

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АКАДЕМИК В. ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ – АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**« ЖАРОҲАТЛАР ВА КУЙИШЛАР
ОҚИБАТЛАРИДАГИ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАР »
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

«Академик В. Вахидов номидаги

РИХИАТМ» ДМ Директори

С.И. Исмаилов



2025 йил

**« ЖАРОҲАТЛАР ВА КУЙИШЛАР
ОҚИБАТЛАРИДАГИ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАР »
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

МУНДАРИЖА

" ЖАРОҲАТЛАР ВА КУЙИШЛАР ОҚИБАТЛАРИДАГИ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАР " НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	5
" ЖАРОҲАТЛАР ВА КУЙИШЛАР ОҚИБАТЛАРИДАГИ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАР" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	28
" ЖАРОҲАТЛАР ВА КУЙИШЛАР ОҚИБАТЛАРИДАГИ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАР" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	39

**« ЖАРОҲАТЛАР ВА КУЙИШЛАР
ОҚИБАТЛАРИДАГИ ПЛАСТИК ОПЕРАЦИЯЛАР »
НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

1. КИРИШ

Шикастланиш ва куйишлар оқибатлари – куйишдан кейинги ва шикастланишлар натижасида функционал ва (ёки) косметик жароҳатлар келиб чиқади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, «ҳар йили 5 миллион киши турли хил жароҳатлар натижасида касалхонага ётқизилади, уларнинг деярли 50 % 15 ёшдан 44 ёшгача бўлган ёшларга тўғри келади» (World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2014). Шикастланиш ва куйиш оқибатлари бўлган беморларни реабилитация қилиш, реконструктив ва пластик жарроҳликнинг энг қийин муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Чандиқли деформациялар ва контрактуралар жабрланувчиларнинг 23 % да, тана сиртининг 10% дан кўпроғини қамраб олган чуқур куйишлар — 40-55 % беморларда учрайди (Мадаминов А.М., 2019). Куйишнинг оқибатлари ва жароҳатлар улар, шунингдек, психо-эмоционал ҳолатнинг бузилишига ҳисса қўшади, умидсизлик, ноқислик, ноаниқлик ҳиссини келтириб чиқаради, шахснинг маънавий ва меҳнат қобилиятларини пасайтиради, кўпинча неврозлар, стенокардия, гипертония касалликларининг ривожланишига олиб келади ва баъзида беморнинг тўлиқ ногиронлигига олиб келади. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, жароҳатдан кейинги ва чуқур куйиш билан оғриган беморларнинг 40% дан 75 % гача реконструктив пластик жарроҳлик амалиётига муҳтож (Юденич В.В., Гришкевич В.М., 1986; Белоусов А.Э., 1998; Островский Н.В., 2006; Пшениснов К.П., 2010; Шаробаро В.И., Мороз В.Ю., Юденич А.А. ва бошқ., 2011, 2013).

Ушбу клиник протоколни ишлаб чиқиш учун қуйидаги манбалар асос қилиб олинган:

1. Пластик, реконструктив ва эстетик жарроҳлик. Белаусов А.Э, Санкт - Петербург 1998.:<https://www.mmbook.ru/catalog/arhiw/101453-detail>

2. Болаларда куйгандан кейинги чандиқларни реабилитация қилиш: хусусиятлар, хатолар, ечимлар. Муаллифлар: Афоничев К.А.,

Филлипова О.В., Баиндурашвили А.Г. Россия травматология ва ортопедияси. Санкт-Петербург, 2010 йил.

Ҳавола: <https://journal.rniito.org/jour/article/viewFile/492/485/>

3. Бош ва бўйин нуқсонларини реконструкция қилишда ўмров усти лахтаги (адабиётни ўрганиш). Саприна О.А., Азизян Р.И., Ломая М.В. Бош ва бўйин ўсмалари. 2017; 7(1): 46-49.

1) МКБ кодлари :

МКБ-10	
T90 Бош жароҳатларининг оқибатлари	
T90.0	Юзаки бош жароҳати оқибатлари
T90.1	Очиқ бош жароҳати оқибати
T90.8	Бошқа кўрсатилган бош жароҳатлари оқибатлари
T90.9	Аниқланмаган бош жароҳати оқибати
T91 Бўйин ва магистраль шикастланишларнинг оқибатлари	
T91.0	Юзаки травма ва бўйин ва трунка очик яра оқибатлари
T91.8	Бошқа бўйин ва магистраль шикастланишларнинг оқибатлари
T91.9	Аниқланмаган бўйин ва магистраль травма оқибати
T92 қўл шикастланишининг оқибатлари	
T92.0	Қўл очик жароҳатнинг оқибати
T92.4	Қўл нервига шикаст етказиш оқибати
T92.5	Қўлнинг мушаклари ва пайларининг шикастланиш оқибати
T92.8	Қўлнинг бошқа шикастланиши оқибатлари
T92.9	Қўлнинг аниқланмаган шикастланиши оқибати
T93 Оёқ-шикастланишининг оқибатлари	

T93.0	Оёқ- очик жароҳатнинг оқибати
T93.4	Оёқ- нервини шикастлаш оқибати
T93.5	Оёқ- мушаклари ва пайлари шикастланиш оқибати
T93.8	Оёқнинг бошқа белгиланган шикастланишлари оқибатлари
T93.9	Оёқнинг аниқланмаган шикастланиши оқибати
T94 Тананинг бир нечта жойларини қамраб олган шикастланишларнинг оқибатлари ва аниқланмаган жойдаги жароҳатлар	
T94.0	Тананинг кўп жойларини қамраб олган шикастланиш оқибатлари
T94.1	Локализация томонидан кўрсатилмаган шикастланиш оқибатлари
T 95 Термик ва кимёвий куйиш ва совуқ олиш оқибатлари	
T 95.0	Бош ва бўйнининг термик ва кимёвий куйишлари ва совуқ олиш оқибатлари
T 95.1	Термик ва кимёвий куйишлар ва магистралнинг совуқ олиш оқибатлари
T 95.2	Қўлнинг термик ва кимёвий куйишлари ва совуқ олиш оқибатлари
T 95.3	Термик ва кимёвий куйишлар ва пастки экстремитанинг совуқ олиш оқибатлари
T 95.4	Термик ва кимёвий куйишлар натижалари фақат тананинг таъсир майдони бўйича таснифланади
T 95.8	Бошқа белгиланган термик ва кимёвий куйишлар ва совуқ олиш оқибатлари
T 95.9	Номаълум термик ва кимёвий куйишлар ва совуқ олиш оқибатлари
Ҳавола: www.mkb-10.com/updates/	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил 10 март, қайта кўриб чиқиш санаси 2030 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар

тегишли хужжатларда эълон қилинади. Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса: «академик В. Воҳидов номидаги РСНПМТХ» давлат муассасаси. Асосий муаллифлар рўйхати, кўшимча муаллифлар жамоаси:

Ишчи гуруҳ раҳбари	Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИТАМ” ДМ директори, т.ф.д, профессор
Масъул ижрочилар	Расулов Жамшид Журабоевич - «Академик В.Воҳидов номидаги РИХИТАМ» ДМ Пластик ва реконструктив микрохурғургия бўлими раҳбари, т.ф.н.
	Аълоҳанов Лазиз Баходирович - Академик В.Воҳидов номидаги РИХИТАМ» ДМ Пластик ва реконструктив микрохурғургия бўлими шифокори

Такризчилар:	Маликов М.Кх. — Академик Н.У. Усманов Абу Али ибн Сино номидаги ТДМУ давлат таълим муассасаси, т.ф.д., доцент, хирургик касалликлар кафедраси мудири №2 (Тожикистон Республикаси)
	Фаёзов А.Д. — «РИШИТАМ» ДМ, Комбурниология бўлими раҳбари, т. ф.д., профессор

Клиник протоколни муҳокама қилиш академик В. Воҳидов номидаги РСНПМТСХ давлат куниверситети илмий Кенгашининг мажлисида ўтказилди - протокол №2 15.03.25й.

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

1. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Бош жарроҳи, «Академик В.Воҳидов номидаги РИХИТАМ» ДМ, 1-сонли гепатобилиар жарроҳлик ва жигар трансплантацияси бўлими раҳбари, т.ф.д. профессор Акбаров Миршавкат Миралимович.
2. «Академик В.Воҳидов номидаги РИХИТАМ» ДМ катталар юрак жарроҳлиги бўлим раҳбари, т.ф.д., профессор - Алиев Шерзод Махмудович.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Амалиётда клиник протоколларнинг мақбуллиги ва улардан фойдаланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлашнинг амалий бўғини вакиллари билан биргаликда амалга оширилди.

Амалиётчилар:

1. Умумий амалиёт шифокори
2. Хирурглар
3. Микрохирурглар
4. Болалар пластик хирурглари
5. Пластик хирургилар
6. Ортопед-травматологлар

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар 2-жадвалда келтирилган.

ФИИ	фермент-боғлиқ имуносорбент ишлаши
ЖТ	Жисмоний терапия
ЭКГ	Электрокардиография
УҚТ	Умумий қон таҳлил
УСТ	Умумий сийдик таҳлил

Жадвал №2 қисқартмалар рўйхати

Протокол фойдаланувчилари:

- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
- Олий таълим муассасалари мутахассислари
- Илмий-амалий тиббиёт марказлари мутахассислари
- Идоравий тиббий хизмат (ИТХ) мутахассислари
- Умумий амалиёт шифокори

- Умумий жарроҳлар
- Болалар пластик жарроҳлар
- Пластик жарроҳлар
- Ижтимоий ижтимоий фанлар
- Тиббий травматологлар

Ушбу нозологияда беморлар тоифаси: катталар ва болалардир.

Тавсияларни синфлар бўйича баҳолаш шкаласи

Тавсия синфи	Таърифи	Тавсия
I	Даволаш/текшириш/аралашувларнинг ўзига хос усуллари фойдали ва самарали эканлиги ёки умумий қабул қилинганлиги исботланган ва потенциал фойда потенциал хавф билан солиштирганда аниқ ва ундан сезиларли даражада ошади.	Тавсия этилади
II	Муайян даволаниш/текширув/аралашувнинг афзалликлари/самарадорлигига ва/ёки қарама-қарши фикрга зид бўлган маълумотлар ёки фойда ҳақида ноаниқлик/хатарлар.	Тавсия этилиши мумкин
IIa	Маълумотлар/фикрларнинг аксарияти афзалликларни/самарадорликни кўрсатади.	
IIb	Маълумотлар/фикрлар фойда/самарадорликнинг камишончили далилларини беради.	Жуда эҳтиёткорлик билан
III	Муайян даволаш/текширув/муолажа/аралашув ҳақида маълумот, ёки фойдали/самарали бўлмаган бўлган ягона фикр, ёки потенциал хавф потенциал фойдадан устун бўлганлиги ҳақида маълумот.	Тавсия этилмайди

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Даражанинг таснифи
1	Маълумот назорати билан синовларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовларни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар назорати ёки алоҳида рандомизацияланган клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш билан алоҳида тадқиқотлар
3	Йўналтирувчи усул билан изчил назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган маълумотнома усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, даволовчи ва реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Даражанинг таснифи
1	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ-ни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ бундан мустасно, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни алоҳида РКТ-лар ва тизимли шарҳлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, ишларни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

**Профилактик, диагностик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари
учун тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини (ТИД) баҳолаш
шкаласи**

ТИД	Даражанинг таснифи
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва /ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас))

2. АСОСИЙ ҚИСМИ.

2.1. Кириш.

Шикастланиш ва куйиш натижасида – куйиш ва шикастланишлар оқибатида функционал ва (ёки) косметик касалликлар келиб чиқади.

Ўтган даврда йиллар маҳаллий сабаб бўлган жароҳатлар сезиларли даражада ўсди, уларнинг жарроҳлик даволаш жиддий тиббий-ижтимоий муаммолар юқори қониқарсиз натижалар ва ногиронлик ошди[2,9]. Узок даврда жабрланувчиларнинг 60,3 % зарурат туфайли ногирон бўлиб қолиши мумкин қўл ёки қўл сегментларнинг ампутацияси, шунингдек бўғим афункциялиги ва трофик яралар» [1]. Мураккаб анатомик тузилиши ва функцияси, ривожланаётган ўзгаришларнинг хилма-хиллиги бармоқларнинг букувчи контрактураси, пайларга зарар етказиш, шунингдек қўлнинг кафтнинг юзаси деформацияси, бўғимларнинг букувчи контрактураси билан мураккаблашади, чандиқли синдактилия билан бирлашганда, бунинг сабаби даволанишнинг қониқарсиз натижалари. Шу муносабат билан куйиш оқибатларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини янада такомиллаштириш, бу замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан биридир [4,8].

2.2. Таъриф

Шикастланиш ёки куйиш, иссиқлик шикастланиши ва музлашнинг оқибатлари ҳар хил бўлиб, кўплаб сабабларга боғлиқ бўлиб, уларнинг асосийлари локализацияси жойлашиши, чуқурлиги ва майдонидир, аммо уларнинг барчаси битта анатомик субстрат - чандиқ билан бирлаштирилган. Чандиқ тананинг бириктирувчи тўқима шаклланиши орқали унинг тузилмаларини йўқотиш ёки йўқ қилишга жавоби натижасида пайдо бўлади. Ушбу тўқималарни алмаштириш ҳар доим номукамал бўлиб, алмаштириш турига қараб турли хил чандиқларга олиб келади [1, 6].

Реабилитация – бу соғлиқни сақлаш бузилиши билан тана функцияларининг доимий бузилиши натижасида келиб чиқадиган ҳаётий

фаолиятнинг чекланишларини иложи борича тўлиқ бартараф этишга йўналтирилган тиббий, психологик, педагогик, ижтимоий-иқтисодий чоратadbирлар жараёни ва тизими.

Тиббий реабилитация физиологик функцияларни тиклаш ва ривожлантиришга қаратилган терапевтик тadbирлар мажмуаси сифатида тушунилади - — беморнинг мустақил ҳаётга қайтишини таъминлаш мақсадида унинг компенсацион имкониятларини аниқлаш.

2.3. Клиник тасниф

ТАЪСИРЛАНГАН БЎҒИН ФУНКЦИЯСИНИНГ БУЗИЛИШ ДАРАЖАСИГА КЎРА:

• I даража - бўғимда ҳаракатлар биров чекланган. Шундай қилиб, елка ва тоз бўғимлари учун чекловлар 20-30 ° дан ошмайди. Тирсак, тизза, билак ва билагги бўғимлари учун ҳаракат диапазони функционал жиҳатдан қулай ҳолатдан камида 50 ° оралиғида сақланади;

• II даража — бўғим ҳаракатлар сезиларли даражада чекланган. Елка ва кестириб бўғимлари учун ҳаракат диапазони 50 ° дан ошмайди, тирсак, билак, тизза ва тўпиқнинг бўғимлари учун — 45-20 ° гача;

• III даража — ҳаракатланиш чекланган. Бўғимлар функционал жиҳатдан фойдали бўлса ёки анкилозга боғлиқ қимирсизлик мавжуд бўлса, ҳаракат диапазони 15 ° дан ошмайди;

• IV даража – Бўғим ҳаракатланиш чеклаган. III даража фарқли функционал жиҳатдан ноқулай ҳолати билан.

ЧАНДИҚ ТЎҚИМАСИНИНГ ТУРИГА КЎРА:

- Атрофик;
- Гипертрофик;
- Келоид.

Атрофик чандиқлар атрофдаги соғлом тери сатҳидан паст бўлган ажин излари. Улар яранинг секин шифо берганида ва жуда оз сонли бириктирувчи тўқима толалари ҳосил бўлганда пайдо бўлади.

Гипертрофик чандиқ — эпителия билан қопланган, тепаликли юзага эга калин, зич тузилмачалар, кўпинча ёриқлар билан кесилади. Гипертрофик чандиқлар ҳеч қачон зарарланган ҳудуддан ташқарига тарқалмайди, улар жароҳатнинг эпителиализациясидан кейин 6-12 ой ичида шаклланади. Гипертрофик чандиқ шаклланишида икки асосий омил етакчи роль ўйнайди: яра нуқсонининг катта ҳажми ва функционал фаол соҳаларда чандиқнинг доимий шикастланиши. Эпидермиснинг доимий травматизацияси, кўз ёшлари ва ошқозон яралари сурункали яллиғланиш жараёнини кўллаб-қувватлайди, бу эса чандиқнинг юмшатилишига тўсқинлик қилади.

Келоид чандиғи, аслида, соғлом тери сатҳидан кескин кўтариладиган ўсимта каби шаклланиш, тепалик, зич, циянотик рангли пушти рангга эга. Барча турдаги чандиқлар орасида келоид чандиқлари тахминан 15% ни ташкил қилади. Бу чандиқ ўткир оғриқ беради, кўпинча қичишиш билан бирга келади. Чандиқ унинг базасидан кенгроқ ва атрофдаги терининг қирраларига осилган. Келоид чандиқлари меланоцитларнинг энг юқори контсентрацияси ҳудудида ҳосил бўлиш эҳтимоли кўпроқ. Улар деярли ҳеч қачон кафт ёки оёк кафтида бўлмайди, бу ерда терида меланоцитлар мавжудлиги минимал бўлади. 6, 8 ва 10 ойдан кейин мунтазам чандиқ жойида келоид чандиқларнинг пайдо бўлиши характерлидир. Бу гипофиз безидан физиологик фаолияти ошди даврларида келоид чандиқлари инсандан юқори бўлади (балоғатга етиш). Келоид чандиқларининг пайдо бўлишига мойиллик баъзи одамларда доимий белгига эга эмас. Масалан, бир марта келоид чандиғи бўлган беморда келажакда бундай излар бўлмаслиги мумкин. Маҳаллий иммунологик реакция уларнинг патогенезида ҳам муҳим роль ўйнайди.

Келоид чандиқни ривожланишининг динамикаси уч давр билан тавсифланади:

- 1) уларнинг тез ўсиши;
- 2) фибробластогенез жараёнларини барқарорлаштириш;
- 3) тескари ривожланиш.

Ушбу босқичлар 1-3 йил ичида бажарилади. Келоид чандиқларнинг ўсишининг интенсивлиги доимий эмас, аммо уларнинг тескари ривожланиш жараёнлари кўпроқ индивидуал хусусиятларга эга. Тескари ривожланиш жараёни тугагандан сўнг этук келоид чандиғи нозик, юмшоқ, хира ва кўпроқ силжийди. Бунинг сабаби шундаки, кўпчилик ҳолларда ички қисмдан, тери ости тўқимаси билан чегарада, у эрда бириктирувчи тўқиманинг ям-яшил қатлами камбағал капилляр тармоғи билан бириктирувчи тўқиманинг ям-яшил қатлами — оралик қатлам [8].

Куйишнинг оқибатлари куйидагича бўлинади:

- чандиқли деформациялар;
- чандиқли нуқсонлар;
- чандиқли контрактура.

Айрим анатомик ҳудудларнинг деформацияси ва (ёки) контрактураси, жарроҳлик даволашни талаб қиладиган функционал бузилишларнинг хусусияти ва оғирлиги бўйича букувчи, ёзувчи, олиб келувчи ёки олиб кетувчи, комбинацияси; бошланғич ўзгаришларнинг локализациясига мувофиқ — дерматоген, десмогеник, тендоген, миоген ва артроген бўлиши мумкин. Жадвал №3 Чандиқларининг қисқача тавсифини

Турлари	Сабаблар
Дерматогенные	Тери ўзгариши туфайли.
Десмогенные	Фасция ва боғламларнинг қисқариши натижасида
Тендогенные	Пайларинг шкастланиши, пайларнинг ва пайларини қобиқларнинг қисқариши
Миогенные	Мушакларнинг шкастланиши, эластикликнинг пасайиши, иннервация бузилиши
Артрогенные	Бўғим сиртларининг деформацияси, бўғим ичидаги ёпишқоқликлар, капсула деформацияси

<https://journal.rniito.org/jour/article/viewFile/492/485>

Жадвал 3. Чандиқларни функционал шкастланиш туралари.

2.4 Касаллик ташхисини қўйиш мезонлари.

Ташхис қуйидагилар асосида аниқланади

- 1) анамнестик маълумотлар (характерли шикоятлар, маҳаллий ҳолат)
- 2) бевосита текшириш (пальпация пайтида мушаклар ва бўғимларнинг оғриқлилиги ва ҳаракатини аниқлаш)
- 3) инструментал текширув (экстремиталарнинг нервлари функциясининг шикастланишини аниқлаш)

Аниқланган деформациялар қуйидагича тақсимланади:

- Букувчи контрактуралар
- Букувчи – ёзувчи контрактуралар
- синдактилия
- Бирлашган нуқсонлар.

2.5 Этиологияси ва патогенези.

Этиологик омил - шикастланиш ва (ёки) қуйишлар (олов, иссиқ суюқлик, кимёвий, электр жароҳатлари) ва унинг битиши пайтида ҳосил бўлган чандиқлар. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37743873/>.

2.6 Травмадан кейинги ва қуйишдан кейинги деформациялар бўйича скрининг ўтказилиши керак.

3. Текширув ва тадқиқот усуллари, тиббий процедуралар ва диагностика жараёнларига ёндашувлар

3.1 Шиикоятлар ва анамнези

Умумий шикоятларни тўплаш, анамнез, жисмоний ва инструментал текширувга асосланади.

Текширувлар умумлаштирилган стандартга мувофиқ амалга оширилади.

Анамнезни тўплашда қуйишнинг тури, жароҳатдан кейинги давр ва жарроҳлик ва (ёки бошқа даволаш) турлари аниқланади.

Терининг ҳолати, таянч-ҳаракат ҳаракати тизими, нафас олиш, юрак-

қон томир, овқат ҳазм қилиш, сийдик йўқотиш тизимлари, шунингдек нейрпсихологик ҳолатни мажбурий баҳолаш амалга оширилади. Текширув ўтказиш вақтида аниқланган ёки лаборатория диагностика усуллари тадқиқот маълумотларига кўра нормадан сезиларли четга чиқиш, ўткир ёки сурункали касалликлар аниқланса, жарроҳлик даволаш тўғрисида қарор тегишли мутахассисликлар иштирокида амалга оширилади.

Сунг чандиқнинг жойлашуви, тарқалиши ва табиатини инобатга олган ҳолда, функционал ва косметик нуқсон баҳоланади. Дастлабки текширувда биринчи навбатда бартараф этилиши керак бўлган аниқ функционал бузилишларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга, масалан, кўз қовоқларининг очилиб қолиши (шоҳ пардани трофикаси бузилишини олдини олиш учун), микростомия (беморларнинг овқатланишини нормаллаштириш), бўйиннинг чандиқли контрактураси, оёқ-қўллардаги катта бўғинлари ва оғир даражадаги (бўғимларда ёки умуртқа поғонасида ҳаракатларнинг сезиларли даражада чекланиши ёки йўқлигида миёген ёки артроген контрактураларнинг ривожланишининг олдини олиш учун).

Бўғимларнинг ҳолатини баҳолаш учун рентген стандарт проекцияларда амалга оширилади.

Операцияларни режалаштиришда лахтакни қон томир оёқчасининг топикал ташхислаш учун операциядан олдинги ва кейинги даврда томирларида асосий қон оқимининг ҳолатини баҳолаш учун доплер ультратовуш ва дуплекс сканерлаш амалга оширилади.

Тиббий ҳужжатларни тайёрлаш учун жарроҳлик амалиёти олдида жароҳат жойини функционал нуқсоннинг оғирлигини, операцияларнинг босқичларини, асоратларини, дарҳол ва масофавий натижаларни рақамли фотосурат ва (ёки) видеокамерага қайд этиш керак.

Ишонтириш даражаси С тавсияси (далилларнинг аниқлик даражаси — 5). **Изоҳ.** Қанча вақт олдин эканлигини билиш жуда муҳим жароҳат олиш, шифо жараёни қандай давом этган, қайд этилганми мураккаблик, некротомиялар, бактериал маданият натижалари ва х.з [9].

3.2 Физикал текширув

Умумий кўрик:

Куйишнинг оқибатлари куйидагиларга бўлинади

- Чандикли деформациялар;
- Чандикли нуқсонлар;
- Чандикли контрактуралар.

Айрим анатомик ҳудудларнинг деформацияси ва (ёки) контрактураси, жарроҳлик даволашни талаб қиладиган функционал бузилишларнинг хусусияти ва оғирлиги бўйича букувчи, ёзувчи, олиб келувчи ёки олиб кетувчи, айлантирувчи, комбинацияси; бошланғич ўзгаришларнинг локализациясига мувофиқ — дерматоген, десмогеник, тендоген, миёгеник ва артрогеник [1, 2, 7].

Тавсиянинг ишонарлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилики даражаси 5).

3.3 Асосий лаборатория диагностика тадбирлари рўйхати.

Асосий (мажбурий) ташхисий текширувлар амбулатория даражасида ўтказилади.

Терининг ҳолати, таянч-ҳаракат ҳаракати тизими, нафас олиш, юрак-қон томир, овқат ҳазм қилиш, сийдик ажратиш тизими, шунингдек нейropsихологик ҳолатни мажбурий баҳолаш амалга оширилади. Текширув ўтказиш вақтида аниқланган ёки лаборатория диагностика усуллари тадқиқот маълумотларига кўра нормадан сезиларли четга чиқиш, ўткир ёки сурункали касалликлар аниқланса, жарроҳлик даволаш тўғрисида қарор тегишли мутахассисликлар иштирокида амалга оширилади.

Тавсияларнинг ишонарлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилики даражаси 4).

Изоҳлар: Умумий қон тахлили жарроҳликдан сўнг кўпинча сезиларли ўзгаришсиз қолади, аммо анемия ҳам аниқланиши мумкин, олдиндан тузатишни талаб қиладиган.

Тавсияларнинг ишонарлилик даражаси Б (ишонч даражаси) далиллар - 2).

Изоҳ. Шикастланиш оқибатларини ташхислашда муайян ўринни оёқ томирларини доплер ультратовуш текшируви билан эгалланади. Унинг натижаларини шарҳлашда шуни эсда тутиш керакки, қон томирлари топографик жиҳатдан ўз жойлашувини ўзгартиради, натижада улар чандик жараёнида иштирок этиши мумкин ва катта (ўқ) томирларга зарар етказиш хавфи чиқариб ташланиши керак [5].

Тавсияларнинг ишонарлилик даражаси - С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5).

Шошилиш ёки режалаштирилган касалхонага ётқизиш пайтида ва тестлар ўтказилган кундан бошлаб 10 кундан ортиқ вақт ўтгандан кейин стационар даражада ўтказиладиган қўшимча лаборатория тадқиқотлари:

* УҚТ;

* УСТ;

* биокимёвий қон текшируви (умумий билирубин, тўғридан-тўғри ва билвосита билирубин, Альт, аст, умумий протеин, карбамид, креатинин, электролитлар, қон глюкоза);

* коагулограмма (АПТТ, ИНР, фибриноген, ПВ, пти);

* қон гуруҳи ва RW фактори;

* ЭКГ;

* ЭхоКГ;

* Спирография;

* ОИВ қонини текшириш;

* Гепатит Б ва С;

* Вассерман Реакцияси.

* Қоннинг кислота-асос ҳолати

(https://institut-immunologii.ru/dermatology/keloid_and_hypertrophic_scar.php)

3.5 Тор мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар

- Тор мутахассисларнинг маслаҳати кўрсатмаларга мувофиқ бошқа кўшма патология мавжуд бўлганда амалга оширилади.

Кейинчалик, чандикланиш жараённинг жойлашуви, тарқалиши ва табиатини инобатга олган ҳолда кирувчи локал, функционал ва косметик нуқсон баҳоланади. Дастлабки текширувда биринчи навбатда бартараф этилиши керак бўлган аниқ функционал бузилишларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга, масалан, кўз қовоқларининг версияси (шоҳ пардани трофик касалликларининг олдини олиш), микростомия (беморларнинг овқатланишини нормаллаштириш), бўйиннинг чандикли контрактураси, оёқ-қўлларнинг катта бўғинлари ва оғир даражадаги қўл (бўғимларда ёки бўйни умуртқа поғонасида ҳаракатланишнинг сезиларли даражада чекланиши ёки чекланган бўлмаганида миёгеник ёки артроген контрактуралар ривожланишининг олдини олиш).

Бўғимларнинг ҳолатини баҳолаш учун рентген стандарт проекцияларда амалга оширилади.

Операцияларни режалаштиришда қон томир оёқчасининг ўтиш жойини топографияси ташхислаш учун, операциядан кейинги даврда томирларида ўқ қон оқими ҳолатини баҳолаш уяун доплер ультратовуш ва дуплекс текширув ўтказилади.

Тиббий ҳужжатларни тайёрлаш учун жарроҳлик амалиёти олдида шкастланган жойни турини, функционал нуқсоннинг оғирлигини, операцияларнинг босқичларини, асоратларини, янги ва кечиктирилган натижаларни рақамли фотосурат ва (ёки) видеокамерага қайд этиш керак.

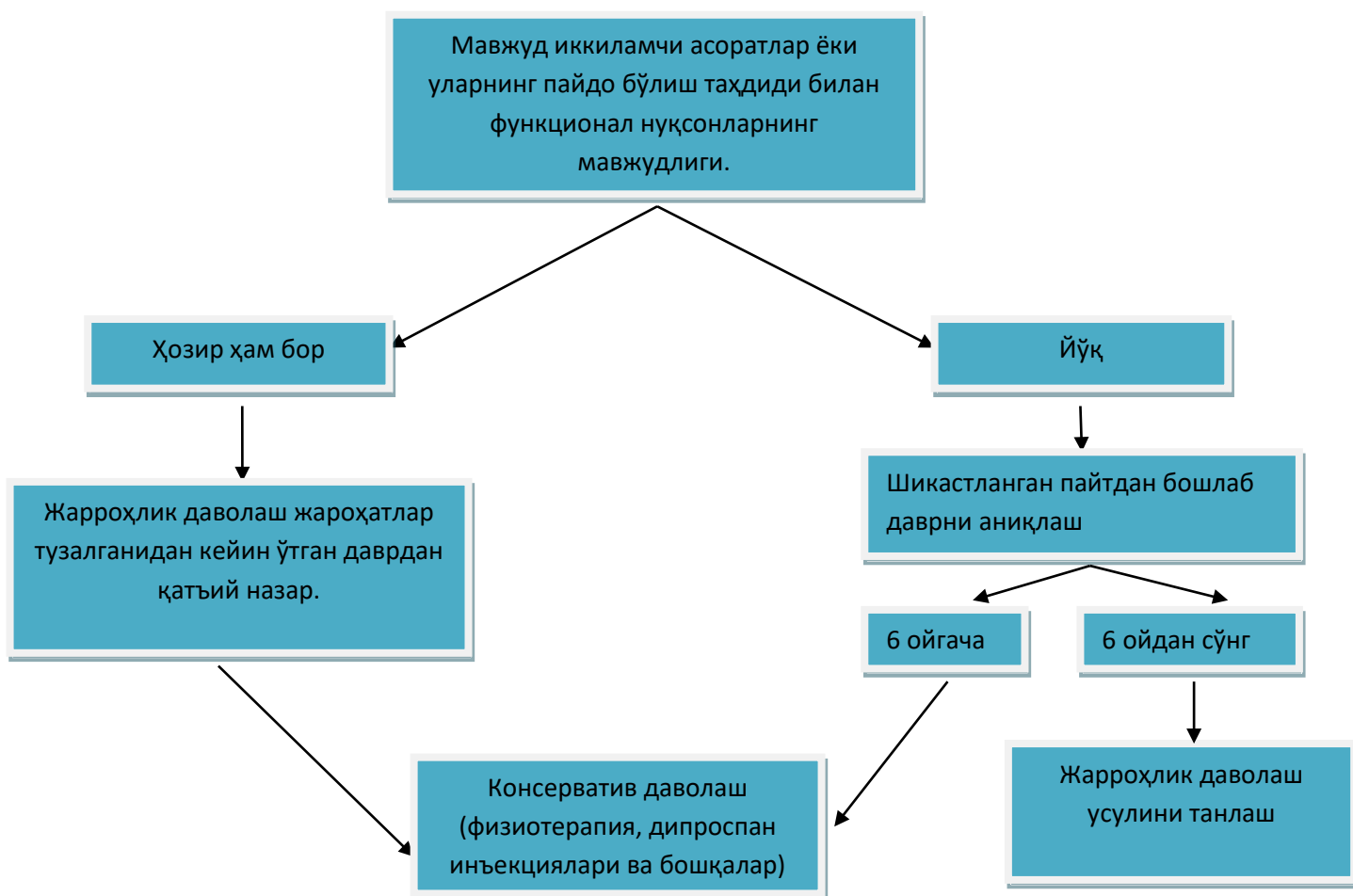
4. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ.

4.1. Травма ва куйиш оқибатларини даволаш алгоритми.

Микростомия, юқори ва (ёки) пастки кўз қовоқларининг очилиши, бўйин контрактураси ва бўғимларнинг контрактураси, қўл (лар) нинг оғир деформациялари каби муҳим функционал бузилишлар бўлса, бемор куйиш

яраси тузалганидан кейинги даврдан қатъи назар жарроҳлик даволаш учун кўрсатилади (1-расм).

Кучли функционал бузилишлар бўлмаса, пишмаган чандиқ билан (жароҳатланиш пайтидан бошлаб 6 ойдан кам бўлса), яллиғланиш жараёни тўхтагунча ва чандиқлар этук бўлгунча консерватив даволаш буюрилади (1-расм).



Расм 1. Шикастланиш оқибатларини даволаш алгоритми ва куйиш

4.1.1 Анестезия.

Анатомик худудга, ҳажмига, жароҳатига ва давомийлигига, беморнинг ўзига хос хусусиятларига қараб, куйиш оқибатлари учун пластик жарроҳлик ҳар қандай беҳушлик тури остида амалга оширилиши мумкин:

- Маҳалий оғриқсизлантриш (томир ичига седация (лар) билан ёки ундан

ҳоли холда),

- Томир орқали анестезия,
- Ўтказувчи усулда оғриқсизлантириш (томир ичига седация (лар) билан ёки ундан ҳоли холда),
- Ингаляцион оғриқсизлантириш (ларенгил ниқоби ёки тракеал интубация).

4.2 Консерватив даволаш

Беморлар учун даволаш мақсадлари юмшоқ тўқималарнинг травматик ва (ёки) куйишдан кейинги деформацияси ёпишда оптимал косметик натижалар билан ва шу билан бирга инфекция хавфини ёки бошқа асоратларни ривожланишини оширмасдан. Очiq яраларни бошқариш мақсадларига эришиш учун қайси яраларнинг инфекция хавфи юқори эканлигини аниқлаш ва ярани ёпишнинг тегишли усулини танлаш жуда муҳимдир.

Тавсия этилган болидирда очiq яралари бўлган беморларда қоқшол анатоксини қўллаш, ёш чегараларини ҳисобга олган ҳолда қоқшолнинг олдини олиш учун [8] ёки қоқшол антитоксини, ёки инсон қоқшалок иммуноглобулини [6] ёш чекловлари остида.

Тавсияларнинг аниқлик даражаси С (далилларнинг аниқлик даражаси 4).

Изоҳлар: Санитар нормаларга риоя қилишган ҳолда юқумли касалликларнинг олдини олиш бўйича санитария қоидалари ва стандартлари, қоқшол профилактикаси учун тери ва шиллиқ пардаларнинг яхлитлиги бузилган ёки шикастланишларда амалга оширилади. Фавқулодда қоқшол профилактикаси жароҳатланган кундан бошлаб 20 календарь кунгача амалга оширилади [3]. Фавқулодда қоқшол иммунопрофилактикаси учун препаратларни рецепт қилиш профилактик эмлашнинг ҳужжатли далиллари ёки қоқшол иммунитетини интенсифлигини иммунологик назорат қилиш маълумотлари мавжудлигига, шунингдек шикастланиш хусусиятини ҳисобга олган ҳолда турли хил тарзда амалга оширилади. Қоқшол фавқулодда

иммунпрофилактикаси қуйидаги шаклда амалга оширилади ёш чекловлари ҳисобга олинган ҳолда:

- пассив иммунизация ёки инсон қоқшол иммуноглобулини билан серофилактика, ва унинг йўқлигида — қоқшол антитоксин, ёш чекловларини инобатга олган ҳолда

- ёш чекловларини ҳисобга олган ҳолда одамнинг қоқшол иммуноглобулини (ва у йўқлигида — қоқшол антитоксин) ва қоқшол токсини тананинг турли қисмларига бир вақтнинг ўзида юборишдан иборат фаол-пассив профилактика;

- ёш чекловларини ҳисобга олган ҳолда илгари эмланган одамларда иммунитетни рағбатлантириш учун қоқшол токсини (ёки антиген миқдори камайган дифтерия-қоқшол токсини) билан фақулдда қайта эмлаш [3,4].

Тавсия этилган қутириш касалликнинг олдини олиш мақсадида норматив ҳужжатларга мувофиқ, ҳайвон тишлаши натижасида оёқнинг очик яраси бўлган барча беморлар учун қутиришга қарши эмлаши керак, амалдаги санитар нормалар бўйича [3].

Тавсияларнинг аниқлик даражаси С (далилларнинг аниқлик даражаси 5).

Тавсия этилган инфекциясини олдини олиш мақсадида оёқнинг очик яраси бўлган барча беморларда терининг яхлитлиги бузилган тақдирда боўлам қўйиш керак [1, 4].

Тавсияларнинг аниқлик даражаси С (далилларнинг аниқлик даражаси 5).

Изоҳлар: Жароҳатни герметик ёпиш учун боғлам билан (жарроҳлик) усулидан кўра ёпиштирувчи елим билан ярани ёпиш - камроқ оғриқ, қисқа парвариш вақти, таққосланадиган косметик натижалар, жароҳатнинг қирраларини ажралишининг бироз юқори ҳолатлари ва бошқа асоратларнинг таққосланадиган яхшироқ (далилларнинг аниқлиги даражаси 1) [6].

Қон йўқотилиши сабабли гиповолемик шокда гумон қилинган беморларнинг барча тоифаларида **тавсия этилган** уммумий айланма қонни

тўлдириш (навбатчи жарроҳнинг ёки даволовчи жарроҳ ёки ортопедик травматологнинг танлови билан – сув-электролит мувозанатини таъсир қилувчи эритмаларни трансфузияси (сув-электролит мувозанатини ва / ёки қон ўрнини босувчи моддаларни ва қон плазма препаратларини ва / ёки бошқа қон маҳсулотларини таъсир қилувчи эритмалари кўрсатмаларига кўра[1, 2].

Тавсияларнинг аниқлик даражаси С (далилларнинг аниқлик даражаси 5).

Яраларни даволашда тизимли антибактериал препаратларни қўллаш

Сув, тупроқ билан ифлосланмаган ва сутэмизувчилар тишлаши билан боғлиқ бўлмаган юмшоқ тўқималарнинг асоратланмаган жароҳатларида даволовчи тиббиёт ходими (шифокор, ўрта тиббиёт ходими) томонидан клиник ва анамнестик жиҳатдан инфекцияланмаган, тизимли антибактериал препаратларни профилактик қўллаш ҳисобланади **Тавсия этилмайди** [1, 5].

Тавсиянинг аниқлик даражаси С (далилларнинг аниқлик даражаси 5).

Изоҳлар. Асоратланмаган яраларнинг инфекциясини олдини олишнинг асосий воситаси этарли ювиш, бегона жисмларни олиб ташлаш ва жароҳатни ёпишнинг тегишли усуллари ҳисобланади.

- Сув, тупроқ ва сут эмизувчиларнинг тишлаши билан ифлосланмаган мураккаб яраларда (шунингдек инфекция хавфи юқори бўлган беморларда) **мақсадга мувофиқ** 24 соатгача антибиотик терапиясини буюринг [7].

Тавсиянинг аниқлик даражаси С (далилларнинг аниқлик даражаси 5).

Изоҳлар. Бета-лактама антибактериал препаратларнинг оғир тарихи бўлган беморлар учун 1-авлод цефалоспоринларидан бири, масалан, сефазолин танланиши керак. Бета-лактама антибактериал препаратларга аллергияси бўлган беморлар учун: болалар учун ёш чекловларини ҳисобга олган ҳолда

клиндамицинни танлаш тавсия этилади.

- Яра инфекцияси (иммун танқислиги, оғир жигар касаллиги, тишлаш соҳасида шишиш, ўрта ва оғир жароҳатлар, кўшма капсула ёки периост шикастланиши) хавфи юқори бўлган беморларда **керак** контаминация омилларига мос равишда тизимли антибактериал препаратни танлаш ва болалар учун ёш чекловларини ҳисобга олган ҳолда 3-5 кун давомида тизимли антибиотик терапиясини тайинлаш [4, 6].

Тавсиянинг аниқлик даражаси С (далилларнинг аниқлик даражаси 5).

Изоҳлар. Тузли сув билан ифлосланган яралар учун тетратцилин гуруҳидан (Ж01АА) тизимли антимиқроблар ва учинчи авлод цефалоспоринлари (Ж01ДД) билан антибактериал терапияни ўтказиш ёки фторохинолон монотерапиясини (Ж01МА) буюриш тавсия этилади. Тоза сув билан ифлосланган тақдирда флорокинолонлар (Ж01МА) ёки учинчи авлод цефалоспоринлари (Ж01ДД) ёки тўртинчи авлод цефалоспоринлари (Ж01ДЕ) буюрилиши керак. Тупроқнинг ифлосланиши ҳолатида юқори дозада бета-лактамазларга (Ж01СЭ) сезгир пенициллинларни тайинлаш керак ва сут эмизувчилар тишлагнда «Пенициллинларнинг комбинациялари, шу жумладан бета-лактамаза ингибиторлари билан комбинациялар» (Ж01СР) гуруҳидан тизимли антибиотиклардан бири ёки линкозамидлардан бирининг (Ж01ФФ) сулфанамидалар ва триметоприм комбинацияланган дориларидан бири, шу жумладан ҳосилалар (Ж01ЭЕ) билан биргаликда аллергияси бўлган беморларга буюрилиши керак бета-лактамаз антибактериал препаратлар. Бета-лактамаз, антибактериал препаратларга ёки ушбу дориларни қўллашнинг бошқа контрэндикацияларига аллергияси бўлган ҳомиладор аёллар макролидлардан бирини (Ж01ФА) рецептини кўриб чиқишлари ва даволаш самарадорлигини диққат билан кузатишлари керак. Антибиотик терапиясини ўтказишда танланган даволаниш давомийлигидан қатъи назар, ёши чекловлари ҳисобга олиниши ва тиббий фойдаланиш бўйича кўрсатмаларда тавсифланган антибактериал препаратларнинг стандарт терапевтик доза режимини танлаш керак.

МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА
НОЗОЛОГИЯДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР «ЖАРОҲАТЛАР
ВА КУЙИШЛАР ОҚИБАТЛАРИДАГИ ПЛАСТИК
ОПЕРАЦИЯЛАР »

Тошкент - 2025

1. АСОСИЙ ҚИСМ.

1.1 Жарроҳлик даволаш.

Беморлар шикастланишдан кейин ва / ёки куйиш деформациясидан кейин юмшоқ тўқималарнинг қўпол бузилиши ва деформациялари жарроҳлик шифохонасида жарроҳлик даволаш масаласини ҳал қилиш учун касалхонага ётқизиш тавсия этилади.

1.1.1. Катта бўғимларнинг контрактураси. Бўғимларидаги чандиқларнинг контрактураси ўзига хос хусусияти бўғимларнинг ҳаракатланиш узунлиги бўйлаб соғлом тўқималарнинг етишмаслиги ва кенгликнинг ортиқ бўлиши. Шундай қилиб, бўғимларидаги чандиқли контрактураларни даволашда қўшни латерал юзалардаги тўқималаридан лахтақлар билан алмаштириш принтсипи қўлланилади.

Агар маҳаллий тўқималар ётарли бўлса, пластик жарроҳлик трапециясимон ва учбурчак лакхтақлар билан билан амалга оширилади. Бу турдаги пластик жарроҳлик усули ушбу тури минимал асоратларга эга бўлган энг кам асоратларга эга.

Агар пластик жарроҳлик учун маҳаллий тўқималар ётарли бўлмаса, лекин қон томир лахтақда бўғим юзасига айланиши мумкин бўлган лахтақ мавжуд бўлса, бу турдаги пластика амалга оширилади. Айниқса, куйиш натижасида барча қўшма жароҳатларнинг ярмидан кўпини ташкил этадиган елка бўғимининг олиб келувчи контрактуралари учун афзаллик берилади. Операция олдидан ультратовуш текшируви оёқчали лахтақни озиқлантириш томирларининг ультратовуш дуплекс текшируви билан амалга оширилади. Ушбу тадқиқот асосида лахтақни операциядан олдинги белгилаш ва қон томир оёқчаси аниқлаш билан амалга оширилади.

Агар пластик жарроҳлик учун маҳаллий тўқималар ётарли бўлмаса ва қон-томирли оёқчаси биилан бўғим юзасига тиклаш мумкин бўлган лахтақ бўлмаса, тўқималарнинг етишмаслиги аутодермопластика билан қопланади. Бўғимнинг букувчи юзасига соғлом тўқималар ёки чандиқли лахтақ билан

копланиши керак, чунки кўчириб олинган тери қисқаришини ва контрактура такрорланишини олдини олиш учун.

Маҳаллий тўқималар ёки томир оёқчали лахтак билан пластик жарроҳлик имкониятлари бўлмаса, лахтакни микрохирургик анастомозлар ёрдами кўчириш мумкин, бу эса фақат бундай аралашувларни амалга ошириш тажрибаси ва қобилиятига эга муассасаларда амалга оширилиши мақсадга мувофиқдир.

1.1.2. Кўз қовоқларининг эктропионни. Эрта операцияларда такрорланишнинг олдини олиш учун зарур шарт — бу давомий чандикни ҳисобга олган ҳолда тўқима захирасини яратиш, яъни гипертузатиш. Бунинг учун юқори кўз қовоғи чандиклардан озод бўлгандан сўнг, ёноққа ушланган учта чок билан, пастки кўз қовоғи пешонага ўрнатилади. Нуқсонларни кулоқ орқасидан ёки қўлнинг ички юзасидан олинган тўлиқ қалинликдаги тери графтлари билан ёпилади. Гипертузатиш даражаси жароҳатнинг кенглиги, чуқурлиги ва куйиш жароҳатидан ўтган вақтга боғлиқ. Таъсир доираси қанчалик катта бўлса ва куйишдан кейинги муддат қанчалик қисқа бўлса, гипертузатиш даражаси 25% дан 100% гача бўлиши керак. Мисол учун, юзнинг кенг тарқалган гипертрофик ёки келоид чандиғи бўлса ва дастлабки босқичларда (2-3 ой) давом этаётган ретракцияни ҳисобга олган ҳолда деярли икки баробар резерв яратиш тавсия этилади. Жарроҳликдан кейинги 5-кунни чўзилган тикув ушлагичлари олиб ташлангандан сўнг, кўз қовоқлари гипертузатишга учрайди, аммо жарроҳликдан кейинги биринчи ой давомида нормал ҳолатга қайтади.

Кўз қовоғининг очилишини бартараф этиш бўйича операциянинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, биринчи босқич пастки ёки юқори кўз қовоқларининг энг мураккаб очилиш бартараф этади. Биринчи операциядан 1-2 ой ўтгач, юқорида кўрсатилган техникадан фойдаланган ҳолда бошқа кўз қовоқларига жарроҳлик амалиёти ўтказиш афзалдир.

1.1.3. Микростомия. Микростомиянинг шаклланиши патогенезнинг мураккаб механизми билан боғлиқ бўлиб, унда бир томондан

чандиқланишнинг физиологик жараёнлари, бошқа томондан кимёвий омиллар (туфирикнинг таркибий қисми бўлган ферментлар) ва бактериал воситалар мавжуд. Бу хусусият жуда аниқ яллиғланишга олиб келади, бу эса ўз навбатида гипертрофик чандиқларнинг фаол ўсишига олиб келади. Жарроҳлик даволаш усули маҳаллий шикастли қарама -қарши лахтақлар ва шиллик пардалар лахтақларининг қарши ҳаракатидан иборат. Жарроҳликнинг муҳим нуқтаси оғиз бўшлиғининг шиллик қаватининг трапециясимон лахтақлари билан оғиз бўшлиғининг пластик жарроҳлиги бўлиб, бу оғиз бўшлиғининг чандиқли стенозининг такрорланишини олдини олиш учун зарурий шарт ҳисобланади.

Микростомияни эрта босқичларда гипертузатиш амалга ошириш керак, чандиқ тўқималарининг давом этаётган чандиқланишини ҳисобга олган ҳолда ҳар икки томондан 4-5 мм оралиғида гипертузатиш амалга оширилади.

1.1.4. Бўйин контрактураси. Бўйиннинг оғир контрактураси трахеал интубацияда қийинчиликларга олиб келади, натижада уларнинг йўқ қилиниши умумий оғриқсизлантиришни талаб қиладиган кейинги бошқа аралашувлар учун устувор аҳамиятга эга. Бундан ташқари, бўйин контрактурасининг бирламчи йўқ қилиниши лаблар, ияк, пастки кўз қовоқлари, шунингдек, аксиллар минтақаси ва кўкрак қафаси девори каби кўшни анатомик тузилмаларга чандиқли тортишнинг пасайишига олиб келади. Бўйин контрактурасини бартараф этиш учун маҳаллий чандиқ билан ўзгарган тўқималарнинг қарши ҳаракати қўлланилиши керак, бу ортиқча кенглик ҳисобига узунликдаги тўқималарнинг етишмаслигини (кенгайиш чеклови) қоплаши керак. Маҳаллий тўқима ресурсларининг аниқ танқислиги билан уни аутодермопластика йўли билан бартараф этиш мумкин. Агар маҳаллий тўқималарда пластик жарроҳлик амалиёти имкони бўлмаса ёки муваффақиятсиз бўлса, кўкрак қафаси деворидан оёқчали лахтақлар ёки микроваскуляр анастомозлар (микрожарроҳлик операцияларини амалга оширадиган ихтисослашган бўлимларда) билан пластик жарроҳлик танлови ҳисобланади.

1.1.5. Қўлнинг шикастланиш ва куйишлари оқибати. Бармоқларнинг контрактураларини келтириб чиқарувчи чандиқли синдактилиялар ва букувчи контрактуралари катта бўғимларининг куйгандан кейинги чандиқли контрактураларига ўхшаш принтсипларга мувофиқ йўқ қилинади (юқорига каранг).

Бошқа қўл жароҳатларидан фарқли ўларок, куйиш шикастланишининг хусусиятлари куйидагилардир:

- қўл соҳасини нуқсонларини жароҳат кенглиги пластик жарроҳлик усулларини чеклайди;

- Шикастланган пайлар, бўғимлар ва суяклар билан соғлом қоплама тўқималар мавжуд эмас, натижада пайларни, бўғинларни, суякларни реконструкция қилиш учун пластик жарроҳлик озиклантирувчи (чов) лахтақдан ёки билакдан қон томирли оёқчали ёки микрожарроҳлик анастомозларда (микрожарроҳлик операцияларини амалга оширадиган ихтисослашган бўлимларда) тўлдирилади.

Акс ҳолда, қўлни реконструктив жарроҳлик амалиётлари алоҳида клиник кўрсатмаларда тақдим этилган қўл жарроҳлиги техникасига мувофиқ амалга оширилади.

1.1.6. Лаб(лар)нинг чандиқли эктропиони. Қайтувчи чандиқларни дисекция қилгандан сўнг, ҳосил бўлган жароҳатнинг аутодермопластикаси кулоқнинг орқа юзасидан ёки юқори қўлнинг ички юзасидан олинган тўлиқ қалинликдаги тери автогрефти билан амалга оширилади. Юқори ва пастки лабларнинг эктропиони мавжуд бўлса, даволаниш камида бир ой оралиғида 2 босқичга бўлиниши керак.

1.1.7. Буруннинг деформацияси ва (ёки) нуқсони. Буруннинг чекланган шикастли деформациялари бўлса, улар кўрсаткичларга кўра кўп босқичли даволаш, пешона ва юз худудларнинг атрофидаги тўқималарнинг кенг сафарбарлиги ва ресурсларини қўллаб-қувватлаш, буруннинг катталигини қисқартиришни (қисқариш, кўтариш, учини қисқартириш ёки орқа эгриликларни бартараф этиш) ёрдамида маҳаллий тўқималар билан пластик

жарроҳлик йўли билан бартараф қилиниши мумкин. Бурун қанотларининг куйишдан кейинги нуқсонлари бўлса, буруннинг ён юзаларидан айланадиган лахтак пластик жарроҳлик амалиёти аутодермопластика билан биргаликда ўтказилиши керак. Тоғайга алоқадор қисман бурун нуқсонлари мавжуд бўлса, клиник вазиятга қараб, бурун септуми, қулоқ ёки қовурғадан олинади тоғай, шакли ва бурун каркаси қайта тиклаш керак, сўнгра улар васкуляризация учун етарлича қон тўқимали тўқималар билан ёпилиши керак. Куйишдан кейинги деформациялари ва бурун нуқсонлари бўлса, биринчи навбатда тўқима нуқсонлари қайта тикланади, кейин деформация йўқ қилинади. Агар буни битта операцияда бажариш имкони бўлмаса, жарроҳлик даволаш бир неча босқичда амалга оширилиши керак.

1.1.8. Қулоқ супраси деформацияси ва (ёки) нуқсони. Қулоқ супраси, шу жумладан тоғай қисман нуқсонлар бўлса, нуқсонни худди шу ёки қарама-қарши қулоқдан олинган қулоқ лахтакларига эга бўлиб, уларни етарлича қон тўқималари билан ёпиш керак. Қулоқ юмшоғи нуқсонлари бўлса, уни маҳаллий тўқималар лахтаклари билан амалга оширилиши керак. Куйишдан кейинги субтотал ва ташқи қулоқнинг умумий нуқсонларида қовурға тоғайи ауто трансплантация қилиш йўли ва юзаки темпорал фасцияни роацияси васкулеризация қилиш билан яхши натижаларга эришиш мумкин.

1.1.9. Кирпик ва (ёки) қошларнинг йўқлиги. Кирпиклар ва қошларни эркин соч фолликулалари трансплантацияси орқали тиклаш мумкин (донор ҳудуд бош териси). Қошни шунингдек, қон томирли оёқчали (юзаки темпорал томирларга) лахтакни айлантириши бошнинг темпорал соҳасидаги лахтак билан ҳам таъмирлаш мумкин.

1.1.10. Куйгандан кейинги ва жароҳатдан кейинги аллопеция. Иложи бўлса, бир ёки бир неча босқичда сафарбар қилинганидан кейин маҳаллий тўқималар билан пластик жарроҳлик; Даволаш босқичлари оралиғи камида 6 ойни ташкил этади. Маҳаллий тўқималарнинг ресурслари етишмаслиги ёки уларнинг ҳаракатчанлиги ва эластиклиги етарли бўлмаган тақдирда, балонларни чўзиш ва босқичма-босқич чўзиш ёрдамида пластик жарроҳлик

амалиёти ўтказилади. Босқичма-босқич балонни чўзиш нуқсон ёки деформацияни чўзилган тўқималар билан алмаштириш ёки асоратлар туфайли чўзишни тўхтатиш мумкин бўлмаганда кўрсатилади.

Балон тўқималарининг чўзилиши донор ҳудудида қўшимча чандиқ ҳосил қилмасдан, деформация ёки ранг, тўқима, эластикликдаги нуқсонларнинг шунга ўхшаш жойларини қайта тиклашга имкон беради.

Биринчи босқичда соғлом тўқималарга эспандерлар (1 дан 4 гача) жойлаштирилади. Жароҳат битгандан сунг, тўқималарни чўзиш сеанслари кенгайтиргичларга суюқлик қуйиш йўли билан амалга оширилади. Етарли тўқималарнинг ўсишига эришилганда, деформация ёки нуқсон тўқималарини кесиш чўзилган лахтақ пластик жарроҳлик амалиёти билан амалга оширилади.

1.1.11. Тананинг чандиқли деформацияси. Тананинг чандиқли деформациялари тўлиқ ёки чекланган юзаларида жойлашган, баъзида кўкрак ва қорин бўшлиғи деворларининг ён сиртларини қоплайдиган, елка бўғинлари соҳасига, чов сохаларга кўчиб ўтадиган узлуксиз ёки чекланган чандиқ массивлар билан ифодаланади. Ушбу излар тананинг олдинга ва ён томонга эгиб, умуртқа поғонасининг кифозига ёки сколёзига олиб келади. Чекланган тана қисқаришларини жарроҳлик даволаш чандиқ дисекцияси ва маҳаллий ҳаётий тери лахтақларини кўчириш, тўлиқ қатлам ёки қалин бўлиниш, кўпинча тешилган тери лахтақлари билан нуқсонларни ёпиш ёки балон тўқималарини чўзишдан иборат (қаранг.4.3.10).

1.1.12. Жароҳатдан кейинги ва куйгандан кейинги сут безининг деформациялари битта ёки иккала сут бези жароҳатланган бўлиши мумкин, шунингдек, елка бўғимлари ва бўйин контрактураси билан бирлаштирилиши мумкин. Тортувчи чандиқлар, уларнинг жойлашувидан қатъи назар, бир ёки иккала сут безида уларни пастга ёки ён томонга силжитиб, худди шу тарзда йўқ қилинади. Кўпол қисқартирувчи чандиқлар олиб ташланади, юмшоқ чандиқлар кесилади, безнинг паренхимасини қисқаришдан озод қилади, юмшоқ тўқималарни маҳаллий тўқималар орқали сут безларга бир хил шакл

берилади. Соғлом тўқималарнинг этишмаслигида тери нуқсонлари тери кўчириш орқали ёпилади.

1.1.13. Ташқи жинсий аъзолар деформациялари алоҳида тортувчи чандиқлар ёки жинсий аъзоларни қоплайдиган ёки қоплайдиган узлуксиз қатлам билан намоён бўлиши мумкин. Зет-пластика ёрдамида ёки уни эркин терини экиш билан амалга оширилади. Чандиқлар билан ўралган жинсий олатни чандиқлардан озод қилинади ва тери кўчириб экилади. Аёл жинсий аъзоларининг чандиқли деформациялари, яраларни маҳаллий тўқималар билан ёпиш ва терини аутодермопластикаси йўли билан бартараф этилади. Худди шу усуллар билан човда жойлашган чандиқлар деформацияси бартараф этади.

1.1.14. Оёқ ва болдир бўғимидаги чандиқли деформациялар. Кўпинча, оёқнинг тўпиқ қисми ва болдир жойлари шкастланали. Оёқ болдир бўғимидаги куйишдан кейинги деформациялар терининг зарарланиши ва асосий тўқималарнинг бирламчи ёки иккинчи даражали шикастланиши натижасида юзага келади. Биринчи ҳолда патологик чандиқлар, иккинчисида артроген контрактуралар ва анкилоз ҳосил бўлади.

Беморларнинг жарроҳлик реабилитация тактикаси чандиқланиш жараённинг тарқалишига ва деформациянинг оғирлик даражасига асосланган бўлиши керак. Тери деформациясининг дорсал шаклида, тўпиқни тўлиқ патологик ва деформацияловчи чандиқлар ва оёқнинг орқа қисми бўғимнинг фаол зонасини бўшатиш учун бутунлай кесилиши керак. Бармоқларнинг ёзувчи контрактураси бўғимларга проксимал бўлган чандиқларнинг кўндаланг дисекцияси билан тузатилади. Бармоқларга гипертузатиш билан нормал ҳолат берилади. Шу билан бирга, синдактилияга олиб келадиган чандиқлар ажратилади. Бармоқлараро комиссурларнинг пластик жарроҳлиги трапецияли лахтак билан амалга оширилади. Тери нуқсонларини алмаштириш учун асосан тўлиқ қаватли ёки қалин сплит грефтларни эркин трансплантация қилиш кўрсатилади.

Пластик жарроҳлик учун мос бўлган юмшоқ тўқималарнинг этишмаслиги

туфайли оёқнинг плантар сиртидаги нуқсонларни даволаш турли лахтақлар ёки озиклантириш лахтақлар ёки микрохирургик анастомозларда (микроваскуляр операцияларни амалга оширадиган ихтисослашган бўлинмаларда) пластик жарроҳлик кўринишида тагликнинг бузилмаган тери жойлари орқали амалга оширилади.

1.2. Куйишдан ва жароҳатдан кейинги чандиқларда қўшимча операциялар.

Жароҳатлар оқибати беморларнинг ўзига хос хусусияти шикастланиш бу, коида тариқасида, шикастланиш даражаси катталиги. Шунинг учун операциялар, касалхонага ётқизилиш, операция олди стресслар, мумкин бўлган асоратлар ва реабилитация вақтини камайтириш учун турли анатомик соҳаларда ялпи чандиқли деформацияларини ва контрактураларни бартараф этиш бўйича бир вақтнинг ўзида операцияларни бажариш тавсия этилади.

Кўз қовоғининг эктропионини бартараф этиш бўйича операцияларни микростоми ёки аниқ бўйин контрактурасини бартараф этиш билан бирлаштириш тавсия этилади. Агар бир нечта бўғимларнинг чандиқли контрактураси мавжуд бўлса, иложи бўлса, улар бир босқичда йўқ қилинади. Куйишдан кейинги деформациялар турли анатомик соҳаларда локализация қилинган ҳолларда уларни бартараф этиш учун бир вақтнинг ўзида биргаликда операциялар амалга оширилади. Бироқ, иккала ёки қўлнинг бўғимлари контрактураси бўлса, уларни бир босқичда операция қилмаслик керак, шунинг учун беморлар операциядан кейинги даврда ўзларига ғамхўрлик қилишлари мумкин. Худди шу нарса жарроҳликдан сўнг беморларни иммобилизация қилишнинг олдини олиш учун пастки экстремиталарнинг зарарланишида ҳам амалга оширилиши керак.

2 Асоратлар, уларнинг олдини олиш ва даволаш.

Чандиқни яраси бўлмаган ҳолда куйиш оқибатлари бўйича 3 соатдан кам давом этадиган пластик жарроҳлик, антибиотиклар профилактикаси ва (ёки) терапия ўтказилмайди.

Чандиқ яраси бўлган ва операция давомийлиги 3 соатдан ортиқ бўлган чандиқларда операция олди антибиотиклар профилактикаси амалга оширилади. Препаратни олдини олиш мақсадида антибактериал препарат тери кесмасидан 30-40 дақиқа олдин (1 соатдан олдин) томир ичига киритилади. Профилактика учун ишлатиладиган антибактериал препаратнинг ярим умридан ($T_{1/2}$) операция давомийлиги 2 баробар кўп бўлса, антибактериал препаратнинг қўшимча дозаси 3-4 соатдан кейин қўлланилади. Элиминация ярим умри ($T_{1/2}$): цефалоспоринлар III авлодга 80 дақиқа – 1:20 дақиқа – 3-4 соат ичида такрорий киритилади; Цефалоспоринлар II авлодга – 2 соат – 4 соат ичида такрорий қабул қилиш; Ҳимояланган пенициллин – 1,5 соат – 3-4 соат ичида такрорий юбориш; Трициклик гликопептидлар — 6 соат — 12 соатдан кейин такрорий қўллаш; Кинолонлар / флорокинолонлар — 7 соат — 13 соатдан кейин такрорий қўллаш.

Энг яқин асоратлар, уларнинг олдини олиш ва даволаш 1 жадвалда келтирилган.

1 Жадвал.

Асоратлар, уларнинг олдини олиш ва даволаш.

<i>Мураккаблик</i>	<i>Профилактика</i>	<i>Асоратларни даволаш</i>
Аутодермал лахтаенинг тўлиқ ёки қисман лизиси	Донор зонани пухта селектив гемостази, аутодермал грефтни босим остида жойлаштириш, жарроҳлик зонасини камида 5 кун иммобилизация қилиш.	Қисман лизизация қилинган тақдирда эпителия билан даволаниш мумкин, тўлиқ лизизация қилинган тақдирда эса иккинчи операция амалга оширилади.
Лахтак остида гематомаси	Жарроҳлик вақтида пухта гемостаз, лахтак остини етарли дренажлаш,	Гематомани олиб ташлаш

	операциядан кейинги даврда Қон боимини назрати	
Операциядан кейинги ярагинг йиринглаши	Асептик ва антисептикларга риоя қилиш, агар кўрсатилса (юқорида матнда кўриб чиқинг) антибиотикларнинг профилактикаси	Этарли дренаж, антисептиклар билан санитария, сувда эрийдиган малхам ёки йодопирон билан маҳаллий даволаш, оқилона селектив антибиотик терапияси
лахтак (лар) ёки унинг бир қисми некрози	Лахтак тўқималари мулойимлик билан даволаш, тикиш пайтида жароҳатнинг қирраларнинг ҳаддан ташқари кучланишига йўл қўймаслик, керак бўлганда – лахтак қон томир оёқчасининг ультратовуш қилиш	Микроцеркуляцияни яхшилаштирувчи дори дармонлар, некрэктомия, сувда эрийдиган малхамлар билан консерватив терапия, отодермопластика яхшилаш препаратлари
Микрохирургик анастомозлар тромбози	Анастомозни қўллашнинг тўғри усули, томирни бурилиши олдини олиш, букилтирмастлик ёки чўзилтирмастлик, керак бўлганда – қон томир аутовеноз қўшимчаларини қўллаш.	Ўз вақтида ташхис қўйиш ва анастомозларни қайта тикиш

**“ЖАРОҲАТЛАР ВА КУЙИШЛАР ОҚИБАТЛАРИДАГИ ПЛАСТИК
ОПЕРАЦИЯЛАР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА,
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент 2025

I. Асосий қисм.

1.1. Кириш

Чокларни олиб ташлашга ва жароҳатдан кейинги жароҳатларни даволангунга қадар, яъни жарроҳликдан кейинги дастлабки 2 ҳафта ичида беморларга жарроҳлик соҳасида ҳаракатни чеклаш тавсия этилади. Аутодермопластикани амалга ошираётганда, лахтакни даволаш учун дастлабки 5 кун давомида қабул қилувчи майдон қаттиқ бандаж билан иммобилизация қилинади.

Келгусида фаол терапевтик машқлар тавсия этилади, улар зарар кўрган бўғимларда тўлиқ ҳаракатларни ривожлантириш ва тиклашга қаратилган.

Яра битишида кўпол келоид ва гипертрофик чандиқ шаклланишининг олдини олиш учун, ва, шунга кўра, деформациялар ва контрактурларин олдини олиш учун, мураккаб консерватив даволаш тавсия этилади — маҳаллий даволаш (33-42 мм симоб устини III даража билан сиқиш бандажларини кийган, чандиққа қарши чандиқ ичига кортикостероид дорилар инъекция қилинади), физиотерапия (электрофорез, гормонал ва чандиққа қарши дорилар билан ультратовуш, магнетотерапия). Бу комплекс жарроҳлик реабилитация босқичлари ва ундан кейин белгиланади, чунки чандиқ тўқималарининг шаклланиши ва пишиб этишигача тугагунга қадар самарали бўлади, яъни чандиқ мавжудлигининг дастлабки 1-1,5 йилларида намаён бўлади.

Беморлар пластик жарроҳликдан сўнг бу натижани сақлаб қолиш мақсадида профилактика ва реабилитация тадбирларини, санаторий-курорт даволашни ўтказиш тавсия этилади [5].

Тавсияларнинг ишонарлилик даражаси С (далилларнинг ишончилилик даражаси (5)).

2.1 ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ ВА МУОЛАЖАЛАРИ.

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши бўлиб, у юқори саломатлик ҳолатини таъминлаш ва унинг олдини олиш учун давлат,

ижтимоий-иқтисодий, гигиэна ва тиббий-тиббий хусусиятдаги чора-тадбирларни ўз ичига олади ва касалликни ривожланишини олдини олади. Контрактура ривожланишнинг олдини олиш одатда биринчи, иккиламчи ва учинчи даражага бўлинади.

Бирламчи олдини олиш касалликнинг олдини олишга қаратилган:

- Хавфсизлик қоидаларига мувофиқлиги
- Тўғри кун тартибни ташкил қилиш
- Дозаланган жисмоний фаолият, кундалик ишларни оқилона ташкил этиш.

Иккиламчи олдини олиш Беморга йўналтирилган куйиш шикастланиши тарихи ва такрорлаш ва асоратлар эҳтимолини камайтириш, прогрессив ривожланишнинг олдини олиш ёки секинлаштиришга қаратилган контрактура. Иккиламчи профилактика жараёнида вақти-вақти билан рўй берадиган «меъёр» дан чайқалишларни тузатиш муҳим аҳамиятга эга. Шу сабабли, ушбу босқичда аҳолини мажбурий тиббий кўриқдан ўтказиш, хавф гуруҳига кирувчи беморларни мунтазам тиббий кўриқдан ўтказишнинг аҳамияти ошади:

- Санаторий-курорт даволаш.
- Доимий беморлари бўйича мутахассислар томонидан кўриқдан ўтказилади.

•Психологик қулайлик жуда муҳим: баъзида стресс ва асаб касалликлари ҳам муҳимроқ бўлиши мумкин, невротик ҳолатларнинг ривожланишининг сабаби.

Учинчи даражали олдини олиш, беморларда аллақачон юзага келган асоратларни камайтиришга қаратилган, шакли ва мазмуни жиҳатидан иккинчи даражали ҳолатга жуда яқин. Ушбу тиббий профилактика беморнинг ногиронлигини реабилитация қилиш ва олдини олиш бўйича чора-тадбирлар мажмуасини ўз ичига олади ва илмий йўналиш сифатида касалликнинг давомийлигини ошириш йўллари излаш билан

(https://elearning.volgmed.ru/pluginfile.php/563213/mod_resource/content/1/ПРОФИЛАКТИКА.pdf).

2.2 Реабилитация чоралари.

Реабилитация «соғлиғи бузилган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини камайтиришга қаратилган чоратadbирлар мажмуи» деб таърифланади. Бошқача қилиб айтганда, реабилитация болалар, катталар ёки қарияларга кундалик ҳаётда иложи борица автоном бўлишларига ёрдам беришга ва уларга ўқиш, ишлаш ва дам олиш, шунингдек, оилага ғамхўрлик қилиш каби муҳим ижтимоий функцияларни бажаришга ёрдам беришга қаратилган. Шу мақсадда шахс ва унинг оиласи билан биргаликда касалликларни даволаш ва уларнинг аломатларини бошқариш, ёрдамчи технологиялардан фойдаланган ҳолда эҳтиёжларини яхшироқ қондириш учун яшаш шароитларини ўзгартириш, ўз-ўзига ёрдам кўникмаларини ўргатиш ва вазифаларни хавфсизроқ ва ёрдамсиз бажариш учун мослаштириш бўйича иш олиб борилади. Ушбу стратегиялар биргаликда амалга оширилганда беморга когнитив бузилиш, кўриш ва эшитиш бузилишлари, алоқа, овқатланиш ёки ҳаракатдаги қийинчиликларни энгишга ёрдам беради.“ (<https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/rehabilitation>)

Мақсад:

- Асоратларнинг ривожланишининг олдини олиш;
- Тана ва оёқ-қўлларнинг бўғимлари функцияларни сақлаш/тиклаш;
- Оғриқ синдромини бартараф этиш;
- Хаёт сифатини яхшилаш;

Операциядан кейинги даврда, эрта бўғимлардаги ҳаракатларни фаоллаштириш ва ривожлантириш ҳажмининг аста-секин ўсиши билан амплитудасини ошириш [8, 9].

Тавсиянинг ишонарлилик даражаси Б (далилларнинг аниқлик

даражаси — 2).

Изоҳ. Бўғимларда чекланган ҳаракатлантириш одатда жарроҳлик чокларни олиб ташлангандан сўнг ва гипс олингандан сўнг 12-13 кун рухсат этилади ва 15-16 кундан кейин тўлиқ ҳаракатлантиришга рухсат берилади [1, 8]. Чекланган режимнинг давомийлиги ярани битш жараёни қанчалик ижобий бўлганига боғлиқ (бу айниқса долбзар ёнма ён бўғимларга тўғри келганда).

3. Профилактика турларини амалга оширишни аниқлаш мезонлари

- Умумий яхшилаш ва руҳий-ҳиссий беморнинг аҳволи;
- Бўғимлар функцияларни яхшилаш
- Мехнат қобилиятини тикланиши

3. Реабилитация жараёнининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари

(Фаолият, ногиронлик ва саломатликни халқаро таснифи бўйича халқаро миқёсда) – кўрсатмаларга мувофиқ. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28363298/>

4. Реабилитация босқичлари ва кўламлари

I босқич реабилитация— бўғимларда чегараланган ҳаракатланиш даври (2-4 кун) — стационар даражада

II босқич реабилитация — бўғимларда чегараланган мураббийлик ҳаракатланиш лаври (6-9 кун) — поликлиника.

III босқич реабилитация – бўғимларда мураббийлик ҳаракатланиш даври (15-20 машғулот ва ундан кўп) — реабилитациява марказда — санаторийда

5. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатувчи диагностика чоралари:

- Беморнинг жисмоний текшируви
- Электронеуромиография (агар кўрсатилса);

6. Профилактика чораларининг самарадорлиги кўрсаткичлари

Фаолият, ногиронлик ва соғлиқни сақлашнинг халқаро таснифига мувофиқ халқаро шкалаларга мувофиқ профилактика чораларининг самарадорлиги аниқланади. Ишлаш қобилиятини ошириш йўқм қўшма ҳаракатларнинг доимий чекланиши беморларда, шунингдек профилактика назорат имтиҳон марта 6 ой ичида. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25085090/>

Кўпчилик ҳолларда яхши натижа бўлади. Такдим этилган усуллар функционал нуқсонларни (бўйин ва бўғимларнинг контрактураси, кўз қовоқларининг эктропион, микростомия) йўқ қилиш имконини беради ва катта даражада ялпи косметик нуқсонларни бартараф этишга имкон беради, бу эса беморнинг тўлиқ ижтимоий ҳаётга қайтиш имконини беради.

Тавсияларнинг ишонарлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилики даражаси 5).

Беморлар жароҳатдан кейинги деформацияларни бартараф қилингандан сунг 2-3 ой ўтгач амалга оширилган 14-21 кунлик санатор-курорт даволаш тавсия этилади. Санаторий-курорт даволаш санаторийларда амалга оширилади, унинг таркибига қуйидагилар киради: водород сульфид ванналари (Фарғона вилояти «Чимён» санаторий), лойли даволаш, игнабаргли-денгиз ҳаммомлари, гидроксиди минерал сувларни ичиш [5].

Беморларни кейинги даволаш

Беморлар жароҳатдан кейинги нуқсонлар, айниқса болаларда Қуйидагилар диспансер кузатувиغا тортилади:

- УАШ / оилавий шифокор томонидан кўриқдан ўтказиш – диспансер кузатишнинг биринчи йили давомида ҳар чоракда бир марта, кейин ремиссия ҳолатида — йилига 2 марта.
- Текшириш микрожарроҳ ёки болалар пластик жарроҳи – йилига 2 марта ва 2 марта мажбурият билан Асоратларнинг олдини олиш муайян бўлса, функционал ўзгаришларнинг белгилари.
- Периферик нерв ЭМГ – тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда.

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) Маълумот ҳақида манфаатлар тўқнашуви йўқ: йўқ.
- 2) Экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари);
- 3) Протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: орқали 7-10 унинг ривожланишидан кейин ёки далиллар даражасига эга бўлган янги усуллар мавжудлигида.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Азолов В.В., Пономарева Н.А. Куйиш касаллигининг барча даврларида куйганларни реабилитация қилиш тизими: услубий кўрсатмалар. — Нижний Новгород, 2001. — 28 бет.
2. Белоусов А. Э. Пластик реконструктив ва эстетик жарроҳлик. Санкт-Петербург, Ҳиппосратес Публ., 1998. — 743 бет.
3. Островский Н.В. Куйиш жарроҳлигида муаммоли вазиятларни бартараф этишнинг баъзи усуллари ва уларнинг оқибатлари. — 2006. — Но4. — Бет. 120-121.
4. Дмитриев Г.И., Золтсев Ю.К., Дмитриев Д.Г. ва бошқ. Куйиш оқибатлари бўлган беморларни жарроҳлик реабилитацияси. Иссиқлик шикастланишининг долзарб муаммолари. — Санкт-Петербург, 2002.- П.145-146.
5. Пшениснов К. П. Курс пластик хирапий: Руководство для врачей [Пластик жарроҳлик курси: Шифокорлар учун қўлланма]. Ин 2 волс. // Рйбинск. — 2010. — Т 2. — 1432 С.
6. Юденич В.В., Гришкевич В.М. Куйганларни реабилитация қилиш бўйича қўлланма. Москва: Москва, 1986; 338 с. (рус тилида)
7. Юденич В. В. Куйишларни даволаш ва уларнинг оқибатлари. Тиббиёт. Москва. -1980. — 192 билан.

8. Шаробаро В.И., Мороз В.Ю., Юденич А.А. ва бошқ. Куйишларни даволашда эрта пластик жарроҳлик. Жарроҳ — 2011. — Но8. — 23-26-бетлар.
9. Шаробаро В.И., Мороз В.Ю., Юденич А.А. ва бошқ. Куйишдан кейин юз ва бўйнида пластик жарроҳлик. Клиник амалиёт — 2013 й. — Но4 — п.17-21.