

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

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

БОБОНАЗАРОВ НАВРУЗ ХАБИБИЛЛАЕВИЧ

**БОЛАЛАРДА ОДОНТОГЕН ЖАҒ КИСТАЛАРИНИ КОМПЛЕКС
ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.21 – Стоматология

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

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Бобоназаров Навруз Хабибиллаевич

Болаларда одонтоген жағ кисталарини комплекс даволашни

такомиллаштириш3

Бобоназаров Навруз Хабибиллаевич

Совершенствование комплексного лечения одонтогенных кист челюстных

костей у детей27

Bobonazarov Navruz Habibillaevich

Improvement of complex treatment of odontogenic cysts

of jaw bones in children51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works.....54

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2020.4.PhD/Tib1550 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент давлат стоматология институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар: **Дусмухамедов Дилшод Махмудович**
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар: **Jun Paeng Yong**
тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Жанубий Корея)

Боймуратов Шухрат Абдужалилович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **Токаи тиббиёт маркази (Япония)**

Диссертация ҳимояси Тошкент давлат стоматология ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 рақамли илмий кенгашнинг 2021 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100047 Тошкент, Яшнабод тумани, Махтумқули кўчаси 103-уй. Тел/факс: (+99871) 230-20-65, e-mail: uzmedicine@mail.ru)

Диссертация билан Тошкент давлат стоматология институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: Манзил: 100047 Тошкент, Яшнабод тумани, Махтумқули кўчаси 103-уй. Тел/факс: (+99871) 230-20-65, e-mail: uzmedicine@mail.ru; факс: (+99871) 230-47-99.

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ куни тарқатилди.

(2022 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Н.К. Хайдаров

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

Л.Э. Хасанова

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

А.А. Юлдашев

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

КИРИШ (фалсафа доктори PhD диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бугунги кунда болалардаги жағ суякларининг одонтоген кисталарини даволаш жарроҳлик стоматологиясининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Амбулатор шароитда жарроҳ-стоматолог амалиётида одонтоген жағ кисталари билан беморлар мурожаати тиш суғуриш амалиётидан кейинги ўринда туради ва жағлардаги жарроҳлик амалиётларининг 40% дан кўпроғини ташкил қилади. Ушбу гуруҳ касалликларининг келиб чиқиши ва патогенезида тиш ҳосил қилувчи тўқималар муҳим аҳамиятга эга бўлиб, жағ суякларида жойлашувига кўра 8–10% ни ташкил қилади. Илмий манбааларда келтирилишича «... одонтоген кисталар болалар орасида кенг тарқалган бўлиб, кистанинг йирингли яллиғланиши оқибатида остеомиелитнинг ривожланиши, жағларнинг деформацияси, тишларнинг йўқотилиши, жағларнинг патологик синиши ҳатто киста деворининг эпителийсидан жағларнинг хавfli ўсмалари ривожланиши ва жарроҳлик амалиётларидан сўнг қайталаниб асоратланиши...»¹ ва йилдан-йилга ушуб патология билан касалланиш кўрсаткичларининг бутун дунёда ўсиб бориши болаларда одонтоген кисталарни даволаш ва асоратларининг олдини олиш усулларини такомиллаштириш зарурлигини кўрсатмоқда.

Жаҳонда жағларнинг одонтоген кисталаридан кейин ҳосил бўлувчи нуқсонларни олдини олиш, ташҳислаш ва даволашни такомиллаштириш мақсадида кенг кўламли илмий-амалий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Сўнгги йилларда жағ суякларидаги кисталарнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги реабилитация самарадорлигини ошириш ҳамда суяк нуқсонининг бўшлиғини тўлдириш учун клиник амалиётда жарроҳлик аралашув соҳасида репаратив остеогенезга фаол таъсир кўрсатадиган турли хил биологик ва тиббий материаллар ишлаб чиқилган ва уларнинг қўлланилиши таклиф қилинган. Бироқ, болаларда суяк бўшлиқларини тўлдириш учун параллел равишда синтетик полимер материалларни қўлланишнинг тажрибада ва клиникада асосланган усуллари, аниқ ҳолатга қараб фойдаланиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар ишлаб чиқилмаган. Шу сабабдан жағ суякларининг одонтоген кисталари мавжуд бўлган болаларни комплекс даволашни такомиллаштириш тиббиётнинг долзарб илмий ва амалий муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланмоқда.

Мамлакатимизда аҳоли орасида тиббий хизмат кўрсатишни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан жағларнинг одонтоген кисталарида косметик нуқсонлар, улардаги анатомик функционал бузилишларни бир-бирига узвий боғлиқлигини инобатга олган ҳолда ташҳислаш ва даволашни такомиллаштиришга қаратилган чора-тадбирлар бажарилмоқда. Мамлакатимизда тиббиётни, хусусан, стоматологик касалликларни даволаш ва асоратларини камайтириш, жумладан «...тиббий

¹ Кушнер А.Н., Лапковский В.И., Петрович Н.И. Одонтогенные кисты у детей: эпидемиология и лечение // Современная стоматология. 2017. №2 (57).

ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий этиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар замонавий тиббий ёрдам кўрсатиш, болалар орасида стоматологик касалликларни ташхислаш, даволашда, замонавий технологиялардан фойдаланиш заруратини илмий-тадқиқот изланишларни талаб этадиган долзарб йўналишлардан бири бўлиб қолмоқда. Бу ўз навбатида болаларда одонтоген жағ кисталарини комплекс даволашни такомиллаштириш долзарб илмий йўналишлардан бири эканлигини белгилаб беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида» 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 мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Жарроҳлик амалиёти бажариладиган соҳада суяклар янгилианишини кучайтириш мақсадида бугунги кунда турли хил усуллар билан тайёрланган ауто- ва аллоксенотрансплантатлар қўлланилади. Кисталарнинг клиник симптом комплекси унинг ҳажми, атроф тўқималардаги ўзгариш даражаси, жағларда жойлашуви, касалликнинг кечиш хусусиятлари ва унинг юзага келиш сабабларига боғлиқ. Кисталарнинг қўшни анатомик соҳаларга тарқалиши қўшимча клиник белгиларни юзага келтиради. Киста бўшлиғининг пастки бурун йўлига ўсиб кириши нафас олишни қийинлаштиради. Юқори жағ бўшлиқларига ўсиб кировчи кисталар юзнинг ўрта қисми зарарланган томонида оғирлашув ҳисси ва бош оғриғини юзага келтиради. Кисталар юқори жағ гаймор бўшлиғининг олд медиал томонига ўсиб, бурун-кўз ёш каналига босим ўтказиши оқибатида кўз ёшланиши вужудга келади. Кистоз бўшлиқнинг босим остида пастки альвеоляр канал юқори деворини

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПФ-5590-сон Фармони

шикастлаши натижасида оғиз бурчаги ҳамда альвеоляр ўсиқ атрофи шиллик кават соҳаларида увушиш белгилари юзага келади.

Ҳозирда суяк нуқсонларини остеогеник қайта тиклаш мақсадида қулай шарт-шароитларни яратишда регенерация жараёнларини бошқариш ва бошқаришга имкон берадиган материаллардан фойдаланиш таклиф этилган. Сўрилувчи ва сўрилмайдиган мембраналар кўринишидаги ушбу материаллар суяк нуқсони соҳасида фақат остеоген тузилмаларнинг ривожланиши ва шаклланишига ёрдам беради (Забокрицкая Д.М., 2010; Козлов В.А., 2015; Геммел Г., 2017; Сакума Т., 2019; Маггиоре С., 2020).

Болаларда жағ одонтоген кисталаридан кейин ҳосил бўлувчи эстетик ва косметик нуқсонлар, анатомик ва функционал бузилишлар, даволанишнинг бир неча босқичларда давом этиши беморнинг нафақат руҳий ҳолатига, балки узоқ муддатга болалар соғлигининг йўқотилишига сабаб бўлади. Одонтоген жағ кисталарини даволашда юзага келадиган хато ва камчиликлар жағ остеомиелити, абсцесс ва флегмоналар, сепсис, патологик жағ синишлари каби жиддий асоратларни юзага келтиради.

Шундай қилиб, маҳаллий ва хорижий адабиётларни таҳлили шуни кўрсатдики, одонтоген кисталарни даволаш ва профилактикаси долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади ва бу ўз навбатида мазкур тадқиқот мавзусининг долзарблигини белгилайди.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат стоматология институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ № 01190023 «Ташқи муҳит омиллари таъсирини ҳисобга олиб, юз-жағ соҳаси нуқсонлари, деформациялари, яллиғланиш жараёнлари ва жароҳатлари, ўсмалари бўлган беморларни ташҳислаш, даволаш ва реабилитациясига замонавий ёндашувларни ишлаб чиқиш» мавзусидаги амалий лойиҳаси доирасида бажарилган (2020-2025 йй).

Тадқиқотнинг мақсади болаларда жағ суякларининг одонтоген кисталарини даволашда остегенезни стимуляциялаш мақсадида остеопластик препаратдан фойдаланишни экспериментда ва клиникада қўллашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

клиник-рентгенологик, ретроспектив таҳлил асосида одонтоген жағ кисталари сабабли даволанган беморларнинг натижаларини ўрганиш ва баҳо бериш;

тажриба ҳайвонларининг жағ суякларида сунъий ҳосил қилинган нуқсонни бартараф этишда остеопластик препаратининг остегенезга таъсирини ўрганиш ва клиникада қўллашни асослаш;

одонтоген жағ кистаси натижасида ҳосил бўлган нуқсонни остеопластик препаратини қўллаш билан ўтказилган цистэктомия операциясининг натижаларини клиник рентгенологик, денситометрик жиҳатдан баҳолаш;

одонтоген кисталарни анъанавий ва таклиф қилинган остеопластик препаратини қўллаш билан жарроҳлик даволаш натижаларини қиёсий таҳлилинини ўтказиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида, 2018-2021 йиллар мобайнида Тошкент давлат стоматология институти клиникасининг болалар юз-жағ жарроҳлиги бўлимига жағ кисталари ташҳиси билан мурожаат этган 6-18 ёшдаги 54 нафар болалар ва ўсмирлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида веноз қон, остеопластик препарати, тажриба хайвонлари (қуён) ва тиббий варақа маълумотлари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот вазифаларини бажариш мақсадида морфологик (биопсия), цитологик, рентгенологик (ортопантомограмма, МСКТ), клиник-лаборатор, статистик текшириш усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

тажриба хайвонларида сунъий ҳосил қилинган нуқсонда қўлланилган остеопластик препарати таркибидаги коллаген толалар дастлаб дағал, бир неча муддатдан сўнг пластинкасимон шаклланиб нуқсон атрофи суяк тўқимаси парчаланишини олдини олиши тажрибада асосланган;

болалардаги жағ суяқларининг одонтоген кисталарида шаклланган нуқсонни бартараф этиш мақсадида қўлланилган остеопластик материали остеогенезни стимуляция қилиши (рағбатлантириши), ҳосил бўлган тўқимага қон томирларнинг жадал кириб бориши ва натижада остеобласт суяқланишга оптимал шароит яратилгани илк бор аниқланган;

қўлланилган усулнинг 12-ойдан кейинги рентгенологик текширувлар натижаларида киста сабабли шаклланган нуқсон ўрнида тўлиқ тикловчи регенерат пайдо бўлиши ва тузилиши, зичлиги бўйича атрофдаги суяк тўқималарига конструктив яқинлиги аниқланган;

болаларда цистэктомиядан сўнг суяк бўшлиғини тўлдириш мақсадида остеопластик препарати қўлланилганда периостал ва эндостал суяқларнинг қайта тикланишини ва кистоз бўшлиқнинг янги ҳосил бўлган суяк тўқимаси билан тўлдирилиши аниқланган;

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

болаларда жағ суяқлари одонтоген кисталарини жарроҳлик усулида даволашда «А-Oss» остеопластик препаратининг қўлланилиши операциядан кейинги нуқсонда ҳосил бўлган суяк тўқимасининг сифати ва миқдорининг ошиши имконини берган;

цистэктомия операциясидан кейин ҳосил бўлган суяк бўшлиқларини остеопластик препарати ёрдамида тўлдириш шу соҳада остеорепарация жараёлари кечиши учун оптимал шароит яратилиши ва суяк тўқимаси тикланиши ҳамда реабилитация муддатларининг қисқариши имконини берган;

таклиф қилинган остеопластик препаратни қўллаш орқали суяк нуқсонларини тиклашда операциядан кейинги асорталранинг олдини олиниши ва даволашда ўртача ётоқ куни қисқариши ҳисобига иқтисодий самарадорликка эришилган;

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи экспериментал, клиник,

лаборатор, инструментал ва статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса ва олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олиб борилган текширишлар натижасида олинган маълумотлар экспериментал ва клиник-лаборатор тадқиқотлар кўрсаткичларининг яхшиланиши орқали таклиф қилинган остеопластик материалнинг қўлланилишини асослаган ҳамда болаларда жағ суяklarининг одонтоген кисталарини комплекс даволаш самарадорлиги нуқсонни бартараф этишда қўлланиладиган остеопластик материал тури ва таркибига боғлиқлигинининг асосланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, жағ суяklarининг одонтоген кисталари ва уларнинг асоратларини ташхислашда рентгенологик текширишлар билан бир қаторда денситометрия усулидан фойдаланиш қўлланилган текишириш усулларида кўпроқ маълумотлар олинишига имкор берган. Барча олинган натижалар жағ суяklари одонтоген кисталаридан кейин ҳосил бўлган нуқсонларни остеорепаратив жараёнлар динамикаси борасидаги мавжуд бўлган амалий, янада аниқ маълумотлар билан тўлдиришга хизмат қилиши, таклиф қилинган цистоектомия операциясида остеопластик материални қўллаш протоколи ва стандарти юз-жағ жарроҳлиги амалиётида суяк тўқималари нуқсонларини тиклашда қўлланилиши учун асос бўлиб хизмат қилади. Бу ўз навбатида даволаш самарадорлигининг ошишига, операциядан кейинги асоратларининг олдини олинишига, даволаш ва реабилитация муддатларининг қисқаришига имкон бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши. Таклиф этилган остеопластик материални қўллаш орқали болаларда жағ суяklари одонтоген кисталаринининг комплекс давосини такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

болаларда жағларнинг одонтоген кисталарини даволаш тактикасини такомиллаштиришга қаратилган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган “Совершенствование лечебной тактики одонтогенных кист челюстей у детей с использованием костного материала” номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 11 июндаги 8н-р/480-сон маълумотномаси). Ушбу услубий тавсиянома болаларда жағларнинг одонтоген кисталарини даволаш тактикасини такомиллаштириш ва даволаш муддатини қисқартириш имконини берган;

болаларда жағларнинг одонтоген кисталарини остеопластик материаллари ёрдамида даволаш усуллари ишлаб чиқишга қаратилган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган “Способ лечения одонтогенных кист челюстных костей у детей с использованием остеопластических материалов А-Oss” номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 6 апрелдаги 8н-р/285-сон маълумотномаси).

Мазкур услубий тавсиянома болаларда жағларнинг одонтоген кисталарини «А-Oss» остеопластик материаллари ёрдамида даволаш усулларини ишлаб чиқиш ва амалиётда қўллаш орқали даволаш самарадорлигини ошириш имконини берган;

олинган илмий натижалар ва ишлаб чиқилган усуллар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали ҳамда Бухоро вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 26 июлдаги 8н-з/242-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши болаларда жағ суякларининг одонтоген кисталарини касалликнинг оғирлиги ва даражасини ҳисобга олган ҳолда остеопластик материалдан фойдаланиб комплекс даволаш усулини такомиллаштириш, иккиламчи деформациялар пайдо бўлиш хавфини камайтириш, жағ суякларининг одонтоген кисталари мавжуд беморларда операциядан кейинги эрта ва кечки асоратларнинг олдини олиш ҳамда боланинг касалхонада қолиш муддатини қисқартириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 7 та илмий-амалий анжуманда, жумладан, 5 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 10 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 8 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 5 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 115 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва аҳамияти асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари ўз ифодасини топган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг таркибий тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Одонтоген кисталар ҳақида замонавий қарашлар”** деб номланган биринчи боби мавзу бўйича адабиётлар маълумотларининг таҳлилига бағишланган ва бешта кичик бобдан иборат. Одонтоген жағ кисталари таснифи, клиник кўринишлари, уларни ташхислаш ва қиёсий ташхислаш усуллари тўғрисидаги маълумотлар келтирилган. Хорижий ва маҳаллий олимларнинг суяк регенерацияси ҳақидаги замонавий қарашлари,

суяклар регенерациясида ўсиш факторнинг аҳамияти ҳақидаги фикрлари таҳлил қилинган. Остеопластик материалларнинг қўлланиши, даволашни муқобиллаштириш ва ташхислаш мезонларини такомиллаштириш бўйича илмий тадқиқотларнинг мақсадга мувофиқлиги ҳақида хулоса чиқарилган. Боб таҳлил қилинган материални умумлаштирувчи хулоса билан якунланади.

Диссертациянинг **“Тадқиқотлар материаллари ва усуллари”** деб номланган иккинчи бобида деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материалларининг хусусиятлари, шу жумладан клиник материалнинг умумий хусусиятлари, аниқлаш усули, бажарилган жарроҳлик аралашувининг самарадорлиги мезонлари, клиник, рентгенологик ва лаборатор тадқиқот усуллари тавсифлари тасвирланган.

Барча беморлар Тошкент давлат стоматология институти клиникасининг болалар юз-жағ жарроҳлиги бўлимида клиник-лаборатор ва рентгенологик текширувлардан ўтказилиб шу ернинг ўзида даволанди. Беморлар контингентини 6-14 ёшдаги болалар ва ўсмирлар ташкил этди. 2018-2021 йилгача жағ кисталар билан оғриган 54 нафар беморлар даволанди. Уларда оператив муолажада жағ суягида нуқсон ҳосил бўлгани сабабли 25 тасида остеопластик препаратини қўлланилган ҳолда, 15 та беморга остеопластик препарати + PRF ва қолган 14 та тасида остеопластик материал қўлланилмаган ҳолда оператив муолажа ўтказилди. Уларнинг 21 тасини ўғил болалар ва 33 тасини қиз болалар ташкил этди.

Барча беморларга операциядан аввал ва операциядан сўнг 1 ой, 6 ой, 12 ойдан кейин SIEMENS (Япония) томографида беморларни нейтрал ҳолатидаги аксиал проекцияда кўп қатламли компьютер томографияси ўтказилди. Компьютер томографиянинг дастурий таъминоти бўйича жағ кистаси ҳосил бўлган нуқсон ҳажми таҳлил қилинди.

Янги пайдо бўлган суяк тўқимаси зичлиги ўлчаш учун PaX-i3D Vatech Global (Ж. Корея) ускунасида ортопантомограф текшируви ўтказилди. Жағда операциядан кейин ҳосил бўлаётган суяк зичлигини Image J (Wayne Rasband, National Institute of Health, АКШ) дастури ёрдамида, рақамли тасвирларни таҳлил қилиб, денситометрик ўлчовлар ўтказилди. Янги ҳосил бўлган суяк соҳаси ва атрофдаги суяк орасидаги ўртача пикселлар ёруғлик кўрсаткичларини операциядан олдин ва 3, 6, 12 ойдан сўнг текширилди.

Диссертациянинг **“Экспериментал тажриба изланишлари”** деб номланган учинчи бобида тажриба ҳайвонларида ўтказилган илмий тадқиқотлар натижалари баён этилган. Илмий изланишнинг тажриба қисми Ўзбекистон республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент давлат стоматология институтининг академик К.А.Зуфаров номидаги “Гистология ва тиббий биология” кафедраси лабораториясида амалга оширилди.

Ҳайвонларда тадқиқотларни ўтказиш остеорепарация жараёнининг тезлиги, сифатини морфологик баҳолашга, динамикада кузатишга, юзага келиши мумкин бўлган асоратларни аниқлашга ва ушбу препаратнинг қўлланилишига қарши кўрсатмаларни тасдиқлашга имконият яратди. Тадқиқотда куёнлар жағ суякларида сунъий равишда суяк нуқсони ҳосил қилинганда остеопластик материал остеопластик препаратини қўлланилган ва

қўлланилмаган ҳолатларда репаратив остеогенез жараёнининг динамикада ўрганишга эришилди.

Илмий изланишнинг тажрибавий – морфологик қисмида бошланғич тана оғирлиги 3.5 кг бўлган Шиншилла зотли 36 дона вояга етган лаборатория куёнларидан фойдаланилди.

Остеопластик материал қўлланилиши, самарадорлигини аниқлаш мақсадида тажриба хайвонлари учта гуруҳга ажратиб олинди.

1 - гуруҳ (12 та куён), жағ суягида дефект ҳосил қилиниб, остеопластик материал қўлланилган гуруҳ.

2 - гуруҳ (12 та куён), жағ суягида дефект ҳосил қилиниб, остеопластик материал ва PRF қўлланилган гуруҳ.

3 - гуруҳ (12 та куён) остеопластик материал қўлланилмаган, пастки жағида дефект ҳосил қилинган гуруҳ.

Амалиётгача бўлган даврда куёнларнинг тана ҳарорати ва тана вазни эътиборга олинди. Ҳар бир кўрсаткич 1 дан 4 гача бўлган бирликда баҳоланди, тана вазни ва тана ҳарорати абсолют кўрсаткичларда белгилаб борилди.

Операция бажарилиш тартиби. Жарроҳлик амалиётидан олдин операция майдони тери тукларидан тозаланди. Антисептик эритмалар 70% ли спирт, маҳаллий препарат “Тозаден” билан ишлов берилди.

Умумий оғриқсизлантириш мақсадида ветеринарияда қўллаш учун махсус препарат Прометар (Кселанит) 0.1 мл 1 кг тана вазнига мос равишда юборилди. Амалиётнинг вена ичига оғриқсизлантириш босқичи ветеринар анестезиолог билан ҳамкорликда амалга оширилди (3.1- расм). Умумий оғриқсизлантириш билан бир вақтда комбинирланган оғриқсизлантириш учун маҳаллий сохага лидокаин гидрохлорид эритмасининг 2% ли 1.0 мл фойдаланилди. Оғриқсизлантиришдан сўнг хайвонлар пастки жағ пастки қиррасидан бурчак соҳасини айланувчи типик кесим қилинди. Қаватма –қават ўткир, тўмтоқ йўллар билан суяккача ўтилди, суяк ялонғочланди. (3.2, 3.3 расмлар).



Расм 3.2. Операция майдони кесим қилиниб, суяк юмшоқ тўқималардан ажратилиши



Расм 3.3. Суяк соҳасида бор магшина ёрдамида сунъий нуқсон ҳосил қилиниши.

Барча тажриба ҳайвонларининг пастки жағ суяги бурчак соҳасида портатив бормашина (10000 айланиш тезлигида) ёрдамида фиссур ва шарсимон борларда физиологик эритма билан суяк совитилиб турган ҳолатда синиқ чизиғи, суяк дефекти ҳосил қилинди (расм 3.4). Асосий гуруҳ учун танлаб ажратиб олинган тажриба қуёнлари пастки жағида ҳосил қилинган дефект соҳасига остеопластик материал “А-Oss” қўйилиб (расм 3.5.), дефект соҳаси анатомик шакли тикланиб , яра қаватма қават гермитик қилиб «Vycril Ethicon» 5.0 билан тикилди (расм 3.6.). Назорат гуруҳидаги қуёнларда ҳам амалиёт кетма-кетлиги мос равишда бажарилди, нуқсон соҳасига остеопластик материал қолдирилмаган ҳолатда яралар тикилди.



Расм 3.5. Суяк соҳасидаги нуқсонга қўйилган остеопластик материал.



Расм 3.6. Яра тикилгандан кейинги ҳолат.

Операциядан тамомлангандан сўнг 30 дақиқа ўтгач юрак қон томир тизими фаолиятини меъёрий сақлаб туриш мақсадида кофеин бензоат 0.5 мл ва дексаметазон 0.5 мл юборилди.

Жаррохлик амалиётидан кейинги даврда иккала гуруҳ қуёнларига ҳам оғриқ қолдирувчи, антибактериал, умумий қувватловчи даво мақсадида баралгин 1.0 мл суткасига 1маҳал, линкомицин 0.5 мл (300 мг 1 кг тана вазнига) суткада 2маҳал, рибоксин 10% ли 2мл, натрий хлорид 0.9% ли 10 мл каби муолажалар амалга оширилди.

Амалиёт ўтказилган қуёнларда суткасига икки маҳал, эрталаб ва кечқурун яраларнинг антисептик ишлови декасан эритмаси, тозадан дори воситаси ёрдамида амалга оширилди. Қуёнларда амалиётдан сўнгги биринчи уч кунликда пастки жағ суягига босим ва оғирликни камайтириш мақсадида юмшоқ, суюқ озуқа махсулотлари бериб турилди. Сўнгра одатий овқатлантириш рационига ўтказилди.

Тажриба амалиётини тамомлаш босқичида, яъни хайвонларни амалиётдан чиқариш босқичи “Золетил” препарати 100 мг миқдорда, юқори дозада бериш орқали амалга оширилди. Амалиётдан кейинги 7 чи, 14 чи, 21 чи, 30 чи ва 60 чи кунлари асосий гуруҳдан 4тадан ва назорат гуруҳидан 2тадан қуёнлар чиқарилди.

Экспериментал хайвонларда морфологик текширув натижалари. Тажрибанинг кечишини баҳолаш мақсадида умумий клиник, морфологик ва гистологик усуллардан фойдаланилди.

Морфологик текширув мақсадида нуқсон соҳасидан медиал ва дистал йўналишда 1-1.5 см масофада суяк фрагменти кесиб олинди. Олинган материал 10-14 кун давомида 10% ли формалин эритмасида қолдирилди, сўнг оқар сувда 2 сутка давомида ювилди. Азот кислота эритмасида декальцинация қилиниб, бир неча сутка давомида оқар сувда ювилди.

Кейинги босқичда дегидратация мақсадида спиртли батареяда диоксан концентрацияси ортиб бориши тартибида ўтказилди ва парафин блокларига жойлаштирилди, сўнг 3-5 нм қалинликда ультрамикротом ёрдамида кесиб олинди.

Олинган гистологик препаратлар Optika (Италия) 10&20 микроскопида нур остида ўрнатилиб кўрилди. Препаратлар Pentium III-ПВЕМ процессори асосида DSM-300 компьютер тасвир анализатори ёрдамида олинди.

Диссертациянинг “**Эксперимент текширув натижалари**” деб номланган тўртинчи бобида тажрибада ва клиник амалиётда остеопластик материалнинг хайвонларга таъсири ўрганилган ва натижалари берилган.

Хайвонларнинг ҳолати эксперимент давомида, эксперимент кунидан бошлаб 14-кунларга қадар давомида кузатилди. Экспериментнинг клиник натижалари қуйидаги мезонларга мувофиқ баҳоланди: ҳаракатланиш фаоллиги, овқат истеъмол қилиш, суюқлик истеъмол қилиш, тана ҳарорати, тикувнинг туриши, шиш, гиперемия, пальпация пайтидаги оғриқ, тана вазни.



4.1 расм. Олинган қондан PRF тайёрлаш босқичлари

Операция бажарилиши тартиби. Жаррохлик амалиётидан олдин операция майдони тери тукларидан тозаланди. Антисептик эритмалар 70% ли этил спирти, маҳаллий препарат “Тозаден” билан ишлов берилди.

Ҳайвонлар пастки жағининг пастки қиррасидан бурчак соҳасини айланувчи типик кесим қилинди. Қаватма-қават ўткир, тўмтоқ йўллар билан суяккача ўтилди, суяк ялонғочланди.



а



б



В



Г

33 расм. а, б - 1 гуруҳ қуёнлар, в, г - 2 гуруҳ қуёнларда операция босқичлари

Барча тажриба хайвонларининг пастки жағ суяги бурчак соҳасида портатив бормашина (10000 айланиш тезлигида) ёрдамида фиссур ва шарсимон борларда физиологик эритма билан суяк совитилиб турган ҳолатда синиқ чизиғи, суяк дефекти ҳосил қилинди.

2а тажриба гуруҳи қуёнларининг пастки жағида ҳосил қилинган дефект соҳасига остеопластик материал - А-Oss; 2б тажриба гуруҳи қуёнларининг пастки жағида ҳосил қилинган дефект соҳасига остеопластик материал -А-Oss ва PRF материал қўйилди, дефект соҳасида яра қаватма-қават, герметик равишда тикилди

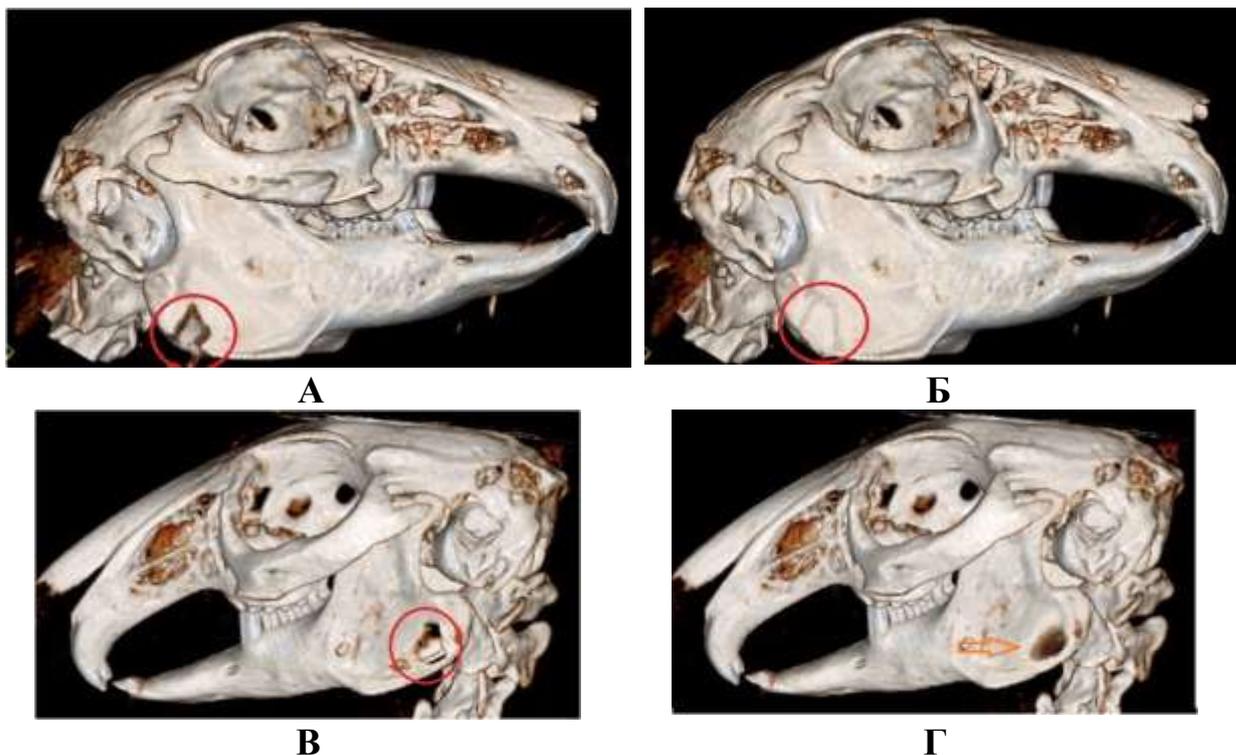
Назорат гуруҳидаги қуёнларда нуқсон соҳасига остеопластик материал қўйилмаган ҳолатда яралар тикилди.

Тажриба амалиётини тамомлаш босқичида 100 мг “Кселанит” препаратини юқори дозада бериш орқали хайвонлар наркоздан чиқарилди. Амалиётдан кейинги даврнинг 7-, 14-, 30- ва 60 - кунлари қуёнлар тажрибадан чиқарилди.

Морфологик текширув мақсадида нуқсон соҳасидан медиал ва дистал йўналишда 1-1,5 см масофада суяк фрагменти кесиб олинди. Олинган материал 10 кун давомида 10% ли формалин эритмасида фиксация қилинди, сўнг оқар сувда 2 сутка давомида ювилди. Азот кислота эритмасида декальцинация қилиниб, бир неча сутка давомида оқар сувда ювилди.

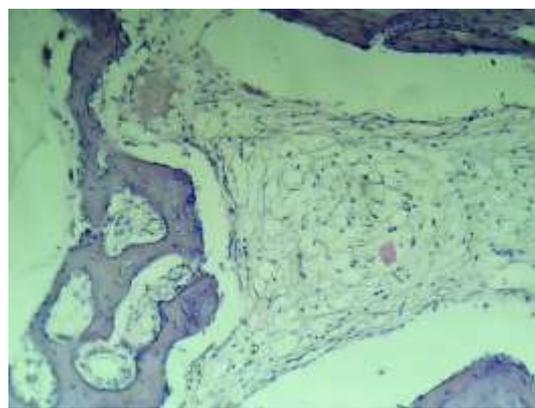
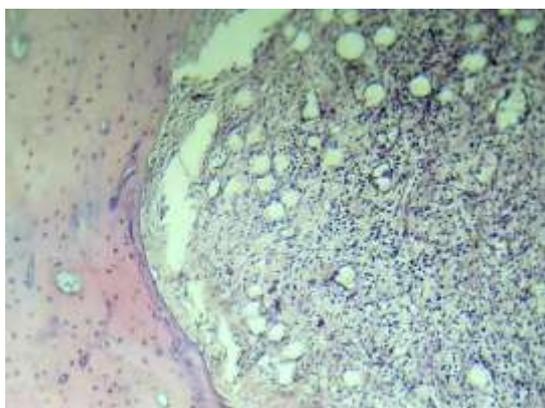
Кейинги босқичда кесмалар дегидратация мақсадида спиртли батареяда концентрацияси ортиб бориши тартибида ўтказилди ва парафин блокларида жойлаштирилди, сўнг 3-5 нм қалинликда каналли микротом ёрдамида кесиб олинди. Кесмалар гематоксилин-эозин бўёғи билан бўялди.

3D рентгенологик текширувлар. Экспериментда лаборатор хайвонларнинг пастки жағ суягида сунъий ҳосил қилинган дефектнинг операциядан кейин 1 ва 60 кундан кейинги ҳолатларла суяк материали қўлланилган асосий гуруҳ жониворлар пастки жағида нуқсоннинг тўла тикланиши кузатилади. Назорат гуруҳидаги жониворларнинг пастки жағида ҳосил қилинган нуқсоннинг тўла тикланмаганлиги аниқланди.



3.1. расм. А - операциядан кейинги 1-кунда асосий гуруҳ қуёнлари 3D рентгенографияси; Б - операциядан кейинги 60-кунда асосий гуруҳ қуёнлари 3D рентгенографияси; В - 2 гуруҳида операциядан кейинги 1-кундан сўнги ҳосил қилинган нуқсон; Г - 2азорат гуруҳида операциядан кейинги 60-кундан сўнг ҳосил қилинган нуқсон

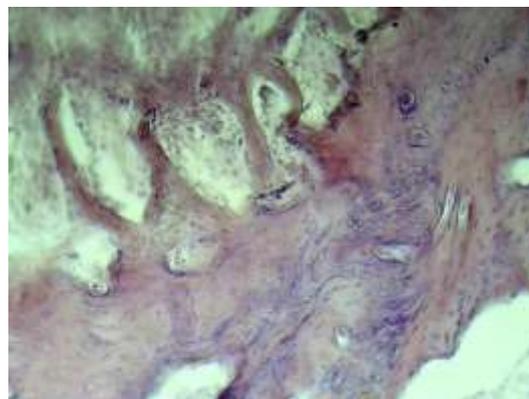
Морфологик текширув натижалари. Экспериментнинг 7-кунда назорат гуруҳи ҳайвонларида пастки жағ суягида сунъий равишда ҳосил бўлган нуқсон соҳасида суяк тўқималарининг репаратив регенерацияси динамикасини морфологик ўрганиш шуни кўрсатдики, нуқсон соҳасидаги қон қуйқаси ўрнида бириктирувчи тўқима хужайраларига бой инфилтрат аниқланди (4.9 расм). Ушбу давр ичида 2а гуруҳ ҳайвонларида инфилтрат ўрнида бириктирувчи тўқима белгилари намоён бўлди (4.10 расм). 2б гуруҳ ҳайвонларида атроф суяк тўқимадан жароҳат жойига қон томирларнинг жадал ўсиб кириши кузатилди (4.11 расм).



Расм 4.9. Тажрибадан 7 кундан сўнг (назорат). Ҳосил қилинган нуқсон соҳасининг хужайрали инфилтрат билан тўлиши. Гематоксилин-эозин. Масш.: x200



Расм 4.10. Тажрибадан 7 кундан сўнг (2а гуруҳ). Ҳосил қилинган нуқсон соҳасида хужайрали инфилтрат ўрнида бириктирувчи тўқиманинг ҳосил бўлиши. Гематоксилин-эозин. Масш.: x200

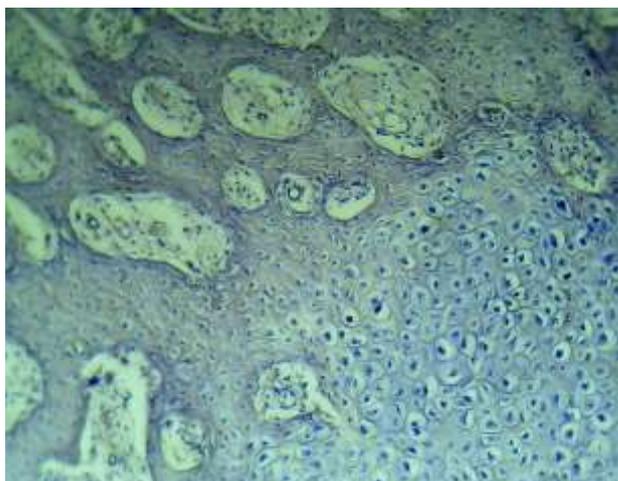


Расм 4.11. Тажрибадан 7 кундан сўнг (2б гуруҳ). Ҳосил қилинган нуқсон соҳасига ўсиб кираётган қон томирлар. Гематоксилин-эозин. Масш.:x200

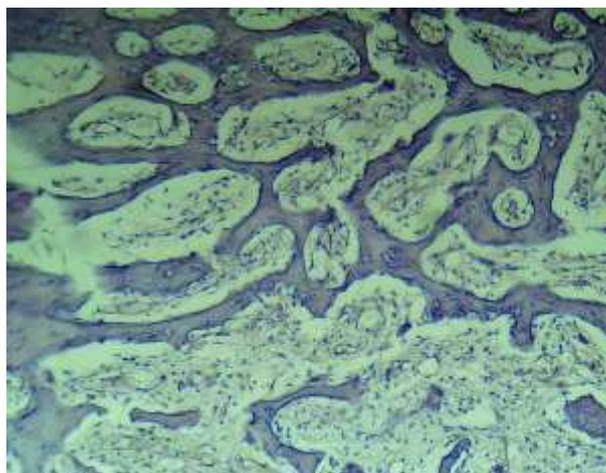
Расм 4.12. Тажрибадан 14 кундан сўнг (2а гуруҳ). Қон томирлар атрофида ҳосил бўлган дастлабки суяк тўсинлари. Гематоксилин-эозин. Масш.:x200

Тажрибанинг 14-кунда ҳайвонларнинг назорат гуруҳида қон лахтаги билан тўлган суяк нуқсони соҳасида тўр шаклида нозик бириктирувчи тўқима пайдо бўлади, фибробластлар толалари ва якка томирлар орасида коллаген жойлашган. Суяк ҳосил бўлиш жараёни кузатилмайди. 2а гуруҳ ҳайвонларида, ушбу тадқиқот даврида қон томирлари атрофида остеобластлар билан ўралган бирламчи суяк трабекулалари кузатилади (4.12-расм). 2б гуруҳ ҳайвонларида суяк атрофидаги бириктирувчи тўқима хондроид тўқима билан алмашилиши кузатилди (4.13-расм). Хондроген хужайралар пролиферациси натижада тўсинлар қалинлашиб, дағал толали суяк тўқимаси ҳосил бўлади.

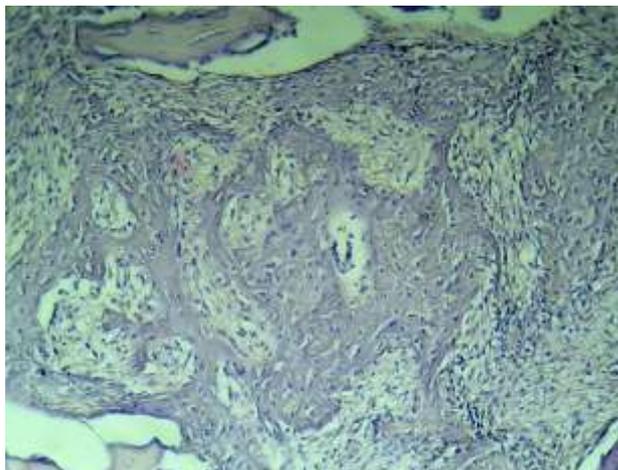
Тажрибанинг 21-кунда назорат гуруҳида етилмаган юпқа суяк тўсинлари аниқланди. Тўсин оралиқлари кенг, бўшлиқларда сийрак бириктирувчи тўқима ва қон томирлар жойлашган. Тўсинлар атрофида остеобластлар жойлашган (4.14-расм). 2а тажриба гуруҳида ушбу даврда остеогенез жараёни хондроид тўқима ҳисобига амалга ошаётгани кузатилди. Суяк тўсинлари гиалин тоғайи хужайраларининг митотик йўл орқали кўпайиши натижасида кенгайган. Улар орасига қўйилган остеопластик материал нисбати камайган. Қон томирлар ва бириктирувчи тўқима нисбати ҳам кам (4.15, 4.16-расмлар).



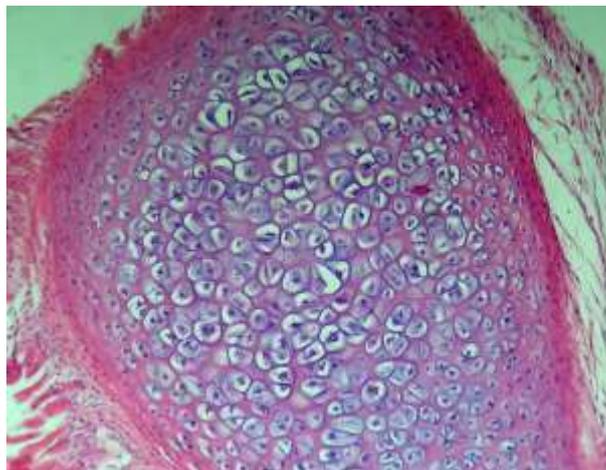
Расм 4.13. Тажрибадан 14 кундан сўнг (26 гурух). Дағал толали суяк тўқимасининг ҳосил бўлиши (сарик стрелка). Хондроген хужайралар пролиферацияси (қизил стрелка). Гематоксилин-эозин. Масш.:x200



Расм 4.15. Тажрибанинг 21 кундан сўнг (назорат гурухи). Суяк тўсинлари юпқа, оралиқ бўшлиқлар кенг. Гематоксилин-эозин. Масш.:x200



Расм 4.16. Тажрибанинг 21 кундан сўнг (2а гурух). Суяк тўсинлари хондроид тўқима хужайраларининг пролиферацияси ҳисобига кенгайган. Оралиқ остеопластик модда нисбати камайган. Гематоксилин-эозин. Масш.:x200

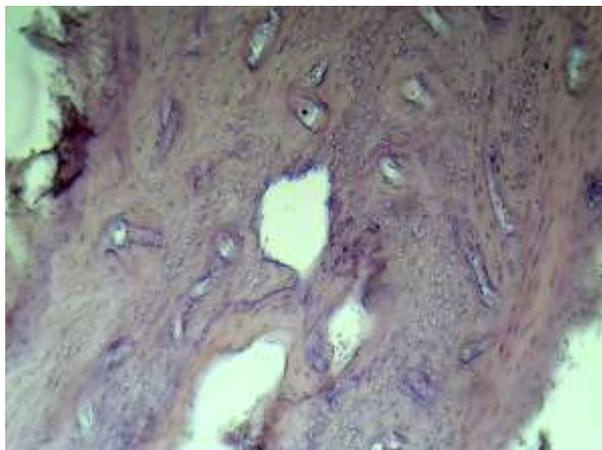


Расм 4.17. Тажрибанинг 21 кундан сўнг (2а гурух). Суяк тўсинлари хондроид тўқима хужайраларининг пролиферацияси. Гематоксилин-эозин. Масш.:x400

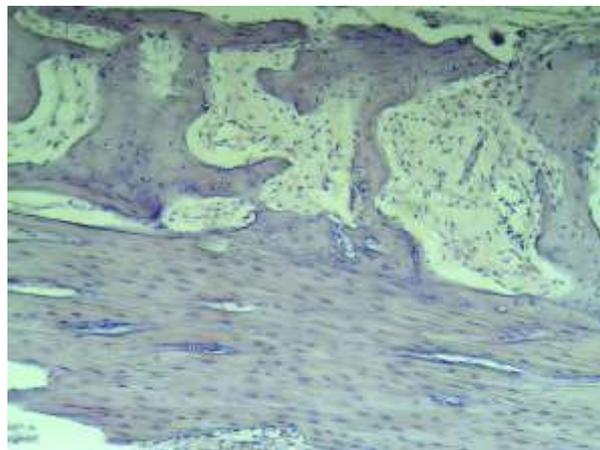
26 тажриба гурухида ушбу даврда хондроид тўқимадан иборат тўсинларга қон томирларнинг кириб келиши кузатилди, улар атрофида остеобластлар аниқланди. Қон томирлар атрофида суяк пластинкаларга ўхшаш тузилмалар ҳосил бўлиши маълум бўлди (4.18-расм).

Экспериментнинг 30-кунда ҳайвонлар назорат гурухида жароҳат атрофидаги суяк тўқимасидан кириб келган қон томирлар атрофида остеобластлар ҳисобига суякланиш жараёни нозик суяк пластинкалари аниқланди. Хондроид тўқима нисбати аввалги муддатга нисбатан камайган

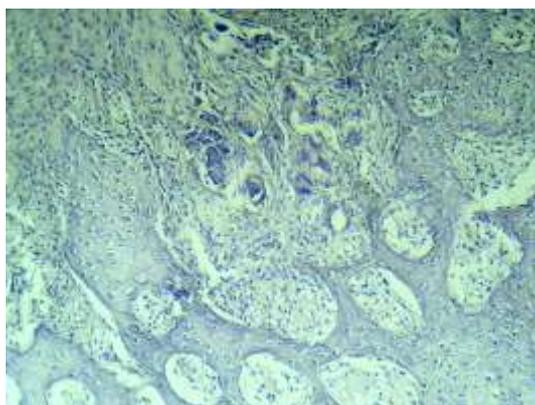
(4.19-расм). 2а тажриба гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан суякланиш жараёни жадалроқ кечиши кузатилди. Osteoplastik материал ўрнида аста-секин суяк тўқимаси аниқланди (4.20-расм). 2б гуруҳида суяк нуқсони соҳаси 2а гуруҳга нисбатан етилган суяк тўқимаси билан тўлдирилган, яъни қон томирлар атрофида концентрик нозик суяк пластинкалари (остеонлар) шаклланди (4.21-расм). Ушбу ҳолат назорат гуруҳида кузатилмади.



Расм 4.18. Тажрибанинг 21 кунидан сўнг (2б гуруҳ). Суяк тўқималари орасидаги қон томирлар, улар атрофида дастлабки суяк пластинкалар. Гематоксилин-эозин. Масш.:x200



Расм 4.19. Тажрибанинг 30 кун (назорат гуруҳи). Нозик суяк пластинкаларининг шаклланиши. Хондроид тўқима нисбати камайган. Гематоксилин-эозин. Масш.:x200



Расм 4.20. Тажрибанинг 30 кун (2а тажриба гуруҳи). Суяк тўқималари хондроид модда ҳисобига қалинлашган. Суякланиш оролчалари нисбатининг ошиб бориши. Гематоксилин-эозин. Масш.:x200

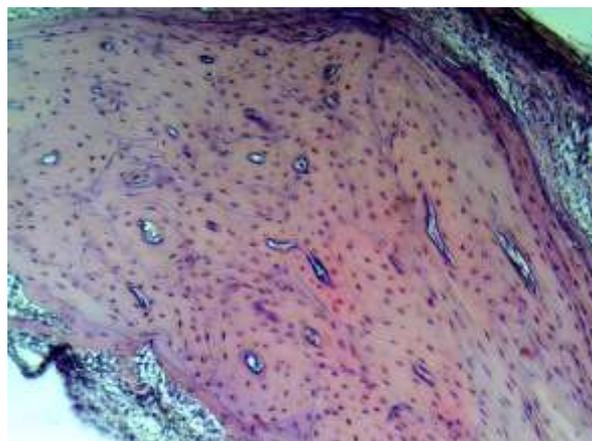


Расм 4.21. Тажрибанинг 30 кун (2б гуруҳ). Шаклланаётган остеонлар. Гематоксилин-эозин. Масш.:x400

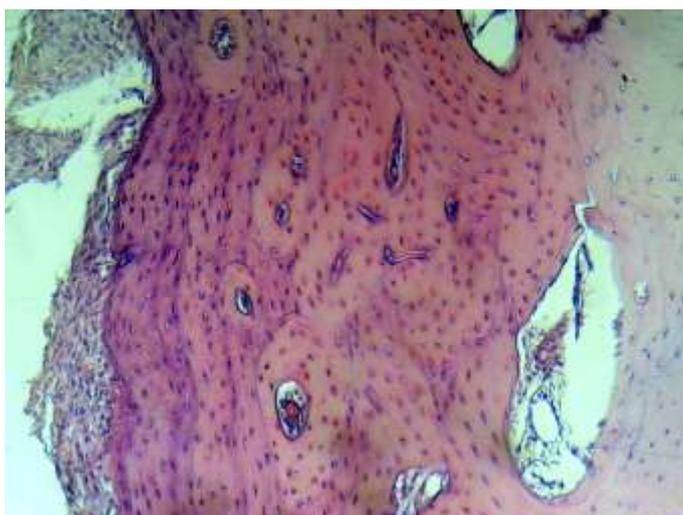
Тажрибадан икки ой ўтгач, назорат гуруҳи ҳайвонларида нуқсон соҳасида шаклланаётган концентрик суяк пластинкалари ва суяк тўсинлари кузатилди. Суяк тўсинларининг нисбати тажриба гуруҳига нисбатан кўпроқ. Бу дағал толали суяк тўқимасининг пластинкасимон нозик суяк тўқимасига айланиш жараёнининг давом этишидан далолат беради (4.22-расм). Тажрибанинг ушбу муддатида 2а ва 2б тажриба гуруҳларида қўлланилган А-Oss ва А-Oss+PRF материал ўрнида дағал толали суяк тўқимасининг пастки жағ суягига хос бўлган пластинкасимон суяк тўқимасига ўтиши яқунланганлиги кузатилди. Трансплантация соҳаси суяк тўқимаси билан бирлашган, аввалги нуқсон чегаралари йўқолиб кетганлиги аниқланди (4.23, 4.24- расмлар).



Расм 4.22. Тажрибанинг 60 куни (назорат гуруҳи). Шаклланаётган пластинкасимон суяк тўқимаси. Гематоксилин-эозин. Масш.:x400



Расм 4.23. Тажрибанинг 60 куни (2а гуруҳи). Тўлиқ шаклланган пластинкасимон суяк тўқимаси. Гематоксилин-эозин. Масш.:x200



Расм 4.24. Тажрибанинг 60 куни (2б гуруҳи). Тўлиқ шаклланган пластинкасимон суяк тўқимаси. Гематоксилин-эозин. Масш.:x200

Шундай қилиб, жағ суяги тўқимасида сунъий равишда ҳосил бўлган нуқсонда тажрибада 2а (А-Oss) ва 2б (А-Oss+PRF) гуруҳларида назорат гуруҳига нисбатан суяк тўқималарининг регенерация жараёни хондроид тўқима пролиферацияси, қон томирларининг жадаллик билан нормал суяк тўқимасидан кириб келиши ҳисобига амалга ошганлиги аниқланди. А-Oss остеопластик материалнинг ғалвирсимон тузилиши, гидрофиллиги, юзасининг нотекислиги, таркибида коллаген борлиги, ҳажми ва мустаҳкамлигининг доимийлиги остеогенез жараёнини тезлаштиради. А-Oss остеобластларни фаоллаштириб, уларни суяк трабекулалари юзасига жадаллик билан бирикишини таъминлайди, бу эса концентрик суяк пластинкаларини шакллантиришни тезлаштиради. А-Oss остеопластик материалнинг бундай хоссалари қисқа вақт ичида нуқсонни тўлиқ тикланишига имкон берди деб хулоса қилиш мумкин. А-Oss ни PRF материал билан биргаликда қўлланилиши репаратив регенерация жараёнини янада тезлаштиради. PRF материалнинг асосий таъсири қон томирларнинг ўсишини стимуллашдадир. Бу эса операция соҳасида моддалар алмашинувини жадаллаштиради, натижада пластинкасимон суякнинг ҳосил бўлишини тезлаштиради деган хулоса қилиш мумкин.

Диссертациянинг **“Таклиф этилган усулда даволанган беморларни клиник текширув натижалари”** деб номланган бешинчи бобида ўтказилган текширувлар натижасига кўра қўлланилган препаратнинг маҳаллий ва умумий таъсири организмнинг ёшига, умумий ҳолатига, қўшимча касалликлар борлиги асосланган.

Даволашнинг самарадорлиги операциядан кейинги давр курсларини, шунингдек асосий ва назорат гуруҳидаги инструментал текшириш натижаларини баҳолаш орқали аниқланди. Даволаш натижаларини баҳолаш операция қилинган кундан бошлаб бир йил ичида амалга оширилди. Суяк тўқимасини тиклаш тезлиги ва сифати, ишлатилган материалнинг сўрилиш даражаси, беморларнинг шикояти ва такрорий ташрифлар нисбати таҳлил қилинди.

Шундай қилиб, 2019 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда, Тошкент давлат стоматология институти болалар юз-жағ жарроҳлиги бўлимида жағ суякларининг одонтоген кисталар билан даволанган 54 бемор текширилди ва даволанди. Клиник тадқиқотлар 54 нафар жағ суякларининг кисталар нуқсон ҳосил бўлиши билан бўлган 6-18 ёшли беморда ўтказилди, улардан 6-9 ёшдагилар 22 та, 9-11 ёшдагилар 18 та, 12-17 ёшдагилар 14 тани ташкил этади, 21 нафари уғил болалар ва 33 нафари кизлардир. Жағ кисталар операциялардан сўнг ҳосил бўлган нуқсонни бартараф қилишда "А-осс"ни қўллаш самарадорлигини баҳолаш учун асосий ва назорат гуруҳлари шакллантирилди. Асосий гуруҳдаги беморларда, 25 нафарида операция вақтида суяк нуқсони соҳаси "А-осс" билан тўлдирилди. Таққослаш гуруҳида 15 да операция вақтида суяк нуқсони "А-осс" билан биргаликда PRF материал қўлланилди. Назорат гуруҳига а) айнан шундай операция ўтказилган беморлар киритилган бўлиб, уларда асосий гуруҳдан фарқли равишда "А-осс"қўлланилмади. Гуруҳдаги беморлар сони 14та нафарни ташкил этди.

Текширилган беморлар ёши ва жинс бўйича кўрсаткичлар 5.1, 5.2 диаграммаларда ифода этилган.

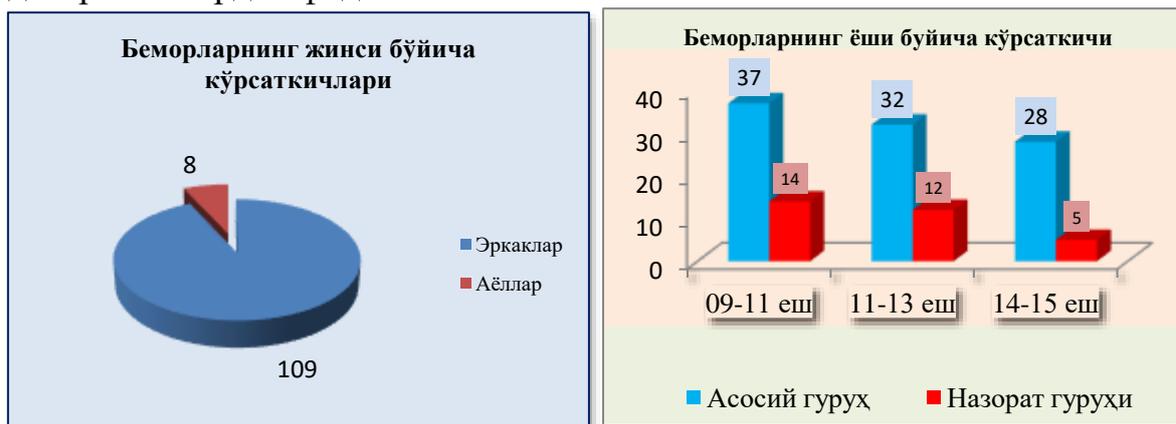


Диаграмма 5.1. Диаграмма 5.2.

Рентгенологик ва денситометрик текширув кўрсаткичлари.

Беморларнинг суяк нуқсони соҳасидаги регенерация жараёнларини аниқлаш учун тўқиманинг оптик нурни ютишига асосланиб “Image J” дастури асосида амалга оширилди. Беморлар операциядан олдин, операциядан кейинги 1-кун, 1 ой, 3 ой, бой ва 1 йил давомидаги ортопонтмографиялари ўрганилди. “Image J” орқали ўрганилганда соғлом суяк кортикал пластинкасининг оптик зичлиги 170 гача, ғовак суяк оптик зичлиги 150 атрофида бўлиши кузатилди. Операция ўтказилган соҳада суяк регенерацияси бошланиши 40 ± 5 бирликдан 165 ± 5 гача ташкил этди.

Анавий ва таклиф қилинган усулда даволанган беморларни рентгенологик ва денситометрик кўрсаткичларни қиёсий баҳолаш. Операциядан олдин иккала гуруҳ беморларида оптик нурни ўтказиш кўрсаткичи деярли бир хил кўрсаткичларга эга бўлди. Нуқсон соҳасида 5 нуқта: битта марказий ва соат стрелкаси бўлаб 12, 4, 8 соҳасидаги нуқталар ўлчаб кўрилди. Энг пастки кўрсаткич 25 бирликни юқори кўрсаткич 45 бирликни ташкил этди.

Операциядан 1 кундан кейин. Беморларда операциядан кейинги остеопластик материал қўлланилма-ганда тўртта нуқта ўлчанганда энг паст кўрсаткич 25 энг юқори кўрсаткич 40 ни ташкил этди умумий ўртача кўрсаткич 40. Асосий гуруҳ беморларда нуқсон соҳасида қўлланилган “A-Oss” соҳасида тўртта нуқта ўлчанганда назорат гуруҳидан фарқли равишда энг паст кўрсаткич 40 энг юқори кўрсаткич 55 ни ташкил этди.

Операциядан бир ойдан сўнги текширув натижалари. Беморларда операциядан кейинги остеопластик материал қўлланилма-ганда тўртта нуқта ўлчанганда энг паст кўрсаткич 35 энг юқори кўрсаткич 50 ни ташкил этди, умумий ўртача кўрсаткич 45 ± 5 . Асосий гуруҳ беморларда нуқсон соҳасида қўлланилган “A-Oss” соҳасида тўртта нуқта ўлчанганда назорат гуруҳидан фарқли равишда энг паст кўрсаткич 65 энг юқори кўрсаткич 80 ни ташкил этди, ўртача умумий кўрсаткич 76 бирликни ташкил этди.

Диаграмма 5.3

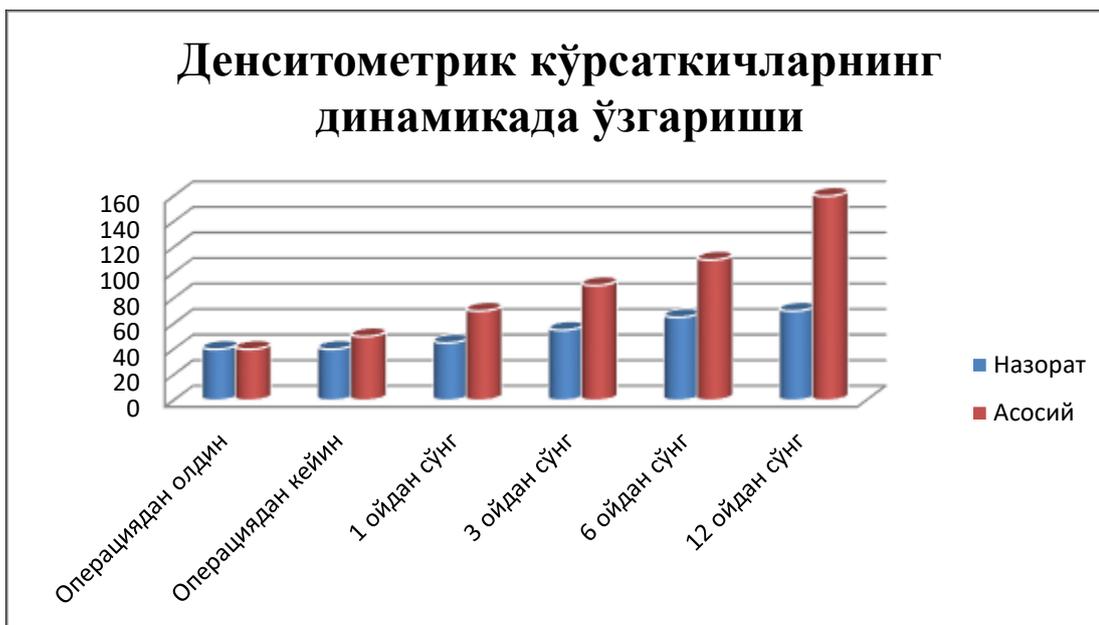
1 ойдан сўнг денситометрик ўзгаришларнинг ўртача кўрсаткичи



Операциядан уч ойдан сўнги текширув натижалари. Уч ойдан кейинги текширувларда суяк нуқсони соҳасига қўйилган остеопластик материал регенерация жараёнини жадаллаштираётгани кўзга кўринарли натижаларни кўрсатди. Операциядан кейинги асосий гуруҳ беморларда нуқсон соҳасида юқорида таъкидланган нуқталар оптик зичлиги аниқланганда энг паст кўрсаткич 75, энг юқори кўрсаткич 97 ни ташкил этди ва ўртача умумий кўрсаткич 90 бирликли ташкил этди. Остеопластик материал қўлланилмаганда юқоридаги кўрсаткичларга мос равишда қуйидаги натижалар билан фарқ қилди 45, 60, 55 .

Операциядан олти ойдан сўнги текширув натижалари. Жағ суяк кистаси соҳасидаги нуқсонга қўйилган остеопластик материал регенерация жараёнига таъсирини кузатишнинг олтинчи ойида, қўлланилган “A-Oss” юқорида таъкидланган 4 нуқталар оптик зичлиги аниқланганда энг паст кўрсаткич 100, энг юқори кўрсаткич 125 ни ташкил этди ва ўртача умумий кўрсаткич 110 бирликли ташкил этди. Назорат гуруҳининг беморларида ўзгаришлар энг паст кўрсаткич 60, энг юқори кўрсаткич 70 ни ташкил этди ва ўртача умумий кўрсаткич 65 бирликли ташкил этди. Назорат гуруҳининг беморларида ўзгаришлар

Операциядан ўн икки ойдан сўнги текширув натижалари. Асосий гуруҳ беморларида бир йилдан кейинги текширувлар натижасида нуқсон соҳасидаги турли нуқталар оптик зичлиги аниқланганда энг паст кўрсаткич 150, энг юқори кўрсаткич 180 ни ташкил этди ва ўртача умумий кўрсаткич ўртача 160 бирликли ташкил этди. Атроф суяк тўқималар билан таққосланганда айрим соҳаларда кортикал пластинка соҳасида 165, ғовак тузилишли суякда 155 ± 5 натижалар олинди. Назорат гуруҳида эса суяк нуқсонининг марказий қисмида 70 ± 5 нуқсон атрофида эса 80 ± 5 гача бўлган кўрсаткичлар таҳлил қилинди. Рентгенологик текширувлар натижасида суяк материали қўлланилмаганда нуқсон соҳаси тўлиқ тикланмаслиги кузатилди.



5.4. Клиник вазиятлар муҳокамаси.

Клиник намуна №1 Бемор Т.М. туғилган йили 2008. Касаллик тарихи № 3566/351. Бемор юқори жағ соҳасидаги кучли оғриққа, оғиз тўла ёпилмаслигига, тишлар бир-бирига тегятганда оғриқга, оғиз ичидаги қон келишига, умумий ҳолсизликга, бош оғриғи, шикоят қилиб онаси олиб келди. Бемор ушбу жараён ҳеч нарса билан боғламади.

Рентгенографияда юқори жағ суякнинг радикуляр кистаси аниқланади. Маҳаллий ҳолати: юқори жағнинг 5,6,7 тишлар соҳаси альвеоляр ўсик вестубуляр юзасида атрофи аниқ чегарагали юмалоқ шаклдаги шиш визуал кўриниши, шиллик қават ранги ўзгаришсиз, пайпасланганда оғриқсиз, “пергамент қоғизи қирсиллаш” белгиси аниқланади.



5.2 Расм Кистанинг клиник кўриниши

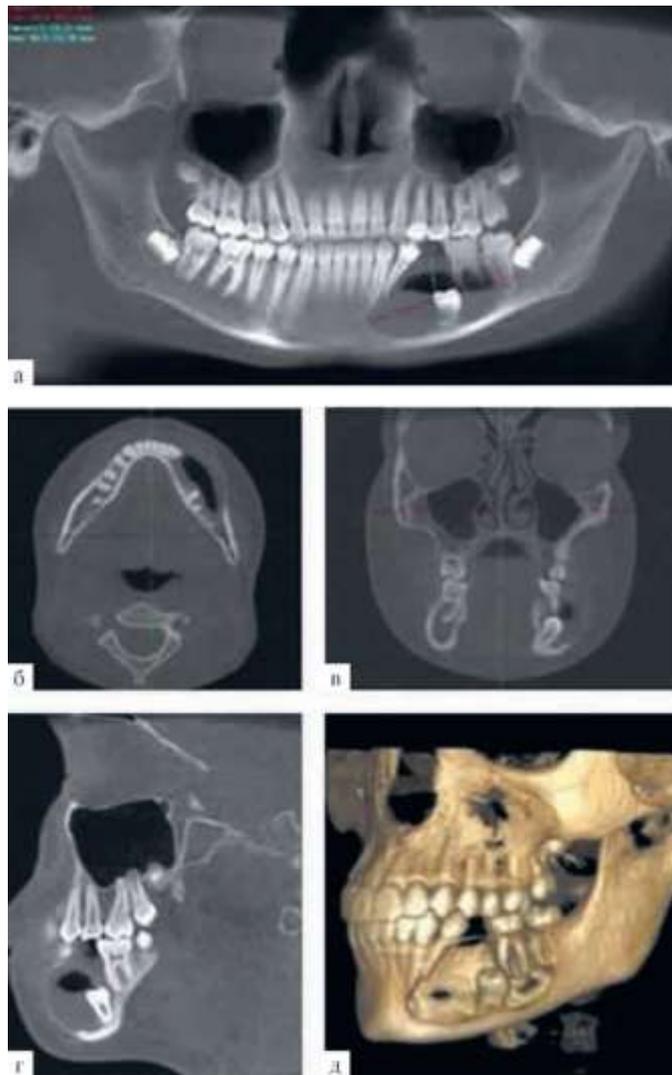


5.3-расм. Юқори жағ 3.3 тишлар соҳасида киста.

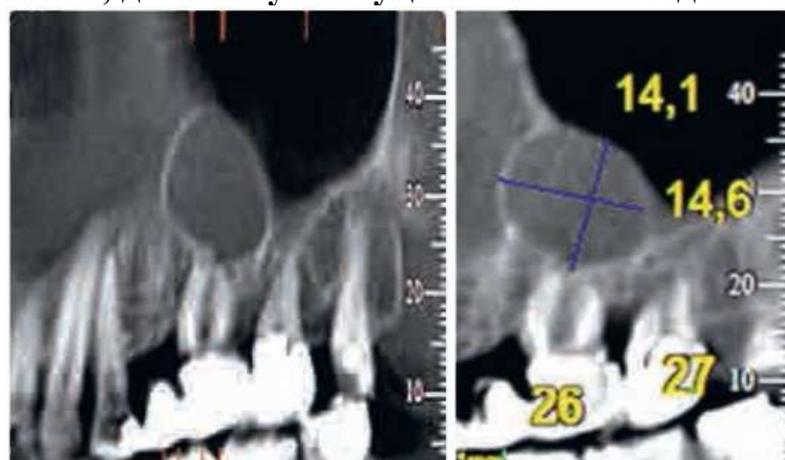


5.4-расм.

Беморга цистэктомия операция қилинди. Керакли лаборатор таҳлиллар ва клиник текшрүүләр, қўшимча мутахасислар томонидан ўтказилди. Умумий интубацион наркоз остида остесинтез амалиёти ўтказилди. Киста ва унинг пардаси олиниб ўрнига остеопластик материал “А-Oss” қўйилди



5.5-расм КТ фрагментлари: пастки жағ танаси фолликуляр кистаси 5 тиш сабабли; а- панорамм; б – горизантал; в – сагитал; г – вертикал; д – жағ суяги тўқима зислиги модели.



5.6 расм КТ тасвири: 6 тиш илдизи атрофида 14.1x14.6 мм улчамли, чегаралари аниқ суяк емирилган соҳа.

Клиник намуна № 2

Бемор Т.А. туғилган йили 2010. Касаллик тарихи № 3566/351. Бемор оғиз очилиши чегараланишига, оғриққа, оғиз ёпилиши чегараланишига шикоят қилиб келди.

Рентгенографияда жағнинг 23,24,25 тишлар соҳасида патологик ўзгаришлар аниқланди.

Маҳаллий ҳолати: юзида ассиметрия аниқланади. Юқори жағ чап бурчак соҳалари юмшоқ тўқималарда шиш, пальпацияда оғриқ симптомлари аниқланади. Оғиз ичидан шиллик қават бутунлиги тана соҳасида бузилмаган, шиш кузатилади. Бимануал пальпацияда патологик ҳаракатланиш аниқланади. Оғиз очилиши оғриқли, чегараланган, кўп сўлак ажралади.

Ташҳис : Юқори жағ одонтоген кистаси .

Керакли лаборатор таҳлиллар ўтказилди. Оғриқсизлантириш ўтказилди. Операция цистэктомия ўтказилди, ўрнига остеопластик материал “ А-осс” кўйилди.

Цистэктомияда илдиз учи резекцияси аксарият ҳолларда бир илдизли тишларда амалга оширилиб, олдиндан эндодонтик (тишнинг каналлари ва кўшимча, латерал каналлар ҳамда перфорацион ёриқларни пломба ашёлари билан тўлдириш ва беркитиш) даво ўтказилади.

Жарроҳлик амалиёти ўтказувчан ёки инфилтратсион оғриқсизлантириш остида амалга оширилади. Жағнинг альвеоляр ўсиғи вестибуляр юзасида яримой ёки трапециясимон шаклдаги шиллик қаватда суякка қадар кесма амалга оширилиб, асоси ўтув бурмага йўналган шиллик қават-суяк усти пардали лахтак ҳосил қилинади. Ҳосил қилинаётган лахтак ҳажми киста бўшлиғи ҳажмидан каттароқ бўлиши керак ҳамда ҳосил бўлажак суяк нуқсонини эркин беркитиши керак. Шиллик қават-суяк усти пардаси кистоз бўшлиғи юзасидаги суякдан распатор ёрдамида ажратилади ва ҳосил қилинган лахтак илгак ёки лигатурага ушлаб турилади. Тишларни олишга кўрсатма бўлган ҳолда тиш суғуриб ташланади. Сабабчи тиш илдизи проекциясида киста бўшлиғига мос келадиган суякда дарча очилиб, кистанинг олд девори суяк пластинкаси олиб ташланади. Суяк дарчасининг ўлчами киста ҳажмини аниқлашга имкон бериши ҳамда тиш илдизи резекциясини ўтказишга имкон бериши керак. Жарроҳлик асбоблари (жарроҳлик қошиғи, распатор, элеватор) ёрдамида киста қобиғи суякдан ажратиб олинади. Жарроҳлик амалиётини тиш илдизи резекцияси билан амалга оширишда киста бўшлиғидаги илдиз учи суяк чегарасида чархлаб кесиб ташланади ҳамда киста қобиғи билан биргаликда ажратиб олиб ташланади. Киста қайталанишининг (рецидив) олдини олиш мақсадида тиш илдизи атрофи киста қобиқ қолдиқлари синчковлик билан кириб ташланади. Пломбаланган тиш канали илдиз учи суякда яллиғланиш жараёнлари пайдо бўлмаслигининг олдини олиш мақсадида синчиклаб кўздан кечирилади. Лозим бўлган ҳолларда тиш илдизи канали пломба ашёлари ёрдамида ретроград тўлдирилади.

Ҳосил бўлган суяк бўшлиқ кўздан кечирилади ҳамда кистоз бўшлиғи ҳажмига қараб қон, биологик мембрана ва суяк трансплантатлари билан тўлдирилади, бу эса ўз навбатида суяк битишининг ишончли омилларидан

ҳисобланади. Ҳажми катта бўлган киста бўшлиқларидан ҳосил бўлган суяк нуқсонларини тўлдиришда остеогенезга ижобий таъсир қиладиган, остеорегенерация жараёнида суяк тўқималарининг ҳажмини сақлаб қолиш учун асос бўлиб хизмат қиладиган турли хил остеопластик (Bio-Oss, Коллапол, Остеоматрикс, КоллапАн-Л) материаллар қўлланилади.

Аксарият ҳолларда остеопластик хомашёлар билан тўлдирилган бўшлиқнинг олд девори юзаси тўсиқ вазифасини бажарувчи биопластик сўрилувчи мембраналардан фойдаланилади, бу эса ўз навбатида остеопластик материал қиррачалари суяк нуқсонини беркитувчи лахтак шиллик қаватини жароҳатлаши ёки эпителий тўқимасининг ўсиб нуқсон бўшлиғи ичига кирмаслигининг олдини олади.

Ҳосил қилинган лахтак ўрнига жойлаштирилиб, яра четлари тикилади ва яра устидан вақтинча асептик тампон қўйилади. Агар жарроҳлик амалиёти тиш суғуриш билан амалга оширилса, унда шакллантирилган шиллик қават-суяк усти пардали лахтак асосидан қўшимча чизиқли кесмалар ёрдамида узайтирилади ҳамда лахтак учи олинган тиш катаги ўрнини беркитиб танглай ёки тил томонлама шиллик қаватга тикилади



5.7-Расм Шиллик қаватда трапециясимон кесма



5.8-Расм Шиллик-суяк усти пардасили лахтакни суяқдан ажратиш



5.9-Расм тишни суғириш



5.10-Расм Суяқда дарча шакллантириш



5.11-Расм Киста қобиғини ажратиб олиш



5.12-Расм Кистани қобиғи билан ажратиб олиш.



5.13-Расм Суяк яраси тавтиш қилиш ва ўткир қирраларни силлиқлаш.



5.14-Расм Юқори жағ бўшлиғи туби сақланиб қолган.



5.15-Расм Суяк нўқсонини остеопластик материаллар билан тўлдириш



5.16-Расм Шиллиқ қават –суяк ости лаҳтакни жойига қўйиб тикиш.

ХУЛОСА

«Болаларда одонтоген жағ кисталарини комплекс даволашни такомиллаштириш» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. 2015-2020 йилларда одонтоген жағ кистаси бўлган 96 беморларни ретроспектив ва клиник кузатувлар таҳлили асосида амбулатория ва стационар шароитида мурожаат қилган бемор болалар сони йилига 1,3-1,7 % гача ортгани аниқланди ҳамда мурожаат қилган болалар нуқсон соҳасига остеопластик материалларни қўллашда 30% болаларга кўрсатмалар ва яллиғланишнинг олдини олиш чоралари ишлаб чиқилди.

2. Тажриба қуёнларида ҳосил қилинган жағ суягидаги нуқсон соҳаси остеопластик материал билан ёпилиши таъсирида 7-кунга келиб таркибидаги коллаген ҳисобига эластик шаклга кириб суяк нуқсони барча соҳасини тўлдириши, 14-кунда қон томирлар материалга ўсиб кириши натижасида юмшаши ва ғовакланиши, 21 кунда суяк материали орасидаги қон томирлар атрофига суяк тўсинлари пайдо бўлади, 30 кунда суяк материалида ўсиб тарқалган қон томирлар атрофидаги суяк тўсинларидан концентрик суяк пластинкалари ривожланиши, 60 кунга келиб суяк материали орасидаги пайдо бўлган концентрик суяк пластинкалари пластинкасимон суяк тўқимага айланиши гистологик асосланди.

3. Беморларда остеопластик материаллар қўлланилиб жағ суягининг одонтоген кистаси операциядан кейин ҳосил булган нуқсон соҳасидаги цистэктомия жараёни анъанавий усулдаги ўтказилган операцияда нуқсон соҳасида денситометрик кўрсаткич операциядан кейин 1 кунда 40 ± 5 , операциядан кейин 1 ойда 45 ± 5 , 3 ойда 55 ± 5 , 6 ойда 65 ± 5 , 12 ойда 75 ± 5 натижа қайд этилган бўлса, биз таклиф қилган «А-Oss» остеопластик препаратини қўллашда нуқсон соҳасида денситометрик кўрсаткич операциядан кейин 1 кунда 50 ± 5 операциядан кейин 1 ойда 70 ± 5 , 3 ойда 90 ± 5 , 6 ойда 110 ± 5 , 12 ойда 170 ± 5 самарали натижаларда қайд этилди.

4. Цистэктомиядан сўнг суяк бўшлигини тулдириш мақсадида «А-Oss» остеопластик препаратини ёрдамида периостал ва эндостеал суякларнинг қайта тикланишини рағбатлантиради ва йил охирига келиб, бўшлиқнинг ҳажми ва жараёнининг қандай бўлишидан қатъий назар, суяк бўшлигини янги ҳосил бўлган суяк тўқимаси билан тўлдирилиши кўзатилади.

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

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

БОБОНАЗАРОВ НАВРУЗ ХАБИБИЛЛАЕВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ**

14.00.21 – Стоматология

**АННОТАЦИЯ ДИССЕРТАЦИИ
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК (PhD)**

ТАШКЕНТ – 2022

УПС: 616.31-006.2.03

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Бобоназаров Навруз Хабибиллаевич Болаларда одонтоген жағ кисталарини комплекс даволашни такомиллаштириш	3
--	----------

Бобоназаров Навруз Хабибиллаевич Совершенствование комплексного лечения одонтогенных кист челюстных костей у детей	27
---	-----------

Bobonazarov Navruz Habibillaevich Improvement of complex treatment of odontogenic cysts of jaw bones in children	51
---	-----------

Эълон қилинган ишлар рўйхати Список опубликованных работ List of published works.....	54
--	-----------

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.4.PhD/Tib1550 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент давлат стоматология институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашининг веб саҳифасида (www.tsdi.uz) ва «Ziynet» Ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: **Дусмухамедов Дилшод Махмудович**
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар: **Jun Paeng Yong**
тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Жанубий Корея)

Боймуратов Шухрат Абдужалилович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **Токаи тиббиёт маркази (Япония)**

Диссертация химояси Тошкент давлат стоматология ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 рақамли илмий кенгашининг 2021 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100047 Тошкент, Яшнабод тумани, Махтумкули кўчаси 103-уй. Тел/факс: (+99871) 230-20-65, e-mail: uzmedicine@mail.ru)

Диссертация билан Тошкент давлат стоматология институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: Манзил: 100047 Тошкент, Яшнабод тумани, Махтумкули кўчаси 103-уй. Тел/факс: (+99871) 230-20-65, e-mail: uzmedicine@mail.ru; факс: (+99871) 230-47-99.

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ куни тарқатилди.

2022 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Н.К. Хайдаров
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Л.Э. Хасанова
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

А.А. Юлдашев
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари
доктори, доцент

ВВЕДЕНИЕ (Аннотация диссертации доктора философии PhD)

Актуальность и востребованность темы диссертации.

На сегодняшний день лечение одонтогенных кист челюстных костей у детей остается одной из актуальных проблем хирургической стоматологии. В амбулаторных условиях количество больных с одонтогенными кистами челюстей в практике хирурга-стоматолога уступает только удалению зубов и составляет более 40% оперативных вмешательств на челюстях. Большое значение в происхождении и патогенезе этой группы заболеваний имеют зубообразующие ткани, которые в зависимости от локализации в костях челюстей составляют 8–10%. Согласно научным источникам, «...среди детей одонтогенные кисты очень распространены, вследствие гнойного воспаления кисты развивается остеомиелит, деформация челюстей, потеря зубов, патологический перелом челюстей, даже развитие злокачественных опухолей челюстей от эпителия стенки кисты и повторных осложнений после оперативных вмешательств...» и ежегодный рост во всем мире заболеваемости данной патологией свидетельствует о необходимости совершенствования методов лечения и профилактики осложнений одонтогенных кист у детей.

В мире проводятся масштабные научно-практические исследования с целью совершенствования профилактики, диагностики и лечения дефектов, образовавшихся после одонтогенных кист челюстей. В последние годы разработаны и предложены к использованию в клинической практике различные биологические и медицинские материалы, оказывающие активное влияние на репаративный остеогенез в области хирургического вмешательства с целью повышения эффективности реабилитации после хирургических вмешательств при кистах челюстных костей и заполнить щель костного дефекта. Для восстановления костных дефектов, для создания благоприятных условий используются управление процессами регенерации и материалы, позволяющие это делать. Однако экспериментальных и клинических методов параллельного применения синтетических полимерных материалов для заполнения костных промежутков у детей, показаний и противопоказаний к применению в зависимости от конкретной ситуации не разработано. Поэтому совершенствование комплексного лечения детей с одонтогенными кистами костей челюсти считается одной из актуальных научных и практических задач медицины.

В нашей стране принимаются меры по адаптации оказания медицинских услуг к требованиям мировых стандартов, в том числе по диагностике и лечению косметических дефектов при одонтогенных кистах челюстей с учетом взаимообусловленности их анатомо-функциональных нарушений. В нашей стране медицина, в частности лечение и снижение осложнений стоматологических заболеваний, в том числе «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечение, эффективные модели патронажной службы и такие диспансерные задачи, как поддержка здорового образа жизни и

профилактика заболеваний путем создания. Эти задачи остаются одним из актуальных направлений, требующих научных исследований, необходимости оказания современной медицинской помощи, диагностики и лечения стоматологических заболеваний у детей, необходимости использования современных технологий. Это, в свою очередь, свидетельствует о том, что совершенствование комплексного лечения одонтогенных кист челюстей у детей является одним из актуальных научных направлений.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Это исследование является частью VI программы развития науки и техники республики. Она проводилась в рамках приоритетного направления «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Ауто - и аллоксенотрансплантаты, приготовленные различными методами, сегодня используют для усиления костной регенерации в области хирургии. Клинический симптомокомплекс кисты зависит от ее размеров, степени изменения окружающих тканей, локализации в челюстях, особенностей течения заболевания и причин ее возникновения. Распространение кист на соседние анатомические области вызывает дополнительные клинические симптомы. Прорастание полости кисты в нижний носовой ход затрудняет дыхание. Кисты, прорастающие в верхнечелюстные пазухи, вызывают чувство тяжести и головную боль в пораженной стороне средней части лица. Слезотечение возникает в результате роста кисты на передне-медиальной стороне верхнечелюстной пазухи и давления на носослезный канал. В результате повреждения верхней стенки нижнеальвеолярного канала под давлением кистозного пространства возникают признаки инфильтрации в участках слизистой оболочки вокруг угла рта и альвеолярного барьера.

В настоящее время предлагается использовать материалы, позволяющие контролировать и управлять процессами регенерации при создании благоприятных условий с целью остеогенной реконструкции костных дефектов. Эти материалы в виде рассасывающихся и нерассасывающихся мембран способствуют развитию и формированию только остеогенных структур в области костного дефекта (Забокрицкая Д.М., 2010; Козлов В.А.,

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование в соответствии с планом НИР Ташкентского государственного стоматологического института № 01190023 на тему «Разработка современных подходов к диагностике, лечению и реабилитации больных с дефектами, деформациями, воспалительными процессами и травмами, опухолями челюстно-лицевой области, принимая с учетом влияния факторов внешней среды», проводимой в рамках проекта (2020-2025 гг.).

Цель исследования изучить применение остеопластического препарата с целью стимуляции остеогенеза при лечении одонтогенных кист костей челюсти у детей в эксперименте и в клинике.

Задачи исследования:

изучение и оценка результатов лечения больных по поводу одонтогенных кист челюстей на основании клинико-рентгенологического, ретроспективного анализа;

изучить влияние остеопластического препарата на остеогенез при устранении искусственно созданного дефекта костей челюсти экспериментальных животных и обосновать его применение в клинике;

клинико-рентгенологическая, денситометрическая оценка результатов операции цистэктомии, выполненной с использованием остеопластического препарата по поводу дефекта, обусловленного одонтогенной кистой челюсти;

проведение сравнительного анализа результатов хирургического лечения одонтогенных кист с применением традиционного и предлагаемого остеопластического препарата.

Объектом исследования. В течение 2018-2021 гг. в качестве объекта исследования были взяты 54 ребенка и подростка в возрасте 6-18 лет, обратившиеся в отделение челюстно-лицевой хирургии 3 Клиники ТМА с диагнозом: кисты челюстей.

Предметом исследования были взяты венозная кровь, остеопластический препарат, экспериментальные животные (кролик) и медицинские документы.

Методы исследования. Для решения задач исследования использовали морфологический (биопсия), цитологический, рентгенологический (ортопантомограмма, МСКТ), клинико-лабораторный и статистический методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем: основано на опыте, что коллагеновые волокна, содержащиеся в препарате, применяемом при искусственно созданном дефекте у экспериментальных животных, сначала шероховаты, а через некоторое время становятся пластинчатыми, препятствуя разрушению костной ткани вокруг костной ткани дефект.

Остеопластический материал, применяемый с целью устранения дефекта, образующегося при одонтогенных кистах костей челюсти у детей, стимулирует (стимулирует) остеогенез, то есть за счет быстрого накопления остеобластов за счет содержащегося в нем чистого низкокристаллического гидроксиапатита. Впервые определены формирование слоя коллагеновых волокнистых костей, обусловленное этим быстрое проникновение тканей в кровеносные сосуды и, как следствие, оптимальные условия для оссификации остеобластов.

По результатам рентгенологических исследований через 12 месяцев использованного метода установлено, что на месте дефекта, образовавшегося за счет кисты, появляется полностью восстановительный регенерат и что он структурно близок к окружающей костной ткани по показателям его структуры и плотности.

При применении остеопластического препарата с целью пломбирования костной полости после цистэктомии у детей установлено, что периостальная и эндостальная кости регенерируются, а кистозная полость заполняется новообразованной костной тканью.

Практические результаты исследования Применение остеопластического препарата «А-Oss» при оперативном лечении одонтогенных кист костей челюстей у детей позволило повысить качество и количество формируемой костной ткани в послеоперационном дефекте.

Заполнение костных полостей, образовавшихся после цистэктомии, с помощью остеопластического препарата позволило создать оптимальные условия для остеорепарационных процессов в этой области, восстановить костную ткань, сократить реабилитационный период.

При использовании предлагаемого остеопластического препарата достигнута экономическая эффективность за счет профилактики послеоперационных осложнений при восстановлении костных дефектов и сокращения среднего койко-дня при лечении.

Достоверность результатов исследования. Теоретический подход и методы, использованные в исследовании, методологическая правильность проведенных исследований, адекватность количества обследованных больных, использование современных взаимодополняющих экспериментальных, клинических, лабораторных, инструментальных и статистических методов, используемых в исследовании, по сравнению с международными и местного опыта, заключение и основывается на подтверждении полученных результатов компетентными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что данные, полученные в результате проведенных исследований, обосновали применение предложенного костнопластического материала за счет улучшения показателей экспериментальных и клинико-лабораторных исследований, а также эффективности комплексного лечения одонтогенных кист костей челюсти у детей объясняется тем, что в ее основе лежат вид и состав костно-пластического материала, применяемого для устранения дефекта.

Практическая значимость исследования заключается в том, что использование денситометрии наряду с рентгенологическими исследованиями в диагностике одонтогенных кист костей челюсти и их осложнений позволило получить больше информации, чем используемые методы. Все полученные результаты служат восполнению дефектов, образовавшихся после одонтогенных кист костей челюстей, имеющимися практическими, более точными сведениями о динамике остеорепаративных процессов, в основу которых положены предложенный протокол и стандарт применения костно-пластического материала при операции цистэктомии. Для использования при восстановлении дефектов костной ткани в практике челюстно-лицевой хирургии. Это, в свою очередь, объясняется тем, что позволяет повысить эффективность лечения, предотвратить послеоперационные осложнения, сократить сроки лечения и реабилитации.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по совершенствованию комплексного лечения одонтогенных кист костей челюсти у детей с использованием предлагаемого

костно-пластического материала: Утверждены методические рекомендации «Совершенствование лечебной тактики одонтогенных кист челюстей у детей с использованием костного материала», разработанные на основе научных результатов и направленные на совершенствование тактики лечения одонтогенных кист челюстей у детей (справка № 8н-р/480 от Минздрава от 11 июня 2021 г.). Данная методическая рекомендация позволила усовершенствовать тактику лечения одонтогенных кист челюстей у детей и сократить сроки лечения;

Методические рекомендации «Способ лечения одонтогенных кист челюстных костей у детей с использованием остеопластических материалов А-Осс» разработаны на основе научных результатов, направленных на разработку методов лечения одонтогенных кист челюстей у детей с применением костно-пластических материалов «А-Осс». Материалы утверждены (6 июня 2021 г. Справка Минздрава № 8н-р/285 от апреля). Данная методическая рекомендация позволила повысить эффективность лечения за счет разработки и применения в практике методов лечения одонтогенных кист челюстей у детей с помощью костнопластических материалов «А-Осс». Полученные научные результаты и разработанные методики внедрены в практику здравоохранения, в том числе Бухарским филиалом Республиканского специализированного онкологического и радиологического научно-практического медицинского центра и Бухарским областным детским многопрофильным медицинским центром (Приказ Минздрава от 26 июля 2021 г. № 8н- з/242 - номер ссылки). Внедрение полученных результатов в практику, усовершенствование методики комплексного лечения одонтогенных кист челюстных костей у детей с учетом тяжести и степени заболевания, использованием костнопластического материала, снижение риска вторичных деформаций, профилактика раннего и позднего послеоперационного периода. Осложнений у больных с одонтогенными кистами челюстных костей, а пребывание ребенка в стационаре позволило сократить сроки.

Утверждение результатов исследований. Результаты исследования обсуждались на 7 научно-практических конференциях, в том числе 5 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. Всего по теме диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 8 статей опубликовано в научных изданиях, рекомендованных к публикации основных научных результатов диссертаций ВАК РУз, в том числе 3 в республике и 5 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка литературы и приложений. Объем диссертации составил 115 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и значимость проведенного исследования, описываются цель и задачи исследования, объект и предмет исследования, указывается совместимость с приоритетными направлениями развития науки и техники республики. Показаны, выражены научная новизна

и практические результаты исследования, раскрыта научная и практическая значимость полученных результатов, представлена исследовательская информация о внедрении результатов, опубликованных работах и структурной структуре диссертации.

Первая глава диссертации под названием **«Современные взгляды на одонтогенные кисты»** посвящена анализу литературных данных по теме и состоит из пяти подразделов. Представлены сведения о классификации одонтогенных кист челюстей, клинических проявлениях, их диагностике и методах сравнительной диагностики. Анализируются современные взгляды зарубежных и отечественных ученых на регенерацию кости, их мнения о значении фактора роста в регенерации кости. Сделан вывод о целесообразности научных исследований по использованию костнопластических материалов, альтернативному лечению и совершенствованию диагностических критериев. Завершается глава заключением, обобщающим проанализированный материал.

Во второй главе диссертации, озаглавленной **«Материалы и методы исследования»**, дана характеристика материалов исследования, в том числе общая характеристика клинического материала, метод выявления, критерии эффективности проведенного оперативного вмешательства, описания клинических, рентгенологических и лабораторных методов исследования. Все больные прошли клиничко-лабораторное и рентгенологическое обследование и лечились в отделении детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института. Контингент больных составили дети и подростки в возрасте от 6 до 14 лет. С 2018 по 2021 год пролечено 54 пациента с кистами челюстей. В связи с формированием дефекта кости челюсти во время оперативного вмешательства 25 пациентам проводилось лечение остеопластическим препаратом «А-Осс», 15 больным - остеопластическим препаратом «А-Оss» + РРФ, а остальным 14 лечили без использования остеопластического материала. Из них 21 мальчик и 33 девочки. Всем пациентам до операции и через 1 мес, 6 мес и 12 мес после операции выполняли мультиспиральную компьютерную томографию на томографе SIEMENS (Япония) в аксиальной проекции больных в нейтральном положении. Размер дефекта, образованного кистой челюсти, анализировали с помощью компьютерной томографии. Проведено ортопантомографическое исследование на аппарате PaX-i3D Vatech Global (J. Korea) для измерения плотности новообразованной костной ткани. Денситометрические измерения проводились путем анализа цифровых изображений плотности кости после операции на челюсти с использованием программного обеспечения Image J (Wayne Rasband. Национальный институт здравоохранения, США). Средние пиксели между областью новообразованной кости и окружающей костью исследовали на световые показания до операции и через 3, 6 и 12 месяцев.

В третьей главе диссертации под названием **«Экспериментальные исследования»** описаны результаты научных исследований, проведенных на экспериментальных животных. Экспериментальная часть научных исследований проводилась в лаборатории кафедры «Гистологии и

медицинской биологии» имени академика К.А. Зуфарова Министерства здравоохранения Республики Узбекистан Ташкентского государственного стоматологического института.

Исследования на животных позволили морфологически оценить скорость и качество процесса остеорепарации, проследить его динамику, выявить возможные осложнения, подтвердить противопоказания к применению данного препарата. В ходе исследования достигнуто динамическое изучение процесса репаративного остеогенеза в случаях применения костнопластического материала «А-Осс» остеопластического препарата и без его применения при искусственном создании костного дефекта в челюстных костях кроликов.

В опытно-морфологической части научных исследований использовали 36 взрослых лабораторных кроликов породы Шиншилла с исходной массой тела 3,5 кг.

Экспериментальные животные были разделены на три группы для определения возможности использования и эффективности остеопластического материала.

1-я группа (12 кроликов), группа, в которой создавали дефект кости челюсти и использовали костно-пластический материал «А-Осс».

2-я группа (12 кроликов) - группа, в которой создавали дефект кости челюсти и применяли костно-пластический материал «А-Осс» и ПРФ.

В 3-й группе (12 кроликов) костнопластический материал не применяли, а на нижней челюсти создавали дефект.

Перед операцией регистрировали температуру тела и массу тела кроликов. Каждый показатель оценивали в единицах от 1 до 4, массу тела и температуру тела определяли в абсолютных величинах.

Порядок выполнения операции. Перед операцией операционное поле очищали от кожных волос. Антисептические растворы обрабатывали 70% спиртом, местно препаратом «Тозаден». С целью общей анестезии вводили специальный препарат для ветеринарии Прометар (Кселанит) 0,1 мл на 1 кг массы тела. Этап внутривенной анестезии операции проводился совместно с ветеринарным анестезиологом (рис. 3.1). Для сочетанной анестезии с общей анестезией использовали местно 1,0 мл 2% раствора лидокаина гидрохлорида. После обезболивания животным выполняли типичный разрез нижней челюсти, вращая угловой участок от нижнего края нижней челюсти. Слой за слоем разрезали до кости острыми и тупыми способами, обнажали кость. (рис. 3.2, 3.3).



Рисунок 3.2. Зона операции разрезается и кость отделяется от мягких тканей



Рисунок 3.3. Создание искусственного дефекта в области кости с помощью бора.

Линия перелома, костный дефект создавали в углу кости нижней челюсти у всех подопытных животных с помощью переносной сверлильной машины (скорость 10000 оборотов) в фиссурах и шаровидных сверлах при охлаждении кости физиологическим раствором. (рис. 3.4). На созданную зону дефекта нижней челюсти экспериментальных кроликов, отобранных в основную группу, накладывали костнопластический материал "А-Oss" (рис. 3.5.), восстанавливали анатомическую форму области дефекта, герметизировали раневой слой. У шита "Викрил Этикон" 5.0 (рис. 3.6.). Кроликам контрольной группы проводили аналогичную процедуру, раны ушивали без оставления костнопластического материала в области дефекта.

Рисунок 3.5. Остеопластический материал помещают в дефект в области кости.



Рисунок 3.6. Состояние после ушивания раны.

Для поддержания нормальной деятельности сердечно-сосудистой системы через 30 мин после окончания операции вводили кофеина бензоат 0,5 мл и дексаметазон 0,5 мл. В послеоперационном периоде кроликам обеих групп в качестве болеутоляющего, антибактериального, общеукрепляющего лечения вводили баралгин по 1,0 мл 1 раз в сутки, линкомицин по 0,5 мл (300 мг на 1 кг массы тела) 2 раза в сутки, рибоксин 10% 2 мл, натрия хлорид 0,9% 10 мл такие процедуры не проводились. Пролеченным кроликам дважды в день утром и вечером проводили антисептическую обработку ран раствором декасана и препаратом тозаден. В первые три дня после операции кроликам давали мягкую жидкую пищу для уменьшения давления и веса на нижнюю челюсть. Потом его посадили на обычную диету.

На этапе завершения эксперимента, то есть на этапе вывода животных, препарат «Золетил» давали в количестве 100 мг, в высокой дозе. На 7-е, 14-е, 21-е, 30-е и 60-е сутки после операции были изъяты 4 кролика из основной группы и 2 из контрольной группы.

Результаты морфологического исследования экспериментальных животных. Для оценки хода эксперимента использовали общеклинические, морфологические и гистологические методы. С целью морфологического исследования на расстоянии 1-1,5 см от зоны дефекта в медиальном и дистальном направлении иссекали костный фрагмент. Полученный материал оставляли в 10% растворе формалина на 10-14 сут, затем промывали проточной водой в течение 2 сут. Его декальцинировали в растворе азотной кислоты и несколько дней промывали проточной водой.

На следующем этапе с целью обезвоживания диоксан пропускали в порядке возрастания концентрации диоксана в спиртовой батарее и заливали в парафиновые блоки, а затем разрезали ультрамикротомом толщиной 3-5 нм.

Полученные гистологические препараты просматривали под светом микроскопа Optica (Италия) 10&20. Препараты получали с помощью

компьютерного анализатора изображений DSM-300 на базе процессора Pentium III-PVEM.

В четвертой главе диссертации под названием **«Результаты экспериментального исследования»** изучено влияние костнопластического материала на животных в экспериментах и клинической практике и приведены результаты. За состоянием животных следили в ходе эксперимента, со дня эксперимента до 14-х суток. Клинические результаты эксперимента оценивали по следующим критериям: двигательная активность, прием пищи, прием жидкости, температура тела, положение швов, отек, гиперемия, болезненность при пальпации, масса тела.



4.1. Фото. Этапы приготовления ПРФ из собранной крови

Порядок выполнения операции. Перед операцией операционное поле очищали от кожных волос. Антисептические растворы обрабатывали 70% этиловым спиртом, местно препаратом «Тозаден». Типичный срез делали с нижнего края нижней челюсти животных, вращая угловой участок. Слой за слоем, острыми и тупыми способами, его разрезали до кости, обнажая кость.



а



б



в



г

33 фото. а, б - 1 группа кроликов, в, ж - этапы операции во 2 группах кроликов

Линия перелома и костный дефект создавали в угловой области кости нижней челюсти всех подопытных животных с помощью переносной сверлильной машины (10 000 оборотов) фиссурными и шаровидными борамии при охлаждении кости физиологическим раствором. А-Oss - остеопластический материал для зоны дефекта, созданный на нижней челюсти кроликов опытной группы 2а. На зону дефекта, сформированного в нижней челюсти кроликов опытной группы 2б, накладывали остеопластический материал - материал А-Oss и PRF, рану в области дефекта ушивали послойно, герметично. У контрольных кроликов раны ушивали без наложения костнопластического материала в области дефекта.

В конце эксперимента животных выводили из наркоза введением высокой дозы 100 мг препарата «Кселанит». Кроликов выводили из эксперимента на 7, 14, 30 и 60 сутки послеоперационного периода.

С целью морфологического исследования на расстоянии 1-1,5 см от зоны дефекта в медиальном и дистальном направлении иссекали костный фрагмент. Полученный материал фиксировали в 10% растворе формалина в течение 10

сут, затем промывали проточной водой в течение 2 сут. Его декальцинировали в растворе азотной кислоты и несколько дней промывали проточной водой.

На следующем этапе срезы обезживали в спиртовой батарее в порядке возрастания концентрации и заливали в парафиновые блоки, после чего нарезали салязочным микротомом толщиной 3-5 нм. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином.

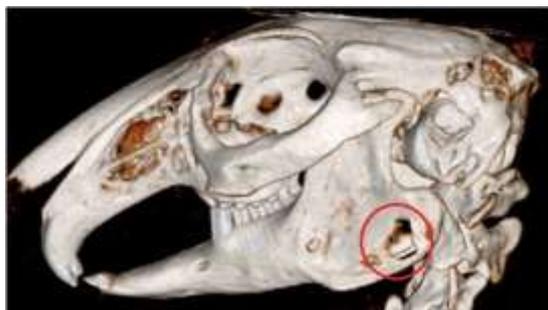
3D рентгенологическое исследование. В эксперименте искусственно созданный дефект нижнечелюстной кости у лабораторных животных наблюдался через 1 и 60 дней после операции, а в основной группе животных, где использовался костный материал, дефект полностью восстановился. Установлено, что дефект, созданный на нижней челюсти животных контрольной группы, не зажил полностью.



А



Б



В



Г

3.1. картина А - 3D рентгенограмма кроликов основной группы в 1-е сутки после операции; Б - 3D рентгенография кроликов основной группы на 60-е сутки после операции; В группе V - 2 дефект образовался после 1-х суток после операции; Г - дефект образовался через 60 дней после операции во 2-й контрольной группе.

Результаты морфологического исследования. На 7-е сутки эксперимента морфологическое изучение динамики репаративной регенерации костной ткани в области искусственно созданного дефекта нижней челюсти у животных контрольной группы показало, что вместо кровяного сгустка в области дефекта определяется инфильтрат, богатый клетками соединительной ткани (рис. 4.9). В этот период у животных группы 2а вместо инфильтрата обнаруживались признаки соединительной ткани (рис. 4.10). У животных группы 2б наблюдался быстрый рост сосудов из окружающей костной ткани к месту ранения (рис. 4.11).

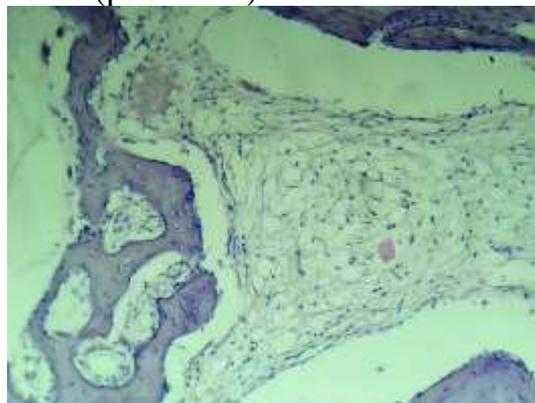
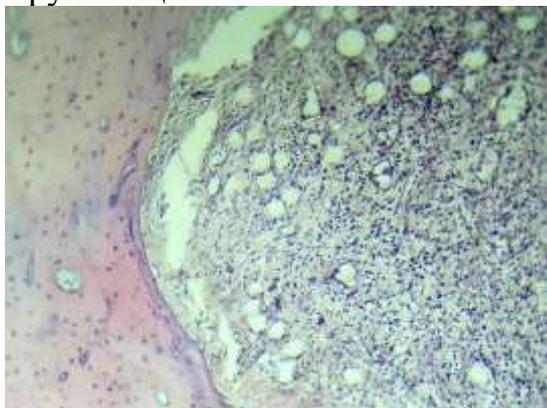


Рисунок 4.9. Через 7 дней опыта (контроль). Заполнение зоны образовавшегося дефекта клеточным инфильтратом. Гематоксилин-эозин. Масш: x200

Рисунок 4.10. через 7 дней после эксперимента (группа 2а). Образование соединительной ткани вместо клеточного инфильтрата в области созданного дефекта. Гематоксилин-эозин. Масш: x200

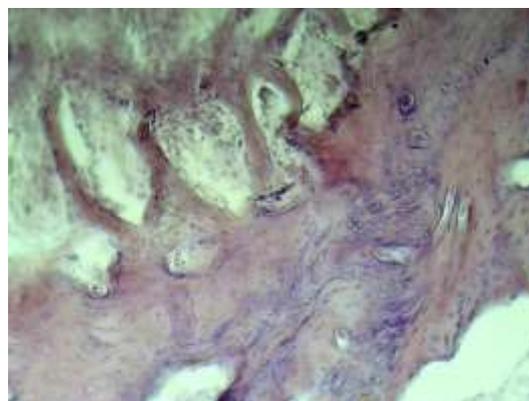
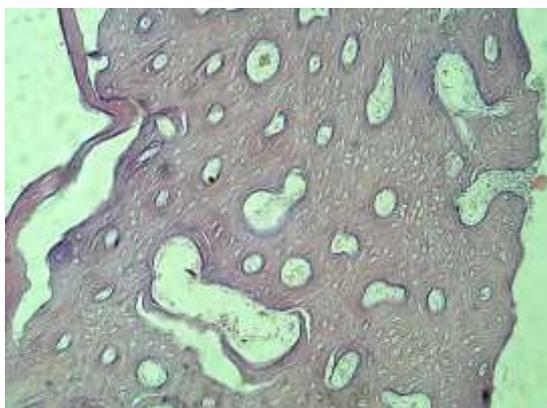


Рисунок 4.11. через 7 дней после эксперимента (группа 2б). Вращение кровеносных сосудов в зону созданного дефекта. Гематоксилин-эозин. Масш: x200

Рисунок 4.12. 14 дней после эксперимента (группа 2а). Вокруг кровеносных сосудов образовались примитивные костные балки. Гематоксилин-эозин. Масш:х200

На 14-й день эксперимента в контрольной группе животных в области костного дефекта, заполненного тромбом, появляется тонкая соединительная ткань в виде сетки, между волокнами фибробластов и отдельными сосудами располагается коллаген. Процесс костеобразования не наблюдается. У животных группы 2а вокруг кровеносных сосудов наблюдаются первичные костные трабекулы, окруженные остеобластами (рис. 4.12). У животных группы 2б соединительная ткань вокруг кости замещалась хондроидной тканью (рис. 4.13). В результате разрастания хондрогенных клеток балки утолщаются и формируется грубая волокнистая костная ткань.

На 21-е сутки эксперимента в контрольной группе выявлены тонкие несформированные костные балки. Интерстиции балок широкие, в промежутках редкая соединительная ткань и кровеносные сосуды. Остеобласты располагаются вокруг балок (рис. 4.14). В опытной группе 2а отмечено, что в этот период процесс остеогенеза происходит за счет хондроидной ткани. Костные балки расширяются в результате митотической пролиферации гиалиновых клеток-предшественников. Доля костнопластического материала, размещенного между ними, уменьшена. Соотношение кровеносных сосудов и соединительной ткани также низкое (рис. 4.15, 4.16).

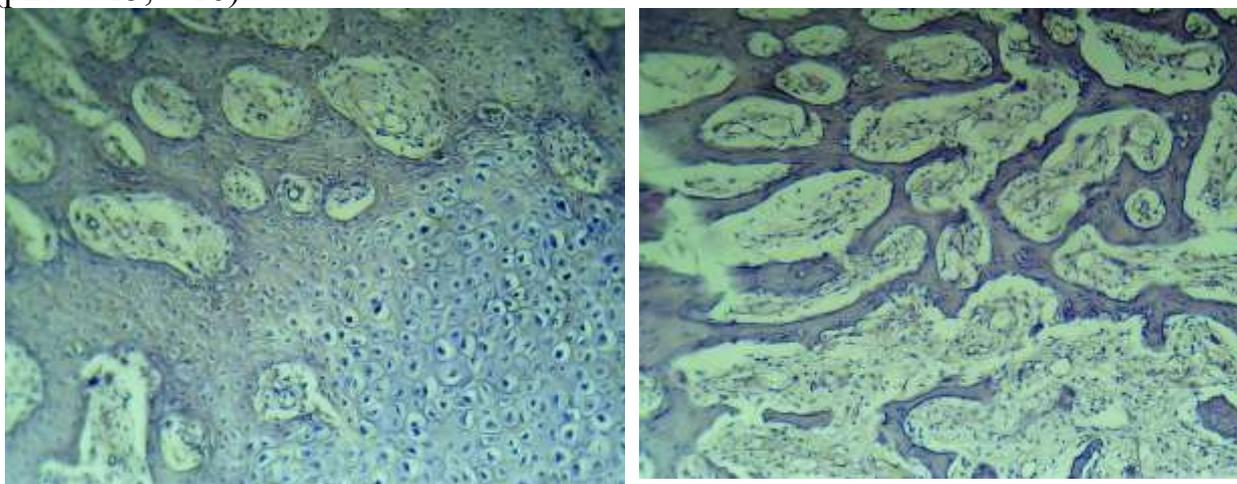


Рисунок 4.13. 14 дней после эксперимента (группа 2б). Формирование грубоволокнистой костной ткани (желтая стрелка). Проллиферация хондрогенных клеток (красная стрелка). Гематоксилин-эозин. Масш:х200

Рисунок 4.15. Через 21 день эксперимента (контрольная группа). Костные балки тонкие, промежутки широкие. Гематоксилин-эозин. Масш:х200

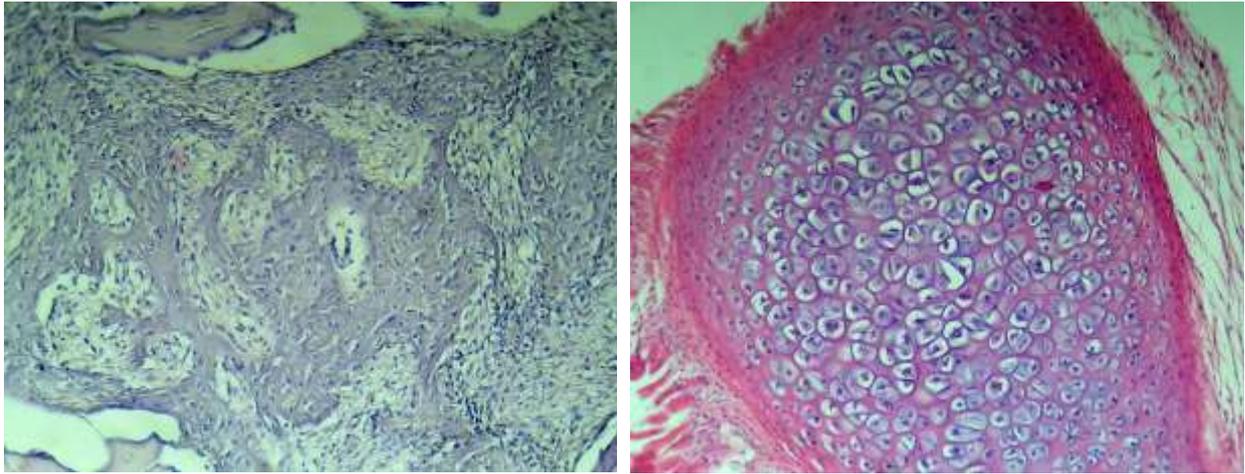


Рисунок 4.16. Через 21 день эксперимента (группа 2а). Костные балки расширены за счет разрастания клеток хондроидной ткани. Доля промежуточного костнопластического вещества снижена. Гематоксилин-эозин. Масш:х200

Рисунок 4.17. Через 21 день эксперимента (группа 2а). Пролиферация клеток хондроидной ткани костных балок. Гематоксилин-эозин. Масш:х400

В опытной группе 2б в этот период наблюдалась инфильтрация сосудов в пучки, состоящие из хондроидной ткани, вокруг которых выявлялись остеобласты. Стало известно, что вокруг кровеносных сосудов образуются структуры, подобные костным пластинкам (рис. 4.18). На 30-й день эксперимента у контрольной группы животных выявляли тонкие костные пластинки вокруг кровеносных сосудов, проникших из костной ткани вокруг раны за счет остеобластов. Доля хондроидной ткани уменьшилась по сравнению с предыдущим периодом (рис. 4.19). В опытной группе 2а процесс окостенения протекал быстрее, чем в контрольной группе. На месте костнопластического материала постепенно выявлялась костная ткань (рис. 4.20). В группе 2б область костного дефекта была заполнена костной тканью по сравнению с группой 2а, т. е. вокруг сосудов формировались концентрические тонкие костные пластинки (остеоны) (рис. 4.21). В контрольной группе такого состояния не наблюдалось.

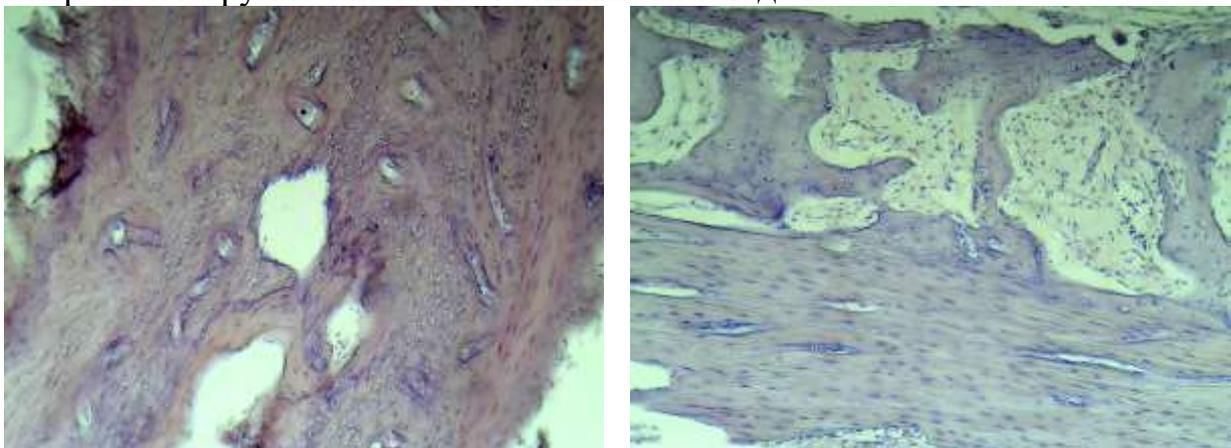


Рисунок 4.18. Через 21 день эксперимента (группа 2б). Кровеносные сосуды между костными балками, вокруг которых исходные костные пластинки. Гематоксилин-эозин. Масш:х200

Рисунок 4.19. 30 дней эксперимента (контрольная группа). Формирование тонких костных пластинок. Доля хондроидной ткани снижена. Гематоксилин-эозин. Масш:х200

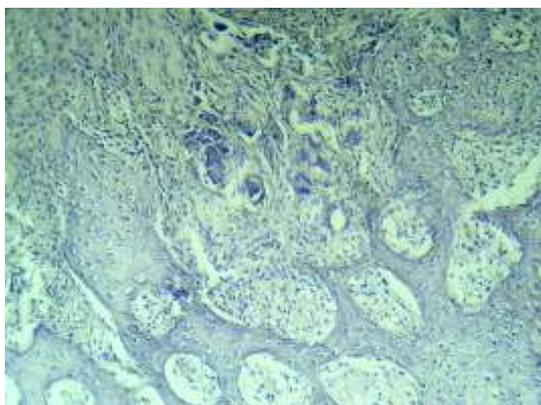


Рисунок 4.20. 30 дней эксперимента (опытная группа 2а). Костные балки утолщены за счет хондроидного вещества. Увеличение доли островков окостенения. Гематоксилин-эозин. Масш:х200

Рисунок 4.21. 30 сут эксперимента (группа 2б). Формирование остеонов. Гематоксилин-эозин. Масш:х400

Через два месяца после эксперимента у животных контрольной группы в области дефекта наблюдали формирование концентрических костных пластинок и костных балок. Соотношение костных балок больше по сравнению с опытной группой. Это свидетельствует о продолжении процесса трансформации грубоволокнистой костной ткани в тонкую пластинчатую костную ткань (рис. 4.22). В этот период эксперимента было отмечено, что вместо материала А-Осс и А-Осс+ПРФ, использованного в опытных группах 2а и 2б, наблюдается переход грубоволокнистой костной ткани в пластинчатую костную ткань, характерную для нижней челюсти. Кость была готова. Выявлено, что область трансплантата срослась с костной тканью, исчезли границы прежнего дефекта (рис. 4.23, 4.24).

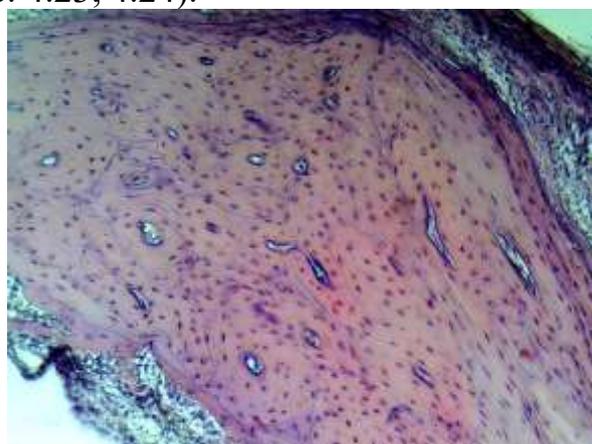
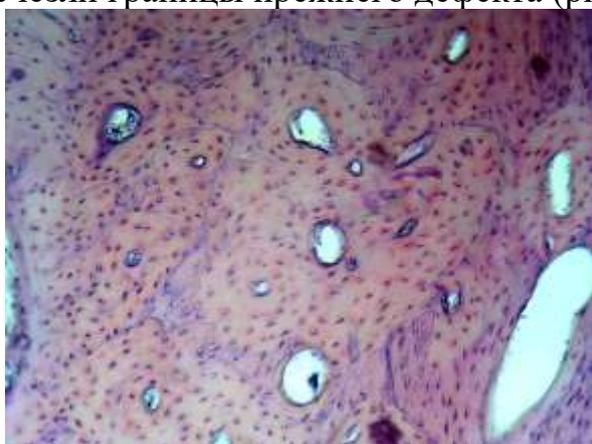


Рисунок 4.22. 60 дней эксперимента (контрольная группа). Формирование пластинчатой костной ткани. Гематоксилин-эозин. Масш:х400

Рисунок 4.23. 60 дней эксперимента (группа 2а). Полностью сформированная пластинчатая костная ткань. Гематоксилин-эозин. Масш:х200

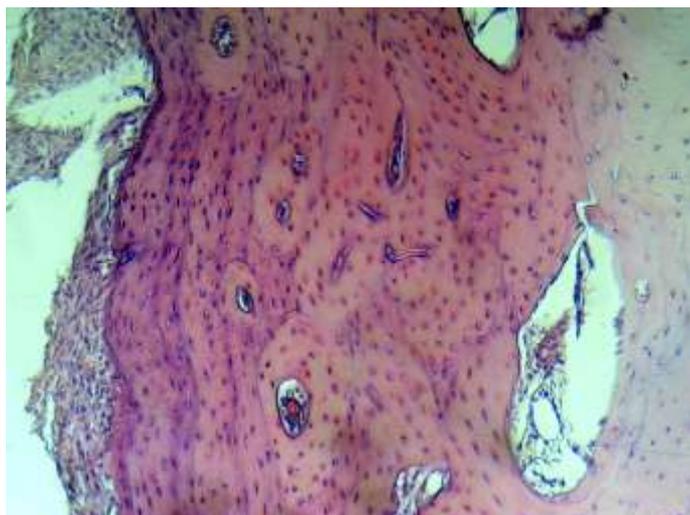


Рисунок 4.24. 60 дней эксперимента (группа 2б). Полностью сформированная пластинчатая костная ткань Гематоксилин-эозин. Масш:х200

Таким образом, в искусственно созданном дефекте костной ткани челюсти процесс регенерации костной ткани в группах 2а (А-Осс) и 2б (А-Осс+ПРФ) по сравнению с контрольной группой осуществлялся за счет пролиферации хондроидной ткани, быстрое инфильтрация сосудов из нормальной костной ткани. Глобулярная структура костнопластического материала А-Осс, гидрофильность, неровность поверхности, наличие в его составе коллагена, постоянные размеры и прочность ускоряют процесс остеогенеза. А-Осс активизирует остеобласты, заставляя их быстро прикрепляться к поверхности костных трабекул, что ускоряет формирование концентрических костных пластинок. Можно сделать вывод, что такие свойства костнопластического материала А-Осс позволили в короткие сроки полностью восстановить дефект, а использование А-Осс совместно с материалом PRF ускорило процесс репаративной регенерации. Основным эффектом материала PRF является стимуляция роста кровеносных сосудов. Можно сделать вывод, что это ускорило обмен веществ в зоне операции и, как следствие, ускорило формирование пластинчатой кости. По результатам исследований, проведенных в пятой главе диссертации под названием «Результаты клинического обследования больных, пролеченных предлагаемым способом», местное и общее действие применяемого препарата основано на возрасте, общем состоянии больного. организма и наличие дополнительных заболеваний.

Эффективность лечения определяли путем оценки течения послеоперационного периода, а также результатов инструментального обследования в основной и контрольной группах. Оценку результатов лечения проводили в течение одного года с момента операции. Анализировали скорость и качество восстановления костной ткани, степень рассасывания

использованного материала, частоту жалоб пациентов и повторных посещений. Так, в период с 2019 по 2021 год в отделении детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института обследовано и пролечено 54 пациента с одонтогенными кистами костей челюсти. Клинические исследования проведены на 54 больных в возрасте 6-18 лет с кистозными дефектами костей челюсти, из них 22 6-9 лет, 18 9-11 лет, 14 12-17 лет, 21 мальчик и 33 были девушки. Для оценки эффективности применения «А-осс» в устранении дефекта, образовавшегося после операций по поводу кисты челюсти, были сформированы основная и контрольная группы. В основной группе больных у 25 из них во время операции область костного дефекта была заполнена «А-осс». В группе сравнения материал PRF использовался совместно с костным дефектом «А-осс» на момент операции. В контрольную группу вошли а) пациенты, которым была проведена точно такая же операция, у которой, в отличие от основной группы, «А-осс» не применялся. Количество пациентов в группе составило 14 человек. Показатели по возрасту и полу обследованных представлены на диаграммах 5.1, 5.2.

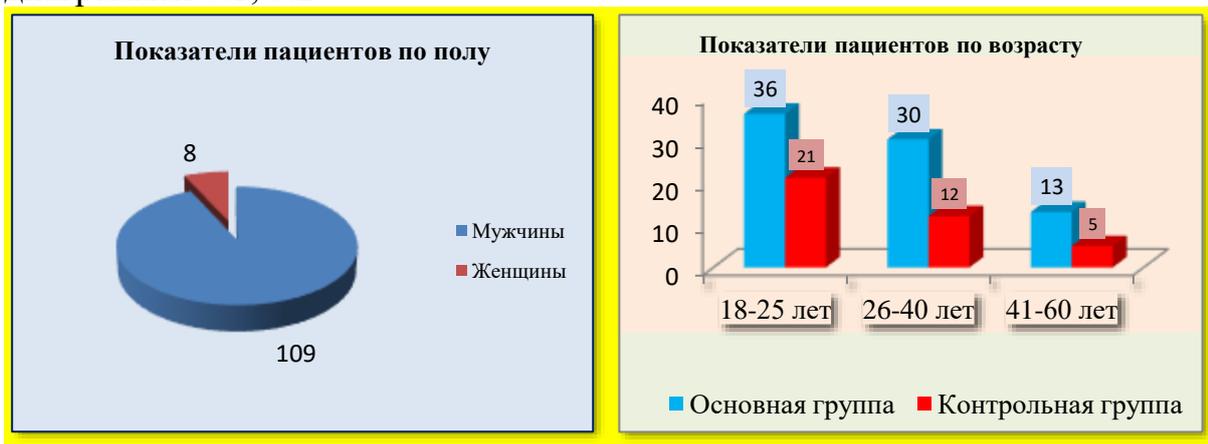


Диаграмма 5.1. Диаграмма 5.2.

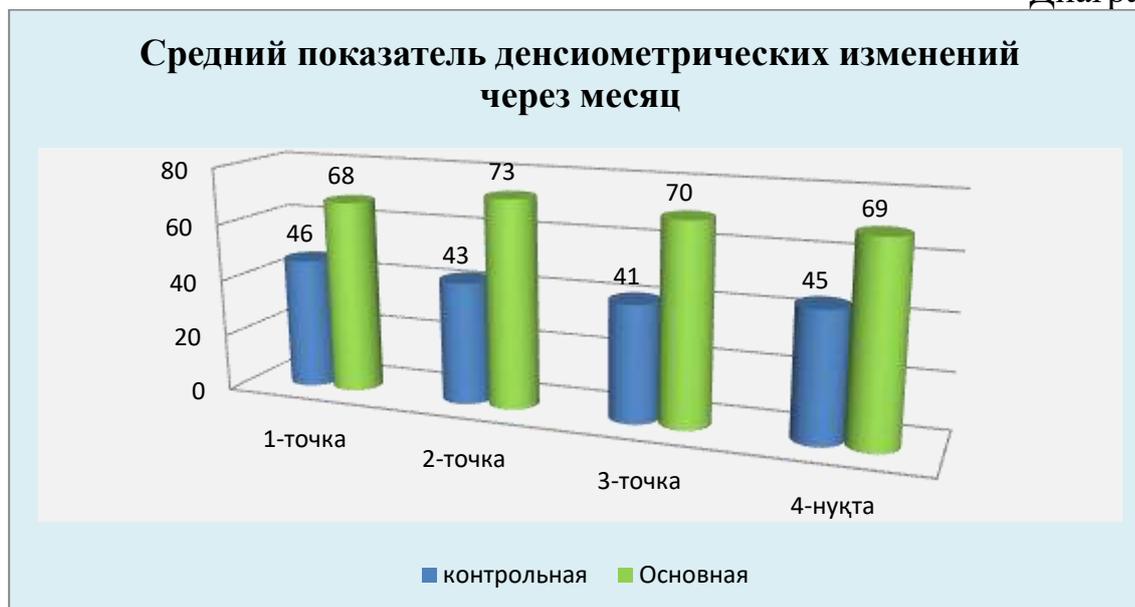
Показатели рентгенологического и денситометрического исследования. С целью определения процессов регенерации в области костного дефекта у пациентов она проводилась по программе «Image J», основанной на поглощении оптического света тканью. Ортопантомографию пациентов изучали до операции, в 1-е сутки, через 1 мес, 3 мес, 6 мес и 1 год после операции. При изучении «Изображения J» было замечено, что оптическая плотность кортикальной пластинки здоровой кости составляет до 170, а оптическая плотность пористой кости составляет около 150. Начало костной регенерации в оперированной области было от 40 ± 5 ед. до 165 ± 5 ед.

Сравнительная оценка рентгенологических и денситометрических показателей больных, пролеченных традиционным и предлагаемым методами. До операции мы имели практически одинаковые показатели светопропускания в обеих группах больных. Измерялись 5 точек в области дефекта: по одной центральной и по часовой стрелке в области 12, 4, 8. Самый низкий показатель составил 25 единиц, самый высокий – 45 единиц.

1 день после операции. У пациентов без послеоперационного костно-пластического материала наименьший балл составил 25, наивысший – 40, общий средний балл – 40. Наименьший балл – 40 по сравнению с контрольной группой, максимальный – 55.

Результаты обследования через месяц после операции. У пациентов без послеоперационного остеопластического материала самый низкий балл составил 35, а самый высокий — 50 при измерении четырех баллов, при общем среднем балле 45 ± 5 . В основной группе больных наименьший балл составил 65, наивысший - 80, а средний общий балл - 76 ед., в отличие от контрольной группы, когда в области «А-Осс» измеряли четыре балла, что использовалась в области дефекта.

Диаграмма 5.3

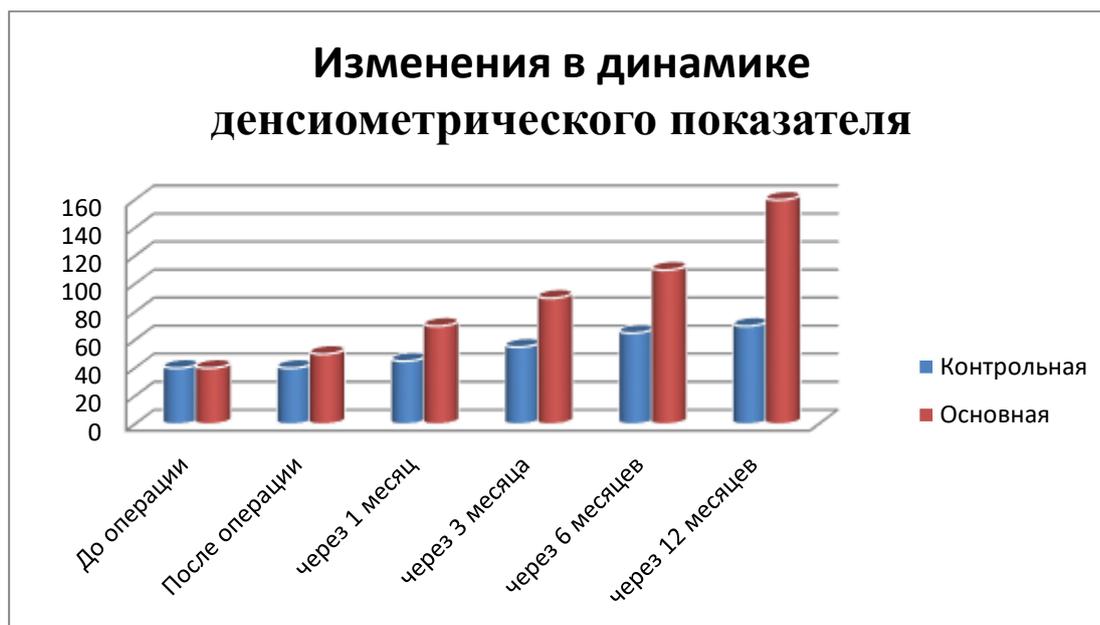


Результаты обследования через три месяца после операции. При контрольных осмотрах через три месяца остеопластический материал, помещенный в область костного дефекта, показал видимые результаты, ускорив процесс регенерации. В основной послеоперационной группе больных при определении оптической плотности вышеперечисленных точек в области дефекта наименьший показатель составил 75, наивысший показатель - 97, средний общий показатель - 90 ед. Когда костнопластический материал не использовался, следующие результаты были другими, что соответствовало вышеуказанным показателям 45, 60, 55.

Результаты обследования через полгода после операции. На шестом месяце наблюдения за влиянием костно-пластического материала на процесс регенерации кисты кости челюсти наименьший показатель составил 100, наибольший - 125, средний суммарный показатель - 110 единиц. У пациентов контрольной группы наименьший балл составил 60, наивысший – 70, средний суммарный балл – 65 ед. Изменения у пациентов контрольной группы.

Результаты обследования через двенадцать месяцев после операции. В основной группе больных в результате обследований через год, когда определяли оптическую плотность различных точек в области дефекта,

наименьший показатель составил 150, наивысший показатель – 180, а средний общий показатель составил 160 единиц. По сравнению с окружающей костной тканью на отдельных участках в области кортикальной пластинки получено 165 результатов, а в кости с пористой структурой - 155 ± 5 . В контрольной группе анализировали 70 ± 5 в центральной части костного дефекта и 80 ± 5 вокруг дефекта. В результате рентгенологических исследований отмечено, что при неиспользовании костного материала зона дефекта не восстанавливается полностью.



5.4. Обсуждение клинических ситуаций.

Клинический образец №1 Больной Т.М. 2008 г.р. История болезни №3566/351. Больной доставлен матерью с жалобами на сильную боль в области верхней челюсти, невозможность полностью закрыть рот, боль при соприкосновении зубов друг с другом, кровотечение во рту, общую слабость, головную боль. Этот процесс больной ни с чем не связывал.

Рентгенологически выявляют корешковую кисту верхней челюсти. Местное состояние: в области 5, 6, 7 зубов верхней челюсти, на поверхности альвеолярного барьера визуальный вид округлой припухлости с четкими границами, цвет слизистой оболочки не изменен, болезненности при пальпации нет, выявляется признак «сморщивания пергаментной бумаги».



Рисунок 5.2 Клинический вид кисты

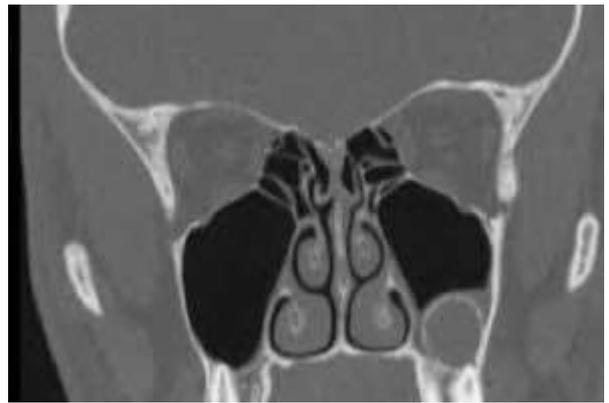


Рисунок 5.3. Киста верхней челюсти в области 3-3 зубов.



5.4-рисунок

Больному произведена цистэктомия. Необходимые лабораторные анализы и клинические обследования были проведены дополнительными специалистами. Остесинтез выполняли под общим интубационным наркозом. Киста и ее выстилка удалены и заменены остеопластическим материалом “А-Oss”.

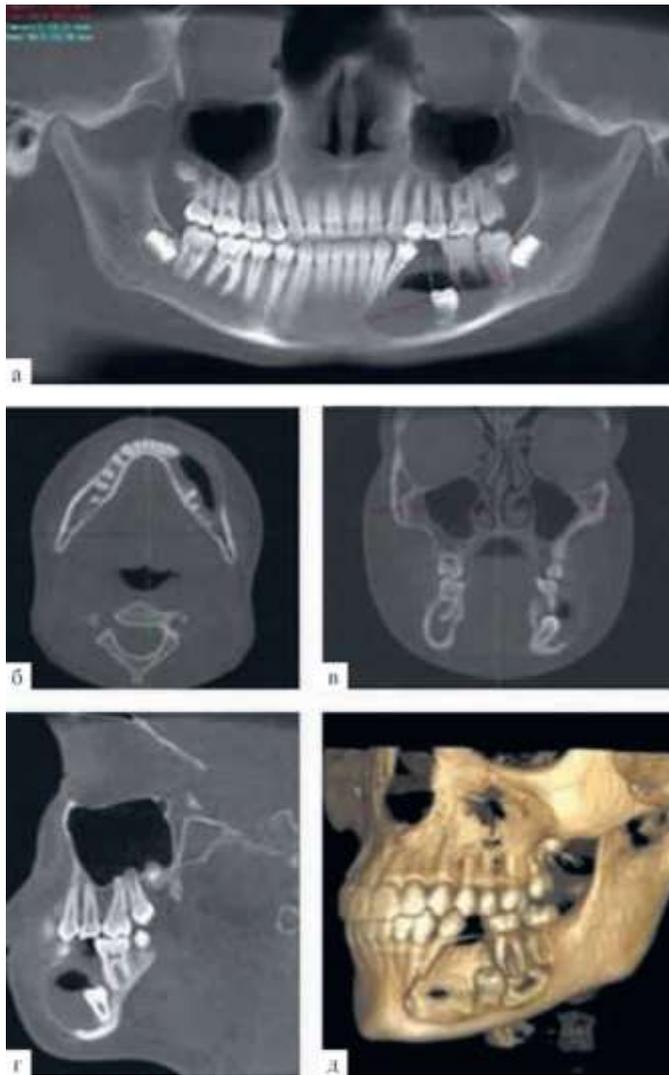


Рис. 5.5. Фрагменты КТ: фолликулярная киста тела нижней челюсти за счет 5 зубов; а- панорама; б – горизонтальный; в – сагиттальный; г – вертикальный; д – модель ткани челюсти.

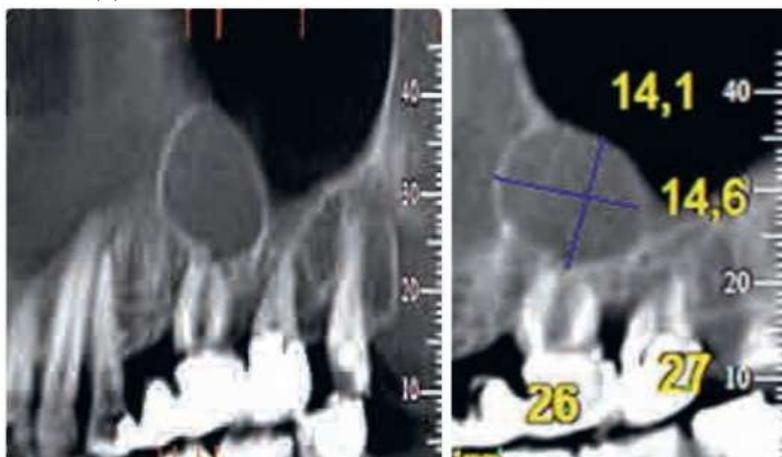


Рис. 5.6. КТ-изображение: участок 14,1x14,6 мм вокруг корня 6 зубов с четко выраженной зоной резорбции кости.

Клинический образец №2

Больной Т.А. 2010 г.р. История болезни №3566/351. Больной жалуется на ограничение открывания рта, боль, ограничение закрывания рта. Рентгенологически выявлены патологические изменения в области 23, 24, 25 зубов челюсти.

Локальное состояние: выявляется асимметрия лица. Припухлость мягких тканей левого угла верхней челюсти, при пальпации определяются болевые симптомы. Изнутри рта целостность слизистой оболочки в области тела не нарушена, наблюдается отек, при бимануальной пальпации выявляется патологическое движение. Открывание рта болезненное, ограниченное, выделяется много слюны.

Диагноз: Одонтогенная киста верхней челюсти.

Были проведены необходимые лабораторные анализы. Была проведена анестезия. Выполнена цистэктомия, вместо нее наложен костно-пластический материал «А-осс». При цистэктомии резекцию верхушки корня проводят в большинстве случаев в однокорневых зубах, проводят предварительное эндодонтическое лечение (пломбирование и пломбирование каналов зуба и дополнительных, боковых каналов и перфорационных щелей филлерами). Операция проводится под проникающей или инфильтрационной анестезией. На вестибулярной поверхности альвеолярного отростка челюсти производят полуовальный или трапециевидный разрез слизистой оболочки до кости и формируют сгусток слизисто-надкостничной оболочки, основание которого направлено в поперечную складку. Размер сформировавшегося сгустка должен быть больше размера полости кисты и свободно покрывать образовавшийся костный дефект. Слизисто-надкостничную оболочку отделяют от кости на поверхности полости кисты с помощью распатора, а образовавшийся сгусток удерживают крючком или лигатурой. Зуб удален с показанием к удалению зуба. В проекции корня причинного зуба вскрывают окно в кости, соответствующее полости кисты, и удаляют костную пластинку передней стенки кисты. Размер костного окна должен позволять определить размер кисты и произвести резекцию корня. С помощью хирургических инструментов (хирургическая ложка, распатор, элеватор) оболочка кисты отделяется от кости. При оперативном вмешательстве с резекцией корня зуба конец корня в полости кисты резко подрезают по границе кости и удаляют вместе с оболочкой кисты.

С целью предотвращения рецидива кисты тщательно соскабливают остатки корки кисты вокруг корня зуба. Запломбированный канал зуба тщательно осматривают для предотвращения воспалительных процессов в концевой кости корня. При необходимости корневой канал ретроградно заполняется пломбировочным материалом. Образовавшуюся костную полость осматривают и заполняют кровью, биологической оболочкой и костными трансплантатами в зависимости от размеров полости кисты, которые в свою очередь являются надежными факторами заживления кости. Для заполнения костных дефектов, образованных большими кистозными полостями, используют различные остеопластические материалы (Био-Осс, Коллапол,

Остеоматрикс, Коллапол-Л), которые положительно влияют на остеогенез и служат основой для сохранения объема костной ткани при остеорегенерации.

В большинстве случаев на поверхность передней стенки полости, заполненной остеопластическим сырьем, накладывают биопластические абсорбирующие мембраны, выполняющие роль барьера, что в свою очередь препятствует травмированию краями костнопластического материала слизистой оболочки сгустка, покрывающего кость, дефекта или препятствованию врастанию эпителиальной ткани в полость дефекта.

Образовавшийся сгусток укладывают на место, края раны ушивают, на рану накладывают временный асептический тампон. Если оперативное вмешательство проводится с удалением зуба, то сформированный слизисто-надкостничный лоскут вытягивают от основания с помощью дополнительных линейных разрезов, а кончик лоскута подшивают к слизистой оболочке неба или языка, прикрывая место удаленного зуба.



Рис. 5.7 Трапециевидный разрез слизистой оболочки



Рис. 5.8 Отрыв слизисто-надкостничного сгустка от кости



5.9-Рис. Удаление зуба



5.10-Рис Формирование окна в кости



Рис. 5.11 Извлечение оболочки кисты Рис.



. 5.12 Извлечение кисты

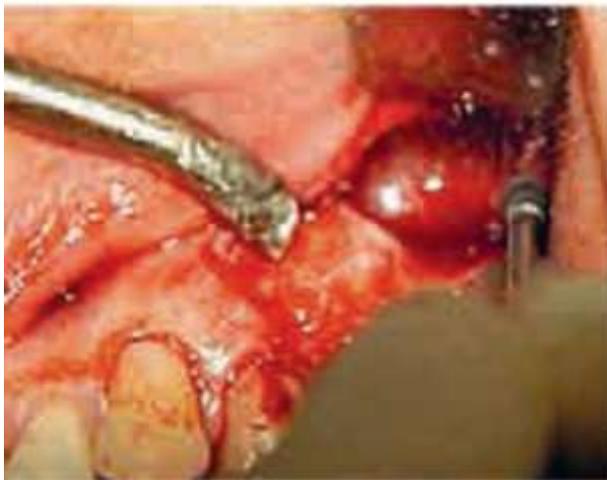


Рис. 5.13. Прижигание костной раны и заточка острых краев. Рис.



Рис. 5.14. Дно верхней челюсти сохранено.



Рис. 5.15. Заполнение костного дефекта костнопластическими материалами



Рис. 5.16. Ушивание слизисто-подкостного сгустка на место.

ВЫВОД

В результате исследования, проведенного по теме «Совершенствование комплексного лечения одонтогенных кист челюстей у детей» на диссертацию доктора философских наук (PhD), были представлены следующие выводы:

1. На основании анализа ретроспективных и клинических наблюдений за 96 больными с одонтогенной кистой челюсти в 2015-2020 гг. Установлено, что количество детей, обратившихся в амбулаторных и стационарных условиях, увеличивалось на 1,3-1,7% в год, а 30% в наложении костнопластических материалов на область дефекта, разработаны инструкции для детей и меры профилактики воспаления.

2. За счет эффекта покрытия области дефекта челюстной кости, созданного у экспериментальных кроликов, остеопластическим материалом, к 7-м суткам за счет находящегося в нем коллагена он переходит в эластичную форму и заполняет всю площадь челюсти. Дефект кости, на 14-е сутки она размягчается и становится пористой за счет врастания сосудов в материал, а на 21-е сутки вокруг сосудов появляется кровь между костным материалом, костными балками, развитие концентрических костные пластинки из костных балок вокруг кровеносных сосудов, врастающих в костный материал через 30 сут, трансформация концентрических костных пластинок между костным материалом в пластинчатую костную ткань к 60 суткам подтверждена гистологически.

3. Цистэктомия в области дефекта, образовавшегося после операции по поводу одонтогенной кисты челюстной кости у больных с применением остеопластических материалов. При общепринятой операции денситометрический индекс в области дефекта составил 40 ± 5 в 1 сутки. После операции, 45 ± 5 через 1 мес после операции, 55 ± 5 через 3 мес, через 6 мес после операции 65 ± 5 , 75 ± 5 результаты зарегистрированы через 12 мес, при этом денситометрический индекс в области дефект при использовании предложенного нами костно-пластического препарата «А-Oss» составил 50 ± 5 , через 1 сутки после операции, 70 ± 5 , через 1 месяц после операции, 90 ± 5 , через 3 месяца 110 ± 5 через месяц, 170 ± 5 через 12 месяцев были зарегистрированы в эффективных результатах.

4. С целью заполнения костной полости после цистэктомии применение остеопластического препарата «А-Oss стимулирует регенерацию периостальной и эндостальной костей, а к концу года, независимо от размера и процесса полости, костной полости заполняется новообразованной костной тканью.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE
TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE**

TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE

BOBONAZAROV NAVRUZ HABIBILLAEVICH

**IMPROVEMENT OF COMPLEX TREATMENT OF
ODONTOGENIC CYSTS OF JAW BONES IN CHILDREN**

14.00.21 – Stomatology

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

Ташкент 2022

The theme of doctor of sciences dissertation (DSc) was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of Republic of Uzbekistan under number B2020.4.Phd/Tib1550

The dissertation has been prepared at the Tashkent state dental institute.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of Scientific Council (www.tsdj.uz) and on the website of «ZiyoNet» information and educational portal (www.ziynet.uz)

Scientific leader: **Azimov Aziz Mukhamadzhanovich**
Candidate of medical sciences, dotsent

Official opponents: **Supiev Turgan Kurbanovich**
Doctor of medical sciences, professor
(Kazaxstan)

Baimuradov Shukhrat Abduzhalilovich
Doctor of medical sciences, professor

Leading organization: **SAMSUNG medical centr
university(Korea)**

Defense will take place «_____» _____ 2022 at _____ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 at the Tashkent state dental institute at adress: (Address: 100047, Tashkent, Yashnaobod district, Makhtumkuli street, 103. Phone/fax: (+99871) 230-20-65, e-mail: uzmedicine@mail.ru)

Doctor of sciences (DSc\) dissertation is registered in Informational-resource centre of Tashkent state dental institute, registration number № _____, the text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: (Adress: 100047, Tashkent, Yashnaobod district, Makhtumkuli street, 103. Tel: (+99871) 230-20-65. e-mail: uzmedicine@mail.ru; fax: (+99871) 230-47-99.

Abstract of dissertation sent out on «_____» _____ 2022 year.

(mailing report № _____ on «_____» _____ 2022 year).

N.K. Khaidarov

Chairman of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, docent

L. E. KHasanova

Scientific secretary of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, docent

A.A. Yuldashev

Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences professor

INTRODUCTION (abstract of the doctoral (candidate's) dissertation)

The purpose of the study to study the use of an osteoplastic drug to stimulate osteogenesis in the treatment of odontogenic cysts of the jaw bones in children in an experiment and in a clinic.

The objectives of the study are:

study and evaluation of the results of treatment of patients with odontogenic jaw cysts based on clinical, radiological, retrospective analysis;

to study the effect of an osteoplastic preparation on osteogenesis in the elimination of an artificially created defect in the jaw bones of experimental animals and to justify its use in the clinic;

clinical, radiological, densitometric evaluation of the results of cystectomy surgery performed using an osteoplastic preparation for a defect caused by an odontogenic cyst of the jaw;

conducting a comparative analysis of the results of surgical treatment of odontogenic cysts using traditional and proposed osteoplastic preparation.

The scientific novelty of the study is as follows:

it is based on experience that the collagen fibers contained in the preparation used for an artificially created defect in experimental animals are rough at first, and after a while they become lamellar, preventing the destruction of bone tissue around the bone tissue defect.

Osteoplastic material used to eliminate the defect formed in odontogenic cysts of the jaw bones in children stimulates osteogenesis, that is, due to the rapid accumulation of osteoblasts due to the pure low-crystalline hydroxyapatite contained in it. For the first time, the formation of a layer of collagen fibrous bones, the resulting rapid penetration of tissues into blood vessels and, as a result, optimal conditions for osteoblast ossification were determined.

According to the results of X-ray studies after 12 months of the method used, it was found that a fully regenerative regenerate appears at the site of the defect formed due to the cyst and that it.

Implementation of the research results. Based on the scientific results obtained to improve the complex treatment of odontogenic cysts of the jaw bones in children using the proposed bone-plastic material: The methodological recommendations "Improving the therapeutic tactics of odontogenic jaw cysts in children using bone material", developed on the basis of scientific results and aimed at improving the tactics of treatment of odontogenic jaw cysts in children (reference no. 8n-r/480 from the Ministry of Health of June 11, 2021). This methodological recommendation allowed to improve the tactics of treatment of odontogenic jaw cysts in children and to shorten the treatment time;

Methodological recommendations "Method of treatment of odontogenic jaw bone cysts in children using osteoplastic materials A-Oss" are developed on the basis of scientific results aimed at developing methods of treatment of odontogenic jaw cysts in children using bone-plastic materials "A-Oss". Materials approved (June 6

The structure and volume of the dissertation. In total, 10 scientific papers have been published on the topic of the dissertation, of which 8 articles have been

published in scientific publications recommended for publication of the main scientific results of the dissertations of the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan, including 3 in the Republic and 5 in foreign journals.

The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, a list of references and appendices. The volume of the dissertation was 115 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть, I part)

1. Бобоназаров Н.Х., Дусмухаммедов М.З., Дусмухаммедова Д.К., Омонов А.Р. К вопросу о лечении одонтогенных кист челюстных костей у детей // Биомедицина ва амалиёт журнали 6 жилд, 1 сон 2021. С. 327-334
2. Бобоназаров Н.Х. Болаларда юз суякларнинг одонтоген кисталарини Модификациялаш ва даволашни такомиллаштириш // Биомедицина ва амалиёт журнали 6 жилд, 5 сон 2021. С. 23-30
3. Бобоназаров Н.Х., Ахророва М.Ш. Совершенствование лечебной тактики одонтогенных кист челюстей у детей с использованием костного материала // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, специальный выпуск, 2021. С. 411-415
4. Bobonazarov N.H., Dusmuhammedov D.M. Improvement of Treatment of Odontogenic Cysts of the Jawbone in Children // The American journal of Medical sciences and Pharmaceutical Research, Volume 03 Issue 09, 2021. P. 50-60
5. Бобоназаров Н.Х., Дусмухаммедов Д.М., Омонов Р.А. К вопросу о лечении одонтогенных кист челюстных костей у детей // Биология ва тиббиёт муаммолари., №2 2021 (127). С. 256-260
6. Бобоназаров Н.Х., Бобоназаров Ш.Х., Дусмухаммедов М.З., Дусмухаммедов Д.М., Рахматова М.Х., Рахматова С.А. Болаларда жағ суякларининг одонтоген кисталарини комплекс даволашда жағ суяк тўқимаси репаратив регенерациясининг морфологик хусусиятлари //

II бўлим (II часть, II part)

7. Бобоназаров Н.Х. Клинический случай лечения одонтогенной кисты после удаления зуба с использованием остеопластических материалов А-Oss // Материалы международной научно-практической конференции «междисциплинарная интеграция в Современной челюстно-лицевой хирургии» 26 июн, 2021 г. 9-11 с.
8. Бобоназаров Н.Х., Дусмухаммедов Д.М. Morphological features of jaw bone tissue regeneration during complex treatment of odontogenic jaw bone cysts in children // International scientific and practical conference MODERN VIEWS AND RESEACH. 2022. P. 112-115
9. Бобоназаров Н.Х., Дусмухаммедов Д.М. Морфологические особенности регенерации костной ткани челюсти при комплексном лечении одонтогенных кист челюстных костей у детей // Международная конференция «Инновационное развитие науки и образования», 2022, Павлодар, Казахстан. С. 203-206