

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖА БЕРУВЧИ
DSc. 04/30.12.2019.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ПРИМҚУЛОВ БОБУР ҚАХРАМОНОВИЧ

**ПАСТКИ ЖАҒ ЎСМАЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА РЕКОНСТРУКТИВ
ВА ҚАЙТА ТИКЛОВЧИ АМАЛИЁТЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14 - Онкология

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

ТОШКЕНТ-2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Примкулов Бобур Кахрамонович

Пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда

реконструктив ва кайта тикловчи

амалиётларни такомиллаштириш

3

Примкулов Бобур Кахрамонович

Совершенствование реконструктивно

восстановительных операций у больных

с опухолями нижней челюсти

30

Primkulov Bobur Kakhramonovich

Improvement of reconstructive and

reconstructive operations in patients

with tumors of the mandible

55

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works.....

58

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖА БЕРУВЧИ
DSc. 04/30.12.2019.Tib.77.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНКОЛОГИЯ ВА
РАДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ПРИМҚУЛОВ БОБУР ҚАХРАМОНОВИЧ

**ПАСТКИ ЖАҒ ЎСМАЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА РЕКОНСТРУКТИВ
ВА ҚАЙТА ТИКЛОВЧИ АМАЛИЁТЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.14 - Онкология

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

ТОШКЕНТ-2024

Фалсафа фанлари доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.2.DSc/Tib564 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч хил тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий Кенгаш веб-сайтида (www.cancercenter.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziyo.net) жойлаштирилган.

Илмий консультант:

Хасанов Акбар Иброхимович
тиббиёт фанлари доктори

Расмий оппонентлар:

Полатова Джамила Шагайратовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Боймурадов Шухрат Абдужалилович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Андижон давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019Tib.77.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383-уй. Тел.: (+99871) 227-13-27; (+99871) 246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100174, Тошкент шаҳри, Фаробий кўчаси, 383-уй. Тел.: (+99871) 246-05-13; факс: (+99871) 246-15-96.

Диссертация автореферати 2024 йил «___» _____ да кuni тарқатилди.
(2024 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

М.Н. Тилляшайхов
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

А.А. Адилходжаев
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби,
тиббиёт фанлари доктори, доцент

М.Х. Ходжибеков
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги
илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори,
профессор

Кириш (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Ўсма олиб ташланганидан кейин пастки жағнинг суяк яхлитлигини тиклаш замонавий онкология ва юз- жағ жарроҳлигининг энг долзарб муаммоларидан биридир. Юз скелетининг реконструктив жарроҳлигида асосий ўринни пастки жағ нуқсонларининг суяк пластик жарроҳлиги эгаллайди. Пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволаш пастки жағ фаолияти ва юзнинг тегишли соҳасидаги косметик нуқсонларни сезиларли даражада бузилишига олиб келади. Пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволаш ўсмани радикал кесиб олиш ва унинг вазифаларни сақлаб қолиш ва косметик нуқсоннинг олдини олиш учун бир вақтнинг ўзида пастки жағ равоғи яхлитлигини тиклашдан иборат бўлиши керак. Пастки жағ саратони учун симультант амалиётларни бажариш яхши эстетик ва функционал тикланишлик туфайли даволаш самарадорлигини оширади. Ўсмаларни олиб ташлаганидан кейин комбинирланган юмшоқ тўқималар ва пастки жағ нуқсонларини реконструкцияси ҳозирги вақтда реконструктив-пластик жарроҳликнинг долзарб масаласидир. Шу билан бирга «...пастки жағни жарроҳлик йўли билан даволаш аксарият ҳолларда беморларнинг ҳаётини сақлаб қолишга имкон беради. Аммо бу ўз навбатида организм учун физиологик ва психологик оқибатларга олиб келадиган органларнинг қайтмас йўқолиши ва ҳаёт сифатининг пасайиши, шунингдек амалиётдан кейинги нуқсонларга ҳам олиб келади...»¹. Юқоридагиларга асосланиб, пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив-тикловчи амалиётларнинг адекват усуллари ишлаб чиқиш замонавий онкологиянинг ҳал қилиниш зарур муаммоларидан биридир.

Жаҳонда пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларни такомиллаштириш бўйича қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада пастки жағ ўсмалари бўлган беморларни даволашнинг анъанавий усуллари натижаларини, пастки жағ ўсмалари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичи учун маҳаллий титан пластиналарини ишлаб чиқиш, пастки жағ ўсмалари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичини ўтказиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни, титан пластиналари ўрнатилгандан кейин пастки жағнинг функционал ҳолатини ва беморларнинг ҳаёт сифатини, пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда жарроҳлик йўли билан даволашда ишлаб чиқилган титан пластиналари ёрдамида реконструктив босқичининг бевосита ва яқин натижаларини қиёсий баҳолашни амалга оширишнинг самарадорлигини қиёсий баҳолаш алоҳида касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон

¹ Akram Abdo Almansoori. Fracture of Standard Titanium Mandibular Reconstruction Plates and Preliminary Study of Three-Dimensional Printed Reconstruction Plates/ J Oral Maxillofac Surg. January 2020 Volume 78, Issue 1, Pages 153–166

андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, онкологик касалликларни эрта ташхислаш, даволаш ва асоратларини олдини олишга қаратилган муайян чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясининг еттига устувор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...бирламчи тиббий-санитария хизматида аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, жумладан, пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларни такомиллаштириш юзасидан тадқиқотларни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида», 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сонли «Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш ва соғлиқни сақлаш тизимини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124-сонли «Соғлиқни сақлашнинг комплекс ривожлантириш бўйича қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида», 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124-сонли «Соғлиқни сақлашнинг комплекс ривожлантириш бўйича қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида», 2021 йил 28 июлдаги ПҚ-5199-сонли «Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2017 йил 4 апрелдаги ПҚ–2866–сон «2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасида онкология хизматини янада ривожлантириш ва аҳолига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора–тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Клиник кузатувлар шуни кўрсатадики, ўз вақтида даволанмаган пастки жағнинг ўсма билан шикастланиши кучли анатомик, функционал ва косметик бузилишларга олиб келади. Тўқималарнинг микрожарроҳлик аутотрансплантациясининг беморларни жарроҳлик йўли билан даволашга интеграцияси, ҳатто юз скелетининг массив нуксонларида ҳам симулант аралашувларни ривожланишига ёрдам берди ва ўз навбатида, фаолияти ва эстетик сифатларни тиклаш имконини берди (Won-bum Lee, 2018). Юз реконструктив жарроҳлигини ривожлантиришга ёрдам берадиган

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

омиллардан бири, бу 3D компьютер ва рецепиент ва донор соҳаларини стереолитографик моделлаштиришдан фойдаланиш бўлиб, бу реконструктив босқичнинг прецизионлигига ва унинг натижаси прогнозига катта ҳисса қўшади. Юзни қайта тиклашда эркин лоскутлардан фойдаланиш тўлиқ қабул қилмаслик кўринишидаги кўплаб асоратлар туфайли қийинчилик туғдиради. Ўз навбатида маҳаллий лоскут ёки озиклантириш оёқчасидаги лоскутлардан фойдаланиш афзалроқдир. Озиклантириш оёқчасидаги маҳаллий лоскутларнинг ва эркин реваскуляризацияланган лоскутларнинг афзаллиги уларнинг етарли қон билан таъминланишидир. Бунда, муҳим шарт эса яхши репарацияланиши учун кўчириб ўтказиладиган лоскут ўлчамларининг етарли бўлишидир (С.В.Терещук, 2018). Н.В.Калакуцкий ва бошқа муаллифлар (2018) маълумотларига кўра, юз реконструктив жарроҳликда реконструктив пластинкадан фойдаланиш реваскуляризацияланган суяк автоимплантлари билан солиштирганда афзалроқдир. Бу, улардан фойдаланиш юқори технологияли ускуналарга бўлган эҳтиёж туфайли юқори иқтисодий харажатлар билан боғлиқ. Ушбу усулнинг суяк трансплантатининг қабул қилмаслиги ва лизиси кўринишидаги қонқарсиз натижалари ҳақида ҳам хабарлар бор. Бундан ташқари, усулнинг ўзи травматикдир. Ҳозирги тенденция - пастки жағнинг реконструктив жарроҳлигида биологик инерт титан тузилмаларидан фойдаланишдир. Титан тузилмаларининг асосий афзалликлари уларнинг тана тўқималарига биологик мувофиқлиги, етарли механик мустаҳкамлиги, уларни турли текисликларда моделлаштириш имконияти ва ишлаб чиқариш ва стерилизация қилишнинг нисбатан қулайлиги, шунингдек, маълум бир стандартга мувофиқ ялпи ишлаб чиқариш имконияти ҳисобланади. Ўсмаларни жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг пастки жағ равоғини тиклаш пайтида пастки жағ равоғининг яхлитлигини тиклаш учун титан имплантларидан фойдаланиш, пастки жағнинг бурчак, тана ва шохлари соҳасидаги нуқсонлари, шунингдек пастки жағнинг экзартикуляцияли нуқсонларида кўрсатма бўлади (Arun Paul S., 2014; Lee, W., 2018; Ralf Gutwalda, 2017).

Мамлакатимизда пастки жағ ўсма ва травмаларида реконструкция амалиётлари борасида қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилган (Абдуллаев Ш.Ю. 2000; Ғаниев А.А. 2022), лекин, охириги вақтларда пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларни такомиллаштириш талаб қилинади.

Шундай қилиб, юқоридаги усуллар пастки жағ ўсмаларида реконструктив - тикловчи амалиётлар учун тавсия этилиши мумкин. Бунда реконструктив материални танлаш эса пастки жағдаги ўсманинг ўлчамлари ва жойлашишига, реконструктив-тикловчи амалиётлар амалга ошириладиган клиника ва мутахассислар даражасига боғлиқлиги муаммонинг долзарблиги ва зарурриятини тақоза қилади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация

тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ, амалий грант ПЗ-2017092551 «Пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда импорт ўрнини босувчи маҳаллий титан пластиналарни қўллаган ҳолда реконструктив - тикловчи амалиётларни ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш» (2018-2022 йй) мавзуси доирасида бажарилган

Тадқиқотнинг мақсади. Янги маҳаллий титан пластиналари ёрдамида реконструктив-тикловчи амалиётларни ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш орқали пастки жағ ўсмалари бўлган беморларни даволаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш.

Тадқиқотнинг вазифалари:

пастки жағ ўсмалари бўлган беморларни даволашнинг анъанавий усуллари натижаларини баҳолаш;

пастки жағ ўсмалари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичи учун маҳаллий титан пластиналарини ишлаб чиқиш;

пастки жағ ўсмалари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичини ўтказиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни баҳолаш;

титан пластиналари ўрнатилгандан кейин пастки жағнинг функционал ҳолатини ва беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш;

пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда жарроҳлик йўли билан даволашда ишлаб чиқилган титан пластиналари ёрдамида реконструктив босқичининг бевосита ва яқин натижаларини қиёсий баҳолашни амалга ошириш.

Тадқиқотнинг объекти бўлиб 2013 йилдан 2021 йилгача Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент давлат стоматология институти ва Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Фарғона филиали шифохонасида пастки жағ ўсмалари билан даволанган 134 нафар бемор олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларни такомиллаштириш жарроҳлик йўли билан олиб ташлаб, кейинчалик реконструктив-тиклаш амалиёти бажарилган пастки жағнинг хавфли ва хавфсиз ўсмалари ташхислашга олинган патологик материаллар олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларни такомиллаштиришда клиник, инструментал, морфологик, аналитик ва статистик тадқиқот усулуридан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилigi қуйидагилардан иборат:

илк маротаба пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида жағнинг қаттимлаш учун маҳаллий титан пластина ишлаб чиқилган (фойдали моделга патент FAP 01630. 27.04.2020);

пастки жағ ұсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида қўлланиладиган маҳаллий титан пластина амалиётидан кейинги кутилган косметик ва функционал бузилишларни тиклаш орқали жағнининг фаолиятини тиклаш имконини берганлиги исботланган;

пастки жағ ұсмалари олиб ташлангандан кейин титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг оростомасиз битишини тезлаштирган;

пастки жағ ұсма олиб ташлангандан кейин функционал ва косметик бузилишларнинг олдини олиш мақсадида титан пластина ёрдамида узлуксизлигини бир вақтнинг ўзида тиклаш орқали ҳаёт сифатини яхшилаш тартиби исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

таклиф қилинган титан пластиналарни қиммат импорт қилинган титан пластиналарга алмаштиришни ва кейинчалик экспортга йўналтириш тартиби ишлаб чиқилган;

таклиф қилинган усулни қўллаш ушбу тоифадаги беморларда даволаниш ва реабилитация тадбирлари харажатларини сезиларли даражада камайиши тартиби баҳоланган;

титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг яхлитлигини тиклаш пастки жағнинг йўқолган фаолиятини тиклаш ва эстетик нуқсонни тўлдириш тартиби ишлаб чиқилган;

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада беморлар танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник, инструментал, морфологик, аналитик ва статистик тадқиқот усуллари асосида пастки жағ ұсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларни такомиллаштиришнинг ўзига хослиги ҳалқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти пастки жағ ұсмалари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида маҳаллий титан пластиналаридан фойдаланиш даволаш сифати, функционал ва косметик бузилишларни яхшилаш, таклиф этилаётган титан пластина қиммат импорт қилинадиган титан пластиналарини ўрнини босиши ва келажақда ишлаб чиқаришни йўлга қўйиш билан экспорт қилиниши мумкинлигининг назарий асослари яратилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти пастки жағ ұсмалари бўлган беморларда реконструктив-тикловчи амалиётларни тиббий амалиётга жорий этиш беморларни даволаш ва реабилитация қилиш харажатларини камайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши: Республика

ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказининг 2024 йил 10 майдаги ҳулосасига кўра:

биринчи илмий янгилик: биринчи марта пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида фойдаланиш учун маҳаллий титан пластина ишлаб чиқилганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказининг Фарғона вилояти филиалининг фаолияти бўйича (25.08.2021й.; №56/1) ҳамда Тошкент давлат стоматология институти клиникасининг юз- жағ жарроҳлиги бўлимнинг фаолияти бўйича (30.08.2021 й.; №83/3) буйруқ билан амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* биринчи марта пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида фойдаланиш учун ишлаб чиқарилган маҳаллий титан пластина орқали беморларни косметик ва физиологик ҳолатини тиклаш орқали ҳаёт сифатини яхшилашга эришилган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* биринчи марта пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида фойдаланиш учун функционал хусусиятларига кўра импортдан кам бўлмаган ва таннархи 5-15 баравар арзон хом ашё яратиш орқали маҳаллий титан пластина ёрдамида хасталикнинг асоратларини олдини олиш, беморларнинг шифохонада қолиш муддатини 3-5 кунга қисқартирилиши натижасида бир нафар бемор учун бюджет маблағларидан кунига 109000 минг сўм, ва маҳаллий титан пластина ишлатиб иқтисод қилиш, умумий 3750000 ҳамда тадбиқ кўламига нисбатан эса (n=22) 82500000 иқтисод қилиш имконини берган. *Хулоса:* биринчи марта пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида фойдаланиш учун маҳаллий титан пластина ҳисобига бир нафар беморга ўртача 3750000 сўмни ташкил қилиши ҳамда умумий татбиқ кўлами учун 82500000 сўмни иқтисод қилиш имконини берган.

иккинчи илмий янгилик: пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида қўлланиладиган янги маҳаллий титан пластина амалиётдан кейинги кутилган косметик ва функционал бузилишларни тиклаш орқали жағнининг фаолиятини тиклаш имконини берганлиги исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказининг Фарғона вилояти филиалининг фаолияти бўйича (25.08.2021 й.; №56/1) ҳамда Тошкент давлат стоматология институти клиникасининг юз-жағ жарроҳлиги бўлимнинг фаолияти бўйича (30.08.2021 й.; №83/3) буйруқ билан амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида қўлланиладиган янги маҳаллий титан пластина амалиётдан кейинги кутилган функционал бузилишларни тиклаш орқали пастки жағнининг фаолияти, чайнаш, ютиш ва нутқини тиклаш ва аёлларда рухий сиқилишларни олдини олиш орқали даволаш тактикасини самардорлигини таъминлаш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш тартибини ишлаб чиқишга асос бўлишига шароит яратган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий*

самарадорлиги: пастки жағ ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида қўлланиладиган янги маҳаллий титан пластина амалиётидан кейинги кутилган косметик ва функционал бузилишларни тиклаш орқали 3-5 кунга қисқартирилиши натижасида бир нафар бемор учун бюджет маблағларидан кунига 109000 минг сўм, ва маҳаллий титан пластина ишлатиб иқтисод қилиш, умумий 3750000 ҳамда тадбиқ кўламига нисбатан эса (n=22) 82500000 иқтисод қилиш имконини берган. *Хулоса:* пастки жағ равоғи ўсмаларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида қўлланиладиган янги маҳаллий титан пластина амалиётидан кейинги кутилган косметик ва функционал бузилишларни тиклаш ўртача бир нафар беморга бир ётоқ куни учун ўртача 109000 сўмни ташкил қилиши ҳамда умумий тадбиқ кўлами учун 82500000 сўмни иқтисод қилиш имконини берган.

учинчи илмий янгилик: пастки жағ ўсмалари олиб ташлангандан кейин титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг узлуксизлигини тамилаши жароҳатни (асоратларсиз оростомасиз) битишини тезлаштириши Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказининг Фарғона вилояти филиалининг фаолияти бўйича (25.08.2021 й.; №56/1) ҳамда Тошкент давлат стоматология институти клиникасининг юз- жағ жарроҳлиги бўлимнинг фаолияти бўйича (30.08.2021 й.; №83/3) буйруқ билан амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* пастки жағ ўсмалари олиб ташлангандан кейин титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг узлуксизлигини тамилаши жараоҳатни асоратларсиз оростомасиз битишини тезлаштириши беморларни даволаш самарадорлиги ошириш натижасида, органнинг чайнаш ва ютиш фаолиятини ошириш, нутқ фаолиятини тиклаш, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш тартиби ишлаб чиқилган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* пастки жағ ўсмалари олиб ташлангандан кейин титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг узлуксизлигини тамилаши жароҳатни асоратларсиз оростомасиз битишини тезлаштириши орқали давлат бюджетидан кунига 109000 минг сўм, умумий 3750000 ҳамда тадбиқ кўламига нисбатан эса (n=22) 82500000 иқтисод қилиш имконини берган. *Хулоса:* пастки жағ ўсмалари ташхисланган беморларда ўсма олиб ташлангандан кейин турли хил даволаш усуллариининг қиёсий таҳлили, кузатилиши мумкин бўлган функционал ва косметик бузилишларнинг олдини олиш мақсадида ишлаб чиқилган титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг фаолиятини тиклаш натижасида бир нафар беморга бир ётоқ куни учун ўртача 109000 сўмни, умумий 3750000 ҳамда тадбиқ кўламига нисбатан эса (n=22) 82500000 иқтисод қилиш имконини берган.

тўртинчи илмий янгилик: пастки жағ ўсмалари ташхисланган беморларда ўсма олиб ташлангандан кейин турли хил даволаш усуллариининг қиёсий таҳлили, кузатилиши мумкин бўлган функционал ва косметик бузилишларнинг олдини олиш мақсадида ишлаб чиқилган титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг узлуксизлигини бир вақтнинг ўзида тиклаш орқали ҳаёт сифатини

яхшилаш тартиби исботланганлиги Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказининг Фарғона вилояти филиалининг фаолияти бўйича (25.08.2021 й.; №56/1) ҳамда Тошкент давлат стоматология институти клиникасининг юз- жағ жарроҳлиги бўлимнинг фаолияти бўйича (30.08.2021 й.; №83/3) буйруқ билан амалиётга жорий этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* пастки жағ ўсмалари ташхисланган беморларда ўсма олиб ташлангандан кейин турли хил даволаш усулларининг қиёсий таҳлили, кузатилиши мумкин бўлган функционал ва косметик бузилишларнинг олдини олиш мақсадида ишлаб чиқилган титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг узлуксизлиги тиклаш орқали, чайнаш, ютиш ва нутқни шакллантириш, юзнинг пастки жойларининг деформацияси ва эстетик нуқсонни қоплаш имконини бериш орқали ҳаёт сифатини яхшилашга шароит яратилган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* пастки жағ ўсмалари ташхисланган беморларда ўсма олиб ташлангандан кейин турли хил даволаш усулларининг қиёсий таҳлили, кузатилиши мумкин бўлган функционал ва косметик бузилишларнинг олдини олиш мақсадида ишлаб чиқилган титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг узлуксизлигини бир вақтнинг ўзида тиклаш орқали ҳаёт сифатини яхшилаш натижасида беморларнинг шифохонада қолиш муддатини 3-5 кунга қисқартирилиши натижасида бир нафар бемор учун бюджет маблағларидан кунига 109000 минг сўм, умумий 3750000 ҳамда тадбиқ кўламига нисбатан эса (n=22) 82500000 иқтисод қилиш имконини берган. *Хулоса:* пастки жағ ўсмалари ташхисланган беморларда ўсма олиб ташлангандан кейин турли хил даволаш усулларининг қиёсий таҳлили, кузатилиши мумкин бўлган функционал ва косметик бузилишларнинг олдини олиш мақсадида ишлаб чиқилган титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг узлуксизлигини бир вақтнинг ўзида тиклаш орқали ҳаёт сифатини яхшилаш натижасида ўртача бир нафар беморга бир ётоқ куни учун ўртача 109000 сўмни, умумий умумий 3750000 ҳамда тадбиқ кўламига нисбатан эса (n=22) 82500000 иқтисод қилиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 9 та илмий анжуманда муҳокома қилинган, жумладан, 3 та халқаро ва 6 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 19 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги фойдали моделга патент№ FAP 01630, ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамиятлари очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиши, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган

Диссертациянинг **«Пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларни такомиллаштиришнинг замонавий талқини»** деб номланган биринчи боби пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив - тикловчи жарроҳлик истиқболларининг ҳозирги ҳолатини таҳлил қилишга бағишланган. Диссертацияда пастки жағда реконструктив - тикловчи амалиётларини бажаришдаги муаммолар ҳақида маълумот берилган. Диссертацияни ёритиб бериш ва асослаш билан бирга, пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив - тикловчи амалиётларнинг замонавий усуллари кўриб чиқилган ва муаллифнинг ушбу муаммони илмий ҳал қилишга ёндашуви асосланган.

Диссертациянинг **«Пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларни баҳолаш материал ва усуллари»** деб номланган иккинчи боби клиник материал ва усулларнинг хусусиятларига бағишланган.

Кўйилган мақсадга эришиш учун 2013 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда РИОваРИАТМ, РИОваРИАТМ Фарғона филиали ва ТДСИ да даволанган пастки жағ ўсмалари бўлган 134 нафар беморни даволаш натижалари таҳлил қилинди. Улар 73 эркак (54,5%) ва 61 аёл (45,5%) дан иборат бўлиб, беморларнинг ёши 15 ёшдан 75 ёшгачани ташкил этган. Беморларнинг ўртача ёши $43,6 \pm 1,5$ ёшни ташкил этган.

Беморлар даволаш усулига қараб 2 гуруҳга бўлинган ва уларнинг ҳар бири ўз навбатида яна 2 та кичик гуруҳга бўлинган (1-жадвалга қаранг). 134 нафар бемордан 112 нафарини назорат гуруҳига киритиш режалаштирилган бўлиб, 112 нафар бемордан 49 нафарига пастки жағ сегментар резекцияси, қолган 63 нафарига эса пастки жағдаги ўсмалар ҳажмига қараб турли хил жарроҳлик амалиётлари бажарилган.

Иккинчи асосий гуруҳдаги барча 22 нафар беморга пастки жағнинг фақат сегментар резекцияси бажарилган.

Амалиётдан кейинги даврда функционал ва косметик ўзгаришлар тўғрисида ишончли маълумот олиш учун I-назорат гуруҳига 49 нафар бемор киритилди ва уларга фақат пастки жағнинг сегментар резекция бажарилган.

Қолган 63 нафар бемор назорат гуруҳидан чиқарилди, аммо уларда ҳам амалиётдан кейинги даврдаги функционал ва косметик ўзгаришлар ўрганилди.

Натижада, тадқиқот I ва II қиёсий гуруҳлардаги 71 нафар беморда ўтказилди.

Ўсмаларнинг морфологик хусусиятларини ўрганилганда, хавфли ўсмалар ичида энг кўп 33 (86,8%) ҳолатда ясси хужайрали саратон ташхиси қўйилган, иккинчи энг кенг тарқалгани 2 (5,2%) беморда дифференциаллашмаган саратон эканилиги аниқланди. Хавфсиз ўсмалар орасида амелобластома энг кўп 18 (54,5%) ҳолларда ташхис қўйилган.

1-жадвал

Даволаш усулига қараб беморларнинг тақсимланиши

Гуруҳлар ва беморлар сони	Ўсманинг тури	Даволаш усуллари
I- гуруҳ. Назорат гуруҳи 49 нафар - бемор	Пастки жағ хавфли ўсмалари билан 30 нафар бемор	I – Ўсманинг тарқалганлигига қараб 2-4 курс неоадъювант кимё терапия ёки нур терапия (40-60 грей). II – Пастки жағ сегментар резекцияси, бўйинда метастазларда – бир вақтнинг ўзида лимфодиссекция
	Пастки жағ хавфсиз ўсмалари билан 19 нафар бемор	Пастки жағ сегментар резекцияси. Пастки жағ сегментар резекцияси ҳажми ўсманинг тарқалганлигига боғлиқ бўлди
II-гуруҳ Асосий гуруҳ 22 нафар - бемор	Пастки жағ хавфли ўсмалари билан 8 нафар бемор	I – Ўсманинг тарқалганлигига қараб 2-4 курс неоадъювант кимё терапия ёки нур терапия (40-60 грей). II – Реконструктив-тикловчи амалиётлар билан бирга пастки жағ сегментар резекцияси, бўйинда метастазларда – бир вақтнинг ўзида лимфодиссекция
	Пастки жағ хавфсиз ўсмалари билан 14 нафар бемор	Реконструктив-тикловчи амалиётлар билан бирга пастки жағ сегментар резекцияси. Пастки жағ сегментар резекцияси ҳажми ўсманинг тарқалганлигига боғлиқ бўлди
Жами 71		

Бизнинг ишимизда TNM тизими (2009) 7-версияси (AJCC) бўйича таснифдан фойдаландик. Хавфли ўсмалар 1-назорат гуруҳида 30 нафар беморда, 2-асосий гуруҳда эса 8 нафар беморда аниқланди (2-жадвалга қаранг). Регионар метастазлар 16 (42,1%) ҳолларда аниқланган бўлиб, улардан 2 ҳолатда регионар N2 метастазлари топилган. Бизнинг тадқиқотимизда узок метастазли беморлар қайд этилмаган.

2-жадвал

Метастазлар бўйича беморларнинг тақсимланиши

Пастки жағ хавфли ўсмаларининг сони		I-гуруҳ. Назорат	II-гуруҳ. Асосий
Жами	38(100%)	30(78,9%)	8(21,1%)
Регионар лимфа тугунлар	N ₁ / N ₂	16(42,1%)	1/1

Пастки жағдаги амалиётдан кейинги нуқсонларни тавсифлашда ва уларни бартараф этиш йўлини танлашда J. Brown et al. в 2016 г. томонидан тавсия этилган пастки жағ нуқсонларининг таснифи қўлланилди. Ушбу тасниф пастки жағнинг суяк нуқсони узунлигини ҳисобга олади. Юмшоқ тўқималарни, терини ва шиллик қаватини ҳисобга олган ҳолда, биз А.П. Поляков (2017) таснифидан ҳам фойдаландик.

Юқорида айтиб ўтилганидек, I гуруҳдаги 49 (69,01%) нафар беморга анъанавий даволаш усуллари қўлланилди ва улар назорат гуруҳини ташкил этди.

II гуруҳнинг 22 (30,98%) нафар беморлари асосий гуруҳни ташкил этди. Ушбу беморларга реконструктив - тикловчи амалиётлар билан пастки жағни сегментар резекцияси бажарилди, яъни титан пластиналари билан пастки жағ равоғининг яхлитлиги тикланди. Жарроҳлик йўли билан даволаш ҳажми ўсма даражасига боғлиқ бўлди. Соғлом тўқималарда ўсмани резекция қилгандан сўнг, резекция қилинган жағ бўлагининг анатомик эгрилигига кўра эгилган шакли ва узунлиги бўйича керакли титан конструкцияси танланди. Реконструкция қилиш учун титан пластина Тошкент шаҳридаги “ORTOPEDIYA-INDUSTRIYA MЧЖ”да фойдаланиш учун халқаро миқёсда тасдиқланган ГОСТ-25086 стандарт титан қотишмасидан ишлаб чиқарилган. Имплантларни ишлаб чиқариш учун биз фойдаланадиган титан ўзининг ноёб биологик мослашувчанлиги билан бирга етарли механик мустаҳкамлиги билан ажралиб туради, мукамал механик хусусиятларга эга, коррозияга чидамли, шунингдек, енгил вазнга эга.

Титан пластинасини ўрнатгандан сўнг, юз ва оғиз бўшлиғининг соҳалари ревизияси бажарилди. Ревизия давомида юзнинг катталиги ва контурига, пастки жағ равоғи нуқсонининг катталиги ва шаклига, физиологик терининг физиологик бурмалари ифодаланганлик даражасига ва юз чизиқларининг индивидуал хусусиятларига алоҳида эътибор қаратилди. Бизнинг ишимизда маълумотларни қайта ишлаш учун 74 та белгилар-саволномалар бўлган электрон кодификатор тузилди. Бунда ҳар бир белги 2 дан 10 гача градацияга эга бўлиб, кодификаторга кўра беморларда амалиётдан кейинги функционал бузилишлар: чайнаш, ютиш ва нутқни шакллантириш қийинлиги, шунингдек юзнинг пастки соҳаларининг деформациялари аниқланди.

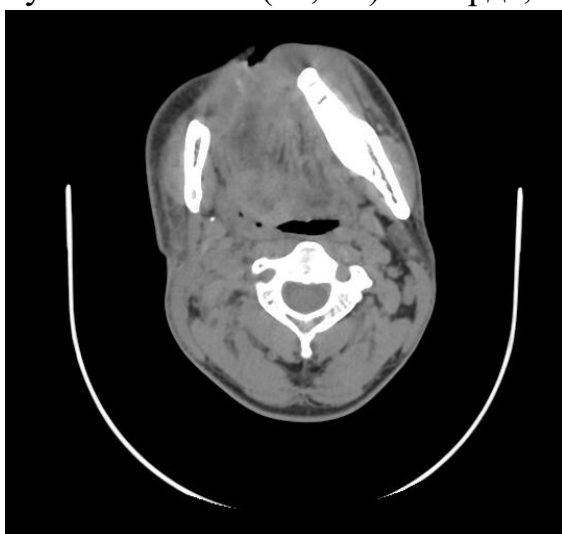
Тадқиқот давомида олинган маълумотлар SPSS 21 ва Microsoft Excel 2019 дастурлари ёрдамида статистик таҳлилдан ўтказилди. Жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин беморлар гуруҳларини динамикада таҳлил қилиш Стьюдент ва Вилкоксоннинг жуфт t мезони ёрдамида амалга оширилди. Гуруҳларни таққослаш учун бир омилли дисперсион таҳлилидан фойдаланилди. Ўзаро муносабатларни ўрганиш Пирсон ва Спирмен корреляция коэффициентларини ҳисоблаш орқали амалга оширилди.

Диссертациянинг «**Пастки жағ ўсмалари бўлган беморларни даволашнинг анъанавий усуллари натижалари**» деб номланган учинчи бобида беморларнинг назорат гуруҳида олинган даволаниш натижалари кўрсатилган. I гуруҳ беморлари анъанавий даволаш усуллари олдилар ва 49

(69,01%) бемордан иборат назорат гуруҳни ташкил этдилар. Улар, ўз навбатида, ўсманинг гистологияси ва даволаш режимига қараб, 2 кичик гуруҳга бўлинди. 1 кичик гуруҳ пастки жағ хавфли ўсмаларнинг билан 30 (61,2%) бемордан иборат бўлди. Хавфли ўсмалари бўлган 30 бемордан иборат биринчи кичик гуруҳидаги 23 (76,6%) беморга пастки жағ танасининг сегментар резекцияси, 2 (6,6%) беморга – пастки жағ олдинги фрагментининг сегментар резекцияси ва 5 (16,6%) беморга – пастки жағ бурчагининг сегментар резекцияси амалиётлари бажарилди.

Бўйиндаги амалиётлар ҳажмига қараб, хавфли ўсмалари бўлган 30 бемордан иборат 1-кичик гуруҳда кўпинча бўйин тўқимасини 1 - вариант бўйича фасциал-футляр кесиб олиш (I ва II бўйин соҳаларининг лимфодиссекцияси) - 17 (56,6%) беморда; Ванаха амалиёти (1-вариант бўйича ФФО, бўйин лимфадиссекцияси) - 6 (20,0%) беморда; бўйнида якка метастаз мавжуд бўлганлиги сабабли ва амалиёт ичи қон кетишининг олдини олиш мақсадида ташқи уйқу артерияси боғлаш лимфонодулэктомия билан - 2 (6,6%) беморда бажарилди. Шу билан бирга, метастазлар йўқлиги сабабли 5 (16,6%) беморда бўйинда амалиёт бажарилмаган. I гуруҳдаги даволаш усуллариининг таҳлили шуни кўрсатдики, энг кўп - 21 (42,8%) беморда жарроҳлик йўли билан даволаш амалга оширилган ва хавфли ўсмаси бўлган 1-кичик гуруҳдаги 18 (60,0%) беморда комплекс даволаш усуллари қўлланилган. Шу билан бирга, 8 (26,6%) беморларда кимётерапия + жарроҳлик йўли билан даволаш усули, фақат жарроҳлик йўли билан даволаш усули – 2 (6,6%), нур терапияси + жарроҳлик усули – 2 (6,6%) беморда амалга оширилди.

1-кичик гуруҳидаги 30 беморда амалиётдан кейинги асоратлар ўрганилганда пастки жағ функциясининг бузилиши чайнашнинг қийинлиги кўринишида 30 (100%) беморда, ютишнинг бузилиши 27 (90,0%) да, нутқ шакллантиришнинг бузилиш эса 26 (86,6%) беморда,



1-расм. Пастки жағ сегментар резекциясидан сўнг бемор М.нинг МСКТси



2-расм. Пастки жағ сегментар резекциясидан сўнг бемор М.нинг МСКТси

шунингдек юз пастки соҳасининг деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши 28 (93,3%) беморда кузатилди (1, 2-расмлар). Ушбу фотосуратлардан кўришиб турибдики, амалиётдан кейинги даврда юзнинг кучли ифодаланган деформацияси кузатилган ва бу беморда чайнаш, ютиш ва нутқни шакллантиришдаги қийинчиликлар ҳам кузатилган.

Шунингдек, хавфсиз ўсмалари бўлган 19 беморда (2-кичик гуруҳ) амалга оширилган амалиётлар ҳам таҳлил қилинди. Бунда, 13 (68,4%) беморда пастки жағ танасининг сегментар резекцияси бажарилди, 2 (10,5%) беморда – пастки жағ олд фрагментининг сегментар резекцияси ва 4 (21,0%) беморда – пастки жағ бурчагининг сегментар резекцияси бажарилди. Ушбу кичик гуруҳда кўпинча пастки жағ танасининг сегментар резекцияси амалга оширилди.

Пастки жағ хавфсиз ўсмалари бўлган 19 бемордан иборат 2-кичик гуруҳида, ўсманинг маҳаллий тарқалган ўлчами сабабли ва амалиёт ичи қон кетишини профилактикаси мақсадида бўйинда энг кўп ташқи уйқу артериясини боғлаш – 6 (31,6%) беморда бажарилди. Шикастланган бўйин лимфа тугунлари аниқланганда, 4 (21%) беморда 1-вариант бўйича бўйин тўқимасини профилактик фасциал-футляр кесиб олиниши (бўйиннинг I ва II соҳаларини лимфодиссекция қилиш) бажарилди ва гистологик текширувда хавфли хужайралар топилмади. 9 (47,3%) беморда метастазлар йўқлиги сабабли бўйинда амалиёт ўтказилмади.

2-кичик гуруҳда барча беморларда амалиётдан кейинги даврда пастки жағ функционал ҳолатининг пасайиши чайнаш қийинлиги кўринишида - 19 (100%) ҳолларда, ютиш қийинлиги – 12 (63,1%), нутқни шакллантириш қийинлиги – 13 (68,4%) ҳолатда, шунингдек, юз пастки қисми деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши - 17 (89,5%) беморларда кузатилди.

Ушбу бузилишларнинг ифодаланганлиги хавфли ўсмаси бўлган 1-кичик гуруҳга қараганда камроқ бўлди. Бу бузилишлар айниқса атроф тўқималар – мушаклар олиб ташланган ясси хужайрали саратонда, шунингдек, пастки жағ, оғиз бўшлиғи туби ва тилни комбинирланган олиб ташлашда кучли ифодаланганлиги кузатилди. Хавфсиз ўсмаларда эса асосан ўсма олиб ташланди ва атроф соғлом мушаклар сақлаб қолинди.

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, 134 бемордан 112 нафарини I-назорат гуруҳига киритилиши режалаштирилган эди, аммо улардан 49 нафарига фақат пастки жағ сегментар резекцияси ўтказилди, қолган 63 беморга эса пастки жағдаги ўсма ҳажмига қараб, турли хил жарроҳлик усуллари қўлланилди ва бу беморларни биз назорат гуруҳидан чиқариб ташладик. Аммо уларда ҳам амалиётдан кейинги даврда функционал ва косметик ўзгаришларни ўргандик.

63 нафар бемордан 31 (49,2%) нафарига гемимандибулэктомия, 5 (7,9%) нафарига – пастки жағнинг субтотал резекцияси, 21 (33,3%) нафарига – пастки жағнинг резекцияси, 5 (7,9%) нафарига – пастки жағнинг чекка резекцияси, 1 (1,6%) нафарига – мандибулэктомия бажарилди. 63 беморнинг 42 (66,6%) нафари хавфли ўсмали ва 21 (33,3%) нафари хавфсиз ўсмали беморлар бўлган.

Барча 63 беморда функционал ҳолатнинг пасайиши кузатилган бўлиб, бу 63 (100%) беморда чайнашнинг қийинлиги, 54 (85,7%) беморда ютишнинг қийинлиги ва 54 (85,7%) беморда нутқ шаклланишининг қийинлиги шаклида бўлган. Шунингбек, 60 (95,2%) беморда пастки юз майдонининг деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши кузатилган (3-жадвал). Беморларнинг I-назорат гуруҳида бўлгани каби, бу ерда ҳам пастки жағнинг олдинги қисмини резекция қилиш пайтида юқоридаги бузилишлар сезиларли бўлган ва бу ҳам юзнинг олд зонасига кучланиш ва юклама билан боғлиқ.

3-жадвал

I гуруҳда ва ҳар хил жарроҳлик турлари бажарилган беморларда функционал ва косметик бузилишларнинг қиёсий таҳлили

№	Бузилиш параметрлари	Амалиёт қилинган беморлар сони	
		I– назорат гуруҳи	ҳар хил жарроҳлик турлари бажарилган беморлар
1	Чайнашнинг қийинлиги	100±7,2	100±6,1*
2	Ютишнинг қийинлиги	79,6±7,0	85,7±4,4*
3	Нутқни шакллантиришнинг қийинлиги	79,6±7,0	85,7±4,4*
4	Ҳаёт сифати – юз пастки қисмининг деформацияси	91,8±7,1	95,2±2,7*
Жами		49	63

Эслатма: * – I-гуруҳ қийматларига нисбатан ишончсиз, P>0,05

Жадвалдан кўриниб турибдики, функционал ва косметик бузилишлар I-назорат гуруҳига қараганда турли хил ўсма ўлчамлари бўлган беморлар гуруҳида кўпроқ кузатилган. Бунинг сабаби шундаки, улар пастки жағни катта ҳажмда резекция қилиш билан кечган амалиётлар (гемимандибулэктомия, пастки жағ субтотал резекцияси) ўтказишган.

Таққослаш мезонлари йўқлиги сабабли биз 63 бемордан иборат ушбу гуруҳни кейинги тадқиқотга киритмадик.

Диссертациянинг «**Пастки жағнинг реконструктив тикловчи амалиётларида фойдаланиш учун маҳаллий титан пластинасини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш натижалари**» деб номланган тўртинчи бобида фойдали моделни ишлаб чиқишдан мақсад пастки жағдаги пластинанинг мушак ва терига тешиб кириб боришини олдини оладиган, бардошли ва пастки жағдаги ўсма олиб ташланганидан кейин функционал ва косметик натижаларни яхшилаш мақсадида ўрнатишга мос келадиган титан пластина дизайнини яратиш, шунингдек, уни тан нархини камайтиришдир.

Реконструктив-тикловчи жарроҳлик учун пластина титанли пластина бўлиб, унинг қалинлиги 3,5 мм, фронтал ва орқа томондан профил бўйлаб юмалоқ қиррали, юмалоқ радиуси 1,2 ммли бўлади. Пластина марказида маҳкамлагичлар

учун тешиklar қилинган бўлиб, юмалоқ чети бўйлаб чуқурлашган. Чуқурлашган доиранинг диаметри 5 мм, чуқурлиги 1 мм, тешикнинг диаметри 3,5 мм, тешик марказлари орасидаги масофа 8 мм, пластинанинг ён томонлари юмалоқлашган, чекка тешик марказидан радиуси – 5 мм, пластина, шунингдек, радиуси 1,5 мм бўлган юқори ва пастки қирралари бўйлаб пазалар (ярим тешиklar) билан жиҳозланган.

Прототипда юмалоқлаш радиуси 1,0 мм ва ушбу фойдали моделда эса яхлитлаш радиуси 1,2 мм ни ташкил қилади. Бу мушаклардаги юкламани 50% гача камайтиришга имкон беради ва ўз навбатида пастки жағдаги пластинанинг мушак ва тери ичига кириб боришини камайтиради. Пластинанинг қалинлиги 3,5 мм ни ташкил қилади ва бу унга мустаҳкамлик беради, ҳамда, амалиётдан кейинги даврда унинг мумкин бўлган синиш хавфини камайтиради.

Пастки жағнинг бурчаги ёки шохлари шикастланганда, ўсма пастки жағга ўхшаш эгилган титан протезларини қўйиш кўрсатма бўлади. Ушбу фойдали модел фронтал ва орқа томондан профил бўйлаб юмалоқ қиррали қилиб ишланган, ҳамда бу уни икки томондан ҳам қўллаш имконини беради.

Бундай техник ечим ушбу моделни аналоглардан яхши ажратиб туради, чунки у мушакларга юкламани камайтиришга имкон беради (50% гача) ва профилнинг юмалоқланганлиги, пазусларнинг (ярим тешиklarнинг) кичикроқ радиуси ва ушбу пазларнинг юқори бурчакларининг кесиб чиқишини камайтиради.

Бизнинг ишланмамиз II асосий гуруҳни ташкил этган 22 беморда қўлланилган. Беморларга реконструкция билан пастки жағ резекция қилинди, яъни, титан пластина билан пастки жағ равоғининг яхлитлиги тикланди (3-расм).



3-расм. Ишлаб чиқилган титан пластиналар

Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулкни ҳимоя қилиш қўмитасида ушбу ишланма учун Хасанов А.И., Примкулов Б.К., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М.ларнинг 27.04.2020 йилдаги рўйхатдан ўтиш рақами: FAP 01630 бўлган

«Пастки жағнинг реконструктив - тикловчи амалиётлари учун пластина» номли фойдали моделга патент олинди.

Диссертациянинг «Пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиёт натижалари» деб номланган бешинчи бобида реконструкция билан, яъни биз томондан ишлаб чиқилган титан пластина билан пастки жағ равоғининг яхлитлигини тиклаш билан пастки жағ резекция қилинган 22 (16,4%) бемордан иборат II асосий гуруҳни даволаш натижалари тасвирланган. Пастки жағдаги амалиёт кўлами ўсманнинг тарқалганлигига боғлиқ бўлди.

22 нафар бемордан иборат асосий II гуруҳдаги 14 (63,6%) нафар беморга пастки жағ танасининг сегментар резекцияси, 5 (22,7%) беморга - пастки жағ олд фрагментининг сегментар резекцияси ва қолган 3 (13,6%) нафар беморга – пастки жағ бурчагининг сегментар резекцияси бажарилди. Барча беморларга реконструктив - тикловчи жарроҳлик амалиётлари бажарилди (4-жадвалга қаранг).

Хавфли ўсмалари бўлган 8 бемордан (1 кичик гуруҳ) 5 (62,5%) нафарига пастки жағ танасининг сегментар резекцияси, 2 (25,0%) нафарига - пастки жағ олд фрагментининг сегментар резекцияси ва 1 (12,5%) нафарига – пастки жағ бурчагининг сегментар резекцияси бажарилди. Яъни, энг кўп пастки жағ танасининг сегментар резекцияси бажарилди.

Хавфсиз ўсмалари бўлган 14 нафар бемордан (2 - кичик гуруҳ) 9 (64,3%) нафарига пастки жағ танасининг сегментар резекцияси, 3 (21,4%) нафарига – пастки жағ олд фрагментининг сегментар резекцияси ва 2 (14,1%) нафарига - пастки жағ бурчагининг сегментар резекцияси бажарилди. Яъни, 1-кичик гуруҳга ўхшаш, энг кўп пастки жағ танасининг сегментар резекцияси бажарилди.

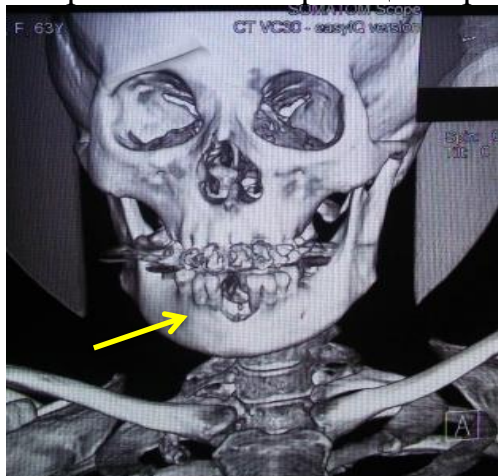
1-кичик гуруҳда бўйин шикастланиши ҳажмига қараб, энг кўп 1-вариант бўйича бўйин тўқималарининг фасциал-футляр кесиб олиниши (бўйин I ва II соҳаларининг лимфодиссекцияси) 2 (25%) нафар беморда бажарилди. Амалиёт ичи қон кетишининг олдини олиш мақсадида 1 (12,5%) нафар беморга ташқи уйқу артериясини боғлаш амалиёти бажарилди. Шу билан бирга, метастазлар йўқлиги сабабли 5 (62,5%) беморда бўйин амалиёти ўтказилмади (5-жадвалга қаранг).

14 нафар бемордан иборат 2-кичик гуруҳда 1 (7,1%) нафар беморга Ванах амалиёти (1-вариант бўйича ФФО 2 томонлама лимфодиссекция билан) бажарилди. Амалиётдан кейинги гистологик текширувда лимфа тугунларида метастазлар топилмади. Амалиёт ичи қон кетишининг олдини олиш мақсадида 1 (7,1%) нафар беморга ташқи уйқу артериясини боғлаш амалиёти ўтказилди. Қолган 12 (85,8%) нафар беморда бўйин амалиёти ўтказилмаган.

II гуруҳда, хавфли ўсмалари бўлган 8 нафар бемордан иборат 1-кичик гуруҳида кўпинча 3 (37,5%) ҳолатда комплекс даволаш усуллари қўлланилди (6-жадвал). Бунда, 2 (25,0%) беморда кимётерапия + жарроҳлик усули ва нур терапияси + жарроҳлик усули ўтказилди. 1 (12,5%) нафар беморда соф жарроҳлик

йўли билан даволаш усули қўлланилди. 2-кичик гуруҳда хавфсиз ўсмалари бўлган барча 14 нафар бемор фақат жарроҳлик йўли билан даволанди. Маҳаллий титан пластиналари ёрдамида пастки жағ ўсмаларини реконструктив амалиётлари бевосита натижаларини ўрганилганда, чайнашдаги қийинчиликлар 9 (40,9%) нафар беморда, ютиш қийинчиликлари – 2 (9,1%) ва нутқни шакллантиришдаги қийинчиликлар – 3 (13,6%) нафар беморда, шунингдек, юз пастки соҳаси деформациялари сабабли ҳаёт сифатини пасайиши – 5 (22,7%) нафар беморда қайд этилди (7-жадвал), (4-6 - расмлар).

Амалиётдан кейинги асоратлар контекстида даволанишнинг бевосита натижалари ўрганилганда, амалиётдан 10-15 кун ўтгач, 3 беморда оростома пайдо бўлди. Бу амалиётдан олдинги даврда уларга 40-Грей ДТГТ ўтказилганлиги билан боғлиқ. 1 нафар беморда пастки жағнинг олд фрагментини резекция қилингандан сўнг, бир йилдан сўнг териға титан пластина тешиб чиқди. Тешиб чиқишнинг сабаби юзнинг олд қисмиға тортилиш ва юкламанинг бўлиши, шунингдек, хавфли ўсма жараёнида ўсма бўлган мушак ва юмшоқ тўқималар компонентининг олиб ташланганлиги бўлган. Ушбу бемор титан пластинасини юмшоқ тўқима билан ёпиш амалиёти бажарилди. Организмда титан пластиналарига нисбатан реакциялар кузатилмади.



4-расм Амалиётдан олдинги пастки жағнинг МСКТси



5 расм. Пастки жағға маҳаллий титан пластинасини ўрнатиш



6-расм. Бемор Н.нинг умумий кўриниши. Амалиётдан кейинги даврда титан пластина ўрнатилгандан сўнг, пастки жағда функционал ва косметик бузилишлар бўлмаган.

Бирламчи ўчоқдаги бажарилган амалиётлар ҳажмини тадқиқот гуруҳларида таққослаганда, 49 нафар бемордан иборат I-чи назорат гуруҳида 36 (73,4%) нафар беморда пастки жағ танаси сегментар резекцияси бажарилган бўлса, II-асосий гуруҳда бу кўрсаткич пастроқ бўлган ва 14 (63,6%) нафар беморни ташкил этди (4- жадвал). I-чи назорат гуруҳида 4 (8,1%) бемор ва II-чи гуруҳда 5 (22,7%) бемор пастки жағ олд фрагментини сегментар резекцияси бажарилди ва бу 1:2,8 нисбатни ташкил қилди. Пастки жағ бурчаги сегментар резекцияси амалиёти I-гуруҳда 9 (18,3%) беморда, II гуруҳда эса - 3 (13,6%) беморда бажарилди ва бу 1,3:1 нисбатни ташкил қилди. Жадвалдан кўриниб турибдики, пастки жағ танасини сегментар резекция қилиш амалиёти иккала гуруҳда ҳам 60% дан ортиқ ҳолларда амалга оширилган.

4-жадвал

Пастки жағда бажарилган амалиётлар кўламига қараб беморларни I ва II гуруҳларга тақсимланиши (n, %)

№	Пастки жағда бажарилган амалиёт кўлами	I – назорат гуруҳида амалиёт қилинган беморлар сони			II – асосий гуруҳида амалиёт қилинган беморлар сони		
		Жами	Хавфли	Хавфсиз	Жами	Хавфли	Хавфсиз
1	Пастки жағ танасини сегментар резекцияси	36 (73,4%)	23 (76,6%)	13 (68,4%)	14 (63,6%)	5 (62,5%)	9 (64,3%)
2	Пастки жағ олдинги фрагменти сегментар резекцияси	4 (8,1%)	2 (6,6%)	2 (10,5%)	5 (22,7%)	2 (25,0%)	3 (21,4%)
3	Пастки жағ бурчаги сегментар резекцияси	9 (18,3%)	5 (16,6%)	4 (21,0%)	3 (13,6%)	1 (12,5%)	2 (14,1%)
	Жами 71	49	30	19	22	8	14

Бўйинда амалга оширилган амалиётларни таққослаганда, 49 бемордан иборат I-чи назорат гуруҳида 8 (16,3%) беморда, II-чи асосий гуруҳида эса – 2 (9,0%) беморда ташқи уйқу артериясини боғлаш амалиёти бажарилди ва бу фоиз ҳисобида 1,8:1 нисбатни ташкил қилди (5-жадвал). I-чи назорат гуруҳида бўйин тўқимасини фасфиал-футляр кесиб олиш ва лимфодиссекция амалиёти 21 (42,8%) беморда ва II-асосий гуруҳида эса – 2 (9,0%) беморда бажарилди ва бу 4,7:1 нисбатни ташкил қилди. Бунда, 30 бемордан иборат хавфли ўсмалар бўлган I-чи назорат гуруҳида (1-кичик гуруҳи), 17 (56,6%) нафарида бўйин лимфодиссекцияси амалга оширилди. 8 бемордан иборат хавфли ўсмалар бўлган II-чи асосий гуруҳида (1-кичик гуруҳида) эса, бўйин лимфодиссекцияси 2 (25%) нафарида бажарилди ва бу ўз навбатида 2.2:1 нисбатни ташкил қилди.

Жадвалдан кўриниб турибдики, бўйин лимфодиссекциялари I-чи назорат гуруҳида кўпроқ амалга оширилган ва бўйинда амалиёт қилинмаган беморлар

сони аксинча камроқ бўлган: мос равишда 1:2,7 нисбатда. Иккала гуруҳнинг хавфсиз ўсмалари бўлган 2-кичик гуруҳлари беморларида, I гуруҳдаги 4 (21,0%) ва II гуруҳдаги 1 (7,1%) нафар беморда бўйин лимфа тугунлари диссекцияси ўтказилди, аммо лимфа тугунларининг гистологик текшируви иккала гуруҳда ҳам бўйин лимфа тугунларининг реактив гиперплазияси эканлигини кўрсатди.

5-жадвал

Бўйинда бажарилган амалиётлар кўламига қараб беморларни I ва II гуруҳларга тақсимланиши (n, %)

№	Бўйинда бажарилган амалиёт кўлами	I – назорат гуруҳда амалиёт қилинган беморлар сони			II – асосий гуруҳда амалиёт қилинган беморлар сони		
		Жами	Хавфли	Хавфсиз	Жами	Хавфли	Хавфсиз
1	Ташқи уйқу артериясини боғлаш	8 (16,3%)	2 (6,6%)	6 (31,6%)	2 (9,0%)	1 (12,5%)	1 (7,1%)
2	Ванах амалиёти (2 томонлама I вариант бўйича ФФО, Лимфодиссекция)	6 (12,2%)	6 (20,0%)		1 (4,5%)		1 (7,1%)
3	1-вариант бўйича бўйин клетчаткасини фасциал-футляр кесиб олиш, Лимфодиссекция	21 (42,8%)	17 (56,6%)	4 (21,0%)	2 (9,0%)	2 (25%)	-
4	Амалиёт қилинмаган	14 (28,6%)	5 (16,6%)	9 (47,3%)	17 (77,3%)	5 (62,5%)	12 (85,8%)
	Жами 71	49	30	19	22	8	14

Даволаш усуллари қиёсий таҳлил қилинганда, хавфли ўсмалар бўлган 30 бемордан иборат (1 кичик гуруҳ) I-чи назорат гуруҳида, 60,0% беморга комплекс даво ўтказилган. Бундан даво хавфли ўсмалари бўлган 8 бемордан иборат (1 кичик гуруҳ) II-асосий гуруҳда 37,5% беморда ўтказилди ва бу 1,6:1 нисбатни ташкил қилди (6-жадвал).

6-жадвал

Даволаш усулига қараб беморларнинг тақсимланиши (n, %)

№	Даволаш усули	I – назорат гуруҳда амалиёт қилинган беморлар сони			II – асосий гуруҳда амалиёт қилинган беморлар сони		
		Жами	Хавфли	Хавфсиз	Жами	Хавфли	Хавфсиз
1	Жарроҳлик	21 (42,8%)	2 (6,6%)	19 (100%)	15 (68,2%)	1 (12,5%)	14 (100%)
2	Нур терапия+ жарроҳлик	2 (4,0%)	2 (6,6%)		2 (9,0%)	2 (25,0%)	
3	Кимё терапия + жарроҳлик	8 (16,3%)	8 (26,6%)		2 (9,0%)	2 (25,0%)	
4	Комплекс	18 (36,7%)	18 (60,0%)		3 (13,6%)	3 (37,5%)	
	Жами 71	49	30	19	22	8	14

Нур терапияси + жарроҳлик йўли билан даволаш частотасига кўра, беморларнинг юқоридаги гуруҳларда нисбати мос равишда 1:3,8 ни ташкил этди. Иккала гуруҳда ҳам хавфсиз ўсмалари бўлган 2 та кичик гуруҳларида барча беморлар фақат жарроҳлик йўли билан даволандилар.

Тадқиқот гуруҳларида даволаш усулларида бевосита натижаларини қиёсий ўрганиш шуни кўрсатдики, ўсма ва жарроҳлик ҳажми қанчалик катта бўлса, беморларда функционал ва косметик бузилишлар шунчалик ифодаланган бўлади. Шундай қилиб, 49 бемордан иборат I–назорат гуруҳида амалиётдан кейинги барча 49 (100%) бемор чайнашда қийналдилар, ютишнинг қийинлиги – 39 (79,6%) ва нутқни шакллантириш қийинлиги – 39 (79,6%) беморда кузатилди, шунингдек, юз пастки қисмининг деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши – 45 (91,8%) нафар беморда кузатилди (7-жадвал).

Хавфли ўсмалари бўлган 30 бемордан иборат 1-кичик гуруҳнинг амалиётдан кейинги барча 30 (100%) ҳолатларида чайнашнинг қийинлашиши, 27 (90,0%) ҳолатда – ютишнинг қийинлашиши, 26 (86,6%) – ҳолатда нутқ шаклланишининг қийинлашиши, шунингдек, 28 (93,3%) беморларда юз пастки соҳалари деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши кузатилди.

7-жадвал

Беморларнинг гуруҳларда функционал ва косметик бузилишлар частотаси (%)

№	Бузилишлар	I – назорат гуруҳида амалиёт қилинган беморлар сони			II – асосий гуруҳида амалиёт қилинган беморлар сони		
		Жами %	Хавфли %	Хавфсиз %	Жами %	Хавфли %	Хавфсиз %
1	Чайнашнинг қийинлиги	100± 5,0	100± 8,5	100± 9,2	40,9± 6,2*	50± 7,4*	35,7± 6,0*
2	Ютишнинг қийинлиги	79,6± 7,0	90,0± 8,2	63,1± 7,6	9,1± 3,0*	12,5± 3,7*	7,1± 2,7*
3	Нутқни шакллантиришнинг қийинлиги	79,6± 7,0	86,6± 8,1	68,4± 7,9	13,6± 3,7*	25± 5,2*	7,1± 2,7*
4	Ҳаёт сифатининг пасайиши, юз пастки қисмининг деформацияси	91,8± 7,1	93,3± 8,3	89,5± 8,8	22,7± 4,7*	25± 5,2*	21,4± 4,7*
	Жами 71	49	30	19	22	8	14

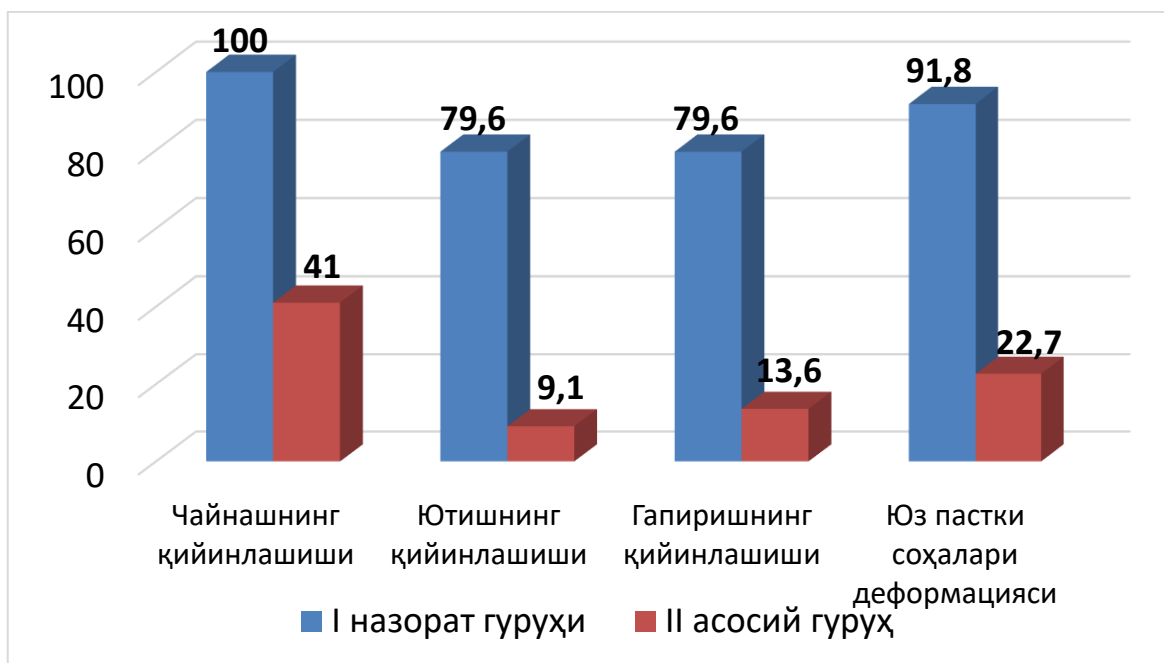
Эслатма: * – I гуруҳ қийматида нисбатан ишончли, тегишли кичик гуруҳларда $P < 0,001$

Хавфсиз ўсмалари бўлган 19 бемордан иборат 2-кичик гуруҳида амалиётдан кейинги барча 19 (100%) беморларда чайнашнинг қийинлиги, 12 (63,1%) беморда

ютишнинг қийинлиги, 13 (68,4%) беморда нутқ шаклланишининг қийинлиги, шунингдек, 17(89,5%) беморда юз пастки соҳалари деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши кузатилди.

22 бемордан иборат II-асосий гуруҳида реконструктив - тикловчи амалиётлар пайтида биз томонидан ишлаб чиқилган маҳаллий титан пластиналаридан фойдаланган ҳолда, функционал ҳолатнинг пасайиши атиги 9 (40,9%) беморда чайнаш қийинлиги, 2 (9,1%) беморда ютиш қийинлиги, 3 (13,6%) беморда нутқ шаклланишининг қийинлиги, шунингдек, 5 (22,7%) беморда юз пастки соҳалари деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши кузатилди (7-жадвал).

Қиёсий таҳлилда амалиётдан кейинги функционал бузилишларни ўрганиш шуни кўрсатдики, I-чи назорат гуруҳида чайнаш қийинлиги 100%, II-асосий гуруҳ беморларида эса 40,9% беморларда кузатилиб, мос равишда 2,5:1 нисбатда қайд этилган. Ютиш бузилиши нисбати беморларнинг I - чи ва II-чи гуруҳлари ўртасида фоиз сифатида 8,7:1 ни, нутқни шакллантириш эса фоиз сифатида 5,8:1 ни ташкил қилди. I ва II гуруҳлар орасидаги юзнинг пастки қисмининг деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши частотасининг нисбати беморларнинг 91,8% дан 22,7% гачасида, яъни 4:1 нисбатни ташкил этди (7-расм).



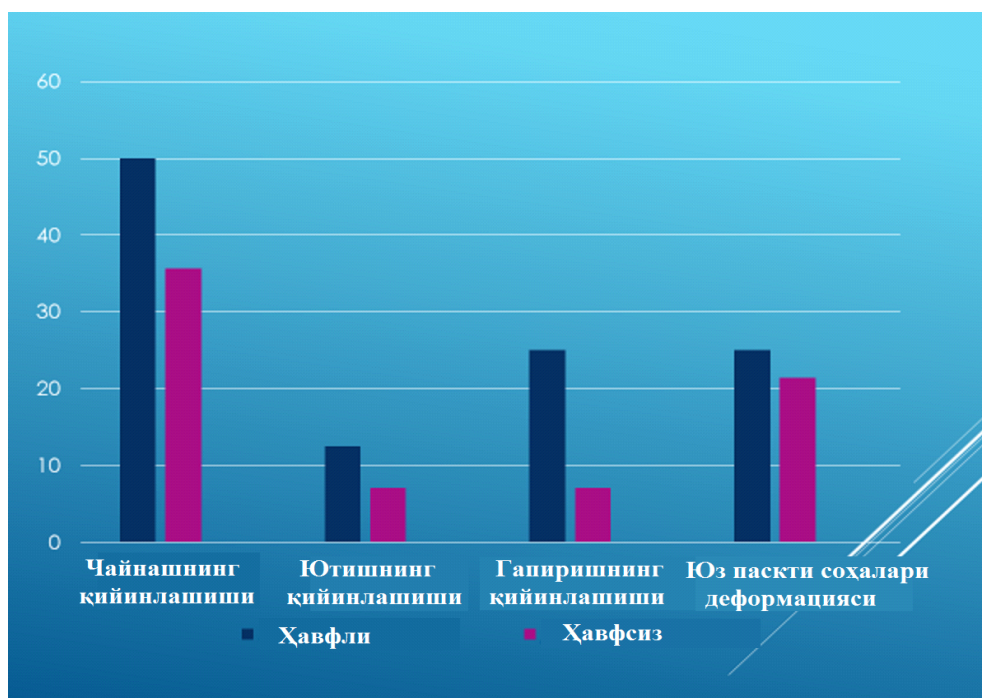
7-расм. Функционал ва косметик бузилишлар бўйича I ва II гуруҳ беморларининг даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш

Беморларнинг II асосий гуруҳидаги хавфли ўсмалари бўлган 1-кичик гуруҳдаги 8 бемордан 4 (50%) нафарида чайнаш қийинлиги, 1 (12,5%) беморда ютиш қийинлиги ва 2 (25%) беморда нутқ шаклланиши қийинлиги шаклида функционал ҳолатининг пасайиши, шунингдек, 2 (25%) беморда пастки юз соҳаси деформациялари туфайли беморлар ҳаёт сифатининг пасайиши

кузатилди.

Хавфсиз ўсмалари бўлган 2-кичик гуруҳдаги функционал ҳолатининг пасайиши 14 бемордан 5 (35,7%) нафариди чайнаш қийинлиги, 1 (7,1%) нафариди ютиш ва 1 (7,1%) беморда нутқ шаклланиши қийинлиги шаклида кузатилди, шунингдек, 3 (21,4%) нафар беморда юз пастки соҳаси деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши кузатилди.

Беморларнинг II асосий гуруҳида хавфли ўсмалари бўлган беморларнинг 1-кичик гуруҳи ва хавфсиз ўсмалари бўлган беморларнинг 2-кичик гуруҳи ўртасида функционал ҳолат ва ҳаёт сифати кўрсаткичларини ўрганишнинг қиёсий таҳлили қуйидаги натижаларни кўрсатди: чайнаш қийинлиги беморларнинг 50 фоизиди 35,7% га нисбатан кузатилган (фоизда 1,4:1 нисбатда), ютиш қийинлиги-12,5% га нисбатан 7,1% (фоизда 1,7:1 нисбатда), нутқни шакллантириш қийинлиги – 25% га нисбатан 7,1% (фоизда 3,5:1 нисбатда), шунингдек юз пастки соҳаси деформацияси туфайли беморларнинг ҳаёт сифатининг пасайиши – 25% га қарши 21,4% (фоизда 1,2:1 нисбатда) кузатилди (8-расм).



8-расм. Функционал ва косметик бузилишлар бўйича II-асосий гуруҳ беморларининг даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш

Хавфли ўсмалари бўлган беморларнинг 1-кичик гуруҳида хавфсиз ўсмалари бўлган беморларнинг 2-кичик гуруҳига нисбатан функционал бузилишлар ва юзнинг пастки қисмидаги деформацияларнинг бундай юқори частотаси, ўсманинг хавфли табиати бўлганлиги сабабли, иккинчисида атрофдаги юмшоқ тўқималар: мушаклар, пастки жағ сегментлари ва оғиз бўшлиғининг пастки қисми ўсмалар билан битта блокда олиб ташланганлиги билан боғлиқ.

Ютиш ҳаракатининг бузилиши, шунингдек, олиб ташланадиган юмшоқ

тўқималарнинг ҳажмига ва пастки жағ равоғининг узлуксизлигининг бузилишига боғлиқ булди ва бу бир вақтнинг ўзида титан пластина ўрнатилиши билан бартараф этилди.

Пастки жағ танасини, унинг орқа учдан бир қисмини ва шохларини юмшоқ тўқималарни кенг резекция қилмасдан сегментар резекция қилиш, ютиш ҳаракатининг жиддий бузилишига олиб келмади. Пастки жағнинг иягини сегментар резекция қилишдан кейин беморларда ютиш ҳаракатининг кучли бузилиши ва уни тиклашдаги қийинчиликлар кузатилди. Бундай ҳолатларда амалиётдан кейинги даврда назогастрал зонднинг узокроқ туриши талаб қилинди. Хавфсиз ўсмалари бўлган 2-кичик гуруҳ беморларида асосан фақатгина ўсма олиб ташланган ва шунинг учун юқоридаги бузилишлар камроқ тарқалган.

Пастки жағ ўсмалари олиб ташлангандан кейин титан пластина ёрдамида пастки жағ равоғининг узлуксизлигини тамилаши жароҳатни асоратларсиз оростомасиз битишини тезлаштириши, беморни клиникада даволанишини 3-5 кунга қисқартирилиши натижасида бир нафар бемор учун бюджет маблағларидан кунига 109000 минг сўм, умумий 3750000 ҳамда тадбиқ кўламига нисбатан эса (n=22) 82500000 иқтисод қилиш имконини берган.

Жарроҳлик йўли билан даволаш сўнг онкологик натижалари ўрганишда, хавфли ўсмалар бўлган 38 бемордан иборат I ва II гуруҳларда ўсманинг прогрессияси 9 (23,7%) беморда қайд этилди. Ўсманинг маҳаллий рецидиви 6 (15,8%) беморда кузатилди. Бўйин регионар лимфа тугунларининг метастатик шикастланиши 2 (5,3%) беморда аниқланди ва 1 (2,6%) беморларда узок метастазлар қайд этилди.

Ўсма рецидиви кўпгина ҳолларда 12 ой ичида кузатилди - 8 (88,8%) нафар беморда ва дастлабки 6 ой давомида прогрессияланиш 6 (66,6%) нафар беморда аниқланди. Қайталанишли беморларда ўсмага боғлиқ ҳолда қайта амалиётлар ёки кимёвий/нур терапияси ўтказилди.

Хавфсиз ўсмалари бўлган 33 нафар бемордан иборат I ва II гуруҳларда, 2 (6,0%) нафарида ўсма рецииви кузатилди. Бунда, қайта амалиёт амалга оширилди.

ХУЛОСАЛАР

«Пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда реконструктив ва қайта тикловчи амалиётларни такомиллаштириш» мавзусидаги тиббиёт фанлари фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Амалиётдан кейин пастки жағ ўсмалари бўлган беморларда анъанавий даволаш усуллари натижасида 49 (100%) нафар беморда чайнашнинг қийинлиги, 39 (79,6%) нафар беморда ютишнинг қийинлиги ва 39 (79,6%) нафар беморда нутқ шакллантиришнинг қийинлиги шаклида пастки жағ функцияларининг бузилиши, шунингдек, 45 (91,8%) нафар беморда пастки юз соҳасининг деформацияси туфайли ҳаёт сифатининг пасайиши аниқланди.

2. Пастки жағ ұсмалари бұлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг реконструктив босқичида ишлаб чиқилган маҳаллий титан пластинасидадан фойдаланиш, амалиётдан кейинги асоратлар сонини камайтиради ва иқтисодий жиҳатдан нархи 5-10 баравар арзонга айланади.

3. Пастки жағ ұсмалари бұлган беморларда реконструктив жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни тўғри белгилаш даволаш самарадорлигини оширади.

4. Маҳаллий титан пластиналари ёрдамида реконструктив амалиётлардан фойдаланиш, пастки жағ фаолияти бузилишлари частотасини камайтирди, яъни: 9 (40,9%) нафар беморда чайнаш қийинлигини, 2 (9,1%) нафар беморда ютиш ва 3 (13,6%) беморда нутқни шакллантириш қийинлигини, шунингдек, 5 (22,7%) нафар беморда юз пастки соҳаси деформацияси туфайли ҳаёт сифатини пасайишини камайтирди.

5. I-чи назорат гуруҳида ва II-асосий гёлуруҳда амалиётдан кейинги функционал бузилишларни қиёсий баҳолаш, чайнаш қийинлиги частотасини фоизда 2,5:1 нисбатда, ютишнинг бузилишини 8,7:1 нисбатда, нутқ шаклланишининг бузилишини 5,8:1 нисбатда ва пастки юз соҳаси деформацияси туфайли ҳаёт сифатини пасайишини 4:1 нисбатда бўлишини таъминлади ва бу маҳаллий титан пластиналаридан фойдаланишнинг яққол устунлигини кўрсатади.

6. Амалиётдан кейинги даволанишнинг бевосита ва яқин натижалари ўрганилганда, амалиётдан кейинги дастлабки босқичларда ороостома кўринишидаги асоратлар учта беморда қайд этилган ва хавфли жараёнда ўсма билан юмшоқ тўқима компонентининг олиб ташланганлиги ва беморни амалиётдан олдин нур терапия олганлиги, шунингдек, юз олдинги соҳаси тортилиши ва юкламаси билан боғлиқ равишда пастки жағ олдинги фрагменти резекциясидадан бир йил ўтгач, бир беморда титан пластинанинг терига тешиб чиқиши кузатилган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019 Tib.77.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И
РАДИОЛОГИИ**

ПРИМКУЛОВ БОБУР КАХРАМАНОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С
ОПУХОЛЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

14.00.14 - Онкология

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

ТАШКЕНТ – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2021.2.DSc/Tib564.

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.cancercenter.uz) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель: **Хасанов Акбар Иброхимович**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Полатова Джамила Шагайратовна**
доктор медицинских наук, профессор,

Баймурадов Шухрат Абдужалилович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Андижанский Государственный медицинский институт**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2024 года в ___ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии. (Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фароби, 383. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре онкологии и радиологии (зарегистрирован под номером ____). Адрес: 100174, г. Ташкент, ул. Фароби, 383. Тел.: (+99871) 227-13-27; факс: (+99871) 246-15-96.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2024 года
(реестр протокола рассылки № ____ от «___» _____ 2024 года).

М.Н. Тилляшайхов

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.А. Адилходжаев

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

М.Х. Ходжибеков

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

Введение (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Восстановление костной целостности нижней челюсти после удаления новообразования представляет собой один из самых актуальных вопросов современной онкологии и челюстно-лицевой хирургии. Основное место в реконструктивной хирургии лицевого скелета занимают костно-пластические операции при дефектах нижней челюсти. Хирургическое лечение опухолей нижней челюсти влечет за собой существенное нарушение функции нижней челюсти и косметические дефекты соответствующей зоны лица. Как вытекает из контекста, хирургическое лечение опухолей нижней челюсти должно состоять из радикального иссечения новообразования и одновременной реконструкции целостности нижнечелюстной дуги с целью сохранения функций последней и предотвращения косметического дефекта. Выполнение симультанных операций при раке нижней челюсти повышает эффективность лечения за счет лучшего эстетического и функционального восстановления, что позволяет пациентам получить возможность более скорой социальной адаптации. Реконструкция сочетанных дефектов мягких тканей и нижней челюсти, после удаления опухолей является актуальным вопросом реконструктивно-пластической хирургии в настоящее время. При этом «...хирургическое лечение нижней челюсти позволяет в подавляющем большинстве случаев сохранить жизнь пациентов, однако приводит к необратимой утрате органа с физиологическими, психологическими последствиями для всего организма и снижению качества жизни, а также приводит к послеоперационным дефектам...»³. В связи с вышеизложенным, разработка инновационных методик реконструктивных операций, направленных на восстановление целостности нижней челюсти, является актуальным направлением современной онкологии.

В мире проводится ряд научных исследований, направленных на совершенствование реконструктивных и восстановительных операций у пациентов с опухолями нижней челюсти. В связи с этим рассмотрены результаты применения традиционных методов лечения пациентов с нижними челюстями, разработка местных титановых пластин для реконструктивного этапа хирургического лечения пациентов с нижними челюстями, показания и противопоказания для проведения реконструктивного этапа хирургического лечения пациентов с нижними челюстями, функциональное состояние нижней челюсти после установка титановых пластин и качество, особое внимание привлекает сравнительная оценка эффективности осуществления сравнительной оценки непосредственный и ближайших результатов реконструктивного этапа с использованием титановых пластин, разработанных для хирургического лечения

³ Akram Abdo Almansoori. Fracture of Standard Titanium Mandibular Reconstruction Plates and Preliminary Study of Three-Dimensional Printed Reconstruction Plates/ J Oral Maxillofac Surg. January 2020 Volume 78, Issue 1, Pages 153–166

пациентов с опухолями нижней челюсти.

В нашей стране реализуются определенные меры, направленные на развитие сферы медицины, адаптацию медицинской системы к требованиям мировых стандартов, включая раннюю диагностику, лечение и профилактику осложнений онкологических заболеваний. В связи с этим, в рамках повышения уровня медицинского обслуживания населения на новый уровень в соответствии с семью приоритетами новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы были определены "...повышение качества квалифицированного обслуживания населения в первичной медико-санитарной службе... »⁴. Исходя из этих задач, целесообразно провести исследования по совершенствованию реконструктивных и восстановительных операций, в том числе у пациентов с опухолями нижней челюсти.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, обозначенных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы» от 28 января 2022 года, № УП-6110 от 12 ноября 2020 года "О мерах по внедрению принципиально новых механизмов и дальнейшему усилению системы здравоохранения в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи", постановлениях № ПП-5124 от 25 мая 2021 года "О дополнительных мерах по комплексному развитию здравоохранения", № ПП-5124 от 25 мая 2021 года "О дополнительных мерах по комплексному развитию здравоохранения", № ПП-5199 от 28 июля 2021 года "О мерах по дальнейшему совершенствованию системы специализированной медицинской помощи в сфере здравоохранения", № ПП-2866 от 4 апреля 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию оказания онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данном направлении.

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

Степень изученности проблемы. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что множественные поражения нижней челюсти опухолью при несвоевременном лечении приводят к выраженным анатомо-функциональным и косметическим нарушениям.

Интеграция микрохирургической аутотрансплантации комплексов тканей в оперативное лечение больных способствовала развитию симультанных вмешательств даже при массивных дефектах лицевого скелета, достигая при этом восстановления функций и эстетических качеств (Won-bum Lee, 2018).

⁴Указ Президента Республики Узбекистан № 60 от 28 января 2022 года "О стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы.

Одним из факторов, способствовавших развитию реконструктивной хирургии лица, является применение 3D компьютерного и стереолитографического моделирования реципиентной и донорской зон, вносит весомый вклад в прецизионность реконструктивного этапа и прогноз результата последнего. Использование в реконструкции лица свободных лоскутов нежелательно в связи с большим количеством осложнений в виде полного отторжения, соответственно предпочтительным является применение местных лоскутов или лоскутов на питающей ножке. Преимуществом локальных лоскутов на питающей ножке и свободных реваскуляризированных лоскутов является их достаточное кровоснабжение, при этом важным условием является адекватность размеров пересаживаемого лоскута для лучшей репарации (Терещук, С. В. 2018).

По данным Калакуцкийкого Н.В., и соавт. 2018, применение в реконструктивной хирургии лица реконструктивной пластины является более доступным в сравнении с реваскуляризированными костными аутоимплантатами, использование которых связано с высокими экономическими затратами в виду необходимости наличия высокотехнологичного оборудования. Также сообщается о неудовлетворительных результатах данной методики в виде отторжения и лизиса костного трансплантата. Помимо этого сама методика является травматичной.

Современной тенденцией является использование биологически инертных титановых конструкций в реконструктивной хирургии нижней челюсти. Главными достоинствами титановых конструкций считаются их биологическая совместимость с тканями организма, достаточная механическая прочность, возможность их моделирования в различных плоскостях и относительная простота изготовления и стерилизации, а также поточного изготовления по определенному стандарту. Применение титановых имплантов для восстановления целостности нижнечелюстной дуги при восстановлении нижнечелюстной дуги после оперативного лечения по поводу опухолей показано при дефектах нижней челюсти в области угла, тела и ветви, а также дефектах нижней челюсти с экзартикуляцией (Arun Paul S., 2014; Lee, W., 2018; Ralf Gutwalda, 2017).

В нашей стране были проведены ряд научных исследований связанное с реконструкцией нижней челюсти при опухолях и травмах, (Абдуллаев Ш..Ю. 2000; Ганиев А.А. 2022), однако, в последнее время реконструктивно-восстановительные операции у больных с опухолями нижней челюсти требует совершенствование.

Таким образом, вышеперечисленные способы могут быть рекомендованы для реконструктивно-восстановительных операций при опухолях нижнечелюстной дуги, при этом выбор реконструктивного материала зависит от размера и расположения опухоли на нижней челюсти, от уровня клиники и специалистов, где проводятся реконструктивно-восстановительные операции. Изучению этих проблем посвящена настоящая научная работа.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в отделении хирургии опухолей головы и шеи в соответствии с планами НИР Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз за 2018-2020 гг. (прикладной грант, шифр ПЗ-2017092551) «Разработка и совершенствование реконструктивно-восстановительных операций у больных с опухолями нижней челюсти с использованием импортозамещающих отечественных титановых пластинок»

Целью исследования. Улучшение лечения и качества жизни больных с опухолями нижней челюсти путем разработки и совершенствования реконструктивно-восстановительных операций с применением новых отечественных титановых пластинок.

Задачи исследования:

оценить результаты традиционных методов лечения больных с опухолями нижней челюсти;

разработать отечественные титановые пластинки для реконструктивного этапа хирургического лечения пациентов с опухолями нижней челюсти;

определить показания и противопоказания к выполнению реконструктивного этапа хирургического лечения пациентов с опухолями нижней челюсти;

провести оценку функционального состояния нижней челюсти и качества жизни больных после вставления титановых пластинок;

провести сравнительную оценку непосредственных и ближайших результатов реконструктивного этапа хирургического лечения с помощью разработанных пластин из титана у пациентов с опухолями нижнечелюсти.

Объектом исследования являются 134 больных с опухолями нижней челюсти, находящихся на лечении в РСНПМЦОиР, ТГСИ и Ферганском филиале РСНПМЦОиР с 2013 по 2021гг. Основным критерием включения пациентов в исследуемую группу является наличие опухоли нижней челюсти.

Предметом исследования явились злокачественные и доброкачественные опухоли нижней челюсти, которые подверглись удалению с последующей реконструктивно-восстановительной операцией.

Методы исследования. В работе использованы инструментальные, морфологические и клинические методы исследования с проведением аналитической и статистической обработки полученных результатов.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые разработана отечественная титановая пластинка для применения при реконструктивном этапе хирургического лечения опухолей нижнечелюстной дуги (Патент на полезную модель № FAP 01630. 27.04.2020г);

доказана, что разработанная новая отечественная титановая пластинка, используемая на реконструктивном этапе хирургического лечения опухолей

нижней челюсти, устраняет ожидаемые послеоперационные косметические и функциональные нарушения;

восстановления непрерывности нижнечелюстной дуги с помощью разработанной титановой пластинки после удаления опухоли ускоряет заживление раны без оростомы;

доказано, порядок улучшения качества жизни при одномоментном восстановлении непрерывности с помощью титановой пластины с целью предотвращения функциональных и косметических нарушений после удаления опухоли нижней челюсти.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработанная титановая пластинка дает возможность замещать дорогостоящие импортные титановые пластинки и в дальнейшем увеличит экспорт ориентированность;

применение разработанной методики существенно снижает расходы на лечение и реабилитационные мероприятия у данной категории пациентов;

с помощью титановой пластины разработана процедура восстановления целостности нижней челюсти, позволяющая восстановить утраченные функции нижней челюсти и восполнить эстетический дефект;

Достоверность результатов исследования обоснована использованием объективных критериев оценки состояния больных, современных методов диагностики и лечения, применением методологических подходов и проведенного статистического анализа.

Достоверность результатов исследования определялась теоретическим подходом и методами, использованными в работе, методологической корректностью проведенного исследования, отбором пациентов на достаточном уровне, современностью используемых методов, спецификой совершенствования реконструктивно-восстановительных операций у пациентов с опухолями нижней челюстью на основе клинических, инструментальных, морфологических, аналитических и статистических методов исследования, это оправдано тем, что полученные результаты подтверждены компетентными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования объясняется тем, что на реконструктивном этапе хирургического лечения пациентов с нижней челюстью использование отечественных титановых пластин создало теоретические основы для повышения качества лечения, улучшения функциональных и косметических нарушений, предлагаемая титановая пластина может заменить дорогостоящие импортные титановые пластины и будут экспортироваться с созданием производства.

Практическая значимость результатов исследования объясняется тем, что внедрение реконструктивно-восстановительных операций в медицинскую практику у пациентов с повреждениями нижней челюсти позволило снизить

затраты на лечение и реабилитацию пациентов и улучшить качество жизни.

Внедрение результатов исследования: Согласно заключению Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии от 10 мая 2024 года:

внедрена в практику **первая научная новизна**: впервые разработанная отечественная титановая пластинка для применения при реконструктивном этапе хирургического лечения опухолей нижней челюсти внедрена с приказом в клиническую практику Ферганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (№56/1 от 25.08.2021г.) и отделения челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского Государственного стоматологического института (№83/3 от 30.08.2021г.). **Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем:** впервые было достигнуто улучшение качества жизни за счет восстановления косметического и физиологического состояния пациентов с помощью местной титановой пластины, которая была изготовлена для использования на реконструктивном этапе хирургического лечения нижних челюстей. **Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:** впервые путем разработки новых отечественных титановых пластинок не уступающие по функциональным характеристикам зарубежным, а по себестоимости обходящие в 5-15 раз дешевле, удалось избежать осложнений заболевания, в результате сокращения на 3-5 дней пребывания пациента стационаре, позволило сэкономить бюджетные средства на одного пациента на 109 000 тысяч сумов в день, и сэкономить в использовании отечественных титановых пластинок, всего 3750000 сумов и по сравнению объема внедрения (n=22) на 82500000 сумов. **Вывод:** впервые использование местной титановой пластины на реконструктивном этапе хирургического лечения опухолей нижней челюсти, позволило сэкономить в среднем 3750 000 сумов на одного пациента, а также 82500000 сумов в общем объеме применения;

внедрена в практику **вторая научная новизна**: доказанность устранения ожидаемых послеоперационных косметических и функциональных нарушений разработанной новой отечественной титановой пластинки, используемая на реконструктивном этапе хирургического лечения опухолей нижней челюсти, внедрена приказом в клиническую практику Ферганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (№56/1 от 25.08.2021г.) и отделения челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского Государственного стоматологического института (№83/3 от 30.08.2021г.). **Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем:** благодаря применению титановых пластинок, которая используется на реконструктивном этапе хирургического лечения нижней челюсти, восстанавливается функционирование нижней челюсти; жевания, глотания и речеобразования, а также обеспечивается эффективность тактики лечения путем предотвращения психического страдания

у женщин, достигается условия для создания качества жизни больных. **Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:** благодаря устранения ожидаемых послеоперационных косметических и функциональных нарушений разработанной новой отечественной титановой пластинки, используемая на реконструктивном этапе хирургического лечения опухолей нижней челюсти, в результате сокращения на 3-5 дней пребывания в стационаре, позволило сэкономить бюджетных средств на одного пациента на 109 000 тысяч сумов в день, и сэкономить в использования отечественных титановых пластинок, всего 3750000 сумов и по сравнению объема внедрения (n=22) на 82500000 сумов. **Вывод:** устранение ожидаемых послеоперационных косметических и функциональных нарушений разработанной новой отечественной титановой пластинки, используемая на реконструктивном этапе хирургического лечения опухолей нижней челюсти, позволило сэкономить в среднем 3750 000 сумов на одного пациента, а также 82 500 000 сумов в общем объеме применения;

внедрена в практику **третья научная новизна:** ускорение заживления (без осложнений, без оростомы) раны при восстановлении непрерывности нижнечелюстной дуги с помощью разработанной титановой пластинки после удаления опухоли, внедрена приказом в клиническую практику Ферганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (№56/1 от 25.08.2021г.) и отделения челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского Государственного стоматологического института (№83/3 от 30.08.2021г.). **Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем:** благодаря ускорению заживления (без осложнений, без оростомы) раны при восстановлении непрерывности нижнечелюстной дуги с помощью разработанной титановой пластинки после удаления опухоли, в результате повышения эффективности лечения, восстанавливают утраченную функцию органа, жевания, глотания и речи, а также разработан порядок улучшения качества жизни больных. **Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:** благодаря ускорению заживления (без осложнений, без оростомы) раны при восстановлении непрерывности нижнечелюстной дуги с помощью разработанной титановой пластинки после удаления опухоли, позволило сэкономить бюджетных средств на одного пациента на 109 000 тысяч сумов в день, всего 3750000 сумов и по сравнению объема внедрения (n=22) на 82500000 сумов. **Вывод:** сравнительный анализ различных методов лечения после удаления опухоли у пациентов с диагностированным поражением нижней челюсти, восстановление активности нижней челюсти с помощью титановой пластины, которая была разработана с целью предотвращения, наблюдаемых функциональных и косметических нарушений, позволило сэкономить на одного пациента на 109 000 тысяч сумов в день, всего 3750000 сумов и по сравнению объема внедрения (n=22) на 82500000 сумов;

внедрена в практику **четвертая научная новизна**: сравнительный анализ различных методов лечения после удаления опухоли у пациентов с подтвержденным диагнозом, апробированная методика улучшения качества жизни путем одновременного восстановления целостности нижней челюсти с помощью титановой пластины, разработанная с целью предотвращения наблюдаемых функциональных и косметических нарушений, внедрена приказом в клиническую практику Ферганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (№56/1 от 25.08.2021г.) и отделения челюстно-лицевой хирургии клиники ташкентского Государственного стоматологического института (№83/3 от 30.08.2021г.). **Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем**: сравнительный анализ различных методов лечения после удаления опухоли у пациентов с подтвержденным диагнозом созданы условия для улучшения качества жизни путем восстановления целостности нижней челюсти с помощью титановой пластины, которая была разработана с целью предотвращения наблюдаемых функциональных и косметических нарушений, нарушения жевания, глотания и формирования речи, деформации нижних отделов лица и возможность компенсации эстетического дефекта. **Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем**: сравнительный анализ различных методов лечения после удаления опухоли у пациентов с подтвержденным диагнозом позволил улучшить качество жизни за счет одновременного восстановления целостности нижней челюстной дуги с помощью титановой пластины, разработанной с целью предотвращения наблюдаемых функциональных и косметических нарушений в результате сокращения на 3-5 дней пребывания в стационаре, позволило сэкономить бюджетные средства на одного пациента на 109 000 тысяч сумов в день, всего 3750000 сумов и по сравнению объема внедрения (n=22) на 82500000 сумов. **Вывод**: сравнительный анализ различных методов лечения после удаления опухоли у пациентов подтвержденным диагнозом опухолей нижней челюсти, за счет восстановления целостности нижней челюсти благодаря разработанной титановой пластины для предотвращения заметных функциональных и косметических изменений, улучшение качества жизни, позволило сэкономить на одного пациента на 109 000 тысяч сумов в день, всего 3750000 сумов и по сравнению объема внедрения (n=22) на 82500000 сумов;

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 9 научно-практических конференциях, в том числе на 3-х международных и 6-х республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертационной работы опубликовано 19 научных работ, в том числе 5 журнальных статей, 4 из которых в республиканских, 1 в зарубежных журналах, рекомендованных высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации.

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и необходимость темы диссертации, определены цель и задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие работы важным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистана, а также раскрывается научная новизна, подтвержденная Патентом № FAP 01630, приводятся практические результаты исследования, обоснована достоверность результатов, указываются их теоретическое и практическое значение, внедрение результатов в практику, степень объявленности, информация об опубликованных трудах и структуре диссертации.

Первая глава диссертации «Обзор литературы» посвящена анализу современного состояния перспективы реконструктивно-восстановительных операций у больных с опухолями нижней челюсти.

В диссертации представлены сведения о проблемах при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на нижней челюсти. При освещении и обосновании диссертации рассмотрены современные методы реконструктивно-восстановительных операций у больных с опухолями нижней челюсти, а также обоснован авторский подход к научному решению данной проблемы.

Вторая глава диссертации «Материал и методы исследования», посвящена характеристике клинического материала и методов. Для реализации поставленной цели были проанализированы результаты лечения 134 больных с опухолями нижней челюсти, находившихся на лечении в РСНПМЦОиР, РСНПМЦОиР Ферганском филиале и ТашСИ в период с 2013 по 2021 гг. Мужчин было 73 (54,5%), женщин – 61 (45,5%). Возраст больных колебался от 15 до 75 лет. Средний возраст больных составил $43,6 \pm 1,5$ лет.

Больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы и каждая из них в свою очередь делилась еще на 2 подгруппы (табл.1). Из 134 больных 112 планировали включить в контрольной группы, при этом из 112 у 49 больным проводилось сегментарное резекция нижней челюсти, а остальным 63 больным в зависимости от размера опухоли на нижней челюсти были проводили различные варианты операции. Во второй основной группе всем 22 больным была проведена только сегментарная резекция нижней челюсти. Для получения достоверной информации о функциональных и косметических изменениях в послеоперационном периоде в I-контрольную группу включено 49 больных, которым была проведена только сегментарная резекция нижней челюсти. А остальных 63 больных вывели из контрольной группы, но и у них тоже изучали функциональные и косметические изменение в послеоперационном периоде. В итоге в сравнительных I и II- группах исследование проводили у 71 больных.

Таблица 1

Распределение пациентов и в зависимости от методов лечения

Группы и количество больных	Вид опухоли	Методы лечения
I- группа. Контрольная группа 49-больных	Злокачественные опухоли нижней челюсти 30-больных	I - Неoadьювантная химиотерапия 2-4 курса или лучевая терапия (40-60 грей) в зависимости от распространенности опухоли. II – Сегментарная резекция нижней челюсти, при метастазах на шее – одномоментная лимфодиссекция
	Доброкачественные опухоли нижней челюсти 19-больных	Сегментарная резекция нижней челюсти. Объем сегментарной резекции нижней челюсти зависел от распространенности опухоли
II-группа Основная группа 22-больных	Злокачественные опухоли нижней челюсти 8 -больных	I - Неoadьювантная химиотерапия 2-4 курса или лучевая терапия (40 -60 грей) в зависимости от распространенности опухоли. II – Сегментарная резекция нижней челюсти с реконструктивно -восстановительными операциями и при метастазах на шее -одномоментная лимфодиссекция
	Доброкачественные опухоли нижней челюсти 14 -больных	Сегментарная резекция нижней челюсти с реконструктивно-восстановительными операциями. Объем сегментарной резекция нижней челюсти зависел от распространенности опухоли
Всего 71		

При изучении морфологической характеристики опухолей выявлено, что среди злокачественных опухолей наиболее часто диагностирован плоскоклеточный рак – в 33 (86,8%) случаях, второй по частоте была недифференцированная опухоль – у 2 (5,2%) больных. Среди доброкачественных опухолей наиболее часто диагностирована амелобластома – в 18 (54,5%) случаях.

В нашей работе нами использована классификация по системе TNM (2009) 7–я версия (AJCC). Больных со злокачественными опухолями в 1-й контрольной группе было 30, во 2-й основной – 8 (табл. 2). Регионарные метастазы обнаружены в 16 (42,1%) случаях, из них регионарные метастазы N₂ обнаружены в 2 случаях. Пациентов с отдаленными метастазами в нашем исследовании не было зарегистрировано.

Таблица 2

Распределение больных с метастазами (n, %)

Число злокачественных опухолей нижней челюсти		I-гр. Контрольная	II-гр. Основная
Всего		30(78,9%)	8(21,1%)
Регионарные лимфоузлы	N ₁ / N ₂	13/1	1/1

При описании послеоперационных возникающих дефектов в нижней

челюсти и выбора их устранения была использована классификация дефектов нижней челюсти, предложенная J. Brown et al. в 2016 г. Это классификация учитывает протяженность костного дефекта нижней челюсти. С учетом мягких тканей, кожи и слизистой оболочки мы также использовали классификацию, А.П. Полякова (2017). Как было выше сказано, 49 (69,01%) больных I-группы были подвергнуты традиционным методам лечения и составили контрольную группу. 22 (30,98%) больных II группы составили основную группу. Данным пациентам осуществлялась сегментарная резекция нижней челюсти с реконструктивно-восстановительными операциями, т.е. восстановление целостности нижнечелюстной дуги пластинами из титана. Объем оперативного лечения зависел от распространенности опухоли. После резекции опухоли в пределах здоровых тканей производился подбор необходимой по форме и протяженности титановой конструкции, которой придавался изгиб соответствующей анатомической кривизне резецированного фрагмента челюсти.

Титановая пластина для реконструкции изготавливалась в «ООО ORTOPEDIYA-INDUSTRIYA» в городе Ташкенте из всемирно разрешенного для медицинского пользования стандартного титанового сплава ГОСТ-25086. Применяемый нами для изготовления имплантатов титан наряду с уникальной биосовместимостью характеризуется достаточной механической прочностью, обладает отличными механическими свойствами, устойчив к коррозии, а также обладает низким удельным весом.

После установки титановой пластины проводилась ревизия областей лица и полости рта, во время которой особое внимание уделялось величине и контуру лица, размерам и форме дефекта нижнечелюстной дуги, выраженности физиологических кожных складок и индивидуальным особенностям лицевых линий.

В нашей работе для обработки данных был создан электронный кодификатор, включающий 74 признаков - опросников, при этом каждый признак имеет от 2 до 10 градаций, по кодификатору определяли у больных послеоперационные функциональные нарушения: затруднение жевания, глотания и речеобразования, а также деформации нижних зон лица. Полученные в ходе исследования данные подвергнуты статистическому анализу с помощью программы SPSS 21 и Microsoft Excel 2019. Анализ групп больных в динамике после проведенного хирургического лечения выполняли с помощью парного критерия t Стьюдента и Вилкоксона. Для сравнения групп применяли однофакторный дисперсионный анализ. Исследование взаимосвязей производили посредством расчета коэффициентов корреляции Пирсона и Спирмена.

В третьей главе диссертации показаны результаты лечения, полученные в контрольной группе больных. Больные I-группы получали традиционные методы лечения и составили контрольную группу 49 (69,01%) больных. Они же в свою очередь в зависимости от гистологии опухоли и схемы лечения были разделены

на 2 подгруппы. 1-ю подгруппу составили 30 (61,2%) больных со злокачественными опухолями нижней челюсти. В первой подгруппе из 30 пациентов со злокачественными опухолями 23 (76,6%) больным проведена сегментарная резекция тела нижней челюсти, 2 (6,6%) – сегментарная резекция переднего фрагмента нижней челюсти и 5 (16,6%) – сегментарная резекция угла нижней челюсти.

В зависимости от объема операций на шее в 1-подгруппе из 30-больных со злокачественными опухолями чаще всего производилось фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи по 1-варианту (лимфодиссекция I и II зон шеи) – 17 (56,6%) больным; 6 (20,0%) - операция Ванаха (ФФО по 1-варианту с 2 сторон, лимфодиссекция шеи); в связи с одиночным метастазом на шее и с целью профилактики интраоперационного кровотечения 2 (6,6%) больным выполнена перевязка наружной сонной артерии с лимфонодулоэктомией. При этом 5 (16,6%) больным операция на шее не производилась по причине отсутствия метастазов.

Анализ проведенных методов лечения в I-й группе показал, что чаще проводилось хирургическое лечения – 21 (42,8%) больным, а при злокачественных опухолях в 1-й подгруппе применялись комплексные методы лечения – у 18 (60,0%) больных. При этом химиотерапия +хирургический метод лечения проведены у 8 (26,6%) больных, чисто хирургический метод лечения – у 2 (6,6%), лучевая терапия+ хирургический метод – у 2 (6,6%). При изучении послеоперационных осложнений у 30 больных 1-подгруппы обнаружены нарушения функции нижней челюсти в виде затруднения жевания у 30 (100%) больных, глотания – у 27 (90,0%) и речеобразования – у 26 (86,6%), а также снижение качества жизни у 28 (93,3%) больных за счет деформации нижней части лица. (Рис. 1, 2.).

Как видно из данных фото в послеоперационном периоде отмечается выраженная деформация лица, также у данного пациента наблюдались затруднения жевания, глотания и речеобразования. У 19 больных (2-подгруппа) с доброкачественными опухолями нами также проведен анализ проведенных операций. При этом 13 (68,4%) больным проведена сегментарная резекция тела нижней челюсти, 2 (10,5%) – сегментарная резекция переднего фрагмента нижней челюсти и 4 (21,0%) – сегментарная резекция угла нижней челюсти. Чаще всего в данной подгруппе проводилась сегментарная резекция тела нижней челюсти.

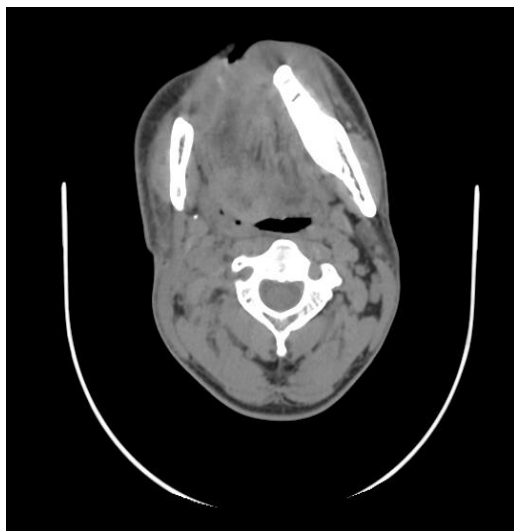


Рис. 1. МСКТ больного М. после сегментарной резекции нижней челюсти.



Рис. 2. Состояние больного М. после сегментарной резекции нижней челюсти

Во 2-подгруппе из 19-больных с доброкачественными опухолями нижней челюсти на шее чаще всего выполнялась перевязка наружной сонной артерии – 6 (31,6%) больных, в связи с местнораспространенным размером опухоли и для профилактики интраоперационного кровотечения. При обнаружении пораженных шейных лимфоузлов проводилось профилактическое фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи по 1-варианту (лимфодиссекция I и II зон шеи) у 4 (21,0%) больных, при гистологическом исследовании злокачественные клетки не обнаружены. У 9 (47,3%) больных операция на шее не выполнена в связи отсутствием метастазов.

Во 2-подгруппе у всех больных в послеоперационном периоде наблюдалось снижение функционального состояния нижней челюсти в виде затруднения жевания в 19 (100%) случаях, глотания – 12 (63,1%), речеобразования – 13 (68,4%), а также качества жизни у 17 (89,5%) больных в связи с возникшей деформацией нижней части лица.

Выраженность данных нарушений была меньше в сравнении с 1-подгруппой больных со злокачественными опухолями, особенно при плоскоклеточном раке, у которых удаляли окружающие мягкие ткани - мышцы, а также при комбинированном удалении нижней челюсти, дна полости рта и языка, в то время как у больных с доброкачественными опухолями в основном удаляли опухоль, а окружающие здоровые мышцы оставляли. Как было выше сказано из 134 больных 112 планировали включить в I-контрольной группы, но из них 49 больным проводилось только сегментарное резекция нижней челюсти, а остальным 63 больным в зависимости от размера опухоли на нижней челюсти были проведены различные варианты операции и этих больных мы вывели из контрольной группы, но и у них тоже изучали функциональные и косметические изменения в послеоперационном периоде.

Из 63 больных 31 (49,2%) больному произведена гемимандибулоэктомия, 5 (7,9%) – субтотальная резекция нижней челюсти, 21 (33,3%) – резекция нижней челюсти, 5 (7,9%) – краевая резекция нижней челюсти, 1 (1,6%) – мандибулоэктомия. Из 63 больных 42 (66,6%) – это больные со злокачественными опухолями и 21 (33,3%) – с доброкачественными опухолями. У всех 63 больных наблюдалось снижение функционального состояния в виде затруднения жевания у 63 (100%) больных, глотания – у 54 (85,7%) и речеобразования – у 54 (85,7%) больных, а также снижение качества жизни у 60 (95,2%) больных в связи с возникновением деформации нижней зоны лица (табл. 3).

Как и в I-контрольной группе больных здесь тоже при резекции переднего фрагмента нижней челюсти вышеуказанные нарушения были значительны, что также связано с натяжением и нагрузкой в передней зоне лица.

Как видно из таблицы, функциональные и косметические нарушения в группе больных с разными размерами опухолей наблюдались чаще чем в I-контрольной группе. Это связано с тем, что у них были произведены операции (гемимандибулоэктомия, субтотальная резекция нижней челюсти) с большим объемом резекции нижней челюсти. Мы не включили эту группу, состоящую из 63 больных в дальнейшее исследование, в связи с отсутствием критериев для сравнения.

Таблица 3

Показатели сравнительного анализа функциональных и косметических нарушений, у больных в разных группах (%)

№	Параметры нарушений	Количество оперированных больных	
		I- контрольная группа	больные с различными вариантами операций
1	затруднения жевания	100±7,2	100±6,1*
2	глотания	79,6±7,0	85,7±4,4*
3	речеобразования	79,6±7,0	85,7±4,4*
4	качества жизни - деформация нижней части лица	91,8±7,1	95,2±2,7*
	Всего	49	63

Примечание: * – недостоверно по отношению к значениям I-й группы, при P>0,05

В четвертой главе диссертации описаны «Разработка и внедрения отечественной титановой пластинки для применение в реконструктивно восстановительных операциях нижней челюсти». Задачей разработки полезной модели являлось создание конструкции титановой пластины, позволяющей избежать прорезывание пластины на нижней челюсти в мышцу и кожу, являющейся прочной и подходящей для установки после удаления опухоли на нижней челюсти для улучшения функциональных и косметических результатов, а также уменьшение ее себестоимости.

Пластина для реконструктивно-восстановительной операции представляет собой титановую пластину, которая отличается тем что, имеет толщину 3,5 мм с скругленными краями по профилю с фронтальной и тыльной стороны, радиус округления составляет 1,2 мм, по центру пластины выполнены перфорационные отверстия для креплений, с углублением по краю круга, диаметр углубления 5 мм, глубина 1 мм, диаметр самого отверстия 3,5 мм, расстояние между центрами отверстий 8 мм, стороны пластины выполнены с округлением, радиус от центра крайнего отверстия – 5 мм, также пластина снабжена пазами (полуотверстиями) по верхнему и нижнему краям с радиусом 1,5 мм. В прототипе радиус округления составляет 1,0 мм, а в настоящей полезной модели разработке радиус округления составляет 1,2 мм, что позволяет достичь уменьшения нагрузки на мышцы до 50% и в свою очередь уменьшает прорезывание пластины на нижней челюсти в мышцу и кожу. Толщина пластины составляет 3,5мм, что придаёт ей прочность, которая уменьшает риск возможного перелома в послеоперационном периоде.

При поражениях угла или ветвей нижней челюсти опухолью показано вставление изогнутых титановых протезов, напоминающих по форме нижнюю челюсть. Настоящая полезная модель выполнена с округленными краями по профилю с фронтальной и тыльной стороны, что дает возможность ее применения с двух сторон.

Такое техническое решение выгодно отличают данную модель от аналогов тем, что позволяет достичь уменьшения нагрузки на мышцы (до 50%), а вследствие округления профиля, меньшего радиуса пазов (полуотверстий) и – уменьшения прорезывания верхних уголков вышеуказанных пазов.

Наша разработка применена у 22 больных, которые составили II - основную группу. Больным была произведена резекция нижней челюсти с реконструкцией, т.е. восстановление целостности нижнечелюстной дуги титановой пластиной (Рис. 3.).



Рис. 3. Разработанные титановые пластинки

На данную разработку получен **Патент на полезную модель** в комитете по защите интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. “Пластина для

реконструктивно-восстановительных операций нижней челюсти». Хасанов А.И., Примкулов Б.К., Хасанов А.И., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М. Регистрационный номер: FAP 01630 от 27.04.2020г.

В пятой главе диссертации описаны результаты лечения II – основной группы, состоявших из 22 (16,4%) пациентов, которым осуществлялась резекция нижней челюсти с реконструкцией, т.е. восстановлением целостности нижнечелюстной дуги разработанной нами титановой пластиной. Объем операции на нижней челюсти зависел от распространенности опухоли.

В основной II-й группе из 22 больных 14 (63,6%) больным выполнена сегментарная резекция тела нижней челюсти, 5 (22,7%) – сегментарная резекция переднего фрагмента нижней челюсти, а остальным 3 (13,6%) – сегментарная резекция угла нижней челюсти. Всем больным выполнены реконструктивно-восстановительные операции (табл.4).

Из 8 больных (1-подгруппа) со злокачественными опухолями 5 (62,5%) больным произведена сегментарная резекция тела нижней челюсти, 2 (25,0%) – сегментарная резекция переднего фрагмента нижней челюсти и 1 (12,5%) – сегментарная резекция угла нижней челюсти, т.е. наиболее часто выполняемой операцией явилась сегментарная резекция тела нижней челюсти.

Из 14 больных (2-подгруппа) с доброкачественными опухолями 9 (64,3%) больным произведена сегментарная резекция тела нижней челюсти, 3 (21,4%) – сегментарная резекция переднего фрагмента нижней челюсти и 2 (14,1%) – сегментарная резекция угла нижней челюсти, т.е. аналогично 1-подгруппе

Таблица 4.

Распределение больных по объему операций в нижней челюсти в I-й и II-й группах (n=71, %)

№	Объем операций на нижней челюсти	Количество оперированных больных в I- контрольной группе			Количество оперированных больных во II- основной группе		
		Всего	Злокачественный	Доброкачественный	Всего	Злокачественный	Доброкачественный
1	Сегментарная резекция тела нижней челюсти	36 (73,4%)	23 (76,6%)	13 (68,4%)	14 (63,6%)	5 (62,5%)	9 (64,3%)
2	Сегментарная резекция переднего фрагмента нижней челюсти	4 (8,1%)	2 (6,6%)	2 (10,5%)	5 (22,7%)	2 (25,0%)	3 (21,4%)
3	Сегментарная резекция угла нижней челюсти.	9 (18,3%)	5 (16,6%)	4 (21,0%)	3 (13,6%)	1 (12,5%)	2 (14,1%)
	Всего 71	49	30	19	22	8	14

наиболее часто выполняемой операцией явилась сегментарная резекция тела нижней челюсти.

В зависимости от объема поражения шеи в 1-подгруппе чаще всего

выполнено фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи по 1-варианту (лимфодиссекция I и II зон шеи) – у 2 (25%) больных, для профилактики интраоперационного кровотечения 1 (12,5%) больному выполнена операция по перевязке наружной сонной артерии. При этом у 5 (62,5%) больных операция на шее не выполнялась в связи с отсутствием метастазов (табл.5).

Во 2-подгруппе из 14 больных 1 (7,1%) проведена операция Ванаха (ФФО по 1-варианту с 2 сторон-лимфодиссекция). При послеоперационном гистологическом исследовании метастазы в лимфоузлах не обнаружены. Для профилактики интраоперационного кровотечения 1 (7,1%) больного выполнена операция перевязка наружной сонной артерии. У остальных 12 (85,8%) больных операция на шее не выполнена.

Во II-й группе в 1-й подгруппе из 8 больных со злокачественными опухолями чаще всего проведены комплексные методы лечения – у 3 (37,5%) больных (табл. 6). При этом химиотерапия+хирургический метод и лучевая терапия+хирургический метод проведены 2 (25,0%) больным. Чисто хирургический метод лечения применен у 1 (12,5%) больного. Во 2-й подгруппе

Таблица 5.

Распределение больных по объёму проведенных операций на шее в 1-й и II-й группах (n=71, %)

№	Объем операции на шее	Количество оперированных больных в I- контрольной группе			Количество оперированных больных во II- основной группе		
		Всего	Злокачественный	Доброкачественный	Всего	Злокачественный	Доброкачественный
1	Перевязка наружной сонной артерии	8 (16,3%)	2 (6,6%)	6(31,6%)	2 (9%)	1(12,5%)	1 (7,1%)
2	Операция Ванаха (ФФО по 1 варианту с 2 сторон, Лимфодиссекция)	6 (12,2%)	6 (20%)		1 (4,5%)		1 (7,1%)
3	Фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи по 1- варианту- Лимфодиссекция	21 (42,8%)	17 (56,6%)	4 (21,0%)	2 (9,0%)	2(25%)	-
4	Не оперирован	14 (28,6%)	5 (16,6%)	9 (47,3%)	17 (77,3%)	5 (62,5%)	12 (85,8%)
	Всего 71	49	30	19	22	8	14

всем 14 больным с доброкачественными опухолями проведено только хирургическое лечение. При изучении непосредственных результатов реконструкций при опухолях нижнечелюстной дуги с использованием отечественных титановых пластинок затруднения жевания отмечены у 9 (40,9%) больных, глотания – у 2 (9,1%) и речеобразования – у 3 (13,6%) больных, а также

качества жизни – у 5 (22,7%) больных в связи с деформацией нижней части лица (Рис. 4-6).

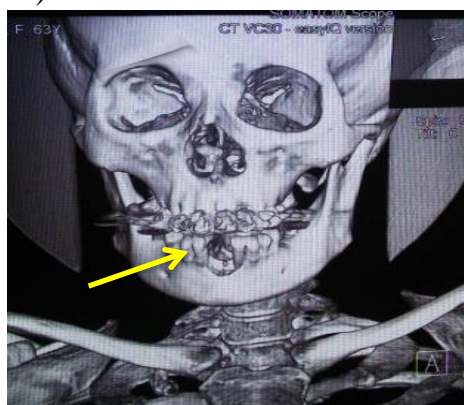


Рис.4. МСКТ нижней челюсти до операции

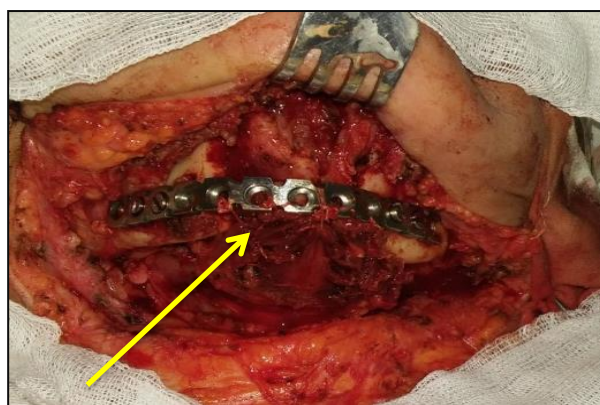


Рис. 5. Установка отечественной титановой пластинки в нижнюю челюсть



Рис. 6. Общий вид больной Н. после вставления титановой пластинки в послеоперационном периоде отсутствовали функциональные и косметические нарушения в нижней челюсти.

При изучении ближайших результатов лечения в контексте послеоперационных осложнений у 3 пациентов сформировалась оростома на 10-15 суток после операции. Это связано с тем, что им в дооперационном периоде проводилась ДТГТ 40-грей. У 1 больного после резекции переднего фрагмента нижней челюсти через год наблюдалось прорезывание титановой пластинки в кожу. Причиной прорезывания было натяжение и нагрузка в передней зоне лица и удаление мышц, а также мягко-тканевого компонента с опухолью при злокачественном опухолевом процессе. Этому больному произведена операция закрытия титановой пластинки мягкой тканью. Реакций со стороны организма на титановые пластинки не наблюдалось.

При сопоставлении проведенных операций по объему в исследуемых группах на первичном очаге выявлено что, в I-й контрольной группе, состоящей из 49 больных, 36 (73,4%) больным произведена сегментарная резекция тела нижней челюсти, во II-й основной группе этот показатель был ниже и составил 14 (63,6%) (табл. 4.). В I-й контрольной группе у 4 (8,1%) больных, а во II-й группе у 5 (22,7%) выполнена сегментарная резекция переднего фрагмента

нижней челюсти, соотношение 1:2,8 соответственно. Сегментарная резекция угла нижней челюсти в I-й группе выполнена у 9 (18,3%), а во II-й группе – у 3 (13,6%) больных, соотношение 1,3:1 соответственно. Как видно из таблицы, более чем в 60% случаев в обеих группах выполнена сегментарная резекция тела нижней челюсти.

При сравнении проведенных операций на шее выявлено что, в I-й контрольной группе, состоящей из 49 больных, 8 (16,3%) больным произведена перевязка наружной сонной артерии, а во II-й основной группе – 2 (9,0%) больным, в процентном соотношении 1,8:1 соответственно (табл. 5.). Фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи и лимфодиссекция в I-й контрольной группе выполнена у 21 (42,8%) больного, а во II- основной группе – у 2 (9,0%), соотношение 4,7:1 соответственно. При этом в I-й контрольной группе со злокачественными опухолями состоящих из 30 больных (1-подгруппа) у 17 (56,6%) произведена шейная лимфодиссекция, а во II-й основной группе из 8 больных со злокачественными опухолями (1-подгруппа) – у 2 (25%) выполнена шейная лимфодиссекция, соотношение 2,2:1 соответственно.

Как видно из таблицы, шейные лимфодиссекции выполнены чаще в I-й контрольной группе, а количество неоперированных на шее больных было наоборот меньше: 1:2,7 соответственно. Во 2 -подгруппах обеих групп у больных с доброкачественными опухолями в связи с выявлением подозрительных лимфоузлов произведена шейная лимфодиссекция у 4 (21,0%) больных в I-й группе и у 1 (7,1%) во II- основной группе, но при гистологическом исследовании лимфатических узлов выявлена реактивная гиперплазия лимфоузлов шеи в обеих группах.

Таблица 6.

Распределение больных в зависимости от методов лечения (n=71, %)

№	Метод лечения	Количество оперированных больных в I- контрольной группе			Количество оперированных больных во II- основной группе		
		Всего	Злокачественный	Доброкачественный	Всего	Злокачественный	Доброкачественный
1	Хирургический	21(42,8%)	2(6,6%)	19(100%)	15(68,2%)	1(12,5%)	14(100%)
2	Лучевая терапия+ хирургический	2(4,0%)	2(6,6%)		2(9,0%)	2(25,0%)	
3	Химиотерапия+ Хирургический	8(16,3%)	8(26,6%)		2(9,0%)	2(25,0%)	
4	Комплексный	18(36,7%)	18(60,0%)		3(13,6%)	3(37,5%)	
	Всего 71	49	30	19	22	8	14

При сравнительном анализе проведенных методов лечения выявлено, что в I-й контрольной группе из 30 больных (1 подгруппа) со злокачественными опухолями у 60,0% проведено комплексное лечение, а во II-основной группе из 8 больных (1-подгруппа) со злокачественными опухолями – у 37,5%, соотношение 1,6:1 соответственно (табл. 6).

По частоте применения лучевой терапии+хирургического метода лечения соотношение в вышеуказанных группах больных было 1:3,8 соответственно. Во 2-подгруппах больных с доброкачественными опухолями в обеих группах всем больным применен только хирургический метод лечения.

При сравнительном изучении непосредственных результатов проведенных методов лечения в исследуемых группах выявлено, что чем больше объём опухоли и операции, тем более выражены были функциональные и косметические нарушения у больных. Так в I-контрольной группе из 49 больных у всех послеоперационных больных было обнаружено затруднение жевания - 49 (100%) больных, глотания – у 39 (79,6%) и речеобразования – у 39 (79,6%), а также качества жизни – у 45 (91,8%) больных по причине деформации нижней части лица (табл. 7).

В 1-подгруппе у 30 больных со злокачественными опухолями у всех послеоперационных больных обнаружено затруднение жевания у 30 (100%) больных, глотания – у 27 (90,0%), речеобразования – у 26 (86,6%), а также качества жизни – у 28 (93,3%) больных по причине деформации нижней зоны лица.

Во 2-подгруппе из 19 больных с доброкачественными опухолями у всех послеоперационных больных обнаружено снижение функционального состояния в виде затруднения жевания у 19 (100%) больных, глотания – у 12 (63,1%), речеобразования – у 13 (68,4%), а также качества жизни – у 17(89,5%) больных по причине деформации нижней части лица.

С применением разработанной нами отечественных титановых пластинок при реконструктивно-восстановительных операциях во II- основной группе из 22 больных обнаружены снижения функционального состояния в виде затруднения жевания всего у 9 (40,9%) больных, глотания – у 2 (9,1%) и речеобразования – у 3 (13,6%) больных, а также снижение качества жизни – у 5 (22,7%) больных по причине деформации нижней части лица (табл.7).

При сравнительном анализе изучение функциональных нарушений после операции показало, что в I-й контрольной группе затруднение жевания отмечено у 100%, а у больных II-основной группы – у 40,9% больных, соотношение 2,5:1 соответственно; нарушение глотания показало соотношение между I-й и II-й группами больных 8,7:1 в процентах, а речеобразования – 5,8:1 в процентах. Соотношение частоты снижения качества жизни по причине деформации нижней части лица между I-й и II-й группами было 91,8% к 22,7% больных, т.е. 4:1 соответственно (рис. 7).

Во II-основной группе больных в 1-подгруппе у 8 больных со злокачественными опухолями обнаружено снижение функционального состояния в виде затруднения жевания у 4 (50%) больных, глотания – у 1 (12,5%) и речеобразования – у 2 (25%) больных, а также качества жизни – у 2 (25%) больных по причине деформации нижней зоны лица.

Таблица 7.

Частота функциональных и косметических нарушений у больных по группам (%)

№	Нарушение	Количество оперированных больных в I– контрольной группе			Количество оперированных больных во II- основной группе		
		Всего %	Злокачественный %	Доброкачественный %	Всего %	Злокачественный %	Доброкачественный %
1	Затруднение жевания	100±5,0	100±8,5	100±9,2	40,9±6,2 *	50±7,4*	35,7±6,0*
2	Затруднение глотания	79,6±7,0	90,0±8,2	63,1±7,6	9,1±3,0*	12,5±3,7*	7,1±2,7*
3	Затруднение речеобразования	79,6±7,0	86,6±8,1	68,4±7,9	13,6±3,7 *	25±5,2*	7,1±2,7*
4	Снижение качества жизни деформация нижней части лица	91,8±7,1	93,3±8,3	89,5±8,8	22,7±4,7 *	25±5,2*	21,4±4,7*
	Всего 71	49	30	19	22	8	14

Примечание: * – достоверно по отношению к значениям I-й группы, к соответствующим подгруппам при $P < 0,001$

Во 2-подгруппе у 14 больных с доброкачественными опухолями обнаружено снижение функционального состояния в виде затруднения жевания у 5 (35,7%) больных, глотания – у 1 (7,1%) и речеобразования – у 1 (7,1%) больного, а также качества жизни – у 3 (21,4%) больных по причине деформации нижней части лица.

Во II-основной группе больных при сравнительном анализе изучения показателей функционального состояния и качества жизни между 1-подгруппой больных со злокачественными опухолями и 2-подгруппой больных с доброкачественными опухолями показало следующие результаты: затруднение жевания наблюдалось у 50% больных против 35,7%, соотношение 1,4:1 в процентах, затруднение глотания – 12,5% против 7,1%, соотношение 1,7:1 в процентах, речеобразования – 25% против 7,1%, соотношение 3,5:1 в процентах, а также снижение качества жизни больных по причине деформации нижней части лица – 25% против 21,4%, соотношение 1,2:1 в процентах (рис. 8).

Такая высокая частота появления нарушений функционального состояния и деформации нижней части лица в 1-подгруппе больных со злокачественными опухолями по сравнению со 2-подгруппой больных с доброкачественными опухолями связано с тем, что при злокачественном характере образования последнее удалялось единым блоком с окружающими мягкими тканями: мышцами, сегментами нижней челюсти и дном полости рта.

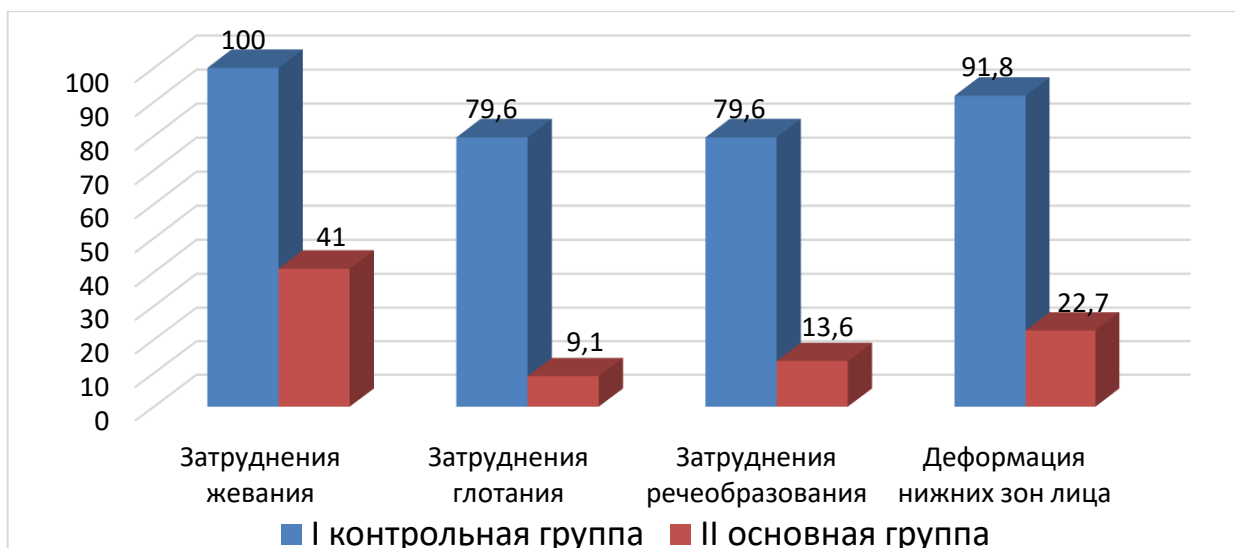


Рис. 7. Сравнительная оценка результатов лечения больных I и II-группы по функциональным и косметическим нарушениям

Нарушения акта глотания также зависело от объёма удаляемых мягких тканей и нарушения непрерывности дуги нижней челюсти, что ликвидировалось одномоментной установкой титановой пластинки.

Сегментарная резекция тела нижней челюсти, ее задней трети и ветви без широкой резекции мягких тканей не влекла за собой серьезные нарушения акта глотания. Выраженные нарушения акта глотания и сложности его

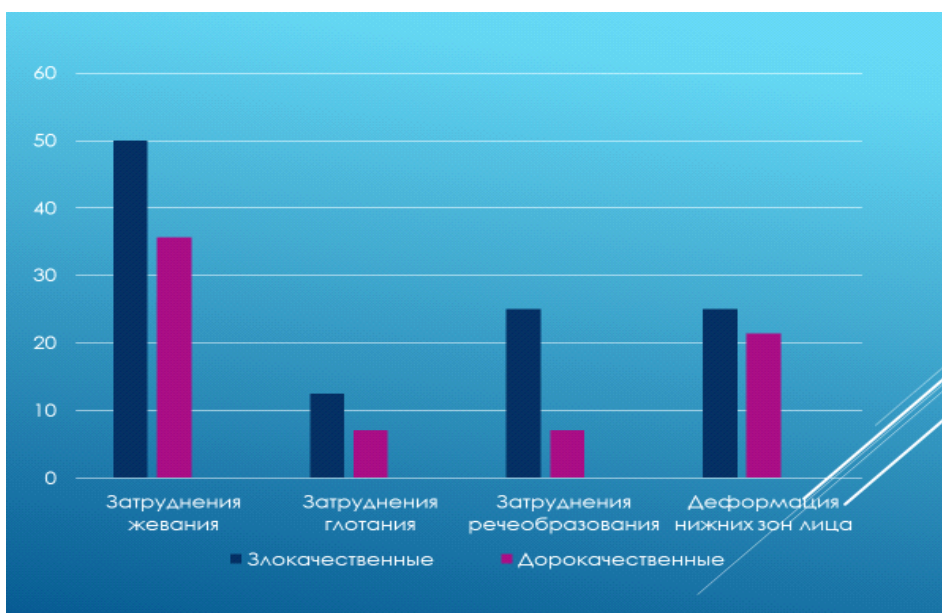


Рис. 8. Сравнительная оценка результатов лечения больных II-основной группы по функциональным и косметическим нарушениям

восстановления наблюдались у больных после сегментарной резекции подбородочного отдела нижней челюсти. В подобных ситуациях требовалось

более длительное нахождение назогастрального зонда в послеоперационном периоде. Во 2-й подгруппе у больных с доброкачественными опухолями в основном удаляли опухоль и поэтому вышеуказанные нарушения встречались реже.

После удаления опухоли благодаря ускорению заживления (без осложнений, без оростомы) раны при восстановлении непрерывности нижнечелюстной дуги с помощью разработанной титановой пластинки, в результате сокращения на 3-5 дней пребывания в стационаре, позволило сэкономить бюджетные средства на одного пациента на 109 000 тысяч сумов в день, всего 3750000 сумов и по сравнению объема внедрения (n=22) на 82500000 сумов.

При изучении онкологических результатов после выполнения хирургического лечения прогрессирование опухоли отмечены у 9 (23,7%) из 38 больных со злокачественными опухолями (I и II группы). Местный рецидив опухоли наблюдался у 6(15,8%) больных. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов шеи диагностирована у 2(5,3%) больных, и отдаленные метастазы зарегистрированы у 1(2,6%) больных.

Рецидивы опухоли в большинстве случаев отмечены в течении 12 месяцев – у 8 (88,8%) больных, и в течение первых 6 месяцев прогрессирование диагностировано у 6 (66,6%) больных. У больных с рецидивами в зависимости от опухоли проведено повторные операции или химио/лучевая терапия.

Из 33 больных с доброкачественными опухолями (I и II группы) у 2(6,0%) отмечены рецидивы опухоли. В данном случае проведены реоперации.

ВЫВОДЫ

В результате исследований по диссертации доктора философии медицинских наук (PhD) на тему **“Совершенствование реконструктивно восстановительных операций у больных с опухолями нижней челюсти”** были представлены следующие выводы:

1. В результате традиционных методов лечения у больных с опухолями нижней челюсти после операции обнаружено нарушение функций нижней челюсти в виде затруднения жевания у 49 (100%) больных, глотания – у 39 (79,6%) и речеобразования – у 39 (79,6%) больных, а также снижение качества жизни у 45 (91,8%) больных по причине деформации нижней зоны лица.

2. Применение разработанной отечественной титановой пластинки при реконструктивном этапе хирургического лечения пациентов с опухолями нижнечелюстной дуги сокращает количество послеоперационных осложнений и в экономическом аспекте себестоимость обходится в 5-10 раз дешевле.

3. Правильное определение показаний и противопоказаний к выполнению реконструктивных операций у больных с опухолями нижней челюсти увеличивает эффективность лечения

4. Применение реконструктивных операций с использованием отечественных титановых пластинок уменьшило частоты нарушений функции

нижней челюсти: затруднения жевания у 9(40,9%) больных, глотания у 2(9,1%) и речеобразования у 3(13,6%) больных, а также качества жизни у 5(22,7%) больных в виде деформации нижней зоны лица.

5. Сравнительная оценка функциональных нарушений после операции в I-й контрольной и в II-основной группах показала частоту затруднения жевания в соотношении 2,5:1 в процентах, нарушение глотания 8,7:1, нарушение речеобразования 5,8:1 и деформации нижней зоны лица в соотношении 4:1, что показывает явное преимущество применение отечественных титановых пластинок.

6. При изучении непосредственных и ближайших послеоперационных результатов лечения, осложнения в виде оростомы в ранних сроках после операции отмечены у трех больных и прорезывание титановой пластинки в кожу при резекции переднего фрагмента нижней челюсти через год у одного больного связано с удалением мягко тканевого компонента с опухолью при злокачественном опухолевом процессе и получением больных до операции лучевой терапии, а также натяжением и нагрузки в передней зоне лица.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 AT THE REPUBLICAN
SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL CENTER OF
ONCOLOGY AND RADIOLOGY ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREE**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL
CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY**

PRIMKULOV BOBUR KAKHRAMONOVICH

**IMPROVEMENT OF RECONSTRUCTIVE AND RECONSTRUCTIVE
OPERATIONS IN PATIENTS WITH TUMORS OF THE MANDIBLE**

14.00.14 - Oncology

**ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
THESIS IN MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT-2024

The topic of the dissertation of Doctor of Philosophy (PhD) is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № 2021.2.DScTib564

The dissertation was completed at the republic specialized scientific and practical medical center oncology and radiology.

The abstract of the dissertation in three languages (uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.cancercenter.uz) and the Information and Educational Portal "ZiyoNet" (www.ziynet.uz).

Scientific supervisors:

Khasanov Akbar Ibrahimovich
Doctor of medicine

Official opponents:

Polatova Jamila Shagayratovna
Doctor of medicine, professor

Boymurodov Shukhrat Abdujalilovich
Doctor of medicine, professor

Lead organization:

Andijan State Medical Institute

The defense of the dissertation will take place “_____” _____ 2024 at _____ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.77.01 at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology. (Address: 100174, Tashkent, Farobiy street, 383. Tel.: (+99871) 227-13-27; fax: (+99871)246-15-96; e-mail: info@cancercenter.uz , Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology).

The dissertation can be found at the Information Resource Center of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Oncology and Radiology (registered under No.____). Address: 100174, Tashkent, Farobiy street, 383, Tel.: (+99871) 246-05-13; fax: (+99871) 246-15-96.

The abstract of the dissertation was sent out “_____” _____ 2024.
(mailing protocol register No. _____ dated “_____” _____ 2024).

M.N. Tillyashaikhov

Chairman of the scientific council for the award of academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

A.A. Adilkhodjev

Scientific secretary of a scientific council on the basis of a scientific council for awarding academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

M.Kh. Khodjibekov

Chairman of a scientific seminar at a one-time scientific council on the basis of a scientific council for the award of academic degrees, Doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of Doctor of Philosophy (PhD) dissertation)

The aim of the research work. Improving the treatment and quality of life of patients with mandibular tumors by developing and improving reconstructive and reconstructive operations using new domestic titanium plates.

The object of the scientific research work. There are 134 patients with tumors of the mandible who are being treated at the Republican Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology, Tashkent State Dental Institute and the Fergana branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology from 2013 to 2021. The main criterion for including patients in the study group is the presence of a tumor of the mandible.

The scientific novelty of the study:

For the first time, a local titanium plate was developed for resisting the jaw at the reconstructive stage of surgical treatment of lower jaws (patent FAP 01630 on a useful model. 27.04.2020);

It has been proven that it made it possible to restore the activity of the jaw by restoring the expected cosmetic and functional disorders after the local titanium plate procedure, which is applied at the reconstructive stage of surgical treatment of the lower jaws;

Improved orostome-free finish of the lower jaw using titanium plate after removal of the lower jaws;

The procedure for improving the quality of life has been proven by simultaneously restoring continuity with the help of a titanium plate in order to prevent functional and cosmetic disorders after the removal of the lower jaw.

Implementation of research results: for the first time, by developing new domestic titanium plates that are not inferior in functional characteristics to foreign ones, and cost 5-15 times cheaper, it was possible to avoid complications of the disease, as a result of reducing hospital stay by 3-5 days, save budget funds per patient by 109,000 thousand soums per day, and to make an economy using a local titanium plate, a total of 375,000 soums and compared to the volume of implementation (n=22) for 8250000 soums. Conclusion: for the first time, the use of a local titanium plate at the reconstructive stage of surgical treatment of mandibular tumors allowed saving an average of 3,750,000 soums per patient, as well as 82,500,000 soums on the total volume of use; There are acts on the introduction of the "Plate for reconstructive and reconstructive operations of the lower jaw", which were introduced into the practice of the departments of surgery for head and neck tumors of the Ferghana branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Center of Oncology and Radiology dated 09/14/2021 and the department of maxillofacial surgery of Tashkent State Dental Institute dated 09/21/2021.

The structure and scope of the dissertation. The thesis consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations, a list of abbreviations, a list of references. The volume of the dissertation is 128 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Примкулов Б.К., Умаров О.М., Иброхимов А.А. Реконструктивно восстановительные операции нижней челюсти после удаление опухоли // Журнал Стоматология, 2018г. № 3. С. 69-71. (14.00.00. №12).

2. Примкулов Б.К., Хасанов А.И., Хасанов Ад.И. Юсупов Б.Ю., Умаров О.М., Бекмирзаев Р.М, Исломов З.С., Усмонов Р.Х. Опухоли нижней челюсти и осложнения после её реконструкции (литературный обзор) // Журнал Клиническая и экспериментальная онкология, №1(7) 2019 г С. 51-58. (14.00.00. №21).

3. Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Примкулов Б.К., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М. Анализ пациентов с хирургическим лечением опухолей нижней челюсти // Журнал теоретической и клинической медицины, 2020г. №.1. С.111-114. (14.00.00. № 3)

4. Хасанов А.И., Примкулов Б.К., Хасанов Ад.И. Бекмирзаев Р.М, Нишонбоев Л.С. Внедрение отечественных титановых пластинок при реконструктивно восстановительных операциях опухолей нижней челюсти // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, №2, 2021г. Самарканд. С. 306-310. (14.00.00. № 56)

5. Khasanov Ak. I., Bekmirzaev R. M., Primkulov B. K., Khasanov Ad. I., Shukurov Z. I., Kaxarov A. D., Nishonboev L. S. Results of treatment of non-epithelial malignant tumors of the maxillofacial region// World journal of pharmaceutical and medical research, 2022, 8(5), p.164-175. PID=2020-13-4-27. (14.00.00. № (12) IC-3.9)

II бўлим (II часть; part II)

1. Примкулов Б.К., Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Юсупов Б.Ю., Усмонов Р., Бекмирзаев Р.М. Реконструкция нижней челюсти при опухолевом поражении. «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» 3-4 мая 2018г. в г. Ташкент, Стр 112-113.

2. Хасанов Ак.И., Примкулов Б.К., Хасанов Ад.И., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М., Усмонов Р.Х., Иброхимов А.А., Махмудбеков Б.О. Совершенствование реконструктивно восстановительных операций у больных с опухолями нижней челюсти// Материалы XV научно – практической конференции онкологов Узбекистана, 9-10 ноября г.Фергана. 2018г. Стр-76.

3. Хасанов Ак.И., БекмирзаевР.М., Хасанов Ад.И., Примкулов Б.К., Исакова Н. Пастки жағ ўсмаларида хирургик даволаш кўрсаткичларини ўрганиш//

Материалы XV научно – практической конференции онкологов Узбекистана, 9-10 ноября г.Фергана. 2018г Стр - 74.

4. Примкулов Б.К., Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Иброхимов А.А.: Опухоли нижней челюсти и её реконструкция после удаления (литературный обзор) // Журнал наука и инновационное развитие, 2019 г. №. 4. С. 31-39.

5. Хасанов Ак.И., Примкулов Б.К., Хасанов Ад.И., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М. Патент на полезную модель “Пластина для реконструктивно-восстановительных операций нижней челюсти”. Регистрационный номер: FAP 01630 от 27.04.2020г.

6. Примкулов Б.К., Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М., Исломов З.С., Усмонов Р.Х. Реконструктивно восстановительные операции при опухолях нижней челюсти с использованием титановых пластинок// Евразийский онкологический журнал №2.- Т.8.- 2020, Стр.-691.

7. Хасанов Ак.И., Примкулов Б.К., Исломов З.С., Хасанов Ад.И., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М., Усмонов Р.Х. Улучшение функционального состояния нижней челюсти и качества жизни больных с использованием отечественных титановых пластинок при опухолях нижней челюсти// Материалы XVII - научно – практической конференции онкологов Узбекистана 17 Ноября 2020 г. Стр. 54.

8. Примкулов Б.К., Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М., Исломов З.С., Усмонов Р.Х.. Изучение различий при разработке реконструктивно восстановительных операций в зависимости от типа опухоли в нижней челюсти// XVII - научно – практической конференции онкологов Узбекистана 17 Ноября 2020 г. Стр.46.

9. Хасанов Ак.И., Примкулов Б.К., Хасанов Ад.И., Юсупов Б.Ю., Бекмирзаев Р.М., Исломов З.С., Усмонов Р.Х. «Разработка реконструктивно восстановительных операций с использованием импортозамещающих титановых пластинок при опухолях нижней челюсти». Методические рекомендации. Ташкент 2021. 21 стр.

10. Примкулов Б.К., Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Бекмирзаев Р.М., Нишонбоев Л.С. Улучшение послеоперационных дефектов с помощью титановых пластинок при опухолях нижней челюсти// Евразийский онкологический журнал. Тезисы XII съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. Москва. 2021. Том 9. № 1. Стр 629

11. Примкулов Б.К., Хасанов А.И., Хасанов Ад.И., Бекмирзаев Р.М., Нишонбоев Л.С. Применение отечественных титановых пластинок при реконструктивно восстановительных амалиётх у больных с опухолями нижней челюсти // Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы Стоматологии» Фергана 9- апрель 2021. Стр. 105-106.

12. Akbar Khasanov, Bobir Primkulov, Adham Khasanov, Rahimjon Bekmirzaev, Latifjon Nishonboev, Alisher Kahorov. Improving the functional status and patient with lower jaw tumors quality of life with титан plates// Journal otolaryngology – head & neck surgery. American Head & Neck Society -AHNS 10th International Conference

on Head and Neck Cancer. July 22-25, 2021. Chicago, IL USA. Abstract ID: 113595. ePoster Presentations. P 641.

13. Примкулов Б.К., Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Бекмирзаев Р.М., Нишонбоев Л.С. Разработка и внедрение новых титановых пластинок в реконструктивно-восстановительных амалиётх у больных с опухолями нижней челюсти. Евразийский онкологический журнал. Тезисы XIII съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. Нурсултан. 2022, том 10, №2, приложение (online). Стр. 578-579.

14. Примкулов Б.К., Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Бекмирзаев Р.М., Нишонбоев Л.С., Кахаров А.Дж.. Результаты реконструктивно-восстановительных операций при опухолях нижней челюсти. Клиническая и экспериментальная Онкология. Сборник тезисов. Материалы XIX - научно – практической конференции онкологов Узбекистана. 17-18 мая 2024 г. Стр. 56.