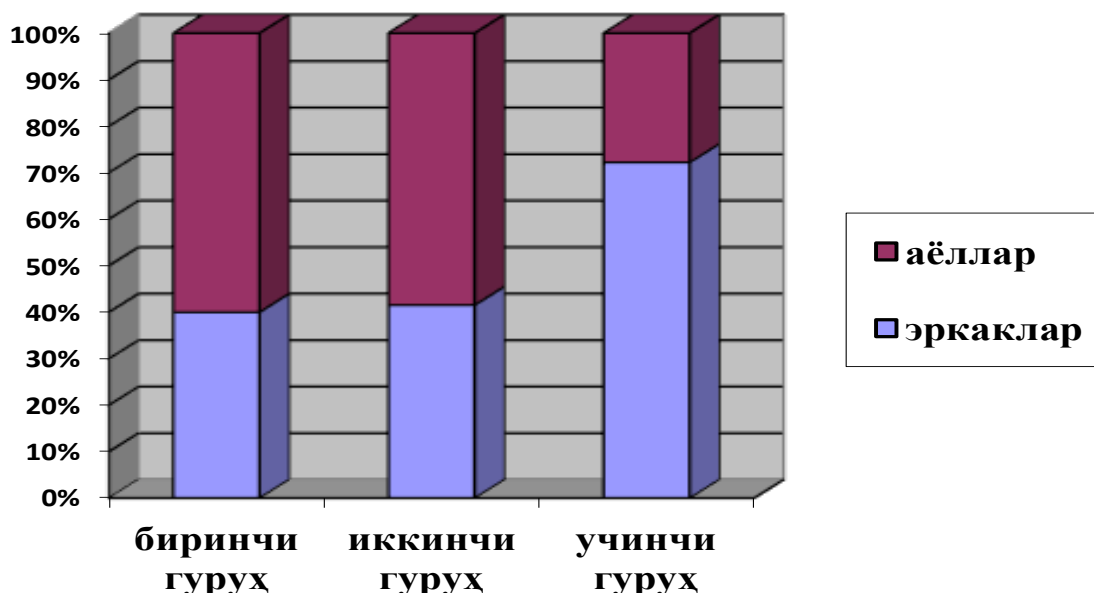
Юзнинг эстетик улушларини ўрганиш Arnett/McLaughlin усули бўйича бемор бошининг табиий ҳолатида, жағларнинг марказий нисбати ва бўшашган лаблар ҳолатида олд ва ён томонларидан амалга оширилди. Бу текшириш усули фотометрик текшириш усули билан тўлдирилди. Бунинг учун олд ва ён тарафдан олинган беморларнинг суратлари умумқабул қилинган усул бўйича ўлчанди. Лекин умумқабул қилинган усулдан фарқли равишда барча ўлчашлар компьютерда янада аниқроқ бажарилиб, ҳар бир алоҳида ҳолат учун индивидуал оптимал мувозанат яратилди. Барча тадқиқотлар операциядан олдин, операциядан кейин ва кузатувнинг кечиктирилган даврларида- олти ой ва ҳар йили икки йилдан 5 йилгача муддат мобайнида амалга оширилди. Юқори микрогнатияли беморларда ёки уни пастки макрогнатия билан бирга кечиш ҳолатларида комплекс даволашнинг турли даврларида жами 8375 антропометрик ўлчовлар ўтказилди.

Рентгенологик текширув операциядан олдин ва операциядан кейинги турли даврларда ўтказилди. Кенглик ўлчамларидан қуйидаги параметрларни ўлчаш ўтказилди: бош суяги кенглиги, ёноқ суяклари соҳасида юз кенглиги, юқори жағ кенглиги, пастки жағ бурчаклари соҳасида юз кенглиги. Умумий миқдорда 3400 та телерентгенограмма (ТРГ) ва мультиспирал компьютер томография (МСКТ) ўлчовлари бажарилди. Шунингдек, юз ва тишловнинг оптимал эстетик мувозанатини 35та ТРГ ва 32та МСКТ моделлаштириш ўтказилди.

Олинган натижаларнинг статистик ишлови Стьюдент (t-тест) мезонлари ҳамда ва Microsoft Excel 2007 дастури ёрдамида шахсий компьютерда корреляцион таҳлил ёрдамида амалга оширилди.

Диссертациянинг **“Юқори микрогнатияли (пастки макрогнатия билан) беморларнинг умумий клиник-рентгенологик тавсифномаси”** деб номланган учинчи бобида клиник-рентгенологик текширувларнинг маълумотлари келтирилган. Тавсия этилган схема бўйича комплекс текшириш

натижалари шуни кўрсатдики, юз тузилиши ва тишловнинг ўхшашига қарамай, юз скелетининг эстетик ва морфофункционал кўрсаткичларига кўра юқори микрогнатияли беморлар уч гуруҳга бўлинган (1-расм).



**1-расм. Беморларни гуруҳлар ва жинси бўйича тақсимланиши**

Биринчи гуруҳ беморлари юзнинг ўрта соҳасини ичига ботиши сабабли эстетик нуқсон, прикуснинг бузилиши, овқатни тишлаш ва чайнаш қийинчиликлари шикоятлари билан қабул қилинган. Анамнезидан аниқландики, барчасида нуқсонлар наслий генезга эга бўлган.

**2-жадвал**

**Биринчи гуруҳнинг асосий шикоятлари ва клиник белгилари**

Шикоятлар	n=12 (%)
Юзнинг эстетик нуқсони	12 (100)
Тишловнинг бузилиши	12 (100)
Овқатни тишлаш ва чайнаш қийинчиликлари	11 (91,6)
Наслий генез	12 (100)
Жағ деформацияларининг биринчи белгилари намоён бўлган	5±1,0 ёшда
Деформация ва прикуснинг бузилиш сезиларли бўлган	13±1,0 ёшда
Ортодонтга даволаниш учун мурожаат қилган	11 (91,6)
Ортодонтик даво олган	7 (58,3)

Бу гуруҳ беморларида юқори микрогнатия келиб чиқишининг этиологик омили наслийликдир (2-жадвал). Руҳий саломатлик ҳолати бўйича уларда нормал эстетик ҳис бўлган ва мурожаатнинг асосий сабаби юзнинг эстетик камчиликларини бартараф этиш эди. Юқори жағ комплекси ва бутун юз скелетининг асосий эстетик ва морфофункционал ўзгаришлари фақат юқори жағнинг сагиттал ўлчамининг сезиларли даражада камайиши билан боғлиқ. Юқори жағ комплексининг бундай минимал диспропорцияси ёндош анатомик тузилмаларнинг патологик ўзгаришларисиз кечади, буни мазкур

гуруҳ беморларида комплекс ортогнатик даволашни режалаштиришда ҳисобга олиш лозим (2, 3-расмлар).



**2-расм. Юқори жағ комплексининг сагиттал ўлчамлари камайган юқори микрогнатияли бемор сурати**



**3-расм. Юқори жағ комплексининг сагиттал ўлчамлари камайган юқори микрогнатияли беморнинг ён томон телерентгенограммаси ва юз ўрта соҳаси зонограммаси сурати**

2-гуруҳдаги барча 17 нафар беморнинг асосий шикояти бу – пастки жағ даҳан соҳасини олдинга бўртиши сабабли юзнинг эстетик нуқсони. Бундан ташқари, овқатни тишлаш ва чайшаш қийинчилигини, бир қисм беморлар (7 нафар (41,1%) эса бурундан нафас олиш қийинчилигини таъкидлашган (3-жадв.).

## Иккинчи гуруҳнинг асосий шикоятлари ва клиник белгилари

Шикоятлар ва клиник белгилар	n=17 (%)
Юзнинг эстетик нуқсони	17 (100%)
Овқатни тишлаш ва чайнаш қийинчиликлари	16 (94,1%)
Бурундан нафас олиш қийинчилиги	7 (41,1%)
Наслий генез	17 (100%)
Ортодонтга даволаниш учун мурожаат қилган	17 (100%)
Даво пастки жағ ақл тишларини олиш билан кечган	7 (41,1%)
Ортодонт тавсиялари бажарилмаган ва даволашни давом эттиришдан бош тортган	11 (64,7%)
Лор операциялари билан бир қаторда рационал ортодонтик даво олган	5 (29,4%)
Бурундан нафас олишни яхшилаш бўйича операциялар ортодонт иштирокисиз ўтказилган	5 (29,4%)
Психолог маслаҳатида руҳий саломатлиги нормал ҳолатга мос бўлган	8 (47,0%)
Психолог маслаҳатида руҳий саломатлиги эстетик ҳиснинг гипертрофик шаклига мос бўлган	9 (52,9%)

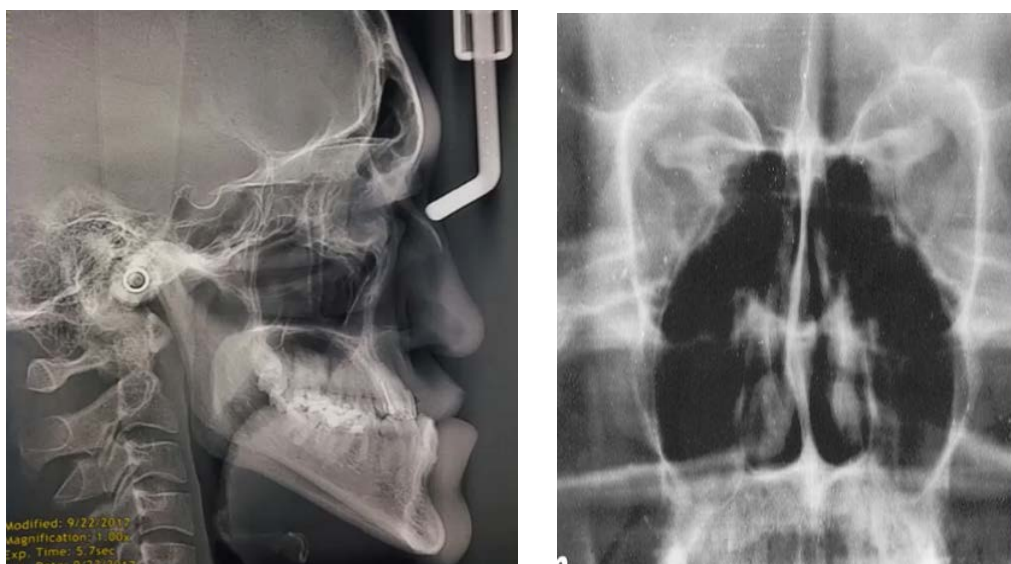
Психолог ўабулида эстетик ҳис меъёрий ҳолатига (47,5%) ва гипертрофияланган шаклга (52,9%) мос бўлганлиги қайд этилган. Ташки кўриқда юзнинг ўрта соҳасини ичига ботиши ва пастки жағ даҳан соҳасини олдинга бўртиши ҳисобига юзнинг эстетик пропорциялари бузилганлиги кузатилган. Ён тарафдан юз ичкарига ботган ҳолатда, юзнинг ботиш бурчаги барча ҳолатларда 190° дан ошади, бу эса жараёнга юзнинг ўрта ва пастки соҳаларини жалб этилганидан далолат беради. Гарсон формуласи ёрдамида юзнинг типик мансублигини ҳисоблаш кўрсаткичи 92 ва ундан юқорини кўрсатмоқда, бу юз типини ботиқ-чўзинчок эканлигидан далолат беради.

Мазкур гуруҳ беморларида юқори микрогнатиянинг юзага келишини этиологик омили бўлиб наслийлик ҳисобланади ва у барча ҳолатларда пастки макрогнатия билан бирга кузатилган. Руҳий саломатлик ҳолати бўйича уларда меъёрий ва гипертрофияланган эстетик ҳис кузатилган ва мурожаатнинг асосий мотивацияси юзнинг эстетик нуқсонини бартараф этиш бўлган. Мутахассислар иштирокида рационал ортодонтик давони ўтказиш тиш қаторлари деформациясини тўғриланишига ва бурундан нафас олишни тикланишига олиб келади, лекин скелет даражасида жағлар деформациясини координал равишда тўғриланишига олиб келмайди. Юз скелетининг аниқланган эстетик ва морфофункционал ўзгаришлари сагиттал ва трансверсал текисликлар бўйича юқори жағ комплексининг торайиши ҳамда пастки жағ ўлчамларини кенгайган бурчакларининг катталашиши билан асосланади. Бундай ўзгаришлар қисман бурун йўллари торайиши ва қисман бурундан нафас олиш қийинчилигига олиб келади (4-, 5-расм).





**4-расм. Юқори жағ комплекси сагиттал ва трансверсал юзалари бўйича торайган беморнинг олд, ён тарафдан кўриниши ва тишлови суратлари.**



**5-расм. Юзнинг пастки соҳаси узайган ҳамда сагиттал ва трансверсал юзалари бўйича юқори жағ комплекси торайган беморларнинг телерентгенограммаси ва юзнинг ўрта соҳаси зонограммаси сурати**



3-гурӯҳ беморлари кўпчиликини ташкил этиб, 38 нафар эди. Уларда деформацияларни келиб чиқиши наслий эди. Асосий шикоятлари бу – юзнинг ўрта соҳасини орқага ботиши, пастки жағ даҳан соҳасини олдинга бўртиши ва юз шаклининг чўзиқлиги сабабли юзнинг эстетик нуқсони. Шунингдек, улар тишловнинг бузилиши, овқатни тишлаш ва чайнашга қийналишганига ҳам шикоят қилишган. Қолган иккита гуруҳ беморларидан фарқли равишда бу гуруҳ беморларининг барчаси бурундан нафас олишни турли даражадаги қийинчиликларига шикоят қилишган. Лекин, беморларнинг тиббий ёрдамга мурожаат қилишларининг асосий мотивацияси жағлар деформацияси туфайли юзага келган юз нуқсонини тўғрилаш бўлган (4-жадв.).

#### 4-жадвал

#### Учинчи гуруҳнинг асосий шикоятлари ва клиник белгилари

Шикоятлар ва клиник белгилар	n=38 (%)
Юзнинг эстетик нуқсони	38 (100)
Овқатни тишлаш ва чайнаш қийинчиликлари	34 (84,4)
Бурундан нафас олиш қийинчилиги	26 (68,4)
Наслий генез	38 (100)
Ортодонтга даволаниш учун мурожаат қилган	38 (100)
Бурундан нафас олиш вақтинчалик яхшилانган	31 (81,5)
Лор операциялари ортодонтик даво билан бирга ўтказилиб, оғиз бўшлиғи санацияси ва ортодонтик даво давомийлигидан келиб чиққан ҳолда тишларни режали олинishi бажарилган	7(18,4)

Ўтказилган операциялар натижасида 31 нафар беморда бурундан нафас олиш вақтинчалик тиклангани қайд этилди. ЛОР операциялари ортодонтик даво билан бирга ўтказилиб, оғиз бўшлиғи санацияси ва ортодонтик даво давомийлигидан келиб чиққан ҳолда тишларни режали олинishi бажарилган 7 нафар беморда нормал нафас олиш тикланди ва юз эстетикасини бироз яхшиланиши билан намоён бўлган тиш ёйининг кенгайиши кузатилган. Бироқ, тишловнинг ва юз эстетиканинг тўлиқ тикланиши биронта ҳам беморда қайд этилмаган. Беморлар ортодонтлар тавсияси билан ортогнатик жарроҳларга жарроҳлик усулда даволаниш учун йўлланган (6-расм).





**6-расм. Юқори жағ комплексининг торайиши ҳамда юзнинг ўрта ва паст соҳаларини непропорционал узайиши кузатилган беморнинг юзи ва МСКТ сурати, а – профиль б-МСКТ ва с-тишлов**

Мазкур гуруҳ беморлари ортодонтик статусининг таҳлили шуни кўрсатдики, беморлар томонидан даво режасига амал қилмаслик ва бу деформацияларнинг скелет табиати сабабли ортодонтик даво кўп ҳолларда самарасиз бўлди. Фақатгина ортодонт, оториноларинголог ва оғиз бўшлиғи жарроҳининг иштироки ортогнатик давони ўтказишда оптимал шароит яратиши мумкин (7-расм).



**7-расм. Учинчи гуруҳ беморларида жағлар моделини биометрик ўрганиш (%да)**

Учинчи гуруҳ беморларининг ЛОР статусни ўрганиш. Эндоскопик текширувда барча беморларда бурун бўшлиғининг олд қисмини торайиши, шиллиқ вават ва пастки бурун чиғаноқларининг гипертрофия кузатилган. Деярли барча беморларда бурун тўсиғининг «S» «F» «C» симон қийшайишлари аниқланган. Бу беморларда МСКТда гаймор бўшлиқлари яллиғланиши ва кисталарнинг мавжудлиги қайд этилган. 15 нафар беморда бодомчаларнинг катталиши ва сурункали тонзилит қайд этилган. 8 нафар

беморда танглай бодомчалари соҳасида операциядан кейинги чандиқлар кузатилган. Риноспирометрияда хаво ўтишини нормадан 65%га камайгани кузатилган, бу мазкур гуруҳ беморларида бурундан нафас олиш қийинчиликлари ҳақида далолат беради.

Тузилган схема бўйича ўтказилган тадқиқот натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, бу гуруҳ беморларида касалликни келиб чиқишининг этиологик омили бу наслийликдир ва у доимо пастки макрогнатия билан бирга кечади. Руҳий саломатлик ҳолати бўйича улар нормал ва гипертрофик ҳисга эга бўлишган ва уларнинг мурожаат қилишларининг асосий мотивацияси юзнинг эстетик деформациясини туғрилаш бўлган. Юз скелетининг аниқланган эстетик ва морфофункционал ўзгаришлари юз ўрта ва пастки соҳаларининг вертикал ўлчамларини нопрпорционал катталашуви, юқори жағ комплексини сагиттал ва трансверсал текисликлар бўйича торайиши ҳамда бурчаклари ташқарига эгилган пастки жағ ўлчамларининг катталашуви билан изоҳланади. Бундай ўзгаришлар бурун ва бурун-ҳалқум йўллариининг сезиларли торайишига, бу эса бурундан нафас олишнинг кескин қийинчилигига олиб келади.

Шундай қилиб, катта ёшдаги беморларда юқори микрогнатия турли даражадаги психоэмоционал бузилишларга олиб келади ҳамда юз скелетининг эстетик ва морфофункционал ўзгаришлари бўйича фақатгина сагиттал, сагиттал ва трансверзал, сагиттал, трансверсал ва юқори жағ комплексининг вертикал ўлчамларини катталашуви билан асосланиши мумкин ва кўпгина ҳолларда пастки микрогнатия билан бирга кечади, буни эса комплекс даволашни режалаштираётганда инобатга олиш лозим.

**Диссертациянинг “Жағларнинг кўш деформацияси билан беморларни операциясига кўрсатмалар ва режалаштириш тамойиллари”** деб номланган тўртинчи бобида пастки макрогнатия билан бирга кечган юқори микрогнатияни жарроҳлик усулида даволашнинг асосий босқичлари ва тамойиллари келтирилган.

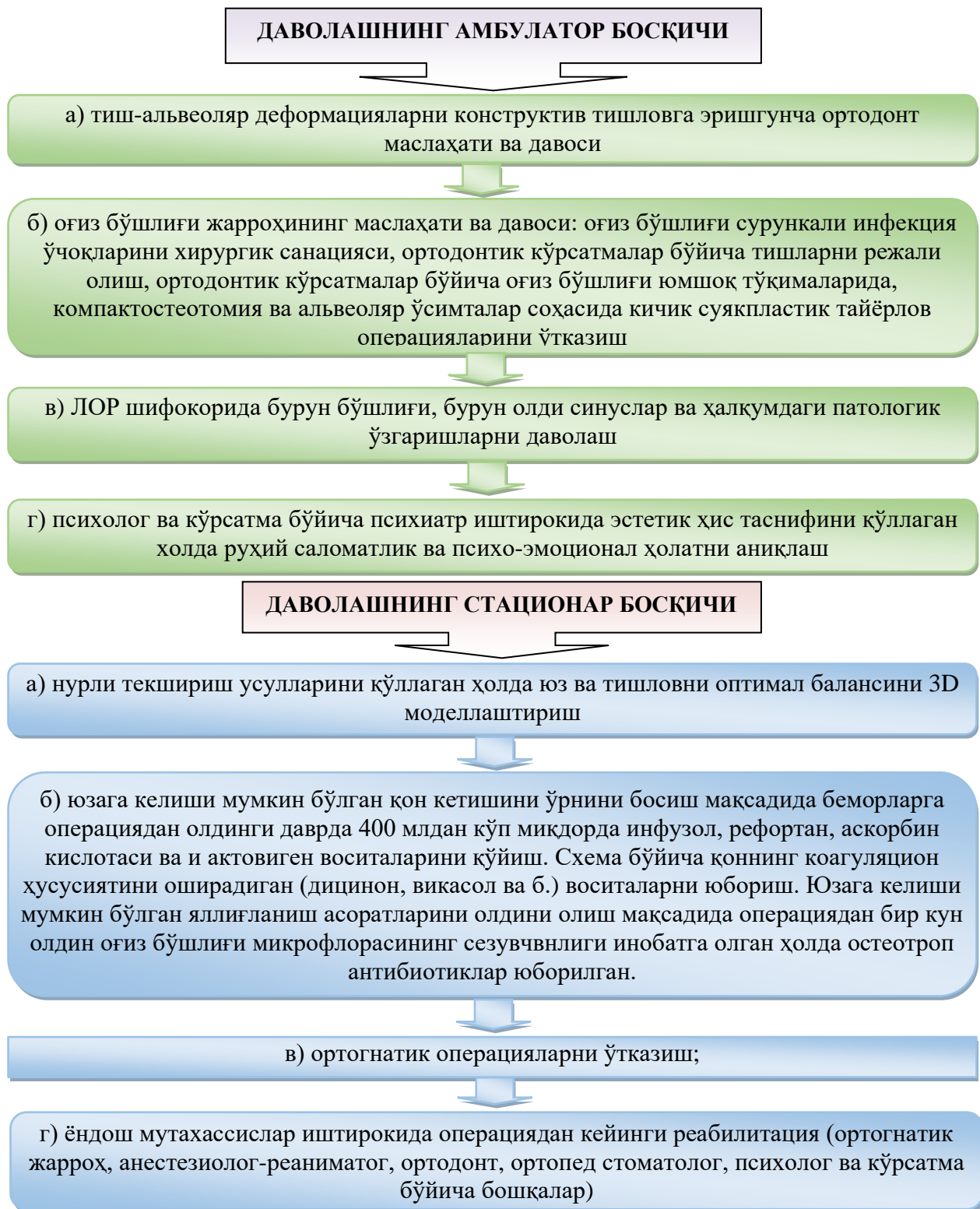
Пастки макрогнатия билан бирга кечган юқори микрогнатияли беморларни комплекс даволаш ишлаб чиқилган схема бўйича икки босқичда ўтказилган бўлиб, у ортогнатик жарроҳ, анестезиолог, ортодонт, оғиз бўшлиғи жарроҳи, ЛОР шифокори, психолог ва кўрсатма бўйича бошқа мутахассислар иштирокини талаб этади (8-расм).

Даволашнинг амбулатор босқичида ортодонт, оғиз бўшлиғи жарроҳи, ЛОР шифокори, психолог ва кўрсатма бўйича бошқа мутахассислар иштироки амбулатор-поликлиника бўғини даражасида лозим бўлади.

Стационар босқич: ортогнатик жарроҳ, анестезиолог, ортодонт, ортопед стоматолог, психолог ва кўрсатма бўйича бошқа мутахассислар иштирокини стационарда талаб қилган. Юқори микрогнатияни пастки макрогнатия билан биргаликда кўп учраши сабабли, беморларни жарроҳлик усулда даволашни ҳар бир гуруҳ беморлари юзларининг типик мансублиги ҳамда юқори жағ комплекси ва бутун юз скелетининг эстетик ва морфофункционал ўзгаришларини инобатга олган ҳолда ўтказилган.

Шундай қилиб, тўртинчи бобда жарроҳлик даволашни ўтказилишининг усуллари ва тамойиллари батафсил ва босқичма-босқич ёритиб берилган.

Диссертациянинг бешинчи **“Юқори жағ комплекси ва бутун юз скелетининг эстетик ва морфофункционал ўзгаришларини инобатга олган ҳолда юқори микрогнатияни ортогнатик даволаш”** бобида ўтказилган даво чораларининг натижалари батафсил баён этилган.



**8-расм. Қўшма деформацияли беморларни комплекс даволаш схемаси**

Ушбу тоифадаги беморларни даволашнинг асосий мақсади бўлиб, бошқа функционал бузилишларни бартараф этиш билан юз ва тишловнинг оптимал эстетик мувозанатига эришиши ҳисобланади. Ортодонт, оғиз бўшлиғи жарроҳи, ЛОР шифокори ва бошқаларнинг иштирокида юз-жағ соҳасини комплекс тайёрлаш натижасида жарроҳлик даволаш босқичини муваффақиятли ўтказиш учун оптимал шароит яратилди (5-жадвал).

## 5-Жадвал



### Юқори микрогнатияни ёки уни пастки микрогнатия билан биргаликда учрашида ортогнатик даволаш турлари

**Юқори жағ комплексининг сагиттал ўлчамлари сезиларли даражада торайган юқори микрогнатияли беморларни даволаш натижалари:**

Мазкур гуруҳга пастки жағнинг ўлчамлари меъёрий катталиқда бўлган юқори жағ ўлчами сагиттал камайган 12 нафар бемор киритилган. Тиш ёйларининг мос эмаслиги 5 мм гача бўлган ва асосан юқори жағ ўлчамларининг камайиши билан ифодаланган. Бешта беморда шунингдек буруннинг кенгалиги ва асосини эгар кўринишида ботиши қайд этилган. Ортогнатик операцияга асосий кўрсатмалари юзнинг ўрта соҳасини ботиши ҳисобига юзнинг эстетик нуқсони, ёноқ ва параназал суякларнинг яхши ифодаланмаганлиги бўлган. Функционал кўрсаткичлардан фронтал соҳада тиш ёйларининг мос келмаслиги, овқатни тишлаш ва чайнашдаги қийинчиликларни кўрсатиш мумкин. Юз скелети деформациясининг умумий индивидуал морфофункционал ва эстетик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, жағлар остеотомияси ортогнатик усуллари танлаш ва бажариш ҳамда операциядан кейинги даврда ортодонтик даволашни давом эттириш юқори микрогнатияли эришишга ва юқори жағ

комплекси сагиттал ўлчамлари кичрайган барча беморларни даволашда яхши эстетик ва функционал натижаларга олиб келди:

1. Юқори жағ комплекси сагиттал ўлчамларини кискарган, ёноқ ва параназал соҳалар аниқ ифодаланмаган юқори микрогнатияли беморларда бурун бўшлиғи латерал деворидан гаймор бўшлиғига ойначалар ҳосил қилиш билан бажариладиган юқори жағни Безруков бўйича остеотомиясини ўтказиш тавсия этилади.

2. Юқори жағнинг айнан шундай деформациясида бурун белини эгар кўринишида ботиши бўлганда бу операция кўшимча тарзда аутотоғай ёки имплант қўлланган ҳолда бурун бели тўғриланиб бажарилади.

3. Юқори жағ комплекси сагиттал ўлчамларини кискарган, ёноқ ва параназал соҳалар етарли даражада ифодаланган юқори микрогнатияли беморларда деформацияни тўғрилаш мақсадида Ле Фор-1 остеотомияси тавсия этилади.

**Сагиттал ва трансверсал юзалар бўйича юқори жағ комплексининг ўлчамлари торайган, пастки макрогнатия билан учрайдиган юқори микрогнатияли беморларни даволаш натижалари:**

Бу гуруҳга юқори жағ комплексининг сагиттал ва трансверсал ўлчамлари камайган, пастки жағни кенгаши билан учрайдиган 17 бемор киритилган. сагиттал тексиликлар бўйича тиш ёйларининг мос келмаслиги 5 мм дан 12 мм гача бўлган, асосан сагиттал ва трансверзал текисликларда юқори жағ комплекси ўлчамларининг кичрайиши ва пастки жағнинг катталиши билан ифодаланган. 11 нафар беморда бурун қанотлари асоси соҳасида торайган баланд бурун шакли кузатилган. Ортогнатик операцияларга асосий кўрсатма бўлиб, юзнинг ўрта соҳасини ботиши, пастки соҳасини олдинга бўртиши сабабли юзнинг эстетик нуқсони бўлган. Функционал кўрсаткичлардан шуларни кўрсатиш мумкин: жағларнинг фронтал қисмида тиш ёйларини мос келмаслиги, овқатни тишлаш ва чайнашдаги қийинчиликлар. Бундан ташқари 7 нафар беморларда бурундан нафас олиш қийинчиликларига шикоятлар бўлган. Бунинг натижасида аниқланди:

1. Юқори жағ комплексининг сагиттал ва трансверзал ўлчамлари торайган юқори микрогнатияни жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш учун бурун олд суягини олиб ташлаш билан бажариладиган Гунько бўйича юқори жағ остеотомиясини қўллаш мақсадга мувофиқ.

2. Юқори жағ комплексининг сагиттал ва трансверзал ўлчамлари торайган юқори микрогнатияни жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш учун бурун олд суягини олиб ташлаш ва бурун бўшлиғи тубини резекция қилиш билан бажариладиган Гунько бўйича юқори жағ остеотомиясини қўллаш тавсия қилинади.

3. Юқори жағ комплекси торайган юқори микрогнатия пастки макрогнатия билан учраганда Гунько операцияси билан пастки жағ шохини вертикал субкондилляр остеотомия комбинациясини қўллаш тавсия этилади.

**Сагиттал ва трансверсал юзалар бўйича юқори жағ комплексининг ўлчамлари торайган ва юзнинг ўрта ва пастки соҳалари узайган юқори микрогнатияли беморларни даволаш натижалари:**



Пастки жағ остеотомияси билан бирга бурун суяк бўшлиғини кенгайтириш билан ўтказилган юзнинг ўрта ва пастки соҳаларининг барча текисликларида деформацияларни бартараф этишга ва оптимал тишловга эришишга олиб келди. Бундан ташқари, бу усулнинг фойдаланиш мазкур гуруҳ беморларида бурундан нафас олишни, бурун ва бутун юзининг эстетик параметрларини тўлақонли тикланишига олиб келади, бу яратилган схема бўйича операциядан олдиндан ва кейинги кўрикларнинг натижалари билан тасдиқланади. Бурун суяк бўшлиғининг кенгайтириши билан юқори жағнинг мультисегментар остеотомиясининг модифицирланган усули жағлар фронтал соҳасида очик тишловни бартараф этишга, бурундан тўлақонли нафас олишга, чайнаш ва юзнинг эстетик параметрларини яхшиланишига олиб келди. Ушбу усулларни пастки жағ шохларини даҳан соҳасидаги остеотомия усуллари билан бирга ўтказилиши бутун юз скелетининг функционал ва эстетик кўрсаткичларини уйғунлаштирувчи юзнинг пастки соҳасини барча текисликларда деформацияларини бартараф қилишга олиб келди. Даволашнинг кейинги кечиктирилган кузатув натижалари 6 ойдан 12 йилгача ташкил этди. Кузатилган давр мобайнида барча қайта кўриқдан ўтказилган беморларда эришилган эстетик ва функционал натижалар сақланиб қолгани қайд этилган, бу ўз навбатида уларни мамлакатимиз юз-жағ жарроҳлиги бўлимларида қўлланилиши учун тавсия қилиш имконини беради:

1. Бурун суяк бўшлиғини кенгайтириш билан юқори жағнинг остеотомияси сагиттал ва трансверсал текисликларда юқори жағ комплексининг торайиши ва юзнинг ўрта соҳасини номутаносиб узайган юқори микрогнатияни жарроҳлик йўли билан даволаш учун тавсия этилади. Уни пастки макронатия билан бирга учраганида пастки жағ шохларининг вертикал ёки тескари “L” – шаклидаги остеотомияни бир вақтда бажарилиши лозим.

2. Бурун бўшлиғини кенгайтириш билан юқори жағнинг мультисегментар остеотомияси очик тишловга сабаб бўлувчи, юқори жағ дистал соҳасининг узайиши билан кузатиладиган юқори жағ комплекси торайган юқори микрогнатияда тавсия этилади. У пастки макронатия билан бирга учраганида гениопластика ёки пастки жағ шохларининг остеотомиясини ўтказиш тавсия этилади.

## ХУЛОСАЛАР

**«Юзнинг ўрта зонасида морфофункционал ва эстетик ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда юқори микрогнатияни ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш»** мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Ўтказилган рентгенологик ва цефалометрик тадқиқотлар асосида юқори микрогнатияли беморларда қуйидаги эстетик ва функционал ўзгаришлар аниқланди:

ўрта юз типи бўлган беморларда юқори жағ комплексининг морфофункционал ўзгаришлари асосан бурун бўшлиғи ва ҳалқум тораймаган ҳолда сагиттал текислик бўйлаб содир бўлади;

юзнинг чўзинчоқ-ботиқ типи бўлган беморларда юқори жағ комплексининг морфофункционал ўзгаришлари бурун бўшлиғининг бироз торайиши ва юзнинг пастки соҳасини вертикал бўйича чўзилиши билан сагиттал ва трансверсал текисликлар бўйлаб торайиши кўринишида намоён бўлади;

юзнинг жуда узун типи бўлган беморларда юқори жағ комплексининг морфофункционал ўзгаришлари сагиттал ва трансверсал ўлчамларини торайиши, юзнинг ўрта ва пастки зоналарининг нопропорционал чўзилиши ва бурундан нафас олишнинг кескин қийинлашуви билан намоён бўлади.

2. Сагиттал бўйича жағлари мос келмайдиган юқори микрогнатияли 73,6% беморларнинг риноспирометрия ПСВ кўрсаткичи меъёрдан 80% дан юқори бўлганда ва бурундан нафас олиш бузилмаганда энг оптимал бўлиб, юқори жағ остеотомиясини анъанавий Ле-Фор1 усулини ўтказиш ҳисобланади.

Юқори микрогнатиянинг 26,4% ҳолларида риноспирометрия меъёрдан 65% гача ҳаво ҳажмини ўтишини пасайиши қайд этилган, бу нафақат респиратор ўзгаришларни ва бу ўзгаришларда бурун бўшлиғининг аҳамиятини аниқлаш, балки операциядан сўнг бурундан нафас олишни тикланишини объектив баҳолаш имконини беради.

3. Юқори жағ комплекси ва бутун юз скелетининг асосий эстетик ва морфофункционал ўзгаришлари юқори микрогнатиянинг ажратилган шаклида (17,9%) юқори жағнинг асосан сагиттал ўлчамларини қисқариши намоён бўлади. Юқори жағ комплексининг бундай минимал номутаносиблиги ёндош анатомик тузилмаларнинг патологик ўзгаришларисиз кечади, буни мазкур гуруҳ беморларини ортогнатик даволашни режалаштиришда ҳисобга олиш керак.

4. 56,7% ҳолатларда юқори микрогнатияда юқори жағ комплекси ва бутун юз скелетининг асосий эстетик ва морфофункционал ўзгаришлари юзнинг ўрта ва пастки соҳалари вертикал ўлчамларининг нопропорционал катталашуви, юқори жағ комплексини сагиттал ва трансверсал юзалар бўйича торайиши ва пастки микрогнатия билан кечади. Бутун юз скелети ва юқори жағ комплекси деформациясининг аниқ ифодаланишини инобатга олган ҳолда остеотомиянинг танланган ва модификацияланган усулини қўллаш изоляцияланган юқори микрогнатияда ёки уни пастки макрогнатия билан учрашида оптимал эстетик ва функционал натижаларга эришиш имкониятини беради. Бунда буруннинг вентилияцион функцияси кўрсаткичлари 85.% га яхшиланади

5. Бу ишлаб чиқилган ва такомиллаштирилган диагностик, даволаш профилактика чора-тадбирларни амалиётга тадбиқ этилиши натижасида жағлар остеотомияси индивидуал усулини танлаш изоляцияланган юқори микрогнатияда ёки уни пастки макрогнатия билан учрашида оптимал эстетик ва функционал натижаларга эришиш имкониятини берди ва даволаш самарадорлиги 85% га ошди.



**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 ПО  
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ**  

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**КУБАЕВ АЗИЗ САИДОЛИМОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ  
С УЧЕТОМ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ  
И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА**

**14.00.21 – Стоматология**

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

**ТАШКЕНТ – 2020**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2020.2.PhD/Tib1240.**

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном стоматологическом институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета ([www.tdsi.uz](http://www.tdsi.uz)) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net))

**Научный руководитель:**

**Ризаев Жасур Алимджанович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:**

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

**Дусмухамедов Махмуджон Закирович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:**

**Tokai Central Hospital, Japan**

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 при Ташкентском государственном стоматологическом институте. (Адрес: 100047, г. Ташкент, Яшнобадский район, улица Махтумкули, дом 103. Тел.: (+99871) 230-20-65; факс: (+99871) 230-47-99; e-mail: [tdsi2016@mail.ru](mailto:tdsi2016@mail.ru)).

С диссертацией (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского государственного стоматологического института (зарегистрирована за № \_\_\_). Адрес: 200118, г. Ташкент, улица Махтумкули, 103. Тел./факс: (+99871) 230-20-65; (+99871) 230-47-99.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 года (реестр протокола рассылки № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 года).



*Khaydarov*

*[Signature]*

*[Signature]*

**Н.К. Хайдаров**

Председателя научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук

**Л.Э. Хасанова**

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

**О.Е. Бекжанова**

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

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным отечественных и зарубежных авторов, частота аномалий в сформированном прикусе составляет 35–40%, а деформаций до 65%<sup>1</sup>. Они сопровождаются тяжелыми морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями. К ним относится, и верхняя микрогнатия, которая часто сочетается с нижней макрогнатией и сопровождается нарушением прикуса в различных плоскостях и эстетическими недостатками лица. Кроме этого у части больных изменения размеров верхней челюсти сопровождаются затруднением носового дыхания, хроническими ринитами, воспалением околоносовых синусов и другими патологическими изменениями носо- и ротоглотки. В настоящее время реабилитация такой категории пациентов проводится с междисциплинарным участием, где основная роль принадлежит челюстно-лицевому хирургу. Для хирургической коррекции деформаций верхней челюсти широко используются различные варианты тотальных и фрагментарных остеотомий верхней челюсти с перемещением фрагментов в правильное по прикусу положение.

Статистические мировые данные последних лет свидетельствуют о существовании четкой тенденции увеличения числа пациентов с челюстно-лицевыми аномалиями различного генеза. Повышению эффективности хирургической помощи этой категории больных способствовали определенные достижения в изучении этиологии такого рода дефектов, разработка и совершенствование методов их лечения с использованием новейших достижений в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В последние годы в связи с тем, что все большее признание находит концепция ранней хирургической помощи, непрекращающиеся поиски более быстрого и наиболее щадящего метода устранения дефектов и деформаций костей скелета позволили хирургам пополнить свой арсенал - методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

В нашей Республике на сегодняшний день достаточно хорошо освещены вопросы диагностики и лечения данной категории пациентов, в повседневную клиническую практику широко внедрены и применяются методы хирургического лечения больных. Этим пациентам проводятся ортогнатические и реконструктивные операции, ортодонтическое лечение, косметические вмешательства, хотя при этом мало внимания уделяется сопутствующим функциональным и эстетическим изменениям окружающих структур, а также оценке качества их жизни (КЖ). В этой связи ставятся задачи «...повышения эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению, а также создание системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологических методов диагностики и лечения, а также

---

<sup>1</sup> С.А. Наумович. *osobnosti-lecheniya-anomaliy-i-deformatsiy-zubochelyustnoy-sistemy-v-sformirovannom-prikuse.pdf*.

пропаганда здорового образа жизни и профилактики заболеваний...»<sup>2</sup>. В данных задачах особое значение имеет совершенствование системного комплексного подхода к диагностике, перспективному планированию хирургического лечения, направленного на восстановление и максимально длительное сохранение морфофункциональной полноценности зубочелюстно-лицевого комплекса и обеспечение должного уровня качества жизни пациента.

Данное диссертационное исследование в определенной степени послужит выполнению задач, предусмотренных в Государственной программе, утвержденной Указом Президента Республики Узбекистан «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» №УП-4947 от 7 февраля 2017 года, «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2022 годы» № ПП-3071 от 20 июня 2017 года, «О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний у детей на период 2018-2022 годов», утверждено Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-3440 от 29 декабря 2017 года, Указом Президента Республики Узбекистан №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Верхняя микрогнатия является наиболее распространенной дисгармонией лицевого скелета и составляет до 50% от общего числа деформации средней зоны лица. Наиболее полное описание клинико-рентгенологических проявлений верхней ретромикрогнатии и встречается в трудах В.М.Безрукова (1981). Используемый им термины верхняя микрогнатия, одобрен ВОЗ отражают все характерные эстетические и морфофункциональные изменения черепно-лицевого комплекса. По мнению автора у пациентов с верхней микрогнатией отмечается сужение переднего отдела верхней челюсти, которое может привести к затруднения носового. По предположению автора причины данных изменений скрыты в особенностях строения полости носа больных с верхней микрогнатией. Доскональное изучение состояния полости носа и разработка оптимального хирургического способа лечения исключил бы осложнения своих аналогов. Аналогичному мнению пришли Guenther G.A. et al., (1984); по данным их клинических исследований, после проведенных низких остеотомий верхней челюсти с перемещением её кпереди и кверху происходит уменьшение объема грушевидного отверстия и затруднение

---

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения республики узбекистан»

носового дыхания. В связи с этим и ростом эстетических потребностей пациентов к результатам подобных операций внимание клиницистов были обращены к изучению наружной эстетики носа и его морфофункционального состояния у больных с деформациями верхней челюсти. В.И. Гунько Калмыков А.В., (2002) изучавший эстетику наружного носа и его функции при верхней микрогнатии усовершенствовал тотальную остеотомию верхней челюсти по Безрукову.

Позднее было доказано, что у больных с сочетанными деформациями челюстей, т.е. с верхней микрогнатией и нижней макрогнатией морфофункциональные изменения полости носа имеют прямую связь с выраженностью деформаций в различных плоскостях и типовой принадлежностью лица (А. Абдукадыров., 2007). Рентгенологические и ринопневмометрические методы исследования показали, что затруднение носового дыхания обусловлено сужением грушевидного отверстия, гиперплазией нижних носовых раковин и куполообразным выбуханием дна носовой полости, и чрезмерным развитием передней носовой ости. Для ликвидации сужения грушевидного отверстия и восстановления носового дыхания использован разработанный способ остеотомии с расширением полости носа (В.М. Безруков, В.И. Гунько, С.Г. Ананян, А. Абдукадыров., 1989). Результаты 5-10 летнего наблюдения за оперированными больными показали эффективность способа у 70% оперированных взрослых больных. У части пациентов отмечены различные осложнения в виде гайморита, искривления перегородки носа, затруднения носового дыхания и рецидивов деформаций челюстей. Возможно, эти явления связаны с чрезмерной травматичностью проведенных реконструктивных операций, приводящих к нарушению естественного оттока, отделяемого из синусов, перфорации перегородки носа что приводит к нарушению естественного оттока, отделяемого из полостей средней зоны лица что может привести к воспалению и последующем рецидиву деформации средней зоны лица.

По мнению С.Н. Максудова (2005) проведение исследований в раннем детском и подростковом возрасте с использованием современной компьютерной технологии и с участием ЛОР – специалистов, ортодонт ортогнатических хирургов позволяет, раскрыть механизм скелетного сужения костной полости носа и нарушения его функции. Ранняя ортодонтическая коррекция и проведение совершенствованных вариантов операций, улучшающих носовое дыхание, привели бы к менее травматичным реконструктивным операциям, сокращающим время реабилитации данной категории больных. Однако для взрослых пациентов с деформациями челюстей этот вопрос до сих пор остается нерешенным, так как действие ортодонтических аппаратов не приводят к исправлению скелетных форм деформаций челюстей.

Таким образом, анализ доступной научной литературы показал наличие единичных научных работ, посвященных разработке показаний к различным способам остеотомий верхней челюсти с учетом морфофункциональных и эстетических особенностей средней зоны лица и

послеоперационных профилактических мер, где освящены частные аспекты такой сложной проблемы современной ортогнатической хирургии. По Узбекистану такие научные исследования вообще не проведены.

**Связь темы диссертационного исследования с планом научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена данная научная работа.** Диссертационная работа выполнена в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института «Создание и внедрение современных технологий профилактики, диагностики и лечения травм, хирургических болезней и опухолей» (регистрационный номер № 012000260). (2019-2023 гг)

**Цель исследования:** совершенствование комплексной диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней зоны лица и всего лицевого скелета.

**Задачи исследований:**

изучить морфофункциональные изменения верхнечелюстного комплекса и всего лицевого скелета у пациентов с верхней микрогнатией;

изучить показатели вентиляционной функции носа и динамику её восстановления у пациентов с верхней микрогнатией.

обосновать выбор метода остеотомий и их применение с учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней зоны лица при верхней микрогнатии (при сочетании её с нижней макрогнатией);

оценить эстетические изменения лица и наружного носа а также показатели вентиляционной функции у пациентов с верхней микрогнатией (при сочетании её с нижней макрогнатией) в различные периоды ортогнатического лечения;

разработать комплекс диагностических, лечебно-профилактических мер с учетом морфофункциональных, эстетических изменений и оценить их эффективность.

**Объектом исследования** выбраны 67 взрослых пациентов с верхней микрогнатией (в сочетании с нижней микрогнатией) обратившихся в отделение челюстно – лицевой хирургии 7 городской больницы города Ташкента.

**Предметом исследования** явились фоторафии пациентов с верхней микрогнатией (в сочетании с нижней макрогнатией), результаты лучевых методов исследований, модели челюстей, данные ринспиromетрии.

**Методы исследований.** Для выполнения поставленных задач использованы клинические, антропометрические, рентгенологические, МСКТ, риноспиromетрические и статистические методы исследований и проведено биометрическое изучение моделей челюстей.

**Научная новизна** заключается в следующем:

установлено, что у пациентов со средними типами лица изменения верхнечелюстного комплекса происходят преимущественно по сагиттальной плоскости без сужения полости носа и глотки;

доказано, что у пациентов с удлинено – вогнутым типом лица изменения верхнечелюстного комплекса проявляются в виде сужения его по сагиттальной и трансверзальной плоскости с умеренным сужением полости носа и удлинением нижней зоны лица по вертикали;

обосновано, что у пациентов с очень длинным типом лица морфофункциональные изменения верхнечелюстного комплекса проявляются в виде сужения сагиттального трансверзального и вертикального размеров с непропорциональным удлинением средней и нижней зон лица и резким затруднением носового дыхания;

при учете показателей риноспиromетрии, выявлены не только респираторные изменения и определена роль полости носа в этих нарушениях, но и объективно оценено послеоперационное восстановление носового дыхания;

доказана роль использования выбранных и модифицированных способов остеотомий челюстей с учетом выраженности деформации верхнечелюстного комплекса и всего лицевого скелета, позволяющая достичь оптимальные эстетические функциональные результаты.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

изучены и установлены морфофункциональные и эстетические особенности верхней микрогнатии;

доказано, что использование в клинической практике разработанного метода комплексной диагностики верхней микрогнатии позволяет, поставить точный диагноз, и выбрать оптимальные варианты лечения в каждом конкретном случае отдельно с участием смежных специалистов;

обосновано проведение традиционных вариантов Ле-Фор-1 остеотомий верхней челюсти для пациентов с верхней микрогнатией с преимущественным несоответствием челюстей по сагиттали и без нарушения носового дыхания;

обосновано проведение остеотомии верхнечелюстного комплекса по Безрукову на уровне Ле-Фор 1 и 2 для пациентов при невыраженности скуловых и параназальных областей;

обосновано проведение остеотомии верхней челюсти с резекцией передней носовой ости и расширением переднего отдела дна носа при верхней микрогнатии с умеренным сужением переднего отдела полости носа и глотки;

доказано, что во всех случаях в сочетании верхней микрогнатии с нижней макрогнатией показано проведение бимаксиллярной остеотомии челюстей.

**Достоверность результатов исследований результатов** подтверждается использованием современных, взаимодополняющих методов исследований, а также достаточным количеством обследованных больных, обработкой данных с помощью клинических, антропометрических, рентгенологических, статистических аналитических методов, а также сравнением полученных результатов с международными и отечественными исследованиями, утверждением выводов и полученных результатов уполномоченными структурами.

### **Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследований определяется тем, что полученные результаты в ходе цефалографического изучения верхнечелюстного комплекса и всего лицевого скелета у пациентов с верхней микрогнатией и создание диагностической комплексной схемы с участием смежных специалистов, позволили выявить характерные эстетические и морфофункциональные и другие патологии челюстно-лицевой области, устранение которых создает оптимальные условия для проведения основного хирургического этапа лечения. Созданная схема показаний к ортогнатическим операциям позволяет выбрать адекватные способы хирургической коррекции с учетом особенностей верхнечелюстного комплекса у пациентов с верхней микрогнатией различными типами лица.

Практическая значимость диссертации заключается в том, что модифицированные варианты операций создают хорошую эстетику при не выраженности рельефа средней зоны лица и носа, обеспечивают хороший отток экссудата из гайморовых пазух, устанавливают перегородку по средней линии и восстанавливают носовое дыхание.

**Внедрение результатов исследования.** На основе разработанного алгоритма диагностики и лечения, с учетом клинико-рентгенологических данных верхнечелюстного комплекса и всего скелета лица:

разработана и утверждена методическая рекомендация «Диагностические возможности риноспирографии в оценке восстановления носового дыхания у больных с верхней микрогнатией» (Заключение Министерства здравоохранения № 8н-р/155 от 18 июня 2020). Данная методическая рекомендация предоставила возможность использования модифицированного метода спирографии -риноспирографии для выявления нарушения носового дыхания у больных с верхней микрогнатией;

разработана и утверждена методическая рекомендация «Предоперационное планирование хирургического лечения верхней ретро-микрогнатии» (Заключение Министерства здравоохранения № 8н-р/156 от 18 июня 2020). Данная методическая рекомендация предоставила возможность проведения современных методов обследований, таких как антропометрия, фотометрия, кефалометрия, 3Д моделирование, измерение анатомических элементов во время операции что позволило улучшить результаты лечения пациентов;

полученные результаты внедрены в практическое здравоохранение, в том числе в учебный процесс на кафедрах хирургической стоматологии ТашИУВ и Самаркандского медицинского института, в практику клиники 7-городской больницы и в отделение челюстно-лицевой хирургии городского медицинского объединения города Самарканда. (Заключение № 8н-д/90 Министерства здравоохранения от 13 июля 2020 года). Внедрение полученных результатов позволило снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде больных с верхней микрогнатией, сократить продолжительность пребывания больных в стационаре.



**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 9 научно-практических конференциях, в том числе на 2-х международных и 7-х республиканских конференциях.

**Опубликованность результатов исследований.** По теме диссертации опубликованы 20 научных работ, из них 6 журнальных статей, в том числе 3 в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций доктора философии.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 126 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Научная работа посвящена решению актуальной задачи современной ортогнатической хирургии, в частности совершенствованию комплексной диагностики и лечению верхней микрогнатии которая часто сочетается с нижней макрогнатией. **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.

Первая глава диссертации «**Этиология, патогенез и клинические проявления верхней микрогнатии**» посвящена обзору литературы. Тут в хронологическом порядке освещены и проанализированы, научные работы посвященные этиологии, патогенезу, распространенности, клиническим проявлениям, методам диагностики и лечения верхней микрогнатии. Проведя анализ достаточного количества научных источников автор выявляет их преимущества и недостатки и обосновывает необходимость продолжения исследований по данному актуальному вопросу ортогнатической хирургии.

Во второй главе диссертации «**Объекты и материалы исследования, характеристика использованных методов**» приводится описание клинического материала, методы исследований, которые позволяют выявить наиболее характерные эстетические и морфофункциональные изменения верхнечелюстного комплекса и всего лицевого скелета у пациентов с верхней микрогнатией.

Исследование проводилось на базе клиник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ташкентского института усовершенствования врачей и Самаркандского государственного медицинского института за период с 2008 по 2020 годы. Проведено комплексное обследование и лечение 67 пациентов с верхней микрогнатией, которая в 35 случаях (52,2%) сочеталась с нижней макрогнатией. Среди них лиц женского пола было 38 и

мужского пола было 29, возраст которых колебался от 17 до 58 лет. Среди обратившихся пациентов львиную долю составили лица от 17 до 30 лет, среди которых женщин (56,7%) было больше чем мужчин (43,2%) (табл 1).

**Таблица 1**

**Распределение больных по полу и возрасту**

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего.	
	абс	%	абс	%	абс	%
17-19	14	20,8	21	31,3	35	52,2
20-29	10	14,9	12	14,9	22	32,8
30-39	5	7,4	4	5,9	10	14,9
старше 40	-	-	1	1,5	1	1,5
Всего	29	43,2	38	56,7	67	100

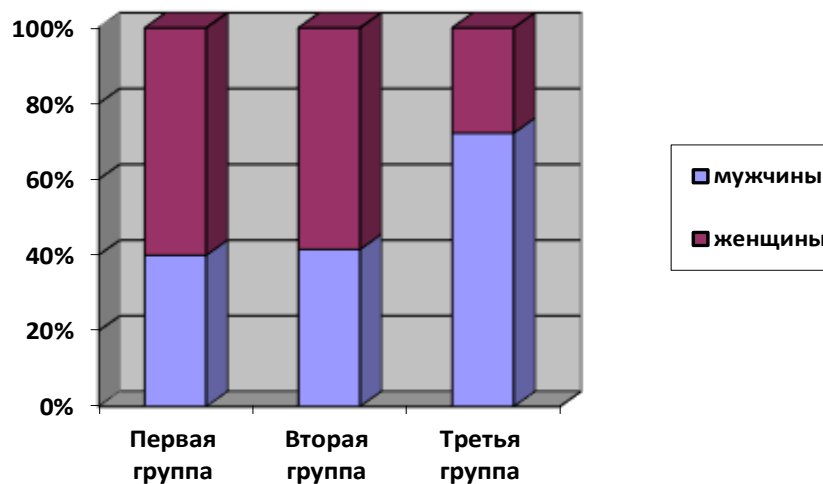
Все пациенты обследованы по разработанной схеме и им проведено комплексное лечение и наблюдение с междисциплинарным участием различных специалистов. Исследования проводили до операции и в различные периоды до и после операций через 8 дней, 8 недель, 6 месяцев и 12 месяцев после операций.

Исследование эстетических пропорций лица проводили по методике Arnett/McLaughlin в анфас и профиль при естественном положении головы, центральном соотношении челюстей и расслабленных губах пациента. Данные методы исследования природы дополняли фотометрическим методом исследования. Для этого стандартные фотографии лица пациентов в фас и профиль измеряли по общепринятой методике. Но в отличие от общепринятого метода все измерения проводили на компьютере более точно, создавали индивидуальный оптимальный баланс в каждом конкретном случае отдельно. Все эти исследования проводили до операции, после операции и в отдаленные сроки наблюдения через полгода и каждый год от двух до 5 лет. В общей сложности было проведено 8375 антропометрических измерений в различные периоды комплексного лечения пациентов с верхней микрогнатией или в сочетании ее с нижней макрогнатией.

Рентгенологическое обследование проводилось до операции и различные послеоперационные периоды. Из широтных размеров проводили измерение следующих параметров: ширину черепа, ширину лица в области скуловых дуг, ширину верхней челюсти, ширину лица в области углов нижней челюсти. В общей сложности проведено 3400 измерений телерентгенограм (ТРГ) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Также проведено 35 ТРГ и 32 МСКТ моделирование оптимального эстетического баланса лица и прикуса.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием критериев Стьюдента (t-тест) и корреляционного анализа в персональном компьютере с помощью программы Microsoft Excel 2007.

В третьей главе диссертации «**Общая клинико-рентгенологическая характеристика пациентов верхней микрогнатией (в сочетании с нижней макрогнатией)**» приведены данные клинико-рентгенологических обследований. Результаты комплексного обследования по предложенной схеме показали, что, несмотря на внешнее сходство лица, и прикуса пациенты с верхней микрогнатией по эстетическим и морфофункциональным показателям лицевого скелета разделились на три группы (рис-1).



**Рис. 1. Распределение больных по группам и по полу**

Пациенты первой группы поступили с жалобами на эстетический недостаток лица обусловленное западением средней зоны лица и нарушением прикуса, затрудненное откусывание и пережевывание пищи. Из анамнеза выяснили, что деформация у всех имеет наследственный генез.

**Таблица 2**

**Основные жалобы и клинические признаки первой группы**

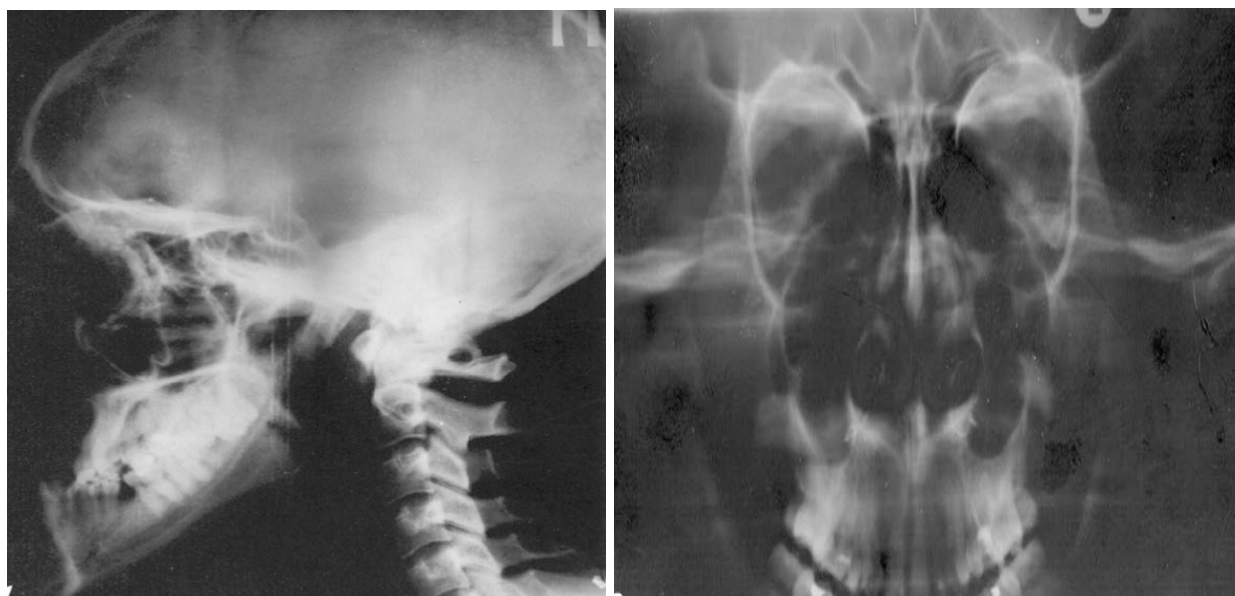
Жалобы	n=12 (%)
Эстетический недостаток лица	12 (100)
Нарушение прикуса	12 (100)
Затрудненное откусывание и пережевывание пищи	11 (91,6)
Наследственный генез	12 (100)
Первые признаки развития деформации челюсти отметили	5±1,0 лет
Деформация и нарушение прикуса стало заметным	13±1,0 лет
Обратились к ортодонту для лечения	11 (91,6)
Получили ортодонтическое лечение	7 (58,3)

У данной группы пациентов этиологическим фактором происхождения верхней микрогнатии является наследственность (таб.2). По состоянию психического здоровья они имели нормальное эстетическое чувство и основной мотивацией обращаемости было исправление эстетического недостатка лица. Основные эстетические и морфофункциональные изменения верхнечелюстного комплекса и всего лицевого скелета обусловлены преимущественным уменьшением только сагиттального

размера верхней челюсти. Такая минимальная диспропорция верхнечелюстного комплекса сопровождается без патологических изменений смежных анатомических структур, что необходимо учитывать при планировании комплексного ортогнатического лечения данной группы пациентов (рис. 2, 3).



**Рис.2. Фото- пациент с верхней микрогнатией с уменьшением сагиттального размера верхнечелюстного комплекса**



**Рис. 3. Фото- телерентгенограмма в профиль и зонограмма средней зоны лица у пациента верхней микрогнатией с уменьшением сагиттального размера верхнечелюстного комплекса**

Основными жалобами всех 17 пациентов 2-ой группы был эстетический недостаток лица, обусловленный выступанием подбородочного отдела нижней челюсти кпереди, чувство неполноценности, связанное с этим внешним видом лица. Кроме этого, отмечали затрудненное откусывание и пережевывание пищи, и часть пациентов (7 человек (41,1%)) отметили затрудненное носовое дыхание (табл.3).

Таблица 3

## Основные жалобы и клинические признаки второй группы

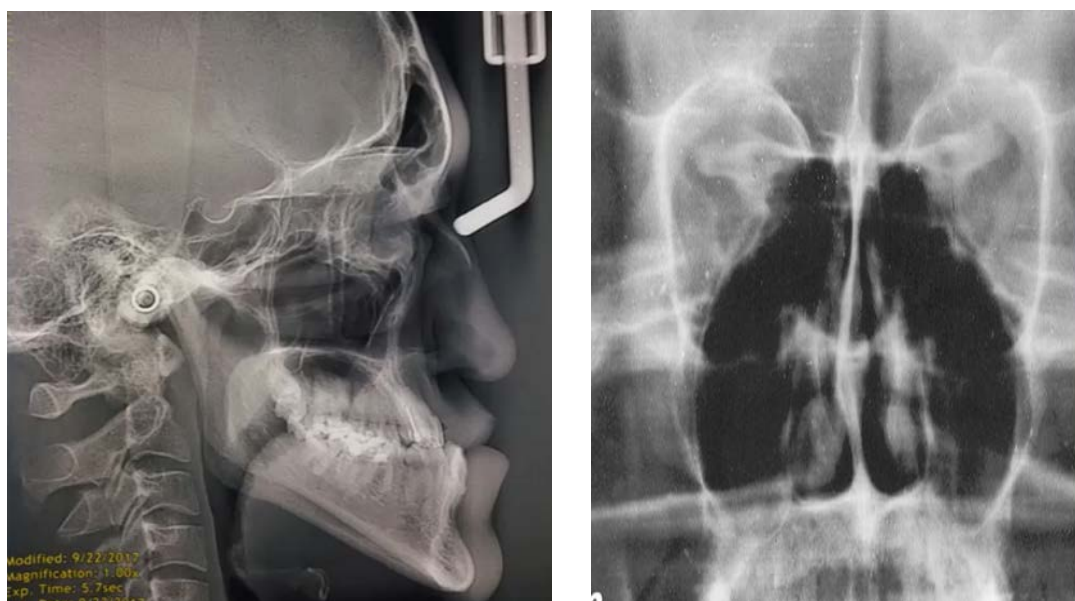
Жалобы и клинические признаки	n=17 (%)
Эстетический недостаток лица	17 (100%)
Затрудненное откусывание и пережевывание пищи	16 (94,1%)
Затрудненное носовое дыхание	7 (41,1%)
Наследственный генез	17 (100%)
Обратились к ортодонту	17 (100%)
Лечение сопровождалось с удалением зубов мудрости нижней челюсти	7 (41,1%)
Не выполнили рекомендации ортодонта и отказались от продолжения дальнейшего лечения	11 (64,7%)
Получили рациональное ортодонтическое лечение в сочетании с лор операциями	5 (29,4%)
Проведены операции для улучшения носового дыхания без участия ортодонта	5 (29,4%)
При консультации психолога психическое здоровье соответствовал о нормальной форме	8 (47,0%)
При консультации психолога психическое здоровье соответствовал о гипертрофированной форме эстетического чувства	9 (52,9%)

При консультации психолога психическое здоровье соответствовало нормальной (47,5%) и гипертрофированной (52,9%) форме эстетического чувства. При внешнем осмотре отмечали нарушение эстетических пропорций лица за счет выступания подбородочного отдела нижней челюсти вперед и западения средней зоны лица. В профиль лицо вогнутой формы угол вогнутости лица во всех случаях превышает  $-190^\circ$  что говорит о вовлеченности в процесс средней и нижней зон лица. Показатель расчета типовой принадлежности лица с использованием формулы Гарсона показывает 92 и более, это свидетельствует о том, что тип лица является удлиненно-вогнутый.

У данной группы пациентов этиологическим фактором происхождения верхней микрогнатии является наследственность, и она во всех случаях сочетается с нижней макрогнатией. По состоянию психического здоровья они имели нормальное и гипертрофированное эстетическое чувство и основной мотивацией обращаемости были исправление эстетического недостатка лица. Проведение рационального ортодонтического лечения с междисциплинарным участием приведет к исправлению деформации зубных дуг и восстановлению носового дыхания, но не приведет кардинальному исправлению деформаций челюстей на скелетном уровне. Выявленные эстетические и морфофункциональные изменения лицевого черепа обусловлены сужением верхнечелюстного комплекса по сагиттальной и трансверзальной плоскости, и увеличением размеров нижней челюсти с развернутыми углами. Такие изменения приводят к умеренному сужению носовых ходов и умеренному затруднению носового дыхания (рис.4, 5).



**Рис. 4. Фас, профиль и прикус пациента с сужением верхнечелюстного комплекса по сагиттальной и трансверзальной плоскости**



**Рис. 5. Телерентгенограмма и зонограмма средней зоны лица у пациента с сужением верхнечелюстного комплекса по сагиттальной и трансверзальной плоскости с удлинением нижней зоны лица**



Пациентов 3-группы было больше всех, их было 38 человек, у которых происхождение деформации было наследственностью. Основными жалобами были эстетический недостаток лица, обусловленный западением средней зоны лица кзади, выступанием подбородочного отдела нижней челюсти кпереди и чрезмерно удлиненная форма лица. Так же они жаловались на нарушение прикуса, затрудненное откусывание и пережевывание пищи. В отличие от пациентов предыдущих групп все без исключения жаловались на различную степень затруднения носового дыхания. Однако основной мотивацией обращаемости пациентов за помощью были исправление эстетического недостатка лица, обусловленной деформацией челюстей (таб.4).

**Таблица 4**

**Основные жалобы и клинические признаки третьей группы**

<b>Жалобы и клинические признаки</b>	<b>n=38 (%)</b>
Эстетический недостаток лица	38 (100)
Затрудненное откусывание и пережевывание пищи	34 (84,4)
Затрудненное носовое дыхание	26 (68,4)
Наследственный генез	38 (100)
Обратились к ортодонту	38 (100)
Временное улучшение носового дыхания	31 (81,5)
ЛОР операции сочетались с ортодонтическим лечением, и санацией полости рта и плановым удалением зубов по рекомендации ортодонта в зависимости от продолжения дальнейшего лечения	7(18,4)

В результате проведения операций отмечено временное улучшение носового дыхания у 31 пациента. У 7 пациентов, у которых ЛОР операции сочетались с ортодонтическим лечением и санацией полости рта, и плановым удалением зубов по рекомендации ортодонта было восстановлено нормальное носовое дыхание и происходило расширение зубных дуг челюстей с незначительным улучшением эстетики лица. Однако полного достижения правильного прикуса и улучшения эстетики лица не отмечено не у одного пациента. Пациенты направлены ортодонтами к ортогнатическому хирургу для хирургического лечения (рис.6, 7).





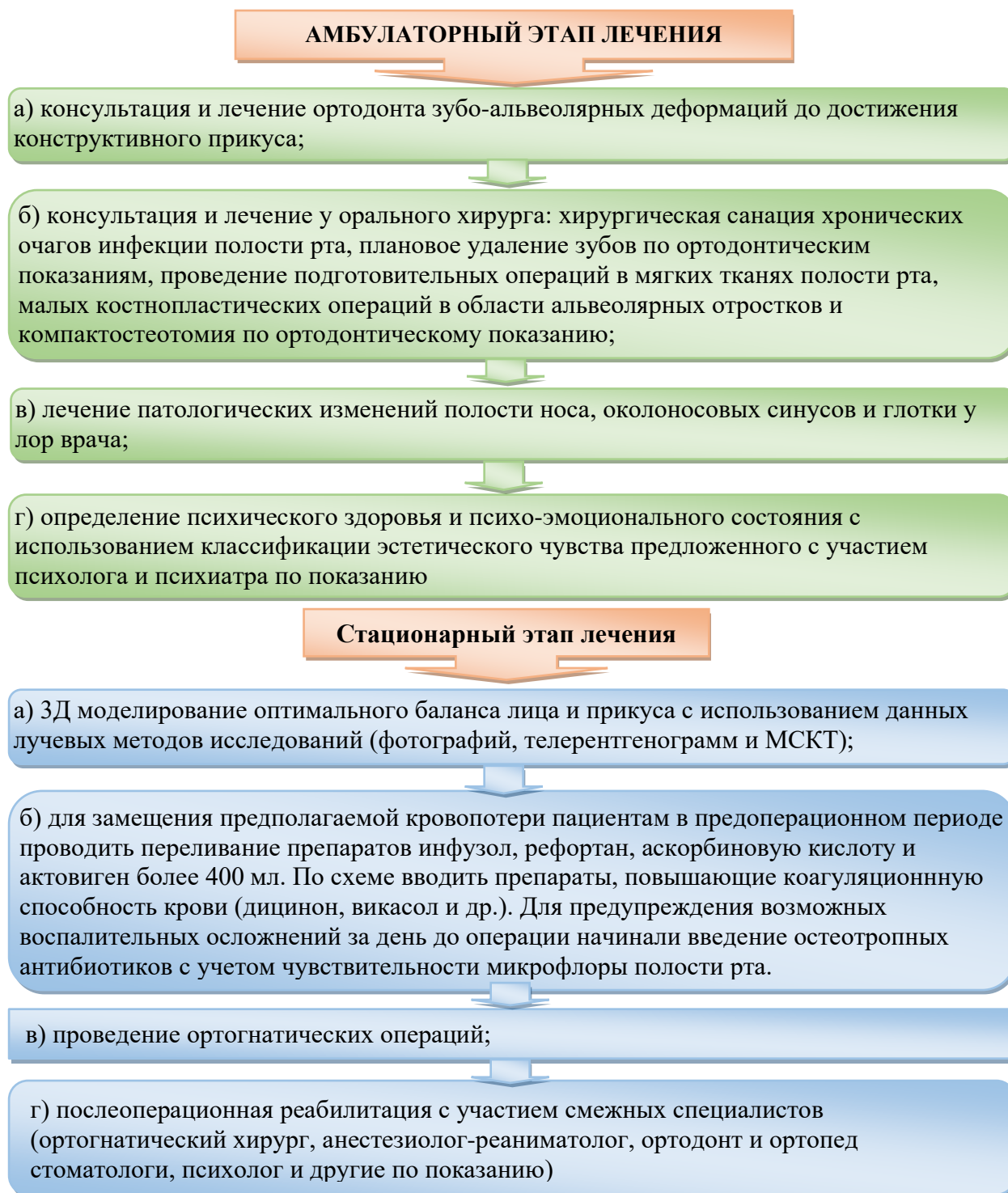
**Рис. 6. Лицо и МСКТ пациента с сужением верхнечелюстного комплекса и непропорциональным удлинением средней и нижней зон лица, а – профиль б-МСКТ и с-прикус**



**Рис.7. Биометрическое изучение моделей челюстей у больных третьей группы (% больных)**

Изучение ЛОР статуса больных 3-ой группы. При эндоскопическом исследовании у всех пациентов отмечали сужение переднего отдела носовой полости, гипертрофию слизистой оболочки и нижних носовых раковин. Почти у всех пациентов выявили наличие «S» «F» «C» образные искривления перегородки носа. У этих пациентов на МСКТ отмечены явления воспаления и наличие кист гайморовых пазух. У 15 пациентов отмечали увеличение миндалин и явления хронического тонзиллита. У 8 пациентов выявлены послеоперационные рубцы в области небных миндалин. При риноспиromетрии отмечали уменьшение прохождения объема воздуха до 65 % от нормы, что говорит о резком затруднении носового дыхания у пациентов этой группы.





**Рис. 8. Схема комплексного лечения пациентов с сочетанными деформациями челюстей**

Проведенный анализ результатов исследований по составленной схеме показал, что у данной группы пациентов этиологическим фактором происхождения верхней микрогнатии является наследственность, и она во всех случаях сочетается с нижней макрогнатией. По состоянию психического здоровья они имели нормальное и гипертрофированное эстетическое чувство и основной мотивацией обращаемости были исправление эстетического недостатка лица. Выявленные эстетические и морфофункциональные

изменения лицевого черепа обусловлены непропорциональным увеличением вертикальных размеров средней и нижней зон лица, сужением верхнечелюстного комплекса по сагиттальной, и трансверзальной плоскости и увеличением размеров нижней челюсти с развернутыми углами. Такие изменения приводят к выраженному сужению носовых ходов, и носоглотки что приводит к резкому затруднению носового дыхания.

Таким образом, верхняя микрогнатия у взрослых пациентов приводит к различной степени психосоциальным комплексам и в зависимости от эстетических и морфофункциональных изменений лицевого скелета может быть обусловлена сужением только сагиттального, сагиттального и трансверзального, сагиттального, трансверзального и увеличением вертикального размеров верхнечелюстного комплекса и чаще всего сочетается с нижней макрогнатией, что необходимо учесть при планировании комплексного лечения.

В четвертой главе диссертации **“Принципы планирования и показания к хирургическому лечению больных с сочетанными деформациями челюстей”** освещены основные этапы и принципы хирургического лечения верхней микрогнатии в сочетании с нижней макрогнатией.

Комплексное лечение пациентов с верхней микрогнатией в сочетании ее с нижней макрогнатией проводили по разработанной схеме в двух этапах, которая требует участие ортогнатического хирурга, анестезиолога, ортодонта, ЛОР - врача, ортопеда стоматолога, психолога и других по показанию.

**Амбулаторный** этап лечения требовал участия ортодонта, орального хирурга, ЛОР врача, психолога и других специалистов по показанию на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

**Стационарный этап:** требовал участие ортогнатического хирурга, анестезиолога, ортодонта, ортопеда стоматолога, психолога и других по показанию в стационаре. Учитывая частое сочетание верхней микрогнати с нижней макрогнатией хирургическое лечение пациентов, проводили с учетом эстетических и морфофункциональных изменений верхнечелюстного комплекса и всего лицевого скелета и типовой принадлежности лица пациентов каждой группы.

Таким образом, в четвертой главе по детально и по этапно описаны методы и принципы проведения хирургического лечения

В пятой главе диссертации **“Ортогнатическое лечение верхней микрогнатии в зависимости от эстетических и морфофункциональных изменений верхнечелюстного комплекса и всего лицевого скелета”** подробно описаны результаты проводимого лечения.

Основной целью лечения данной категории больных является достижение оптимального эстетического баланса лица и прикуса с устранением других функциональных нарушений. В результате комплексной подготовки челюстно-лицевой области с участием ортодонта, орального хирурга, ЛОР-врача и других были созданы оптимальные условия для успешного проведения хирургического этапа лечения (табл.5).



### **Виды ортогнатического лечения верхней микрогнатии или в сочетании ее с нижней макрогнатией**

#### **Результаты лечения верхней микрогнатии с преимущественным уменьшением сагиттального размера верхнечелюстного комплекса:**

В данную группу вошли 12 пациентов с уменьшением сагиттальных размеров верхней челюсти при нормальных размерах нижней челюсти. Несоответствие зубных дуг были до 5 мм, обусловлены в основном уменьшением размера верхней челюсти. У пяти пациентов были выявлены и широкая спинка носа с западением основания в виде седла. Основными показаниями к ортогнатической операции были эстетический недостаток лица в результате западения средней зоны лица, не выраженность скуловых и параназальных областей. Из функциональных показаний можно отметить не соответствие зубных дуг челюстей во фронтальном отделе, затрудненное откусывание и пережевывание пищи. Выбор и проведение ортогнатических способов остеотомий челюстей с учетом общих индивидуальных морфофункциональных и эстетических особенностей деформаций лицевого скелета и продолжение ортодонтического лечения в послеоперационном периоде привели к достижению хороших эстетических и функциональных результатов при лечении всех пациентов с верхней микрогнатией и уменьшением сагиттального размера верхнечелюстного комплекса:

1. У пациентов с верхней микрогнатией с уменьшением сагиттального размеров верхнечелюстного комплекса при не выраженности скуловых и параназальных областей наиболее показанным является остеотомия верхней

челюсти по Безрукову с созданием окошечки в латеральные стенки полости носа в гайморову пазуху.

2. При сочетании аналогичной деформации верхней челюсти с западением спинки носа в виде седла эту операцию необходимо сочетать с исправлением спинки с использованием аутохряща или имплантата.

3. У пациентов с верхней микрогнатией с сужением верхнечелюстного комплекса по сагиттальной плоскости при достаточной выраженности скуловых и параназальных областей наиболее показанным для исправления деформации является остеотомия Ле-Фор-1.

**Результаты лечения пациентов с верхней микрогнатией с сужением верхнечелюстного комплекса по сагиттальной и трансверзальной плоскости сочетанной с нижней макрогнатией:**

В данную группу вошли 17 пациентов с уменьшением сагиттальных и трансверзальных размеров верхнечелюстного комплекса в сочетании с увеличением нижней челюсти с развернутыми углами. Несоответствие зубных дуг по сагиттальной плоскости были от 5мм до 12 мм, обусловлены в основном уменьшением размера верхнечелюстного комплекса по сагиттальной и трансверзальной плоскости и увеличением нижней челюсти. У 11 пациентов были выявлены высокая форма носа с сужением в области основания крыльев. Основными показаниями к ортогнатической операции были эстетический недостаток лица в результате западения средней зоны лица, выступание нижней зоны кпереди. Из функциональных показаний можно отметить не соответствие зубных дуг челюстей во фронтальном отделе, затрудненное откусывание и пережевывание пищи. Кроме этого 7 пациентов предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания. В результате этого выявлено:

1. Для хирургической коррекции верхней микрогнатии с сужением сагиттального и трансверзального размеров верхнечелюстного комплекса показано использование остеотомии верхней челюсти по Гунько с удалением передней носовой ости.

2. Для хирургической коррекции верхней микрогнатии с сужением сагиттального и трансверзального размеров верхнечелюстного комплекса показано использование остеотомии верхнечелюстного комплекса по Гунько с удалением передней носовой ости и резекцией дна носовой полости.

3. При сочетании верхней микрогнатии с сужением верхнечелюстного комплекса с нижней микрогнатией показано комбинирование операции Гунько с вертикальной субкондиллярной остеотомией ветвей нижней челюсти

**Результаты лечения пациентов с верхней микрогнатией с сужением верхнечелюстного комплекса по сагиттальной и трансверзальной плоскости, и удлинением средней и нижней зоны лица:**

Остеотомия верхней челюсти с расширением костной полости носа в сочетании остеотомией нижней челюсти привели к ликвидации деформации во всех плоскостях средней и нижней зон лица с достижением оптимального прикуса. Кроме этого, использование способа приводит к восстановлению

полноценного носового дыхания и эстетических параметров носа и всего лица данной группы пациентов, которые подтверждаются результатами до и послеоперационных исследований по созданной схеме. Модифицированный вариант мультисегментарной остеотомии верхней челюсти с расширением костной полости носа привели к ликвидации открытого прикуса во фронтальном отделе челюстей с восстановлением полноценного носового дыхания, жевания, улучшения эстетических параметров лица. Сочетание этих способов с остеотомиями ветвей нижней челюсти в ее подбородочном отделе привели к ликвидации деформации нижней зоны лица во всех плоскостях с гармонизацией функциональных и эстетических показателей всего лицевого скелета. Отдаленные результаты наблюдения после лечения составили от 6 месяцев до 12 лет. За наблюдаемый срок у всех повторно обследованных пациентов отмечено сохранение достигнутых эстетических и функциональных результатов, что позволяет рекомендовать их для использования в отделениях челюстно-лицевой хирургии страны:

1. Остеотомия верхней челюсти с расширением костной полости носа является показанной для хирургического лечения верхней микрогнатии с сужением верхнечелюстного комплекса в сагиттальной и трансверзальной плоскостях и непропорциональным удлинением средней зоны лица. При сочетании ее с нижней макрогнатией показано одновременное проведение вертикальной или обратной «L»-образной остеотомии ветвей нижней челюсти.

2. Мультисегментарная остеотомия верхней челюсти с расширением полости носа показана при верхней микрогнатии с сужением верхнечелюстного комплекса с удлинением дистальных отделов верхней челюсти, обуславливающей открытый прикус. При сочетании ее с нижней макрогнатией показано проведение остеотомии ветвей нижней челюсти или гениопластики.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

На основании результатов проведенных исследований диссертации доктора философии (PhD) на тему «Совершенствование диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней зоны лица» сделаны следующие выводы:

1. На основании рентгенологических и цефалометрических исследований которые проводились у пациентов с верхней микрогнатией, выявлены следующие эстетические и морфофункциональные изменения:

у пациентов со средними типами лица морфофункциональные изменения верхнечелюстного комплекса происходят преимущественно по сагиттальной плоскости без сужения полости носа и глотки;

у пациентов с удлинено - вогнутым типом лица морфофункциональные изменения верхнечелюстного комплекса проявляются в виде сужения его по сагиттальной и трансверзальной плоскости с умеренным сужением полости носа и удлинением нижней зоны лица по вертикали;

у пациентов с очень длинным типом лица морфофункциональные изменения верхнечелюстного комплекса проявляются в виде сужения сагиттального трансверзального и вертикального размеров с непропорциональным удлинением средней и нижней зон лица и резким затруднением носового дыхания.

2. У 73,6% пациентов с верхней микрогнатией с преимущественным несоответствием челюстей по сагиттали при риноспиromетрии показатель ПСВ был выше 80% от нормы и без нарушения носового дыхания наиболее оптимальным считалось проведение традиционных вариантов Ле-Фор -1 остеотомий верхней челюсти.

В 26,4% случаях при верхней микрогнатии риноспиromетрия отмечала уменьшение прохождения объема воздуха до 65 % от нормы, это позволяет выявить не только респираторные изменения и определить роль полости носа в этих нарушениях, но и объективно оценить послеоперационное восстановление носового дыхания.

3. Основные эстетические и морфофункциональные изменения верхнечелюстного комплекса и всего лицевого скелета при изолированной форме верхней микрогнатии (17,9%) обусловлены преимущественным уменьшением только сагиттального размера верхней челюсти. Такая минимальная диспропорция верхнечелюстного комплекса сопровождается без патологических изменений смежных анатомических структур, что необходимо учитывать при планировании ортогнатического лечения данной группы пациентов.

4. В 56,7% случаях при верхней микрогнатии эстетические и морфофункциональные изменения верхнечелюстного комплекса и всего лицевого черепа обусловлены непропорциональным увеличением вертикальных размеров средней и нижней зон лица, сужением верхнечелюстного комплекса по сагиттальной, и трансверзальной плоскости и нижней макрогнатией. Использование выбранных и модифицированных способов остеотомий челюстей с учетом выраженности деформации верхнечелюстного комплекса и всего лицевого скелета позволяет достичь оптимальных эстетических и функциональных результатов при ортогнатическом лечении изолированной верхней микрогнатии или в сочетании ее с нижней макрогнатией. При этом вентиляционная функция носа улучшается на 85%.

5. В результате реализации разработанных и усовершенствованных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий выбор индивидуального метода остеотомии челюсти позволил добиться оптимальных эстетических и функциональных результатов при изолированной верхней микрогнатии или ее встречаемости с нижней макрогнатией, а эффективность лечения повысилась на 85%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc04 / 30.12.2019.Tib.59.01  
ON AWARDING SCIENTIFIC DEGREES  
AT THE TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

**KUBAEV AZIZ SAIDOLIMOVICH**

**IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT  
OF UPPER MICROGNATHIUM TAKING INTO ACCOUNT  
MORPHOFUNCTIONAL AND AESTHETIC CHANGES IN  
THE MIDDLE FACIAL AREA**

**14.00.21 - Stom**

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

**TASHKENT – 2020**



The topic of the thesis of Doctor of Philosophy (PhD) in medical sciences was registered with the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2020.2.PhD/Tib1240.

The dissertation was completed at the Tashkent State Dental Institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the website of the scientific council (www.tsd.edu.uz) and on the Information and educational portal "ZiyoNet" ( www.ziynet .uz )

**Supervisor:**

**Rizaev Zhasur Alimdzhonovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Official opponents:**

**Jun-Young PAENG**  
MD, Professor (South Korea)

**Dusmukhamedov Mahmudjon Zakirovich**  
Doctor of Medical Sciences , Professor

**Leading organization:**

**Tokai Central Hospital, Japan**

The defense of the thesis will take place " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2020 at \_\_\_\_ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04 / 30.12.2019.Tib.59.01 at the Tashkent State Dental Institute. (Address: 100047, Tashkent, Yashnobad district, Makhtumkuli street, building 103. Tel : (+99871) 230-20-65; fax: (+99871) 230-47-99; e-mail: tdsi2016 @ mail .ru).

The dissertation (PhD) can be found at the Information Resource Center of the Tashkent State Dental Institute (registered under No. \_\_\_\_). Address: 200118, Tashkent, Makhtumkuli street, 103 Tel./fax: (+99871) 230-20-65; (+99871) 230-47-99.

The abstract of the thesis was sent out on " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2020 (register of the mailing protocol No. \_\_\_\_ dated " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2020).



*Handwritten signature of N.K. Haydarov*

**N.K. Haydarov**  
Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences

*Handwritten signature of L.E. Khasanova*

**L.E. Khasanova**  
Scientific Secretary of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Docent

*Handwritten signature of O.E. Bekzhanova*

**O.E. Bekzhanova**  
Chairman of the scientific seminar at the scientific council for the award of scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor



## INTRODUCTION (abstract of the doctoral dissertation (PhD))

**The aim of the study:** improvement of complex diagnostics and treatment of upper micrognathia, taking into account morphological and functional and aesthetic changes in the middle zone of the face and the entire facial skeleton.

**The object of the study:** selected 67 adult patients with upper micrognathia (in combination with lower micrognathia) who applied to the Department of Maxillofacial Surgery of the 7th City Hospital of Tashkent.

**The scientific novelty is as follows:**

it was found that in patients with medium face types, changes in the maxillary complex occur mainly along the sagittal plane without narrowing the nasal cavity and pharynx;

it has been proven that in patients with an elongated - concave type of face, changes in the maxillary complex are manifested in the form of narrowing it along the sagittal and transversal planes with a moderate narrowing of the nasal cavity and lengthening of the lower face zone along the vertical;

it was substantiated that in patients with a very long type of face, morphofunctional changes in the maxillary complex are manifested in the form of a narrowing of the sagittal transversal and vertical dimensions with disproportionate lengthening of the middle and lower zones of the face and a sharp obstruction of nasal breathing;

taking into account the indices of rhinospirometry, not only respiratory changes were revealed and the role of the nasal cavity in these disorders was determined, but also the postoperative restoration of nasal breathing was objectively assessed;

the role of the use of selected and modified methods of jaw osteotomy, taking into account the severity of deformation of the maxillary complex and the entire facial skeleton, has been proven, which allows achieving optimal aesthetic functional results.

**Implementation of research results.** Based on the developed algorithm for diagnosis and treatment, taking into account the clinical and radiological data of the maxillary complex and the entire skeleton of the face:

developed and approved a methodological recommendation "Diagnostic capabilities of rhinospirography in assessing the restoration of nasal breathing in patients with upper micrognathia" (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-r / 155 dated June 18, 2020). This methodological recommendation made it possible to use a modified method of spirography-rinospirography to detect disturbances in nasal breathing in patients with upper micrognathia;

developed and approved a methodological recommendation "Preoperative planning of surgical treatment of upper retro-micrognathia" (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-r / 156 of June 18, 2020). This methodological recommendation made it possible to carry out modern examination methods, such as anthropometry, photometry, cephalometry, 3D modeling, measurement of anatomical elements during surgery, which made it possible to improve the results of patient treatment;

the results obtained have been introduced into practical health care, including in the educational process at the departments of surgical dentistry of the Tashkent Institute of Higher Education and the Samarkand Medical Institute, in the practice of the clinic of the 7-city hospital, the Kibray RTMO and in the department of maxillofacial surgery of the city medical association of Samarkand (Conclusion No. 8n-d / 90 of the Ministry of Health dated July 13, 2020). The implementation of the results obtained made it possible to reduce the number of complications in the immediate and late postoperative period in patients with upper micrognathia, and to shorten the length of hospital stay.

# ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

### LIST OF PUBLISHED WORKS

#### I бўлим (I часть; I part)

1. Кубаев А.С. Функциональное состояние полости носа при врожденных деформациях средней зоны лица// Проблемы биологии и медицины. Самарканд, 2010, № 2 (61) (14.00.00; №19).

2. Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Даминов Ш.Б., Кандимов У.М. Морфофункциональное состояние полости носа и околоносовых пазух при верхней микрогнатии// Украинский стоматогический альманах. Полтава, 2013 – С 52-53 (14.00.00; №18).

3. Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Юсупов Ш.Ш. Особенности риномаксиллярного комплекса у взрослых больных с верхней микрогнатией// Здобутки клінічної і експериментальної медицини 2(19)/2013 С.117-119 (14.00.00; №35).

4. Ризаев Ж.А., Кубаев А.С., Абдукадыров А.А. Предоперационное планирование хирургического лечения верхней ретро-микрогнатии// Журнал биомедицины и практики специальный. Ташкент, 2020. № 2 - С. 866-873 (14.00.00; №24).

5. Ризаев Ж.А., Кубаев А.С. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией// Журнал теоретической и клинической медицины // №3. 2020.-С.98-102 (14.00.00; №3).

6. Ризаев Ж.А., Кубаев А.С. Preoperative mistakes in the surgical treatment of upper retro micrognathia// International Journal of Pharmaceutical Research | Jan - Mar 2020 | Vol 12 | Issue 1 (14.00.00; №3).

#### II бўлим (II часть; II part)

1. Ризаев Ж.А., Кубаев А.С. «Диагностические возможности риноспирографии в оценке восстановления носового дыхания у больных с верхней микрогнатией»: Методическая рекомендация. – Самарканд, 2020. 25-с.

2. Ризаев Ж.А., Абдукадыров А.А., Кубаев А.С. «Предоперационное планирование хирургического лечения верхней ретро-микрогнатии»: Методическая рекомендация. Самарканд, 2020. 20-с.

3. Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Ахророва М.Ш., Абдукадыров Д.А., Абдуллаев А.С. Программа для определения качества жизни пациентов после лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней зоны лица// Агенство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан №DGU07962Ташкент 2020

4. Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Каршиев Ш.Г., Шаюнусов Ш.Ш. Ортогнатическое лечение деформации челюстей взрослых пациентов с

различными типами лица// Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы челюстно-лицевой и ортогнатической хирургии». Самарканд, 2017 – С 102-105

5. Кубаев А.С., Раджабов Н.М. Морфо-функциональное состояние полости носа при верхней микрогнатии//Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы челюстно-лицевой и ортогнатической хирургии». Самарканд, 2017. – С 106-109

6. Кубаев А.С., Гаффаров У.Б., Абдукадыров А.А. Состояние дыхательной функции полости носа при верхней микрогнатии// Актуальные проблемы современной стоматологии. Самарканд, 2017

7. Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Абдукадыров Д.А. Клинико-рентгенологические проявления “long face syndrome” у взрослых пациентов с вогнутым типом лица и непропорциональным увеличением нижней его зоны// Актуальные проблемы современной стоматологии. Самарканд, 2017

8. Кубаев А.С., Ахророва М.Ш., Саидмуродова Ж.Б. Нуждаемость в ортодонтической подготовке к протезированию пациентов с деформациями зубочелюстной системы//Актуальные проблемы современной стоматологии Самарканд, 2017

9. Кубаев А.С., Ахророва М.Ш. Ошибки и осложнения при планировании и лечении больных с верхней ретро-микрогнатией //Республиканская научно-практическая конференция “Актуальные проблемы стоматологии”, Нукус, 2018 – С.52-53.

10. Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Абдукадыров Д.А. Клинические примеры создания оптимального эстетического баланса лица прикуса у пациентов с деформациями челюстей с различными типами лица//3-й Евразийский и 7-й Центрально-Азиатский конгресс по пластической хирургии. Бухара, 2019

11. Кубаев А.С. Разработка алгоритма диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней зоны лица// Science, research, development №4. Zakopane 29.12.2019 - 30.12.2019 (14.00.00).

12. Кубаев А.С. Algorithm for the diagnosis and treatment of upper micrognathia taking into account morphofunctional changes in the middle zone of the face//Lxiv international correspondence scientific and practical conference «european research: innovation in science, education and technology». London, United Kingdom, 2020

13. Кубаев А.С., Олимжонов К.Ж. Совершенствование диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней зоны лица// Международная онлайн конференция “Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения”, Самарканд, 2020

14. Кубаев А.С., Гаффаров У.Б., Абдукадыров А.А., Ахророва М.Ш. Особенности риномаксиллярного комплекса у взрослых больных с верхней микрогнатией//Re-health journal Научно-практический журнал. Андижан, 2020. № 4– С 481-484 (14.00.00).



**Автореферат «Биология ва тиббиёт муаммолари» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тиллардаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.**

**Отпечатано в типографии Самаркандского государственного  
медицинского института 140100. г. Самарканд, ул. Амир Темура, 18.  
Подписано в печать 02.10.2020 г. усл. печ. л. 3,25. Формат 60x84, <sup>1/16</sup>.  
Тираж: 60 экз. Заказ № 105  
Тел/факс: 0(366)2330766  
e-mail: [samgmi@mail.ru](mailto:samgmi@mail.ru), [www.sammi.uz](http://www.sammi.uz)**





