

**МД «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ ПЕДИАТРИ ВА  
ҶАРРОҲИИ КЎДАКОНА»**

ВБД 616.315-007.254

Бо ҳуқуқи дастнавис

**АМИНОВ РУСТАМҶОН САФАРОВИЧ**

**ПАҲНШАВИ ВА ОМИЛҲОИ ТАЪСИРРАСОНАНДА БА ПАЙДОИШИ НУҚСОНҲОИ  
МОДАРЗОДИ МИНТАҚАҲОИ ҚОҒУ-РЎӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

Автореферати

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии

номзади илмҳои тиб аз рӯи ихтисоси

14.01.14 - Стоматология

Душанбе 2024

**Диссертатсия дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣи педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» таҳия гардидааст.**

**Роҳбари илмӣ:**

**Ҷонибекова Розия Начмиддиновна** – н.и.т., дотсент,  
Мудирӣ кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ  
«Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи  
Абуалӣ ибни Сино»

**Муқарризони расмӣ:**

**Муллодҷонов Ғайратҷон Элмуродович** – доктори  
илмҳои тиб, ассистенти кафедраи стоматологияи  
муолиҷавии МДТ “Донишкадаи таҳсилоти  
баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии  
Ҷумҳурии Тоҷикистон”

**Одинаев Илҳом Исломиiddинович** – номзади  
илмҳои тиб, ҷарроҳ стоматологӣи КВД «Беморхонаи  
роҳи оҳани Тоҷикистон»

**Муассисаи пешбар:**

Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмию  
клиникӣи стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй»  
(ш.Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон)

Ҳимояи диссертатсия санаи «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2024 соати \_\_\_\_\_ дар маҷлиси шӯрои  
диссертатсионӣи 6D.KOA-053 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи  
Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj);  
+992939918808.

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба  
номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2024 ирсол шуд.

**Котиби илмӣ  
шӯрои диссертатсионӣ  
номзади илмҳои тиб, дотсент**

**Ҳасанов Ф.Ҷ.**

## Муқаддима

**Мубрам будани мавзӯи (предмет) таҳқиқот.** Сарфи назар аз чорӣ намудани технологияҳои нав дар самти ташхис ва табобат нуқсонҳои модарзодӣ (НМ) яке аз масъалаҳои мубрами соҳаи тандурустӣ ба шумор меравад, ки то ҳанӯз мавриди таҳқиқи илмӣ қарор нагирифтааст [Абдурахимов А.Х., 2014, Абдурахмонов А.З., 2018, Набиев З.Н., Рахматова.Р.А., 2023].

Дар айни замон дар кишварҳои мухталиф таваллуди кӯдак бо НМ минтақаи чоғу рӯй ба таври васеъ фарқ мекунад. НМ чоғу рӯй дар байни ҳамаи намудҳои НМ ҷойи дуҷумро ишғол намуда, шумораи кӯдакони гирифтӣ ба ин нуқсон сол аз сол афзоиш ёфта истодааст. Тибқи маълумоти Созмони умумичаҳонии тандурустӣ (СУТ) «пахншавии НМ чоғу рӯй аз рӯйи ҳисоби миёна аз 1 ба 600 навздро ташкил медиҳад. Дар солҳои охир тамоюли майл ба афзоиши басомади ин гуна нуқсонҳо мушоҳида мешавад, ки НМ чоғу рӯй ҷойи махсусро ишғол мекунад» [Ершова О.Ю., 2021, ВНО, 2016]. Ин нишондод дар Иттиҳоди Давлатҳои Мустақил (ИДМ) якранг набуда, дар Федератсияи Русия басомади ин нишондод тақрибан 1 ба 500-1000 кӯдаки навздро ташкил медиҳад, ки он аксаран роғҳои лаб ва комро дар бар мегирад [Регистр врожденных пороков развития в Российской Федерации" под редакцией И.В. Кривошеева, И.В. Рюмина (2020)]. Дар ҷумҳурии Қазоқистон ин нишондод аз 1 то – 900, Беларусия аз 1 то 800, Қирғизистон аз 1 то 900 навздро ташкил медиҳад [ВОЗ, 2021].

Зикр кардан бомаврид аст, ки сабабу омилҳои пайдоиши НМ минтақаи чоғу рӯй то ҳол ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст, ки он таҳқиқоти минбаъдaro тақозо мекунад. «Айни ҳол шароити мусоид барои гузаронидани тавонбахшии тиббӣ-ичтимоии кӯдакони гирифтӣ НМ минтақаи чоғу рӯй дар заминаи марказҳои махсусгардонидашудаи шаҳрҳои Душанбе, Хучанди вилояти Суғд ва Бохтари вилояти Хатлон имконпазир аст ва бояд бо амалҳои мутафаккири ҳамоҳангшудаи барқарорсозӣ алоқаманд бошад» [Абдурахманов А.Х., 2014; Ашуров Г.Г., 2016]. Дар ин Марказҳо вобаста бо воҳиди корӣ ҳаёти мутахассисони гуногун барои расонидани ёрии махсусгардонидашуда фаъолият мекунад, ки ин пешрафти соҳа мебошад.

Мавҷудияти чунин Марказҳои асосӣ барои табобат ва барқарорсозии самаранокӣ ин НМ равона шудаанд.

Ҳамин тарик, масъалаи асоснок кардани интиҳоби усули табобат хеле мубрам буда, муносибати маҷмӯӣ, ташхиси дақиқ, омӯзиши маълумоти мушоҳидаҳои клиникӣ ва натиҷаҳои таҳқиқоти лаборатории маводи интиҳобшуда бо баҳисобгирии ҷузъи иқтисодӣ, арзёбии сифати табобат ва мониторинги сифати зиндагии кӯдакони гирифтӣ НМ минтақаи чоғу рӯй вобаста ба усули интиҳобшудаи табобат ва маводи барқарорсозӣ талаб карда мешавад.

**Дарачаи таҳқиқи мавзӯи илмӣ.** Бояд гуфт, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон пас аз таъсиси шуъбаҳои махсусгардонидашуда дар шаҳрҳои Душанбе ва Хучанд масъалаҳои ташхис ва принципҳои омодагӣ ба даҳолати ҷарроҳӣ барои НМ минтақаи чоғу рӯй ба таври назаррас такмил ёфта, такмили минбаъдaro талаб мекунад. Бояд қайд намуд, ки адабиёти муосир дар ин самт бахшидашуда, алахусус оид ба пешгирӣ, ташхис ва принципҳои оmodасозии пеш аз ҷарроҳӣ ва расонидани ёрии маъсуси ҷарроҳӣю ортопедӣ ба кӯдакони гирифтӣ НМ минтақаи чоғу рӯй равона карда шудааст [Абдурахманов А.Х., 2014; Ашуров Г.Г., 2016].

Таҳлили мушоҳидаҳои клиникӣ оид ба басомади пайдо шудани НМ дар инкишофи минтақаи чоғу рӯй аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки таҳқиқотҳо оид ба такмил додани равиш ва усулҳои ҷарроҳӣ ва муайян намудани омилҳои хатарноки он ҳоло ҳам идома дорад. «Таҳлили синну соли ва ҷинсии кӯдакон», вазъи иҷтимоӣ ва иқтисодии кӯдакони гирифтӣ НМ, сифати расонидани ёрии махсусгардонидашудаи стоматологӣ, чорӣ намудани технологияҳои муосири инноватсионӣ дар ҷарроҳии кӯдакон ва гузаронидани баҳодихии функционалии барқарорсозии барвақтии ортопедӣ ба кӯдакони гирифтӣ НМ минтақаи чоғу рӯй аз вазифаҳои асосии таҳқиқот махсус меёбанд» [Андреева О.В. 2012; Игнатъева О.В., 2013; Britton K.F., 2010, Allaredy V, 2014].

Таҳқиқоти олимон барои раванқ ва рушди расонидани ёрии махсуси ҷарроҳӣ ва ортопедии стоматологӣ нақши арзанда худро гузоштаанд, аммо ин масъала то ба ҳол ҳалли пурраи худро наёфтааст, ки дар ҷомеаи илмӣ ва касбӣ баҳсҳои зиёдеро ба миён овардааст ва барои дарёфти роҳҳои тақмилиҳи бисёрҷонибаи барқарорсозии кӯдакони гирифтори НМ минтақаи ҷоғу рӯй дар шароити ислоҳоти ниғаҳдорӣ тандурустӣ таҳқиқоти минбаъдаро тақозо мекунад.

Ҳамин тарик, расонидани ёрии махсуси маҷмуии тиббӣ ва барқарорсозии минбаъдаи кӯдакони гирифтори НМ минтақаи ҷоғу рӯй то айнаи замон ба пуррагӣ ҳаллу ҷасли худро наёфтааст, ки тадқиқоти заруриро талаб менамояд.

**Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ.** Таҳқиқоти илмӣ ҷузъи мавзуи илмии МД “Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони”, оид ба омӯзиши “Ҳолати дурустӣ (саҳеҳӣ) ва таҳаввули рушди нишондиҳандаҳои солимии кӯдакон дар айёми тифлӣ ва таҳқиқи илман асоснокшудаи методологияи равиши байнисекторӣ барои устувории он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон” РҚД 0121ТJ1090 ба ҳисоб меравад. Тавсифи умумии таҳқиқот.

#### **Тавсифи умумии таҳқиқот**

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтарсозии муносибати маҷмуӣ ба коррекцияи махсуси ҷарроҳӣ ва ҷанбаҳои барқарорсозии кӯдакони дорои НМ минтақаи ҷоғу рӯй ва арзёбии самаранокии онҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Таҳлили нишондиҳандаҳои НМ минтақаи ҷоғу рӯйи кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

2. Муайян намудани омилҳои асосии ба пайдоиши НМ минтақаи ҷоғу рӯй (ичтимоӣ, гигиенӣ, тиббӣ-ташқилӣ).

3. Омӯзиши комплекси самаранокии омодагии пеш аз ҷарроҳӣ, иҷрои даҳолати ҷарроҳӣ ва барқарорсозии минбаъдаи бисерсоҳавӣ дар кӯдакони гирифтори НМ минтақаи ҷоғу рӯй.

4. Таҳия ва стандартикунонии алгоритми расмиёти комплекси терапевтӣ ва ташқисӣ барои оптимизатсияи раванди расонидани кӯмаки махсуси тиббӣ ба кӯдакони гирифтори НМ минтақаи ҷоғу рӯй.

5. Таҳия ва татбиқи нақшаи фардии даҳолати логопедӣ барои ислоҳи ихтилоли нутқ дар кӯдакони дорои нуқсонҳои конгениталии минтақаи ҷоғу ва рӯй.

**Объекти таҳқиқот.** Субъектҳои таҳқиқот 135 кӯдаки дорои нуқсонҳои модарзодии минтақаи ҷоғу рӯй буданд. Ҳамзамон, дар асоси маълумоти ретроспективӣ 1374 беморони нуқсони модарзодии минтақаи ҷоғу рӯй, аз 3 то 17 сола, синну соли миёнаи онҳо  $4,3 \pm 0,1$  сол, таҳлил карда шуд. Ретроспективӣ ва таҳлили маводи асосӣ омӯхтани хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва гигиенӣ кӯдакони маъюб аз сабаби нуқсонҳои модарзодии ҷоғу рӯй мебошад.

**Мавзуи (предмет) таҳқиқот.** Шаклҳои нуқсонҳо муайян карда шуда, хусусиятҳои рафтор, хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва гигиенӣ бачагони дорои нуқсонҳои модарзодии минтақаи ҷоғу рӯй, ки дар натиҷаи инкишофи нуқсонҳои модарзодии он мубтало шудаанд, омӯхта шуданд. Хусусиятҳои тавонбахшии тиббию иҷтимоии кӯдакони гирифтори НМ ҷоғу рӯй муайян гардида, барои ноил шудан ба натиҷаҳои хуби табобатӣ зарурати барқарорсозии шаклҳои гуногун барои ин гурӯҳи кӯдакон омӯхта шудааст.

**Асосҳои назариявии таҳқиқот.** Маълумоте, ки дар натиҷаи таҳқиқот ба даст оварда шудааст, имкон медиҳад, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон самаранокии тадбирҳои табобатӣ, ташқисӣ ва табобатӣ логопедӣ дар расонидани кӯмаки махсуси тиббӣ ба кӯдакони нуқсонҳои модарзодии минтақаи ҷоғу рӯй баланд шавад.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Тадқиқот, ки ба таҳлили ҳамаҷонибаи маълумот аз минтақаҳои гуногун асос ёфтааст, ҳодисаи баланди НМ минтақаи ҷоғу рӯй дар байни кӯдаконро тасдиқ кард ва таъсири назарраси омилҳои иҷтимоӣ-гигиенӣ, биологӣ ва ташқиси тиббиро ба басомади ин нуқсонҳо ошкор кард.

Таҳлили ҳамаҷонибаи даҳолати тиббӣ, аз ҷумла ташхис, ислоҳи ҷарроҳӣ ва барқарорсозии минбаъдаи тиббӣ ва иҷтимоӣ. Дикқати махсус ба муносибати биёерсоҳавӣ ба табобат дода мешавад, ки имкон медиҳад, ки саломатии кӯдакони гирифтори НМ минтақаи ҷоғу рӯй самараноктар идора карда шавад ва ҳам натиҷаҳои фаврӣ ва ҳам дарозмуддат беҳтар карда шаванд.

Истифодаи инноватсионии омодагии ҷарроҳӣ ва машқҳои ислоҳӣ барои кӯдакони дорои нуқсонҳои нутқ. Алгоритми таҳияшуда самаранокии худро дар ислоҳи деформатсияҳо ва беҳтар кардани функсияҳои нутқ дар кӯдакони томақтабӣ нишон дод, ки ин саҳми назаррас дар амалияи педиатрия ва логопедия мебошад.

Бо мақсади оптимизатсияи расонидани кӯмаки махсуси тиббӣ, маҷмӯи чораҳо, аз ҷумла пешгирӣ, ташхис, табобат ва барқарорсозӣ, ки самаранокии он дар тибби амалӣ тасдиқ шудааст, таҳия ва илмӣ асоснок карда шуд. Ин чорабиниҳо ба коҳиш додани басомад ва вазнинии зуҳуроти НМ минтақаи ҷоғу рӯй нигаронида шудаанд ва ба ин васила сифати зиндагии беморони хурдсолро беҳтар намуда, ба ҳамгирии пурраи иҷтимоии онҳо мусоидат мекунанд.

Таҳия ва стандартизатсияи алгоритми арзёбӣ ва барқарорсозӣ пас аз ҷарроҳӣ. Ин алгоритм имконияти муносибати инфиродӣ ба ҳар як кӯдакро фароҳам меорад, ки ба таҳияи нақшаҳои ягонаи ислоҳот имкон медиҳад, ки ба оптимизатсияи раванди табобат ва кам кардани мушкilotи баъдичарроҳӣ мусоидат мекунанд.

#### **Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда.**

1. Дар асоси таҳияи модели пешгӯӣ имконият медиҳад, ки басомади таваллуди кӯдакон бо НМ бо дарназардошти ҷойи зист ва дигар омилҳо пешгӯӣ намояд.
2. Самаранокии табобати саривақтӣ ва интихоби равишҳои оқилонаи инфиродӣ ба табобати ҷарроҳӣ ва барқарорсозии онҳо тавассути алгоритм баҳо дода шавад.
3. Маҷмуи алгоритми тартибдодаи хусусиятҳои коммуникативии шахсият бо мақсади муайян кардани нуқсонҳои нутқ дар кӯдакони дорои НМ минтақаи ҷоғу рӯй, барои муайян кардани пайдарпайии амалҳои табобатии ташхисии бо машғулиятҳои логопедӣ дар ташаккули ёрии тиббӣ ба ин беморон.

#### **Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.**

Дар натиҷаи таҳқиқ равишҳои интихоби оид ба ташхис, табобат, ҷарроҳӣ, тадбирҳои офиятбахшии табобатӣ ва машғулиятҳои логопедӣ барои кӯдакони нуқсонҳои модарзодии минтақаи ҷоғу рӯй бо назардошти коррексияҳои ҷарроҳӣ ва натиҷаҳои дарозмуддати табобати ҷарроҳӣ муайян карда шуданд.

Машғулиятҳои логопедии таҳия ва дар амал ҷорикардшуда метавонанд, самарани тадбирҳои муолиҷавию диагностикӣ, муолиҷавӣ ва логопедиро баланд бардошта, нутқро такмил диҳанд.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои** бадастомада бо ҳаҷми боэътимод ва намояндагии интихоб, ҷарроҳии интихобшудаи илмӣ гуруҳи кушодаи перспективии клиникӣ таҳқиқоти назоратшаванда бо унсурҳои таҳлили ретроспективӣ, истифодаи усулҳои адекват ва муносири таҳқиқот ва коркарди маълумоти омӯрӣ муайян карда мешавад.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Таҳқиқоти диссертатсия ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти ҚТ аз рӯи ихтисоси 14.01.14 - Стоматология мувофиқат мекунанд. Зербанди 3.1 (Этиология, патогенез, ташхис, табобат ва усулҳои пешгирии беморҳои бофтаҳои саҳт ва нарми дандон, бофтаҳои пародонтӣ ва луобпардаи даҳон дар кӯдакон ва калонсолон); 3.4 (Проблемаҳои саломатии дандонпизишкӣ дар калонсолон ва кӯдакон дар натиҷаи инкишофи беморҳои системавии бадан); 3.6 (Табобати ортопедии нуқсонҳои дандонҳо, дандонҳо, нуқсонҳои модарзодӣ ва бадастомада, деформатсияи системаи дандонпизишкӣ бо истифода аз тарҳҳои гуногуни дандонҳо).

**Саҳми шахсии доктараби дарачаи илмӣ дар таҳқиқот.** Татбиқи бевоситаи ҳамаи марҳилаҳои таҳқиқот, муаллиф шахсан 135 беморро аз назар гузаронида, таҳқиқоти илмӣ ва нашрияҳоро оид ба мавзӯи таҳқиқоти мавриди назар баррасӣ қарор дода, методологияи

гузаронидани барқарорсозӣ ва тафсири натиҷаҳоро дар компютери шахсӣ чорӣ намуда, иттилооти илмиро дар асоси маълумот чамъоварӣ ва таҳлил кардааст. Дар маҷмӯъ, бо маълумоти ретроспективи 1374 беморони нуқсонии модарзодии минтақаи ҷоғу рӯй, аз 3 то 17 сола, синну соли миёнаи онҳо  $4,3 \pm 0,1$  сол таҳлил карда шуд. Ҳадафу вазифаҳои таҳқиқотӣ дар гурӯҳҳо, инчунин таҳлили оморӣ, умумӣ ва тафсири натиҷаҳои бадастомада, ки дар асоси онҳо усулҳои нави гузарондани тадбирҳои комплекси барқароркунӣ қор карда баромада шуданд. Муаллиф мақолаҳо, маърузаҳо дар конгрессҳои илмӣ омода ва ҷоп кардааст, инчунин натиҷаҳои таҳқиқот дар кафедраҳои таҳассусӣ чорӣ ва санчида шудаанд. Таҳлили натиҷаҳои бадастомада ва 100% қоркарди оморӣ аз ҷониби муаллиф мустақилона анҷом дода шудааст. Иштироки муаллиф дар чамъоварии иттилооти илмӣ зиёда аз 85 ғоиз ва дар умумӣ ва таҳлили натиҷаҳои бадастомада 100 ғоизро ташкил медиҳад.

**Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Муқаррароти асосии қори диссертатсионӣ дар конгрессҳо ва конференсияҳо мавриди баррасӣ қор қор ғорифтанд: конференсияи илмӣ-амалии солони Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи. Абуалӣ ибни Сино» (2018), дар Конгресси VI педиатрҳо ва ҷарроҳони кӯдакони Тоҷикистон (2019, Душанбе); вохӯриҳои Ассотсиатсияи ҷарроҳони кӯдакони, анестезиологҳо ва реаниматологҳои Тоҷикистон (2019), дар конгресси илмӣ-амалии Муассисаи давлатии таълимии “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” бо иштироки байналмилалӣ (2019, 2020); Конгресси байналмилалӣ дар мавзуи технологияи ёрирасон – қалиди тавонбахшии бармаҳал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон // Муассисаи давлатии «Институти тадқиқотии экспертизаи тиббии иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон» (2019, ш. Душанбе); Форуми байналмилалӣ оид ба масъалаҳои маъҷубон, ки аз ҷониби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли ташкил карда шудааст (2019, Душанбе); Конгресси байналмилалии илмию амалӣ оид ба вазъи хизматрасонии геронтологӣ ва масъалаҳои маъҷубӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон: мушкилот ва роҳҳои ҳалли онҳо // Муассисаи давлатии «Институти тадқиқотии экспертизаи тиббии иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон» (Душанбе 2021); Конгресси байналмилалии илмӣ-амалӣ дар мавзуи: Ҷанбаҳои муосири тиб дар барқарорсозӣ // Маркази давлатии илмӣ ва клиникӣ педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакони Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон; Филиали тоҷикии АМНТ-и Федератсияи Русия (2021 – Душанбе). Қори диссертатсионӣ дар Шурои проблемавӣ-экспертии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони» ВТ ва ХИА ҚТ (2024) санчида шуд.

**Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия.** 1 дастури методӣ, 7 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 4 адад дар маҷаллаҳои илмӣ аз ҷониби ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ҚОА Федератсияи Россия тавсияшуда ба нашр расидаанд.

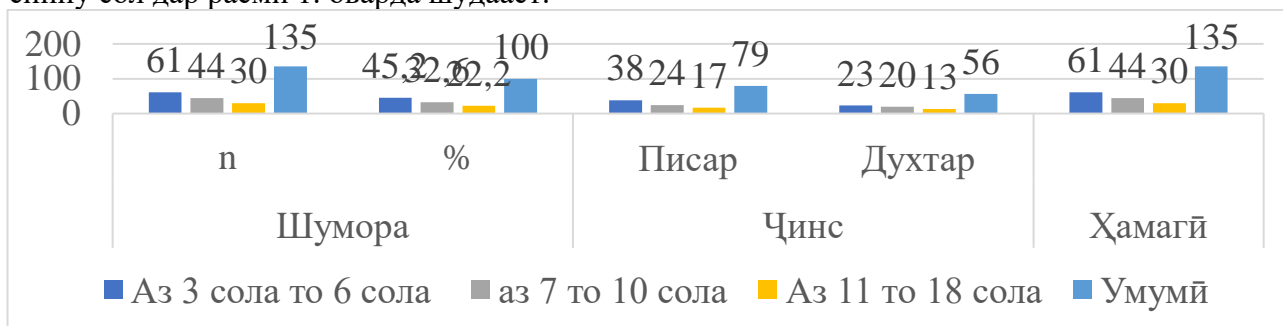
**Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар ҳаҷми 159 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод шудааст, ки аз муқаддима, тавсифи умумии қор, 7 боб, хулоса, тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо ва рӯйхати адабиёт, аризаҳо иборат аст. Диссертатсия бо 25 ҷадвал ва 24 расм тасвир ёфтааст. Библиография 134 сарчашма, аз ҷумла 42 муаллифи русзабон ва 122 муаллифи хоричӣ мебошад.

#### **Қисмҳои асосии таҳқиқот**

Дар қори диссертатсионӣ кӯдакони ғорифтори НМ минтақаи ҷоғу рӯй, ки дар шуъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи кӯдакони МД Маркази миллии тиббии “Шифобахш” дар солҳои 2000-2020 табобат ғорифтаанд, мавриди омӯзиш қор қор дода шудаанд. Таҳқиқот ба 2 қисм ҷудо шуда, дар қисми аввал таҳқиқотҳои ретроспективӣ ва дар қисми 2-юм бошад таҳқиқоти проспективӣ гузаронида шудааст.

Дар қисми ретроспективии таҳқиқот маълумот оид ба самаранокии табобати ортопедии барвақтии пеш аз ҷарроҳии 1232 кӯдак (723 писар ва 511 духтари аз 3 моҳа то 18 сола) оварда шудааст, ки бо истифода аз алгоритмҳои таҳияшуда ва такмилёфтаи таҳхис гузаронида шудаанд. Дар қисми проспективӣ арзёбии таъсири омилҳои ҳавф ба эҳтимолият пайдоиши

НМ минтакаи чоғу руй дар 135 кӯдаки гузаронида шуд. Таксимои беморон аз рӯи чинс ва синну сол дар расми 1. оварда шудааст.



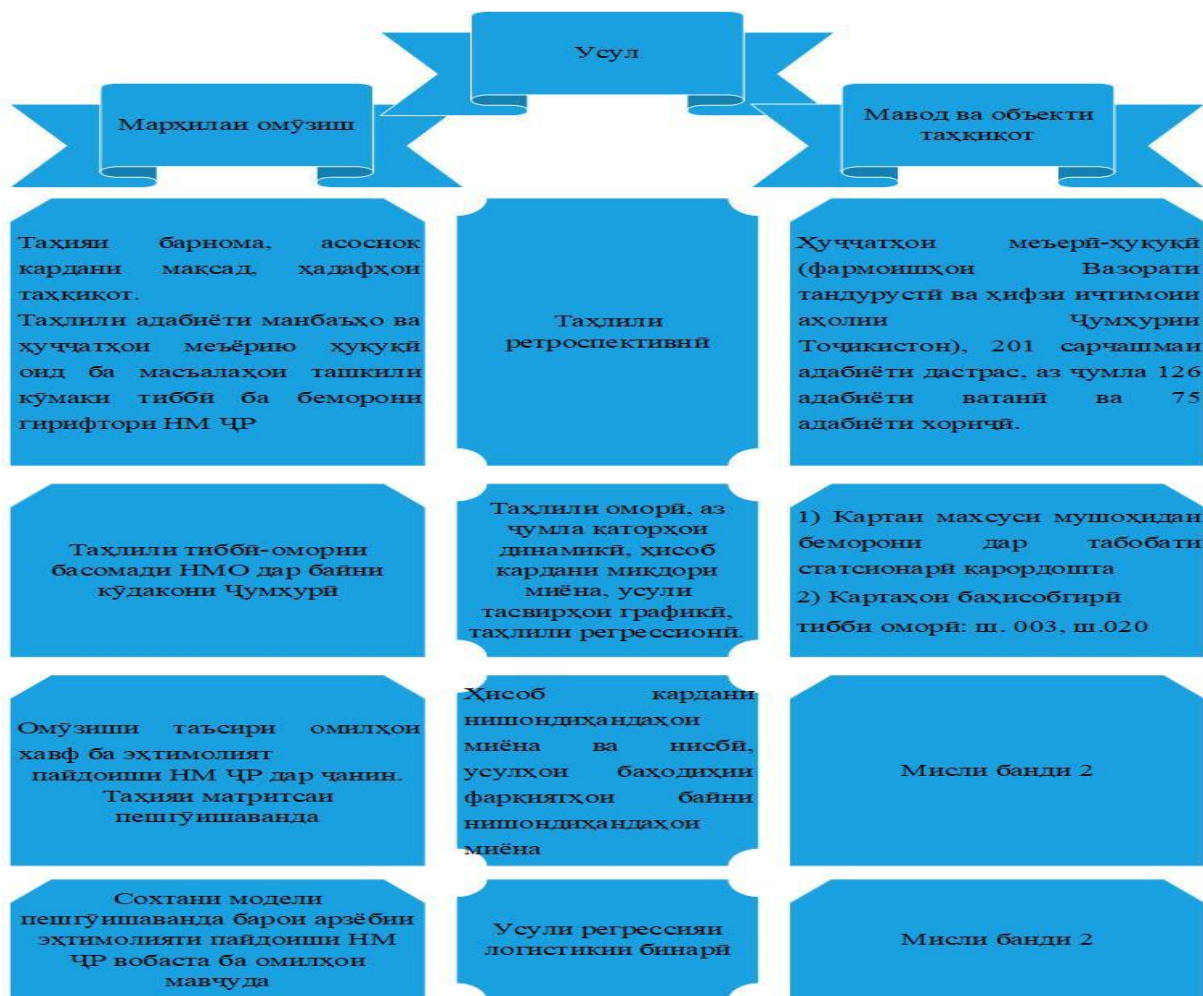
**Расми 1 - Таксимои беморон аз рӯи чинс ва синну сол (n = 135)**

Тавре аз маълумоти дар расми 1 овардашуда мебинед, беморон дар гурӯҳҳо аз рӯи чинс ва синну сол тақрибан баробар тақсим шудаанд. Амалиёт дар навдаҳои алвеоларӣ дар чоғи болоӣ ва поёнӣ ва экстраксияи дандонҳо 37,4% - ро ташкил дод. Ҷарроҳӣ барои гайморитҳои музминии одонтогенӣ, полипозӣ ва кистозӣ, қисмҳои бегона паҳлуҳои болоии чоғ, инчунин репозитсия ва остеосинтези устухони рухсора 18,8% - ро ташкил дод. Баргараф кардани маводҳои нав пайдошуда дар даҳон (гемангиома, омосҳои коми саҳт ва мулоим) 1,2% ҳамаи амалиётҳоро ташкил дод, буридани захмҳо, пӯшидани пластикии нуқсонҳо, гузоштани кукҳои дуҷумдараҷа, ислоҳи миодермалии рӯй 4%; остеосинтези чоғҳо тақрибан 4%; тамоми дигар амалиётҳои камтар аз 3%.

Давомнокии ҷарроҳӣ аз 15 то 170 дақиқа (ба ҳисоби миёна  $49 \pm 29$  дақиқа) буд ва ҳамаи беморон пас аз барқарор кардани нафаскашии мустақил ва шуури равшан пас аз ҷарроҳӣ ба палатаи худ интиқол дода шуданд.

Писарон дар байни беморони ҷарроҳӣшуда 65 нафар (48,1%) ва духтарон бошад мутаносибан 70 нафарро (51,9%) ташкил доданд. Синни миёнаи беморон  $10 \pm 2$  сол (аз 3 моҳа то 17 сола) буд.

Тибқи нақшаи таҳиягардидаи мо тамоми қисмҳои таҳқиқот ба 5 марҳила ҷудо гардидааст, ки дар расми 2 оварда шудааст.



**Расми 2 - Марҳила ва усулҳои таҳқиқот**

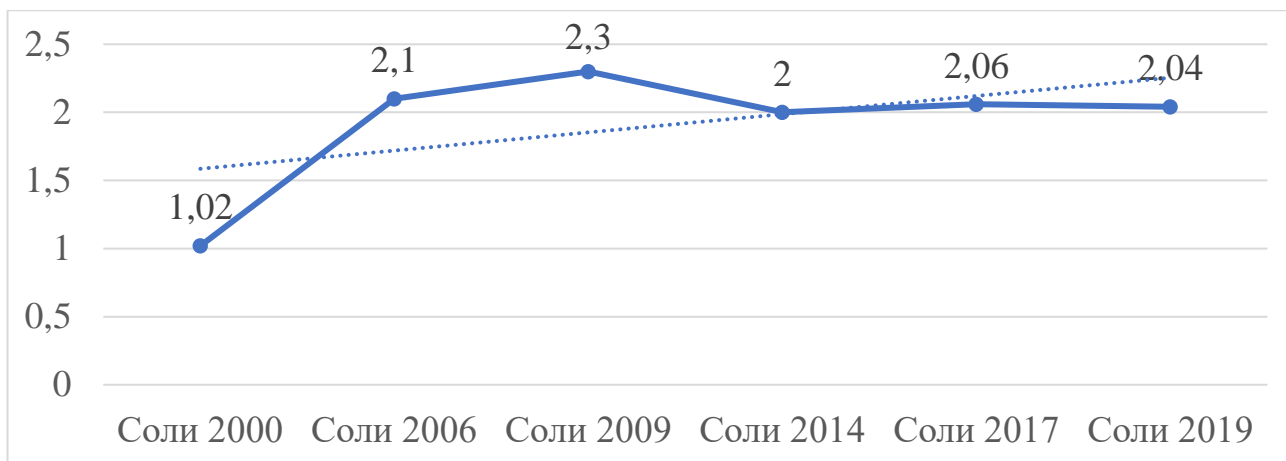
Дар маҷмуъ, маълумоти 1232 беморони гирифтори НМО минтақаи ҷоғу рӯй дар синни аз 3 моҳа то 18 сола таҳлил карда шуда, синни миёнаи  $5,3 \pm 0,1$  солро ташкил доданд. Гурӯҳи асосиро 135 кӯдак бо нуқсонҳои минтақаи ҷоғу рӯй ташкил доданд. Барои муқоисаи маълумотҳо гуруҳи назоратӣ ташкил карда шуд, ки ба он 80 кӯдак бо патологияҳои шикам дар МД ММТ ҚТ “Шифобахш” бистарӣ буда, ягон гуна НМ минтақаи ҷоғу рӯй надоштанд. Синну соли кӯдакони гурӯҳи назоратӣ аз 3 моҳа то 18 соларо ташкил дода, синну соли миёнаи онҳо  $6,1 \pm 0,2$  солро ташкил медиҳад.

Қоркарди омории маълумоти гирифташуда дар компютери шахсӣ бо истифода аз барномаҳои компютери Microsoft Office Excell 2019 ва STATISTICA v. 6.0, гузаронида шудааст. Бузургҳои миёна ва ҳатогиҳои стандартии онҳо ( $m \pm m$ ) ҳисоб карда шуданд. Барои муқоисаи миқдори миёнаи маҷмуаҳо t-критерияи Студент истифода мешуд ва дар ҳолатҳои набудани тақсими муқаррарии маълумот U-тести ғайрипараметрии Манн Уитни истифода шудааст. Бо истифода аз усули регрессияи логистикӣ бинарӣ модели пешгӯикунандаи ҳатари пайдоиши НМ таҳия карда шуд.

Дар гурӯҳи васеъ, НМ минтақаи ҷоғу рӯй ҳам аз рӯйи вазнинии зухуроти клиникӣ, ихтилолҳои анатомӣ ва функционалӣ, ки дараҷаи онҳо бо афзоиши кӯдак меафзояд ва ҳам аз рӯйи басомади паҳншавӣ ҷойгоҳи махсус доранд ва дар байни ҳама намудҳои нуқсонҳои модарзодӣ дар ҷойи 5-6 қарор доранд. Паҳншавии роғи ком ва лаб тибқи маълумоти олимони гуногун, аз 0,6 то 2 ва ҳатто то 4 дар 1000 кӯдаки навзод рост меояд.

Дар рафти гузаронидани таҳқиқ муайян гардид, ки басомади роғҳои лаб ва ком дар ҚТ дар давраи омӯзиш яқраиғ набуда аз 1,02 (2000с) то 2,06 (2017с) ба 1000 навзод ташкил дода, сатҳи миёнаи он 1,92 ба 1000 мебошад (расми 3).





**Расми 3. Ҷараёнӣ басомади нуқсонҳои модарзодии минтақаи ҷоғ-рӯй дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи солҳои 2000-2019 (ба 1000 навзод).**

Тавре ки аз расми 3 бармеояд паҳншавии НМ минтақаи ҷоғу рӯй дар қаламрави Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои омухташуда тағйироти назаррас доранд. Коэффитсиенти наздикшавӣ тағйирёбии омории нишондиҳандаро нишон медиҳад, ки бо сабти номуносиби ҳолатҳои нуқсонҳои таваллудии минтақаи ҷоғ ва рӯй дар ҷумҳурӣ тасдиқ карда мешавад.

Аз рӯй корҳои илмӣ ва назорати клиникӣ дар минтақаҳои гуногуни мамлакат оид ба паҳншавӣ ва ташхиси кӯдакон бо нуқсонҳои гуногуни минтақаи ҷоғу рӯй дар як сатҳ набуда, аз бисёр омилҳо дарак медиҳад. Аз он ҷумла, ба 1000 аҳоли ташхис гузошта шуда : ш.Турсунзода 0,34 ш.Ҳисор 0,21, ш.Хучанд 0,13 ш.Кӯлоб 0,15, ш.Бохтар 0,11 ва ш.Ваҳдат 0,12 ба 1000 навзод. Бояд қайд кард, ки оид ба нуқсонҳои ҷоғу рӯй дар сатҳи баланд меистад, якчанд шахру ноҳияҳо меистанд, ки таҳлили пурраи омилҳои тасирбахшро бояд барои коҳиш додани ин нуқсон ва маюби байни кӯдакон муайян кард. Назорати диспансерӣ дар ҷумҳурӣ нишон дод, ки ин гурӯҳи нуқсонҳо аз 0,6 (дар ноҳияи Айнӣ) то 3,4 (дар н.Рашт, Рӯдакӣ ва Б.Ғафуров) ба 1000 навзод ошкор карда шудааст.

Сатҳи баланди НМ минтақаи ҷоғу рӯй, ки аз сатҳи миёнаи ҷумҳуриявӣ баландтар аст, дар ноҳияҳои зерин ба қайд гирифта шудааст: Дӯстӣ 3,9, Кӯшонӣ 3,9, Панҷ 3,9, Шаҳристон 3,6, Спитамен 3,4, Бохтар 3,1, Муминобод 3,0, Исфара 2,6, Конибодом 2,4, Рӯдакӣ 2,3, Ваҳдат 2,2, Рашт 2,1 ва Лахш 1,9 ба 1000 навзод.

Вобаста аз корҳои илмӣ ва таҳқиқотӣ дар баъзе ноҳияҳои вилояти Хатлон, ки дар онҳо муайян ва назорати навзодон бо нуқсонҳои модарзодии ҷоғу рӯй хел паст буда, дар бисёр ҳолатҳо қайд надорад – ин ноҳияҳои Қабодиён 0,2; Вахш 0,3; (ба 1000 навзод).

Дар якчанд ноҳияҳои ҷумҳурӣ (Мастҷоҳи кӯҳӣ, Тоҷикобод, Шамсиддин Шохин, Балҷувон ва Темурмалик) ҳолатҳои НМ лаб ва роғ ба қайд гирифта нашудааст.

Тағйирёбии мавсимии таваллуди беморони шикофӣ диққатҷалбкунанда мебошад. Омори тиббӣ ва қайди назорати клиникӣ нишон медиҳад, ки ба ҳисоби миёна танҳо кӯдакон бо нуқсонҳои ҷоғу рӯй ва ком дар нимсолаи аввал 51,4% ва дар нимсолаи дуюм 48,6% таваллуд мешаванд.

Ҳангоми омӯзиши мавсимӣ, таҳқиқоти мо нишон дод, ки шумораи зиёди кӯдакони дорои НМ лаб ва ком дар тобистон 27,5±1,5%; дар баҳор 23,7±1,4%; дар тирамоҳ 26,0±1,5%; дар зимистон 22,8±2,1%,  $p>0,005$  таваллуд шудаанд. Дар давоми сол давраҳои нишондиҳандаҳои ҳадди аксар ва ҳадди ақал иваз карда мешаванд. Рақамҳои ҳадди аксар ба моҳи март 10,7±1,1% (индекси тағйирёбии мавсимӣ 122,5%), июл 10,1±1,0% (индекси тағйирёбии мавсимӣ 122,0%), август ноябр 9,6±1,0% (индекси тағйирёбии мавсимӣ 113% 117%) рост меояд. Арзишҳои хурдтарин ба декабр, октябр 7,3±0,9% (индекси тағйирёбии мавсимӣ 87%), апрел 7,0±0,9% (индекси тағйирёбии мавсимӣ 87%), май 6,0±0,8% (индекси тағйирёбии мавсимӣ 69,6%) рост меояд.

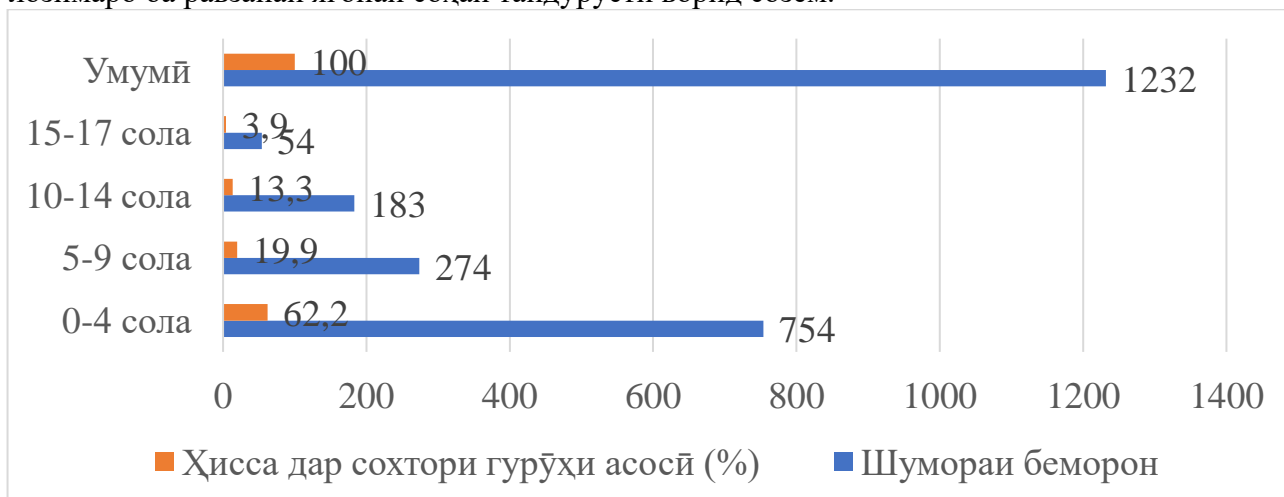
Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки роғҳои ком ( $18,3 \pm 2,2\%$ ) нисбат ба роғҳои лаб ( $12,7 \pm 1,9\%$ )  $p < 0,001$  бештар ба назар мерасанд.

Таносуби роғҳои лаб, роғҳои лаб ва ком ва роғҳои ком 1:1:1,3 – ро ташкил доданд. Дар писарон роғҳои лаб ва ком ( $23,0 \pm 2,4\%$ ) бештар аз роғҳои лаб ( $15,0 \pm 2,9\%$ ) ва роғҳои ком ( $17,0 \pm 2,2\%$ )  $p < 0,01$  ба қайд гирифта шуданд.

Қайд кардан зарур аст, ки нуқсонҳои чоғу рӯй бо таносуби гуногун ба қайд гирифта мешавад; НМ лаб ва ком ва нуқсонҳои ком 1:1, 3:1,2 -ро ба қайд гирифта мешавад, ки аз рӯйи пайдоиш омори писарон бо нуқсонҳои лаб ва ком зиёдтар мушоҳида мешавад ( $p < 0,01$ ).

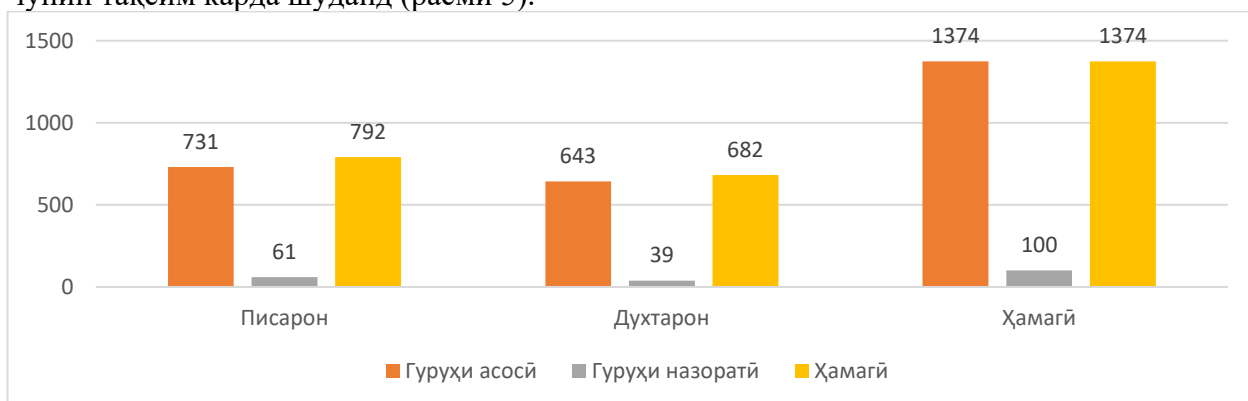
Таҳқиқоти мо таваллуди аксари кӯдаконро бо осеби чапи минтақаи чоғ ва рӯй қайд мекунад. Ҳамин тавр, бо роғи чапи лаб ва ком 39,5% беморон таваллуд шуданд, бо роғи чапи ком 45,6%. Ба ҳиссаи роғи дучонибаи лаб ва ком 31,8%, роғи ростии лаб ва ком 19,4% рост меояд. Дар сохтори роғи лаб, роғи ростии лаб 28,2% ва роғи дучониба 12,0% кӯдакони гирифтори ин бемориро ташкил медиҳанд. Дар байни нуқсонҳои, ки бо дигар узвҳо пайвастагӣ доранд 35,6% ва дар пайвастагӣ надорад 64,4% буд.

Аз натиҷаи таҳлили илмии гузаронидашуда оид ба НМ минтақаи чоғу рӯй ба хулоса омадан мумкин аст, ки пайдоиши ин гурӯҳи нуқсонҳо ба якҷанд омилҳо вобастагӣ дошта, таҳлили ҳамаҷонибаро талаб менамояд, аз он ҷумла фасли сол, синну соли волидайн, беморҳои ҳамрадиф, чинси кӯдакони гирифтори НМ, сохтори он ва ғ. Аз ин лиҳоз ба мо имкон медиҳад, ки нисбати ин нуқсон ва омилҳои пайдошавии он протоколҳои клиникӣ бозбинӣ намуда, харитаи пешгирии ин нуқсон, дастурамалҳои клиникӣ ва дигар ҳуҷатҳои лозимаро ба равангаи ягонаи соҳаи тандурустӣ ворид созем.



**Расми 4 - Тақсими гурӯҳи асосии таҳқиқшаванда аз рӯйи синну сол ҳангоми муроҷиати аввалин ба ММТ ҚТ “Шифобахш” барои кӯмаки тиббӣ**

Дар сохтори синну соли кӯдакони гурӯҳи асосӣ аз ҳама бисёртар кӯдакони синни то 4-сола (62,2%) ташкил медиҳанд, ки ин аз муроҷиати барвақтӣ ба муассисаҳои таъбиқоти оид ба ин беморӣ шаҳодат медиҳад. Аз рӯйи чинс, таҳқиқшавандагон дар гурӯҳҳои муқоисашаванда чунин тақсим карда шуданд (расми 5).



## Расми 5 – тақсимоти кӯдакон вобаста ба ҷинс

Тавре ки аз ҷадвали овардашуда бармеояд, ҳиссаи писарон дар гурӯҳи асосӣ 53,2% ва дар гурӯҳи назоратӣ 61,0% – ро ташкил медиҳад. Фарқиятҳои сохтори гурӯҳҳои дар таҳқиқот даромада аз рӯи ҷинс, ки бо истифода аз меъёри  $\chi^2$  писарон арзёбӣ карда шуданд, аз ҷиҳати оморӣ аҳамият надоштанд ( $\chi^2 = 2,28$ ;  $p=0,131$ ), ки ин аз муқоисаи гурӯҳҳо аз рӯи ин аломат шаҳодат медиҳад.

Ҳангоми таҳқиқот тақсимоти баробари кӯдакони гирифтори нуқсони модарзоди минтақаи ҷоғу рӯй аз рӯи моҳҳои таваллуд ба инобат гирифта шуд. Дар ин ҳолат, се моҳро қайд кардан мумкин аст, ки шумораи навзодони бо нуқсони модарзоди минтақаи ҷоғу рӯй таваллудшуда бисёртар ба қайд гирифта шудаанд: ин охири моҳи феврал ва аввали моҳи март (10,2% дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ), июл (9,6%) ва сентябр (8,5%) буд. Дар бисёр таҳқиқот оид ба таъсири моҳи таваллуд бо нуқсони гуногун ин зиёд будани омилҳо ва солимии волидайн дарҷ гаштааст, ки сабаб шуда метавонад ва дар таҳлили кори мо ин ба назар мерасад. Кам бақайдгирӣ оид ба нуқсонҳои модарзодӣ дар минтақаҳои ҷумҳури мо мушоҳида гардид, ба кӯдаконе, ки моҳҳои апрел (5,4%), феврал (5,4%) ва октябр (6,2%) таваллуд шудаанд, мансубанд.

Бояд қайд кард, ки таъсири манфӣ бисёр омилҳо мерасонанд ва омили дигар, ки таъсири он ба пайдоиши навзод бо нуқсони модарзоди ҷоғу рӯй пурра таҳлил шуд, ин манзили истиқомати зисти волидони кӯдак буд. Дар ин ҳолат, вобастагии хатари таваллуди кӯдаки дорои нуқсони модарзодӣ аз омилҳои экологӣ, ки дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳури фарқ мекунанд, пешбинӣ карда шуд.

Аз рӯи маълумоти мавҷуда тақсимоти зерин ба даст оварда шуд (ҷадвали 1)

**Ҷадвали 1 - Тақсимоти гурӯҳи асосии таҳқиқотӣ аз рӯи ҷойи истиқомати доимии волидон**

№	Ҷойи таваллуд	Шумораи кӯдакон	
		<i>n</i>	%
1.	Ҳисор	9	0,66
2.	Турсунзода	18	1,31
3.	Рӯдакӣ	27	1,97
4.	Ваҳдат	19	1,38
5.	Файзобод	27	1,97
6.	Нуробод	11	0,80
7.	Рашт	4	0,29
8.	Лахш	67	4,88
9.	Сангвор	4	0,29

**Давоми ҷадв. 1**

10.	Исфара	44	3,20
11.	Конибадам	3	0,22
12.	Б. Ғафуров	7	0,51
13.	Спитамен	20	1,46
14.	Зафаробод	32	2,33
15.	Истаравшан	12	0,87
16.	Айнӣ	5	0,36
17.	Деваштич	20	1,46
18.	Ашт	9	0,66
19.	Панҷакент	24	1,75
20.	Панҷ	18	1,31
21.	Дӯстӣ	69	5,02

22.	Ҷ. Балхй	10	0,73
23.	Рӯмӣ	10	0,73
24.	Шаҳритус	403	29,33
25.	Қабодиён	23	1,67
26.	Леваканд	13	0,95
27.	Кӯшониен	24	1,75
28.	Бохтар	27	1,97
29.	Муминобод	11	0,80
30.	Ховалинг	8	0,58
31.	Темурмалик	15	1,09
32.	Данғара	163	11,86
33.	Балчувон	66	4,80
34.	Явон	6	0,44
35.	Хуросон	13	0,95
36.	Восеъ	4	0,29
37.	Кулоб	23	1,67

Бо назардошти натиҷаҳои муқоисаи гузаронидашуда, гурӯҳҳои таҳқиқотӣ аз рӯйи таносуби басомади яқум таваллуд ва таваллуди такрорӣ муқоиса карда шуданд. Маълумоти гирифташуда дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

**Ҷадвали 2 - Басомади модарони яқумзоя дар сохтори кӯдакони таҳқиқотшаванда.**

Гуруҳҳои назоратӣ	Ҳомиладорӣ				Ҳамагӣ:	
	Яқум таваллуд		Таваллуди такрорӣ			
	Шумора	%	Шумора	%	Шумора	%
Асосӣ	845	72,6	387	27,4	1232	100,0
Назоратӣ	59	59,0	21	41,0	80	100,0
<b>Ҳамагӣ:</b>	<b>904</b>	<b>71,7</b>	<b>408</b>	<b>28,3</b>	<b>1312</b>	<b>100,0</b>

Аз рӯйи маълумоти гирифташуда, басомади таваллуди кӯдакони гирифтори НМ ҚР дар байни навзодони яқумтаваллуд нисбат ба навзодони аз таваллуди такрорӣ ( $\chi^2 = 8,54$ ;  $p = 0,003$ ) аз ҷиҳати оморӣ хеле баландтар буд. Нишондиҳандаи таносуби имкониятҳо барои омилҳои таваллуди такрорӣ 0,54, 95% фосилаи боварии 0,360,82 - ро ташкил дод, ки ин инчунин аз коҳиши оморӣ эҳтимолияти таваллуди кӯдак бо НМ ҚР ҳангоми таваллуди такрорӣ шаҳодат медиҳад. Маълумоти мухтасар дар бораи пешгирӣ ва муайян кардани омилҳои зикршуда дар модароне, ки кӯдакони гурӯҳи асосӣ ва назоратӣ таҳлил карда шуданд, дар ҷадвали 3 оварда шудааст.

**Ҷадвали 3 - Басомади омилҳои зараровар ва хатарнок дар модарон.**

Омилҳо	Гуруҳи таҳқиқотӣ				2 а	ОР; 95% ИБ	p
	Асосӣ		Муқоисавӣ				
	Шум.	%	Шум.	%			
Сироятӣ	313	22,8±1,0	13	13,0±3,4	5,18	1,97; 1,09-3,58	<b>0,023</b>
Кимиёвӣ	122	8,9±0,8	2	2,0±1,4	4,87	4,78; 1,16-19,6	<b>0,027</b>
Одатҳои бад	25	2,7±0,4	2	2,0±1,4	0,09	1,36; 0,32-5,71	0,925
Истеъмоли доруворӣ	21	1,5±0,3	1	1,0±1,0	-	1,54; 0,21-11,5	1,0*

<b>Аворизи меросӣ</b>	<b>бади</b>	127	9,2±0,8	3	3,0±1,7	4,52	3,29; 1,03-10,5	<b>0,034</b>
-----------------------	-------------	-----	---------	---	---------	------	--------------------	--------------

Дар натиҷаи таҳлили гузаронидашуда, мо афзоиши назарраси оморӣ басомади таваллуди кӯдакони дорои НМ ҚР ҳангоми мавҷудияти омили сироятӣ ( $\chi^2 = 4,63$ ;  $p = 0,031$ ), омили кимиёвӣ ( $\chi^2 = 4,87$ ;  $p = 0,027$ ), инчунин аворизи бади меросӣ ( $\chi^2 = 4,52$ ;  $p = 0,034$ ) муайян карда шуд.

Шумораи миёнаи таваллуд ба ҳар як зан дар ҚТ ба 3,8 баробар аст, ки ин ба омили дигари манфӣрасон даҳлат мекунад, яъне ин синну соли модарон мебошад, ки нишондоди он дар сатҳи баланд қарор дорад. Дар гурӯҳҳои таҳқиқотӣ мо низ нишондоди синну соли модарон мавриди таҳлил қарор гирифта шуд (ҷадвали 4).

**Ҷадвали 4 – Нишондоди синну соли модарон**

Гуруҳи таҳқиқотӣ	Синну соли модар дар вақти таваллуд		
	Хурдтарин-калонтарин	$M \pm m$	95% ИБ
Асосӣ	15 – 41	28,6±0,1	28,3 – 28,9
Муқоисавӣ	16 – 41	26,9±0,5	25,8 – 27,9

Таҳлили синну солии модарони таҳқиқшаванда нишон дод, ки синну соли миёнаи модарони гурӯҳи асосӣ 27,9±3,4 солро ташкил медиҳад, ки ин нишондод дар гурӯҳи муқоисавӣ 26,8±2,1 мебошад. Инчунин синну соли модарони таҳқиқшаванда ба гурӯҳҳои синну соли тақсимшуда, арзишҳои онро таҳти омӯзиш қарор додем (ҷадвали 5).

**Ҷадвали 5 - - Нишондоди синну соли модарон вобаста ба гурӯҳҳои синну соли**

Гуруҳи синну соли	Гуруҳи таҳқиқот			
	Асосӣ		Муқоисавӣ	
	Шумора	%	Шумора	%
19 сола ва хурд	27	2,0	8	8,0
20 – 24 сола	315	22,9	27	27,0
25 – 29 сола	294	21,4	30	30,0
30 – 34 сола	510	37,1	29	29,0
35 – 39 сола	192	14,0	5	5,0
40 сола ва зиёда	36	2,6	1	1,0
<b>Ҷамағӣ:</b>	<b>1374</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Дар натиҷаи таҳлили сохтори синну солии модарони таҳқиқшаванда вобаста ба гурӯҳҳои синну соли муайян карда шуд, ки модарони гурӯҳи асосӣ нисбат ба назоратӣ бештар дар синну соли калон ҷойгир мебошанд, ки ин нишондодҳо аз ҷиҳати оморӣ назаррас буданд ( $\chi^2 = 25,3$ ;  $P < 0,001$ ).

Натиҷаи рисолаи илмӣ вобаста ба арзишҳои ҷамъии омилҳои вобастагӣ ба ҳатари тавлиди навзод бо нуқсони модарзоди минтақавӣ ҷоғу рӯй, ки ҳар кадоми ин омилҳо таъсири худдоранд, аз он ҷумла, таъсири маводи кимиёвӣ, ориза, равиши ҳомиладорӣ, таваллуди якуми қаблӣ дар модарон, нишонаҳои сирояти дохилибатнӣ ва бемориҳои вирусӣ дар зан ҳангоми ҳомиладорӣ, бисёртаваллуд ва синну соли боло аз 38, ки таъсири худро ҳар як омил мерасонад, маълум мегардад. Қайд кардан зарур аст, ки метавонад як омили манфӣ таъсири худро барои таваллуди тифли бо нуқсон расонад.

**Ҷадвали 6 - Натиҷаҳои таснифи таҳқиқшавандагон аз рӯи аломати мавҷудияти НМ минтақавӣ ҷоғу рӯй вобаста ба арзишҳои модели пешгӯӣ**

Нишондод	Далели мавҷудияти НМ	Ташҳиси пешбинишуда НМ рӯйи минтақавӣ ҷоғу рӯй		Ҷамағӣ
		Мавҷуд набуд	Мавҷуд буд	

	рушди минтақаи чоғу рӯй			
Шумораи беморон	Набудан	73	27	100
	мавҷудият	201	1173	1232
Ҳиссаи беморон, %	Набудан	73,0	27,0	100,0
	мавҷудият	14,6	85,4	100,0

Санчиши модели пешгӯйикунанда дар амалия, самаранокии ташхисии ин модел, ҳиссаи мувофиқи пешгӯйиҳои дуруст дар байни ҳамаи таҳқиқот 84,5% (1146 ҳолат аз 1232) - ро ташкил медиҳад. Ҳассосияти функцияи логистикии истифодашуда, ки ҳамчун ҳиссаи ҳолатҳои дуруст пешбинишуда муайян карда мешавад, нуқсонҳои модарзодӣ рушди минтақаи чоғу рӯй, 85,4% (1053 ҳолат аз 1124) - ро ташкил медиҳад. Хусусияти модел, ҳиссаи мувофиқи пешгӯйиҳои дуруст дар бораи набудани НМ рушди минтақаи чоғу рӯй, 69,0% (69 ҳолат аз 100) - ро ташкил дод.

Барои дуруст истифодабарӣ ва баҳогузорӣ оид ба омилҳои таъсиррасон ва пешгирии пайдоиши навзоди бо нуқсонҳои модарзодӣ ба намуди як мисол метавонад ҳолатҳои пураи давраи ҳаёти кудакро инъикос гардонад.

1. Бемори А., писар, дар синну соли аввали ҳаёт, дар 6 моҳагӣ ба Маркази миллии тиббии ҚТ “Шифобахш” ВТ ва ҲИА ТҚ таҳти назорат қарор гирифт. Қойи зист шаҳри Турсунзода. Синни модар дар вақти таваллуд 35 сол-ро ташкил меод. Аз рӯйи ҳаёти ҳомиладорӣ қайд дорад, ҳомиладорӣ аз рӯй нақша, ҳомиладорӣ сеюм, дар таърихи репродуктивӣ бо сабабҳои номалум 4 искоти ҳамли тиббӣ гузаронида шудааст.

Як аз омилҳои таъсиррасон ба ҳар ду волидайн вобастагӣ ба фаъолияти корӣ дорад, дар корхонаи саноатӣ ва истехсолӣ кор мекунад, ки дар ин ҳолат мавҷудияти зарар ба монанди таъсири моддаҳои кимиёвиро қайд кардан лозим аст.

Таҳлили гузарондаи мо нишон дод, ки он паҳлуҳои барои таваллуди навзоди бо нуқсон, хатари инкишофи нуқсонҳои модарзодии минтақаи чоғу рӯй муайян карда шуданд:

- саломатӣ ва синну соли модар - 37 сола, ба гуруҳи синну соли аз 36 то 40 сола тааллуқ дорад ( $a_1 = 4$ );

- рафти ҳомиладорӣ ва таваллуд пешина - нест ( $a_2 = 0$ )

- қой доштани нишонаи бемори сироятӣ-нест ( $a_3 = 0$ );

- қой доштани омилҳои кимиёвӣ - ҳаст ( $a_4 = 1$ );

-қой доштани мавҷудияти ирсӣ - нест ( $a_5 = 0$ ).

Ҳамаи ин омилҳоро дар якҷоягӣ оварда, оид ба пайдоиши навзоди бо нуқсон ва хатари он пешгӯӣ карда мешавад, бо ҷамъи омилҳои хатари НМ рушди минтақаи чоғу рӯй 0,98-ро ташкил дод. Ин нишондод моро водор мекунад, ки аз зиёд будани коэфитсенти он то 0,9 зиёд аст, хавфи баланди нуқсонҳои модарзодии минтақаи чоғу рӯй пешбинӣ карда мешавад.

Дар ин бемор хангоми муоина нуқсонҳои пураи модарзодии чоғу рӯй ва коми мулоим бо оризаҳо ошкор карда шуд. Дар натиҷа таҳқиқот муайян намуд, ки модели пешгӯӣ ба мо имкон медиҳад, ки хатари таваллуди НМ минтақаи чоғу рӯй дар асоси маълумоти дар боло қайдшуда, ки омилҳои хавфро дар давраи банақшагирии ҳомиладорӣ пешгӯӣ кунад.

Барои пурра омӯختани омилҳои таъсиррасон барои пайдоиши навзодон бо нуқсонҳои гуногун мо варақаи назорати кӯдаконе, ки ҳамаи давраи инкишоф қарор доштанд, таҳлил ва баррасӣ намудем. Қайд кардан зарур аст, ки пешгӯӣ ва саривақт гузоштани ташхис ин беҳтар намудани ҳаёти шаҳрвандон ва дастоварди тибби муосир ба ҳисоб меравад.

Таҳлили таърихи бемори навбатӣ яке аз омилҳои таъсиррасон дар фаъолияти кори волидайн ба шумор меравад, ки пурра инъикос гаштааст.

Мисол: Б. Бемор истиқоматкунандаи шаҳри Турсунзодаи Ҷумҳурии Тоҷикистон буда, аз модари такроравалудкунанда ба дунё омадааст.

Назорати антинаталӣ пурра буда, дар қайд аз 11 ҳафтаи ҳомиладорӣ бо ташрифи 6 дар давраҳои гуногун гузаронида шудааст. Дар давраи се моҳи аввал ду маротиба бо беморҳои

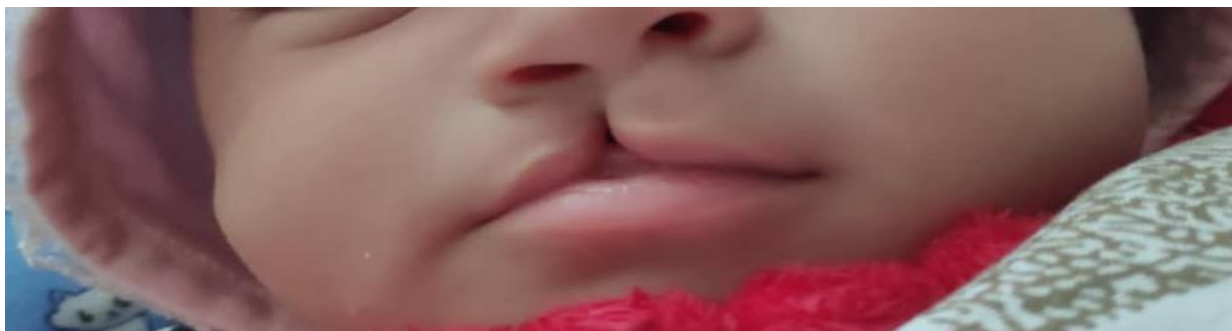
шадидди роҳи нафас ва гурда табобат гирифтааст. Дар муоинаҳои лабораторӣ камхунии дараҷаи миёна, баландшавии лейкоцитҳо то 14 ба назар расидааст, муоинаи ултрасадо гипертонуси бачадон ба қайд гирифта шудааст. Муоинаи такрори ултрасадо бо доплер дар 22 ҳафтаинаи ҳомиладорӣ гузаронида мешавад, ки дар ташхис нуқсони модарзодии минтақаи чоғу рӯй муайян карда мешавад.

Навзод аз модари такрораваллудкунанда, ҳомиладории 4 ум, таваллуди сеюм ба шумор меравад. Таваллуд дар 39 ҳафта бечарроҳӣ сурат мегирад: вазни кудак 3225 гр, қадаш 50 см. Таваллуд бо нуқсони модарзодии минтақаи чоғу рӯй аз рӯи баҳогузорӣ дар дақиқаҳои аввал ба 6-7 балл сурат мегирад. Нафас озод, овоз баланд, дар ҳафтаи аввал шири модар нагирифтааст.

Дар рӯзи 5 баъди таввалуд рухсат шуда, барои дуруст хӯрондани шири навзод ва бартараракунӣ мушкilot он барои маслиҳат ба мутахассиси чоғу рӯй муроҷиат мекунад. Маълумоти волидайнӣ навзод: модар 32 - сола, падар 38-сола солим, дар фаъолияти корӣ омили манфӣ дида намешавд. Дар оила бемориҳои ирсӣ нест. Фарзанди пештараш солим. Зани ҳомила аз лиҳози бемории шадиди роҳи нафас дар марҳилаи аввал табобати антибиотикҳо ва маводҳои ҳароратпаस्तкунанда гирифтааст.

Назорати навзод дар маҳалаи зист бурда шудааст ва барои гирифтани назорати доимӣ ва нақшаи амалӣ аввала ба шуъбаи чоғу рӯйи маркази миллии тиббӣ муроҷиат мекунад. Дар хучраи мутахассиси чоғу рӯй муоинаи пурра гузаронида шуда, оид ба назорати оянда маслиҳат дода шуд. Дар навзод нуқсони модарзодии минтақаи чоғу рӯй, аз он ҷумла, нуқсони пурраи лаби чап, қисми бинӣ бо қачшавии он, ком ба назар мерасад.

Аз назари мутахассисони атфол ва асабшинос барои назорат ва табобат пеш аз ҷарроҳӣ гузашта, тавсияҳо дода гирифтааст. Назорати доимии роҳи нафас пеш аз ширдиҳӣ ва баъди он, баъди гузаронидани муоинаи пурра ташхиси клиникӣ гузошта шуд: нуқсони мураккаби минтақаи чоғу рӯй (роғи пурраи лаби чап, деформатсияи бинӣ ва коми мулоиму сахт) бемориҳои ҳамрадиф бронхити обструктивӣ, камхунии дараҷаи сабук, ба волидайнӣ бемор маслиҳат дода шуд, ки назорат дар ҷойи истиқомат пурра бурда шавад. Ғизои солим, назорати вазни кӯдак, роҳҳои нафас ва омодагӣ ба ҷарроҳии аввалия дар моҳи сеюми баъди таввалуд ба инобат гирифта шаванд.



**Расми 6. - Шакли нуқсони минтақаи чоғу рӯй аз оғози амалиётӣ ҷарроҳӣ**

Дар санаи 14 январи соли 2017, кӯдак дар синни 5 моҳагӣ баъд аз муоинаи мутахассисон (стоматолог, табиби атфол, асабшинос) ба таври нақшавӣ барои гузаронидани амалиётӣ хейлоринопластика аввалия ба шуъбаи ҷарроҳии чоғу рӯйи кӯдакони МД ММТ ҶТ «Шифобахш» бистари мешавад. Дар вақти бистарӣ ҳолати кӯдак муътадил. Ҳолати ҷисмонии кӯдак дар меъёр тибқи синну сол қарор дошт, инкишофи руҳӣ ва соматикӣ бе тағйироти ҷиддӣ қарор дошт.



**Расми 7 Пас аз амалиёти чарроҳи аввалия хейлоринопластика дар моҳи якум**

Гузаронидани ҳар марҳилаи табобати бо нуқсони модарзодии минтақаи чоғу рӯй, чунонки аз ин натиҷаи амалиёти чарроҳӣ ва оризаҳои он бар меоянд, ҳаматарафа баҳогузурӣ карда мешавад. Баъд аз гузаштани як соли марҳилаи аввал барои гузаронидани чарроҳӣ ва баҳогузурӣ такроран ба шӯъбаи чарроҳии чоғу рӯйи марказӣ бистарӣ карданд. Дар вақти бистарӣ ҳолати қудак қаноатбахши буда, нишонаҳои гемодинамик муътадил, вазни бадан 12 кг, нафаскашии озод, ҳарорати бадан мутадил, муоинаи лабораторӣ бетағйирот мемонад.

Муоинаи объективӣ нишон дод, ки кашиши рӯй аз ҳисоби чарроҳии аввала дида мешавад, майдони чарроҳӣ бенишонаҳои деформация буда, сурхи ва хати чарроҳӣ аз лаби боло ва қисми бинӣ дида мешавад, палпатори мулоим бедард, ориза дида намешавад.

Ҳолати клиникӣ кӯдак Б, ки бо нуқсони модарзодии минтақаи чоғу рӯй рӯзи 04 февралӣ соли 2016 бо нишонаи нуқсон ва илтиҳоби роҳи нафас дар минтақаи Ваҳдат таваллуд шудааст.

Таҳлили варақаи кӯдаки бемор нишон дод, ки аз ҳомиладорӣ панҷум ва таваллуди сеюм ба қайд гирифта шудааст. Таваллуди ҳозира дар ҳафтаи 36 бо ташҳиси: ҳомиладорӣ 36 ҳафта, презклампсии муътадил ба амалёти буриши қайсарӣ гирифта шуд. Навзод дар дақиқаи аввал овози паст ва баҳодиҳӣ аз рӯйи шкалаи Апгар то 6/7 ҳол баробар буд, нишонаҳои гемодинамикӣ дар сатҳи меъёрӣ ҷой дошт. Навзод дар вақти таваллуд бо нуқсони модарзодии чоғу рӯй ва синдроми чарроҳӣ ташҳисгузурӣ карда шуд. Ба сина гузошта нашудааст. Дар чорум рӯзи ҳаёт дар ҳолати вазнин аз рӯйи вайроншавии нафасгирӣ, ки дар мавриди ҷой доштани бемориҳои ҳамрадифи системаи нафасгирӣ, норасоии неврологӣ аз ҳисоби номукаммалии системаи марказии асаб ва вайроншавии фурубарӣ аз ҳисоби НМ минтақаи чоғу рӯй кӯдак ба шӯъбаи патологияи навзодони МД ММТ ҶТ «Шифобахш» интиқол дода шуд.

Дар асоси протоколҳои пешниҳодшудаи соҳа барои пурра ба роҳ мондани амалёт чарроҳӣ дар кӯдакони дорои нуқсони модарзодии чоғу рӯй таҳлили зиёда аз 250 беморон гузаронида шуда, омилҳои зараррасон ва камбудии ҷойдошта таҳлили пура карда шуданд, ки барои корбарии оянда истифода бурда мешаванд. Гузаронидани марҳилаи аввалияи хейлоринопластика ва натиҷаҳои гирифтаи марказ ба мо имкон доданд, ки вобаста дар бораи хусусиятҳои инфиродӣ ва хусусиятҳои умумии клиникӣ-анатомии деформацияҳои бинӣ хангоми нуқсонҳои модарзодии минтақаи чоғу рӯй аз он ҷумла, нуқсони яктарафаи лаби болоӣ васеъ карда шаванд.

Таҳлили пурраи таърихи беморони дорои нуқсондошта нишон дод ки гузаронидани амалёти якҷоя дар нуқсони лаб бо қисми бини то 89% волидайнон назари мусбӣ дошта ва кӯшиш ба он медиҳанд, ки то 79% ҳамаи чарроҳӣ барои бартаарафкунии нуқсон омодагӣ дошта бошанд, дар синни барвақт ба чарроҳӣ ва тавонбахшӣ фаро гиранд.



Бояд тазукур дод, ки назорати пурраи клиникӣ бо таҳлили равиши чарроҳӣ дар минтақаи чоғу рӯй гузаронида шуда, омӯзиши адабиётҳои замонавӣ барои воридсозии намудҳои нави чарроҳӣ дар ин самт ба коҳиш додани оризаҳои баъди чарроҳӣ ва беҳтарсозии ҳаёти кӯдакон бо нуқсонҳои мураккаби минтақаи чоғу рӯй замина мегузорад. Агар дар солои аввали ташкили фаъолияти марказ гузаронидани марҳилаҳои чарроҳӣ дар синну соли дер ба роҳ монда шуда бошад, аини ин раванд ба марҳилаи аввал ва бо усулҳои ҳозиразамон ҷавобгӯӣ ба роҳ монда шудааст, ки навовариҳои соҳа ба шумор меравад. Дуруст баҳогузорӣ ва гузаронидани марҳилаҳои ассоси чарроҳӣ бо нуқсони модарзодии минтақаи чоғу рӯй ба мо инком медиҳад ки табобати баъди чарроҳӣ онро сари вақт саркарда оризаҳои ба он муносибро коҳиш диҳем ва сатҳи зиндагони оилаи дорони нуқсони модарзодии хубтар гардад. Дар таҳқиқоти пешниҳодкардаи мо сари вақт гузаронидани амалҳои аввала бадъан ба роҳ мондани табобати баъди чарроҳӣ, гузаронидани машғулиятҳои ба нақша гирифташуда дар ин гурӯҳи беморон мебошад. Ҳамаи ин ба ноил шудан натиҷаҳои хуби табобат дар соҳаи чоғу рӯй мегардад.

Мо дар таҳқиқоти пешниҳодкардаи замима гузоштем, ки пеш гузаронидани амалиҳои чарроҳӣ баҳогузорӣ аз тарафи мутахассисони соҳа ва бартарӣ ба ортодонти дода шуд, чунки аз маслиҳати он равиши амалҳои оянда тағйири кулӣ меёбад ва деформатсия бо оризаҳои коҳиш меёбанд. Истифодаи муносибати нармтар ба бофтаҳои мулоим имкон медиҳад, ки дар минтақаи афзоиши алвеолярӣ дар чехраи болоӣ ва пешгоҳи ташаккулифтаи даҳон, ки барои пешгирии рушди ояндаи қачшавӣ ва мушкilotи зиёд дар марҳилаи ояндаи чарроҳӣ ва гузаронидани машғулиятҳои дарсии давраи барқарорсозӣ меоварад. Аз ин лиҳоз баҳогузорӣ ва пешбинӣ оид ба марҳилаҳои чарроҳӣ аз тарафи мутахассисон пеш рафти ин самт мебошад ва мемунад.

Омӯзиши ҳамаҷаҳаи таърихи беморони бо нуқсонҳои модарзодӣ аз соли 2013 шуруъ карда, чарроҳии аввалияи барвақтӣ ба роҳ монда шуд, ки натиҷаҳои назаррас ба даст овардаем. Баъди гузаронидани амалҳои яқум кӯдакон ба назорати пурра гирифта, нақшаи ояндаи кашаи мешавад. Масъалаҳои тавонбахшӣ бо назорати ортодонт ва логопед ин нуқтаи ассосӣ баъди марҳилаи чарроҳӣ мебошад.

Ба нақша гирифтани амалҳои чарроҳӣ дар марҳилаҳои барвақтӣ оид ба нуқсони модарзодии чоғу рӯй барои кӯдакон замимаи хуб мегузоранд, чунки то расидан ба синни мактабӣ аз нуқсон нишона намунада. Ба роҳ мондани машғулиятҳои баъди чарроҳӣ қорҳои тавонбахшӣ метавонад маюбиро аз ин гурӯҳи беморон коҳиш диҳад.

Ёриҳои махсусгардонидани тиббӣ ба кӯдакони гирифтори НМ минтақаи чоғу рӯй дар шуъбаи кӯдакони чарроҳии чоғи рӯйи МД ММТ ҚТ “Шифобахш” ВТ ва ҲИА ҚТ расонида мешавад. Шуъбаи мазкур барои расондани кӯмаки ёриҳои тиббии санитарӣ дар ҷумҳурӣ дараҷаи 3-юм ба ҳисоб рафта, дар тамоми минтақаи ҷумҳурӣ барои ёриҳои тиббии махсусгардонидани оид ба бемориҳои гуногуни чоғу рӯй фаолият мекунад.

Тибқи натиҷаҳои таҳлилгардида дар ҚТ аз соли 2020 саркарда то соли 2019 нишондоди НМ минтақаи чоғу рӯй 2,18 ба 1000 таваллудро ташкил медиҳад.

Барқарорсозии кӯдакони дорони нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй: равиши комплексӣ, таҳияи тадбирҳои муассири барқарорсозии табобатӣ ва логопедӣ барои кӯдакони дорони нуқсонҳои модарзодии даҳон ва рӯй вазифаест, ки муносибати ҳамаҷониба ва дарки амиқи хусусиятҳои дар ҳар як марҳилаи инкишофи кӯдак талаб мекунад.

Ҳусусан, мутахассисон ҳама намудҳои ва ҳаҷми табобат, тартиб ва давомнокии онҳоро вобаста ба вазнинии нуқсони модарзодӣ ба нақша мегиранд.



## Расми 8. – Марҳилаҳои назорати антенаталӣ

Кӯдаконе, ки бо патологияҳои модарзодии чоғу рӯй ба дунё меоянд, ба таваҷҷуҳи махсус ва нигоҳубини ҳамоҳангшуда ниёз доранд. Аз лаҳзаи таваллуд роҳи онҳо ба ҳаёти муқаррарӣ аз муносибати маҷмӯӣ, аз ҷумла на танҳо даҳолати ҷарроҳӣ, балки дастгирии доимии мутахассисони соҳаҳои гуногун оғоз меёбад. Қадамҳои аввал: машварати таъҷилӣ ва ташҳиси ҳамачониба. Агар патологияи модарзодии минтақаи чоғи рӯй, аз қабилӣ роғи лаби боло ё поён, роғ, гипоплазияи чоғи поён ошкор карда шавад, фавран барои ҷарроҳии чоғи рӯй мурочиат кардан лозим аст. Махсусан дар ҳолате, ки дар кӯдак гипоплазияи чоғи поён бо алоими вайроншавии нафас ё БШРН мавҷуд мебошад. Ҷарроҳӣ кӯдакона дар таваллудхона навзодро муоина карда, ҳолати вазниниро муайян менамояд, марҳилаҳои ҷарроҳӣ ва ҳаҷми онро низ ба назар мегирад. Мутахассисон нақшаи ягонаи маҷмуӣ чорабиниҳоро пас аз ташҳиси аввалаи кӯдак таҳия намуда, барои машварат ба мутахассисони соҳаҳои гуногун фиристода мешавад: \* Педиатр: ҳолати ҷисмонии кӯдакро арзёбӣ мекунад, парҳези инфиродӣ интиҳоб мекунад, микрофлораи даҳонро назорат мекунад, ҳолати иммуниро арзёбӣ мекунад ва кӯдакро ба табобати ҷарроҳӣ омода мекунад. \* Невролог: кӯдакро муоина мекунад, агар патологияҳои неврологии ҳамроҳ вучуд дошта бошанд, дар бораи зарурати табобати иловагӣ тавсияҳо медиҳад. \* Эндокринолог: заминаи гормоналии кӯдакро арзёбӣ мекунад, ихтилоли эҳтимолии эндокриниро, ки метавонанд ба рушди минтақаи чоғу рӯй таъсир расонанд, муайян мекунад. \* Кардиолог: кӯдакро ҳангоми мавҷудияти патологияҳои дилу рағҳо муоина мекунад, имкони даҳолати ҷарроҳӣ ва омодагии пеш аз ҷарроҳиро арзёбӣ мекунад.

Ҳамин тариқ, муқоисаи функцияҳои нутқ дар беморони гирифтори роғи рӯй дар аксари нишондиҳандаҳо тағйироти аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимро нишон дод. Истифодаи алгоритми муолиҷавӣ ва ташҳиси таҳияшуда имкон дод, ки фаъолияти нутқи кӯдакон, аз ҷумла малақаҳои мотории дастҳо ва функцияи нафаскашӣ, беҳтар фаҳмондани нутқ, ба эътидол овардани сохтори ҳичо ва сохтори грамматикӣ нутқ ба таври назаррас беҳтар карда шавад.

### Хулосаҳо

1.1. Дар давраи мушоҳидаи таҳлилшаванда, басомади тағйир ёбандаи НМ чоғу рӯй дар қаламрави ҷумҳурӣ ба қайд гирифта шуд, ки аз 0,6 (2000 с.) то 3,2 (2018 с.) барои ҳазор навзод фарқ мекард. Индекси миёнаи беморӣ ба ҳар ҳазор кӯдаки навзод 1,7 буд, ки аҳамияти мониторинги ин нишондиҳандаҳоро нишон медиҳад [1-А, 3-А].

2. Модели пешгӯӣ омилҳои асосии хавфро, ки ба пайдоиши нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй мусоидат мекунанд, аз ҷумла категорияи синну соли модар, таърихи таваллуди қаблӣ, таъсири сироятӣ ва кимиёвӣ, инчунин майли ирсӣ муайян карда шуд [5-А, 7-А].

Истифодаи техникаи қабатҳои мобилӣ дар таҷдиди аввалияи лаби болоӣ ва бинӣ самаранокии баландро нишон медиҳад, ки дар 75% ҳолатҳо ба симметрияи пурраи комплекси бинӣ мерасад. Ин усул ба ҳамгирии оптималии визуалӣ ва функционалӣ мусоидат мекунад. Илова бар ин, истифодаи дубликатураи дукаратаи мушакҳо дар расмиёти пластикии аввалияи лаби болоӣ симметрияи дуҷонибаро дар 92% ҳолатҳо таъмин кард, ки хатари деформасияи вазнини системаи чоғу рӯйро ба таври назаррас коҳиш медиҳад [3-А, 4-А, 6-А].

4. Таҳия ва ҷорӣ намудани системаи комплекси тадбирҳои табобатӣ-ташхисӣ ва тиббӣ-логопедӣ барои кӯдакони гирифтори НИ минтақаи чоғу рӯй ба коҳиши 92% мушкilotи баъдичарроҳӣ оварда расонд. Ин система ба беҳтар шудани натиҷаҳои анатомия-функционалӣ ва оптимизатсияи раванди барқарорсозии тиббӣ-психосоциалӣ мусоидат мекунад [1-А, 4-А, 7-А].

5. Дар асоси шиносномаи нутқии таҳияшуда барномаи ислоҳи вайронкунии нутқ барои кӯдакони синни томактабии хурдсол бо ринолалия таҳия карда шуд. Барнома усулҳои ба эътидол овардани нафаскашии нутқ ва физиологӣ, рушди малакаҳои хуби моторӣ ва хассосияти ҳаптӣ, инчунин мустақкам кардани мушакҳои нарми лабҳо, рухсораҳо ва забонро дар бар мегирад. Ин чорабиниҳо муносибати интегративиро ба барқарорсозии кӯдакони дорои нуқсонҳои зикршуда нишон медиҳанд [2-А, 5-А].

6. Ҷорӣ намудани алгоритми логопедӣ-ташхисии барқарорсозӣ ба беҳтар шудани фаъолияти нутқ, моторикаи дастӣ ва функсияи нафаскашии нутқ дар кӯдакон мусоидат кард, ки самаранокӣ ва татбиқи онро дар амалияи клиникӣ тасдиқ мекунад [4-А, 6-А, 7-А].

#### **Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот**

1. Интегратсияи натиҷаҳои тадқиқот ба системаи кӯмаки аввалияи тиббӣ ба табибон имкон медиҳад, ки дар марҳилаҳои аввали банақшагирии ҳомиладорӣ хатари таваллуди кӯдакони дорои НМ минтақаи чоғ ва рӯйро арзёбӣ кунанд ва ба татбиқи саривақтии чораҳои пешгирикунанда мусоидат кунанд.

2. Иловаҳо ба протоколи клиникӣ ҷарроҳии НМ бояд ба беҳтар кардани натиҷаҳои эстетикӣ ва функционалии табобат равона карда шаванд, ки ба кӯтоҳ шудани мӯҳлати бистарӣ ва барқарорсозии босуръати беморон ва коҳиши умумии сатҳи маъҷубӣ дар байни ин категорияи беморон оварда мерасонад.

3. Истифодаи қабати ҳаракаткунанда ҳангоми табобати ҷарроҳии захмҳои яктарафаи лаби болоӣ ҳамчун усули афзалиятнок барои ислоҳи аномалияҳо ва барқарор кардани норасоии луобҳои бинӣ бе тангшавии минбаъдаи холигии бинӣ тавсия дода мешавад.

4. Фардикунонии муносибати терапевтӣ аз ҷониби мутахассисони тиббии пайванди амбулаторӣ бояд ба таҳлили натиҷаҳои бевоситаи ҷарроҳӣ барои оптимизатсияи чорабиниҳои минбаъдаи логопедӣ ва барқарорсозӣ асос ёбанд. Ин равиш имкон медиҳад, ки табобатро ба талаботи хоси ҳар як кӯдаки гирифтори НМ минтақаи чоғу рӯй мутобиқ карда, натиҷаҳо беҳтар ва раванди барқароршавиро суръат бахшад.

5. Татбиқи шиносномаи нутқ барои кӯдакони гирифтори НМ лаб ва ком имкон медиҳад, ки дараҷаи ихтилоли нутқ дақиқ ташхис карда шавад ва стратегияҳои табобатӣ-ташхисӣ ва логопедӣ, ки ба расонидани кӯмаки махсуси тиббӣ равона карда шудаанд, мутобиқ карда шаванд. Ин восита ба ташкили маълумот дар бораи рушди нутқ ва муайян кардани самтҳои афзалиятнок дар қори ислоҳӣ кӯмак мекунад.

6. Истифодаи барномаи мукамали логопедӣ дар раванди барқарорсозӣ пас аз ҷарроҳии лаб ва ё ком ба омезиши ҳамоҳангии технологияҳои тиббӣ ва таълимӣ мусоидат мекунад, ки ҳам натиҷаҳои тиббӣ ва ҳам психологию иҷтимоиро беҳтар мекунад. Интегратсияи ин равишҳо ба раванди барқарорсозӣ барқарорсозии пурраи функсияҳо ва мутобиқсозии иҷтимоии кӯдакони дорои нуқсонҳои модарзодро таъмин мекунад.

**Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия  
Мақоллаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:**

- [1-М]. Аминов Р.С. Нуқсонҳои модарзодии рӯй, масъалаҳои тайёрии пешазҷарроҳӣ дар кӯдакон [Матн] / Р.С. Аминов, Р.А. Раҳматова // Авджи Зухал. – 2023. – №1. – С. 113-116.
- [2-М]. Аминов Р.С. Беҳтарсозии натиҷаҳои ҷарроҳии чоғу рӯй дар кӯдакон бо роҳи тақмили усулҳои анестезияи умумӣ [Матн] / Р.С. Аминов, Р.А. Раҳматова, Ф.С. Қосимова // Илм ва фановарӣ. – 2023. – №4. – С. 78-82.
- [3-М]. Аминов Р.С. Ёриҳои комплекси тиббӣ ба кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй [Матн] / Р.С. Аминов, Ф.С. Қосимова, Р.А. Раҳматова, Р.Н. Қонибекова // Авҷи зуҳал. – 2024. - №1. – С.91-98.
- [4-М]. Аминов Р.С. Хусусиятҳои беҳискунии дар стоматология ва ҷарроҳии чоғ-рӯй [Матн] / Р.С. Аминов, Р.А. Раҳматова, Ф.С. Қосимова // Илм ва фановарӣ. – 2024. – №2. – С. 96-99.

**Мақола ва фишурдаҳо дар маводҳои конференсияҳо:**

- [5-М]. Аминов Р.С. Состояние кислотно-основного баланса при общей анестезии на основе пропофола у детей с врожденной расщелиной неба [Текст] / Р.С. Аминов, С.Р. Зоиров, Р.А. Раҳматова, Р.Н. Дҷонибекова, // Материалы 3 – Российского съезда детских анестезиологов-реаниматологов, 2023 г., С. 80-82.
- [6-М]. Аминов Р.С. Анестезия на основе пропофола с изучением состояния центральной и периферической гемодинамики при пороке развития челюстно-лицевой области у детей [Текст] / Р.С. Аминов, Р.А. Раҳматова, Р.Н. Дҷонибекова, Б.Х. Давлатов, С.Р. Зоиров // Материалы 3 – Российского съезда детских анестезиологов-реаниматологов, 2023 г., С. 114-115.
- [7-М]. Аминов Р.С. Состояние кислотно-основного баланса при общей анестезии на основе пропофола у детей с врожденной расщелиной неба [Текст] / Р.С. Аминов, Ф. Қосимова // Сборник материалов «X юбилейный Конгресс педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания» и II съезд детских хирургов Центральной Азии» Бишкек, 2023 г. С. 18-19.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И  
ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»**

**УДК 616.315-007.254**

*На правах рукописи*

**АМИНОВ РУСТАМДЖОН САФАРОВИЧ**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА  
ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-  
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

Автореферат диссертации  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности 14.01.14 – Стоматология

**Душанбе – 2024**

**Диссертация выполнена в ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии  
и детской хирургии»**

**Научный руководитель:**

**Джонибекова Розия Наджмиддиновна** – к.м.н.,  
доцент, заведующий кафедрой челюстно-  
лицевой хирургии ГОУ «Таджикский  
государственный медицинский университет им.  
Абуали ибн Сино»

**Официальные оппоненты:**

**Муллоджанов Гайратджон Элмуродович** –  
доктор медицинских наук, ассистент кафедры  
терапевтической стоматологии ГОУ «Институт  
последипломного образования в сфере здраво-  
охранения Республики Таджикистан»

**Одинаев Илхом Исломидинович** – кандидат  
медицинских наук, хирург - стоматолог  
Больница ГУП «Таджикская железная дорога»

**Оппонирующая организация:**

ГУ «Научно-клинический институт  
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г. в «\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-053 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) +992939918808  
С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук, доцент**

**Ф.Дж. Хасанов**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Несмотря на внедрение новых технологий в диагностику и лечение врожденных пороков развития (ВПР), является одной из актуальных проблем здравоохранения, которая до сих пор не исследована научно [Абдурахимов А.Х., 2014, Абдурахмонов А.З., 2018, Набиев З.Н., Рахматова.Р.А., 2023].

В настоящее время в разных странах рождение ребенка с ВПР в области челюсти и лица сильно различается. На втором месте среди всех видов ВПР находится челюстно-лицевой, и число детей, страдающих этим дефектом, растет с каждым годом. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «Распространенность ВПР на лице и челюсти составляет в среднем 1 на 600 новорожденных. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты подобных дефектов, причем особое место занимают ВПР челюстно-лицевой области» [Ершова О.Ю., 2021, WHO, 2016]. Этот показатель в Содружестве Независимых государств (СНГ) неоднороден, в Российской Федерации частота этого показателя составляет примерно 1 на 500-1000 новорожденных, в основном это губные и небные пороки [Регистр внутриутробных пороков развития в Российской Федерации" под редакцией И.В. Кривошеева.В. Рюмина (2020)]. В Республике Казахстан этот показатель составляет от 1 до 900, в Белоруссии от 1 до 800, в Кыргызстане от 1 до 900 новорожденных [ВОЗ, 2021].

Стоит отметить, что причины и факторы возникновения ВПР в области челюсти и лица до сих пор недостаточно изучены, что требует дальнейших исследований. «В настоящее время благоприятные условия для проведения медико-социальной реабилитации детей с ВПР челюстно-лицевой области возможны на базе специализированных центров в городах Душанбе, Худжанде Согдийской области и Бохтаре Хатлонской области и должны быть связаны с скоординированными созерцательными действиями по восстановлению» [Абдурахманов А.Х., 2014; Ашууров Г.Г., 2016]. В этих центрах, в зависимости от штатной единицы, работает разнообразный персонал специалистов для оказания специализированной помощи, что является прогрессом отрасли.

Существование таких крупных центров направлено на лечение и восстановление эффективности этих ВПР.

Таким образом, вопрос обоснования выбора метода лечения является очень актуальным, и требуется комплексный подход, точная диагностика, изучение данных клинических наблюдений и результатов лабораторных исследований выбранного материала с учетом экономической составляющей, оценка качества лечения и мониторинг качества жизни детей с ВПР челюстно-лицевой области в зависимости от выбранного метода лечения и реставрационных материалов.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** Следует отметить, что в Республике Таджикистан после создания специализированных отделений в городах Душанбе и Худжанде значительно улучшились диагностические вопросы и принципы подготовки к хирургическому вмешательству при ВПР челюстно-лицевой области, что требует дальнейшего совершенствования. Следует отметить, что современная литература, посвященная этому направлению, особенно посвящена профилактике, диагностике и принципам предоперационной подготовки и оказания безупречной хирургической и ортопедической помощи детям с ВПР челюстно-лицевой области [Абдурахманов А. Х., 2014; Ашууров Г.Г., 2016].

Анализ клинических наблюдений о частоте появления ВПР в развитии челюстно-лицевой области свидетельствует о том, что исследования по совершенствованию хирургического подхода и методов и выявлению факторов риска все еще продолжают. «Основными задачами исследования являются возрастной и половой анализ детей, социально-экономическое положение детей с ВПР, качество оказания специализированной стоматологической помощи, внедрение современных инновационных технологий в детскую хирургию и проведение функциональной оценки ранней ортопедической реабилитации детей с ВПР челюстно-лицевой области» [Андреева О.В. 2012; Игнатьева О.В., 2013; Britton K.F., 2010, Allaredy V, 2014].

Различные исследования значительно способствовали усовершенствованию методик оказания специализированной хирургической и ортопедической стоматологической помощи детям с ВПР челюстно-лицевой области. Несмотря на достигнутые успехи, вопрос полного решения этой

проблематики остаётся открытым, что стимулирует активные дискуссии в научных и профессиональных кругах. Это подчёркивает срочную необходимость в продолжении междисциплинарных исследований, направленных на совершенствование реабилитационных стратегий в рамках текущих реформ здравоохранения.

Следовательно, задача по обеспечению всеобъемлющей медицинской помощи и адекватной реабилитации детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области продолжает оставаться актуальной. Необходимость в дополнительных исследованиях в этой области является очевидной, чтобы обеспечить максимально эффективное восстановление и социальную адаптацию этих пациентов, улучшив их качество жизни.

**Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.** Тема настоящей диссертационной работы является фрагментом научно-исследовательских работ ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», посвященных изучению темы «Состояние достоверности и динамики развития показателей здоровья детей в младенческом возрасте, и разработка научно-обоснованной методологии межсекторального подхода к её устойчивости в Республике Таджикистан» ГР № 0121ТJ1090.

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Оптимизации комплексного подхода к проведению специализированных хирургических вмешательств и реализации интегрированных реабилитационных программ для детей с ВПР челюстно-лицевой области в Республике Таджикистан.

**Задачи исследования:** 1. Анализ показателей ВПР челюстно-лицевой области у детей в Республике Таджикистан.

2. Определить основные факторы, влияющие на возникновение ВПР в области челюсти и лица (социальные, гигиенические, медико-организационные).

3. Комплексное изучение эффективности предоперационной подготовки, выполнения хирургических вмешательств и последующей мультидисциплинарной реабилитации у детей с ВПР челюстно-лицевой области.

4. Разработка и стандартизация алгоритма комплексных терапевтических и диагностических процедур для оптимизации процесса оказания специализированной медицинской помощи детям, страдающим ВПР.

5. Создание и реализация персонализированного плана логопедических вмешательств для коррекции речевых нарушений у детей с врожденными дефектами челюстно-лицевой области.

**Объект исследования.** В исследовании приняли участие 135 детей с врожденными дефектами челюстно-лицевой области. В то же время на основе ретроспективных данных были проанализированы 1374 пациента с врожденными дефектами челюстно-лицевой области в возрасте от 3 до 17 лет, средний возраст которых составил  $4,3 \pm 0,1$  года. Ретроспектива и анализ основного материала-изучение клинических, социальных и гигиенических особенностей детей-инвалидов вследствие врожденных дефектов челюсти и лица.

**Предмет исследования.** Были определены формы дефектов и изучены поведенческие, клинические, социальные и гигиенические особенности детей с врожденными дефектами челюстно-лицевой области, которые пострадали в результате развития врожденных дефектов. Определены особенности медико-социальной реабилитации детей с ЧМТ и изучена необходимость реабилитации в различных формах для этой группы детей для достижения хороших терапевтических результатов.

**Теоретические основы исследования.** Данные, полученные в результате исследования, позволяют повысить эффективность лечебных, диагностических и лечебно-логопедических мероприятий в оказании специализированной медицинской помощи детям с врожденными дефектами челюстно-лицевой области в Республике Таджикистан.

**Научная новизна исследования.** Исследование, основанное на всестороннем анализе данных из различных регионов, подтвердило высокую инцидентность ВПР среди детской



популяции и выявило значительное влияние социально-гигиенических, биологических и медико-диагностических факторов на частоту этих пороков.

Комплексный анализ медицинских вмешательств, включая диагностику, хирургическую коррекцию и последующую медико-социальную реабилитацию. Особое внимание уделено мультидисциплинарному подходу к лечению, что позволяет более эффективно управлять здоровьем детей с ВПР, улучшая как непосредственные, так и долгосрочные результаты.

Инновационное применение хирургической подготовки и коррекционных занятий для детей с речевыми нарушениями. Разработанный алгоритм показал свою эффективность в коррекции деформаций и улучшении речевых функций у дошкольников, что является значительным вкладом в педиатрическую практику и логопедию.

С целью оптимизации оказания специализированной медицинской помощи, был разработан и научно обоснован комплекс мер, включающий профилактику, диагностику, терапию и реабилитацию, чья эффективность была подтверждена в практической медицине. Эти мероприятия направлены на снижение частоты и тяжести проявлений ВПР челюстно-лицевой области, улучшая тем самым качество жизни маленьких пациентов и способствуя их полноценной социальной интеграции.

Разработка и стандартизация алгоритма оценки и реабилитации после хирургических операций. Этот алгоритм предоставляет возможность индивидуального подхода к каждому ребенку, позволяя разрабатывать единые планы коррекции, что способствует оптимизации лечебного процесса и минимизации послеоперационных осложнений.

**Положения выносятся на защиту.** 1. На основе разработки прогностической модели можно прогнозировать частоту рождения детей с ВПР с учетом места жительства и других факторов.

2. Оценить эффективность своевременного лечения и выбора рациональных индивидуальных подходов к хирургическому лечению и их реабилитации с помощью алгоритма.

3. Комплекс алгоритмов, разработанных коммуникативными особенностями личности с целью выявления речевых нарушений у детей с ВПР челюстно-лицевой области, для определения последовательности лечебно-диагностических действий с логопедическими занятиями в формировании медицинской помощи этим больным.

**Теоретическое и практическое значение исследований.** В результате исследования были определены выбранные подходы к диагностике, лечению, терапевтическим реабилитационным мероприятиям и логопедическим занятиям для детей с врожденными дефектами челюстно-лицевой области с учетом хирургических коррекций и долгосрочных результатов хирургического лечения. Разработанная и внедренная в практику занятия по логопедии даёт возможность увеличить эффективность лечебных, диагностических, и логопедических мероприятий что в свою очередь совершенствует речь.

**Степень достоверности результатов.** Степень достоверности полученных результатов определяется надежным и репрезентативным объемом выборки, научно отобранной хирургией открытой клинически проспективной группы контролируемых исследований с элементами ретроспективного анализа, использованием адекватных и современных методов исследования и обработки статистических данных.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Диссертационное исследование соответствует паспорту Высшей аттестационной комиссии (КОА) при Президенте РФ по специальности 14.01.14 - Стоматология. Подраздел 3.1 (Этиология, патогенез, диагностика, лечение и методы профилактики заболеваний твердых и мягких тканей зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей и взрослых); 3.4 (проблемы со здоровьем зубов у взрослых и детей в результате развития системных заболеваний организма); 3.6 (ортопедическое лечение дефектов зубов, десен, врожденных и приобретенных дефектов, деформаций зубной системы с использованием различных конструкций зубов).

**Личный вклад соискателя ученой степени в исследования.** При непосредственном проведении всех этапов исследования автор лично обследовал 135 пациентов, проанализировал

научные исследования и публикации по теме рассматриваемого исследования, внедрил методику проведения реабилитации и интерпретации результатов на персональном компьютере, собрал и проанализировал научную информацию на основе полученных данных. В целом, по ретроспективным данным были проанализированы 1374 пациента с врожденными дефектами челюстно-лицевой области в возрасте от 3 до 17 лет, средний возраст которых составил  $4,3 \pm 0,1$  года. Цели и задачи исследований в группах, а также статистический анализ, обобщение и интерпретация полученных результатов, на основе которых разработаны новые методы проведения комплексных восстановительных мероприятий. Автор подготовил и опубликовал статьи, доклады на научных конференциях, а также представил и проверил результаты исследований на специализированных кафедрах. Анализ полученных результатов и 100% статистическая обработка выполнены автором самостоятельно. Участие автора в сборе научной информации составляет более 85 процентов, а в обобщении и анализе полученных результатов-100 процентов.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные положения диссертационной работы обсуждались на конгрессах и конференциях: ежегодной научно-практической конференции государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино» (2018), на VI Конгрессе педиатров и детских хирургов Таджикистана (2019, Душанбе); встречи Ассоциации детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана (2019), научно-практическая конференция Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в области здравоохранения Республики Таджикистан» с международным участием (2019, 2020); международная конференция на тему вспомогательные технологии – ключ к ранней реабилитации в Республике Таджикистан // государственное учреждение «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» (2019, ш. Душанбе); Международный форум по проблемам инвалидов, организованный Министерством здравоохранения и социальной защиты населения (2019, Душанбе); международная научно-практическая конференция по состоянию геронтологической службы и проблемам инвалидности в Республике Таджикистан: проблемы и пути их решения // государственное учреждение «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» (Душанбе 2021); Международная научно-практическая конференция на тему: Современные аспекты медицины в реабилитации.// Государственный научно-клинический центр детской педиатрии и хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; таджикский филиал АМНТ Российской Федерации (2021-Душанбе). Диссертационная работа прошла экспертизу в экспертно-проблемной комиссии Государственном учреждении «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ (2024).

**Публикации по теме диссертации.** Опубликованы 1 методическая работа, 7 научных работ, из них 4 в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РТ.

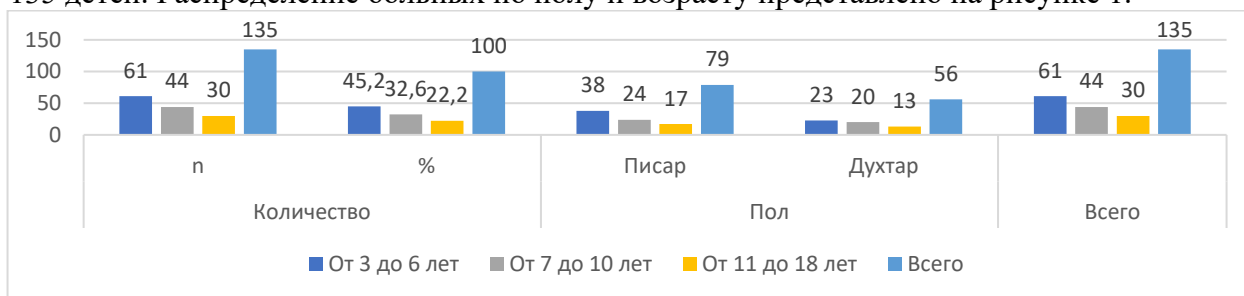
**Структура диссертации и объём.** Диссертация представляет собой науку в объеме 159 страниц компьютерного текста, состоящего из введения, общего описания работы, 7 глав, заключения, рекомендаций по практическому применению полученных результатов и списка литературы, приложений. Работа представлена 25 таблицами и 24 рисунком. Библиография насчитывает 134 источника, в том числе 42 русскоязычных автора и 92 иностранных автора.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В диссертационной работе изучены дети с ВПР челюстно-лицевой области, прошедшие лечение в отделении детской челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра «Шифобахш» в 2000-2020 годах. Исследование было разделено на 2 части, в первой части проводились ретроспективные исследования, а во 2-й части-проспективное исследование.

В ретроспективной части исследования представлены данные об эффективности раннего предоперационного ортопедического лечения 1232 детей (723 мальчика и 511 девочек

в возрасте от 3 месяцев до 18 лет), которые были диагностированы с использованием разработанных и усовершенствованных алгоритмов. В проспективной части была проведена оценка влияния факторов риска на вероятность развития ВПР в челюстно-лицевой области у 135 детей. Распределение больных по полу и возрасту представлено на рисунке 1.

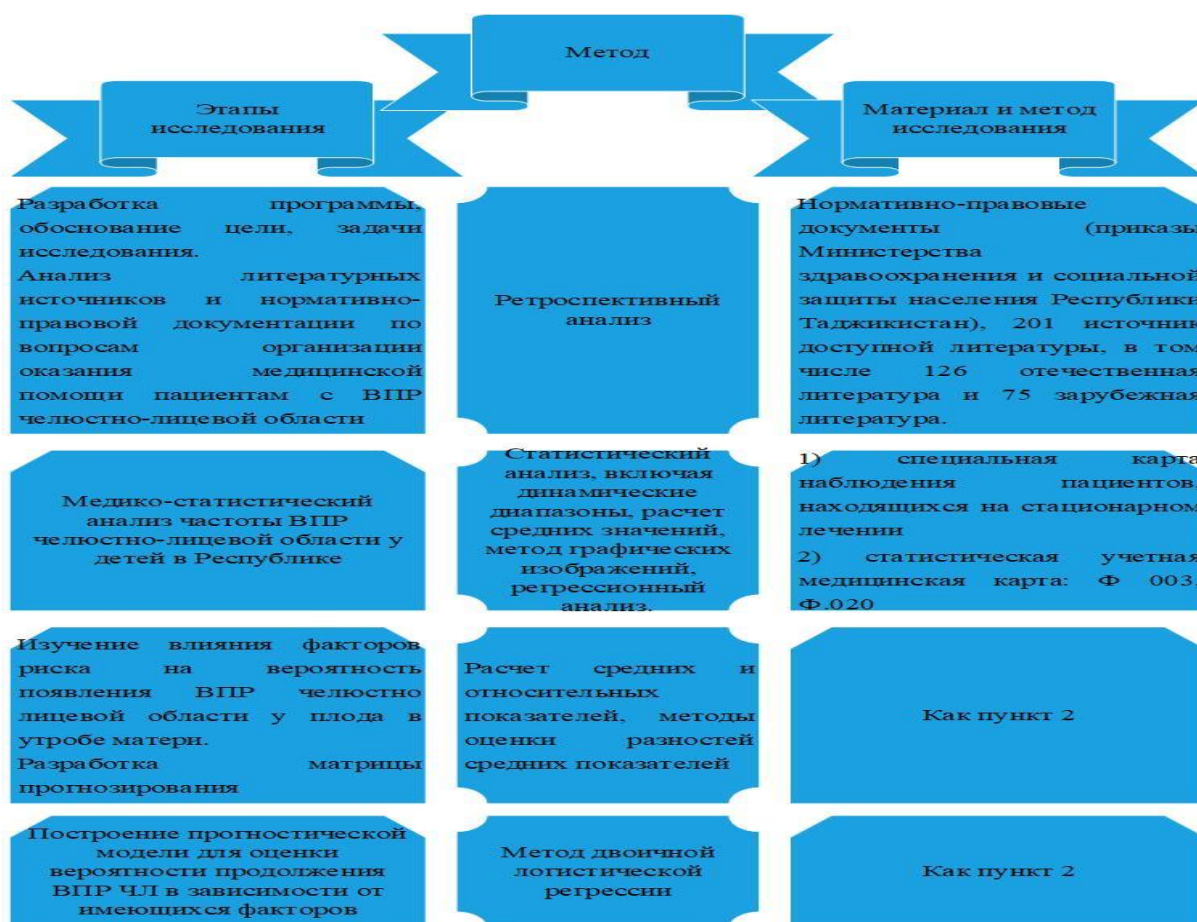


**Рисунок 1 - Распределение пациентов по полу и возрасту (n = 135)**

Из данных, представленных на Рисунке 1, следует, что распределение пациентов по возрастным и половым группам является равномерным. Хирургические вмешательства, включающие операции на альвеолярных отростках верхней и нижней челюсти, а также экстракцию зубов, составили 37,4% от общего числа процедур. Дополнительно были проведены операции, связанные с лечением хронического одонтогенного, полипозного и кистозного гайморита, удалением инородных тел из боковых сторон верхней челюсти, а также репозиции и остеосинтеза скуловых костей, которые составили 18,8%. Удаление новообразованных материалов в полости рта (гемангиомы, опухоли твердого и мягкого неба) составило 1,2% от всех операций, иссечение ссадин, пластиковое покрытие дефектов, установка вторичных швов, миодермальная коррекция лица 4%; остеосинтез челюстей около 4%; все другие операции менее 3%.

Продолжительность операции составляла от 15 до 170 минут (в среднем  $49 \pm 29$  минут), и все пациенты были переведены в свою палату после восстановления независимого дыхания и ясного сознания после операции.

Мальчики среди прооперированных пациентов составили 65 (48,1%), а девочки соответственно 70 (51,9%). Средний возраст больных составил  $10 \pm 2$  года (от 3 месяцев до 17 лет). Согласно разработанному нами плану, все части исследования разделены на 5 этапов, как показано на рисунке 2.



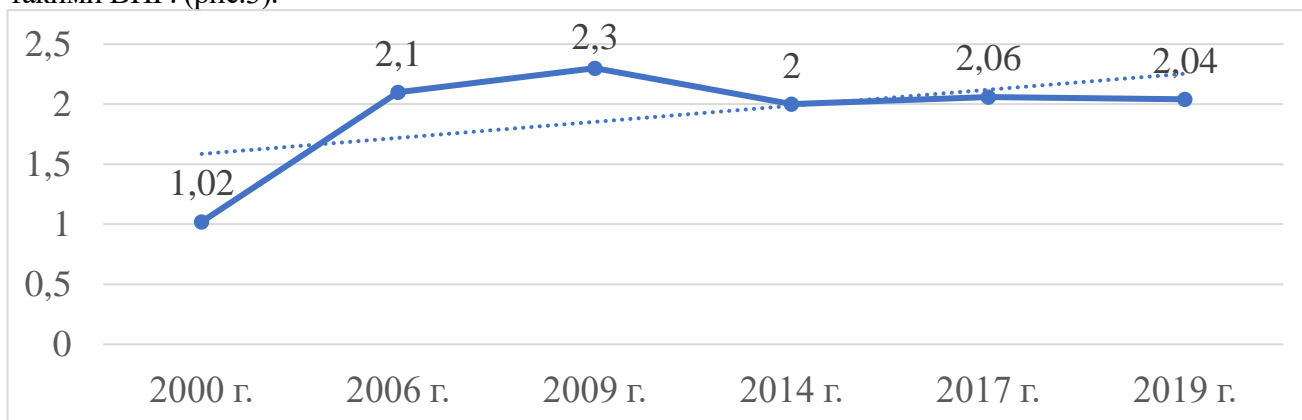
**Рисунок 2 - этапы и методы исследования**

В целом были проанализированы данные 1232 пациентов с ВПР в области челюсти и лица в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, средний возраст составил  $5,3 \pm 0,1$  года. Основную группу составили 135 детей с дефектами челюсти и области лица. Для сравнения данных была сформирована контрольная группа, в которую вошли 80 детей с патологиями брюшной полости, госпитализированных в НМЦ РТ “Шифобахш” и не имевших каких-либо отклонений в области челюсти и лица. Возраст детей контрольной группы варьировался от 3 месяцев до 18 лет, их средний возраст составлял  $6,1 \pm 0,2$  года.

Статистическая обработка данных, собранных в рамках исследования, проводилась на персональном компьютере с использованием аналитических платформ Microsoft Office Excel 2019 и STATISTICA v. 6.0. В ходе анализа были определены средние значения и стандартные ошибки ( $M \pm m$ ) для каждой из рассматриваемых переменных, что позволило обеспечить точность статистических расчетов. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался t-критерий Стюдента. В случаях, когда распределение данных отклонялось от нормы, использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Адаптивная модель бинарной логистической регрессии была разработана для прогнозирования риска развития ВПР у новорожденных, что позволяет оптимизировать стратегии ранней диагностики и вмешательства. В рамках исследования ВПР челюстно-лицевой области у детей, дефекты ротовой полости, включая аномалии губы и нёба, занимают значимое место из-за их высокой распространённости и серьёзности клинических проявлений. Эти пороки не только вызывают значительные анатомические и функциональные нарушения, но и могут прогрессировать с возрастом ребёнка, усугубляя потребность в медицинском вмешательстве.

Конгенитальные аномалии, такие как расщелина губы и нёба, являются одними из наиболее часто встречающихся врождённых дефектов, занимая 5-6 место в общем классификаторе таких пороков. Распространённость данных аномалий, по данным различных исследований, колеблется от 0,6 до 4 случаев на 1000 новорождённых.

На основании проведённого многоцентрового исследования в Республике Таджикистан было выявлено, что инцидентность дефектов губы и нёба варьировала от 1,02 на тысячу новорождённых в 2000 году до 2,06 на тысячу в 2017 году, с общим средним показателем в 1,92 на тысячу новорождённых. Эти данные подчёркивают необходимость улучшения диагностических и терапевтических стратегий в рамках комплексного подхода к лечению и реабилитации детей с такими ВПР. (рис.3).



**Рисунок 3. Частота врожденных дефектов челюстно-лицевой области в Республике Таджикистан за период 2000-2019 гг. (на 1000 новорожденных).**

Как иллюстрирует рисунок 3, вариабельность инцидентности ВПР челюстно-лицевой области в Республике Таджикистан за рассматриваемый временной интервал показывает значительные колебания. Индекс изменчивости, рассчитанный в исследовании, отражает статистическую вариативность данного показателя, что подтверждается проблемами в адекватности регистрации случаев ВПР в медицинских учреждениях республики. Несовершенство системы учёта медицинских данных указывает на необходимость реформирования подходов к диагностике и мониторингу врождённых дефектов в данной области, что в свою очередь требует внедрения улучшенных протоколов и стандартов медицинской документации. Согласно научной работе и клиническому наблюдению в различных регионах страны, распространённость и диагностика детей с различными дефектами челюстно-лицевой области не находятся на одном уровне, что говорит о многих факторах. Среди них 1000 человек, которым был поставлен диагноз: г. Турсунзаде 0,34, Гисар 0,21, г.Худжанд 0,13, г.Куляб 0,15, г.Бохтар 0,11 г.Вахдат 0,12 на 1000 новорожденных. Следует отметить, что по поводу дефектов челюсти и лица на высоком уровне стоит несколько городов и районов, где необходимо провести полный анализ факторов риска, чтобы уменьшить этот дефект и уровень жизни среди детей. Диспансерный контроль в республике показал, что эта группа дефектов колеблется от 0,6 (в Айнинском районе) до 3,4 (в Раште, Рудаки и Б.Гафуров) выявлений у 1000 новорожденных.

Высокий уровень ВПР в области челюсти и лица, превышающий средний уровень по республике, был зафиксирован в следующих городах и районах: Дусти 3,9, Кушаниен 3,9, Пяндж 3,9, Шахристан 3,6, Спитамен 3,4, Бохтар 3,1, Муминабад 3,0, Исфара 2,6, Канибадам 2,4, Рудаки 2,3, Вахдат 2,2, Рашт 2,1, и Лахш 1,9 на 1000 новорожденных.

В связи с проведенными научно-исследовательскими работами в некоторых районах Хатлонской области, где детектирование и осмотр новорожденных с врожденными дефектами челюсти и лица низкие и во многих случаях не отмечены-в этих районах Кабодиён 0,2, Вахш 0,3, (на 1000 новорожденных).

В ряде районов республики (горная Мастча, Таджикабад, Шамсиддин Шохин, Бальджуван и Темурмалик) не зарегистрировано случаев заболевания НМ губы и неба.

Сезонная изменчивость родов у пациентов с расщелиной позвоночника привлекает внимание. Медицинская статистика и систематические клинические записи выявляют, что в первом полугодии средний показатель рождаемости детей с ВПР челюстно-лицевой области составляет 51,4%, тогда как во втором — 48,6%. Сезонные колебания частоты рождений детей с аномалиями губы и нёба

выражены в следующих процентных соотношениях: летом —  $27,5 \pm 1,5\%$ , весной —  $23,7 \pm 1,4\%$ , осенью —  $26,0 \pm 1,5\%$ , зимой —  $22,8 \pm 2,1\%$  ( $p > 0,005$ ), что указывает на незначительные статистические различия. Исследование подтверждает наличие периодов с максимальной и минимальной частотой ВПР в течение года. Максимальные показатели фиксируются в марте ( $10,7 \pm 1,1\%$  при индексе сезонной изменчивости  $122,5\%$ ), июле ( $10,1 \pm 1,0\%$  при индексе сезонной изменчивости  $122,0\%$ ) и ноябре ( $9,6 \pm 1,0\%$  при индексе сезонной изменчивости  $113 \pm 117\%$ ). Минимальные значения регистрируются в декабре и октябре ( $7,3 \pm 0,9\%$  при индексе сезонной изменчивости  $87\%$ ), апреле ( $7,0 \pm 0,9\%$  при индексе сезонной изменчивости  $87\%$ ) и мае ( $6,0 \pm 0,8\%$  при индексе сезонной изменчивости  $69,6\%$ ).

Результаты исследования показали, что небные складки ( $18,3 \pm 2,2\%$ ) чаще, чем губные ( $12,7 \pm 1,9\%$ ), имели  $p < 0,001$ .

Соотношение губных складок, губных и небных складок и небных складок составило 1:1:1,3.

У мальчиков пороки губы и неба ( $23,0 \pm 2,4\%$ ) были зарегистрированы чаще, чем пороки губы ( $15,0 \pm 2,9\%$ ) и неба ( $17,0 \pm 2,2\%$ )  $p < 0,01$ .

Следует отметить, что дефекты челюсти и лица регистрируются в разных пропорциях: ВПР губы и неба и дефект неба регистрируются в соотношении 1:1, 3:1,2, причем по происхождению статистика мальчиков с дефектами губы и неба выше ( $p < 0,01$ ).

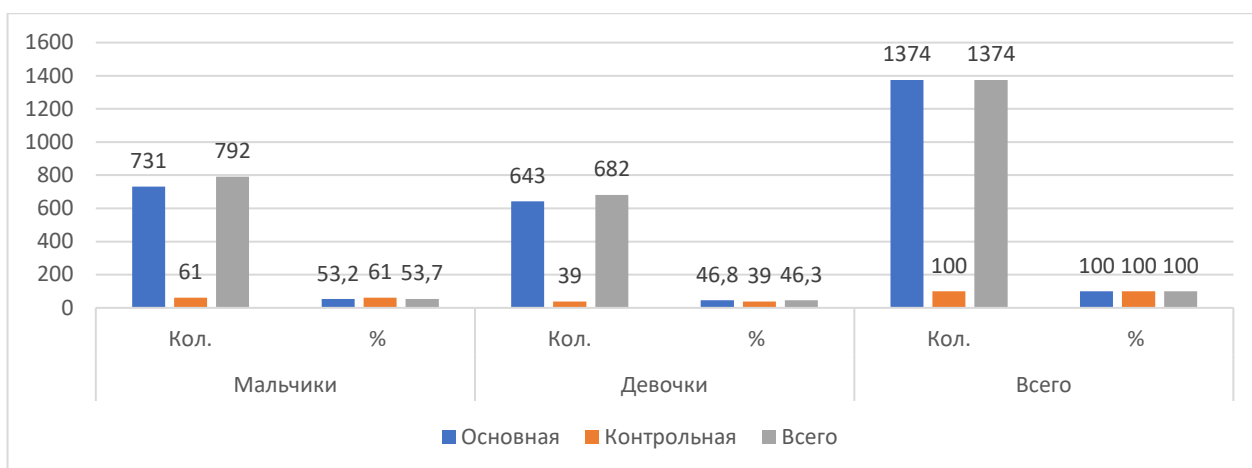
Наше исследование отмечает рождение большинства детей с травмами левой челюсти и области лица. Так, с пороками левой губы и неба родились  $39,5\%$  больных, с левой расщелиной неба  $45,6\%$ . На долю двусторонней губы и неба приходится  $31,8\%$ , правой губы и неба  $19,4\%$ . В структуре расщелин губы правая расщелина губы составляет  $28,2\%$ , а двусторонняя  $12,0\%$  у детей с этим заболеванием. Среди дефектов, связанных с другими органами, было  $35,6\%$  и  $64,4\%$  в отсутствии связи.

Из результатов проведенного научного анализа ВПР области челюсти и лица можно сделать вывод, что возникновение этой группы дефектов зависит от нескольких факторов и требует комплексного анализа, включая время года, возраст родителей, сопутствующие заболевания, пол детей с ВПР, его структуру и т. д. Таким образом, это позволяет нам переосмыслить клинические протоколы в отношении этого дефекта и факторов его возникновения, а также включить карту профилактики этого дефекта, клинические инструкции и другую необходимую документацию в единое окно здравоохранения.



**Рисунок 4 - Возрастное распределение пациентов при первичном обращении в НМЦ РТ «Шифобахш» за медицинской помощью**

В возрастной структуре детей основной группы наиболее многочисленны дети в возрасте до 4 лет ( $62,2\%$ ), что свидетельствует о раннем обращении в лечебные учреждения по поводу данного заболевания. По полу испытуемые были разделены на сопоставимые группы следующим образом (Рис.5).



**Рисунок 5-распределение детей по полу**

Как видно из приведенной таблицы, доля мальчиков в основной группе составляет 53,2%, а в контрольной группе – 61,0%. Различия в структуре групп, включенных в исследование по полу, которые оценивались по критерию  $\chi^2$  мальчиков, не были статистически значимыми ( $\chi^2 = 2,28$ ;  $p=0,131$ ), о чем свидетельствует сравнение групп по этому признаку.

В рамках данного исследования была учтена равномерная дисперсия рождений детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области на протяжении года. Анализ данных выявил три временных периода, в течение которых наблюдалась пиковая инцидентность рождений новорожденных с конгенитальными дефектами данной категории. Конец февраля и начало марта выделяются как периоды с наибольшим количеством случаев (10,2% среди основной группы детей), за ними следует июль (9,6%) и сентябрь (8,5%). Во многих исследованиях влияния месяца Тельца с различными недостатками было обнаружено, что причиной может быть избыток родительских факторов и проблем со здоровьем, и это, по-видимому, подтверждается анализом нашей работы. Низкий уровень регистрации врожденных дефектов в регионах нашей республики наблюдался у детей, родившихся в апреле (5,4%), феврале (5,4%) и октябре (6,2%).

Следует особо отметить, что множественные факторы влияют на формирование ВПР челюстно-лицевой области у новорожденных. Среди прочих, значительное внимание в ходе исследования было уделено анализу жилищных условий родителей как важного фактора, способствующего возникновению таких аномалий. Анализ показал, что риск возникновения врожденных дефектов у детей коррелирует с условиями окружающей среды, которые значительно варьируются в различных регионах республики. Исследование выявило следующее распределение риска ВПР в зависимости от жилищных условий, представленное в Таблице 1.

**Таблица 1-Распределение основной исследовательской группы по месту постоянного проживания родителей**

№	Место рождения	Количество детей	
		<i>n</i>	%
1.	Гисар	9	0,66
2.	Турсунзодае	18	1,31
3.	Рудаки	27	1,97
4.	Вахдат	19	1,38
5.	Файзобад	27	1,97
6.	Нуробод	11	0,80
7.	Рашт	4	0,29
8.	Лахш	67	4,88

**Продолжение табл. 1**

9.	Сангвор	4	0,29
10.	Исфара	44	3,20

11.	Конибадам	3	0,22
12.	Б. Гафуров	7	0,51
13.	Спитамен	20	1,46
14.	Зафаробод	32	2,33
15.	Истаравшан	12	0,87
16.	Айни	5	0,36
17.	Деваштич	20	1,46
18.	Ашт	9	0,66
19.	Панджикент	24	1,75
20.	Пяндж	18	1,31
21.	Дусти	69	5,02
22.	Дж. Балхи	10	0,73
23.	Руми	10	0,73
24.	Шахритус	403	29,33
25.	Кабодиян	23	1,67
26.	Леваканд	13	0,95
27.	Кушониен	24	1,75
28.	Бохтар	27	1,97
29.	Муминобод	11	0,80
30.	Ховалинг	8	0,58
31.	Темурмалик	15	1,09
32.	Дангара	163	11,86
33.	Балджувон	66	4,80
34.	Явон	6	0,44
35.	Хуросон	13	0,95
36.	Восе	4	0,29
37.	Кулоб	23	1,67

В рамках проведённого исследования анализировались группы по параметрам частоты первых и последующих родов, чтобы определить их влияние на риск возникновения ВПР челюстно-лицевой области у новорожденных которые, представлены в таблице 2.

**Таблица 2-Частота первородящих матерей в структуре исследуемых детей**

Группы исследования	Роды				Всего:	
	Первые		Повторные		Количество	%
	Количество	%	Количество	%		
Основная	845	72,6	387	27,4	1232	100,0
Контрольная	59	59,0	21	41,0	80	100,0
Всего:	904	71,7	408	28,3	1312	100,0

Согласно полученным данным, частота рождения детей с ВПР была статистически значительно выше среди новорожденных первого рождения, чем среди новорожденных повторного рождения ( $\chi^2 = 8,54$ ;  $p = 0,003$ ). Коэффициент отношения шансов для риска возникновения ВПР челюстно-лицевой области у детей в случае повторных родов составил 0,54, с 95% доверительным интервалом от 0,36 до 0,82. Эти результаты статистически подтверждают значимое снижение вероятности рождения ребенка с ВПР в случаях повторных родов по сравнению с первыми беременностями. Краткая информация о профилактике и выявлении указанных факторов у матерей, у которых были проанализированы дети основной и контрольной групп, приведена в таблице 3.

**Таблица 3-частота вредных и опасных факторов у матерей**

Факторы	Группы исследования	2	р
---------	---------------------	---	---



	Основная		Контрольная		а	ОР; 95% ИБ	
	Кол.	%	Кол.	%			
<b>Инфекционный</b>	313	22,8±1,0	13	13,0±3,4	5,18	1,97; 1,09-3,58	<b>0,023</b>
<b>Химический</b>	122	8,9±0,8	2	2,0±1,4	4,87	4,78; 1,16-19,6	<b>0,027</b>
<b>Вредные привычки</b>	25	2,7±0,4	2	2,0±1,4	0,09	1,36; 0,32-5,71	0,925
<b>Использование лекарственных средств</b>	21	1,5±0,3	1	1,0±1,0	-	1,54; 0,21-11,5	1,0*
<b>Отягощенный акушерский анамнез</b>	127	9,2±0,8	3	3,0±1,7	4,52	3,29; 1,03-10,5	<b>0,034</b>

Аналитическое исследование показало статистически подтвержденное усиление риска возникновения ВПР челюстно-лицевой области у детей, связанное с наличием следующих факторов: инфекционный ( $\chi^2 = 4.63$ ;  $p = 0.031$ ), химический ( $\chi^2 = 4.87$ ;  $p = 0.027$ ), а также генетическая предрасположенность ( $\chi^2 = 4.52$ ;  $p = 0.034$ ).

Среднее число рождений на одну женщину в РТ составляет 3,8, что обусловлено еще одним негативным фактором, то есть возрастом матери, показатель которого находится на высоком уровне. В наших исследовательских группах также анализировались показатели возраста матерей (Таблица 4).

**Таблица 4 – показатели возраста матерей**

Группы исследования	Возраст матерей во время родов		
	Наименьшая-наибольшая	$M \pm m$	95% ИБ
<b>Основная</b>	15 – 41	28,6±0,1	28,3 – 28,9
<b>Контрольная</b>	16 – 41	26,9±0,5	25,8 – 27,9

Анализ возрастных характеристик матерей, участвующих в исследовании, выявил, что средний возраст матерей в основной группе, где регистрировались случаи ВПР челюстно-лицевой области у детей, составил 27,9±3,4 года. В контрольной группе этот показатель был несколько ниже — 26,8±2,1 года. Дополнительно, возраст матерей был классифицирован по возрастным категориям для более детального изучения возможной корреляции между возрастом матери и риском развития ВПР у новорожденных, результаты которого представлены в таблице 5.

**Таблица 5-возрастные показатели матерей в зависимости от возрастных групп**

Возрастная группа	Группы исследования			
	Основная		Контрольная	
	Кол.	%	Кол.	%
<b>19 лет и младше</b>	27	2,0	8	8,0
<b>20 – 24 лет</b>	315	22,9	27	27,0
<b>25 – 29 лет</b>	294	21,4	30	30,0
<b>30 – 34 лет</b>	510	37,1	29	29,0
<b>35 – 39 лет</b>	192	14,0	5	5,0
<b>40 лет и выше</b>	36	2,6	1	1,0
<b>Всего:</b>	<b>1374</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

В результате анализа возрастной структуры исследуемых матерей по возрастным группам было установлено, что матери в основной группе чаще, чем в контрольной, располагались в старшей возрастной группе, где эти показатели были статистически значимыми ( $\chi^2 = 25,3$ ;  $P < 0,001$ ).

Результаты научной диссертации были получены путём анализа агрегированных данных о факторах, влияющих на вероятность рождения новорождённых с конгенитальными дефектами челюстно-лицевой области. Каждый из этих вносит уникальный вклад в риск развития ВПР челюстно-лицевой области у детей. Специфическое воздействие этих факторов охватывает воздействие химических веществ и аэрозолей, факторы, предшествующие зачатию, анамнез первых родов у матери, проявление внутриутробных инфекций и вирусных заболеваний во время беременности, наличие многоплодной беременности, а также возраст матери старше 38 лет. Следует отметить, что отрицательный фактор может привести к тому, что ребенок родится с дефектом.

**Таблица 6-результаты классификации зажимов по признаку наличия ВПР в области челюсти и лица в зависимости от значений прогностической модели**

Показатель	Доказательства наличия ВПР области челюсти и лица	Прогнозируемая диагностика развития области челюсти и лица		Всего
		Не существующий	Существующий	
Количество больных	Не существующий	73	27	100
	Существующий	201	1173	1232
Доля больных, %	Не существующий	73,0	27,0	100,0
	Существующий	14,6	85,4	100,0

Применение прогностической модели в клинической практике показало, что диагностическая эффективность данной модели достигает 84,5%, что соответствует 1146 правильным прогнозам из 1232 проведенных исследований. Чувствительность модели, использующей логистическую регрессию для прогнозирования ВПР челюстно-лицевой области, составила 85,4%, с 1053 точно предсказанными случаями из 1124. Специфичность модели, отражающая точность прогнозов отсутствия конгенитальных аномалий в челюстно-лицевой области, достигла 69,0%, что соответствует 69 правильным прогнозам из 100 возможных случаев.

Для правильного использования и оценки влияющих факторов и предотвращения появления новорожденного с врожденными дефектами один пример может отражать обстоятельства полного жизненного цикла ребенка.

1. Больной А. мальчик, в раннем возрасте, в возрасте 6 месяцев находился под наблюдением Национального медицинского центра РТ “Шифобахш” МЗ и СЗН РТ. Место жительства город Турсунзаде. Возраст матери на момент рождения составлял 35 лет. По сроку беременности отмечается плановая беременность, третья беременность, в репродуктивном анамнезе по неизвестным причинам было сделано 4 медикаментозных аборта.

Одним из факторов, влияющих на обоих родителей, является зависимость от трудовой деятельности, работа на промышленных и производственных предприятиях, где необходимо отметить наличие повреждений, таких как воздействие химических веществ.

Наши исследовательские усилия позволили выявить конкретные факторы, ассоциированные с увеличенным риском возникновения ВПР челюстно-лицевой области у новорождённых. Анализ включал следующие параметры:

- возраст и общее состояние здоровья матери: матери 37 лет, что попадает в возрастную группу 36-40 лет ( $a_1 = 4$ );
- история предыдущей беременности и родов - нет ( $a_2 = 0$ )
- Наличие признаков инфекционного заболевания у матери во время беременности - нет ( $A_3 = 0$ );

- Экспозиция химическим факторам - подтверждена ( $A4 = 1$ );
- генетическая предрасположенность к ВПР - отсутствует ( $A5 = 0$ ).

Все эти факторы в совокупности влияют на появление новорожденного с дефектом и риск его предотвращения, при этом общая сумма факторов риска развития области челюсти и лица составила 0,98. Этот показатель говорит нам о том, что превышение его коэффициента до 0,9 сопряжено с высоким риском врожденных дефектов челюстно-лицевой области.

При обследовании у больного был обнаружен врожденный дефект полноты челюсти, лица и мягкого неба с выделениями. В результате исследования было установлено, что прогностическая модель позволяет нам предсказать риск рождения ВПР в области челюсти и лица в основном из приведенных выше данных, которые предсказывают факторы риска при планировании беременности.

Для тщательного изучения факторов, оказывающих влияние на риск возникновения ВПР челюстно-лицевой области у новорождённых, наша исследовательская группа провела анализ с использованием контрольного списка. Этот список включал оценку множества переменных на различных стадиях пренатального и постнатального развития детей. Важно отметить, что профилактика и своевременная постановка диагноза-это улучшение жизни граждан и достижение современной медицины.

Анализ истории болезни очередного пациента является одним из факторов, влияющих на эффективность работы родителей, что в полной мере отражено.

Пример: Б. Больной, проживающий в городе Турсунзаде Республики Таджикистан, родился от матери-рецидивистки.

Антинатальный контроль был полным и проводился на 11 неделе беременности с 6 посещениями в разные периоды. В течение первых трех месяцев два раза лечился от тяжелых заболеваний дыхательных путей и почек. При лабораторных обследованиях отмечалась анемия средней степени тяжести, повышение уровня лейкоцитов до 14, при ультразвуковых обследованиях отмечалась гипертензия шейки матки. Повторное ультразвуковое исследование с доплером проводится на 22 неделе беременности, в ходе которого диагностируется врожденный дефект челюстно-лицевой области.

Рождения от повторных родов, 4-я беременность, третье рождение. Роды на 39 неделе проходят без хирургического вмешательства: вес ребенка 3225 г, рост 50 см. Роды с врожденным дефектом челюстно-лицевой области проходят по оценке в первые минуты на 6-7 баллов. Свободное дыхание, громкий голос, отсутствие грудного молока в течение первой недели.

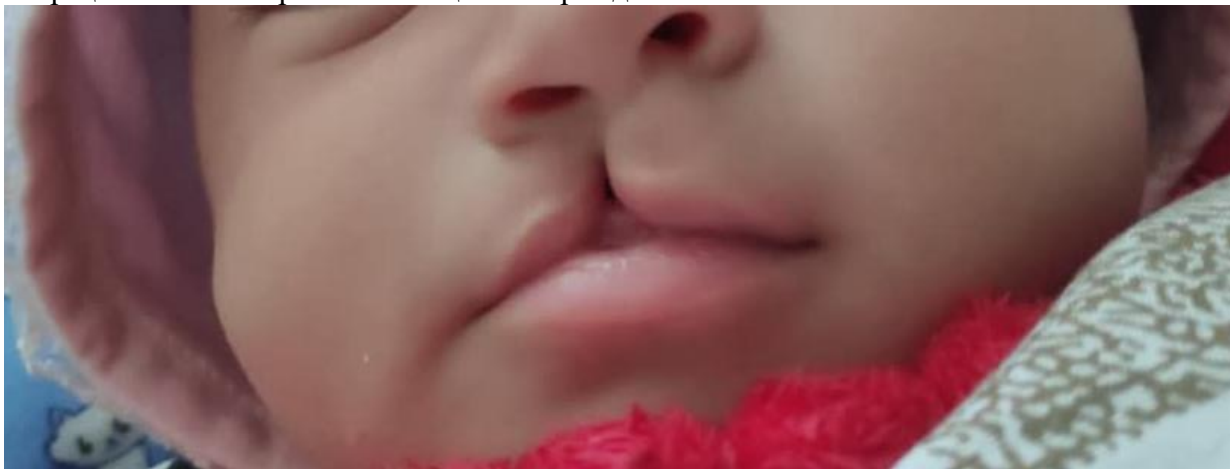
На 5-й день после родов ее отпускают, чтобы правильно кормить новорожденного молоком и устранить проблемы она обращается за консультацией к специалисту по челюстно-лицевой области.

Информация о семейном анамнезе и состоянии здоровья родителей новорожденного, указывает на следующие данные: возраст матери составляет 32 года, отец в возрасте 38 лет является здоровым, и в их профессиональной деятельности отсутствуют негативные факторы. В семье не зарегистрированы случаи наследственных заболеваний. Предыдущий ребенок также здоров. В период беременности, во время острого респираторного заболевания, женщина получала лечение антибиотиками, что потенциально могло оказать влияние на развитие плода.

Новорожденный находится под наблюдением по месту жительства и обращается в челюстно-лицевое отделение Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ для получения постоянного наблюдения и первоначального плана действий. В кабинете челюстно-лицевого специалиста был проведен полный осмотр и даны рекомендации по дальнейшему наблюдению. У новорожденного наблюдается врожденный дефект челюстно-лицевой области, в том числе полный дефект левой губы, носовой части с искривлением неба.

Полученные рекомендации от педиатров и неврологов обусловили необходимость тщательного мониторинга и подготовки к лечебным процедурам. Особое внимание было уделено постоянному контролю дыхательных путей до и после лактации, а также до и после хирургического вмешательства. В результате комплексного диагностического обследования был установлен

клинический диагноз: комплексный ВПР челюстно-лицевой области, включающий полную расщелину левой губы и деформации мягкого и твердого нёба, а также структурные аномалии носа сопутствующие заболевания обструктивный бронхит, анемия легкой степени тяжести, родителям пациентки было рекомендовано провести полное наблюдение по месту жительства. Следует учитывать здоровое питание, контроль веса ребенка, дыхательные пути и подготовку к первичной операции в течение третьего месяца после рождения.



**Расми 6. - Шакли нуқсони минтақаи чоғу рӯй аз оғози амалиётӣ ҷарроҳӣ**

14 января 2017 года ребенок в возрасте 5 месяцев, у которого ранее были выявлены ВПР челюстно-лицевой области, планово госпитализирован в отделение детской челюстно-лицевой хирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». После многоаспектного осмотра специалистами, включая стоматолога, педиатра и невролога, запланировано проведение первичной хейлоринопластики. Во время сна состояние ребенка нормализуется. Физическое состояние ребенка находилось в пределах нормы по возрасту, психическое и соматическое развитие не претерпевало существенных изменений.



**Рисунок – 7. После операции первичной Хейлоринопластики**

В каждом из них есть свои плюсы и минусы, но есть и минусы в том, что касается того, как они сочетаются друг с другом, и в том, как они сочетаются друг с другом. Через год после первого этапа они были повторно госпитализированы в центральное отделение челюстно-лицевой хирургии для проведения операции и оценки. Во время госпитализации состояние ребенка удовлетворительное, гемодинамические симптомы нормальные, масса тела 12 кг, свободное дыхание, температура тела стабильная, лабораторные обследования остаются неизменными.

Объективное обследование показало, что растяжение лица видно из-за первоначальной операции, область операции без признаков деформации, покраснение и хирургическая линия видны от верхней губы и носовой части, мягкое пальпаторное зрение безболезненно, не видно носа.

Клиническое состояние ребенка Б, родившегося с врожденным дефектом челюстно-лицевой области 04 февраля 2016 года с признаками дефекта и воспаления дыхательных путей в г. Вахдат.

Анализ стула больного ребенка показал, что он был зарегистрирован с пятой беременности и третьего рождения. Текущие роды на 36 неделе с диагнозом: беременность 36 недель, умеренная преэклампсия была перенесена на операцию кесарева сечения. У новорожденного непосредственно после рождения были зафиксированы сниженная интенсивность плача и оценка по шкале Апгар, составившая 6/7 баллов, в то время как гемодинамические параметры оставались в нормативных пределах. В момент рождения у младенца были идентифицированы конгенитальные деформации челюстно-лицевой области, а также синдром, требующий хирургического вмешательства. Наблюдались затруднения в процессе прикладывания к груди. На четвертые сутки после рождения, вследствие прогрессирования респираторной недостаточности, обусловленной сопутствующими респираторными патологиями, неврологическими отклонениями из-за незрелости центральной нервной системы и дисфагией, усугубленной ВПР челюстно-лицевой области, новорожденный был госпитализирован в отделение детской патологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Здесь была организована интенсивная терапия и разработан план дальнейшего лечения, направленный на стабилизацию состояния и коррекцию выявленных аномалий.

На основе предложенных отраслевых протоколов для полного внедрения хирургической практики у детей с врожденными дефектами челюсти и лица проведен анализ более 250 пациентов, проведен полный анализ вредных факторов и имеющихся дефектов, которые будут использованы для дальнейшего применения. Проведение начального этапа хейлоринопластики и полученные в центре результаты позволили нам расширить в зависимости от индивидуальных особенностей и общих клинико-анатомических особенностей деформаций носа при врожденных дефектах челюстно-лицевой области, включая односторонний дефект верхней губы.

Полный анализ анамнеза пациентов с дефектами показал, что проведение комбинированной операции по удалению дефекта губы с носовой частью до 89% родителей имеют положительное мнение и стараются сделать так, чтобы до 79% всех операций по удалению дефекта были подготовлены, покрыты хирургическим вмешательством и реабилитацией в раннем возрасте. Следует подчеркнуть, что тщательный клинический мониторинг осуществляется через детальный анализ хирургических методик, применяемых в лечении ВПР челюстно-лицевой области. Изучение передовых научных публикаций служит фундаментом для интеграции инновационных хирургических техник, направленных на минимизацию послеоперационных рубцов и значительное улучшение качества жизни детей с комплексными дефектами данной области. Если в первые годы деятельности центра было налажено проведение хирургических операций в позднем возрасте, то в настоящее время этот процесс осуществляется в соответствии с первым этапом и современными методами, что является инновацией отрасли. Правильная оценка и проведение хирургических вмешательств при врожденных дефектах челюстно-лицевой области позволяет своевременно начать послеоперационное лечение и снизить вероятность его возникновения, а также повысить уровень жизни семьи с врожденными дефектами. В предлагаемом нами исследовании своевременное проведение первичной практики позволяет наладить послеоперационное лечение, проводить плановые занятия в этой группе пациентов. Все это приводит к достижению хороших результатов лечения в области челюсти и лица.

Мы приложили к представленному исследованию, что до проведения хирургической операции оценка проводилась специалистами в данной области и предпочтение отдавалось ортодонту, так как по его совету подход будущих практик радикально меняется, а деформации уменьшаются вместе с деформациями. Применение минимально инвазивных техник к мягким тканям челюстно-лицевой области способствует деликатному воздействию на альвеолярный отдел и зоны роста в верхней части лица, а также на формирующиеся структуры передней части ротовой полости, что помогает предотвратить дальнейшее развитие искривления и вызывает больше

осложнений на следующем этапе хирургического вмешательства и проведения учебных занятий по восстановительному периоду. В этом отношении оценка и прогнозирование хирургических этапов специалистами является и остается направлением в этом направлении.

Всестороннее изучение истории болезни пациентов с врожденными дефектами начато в 2013 году, начата первичная ранняя хирургия, получены значительные результаты. После выполнения первого задания дети находятся под полным наблюдением и рисуют следующий план. Вопросы реабилитации под наблюдением ортодонта и логопеда являются ключевыми в послеоперационном периоде.

Для детей полезно планировать хирургическую процедуру на ранних стадиях врожденного дефекта челюсти и лица, так как он не оставляет следов дефекта до достижения школьного возраста. После операции реабилитационные работы могут снизить майби у этой группы пациентов.

Специализированная медицинская помощь детям с ВПР челюстно-лицевой области предоставляется в отделении детской челюстно-лицевой хирургии ГУ НМЦ «Шифобахш» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Этот отдел, классифицированный как учреждение третьего уровня оказания медико-санитарной помощи, выполняет важную роль в предоставлении высокоспециализированной медицинской помощи по лечению патологий челюстно-лицевой области на территории всей республики.

По данным статистического анализа, проведенного в Республике Таджикистан за период с 2019 по 2020 год, наблюдаемый индекс новорождённых с ВПР в области челюсти и лица составил 2,18 на 1000 живорождений.

Реабилитация детей с конгенитальными аномалиями челюстно-лицевой области требует разработки комплексной стратегии, охватывающей как терапевтические, так и логопедические аспекты восстановления. Этот многоаспектный подход включает в себя создание эффективных реабилитационных программ, специально адаптированных для детей с ВПР полости рта и лица.

В частности, специалисты планируют все виды и объемы лечения, их процедуры и продолжительность в зависимости от тяжести врожденного дефекта.



**Рисунок 8. - Этапы антенатального контроля**

Дети, рожденные с врожденными патологиями челюсти и лица, нуждаются в особом внимании и скоординированном уходе. С момента рождения их путь к нормальной жизни начинается с комплексного подхода, включающего не только хирургическое вмешательство, но и постоянную поддержку специалистов в различных областях. Первые шаги: срочная консультация и тщательная диагностика. При выявлении конгенитальных аномалий челюстно-лицевой области, таких как деформация верхней или нижней губы, или гипоплазия нижней челюсти, которая может сопровождаться респираторными нарушениями или хориоамнионитом, неотложное обращение за специализированной челюстно-лицевой хирургической помощью является критически важным.

Гипоплазия нижней челюсти часто требует незамедлительного вмешательства, чтобы минимизировать риск развития дальнейших осложнений, включая серьезные респираторные проблемы, которые могут угрожать жизни ребенка. При проведении операции ребенок в родильном отделении осматривает новорожденного, определяет степень тяжести, учитывает этапы операции и ее объем. Специалисты разрабатывают единый комплексный план действий после первоначального обследования ребенка и направляют его на консультацию специалистам в различных областях: \* Педиатр: оценивает физическое состояние ребенка, подбирает индивидуальный рацион питания, контролирует микрофлору полости рта, оценивает иммунное состояние и подготавливает ребенка к хирургическому лечению. \* Невролог: осматривает ребенка при наличии сопутствующих неврологических патологий, дает рекомендации о необходимости дополнительного лечения. \* Эндокринолог: оценивает гормональный фон ребенка, выявляет возможные эндокринные нарушения, которые могут повлиять на развитие области челюсти и лица. \* Кардиолог: осматривает ребенка при наличии сердечно-сосудистых патологий, оценивает возможность хирургического вмешательства и предоперационной подготовки.

Таким образом, сравнение речевых функций у пациентов с лицевой рьябью показало статистически значимые изменения в большинстве показателей. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволило значительно улучшить речевую деятельность детей, включая моторику рук и дыхательную функцию, лучше объяснить речь, нормализовать структуру слогов и грамматическую структуру речи.

#### **Выводы**

1. Дар давраи мушохидаи тахлилшаванда, басомади тағйирёбандаи НМ чоғу руй дар қаламрави чумхурӣ ба қайд гирифта шуд, ки аз 0,6 (2000 г.) то 3,2 (2018 г.) барои ҳазор навзод фарқ мекард. Индекси миёнаи беморӣ ба ҳар ҳазор кӯдаки навзод 1,7 буд, ки аҳамияти мониторинги ин нишондиҳандаҳоро нишон медиҳад [1-А, 3-А].
2. Модели пешгӯӣ омилҳои асосии хавфро, ки ба пайдоиши нуқсонҳои модарзодии чоғу руй мусоидат мекунад, аз ҷумла категорияи синну соли модар, таърихи таваллуди қаблӣ, таъсири сироятӣ ва кимийвӣ, инчунин майли ирсӣ муайян карда шуд [5-А, 7-А]. Истифодаи техникаи қабатҳои мобилӣ дар таҷдиди аввалияи лаби болоӣ ва бинӣ самаранокии баландро нишон медиҳад, ки дар 75% ҳолатҳо ба симметрияи пурраи комплекси бинӣ мерасад. Ин усул ба ҳамгироии оптималии визуалӣ ва функционалӣ мусоидат мекунад. Илова бар ин, истифодаи дубликатаураи дукаратаи мушакҳо дар расмиёти пластикии аввалияи лаби болоӣ симметрияи дучонибаро дар 92% ҳолатҳо таъмин кард, ки хатари деформасияи вазнини системаи чоғу руйро ба таври назаррас коҳиш медиҳад [3-А, 4-А, 6-А].
4. Таҳия ва ҷорӣ намудани системаи комплекси тадбирҳои таболатӣ-ташхисӣ ва тиббӣ-логопедӣ барои кӯдакони гирифтори НИ минтақаи чоғу руй ба коҳиши 92% мушкilotи баъдичарроҳӣ оварда расонд. Ин система ба беҳтар шудани натиҷаҳои анатомия-функционалӣ ва оптимизатсияи раванди барқарорсозии тиббӣ-психосоциалӣ мусоидат мекунад [1-А, 4-А, 7-А].
5. Дар асоси шиносномаи нутқии таҳияшуда барномаи ислоҳи вайронқунии нутқ барои кӯдакони синни томактабии хурдсол бо ринолалия таҳия карда шуд. Барнома усулҳои ба эътидол овардани нафаскашии нутқ ва физиологӣ, рушди малакаҳои хуби моторӣ ва ҳассосияти ҳаптикӣ, инчунин мустаҳкам кардани мушакҳои нарми лабҳо, руҳсораҳо ва забонро дар бар мегирад. Ин ҷорабиниҳо муносибати интегративиро ба барқарорсозии кӯдакони дорои нуқсонҳои зикршуда нишон медиҳанд [2-А, 5-А].
6. Ҷорӣ намудани алгоритми логопедӣ-ташхисии барқарорсозӣ ба беҳтар шудани фаъолияти нутқ, моторикаи дастӣ ва функсияи нафаскашии нутқ дар кӯдакон мусоидат кард, ки самаранокӣ ва татбиқи онро дар амалияи клиникӣ тасдиқ мекунад [4-А, 6-А, 7-А].

#### **Рекомендации по практическому использованию результатов исследования**

1. Интеграция результатов исследования в систему первичной медико-санитарной помощи позволит врачам на ранних этапах планирования беременности оценить риски рождения детей с ВПР челюстно-лицевой области, способствуя своевременному внедрению профилактических мер.

2. Дополнения в клинический протокол хирургии ВПР должны нацелиться на улучшение эстетических и функциональных результатов лечения, что приведёт к сокращению срока госпитализации и ускоренной реабилитации пациентов, а также к общему снижению уровня инвалидности среди этой категории пациентов.
3. Применение подвижного лоскута при хирургическом лечении односторонних рубцов верхней губы рекомендуется как предпочтительный метод для коррекции аномалий и восстановления дефицита носовой слизи без последующего сужения носовой полости.
4. Индивидуализация терапевтического подхода медицинскими специалистами амбулаторного звена должна базироваться на анализе непосредственных результатов хирургических вмешательств для оптимизации последующих логопедических и реабилитационных мероприятий. Такой подход позволит адаптировать лечение к специфическим потребностям каждого ребёнка с ВПР челюстно-лицевой области, улучшая исходы и ускоряя процесс восстановления.
- 5 Внедрение 'речевого паспорта' для детей с ВПР губ и нёба позволит точно диагностировать степень речевых нарушений и адаптировать лечебно-диагностические и логопедические стратегии, направленные на оказание специализированной медицинской помощи. Это инструмент поможет систематизировать данные о речевом развитии и определять приоритетные направления в коррекционной работе.
6. Применение комплексной логопедической программы в процессе реабилитации после хирургических операций на губах и/или нёбе способствует гармоничному сочетанию медицинских и образовательных технологий, что значительно улучшает как медицинские, так и психосоциальные результаты лечения. Интеграция этих подходов в реабилитационный процесс обеспечивает более полное восстановление функций и социальную адаптацию детей с врождёнными аномалиями.

#### **Публикации по теме диссертации Статьи в рецензируемых журналах**

- [1-А] Аминов Р.С. Нуқсонҳои модарзодии рӯй, масъалаҳои тайёрии пешазҷарроҳӣ дар кӯдакон [Текст] / Р.С. Аминов, Р.А. Рахматова // Авджи Зухал. – 2023. – №1. – С. 113-116.
- [2-А] Аминов Р.С. Беҳтарсозии натиҷаҳои ҷарроҳии ҷоғу рӯй дар кӯдакон бо роҳи такмили усулҳои анестезии умумӣ [Матн] / Р.С. Аминов, Р.А. Рахматова, Ф.С. Косимова // Илм ва фановарӣ. – 2023. – №4. – С. 78-82.
- [3-А] Аминов Р.С. Ёриҳои комплекси тиббӣ ба кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии ҷоғу рӯй [Матн] / Р.С. Аминов, Ф.С. Қосимова, Р.А. Рахматова, Р.Н. Ҷонибекова // Авҷи зуҳал. – 2024. – №1. – С.91-98.
- [4-А] Аминов Р.С. Хусусиятҳои беҳискунии дар стоматология ва ҷарроҳии ҷоғ-рӯй [Матн] / Р.С. Аминов, Р.А. Рахматова, Ф.С. Қосимова // Илм ва фановарӣ. – 2024. – №2. – С. 96-99.
- а. Статьи и тезисы в публикациях конференций**
- [5-А] Аминов Р.С. Состояние кислотно-основного баланса при общей анестезии на основе пропофола у детей с врожденной расщелиной неба [Текст] / Р.С. Аминов, С.Р. Зоиров, Р.А. Рахматова, Р.Н. Джонибекова, // Материалы 3 – Российского съезда детских анестезиологов-реаниматологов, 2023 г., С. 80-82.
- [6-А] Аминов Р.С. Анестезия на основе пропофола с изучением состояния центральной и периферической гемодинамики при пороке развития челюстно-лицевой области у детей [Текст] / Р.С. Аминов, Р.А. Рахматова, Р.Н. Джонибекова, Б.Х. Давлатов, С.Р. Зоиров // Материалы 3 – Российского съезда детских анестезиологов-реаниматологов, 2023 г., С. 114-115.
- [7-А] Аминов Р.С. Состояние кислотно-основного баланса при общей анестезии на основе пропофола у детей с врожденной расщелиной неба [Текст] / Р.С. Аминов, Ф. Косимова // Сборник материалов «X юбилейный Конгресс педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания» и II съезд детских хирургов Центральной Азии» Бишкек, 2023 г. С. 18-19.



## АННОТАТСИЯ

Аминов Рустамчон Сафарович

### Паҳншавӣ ва омилҳои таъсирирасонанда ба пайдоиши нуқсонҳои модарзодии минтақаҳои ҷоғу рӯй дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Калимаҳои калидӣ.** Кӯдакон, нуқсон, нуқсонҳои модарзодии минтақаи ҷоғу рӯй, роғҳои лабу ком, стоматология, ҷарроҳии ҷоғу-руй, барқарорсозӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтарсозии муносибати маҷмӯӣ ба коррексияи махсуси ҷарроҳӣ ва ҷанбаҳои барқарорсозии кӯдакони дорои НМ минтақаи ҷоғу рӯй ва арзёбии самаранокии онҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Усулҳои таҳқиқот.** Тибқи нақшаи таҳиягардидаи мо тамоми қисмҳои таҳқиқот ба 5 марҳила ҷудо гардидааст.

Дар маҷмӯъ, маълумоти 1232 беморони гирифтори НМ минтақаи ҷоғу рӯй дар синни аз 3 моҳа то 18 сола таҳлил карда шуда, синни миёнаи  $5,3 \pm 0,1$  солро ташкил доданд. Гурӯҳи асосиро 135 кӯдак бо нуқсонҳои минтақаи ҷоғ ва рӯй ташкил доданд. Барои муқоисаи маълумотҳо гуруҳи назоратӣ ташкил карда шуд, ки ба он 80 кӯдак бо патологияҳои шикам дар МД ММТ ҚТ “Шифобахш” бистарӣ буда, ягон гуна НМ минтақаи ҷоғу рӯй надоштанд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва навоғии онҳо.** Тадқиқот, ки ба таҳлили ҳамҷонибаи маълумот аз минтақаҳои гуногун асос ёфтааст, ҳодисаи баланди НМ минтақаи ҷоғу рӯй дар байни кӯдакони тасдиқ кард ва таъсири назарраси омилҳои иҷтимоӣ-гигиенӣ, биологӣ ва ташхиси тиббиро ба басомади ин нуқсонҳо ошкор кард.

Таҳлили ҳамҷонибаи даҳолати тиббӣ, аз ҷумла ташхис, ислоҳи ҷарроҳӣ ва барқарорсозии минбаъдаи тиббӣ ва иҷтимоӣ. Диққати махсус ба муносибати биёерсоҳавӣ ба табобат дода мешавад, ки имкон медиҳад, ки саломати кӯдакони гирифтори НМ минтақаи ҷоғу рӯй самараноктар идора карда шавад ва ҳам натиҷаҳои фаврӣ ва ҳам дарозмуддат беҳтар карда шаванд.

Таҳия ва стандартизатсияи алгоритми арзёбӣ ва барқарорсозӣ пас аз ҷарроҳӣ. Ин алгоритм имконияти муносибати инфиродӣ ба ҳар як кӯдакро фароҳам меорад, ки ба таҳияи нақшаҳои ягонаи ислоҳот имкон медиҳад, ки ба оптимизатсияи раванди табобат ва кам кардани мушкилоти баъдичарроҳӣ мусоидат мекунад.

**Тавсияҳо барои истифодаи амалӣ.** Интегратсияи натиҷаҳои тадқиқот ба системаи кӯмаки аввалияи тиббӣ ба табибон имкон медиҳад, ки дар марҳилаҳои аввали банақшагирии ҳомиладорӣ хатари таваллуди кӯдакони дорои НМ минтақаи ҷоғ ва рӯйро арзёбӣ кунанд ва ба татбиқи саривақтии чораҳои пешгирикунанда мусоидат кунанд. Иловаҳо ба протоколи клиникаи ҷарроҳии НМ бояд ба беҳтар кардани натиҷаҳои эстетикӣ ва функционалии табобат равона карда шаванд, ки ба кӯтоҳ шудани мӯҳлати бистарӣ ва барқарорсозии босуръати беморон ва коҳиши умумии сатҳи маъҷӯбӣ дар байни ин категорияи беморон оварда мерасонад. Фардикунонии муносибати терапевтӣ аз ҷониби мутахассисони тиббии пайванди амбулаторӣ бояд ба таҳлили натиҷаҳои бевоситаи ҷарроҳӣ барои оптимизатсияи чорабиниҳои минбаъдаи логопедӣ ва барқарорсозӣ асос ёбанд. Ин равиш имкон медиҳад, ки табобатро ба талаботи ҳоси ҳар як кӯдаки гирифтори НМ минтақаи ҷоғу рӯй мутобиқ карда, натиҷаҳои беҳтар ва раванди барқароршавиро суръат бахшад. Истифодаи барномаи мукаммали логопедӣ дар раванди барқарорсозӣ пас аз ҷарроҳии лаб ва ё ком ба омезиши ҳамҷангии технологияҳои тиббӣ ва таълимӣ мусоидат мекунад, ки ҳам натиҷаҳои тиббӣ ва ҳам психологию иҷтимоиро беҳтар мекунад. Интегратсияи ин равишҳо ба раванди барқарорсозӣ барқарорсозии пурраи функцияҳо ва мутобиқсозии иҷтимоии кӯдакони дорои нуқсонҳои модарзодро таъмин мекунад.

**Соҳаи истифода.** Ҷарроҳии ҷоғу-руй, ҷарроҳии кӯдакона, стоматология, педиатрия.

## АННОТАЦИЯ

Аминов Рустамджон Сафарович

### Распространенность и факторы оказывающие влияние на возникновения врожденных пороков развития челюстно-лицевой области в Республике Таджикистан

**Ключевые слова.** Дети, пороки, врожденные пороки, врожденные пороки челюстно-лицевой области, расщелины губы и неба, стоматология, челюстно-лицевая хирургия, реабилитация.

**Цель исследования.** Совершенствование комплексного подхода к специальной хирургической коррекции и аспектам реабилитации детей с ВПР челюстно-лицевой области и оценка их эффективности в Республике Таджикистан.

**Методы исследования.** Согласно разработанному нами плану, все части исследования разделены на 5 этапов. В целом были проанализированы данные 1232 пациентов с ВПР в области челюсти и лица в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, средний возраст составил  $5,3 \pm 0,1$  года. Основную группу составили 135 детей с дефектами челюсти и области лица. Для сравнения данных была сформирована контрольная группа, в которую вошли 80 детей с патологиями брюшной полости, госпитализированных в НМЦ РТ “Шифобахш” и не имевших каких-либо отклонений в области челюсти и лица.

**Полученные результаты и их новизна.** На основании анализа и результатов исследования в различных регионах Республики Таджикистан была выявлена частая заболеваемость детей с ВПР челюстно-лицевой области.

На основании факторов, влияющих на вероятность ВПР челюстно-лицевой области (особенно социально-гигиенических, биологических и медико-диагностических), доказано. В результате длительной диагностики, хирургического лечения и медико-социальной реабилитации детей с ВПР челюстно-лицевой структуры были изучены.

Разработан алгоритм оценки и реабилитации детей с ВПР челюстно-лицевой области, позволяющий индивидуально разработать единый план коррекции после проведения хирургических операций.

**Рекомендации по использованию.** Интеграция результатов исследования в систему первичной медико-санитарной помощи позволит врачам на ранних этапах планирования беременности оценить риски рождения детей с ВПР челюстно-лицевой области, способствуя своевременному внедрению профилактических мер. Дополнения в клинический протокол хирургии ВПР должны нацеливаться на улучшение эстетических и функциональных результатов лечения, что приведёт к сокращению срока госпитализации и ускоренной реабилитации пациентов, а также к общему снижению уровня инвалидности среди этой категории пациентов. Индивидуализация терапевтического подхода медицинскими специалистами амбулаторного звена должна базироваться на анализе непосредственных результатов хирургических вмешательств для оптимизации последующих логопедических и реабилитационных мероприятий. Такой подход позволит адаптировать лечение к специфическим потребностям каждого ребёнка с ВПР челюстно-лицевой области, улучшая исходы и ускоряя процесс восстановления. Применение комплексной логопедической программы в процессе реабилитации после хирургических операций на губах и/или нёбе способствует гармоничному сочетанию медицинских и образовательных технологий, что значительно улучшает как медицинские, так и психосоциальные результаты лечения. Интеграция этих подходов в реабилитационный процесс обеспечивает более полное восстановление функций и социальную адаптацию детей с врождёнными аномалиями.

**Область применения.** Челюстно-лицевая хирургия, детская хирургия, стоматология, педиатрия.

## ANNOTATION

**Rustamjon Safarovich Aminov**

### **Prevalence and factors influencing the occurrence of congenital malformations of the maxillofacial region in the Republic of Tajikistan**

**Keywords.** Children, malformations, congenital malformations, congenital malformations of the maxillofacial region, cleft lip and palate, dentistry, maxillofacial surgery, rehabilitation.

**The purpose of the study.** Improving an integrated approach to special surgical correction and aspects of rehabilitation of children with maxillofacial OCD and evaluating their effectiveness in the Republic of Tajikistan.

**Research methods.** According to the plan we have developed, all parts of the study are divided into 5 stages. In general, data from 1,232 patients with OCD in the jaw and face aged from 3 months to 18 years were analyzed, the average age was  $5.3 \pm 0.1$  years. The main group consisted of 135 children with jaw and facial defects. To compare the data, a control group was formed, which included 80 children with abdominal pathologies who were hospitalized at the NMC of the Republic of Tatarstan “Shifobakhsh” and did not have any abnormalities in the jaw and face.

**The results obtained and their novelty.** Based on the analysis and results of the study in various regions of the Republic of Tajikistan, a frequent incidence of children with maxillofacial OCD was revealed.

Based on the factors influencing the probability of CRD in the maxillofacial region (especially socio-hygienic, biological and medical diagnostic), it has been proven. As a result of long-term diagnosis, surgical treatment and medical and social rehabilitation of children with maxillofacial structure CRD have been studied.

An algorithm has been developed for the assessment and rehabilitation of children with maxillofacial OCD, which allows them to individually develop a single correction plan after surgical operations.

**Recommendations for use.** Integrating the results of the study into the primary health care system will allow doctors at the early stages of pregnancy planning to assess the risks of having children with maxillofacial CRD, contributing to the timely implementation of preventive measures. Additions to the clinical protocol of CPR surgery should aim to improve the aesthetic and functional results of treatment, which will lead to a shorter period of hospitalization and accelerated rehabilitation of patients, as well as an overall reduction in the level of disability among this category of patients. The individualization of the therapeutic approach by outpatient medical specialists should be based on the analysis of the immediate results of surgical interventions to optimize subsequent speech therapy and rehabilitation measures. This approach will make it possible to adapt treatment to the specific needs of each child with maxillofacial OCD, improving outcomes and speeding up the recovery process. The use of a comprehensive speech therapy program in the rehabilitation process after surgical operations on the lips and/or palate contributes to a harmonious combination of medical and educational technologies, which significantly improves both medical and psychosocial treatment results. The integration of these approaches into the rehabilitation process ensures a more complete restoration of functions and social adaptation of children with congenital anomalies.

**The scope of application.** Maxillofacial surgery, pediatric surgery, dentistry, pediatrics.