

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ**

**"ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СИНИШИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**Тошкент-2025**

**"КЕЛИШИЛГАН"**

Тошкент давлат

стоматология институти

ректори

**Н.К. Хайдаров**



\_\_\_\_\_ 2025 йил

**"ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СИНИШИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

Тошкент – 2025

## МУНДАРИЖА

" ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СИНИШИ "НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ  
ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ ..**Ошибка!**  
**Закладка не определена.**

"ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СИНИШИ "НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ ..... 21

" ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СИНИШИ "НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ..... 35

Тошкент - 2025

**"ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СИНИШИ " НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

## 1. КИРИШ ҚИСМИ

**Юқори жағнинг синиши**-бу жисмоний машқлар пайтида юзага келадиган тегишли суякнинг яхлитлигини бузиш, унинг кучи суяк тўқималарининг кучидан ошиб кетади. Шикастланиш, қоида тариқасида, юзга кучли зарба (жанжал, бахциз ҳодиса, ишлаб чиқариш ёки маиший шикастланиш ва бошқалар), шунингдек суяк зичлигининг кескин пасайиши фонида normal ёки ҳатто minimal юк билан содир бўлади. Бундай муаммо оғир остеопороз ёки жағнинг хавфли ўсмаси ривожланиши билан юзага келиши мумкин. Кўпгина ҳолларда травма жарроҳлик даволанишни талаб қилади.

### ИСД-10 - С02 кодлари. 40 :

Код	Номи
S02.4	Ёноқ суяги ва юқори жағнинг синиши

**Миллий клиник протокол ва стандартлар иш чиқиш ва яна кўриш чиқиш еҳтимоли сана:** 2024-2027 йилги чиқиш йил ёки янги асосий далил қачон пайдо бўлади. Тақдимот етук тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда ёшон қилинади.

**Ушбу миллий клиник протокол ва стандартлар иш чиқиш учун масъул ташкилот:**

**Тошкент давлат стоматология институти (ТДСИ)**

**Миллий клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш иштирокчилари:**

Жараённи ташкил қилишда "стоматология" ишчи гуруҳи аъзолари:

1. **Шомуродов Қ.Э.**- ТДСИ, Юз-жағ жарроҳлиги кафедра мудир, профессор
2. **Ҳасанов А. И.** ТДСИ, Болалар юз-юз жарроҳлиги кафедраси доценти
3. **Амануллаев Р. А.**-ТДСИ, болалар махиллофасиял жарроҳлик кафедра мудир, ТДСИ

**Муаллифлар рўйхати:**

1. **Амануллаев Р. А.** – тиббиёт фанлари доктори, профессор.
2. **Икрамов Г. А.** – тиббиёт фанлари номзоди, доцент

**Тақризчилар:**

**Абдуллаев Ш.Ю.** - ТДСИ, Юз ва жағ касалликлари ва травматология кафедраси мудир, профессор

**Мирхайдов М. М.** - Тошкент халқаро кимё университетининг стоматология кафедраси мудири, PhD

Кўп тармоқли ишчи гуруҳ мажлисида Миллий клиник протоколлар лойиҳасини муҳокама қилиш баённомасидан ко ь чирма рақами ва санаси: Тошкент давлат стоматология институти, 2024-йил 5-сентябр, 5-баённома.

"Стоматология" кафедраси кенгаши мажлисида муҳокаманинг қисқача мазмуни ва Majlis баённомасидан кўчирма (сана, рақам): Тошкент давлат стоматология институти 2024-йил 11-сентябр, 1-сонли баённомага розилик билдирамиз.

### **Миллий клиник протоколлар ва стандартларнинг техник баҳоларини текшириш ва таҳрирлаш:**

**Мирхайдов М. М.** - тел., Тошкент халқаро кимё университетининг стоматология кафедраси мудири.

### **Соғлиқни сақлаш вазирлиги экспертлар гуруҳи экспертлари томонидан миллий клиник протокол ва стандартларни баҳолаш бо ь йича эксперт хулосаси:**

- (Исм, иш жойи, лавозими /унвони );

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.

### **Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Мувофиқлаштирувчи кенгаш Мажлиси баённомасидан кўчирма (сана, рақам)**

#### **Қисқартмалар рўйхати**

ТДСИ	Тошкент давлат стоматологияси институти
КТ	компьютер томографияси
МРТ	магнит-резонанс томография
УҚТ	умумий қон таҳлил
УСТ	умумий сийдик таҳлили
ЭЧТ	қизил қон таначалари чўкиш тезлик
ЭКГ	ЭКГ
Er	эритроцитлар
Hb	гемоглобин
HBsAg	гепатит б вирусига қарши генлар

Ушбу нозология учун протокол фойдаланувчилари;

1. Боланинг юз-юз жарроҳи.
2. Жарроҳ стоматологи
3. Умумий амалиёт стоматологи;
4. Шошилинич ва шошилинич тиббий ёрдам шифокорлари;
5. Лаборатория шифокорлари;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;

**Беморларнинг тоифалари:** касал болалар жағнинг синиши

- Миллий клиник протокол ва ушбу нозология стандартларига мос келадиган беморлар тоифаси; юқори жағнинг синиши кичик бемор болалар бор

#### Далиллар шкаласи (диагностик аралашувлар учун)

Далил даражаси	
1	Мос ёзувлар усули ёрдамида бошқариладиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари.
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш бундан мустасно, ҳар қандай дизайндаги баъзи назорат остидаги тадқиқотлар ёки баъзи рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
3	Кетма-кет назорат қилинмайдиган ва тадқиқот усулидан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули ёрдамида олиб борилган тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари.
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Даволашнинг асоси, таъсир механизми ёки эксперт фикри

#### Далиллар шкаласи (профилактика, даволаш ва реабилитация тадбирлари учун)

Далил даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Қандай дизайн бўйича тадқиқотлар, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш бундан мустасно.
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари

4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатлар ёки ҳолатлар сериясининг тавсифлари, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар.
5	Препаратнинг таъсир қилиш механизмининг асоси (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассисларнинг фикри

### Тавсияларнинг ишончлилигини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишонч даражаси	
A	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега, қизиқиш натижалари бўйича хулосалар келишилган)
B	Шартли тавсия (кўриб чиқилган маълум самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, баъзи тадқиқотларнинг услубий сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқиш натижалари бўйича хулосалар
C	Заиф тавсия (сифатли далиллар йўқ, самарадорлик мезонлари, натижалар ҳисобга олинади) муҳим ўринни егалламайди, барча тадқиқотларнинг услубий сифати паст ва қизиқиш натижалари бўйича хулосалар келишилмаган.

## 2. Асосий қисми

### 2.1. Кириш

Клиник тавсиялар (даволаш протокол)"юқори жағнинг синиши"қуйида муаммолар ечим қилмоқ учун иш ривожланган: - синиш билан касал болалар ташхис қўйиш ва парвариш қилиш буюртма ягона талаблар тўплам; - мажбурий тиббий суғурта асосий дастур иш чиқиш бирлаштириш ва лимфаденит касал болаларбилан тиббий ёрдам оптималлаштириш; - тиббий ташкилот беморга кўрсатилади тиббий ёрдам бўлиш ва сифат таъминлаш . Ушбу клиник тавсиялар тарқатиш майдон тиббий стоматологик ёрдам кўрсатиш ҳаммаси даража ва ташкилий-ҳуқуқий шаклларида тиббий ташкилотлардир .

### 2.2.Таърифлар :

**Юқори жағнинг синиши**-бу жисмоний машқлар пайтида юзага келадиган тегишли суякнинг яхлитлигини бузиш, унинг кучи суяк тўқималарининг кучидан ошиб кетади. Шикастланиш, қоида тарикасида, юзга кучли зарба (жанжал, баҳқиз ходиса, ишлаб чиқариш ёки маиший шикастланиш ва бошқалар), шунингдек суяк зичлигининг кескин пасайиши фонида normal ёки ҳатто minimal юк билан содир бўлади. Бундай муаммо оғир остеопороз ёки жағнинг хавфли ўсмаси ривожланиши билан юзага келиши мумкин. В Кўпгина ҳолларда травма требует жарроҳлик даволанишни талабқилади.

### 2.3.Синишларнинг таснифи

**Касаллик ёки ҳолатнинг таснифи (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳлари)**

Максилларар ёриқлар иккита асосий гуруҳга бўлинади: ўқ отиш ва ўқ отиш.

### **Юқори жағнинг ўқ отиш синишларининг таснифий челюсти**

Юқори жағнинг неогнестрел синишларидан фарқли ўлароқ, ўқ отиш жароҳатлари яра снарядининг кучини қўллаш жойида пайдо бўлади ва юз суякларини жалб қилган ҳолда парчаланиш хусусиятига ега бўлиши мумкин.

Юқори жағнинг ўқ отиш шикастланишининг классификацияси турли муаллифлар томонидан таклиф қилинган: И. Вилга, 1919; МС Indol, 1941; erich, 1942; Лукомский И. Г., 1943; Курландский В. ю., 1944; Збарж я. М., 1965.

Енг кўп қабул қилинган Д. Е. Танфилевнинг юқори яланғочидаги ўқ ёриқларини таснифлаш Д.Е.Танфильевабўлиб, у буюк Ватан уруши тажрибасини умумлаштириш ва таҳлил қилишдан сўнг таклиф етилган.

### **Юқори жағнинг ўқ отиш яраларининг таснифи (Танфилиев Д. Е., 1951)**

По характеру повреждения		По характеру перелома	По локализации	По виду ранящего снаряда
1. Сквозные 2. Слепые 3. Касательные	А. Изолированные а) с повреждением небного отростка б) без повреждения небного отростка Б. Комбинированные В. Одиночные Г. Множественные Д. Проникающие в полость рта и носа Е. Не проникающие в полость рта и носа	1. Линейные 2. Осколочные 3. Дырчатые 4. Со смещением отломков 4 а. Без смещения отломков 5. С изъяном кости (в том числе и отрывы) 5 а. Без изъяна кости 6. Односторонние 6 а. Двухсторонние 6 б. Сочетанные	1. В пределах зубного ряда 2. За пределами зубного ряда	1. Пулевые 2. Осколочные

### **Юқори жағнинг синишларининг таснифи**

Юқори жағ танасининг синиши турларининг таснифи (Ле Форт, 1901) Синиш и тури томонидан Ле-фор (пастки тури), шунингдек, Герин синиши (Гуэрин) ёки тиш-алвеоляр синиш деб ҳам аталади, бу юқори жағ ва қаттиқ танглайнинг алвеоляр жараёнини юз бош суягининг ўрта зонасининг қолган суякларидан ажратишда намоён бўлади.

<https://www.rlsnet.ru/mkb/perelom-skulovoi-kosti-i-verxnei-celyusti-8765#:~:text=%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8-%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8%2C%20%D0%9C%D0%9A%D0%91%2D10>

Синиш чизиғи армут шаклидаги тешикнинг тагидан алвеоляр жараённинг асоси, скулоалвеоляр тизма, юқори жағнинг туберкулёзи птеригоид жараёнларга қараб ўтади, натижада иккинчиси жағ ғ танасидан одатда қаттиқ танглай билан ажралиб чиқади. Синиш, қоида тариқасида, катта силжиш билан бирга келмайди. Тишларнинг бузилиши, парчаларнинг ҳаракатчанлиги кузатилади. Бурундан қон кетиши мумкин, чунки махилларар sinus ва бурун бўшлиғининг шиллиқ қавати азобланади.

**Ле фор (ўрта тип)** ёки "суборбитал" бўйича II турдаги синиш "пирамидал" синиш деб номланади. Ушбу турдаги юқори жағ ғ синишида пирамидал шаклдаги юқори жағнинг суяк бўлаги пайдо бўлади, у юз бош суяги суяқларининг ўрта зонасидаги бошқа суяқларга нисбатан силжиши мумкин. Пирамиданинг тепаси назолабиал тикув остида жойлашган. Синиш чизиғи бурун суяқлари ва юқори жағнинг frontal жараёнлари frontal суякнинг бурун қисми билан артикуляция жойидан пастда жойлашган бўлиб, кейин кўз розеткасининг ички деворига ўтади, еҳтимол лакримал суякни, сўнгра кўз розеткасининг пастки деворига ўтади ва пастки orbital четига чиқади. зигоматик-максиллер тикув бўйлаб. Юқори жағ ғ бурун суяқлари ва орбитанинг бир қисми билан бирга зигоматик суяк ва бош суяги тагидан ажралиб чиқади. Бундай ҳолда, бурундан қон кетиши, пастки қовоқларда кўқаришлар ("кўзойнак аломати"), юзнинг шишиши, жағнинг силжиши туфайли малоклузия кузатилади.

**Ле фор (юқори тип)** "Краниофасиял ажралиш" ёки "суббазал" синиш деб ҳам аталадиган III турдаги Ле фор (юқори турдаги) синиши юз суяқларининг бошсуббазальныйсуяги тагидан тўлиқ ажралишига олиб келади. III турдаги Ле-Форнинг синиши, I ва II турлардан фарқли ўлароқ, зигоматик суякнинг синишини ҳам ўз ичига олади. Синиш чизиғи бурун суяқлари ва юқори жағнинг frontal жараёнлари frontal суякнинг бурун қисми билан артикуляция жойидан пастда жойлашган бўлиб, кейин орбитанинг ички деворига, сўнгра юқори жағ ғ ва зигоматик суякнинг orbital юзаларидан ҳосил бўлган пастки қисмга ўтади, орбитанинг ташқи деворидан ўтади ва унинг ташқи четига чиқади. зигоматик тикув соҳасида.

Синиш чизиғи бурун кўприги ва кўз тешиги орқали ҳам ўтади, аммо иккинчи турдан фарқли ўлароқ, зигоматик суяк жағ ғ билан бирга синади, шунинг учун барча аломатлар аниқроқ намоён бўлади.

**Изоҳлар:** клиник амалиётда юқори жағнинг синиши жуда кам учрайди, бу Ле Фор томонидан тасвирланган турларга мутлақо мос келади. Бир ёки турли томондан юқори жағнинг бир неча турдаги синишларининг комбинацияси кўпроқ учрайди, масалан: ўнг томонда Ле Фор II, III ва чап томонда Ле Фор II, III типидagi юқори жағнинг синиши.

*Клиник кечиши буйича Ле Фор II ва Ле Фор III синишларига ўхшаш Вассмунд вариантлари бўлиб, улар бурун суяклари ҳаракатсиз қолиши билан фарқ қилади, чунки синиш чизиги ноксимон тешикнингнинг юқори четидан орбитанинг пастки медиал бурчагига ("медиал қия чизиқ ") ўтади ва кейин Ле Фор II ва Ле Фор III типдаги юқори жағнинг синишлари буйича кетади*

*Вассмунд I - Ле-Фор II синиши, аммо бурун суяклари зарарланмасдан. Вассмунд I типдаги синишда синиш нок шаклидаги апертура четидан пешона соҳасининг асоси, пастки кўз чегараси орқали ва орбитанинг пастки қисми бўйлаб пастки кўз ёриги медиал четига қараб давом этади.*

*Вассмунд II - Ле-Фор III синиши, аммо бурун суяклари зарарланмасдан. Вассмунд II типдаги синиш ҳолатида Вассмунд II типдаги синиш чизиги ёнокмандибуляр бўғим бўйлаб синиш билан бирлаштирилади*

*Вассмунд III -синиш чизиги Вассмунд I турига кўра бошланади, кейин у горизонтал равишда орбитанинг пастки қисмида жойлашган бўлиб, унинг ташқи четига ўтади.*

*Sagittal (бир томонлама) синишлар фақат битта (ўнг ёки чап) юқори жағ синганида пайдо бўлади. Ташқи томондан, синиш чизиги одатдаги жойда ва ичкарида (медиал) ўрта чизиқ бўйлаб (иккала махиллар суякларни битта юқори жағга боғлайдиган танглай чоки бўйлаб) ўтади.*

*Юқори жағ усикларининг синиши:*

*\*алвеоляр (бир нечта тишлари бўлган усикнинг бир қисми узилади), пешона (кўпинча бир томонлама)*

*\* қаттиқ танглай (чиқиб турган нарсага тушганда пайдо бўлади).*

*Махилларар синуснинг олд деворининг синиши.*

*Юқори жағнинг Марказий қисмларининг майдаланган синишлари билан бирлаштирилган назоорбитал етмоид комплекси суякларининг синиши*

### **Максилларар синишларнинг ёшига қараб таснифи**

- Янги (жароҳатдан кейин 14 кунгача),
- Ески (жароҳатдан кейин 14 дан 28 кунгача)
- Нотўғри консолидация қилинган (жароҳатдан кейин 28 кундан ортиқ).

Агар синиш пайтидан (парчаларнинг охириги ҳаракати фактидан) 28 кундан кўпроқ вақт ўтган бўлса, унда бундай синиш ушбу касалликлар гуруҳига кирмайди ва ИСД – Т90 томонидан кодланган.2 – бош суяги ва юз суякларининг синиши оқибатлари.

### **Юқори жағ ь синишларининг синиш чизигининг хусусиятига қараб таснифи**

- Чизиқли;
- Парчаланган

## Этиология ва патогенез

### **Касаллик ёки ҳолатнинг этиологияси ва патогенези (касалликлар ёки шароитлар гуруҳлари)**

Юқори жағнинг механик (травматик) синиши – суякнинг шикастланган қисмининг кучидан ошиб кетадиган юк остида унинг яхлитлигини бузган ҳолда юқори жағнинг шикастланиши. [1]

<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>

Юқори жағнинг синиши тўғридан-тўғри зарба натижасида ёки юз бош суягининг сиқилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин.

Ле-Фор I синиши одатда юқори жағнинг алвеоляр соҳасининг олд қисмига қўлланиладиган ва бироз пастга йўналтирилган горизонтал куч таъсири натижасида юзага келади.

Ле-Фор II и III турдаги синишлари юз бош суягининг ўрта зонасининг юқори ярмида жойлашади, уларнинг жойлашуви, табиати ва комбинацияси куч қўллаш нуқтасига емас, балки Frankfurt горизонталига нисбатан куч векторининг йўналишига боғлиқ.

Юзнинг ўрта зонасининг юқори ярмига горизонтал зарба таъсири остида бу одатда Ле Фор II типидagi синишларга олиб келади.

Кийшиқ зарба таъсири билан, юз Бошсуяги ва Бошсуяги мия қисми (Ле Фор III ) тўлиқ ажратиш туфайли назолабиал чок, лакримал ва галвирсимон суяклари ва кўз косаси том соҳасида синишлар содир бўлади.

Юқори жағнинг синиши кўпинча ассиметрик бўлиб, бир томонлама бўлиши мумкин ва кўпинча назоорбитал этмоид комплексининг кўплаб синишлари ва юқори жағнинг Марказий қисмлари синишлари билан бирлаштирилади.

Парчаларнинг силжиши асосан травматик кучнинг йўналишига боғлиқ.

Юқори жағнинг патологик синиши суякнинг яхлитлигини тўлиқ ёки қисман бузишдир патологик қайта тузилиши соҳасидаги (қандайдир касаллик билан

шикастланиши — остеопороз, ўсма, остеомиелит ва бошқалар.) натижасида содир булади. [1]

<https://probolezny.ru/perelom-chelyusti/>

## Эпидемиология

### **Касаллик ёки ҳолатнинг эпидемиологияси (касалликлар ёки шароитлар гуруҳлари)**

Юқори жағнинг синиши бош суягининг юз қисми суякларининг барча синишларининг 2-5% ни ташкил қилади.[2]

Юқори жағнинг барча ёриқларидан пастки турдаги (Ле Фор I) синиши тез - тез учрайди – 52-53%, Ле Фор II тури буйича синиши 35-37%, краниофасиял ажралиш камроқ учрайди (Ле Фор III) - 13-15%.

Юқори жағнинг синиши сабаблари орасида етакчи ўринни йўл-transport жароҳати эгаллайди – 63% ва баландликдан йиқилиш натижасида шикастланиш – 27%, учинчи ўринда уйда олинган жароҳат-10% [2].

Оғир комбинацияланган ЮЖС жароҳати бўлган одамларда кўплаб жароҳат беморларнинг 70% дан ортиғида учрайди ва қуйидагича тақсимланади: юқори жағ – 22,3%, куз соҳаси - 21,4%, бурун суяклари - 17,3%, зигоматик суяк - 11,9%, пастки жағ - 9,6% ва танглай суяги.

Тиш шикастланиши 5,8%, оғиз тўқималарининг яралари (тил, милк ва лаблар) - 1,7% да кузатилган. Кўриш органининг шикастланиши (оптик нервнинг шикастланиши, кўз олмасининг ажралиши, конъюнктива шикастланиши ва шох парда ва склеранинг шикастланиши) ва эшитиш (қулоқ пардаси ва эшитиш суяклари) мос равишда 5,4% ва 1,3% да кузатилган. [1,2]

10% ҳолларда юқори жағнинг шикастланиши субарахноид қон кетиш билан бирга бўлган.

Gender фарқларига келсак, эркаклар ва аёлларда юқори жағнинг синиши сонининг нисбати эркакларда устунлик билан тавсифланади. 8:1 ва 9:1 нисбати берилган. [1,2]

Аксарият муаллифларнинг фикрига кўра, юқори жағнинг энг кўп синиши 20 ёшдан 30 ёшгача бўлган беморларга тўғри келади. 1% дан кам ҳолларда юқори жағнинг синиши болалар ва нафақа ёшидаги одамларда учрайди.

Болаларда жағнинг синиши хусусиятлари: улар баландликдан йиқилиш, жанжал, беланчақда учиш, автохалокат, ўйин пайтида ва ҳоказоларда тез-тез учрайди.

<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>

## Клиник кўриниш

Симптомлар, кечиши

### **Касаллик ёки ҳолатнинг клиник кўриниши (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳлари)**

Терини палпация қилишда крепитацияни аниқлаш мумкин-ҳаво йўлларида тери ости тўқималарига ҳаво кириб бориши натижасида "сиқилиш" ёки "ёрилиш" ҳисси

<https://centr-hirurgii.ru/surgery/chelyustno-litsevaya-khirurgiya/perelom-verkhney-chelyusti/>

Бурун суяқларининг ҳаракатчанлиги фақат юқори жағнинг синиши назоорбитал етмоидал комплекс суяқларининг синиши билан бирлашганда қайд назоорбитальноэтмоидалногетилади. Бундан ташқари, қоида тариқасида,интеркантал масофанинг ўсиши кузатилади.

Палпация пайтида "сузувчи танглай" аломатларини аниқлаш мумкин: ўнг кўлнинг шифокори тиш ва танглайнинг олдинги гуруҳини ушлайди, чапини еса ташқи томондан ёноқларга кўяди. Кейин олдинга, пастга ва орқага енгил тебраниш ҳаракатларини амалга оширади. Тешилган ёриқлар билан парчаларнинг ҳаракатчанлигини шу тарзда аниқлаш мумкин емас. Бундай ҳолларда сфеноид суяқнинг птерйгоид жараёнларини текшириш керак. Бундайҳолда, агар уч турдан бирининг юқори жағ ь танасида синиш бўлса, бемор оғриқни ҳис қилади.

"Зинапоя" белгиси (Ле Фор II турига кўра) зигомандибуляр бўғим майдони бўлакларининг силжиши билан боғлиқ. Зигоматик-алвеоляр тизма соҳасидаги ўткир қирраларнинг қадамни оғиз бўшлиғида палпация йўли билан ҳам аниқлаш мумкин.

Юқори жағнинг синиши зигоматик суяқларнинг шикастланиши билан бирлашганда, "зигоматик синдром" ўзини намоён қилиши мумкин – максиллар нервнинг зигоматик-юз ва зигоматик - темпорал шохларининг иннервация зонасида сезгирликнинг пасайиши, юз мушакларининг функционал фаоллигининг пасайиши.

Нотўғри окклюзия бўлиши мумкин, чунки бўлакларнинг силжиши, юқори ва пастки тиш ёйларининг нисбий ҳолатининг ўзгариши, думбок-думбокча контактларнинг бузилиши пайдо булиши мумкин. Кўпинча очиқ прикус бутун юқори жағнинг кўндаланг ўқи атрофида айланиб, пастга тушиши туфайли юзага келади.

Ажратилган юқори жағнинг пастга ва орқага силжиши туфайли юзнинг ўрта зонасининг чўзилиши ёки текисланиши мавжуд.

Малевич ва Гериннинг мусбат симптомлари ҳам қайд этилган.

Юқори жағнинг синиши кўпинча бурун суякларининг синиши, кўз бўшлиғи ва фронтал синуснинг пастки қисмини ташкил этувчи суяклар, кўриш органи ва лор органларининг шикастланиши билан бирлаштирилади. Бундай ҳолларда юқори жағнинг синишининг клиник кўриниши юқоридаги ҳолатларга хос бўлган аломатлар билан тўлдирилади.

Юқори жағнинг синиши юзнинг юмшоқ тўқималарининг тез ўсиб бориши билан тавсифланади, кўпинча параорбитал тўқималарга қон кетиши билан будади ("панда юзи" аломати).

Юқори жағнинг синиши билан бурундан қон кетиш тез-тез қайд этилади, баъзида бурун лиқуорей билан булади.

## Ташхис

**Касаллик ёки ҳолатни ташхислаш (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳлари) тиббий кўрсатмалар ва диагностика усуллари**дан фойдаланишга қарши кўрсатмалар  
<https://volynka.ru/Diseases/Details/436>

**Ташхис/ҳолатни аниқлаш мезонлари:**

1. анамнестик маълумотлар (шикастланиш фактининг мавжудлиги, бурундан қон кетиш ва бошқалар);
2. шикоятларни йиғиш (шиш, кўкаришлар, оғриқ, бурундан қон кетиш, юз ва тиш терисининг сезгирлигининг пасайиши, юз шаклининг ўзгариши, ғайриоддий тишлаш, оғизнинг очилишини чеклаш ва бошқалар);
3. физик текширув (юз шаклининг ўзгариши, шишиш, кўкаришлар, малоклузия, суяк бўлакларининг патологик ҳаракатчанлиги ва крепитуси, тери ости амфиземаси, бурундан қон кетиш, бурун нафас олиш қийинлишуви, юз териси ва юқори жағ ғ тишларининг гипестезияси, перкуссия билан ёрилиб кетган қозон овози ва бошқалар);

4. instrumental текширув (синиш чизиқларининг мавжудлиги, рентген маълумотларига кўра суяк бўлақларининг жойлашиши, кўз олмасининг ҳолатининг ўзгариши ва бошқалар).

### **Шикоятлар ва тарих**

- Синган бўлса, беморнинг умумий ҳолатини, шу жумладан онгни (аниқ, чалқаш, инҳибе қилинган, онгсиз) баҳолаш, онгни йўқотиш ёки йўқлигини аниқлаш тавсия етилади. қанча вақт, хотира бузилиши (амнезия - ретроград, эпизоди эпизодлар ва бошқалар) [6].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

- Юқори жағнинг синишига шубҳа қилинган беморларда анамнезни тўплашда шикастланиш механизмини аниқлаштириш, шикастланиш ҳолатларига алоҳида еътибор бериш тавсия етилади. Агар беморни еслаб қолиш қийин бўлса, шикастланиш санаси ва вақтини, аниқ манзилни ёки тахминий жойини белгиланг. Агар жароҳат калтаклаш натижасида олинган бўлса, унда тиббий хужжатларда отметитьким жароҳат олганини, унинг исмини, агар жароҳат бахциз ҳодиса натижасида олинган бўлса, унда процессуал ҳаракатларнинг кейинги бажарилишини таъминлаш учун transport воситасининг ҳолатлари ва давлат рўйхатидан ўтказиш белгиси қайд етилади [1,6].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

- Юқори жағ синишига шубҳа қилинган беморларда анамнезни йиғишда бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш, бош оғриғи, онгни йўқотиш, хотирани йўқотиш ТБИНИ текшириш ва невролог (нейрохирург) шифокорининг маслаҳатини ўз вақтида тайинлаш фактига аниқлик киритиш тавсия етилади [1,6,7,8].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

- Агар юқори жағнинг синиши шубҳа қилинган беморларда анамнезни йиғишда ноқонуний хатти-ҳаракатлар ҳолатлари аниқланса ёки йўл-transport ҳодисалари натижасида жароҳат олинган бўлса, бу ҳақда дарҳол ҳуқуқни муҳофаза қилиш органларига белгиланган тартибда хабар бериш тавсия етилади

<https://cmfsurgery.ru/fracture/fracture-upper-jaw>

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

### **Физик текширув**

- Юқори жағнинг синишига шубҳа қилинган барча беморларда ташхисни аниқлаштириш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун физик текширувдан ўтиш тавсия етилади [1,2,7]:
  - беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш;
  - юз-юз минтақаси ва оғиз бўшлиғини текшириш;
  - юз-юз минтақасининг палпацияси ва перкуссияси;

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

- Юқори жағнинг синиши шубҳа қилинган беморни текширганда, парчаларнинг силжиши билан кузатиладиган юқори ва пастки тиш камарлари ўртасидаги муносабатлардаги ўзгаришларни аниқлаш учун тишлашни аниқлаш тавсия котороеетилади. [1,7].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

- Юқори жағ ь синганлигига шубҳа қилинган беморни текширганда, trigeminal асаб шохларининг юқори жағ ь суяклари парчалари билан сиқилишини аниқлаш учун игна ёрдамида юз соҳасидаги сезгирликни баҳолаш тавсия етилади [4,10].

**Изоҳлар:** *кўпинча инфраорбитал асабнинг иннервация зонасида терининг сезгирлиги пасаяди (пастки қовоқ, инфраорбитал минтақа, буруннинг қиялиги ва юқори лаб, шикастланиш томонидаги тишлар).*

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

- Юқори жағнинг синиши шубҳа қилинган беморни текширганда, ташхисни текшириш ва дифференциал ташхис қўйиш учун кўзойнакнинг аломатига - кўз қовоқларининг толасига қон кетишига еътибор бериш тавсия етилади. [4,10].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

**Изоҳлар:** шунга ўхшаш аломатлар бош суяги тагидаги суяклар синганида ҳам учрайди. Фарқи унинг пайдо бўлиш вақти ва распространенно кенгтарқалганлигидадир. Юқори жағнинг синиши билан кўзойнак аломати жароҳатдан сўнг дарҳол пайдо бўлади ва кенг тарқалган бўлиб, бош суяги

тагидаги суякларнинг изоляция қилинган синиши билан - жароҳатдан кейин 12 соатдан (кўпинча 24-48 соатдан кейин) олдин ва кўзнинг думалоқ мушакларидан ташқарига чиқмайди.

- Беморни текширганда юқори жағнинг синиши ва бош суяги синган деб гумон қилиниб, мия омурилиқ суяқлигини аниқлаш учун ер-хотин нуқта ёки рўмолча намунасидан фойдаланиш тавсия ликвореиетилади [6,12].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

**Изоҳлар:***биргалликда қон кетиши туфайли симптомни аниқлаш қийин.*

- Беморни текширганда юқори жағнинг синиши енофтальм, гипоефтальм, экзофтальм, окуломотор функциянинг бузилишиглазодвигательной, кўриш функциясининг ўзгариши, шу жумладан кўриш кескинлигининг пасайиши ва диплопия, orbital деворларнинг синиши ва ретробулбар гематома мавжудлигини аниқлаш, юқори orbital ёриқ шикастланиш синдромини истисно қилиш/тасдиқлаш тавсия етилади. [6, 9, 14].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

- Юқори жағ ь синган беморларни палпация қилиш, бир қўлнинг кўрсаткич бармоғи ва бош бармоғи билан олд қисмдаги алвеоляр жараённи ушлаб передне-заднемтуриш ва суяк бўлакларининг ҳаракатчанлигини аниқлаш учун юқори жағни олд ва орқа томонга еҳтиёткорлик билан ҳаракатлантириш тавсия етилади. Бу вақтда бошқа қўлнинг бармоқлари бурун ёки пастки orbital чеккада тахмин қилинган ёриқлар проекциясида жойлашган. [1,11].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).**

### **Лаборатория диагностикаси тадқиқотлари**

- Лаборатория диагностик текширувларини юқори жағнинг синиши бўлган беморларга уни амалга оширишга қарши кўрсатмаларни истисно қилиш учун операцияни тайёрлаш ва режалаштириш пайтида ўтказиш тавсия етилади [10].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси-А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3)**

- Етанолни лаборатория диагностикаси бўйича тадқиқотлар (газ хроматографияси ёрдамида қондаги етанол концентрациясини аниқлаш

ёки газ хроматографияси ёрдамида сийдикдаги этанолни миқдорий аниқлаш) юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга ўткир спиртли интоксикацияга шубҳа қилинганда, шунингдек, йўл-transport ходисаси ёки ишлаб чиқаришда жароҳат олган ҳолларда тавсия етилади [1,10].

**Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси-С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5)**

### **Instrumental диагностика тадқиқотлари**

- Юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга диагностика босқичида синишнинг мавжудлиги, жойлашиши ва табиатини аниқлаш учун махиллофасиял минтақанинг компьютер томографиясини ўтказиш тавсия етилади [1,3].

**тавсияларининг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)**

**Изоҳлар:** юқори жағнинг синишига шубҳа қилинган беморга рентген текширувини ўтказиш тавсия етилади: бош суяги проекциясининг тўғри ва lateral (шикастланиш томони), ексенел ва яримаксиал проекциялар. Юқори жағнинг рентгенологик таянчлари юз бош суягининг бошқа суяқларининг тузилмаларига қатламланиши мумкин, шунинг учун синишларни таххислаш, айниқса парчаларни алмаштирмасдан, жуда қийин. Шунинг учун, агар керак бўлса, конуснинг нурли томографияси ёки юз бош суягининг ўрта зонасининг spiral компьютер томографияси амалга оширилади.

<https://www.msdmanuals.com/home/injuries-and-poisoning/facial-injuries/fractures-of-the-jaw-and-midface>

### **Бошқа диагностик тадқиқотлар**

- Юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга таххис қўйиш босқичида ТБИНИ истисно қилиш ёки тасдиқлаш учун невролог (нейрохирург) билан маслаҳатлашиш тавсия етилади [1,6,18].

**тавсияларининг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 4)**

- Агар юқори жағнинг синиши бўлган беморда КББ органларининг шикастланиши ва/ёки патологик ўзгариши белгилари бўлса (гемосинус ва бошқалар), таххис ва текширув тактикасини аниқлаштириш учун оториноларинголог билан маслаҳатлашиш тавсия етилади [5,8,16].

**Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси-С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5)**

- Агар юқори жағнинг синиши бўлган беморда глазодвигательныхокуломотор бузилишлар, енофтальмос, гипофтальмос, гифема, анизокория, диплопия, кўриш кескинлигининг ўзгариши ва кўриш органининг шикастланишининг бошқа кўринишлари бўлса ташхис қўйиш босқичида ташхис ва текширув тактикасини аниқлаштириш учун офтальмолог билан маслаҳатлашиш тавсия этилади [17,18,19].

**Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси-С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 4)**

## Даволаш

**Даволаш, шу жумладан тиббий ва гиёҳванд бўлмаган терапия, парҳез терапияси, оғриқни бошқариш, тиббий кўрсатмалар ва даволаш усулларида фойдаланишга қарши кўрсатмалар**

### **1. Консерватив даво**

- Юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга замонавий "оғриқни бошқариш" концепциясига кўра, жарроҳликда оғриқ қолдирувчи воситаларни оғриқ синдромининг интенсивлигини аниқлашнинг устувор принципига мувофиқ, енг кўп ишлатиладиган гуруҳларни – аналгезиклар ва steroid бўлмаган яллиғланишга қарши дориларни (NSAID) тайинлашга қарши кўрсатмалар ҳисобга олинган ҳолда буюриш тавсия этилади [24,44,45].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)**

**Изоҳлар:** оғриқни камайтириш учун турли хил оғриқ қолдирувчи воситалар қўлланилади [1,6,12,44,45].

оғриқни йўқотиш учун препаратни танлашда дифференциал ёндашув:

- енгил оғриқ-парацетамол\*\*,

–мо " тадил-НПВП (*ibuprofen\*\**, *диклофенак\*\**, *кеторолак\*\**,

*кетопрофен\*\**) ёки парацетамол\*\*+opioid аналгезик; NSAID+ opioid аналгезик,

- кучли-опиоидлар (*морфин\*\**, *тримеперидин\*\**, *фентанил\*\**, *tramadol\*\**).

Баъзи ҳолларда, *multimodal* аналгезиянинг бир қисми бўлган беморларга операциядан кейинги оғриқ интенсивлигини камайтириш, опиоидларга чидамлилигини камайтириш ва сурункали оғриқ синдроми ва уни даволаш хавфини камайтириш учун қуйидаги гуруҳдаги "ёрдамчи" дорилар буюрилиши мумкин: НМДА рецепторлари антагонистлари-кетамин\*\*;

Габапентиноидлар-*gabapentin* ва *прегабалин*\* \* [45,46,47]

Мия шикастланиши бўлган беморларга гиёҳванд аналгезикларни буюриш тавсия этилмайди.

- Юқори жағъ синушитини жарроҳлик йўли билан даволашни режалаштирган барча беморларга челюсти жарроҳлик аралашувидаги юқумли асоратларнинг олдини олиш тавсия этилади [46,47,48,49,50].

**С тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).**

- Юқори жағнинг синушити бўлган барча беморларга папни ўтказишда ушбу препаратнинг бир марталик терапевтик дозасига мос келадиган антибиотик дозаси тавсия этилади [50]

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).**

- Юқори жағъ синушити бўлган барча беморларга ПАП ўтказилганда интраоперационное, препаратнинг ярим умри 2 дан ортиқ бўлган операция давомийлиги, шунингдек, катта интраоператив қон йўқотиш билан антибиотикнинг бир марталик дозасини қўшимча интраоператив юбориш тавсия этилади интраоперационной [46,48,49,50].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).**

- ПАП пайтида юқори жағъ синган беморларга антибиотикни бир марта юбориш тавсия этилади; агар профилактика муддатини узайтириш зарур бўлса, препарат операциядан 24 соат ўтгач, ҳатто дренаж бўлса ҳам бекор қилинади [46,47,48,49,50].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).**

Юқори жағнинг барча ёриқлари папани талаб қилади, чунки уларнинг барчаси шартли равишда очик деб ҳисобланиши мумкин ва яраларнинг ИИ – ИИИ турига киради.

Шундай қилиб, пастки типел-фор И билан-хабар periodontal ёриқ орқали бўлади, ўрта типел-фор ИИ билан максиллер sinus шиллик қаватининг яхлитлиги бузилади ва юқори Типел-фор ИИИ билан краниофасиял узилиш содир бўлади

<https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>

**Юқори жағъ синушити бўлган беморларда ПАП учун антибактериал дорилар [46,47,48,49,50].**

Препараты выбора	Альтернативные препараты*	Время введения	Способ введения	Примечания	Категория рекомендаций
Цефазолин** <sup>b</sup> 1,0-2,0-3,0 г+ Метронидазол** 0,5-1,0 г; либо Цефуросим** 1,5 г +Метронидазол**0,5-1,0 г; Либо амоксциллин [клавулановая кислота]** 1,2 г	Ванкомицин** <sup>a,c</sup> 15 мг/кг  # Клиндамицин** 0,6-0,9 г [48,49,50,52] ± Гентамицин** <sup>d</sup> 1,5 мг/кг (не более 120 мг) [49,50,52]	За 30-60 мин. до разреза	Внутривенно капельно	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций при которых антибиотики ПАП вводятся не более 24 часов после операции	<b>B</b>

**Шарҳлар:**<sup>a</sup>аллергия пенициллин аллергияси, МРСА хавфи юқори;

<sup>b</sup>беморнинг тана вазни 80 кг дан кам бўлса, дозаси сефазолин\*\* 1 г, вазни 80 кг дан 130 кг гача-2 г, тана вазни 130 кг дан ортиқ-3 г;

<sup>c</sup>-ванкомицин билан кесидан 120 дақиқа олдин\*\*

<sup>d</sup>-гентамицин дозасини ҳисоблаш *ideal* тана вазнига амалга оширилади.

- "Инфекцияланган яра" ярасининг ИВ тури билан юқори жағнинг синиши учун-ески травма, олдинги инфекция, йирингли оқинди, ҳаётий бўлмаган тўқималар мавжуд бўлганда, барча беморларга антибиотик терапияси тавсия етилади [46,47,48,49,50].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси-С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)**

- Максиллер синус деворларининг яхлитлигини бузган юқори жағнинг синиши бўлган беморларда деконгестантовмаксиллер sinus шиллик қаватининг шишишини камайтириш ва дренаж функциясини яхшилаш ва яллиғланиш жараёнининг олдини олиш учун бурун бўшлиғи билан маҳаллий деконжестанларни буюриш тавсия етилади [26, 51].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5)**

<https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>

## **2. Юқори жағнинг transport иммобилизацияси**

Кўрсаткичлар: юқори жағнинг синишига шубҳа.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: беморнинг онгсиз ҳолати, кўнгил айниши, қусиш (асфиксия хавфи туфайли).

Оғриқни йўқотиш: ушбу турдаги даволаниш учун оғриқни йўқотиш керак эмас. Анестезия симптоматик аналгезик терапиянинг бир қисми сифатида амалга оширилади.

- Юқори жағнинг синиши билан оғриган беморларга қўшимча даволаш усуллари ўтказиш мақсадга мувофиқлиги тўғрисида қарор қабул қилишдан олдин оғриқ синдроми ва синиш ёриғидан қон кетишини камайтириш учун юқори қисмларнинг transport иммобилизациясини ўтказиш тавсия этилади.

**Изоҳлар:** юқори жағнинг transport иммобилизацияси бинт чин-*parietal* бандаж, Померанцева-Урбананинг еластик чин слинглари, standart transport бандажи, еластик бандажлар ва бошқалар билан амалга оширилиши мумкин. [1].

**С тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)**

### **3. Ортопедик даволаш усули**

Кўрсаткичлар: юқори жағнинг синиши мавжудлиги.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: асосий гемодинамик параметрларнинг беқарорлиги, кўнгил айнаши, қусиш (аспирацион асфиксия хавфи туфайли) билан ўртача ёки оғир даражадаги травматик мия шикастланиши. Ортопедик даволанишни амалга ошириш мақсадга мувофиқ бўлмаган, аммо дарҳол жарроҳлик-ортопедик ёки жарроҳлик даволашни талаб қиладиган юқори жағ ь парчаларининг бундай силжишининг мавжудлиги.

Анестезия: ушбу турдаги даволаниш учун одатда маҳаллий (апликация, инфилтрация, ўтказувчанлик) беҳушлик амалга оширилади. Семптоматик терапия доирасида тизимли беҳушлик ҳам амалга оширилади.

- Ортопедик даволаш усули юқори жағнинг синиши бўлган беморларга бўлакларни қониқарли ҳолатда камайтириш ва иммобилизация қилишга уриниш учун тавсия этилади. [1,3].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)**

**Шарҳлар:** ушбу даволаш усули шундан иборатки, пострадав шемуюқори ва пастки жағлардаги тишларга шем таъсирлангандан сўнг, стандартбурун тасмаси шиналари ўрнатилади ёки individual шиналар симдан тайёрланади. межкорневых Алвеоляр жараёнлар/жағ ь қисмларининг илдизлараро бўшлиқларига ўрнатилган интраоссеоус қулфлаш винтлари ҳам ишлатилиши мумкин. Юқори ва пастки жағдаги шиналар илгаклари орасига (интракостал маҳкамлаш винтлари) интермахилларар еластик каучук новда қўлланилади. Ушбу даволаш усули ниж нейбилан еластик ияк sling бандажи ёрдамида пастки жағни кейинги иммобилизация қилиши керак працевидной.

Порт шинаси-тишсиз жағларни синиши билан иммобилизация қилишда ишлатилади. Бу иккита пластик асосдан (юқори ва пастки чаёнлар)

*окклюзионными борат бўлиб, уларнинг окклюзион юзаси бўйлаб монолитик равишда боғланган пластик окклюзион роликлар окклюзионной мавжуд. Беморни озиклантириши учун роликларнинг олд қисмида тешик кесилади. Splint бош кийими билан бирга ишлатилади.*

- Ортопедик аралашувдан сўнг юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга суяк бўлакларини анатомик жиҳатдан тўғри ҳолатда таққослашни тасдиқлаш учун рентген текширувини ўтказиш тавсия етилади. [1]

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)**

#### **4. Жарроҳлик-ортопедик даволаш усули**

Ушбу даволаш усули махиллофасиял минтақанинг изоляция қилинган жароҳати бўлган беморларга тавсия етилмайди, чунки у парчаларнинг етарлича аниқ жойлашишини ва етарлича барқарор фиксацияни ўз ичига олмайди.

Жарроҳлик-ортопедик даволаш усули может применяется у пациентов с тяжелой сочетанной челюстно-лицевой травмой ввиду своей низкой травматичности "Damage Control"нинг биринчи босқичида шокка қарши чоралар сифатида паст травмаси ва аралашувнинг қисқа давомийлиги туфайли оғир комбинацияланган юз-юз травмаси бўлган беморларда қўлланилиши мумкин дамаге Control.

Боле подробно методики Жарроҳлик-ортопедик даволаш усуллари, кўрсатмалар, контрэндикациялар ва оғрик қолдирувчи воситалар юз-юз жароҳати билан оғриган беморларни даволаш бўйича тавсияларда батафсил тавсифланган.

#### **5. Жарроҳлик даволаш**

Кўрсаткичлар: парчаларнинг аниқ силжиши билан юқори жағнинг синиши.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: беморнинг ўта оғир ҳолати, бу аниқ очик жойлашишни ва юқори жағ ь парчаларини қаттиқ иммобилизация қилишга имкон бермайди.

**Изоҳлар:** "Damage Control" тамойили бўйича оғир комбинацияланган шокоген жароҳати бўлган беморларга ихтисослаштирилган жарроҳлик ёрдамини кўрсатиши тактикасига мувофиқ травмой по принципу "Damage Control, беморнинг умумий аҳволи барқарорлашгандан сўнг, йирингли-яллигланишли асоратларни ривожланиши хавфини ҳисобга олган ҳолда, жағнинг парчаларини очик қисқартириши ва қаттиқ иммобилизация қилиши тавсия етилади.

- Куз тубининг синиши учун операцияларни бурун орқали интубация билан умумий беҳушлик остида бажариш тавсия етилади (одатдаги ісіріға еришиш учун). [5,6]

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси-С (далилларнинг ишончлилик даражаси-5**

**Изоҳлар:***бурун септумининг егрилиги, оғир қон кетиши, техник қийинчиликлар билан субментал интубация ёки трахеостомия орқали амалга оширилиши мумкин.*

- Парчаларнинг силжиши ва/ёки аниқ ҳаракатчанлиги бўлган юқори жағнинг синиши бўлган беморларга металл плиталар (Titanium/биодеградация қилинадиган имплантлар) билан парчаларни очик камайтириш ва қаттиқ иммобилизация қилиш операциясини бажариш тавсиябиодеградируемые етилади [20,21,22,23,24,25,26,27,28,29].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси-4**

**Изоҳлар:***қўшимча равишда parietal ияк слингшотини кийиш тавсия етилади.*

- Жарроҳлик аралашувидан сўнг юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга суяк бўлақларини анатомик жиҳатдан тўғри ҳолатда таққослашни тасдиқлаш учун рентген текширувини ўтказиш тавсия етилади. [1]

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)**

**6. Диетотерапия**

- Юқори жағнинг синиши бўлган, овқатланиш ҳаракатининг барча таркибий қисмлари бузилган (емиш, чайнаш ва ютиш) беморларга биринчи жағ ь диетаси (беморни найча билан озиқлантириш) тавсия етилади. [6].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)**

**Изоҳлар:***бундай ҳолда, овқатни оғизга киритиш нафақат фойдасиз, балки хавфлидир, чунки унинг аспирацияси мумкин. Озиқ-овқат нафақат гўшт майдалагич билан майдаланади, балки қалин елакдан суртилади ва ҳатто унга майдалаш қийин бўлган қисмларнинг (ўсимлик толаси, гўшт томирлари ва бошқалар) кириб келишини истисно қилиш учун филтрланади. Овқатнинг қаймоқли консистенсияси, унинг тўғридан-тўғри ошқозонга бурун ёки оғиз орқали киритилган ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак*

*найчаси орқали еркин ўтишига имкон введённыеберади. Агар керак бўлса, булон, сут, қайнатилган сув қўшиб, янада суюлтиришига еришиши мумкин.*

- Ютиш ва сўриш функцияларини сақлаб қолган юқори жағ ь синган беморларга етарли овқатланиш учун иккинчи жағ ь диетаси тавсия етилади. [6].

**тавсияларининг ишончилилик даражаси С (далилларнинг ишончилилик даражаси – 5)**

**Изоҳлар:** *ушбу турдаги парҳез билан озиқ-овқат гўшт майдалагичдан ўтиб, шилимишиқ ҳолатга келтирилади ва керакли суюлтириши учун булон, сут ва ҳатто илиқ қайнатилган сув билан қаймоққа ўхшаши мустаҳкамликка суюлтирилади. Бундай озиқ-овқат сув идишининг найчасига қўйилган резина дренаж трубкасидан осонгина ўтади.*

*Жағнинг биринчи ва жағнинг иккинчи диетаси ўртасидаги фарқ фақат таркибий қисмларни майдалаш даражасидир.*

<https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>

**Қўшимча маълумот (шу жумладан касаллик ёки ҳолатнинг натижасига таъсир қилувчи омиллар)**

**Даволаш натижаларига салбий таъсир қилади:**

1. Юқумли асоратларнинг қўшилиши.
2. Маҳаллий контактли гипотермия режимига риоя қилмаслик
3. Шахсий оғиз гигиенасига риоя қилмаслик.
4. Беморнинг овқатланишига ва чайнаш фаолиятидаги чекловларга риоя қилмаслиги.
5. Операциядан кейинги даврда физиотерапия машқлари бўйича тавсияларга риоя қилмаслик.
6. 3 ой давомида алоқа спортларида иштирок етиш.
7. Назорат текширувларида йўқлиги.
8. Даволовчи шифокорнинг бошқа тавсияларига риоя қилмаслик.

## Тиббий реабилитация

**Тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар ва реабилитация усулларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар**

- Юқори жағнинг синиши учун жарроҳлик муолажадан ўтган барча беморларга реабилитация тадбирларини ўтказиш тавсия етилади, уларнинг мақсади беморни тўлиқ ижтимоий ва жисмоний тиклашдир [30].

**Тавсияларнинг ишончилиги даражаси-С (далилларнинг ишончилиги даражаси – 5)**

**Изоҳ:** беморларни реабилитация қилиш зарурати юз-юз минтақасининг шикастланиши билан боғлиқ. Кўрсатилган естетик аҳамиятга ега анатомик минтақада операциядан кейинги яраларнинг мавжудлиги (яхлитликнинг бузилиши), уларнинг даволаниши, турли даражадаги оғриқ синдроми ва юз мушакларининг мумкин бўлган дисфункциялари, чайнаш, шунингдек неврологик касалликлар сезиларли ижтимоий бузилишларга олиб келиши ва ушбу тоифадаги беморларнинг ҳаёт сифатини пасайтириши мумкин.

Юқори жағ синишларини жарроҳлик даволашдан кейин реабилитациянинг умумий тамойиллари:

- Беморнинг бошланғич ҳолатини ҳар томонлама баҳолаш ва реабилитация дастурини шакллантириш;
- Реабилитация учун зарур бўлган диагностика ва терапевтик тадбирлар режасини тузиш;
- Реабилитация ёрдамини таъкил етишининг кўп тармоқли принципи;
- Реабилитация даволаш жараёнида ва реабилитация курси охирида терапия самарадорлигини назорат қилиш.

**Жарроҳлик даволашдан кейин беморларни реабилитация қилиш босқичлари:**

1-босқич-ерта реабилитация, операциядан 7-10 кун ўтгач.

Ушбу даврда бемор 3-5 кун давомида реабилитация стационар даволанишида бўлади, шундан сўнг кейинги реабилитация амбулатория шароитида 10-15 кун ичида амалга оширилади.

Реабилитациянинг 1-босқичининг енг муҳим вазифалари гемостази, яра жараёнини ва операциядан кейинги оғриқ синдромини назорат қилиш, агар мавжуд бўлса, қўшма патологияни даволашдир.

Операциядан кейинги 15 дан 45 кунгача бўлган 2-босқич репаратив жараёнларни тезлаштиришига, операциядан кейинги асоратлар ривожланишининг олдини олишига, травматик максиллар синуситга, пастки жағнинг экстраартикуляр контрактурасига, кўриш органининг патологиясига қаратилган.

<https://medsi.py/articles/реабилитация-после-челюстно-лицевой-кхирургии/>

- Дастурлаштириладиган яра жараёни: операциядан кейинги асоратларни ривожланишига йўл қўймаслик учун операциядан кейинги беморларни тиклашнинг енг муҳим жиҳатларидан бири (чандиқ деформацияси, операциядан кейинги яра ва максиллар sinus соҳасидаги яллиғланиш асоратларининг олдини олиш ва бошқалар).

*Яра жараёнини тўғри бошқариш, операциядан 2 кун ўтгач, тўқималарнинг юмиоқ яралари тўлиқ тузалгунча қуйидагиларни ўз ичига олади: яралар майдонини антисептик еритмалар билан ҳар куни даволаш, малҳам билан боғлаш (малҳам таркиби яра жараёнининг босқичи билан белгиланади); оғиз жарроҳи томонидан динамик назорат; микробиологик назорат (агар йирингли-септик асоратларга шубҳа туғилса ва яра инфекцияси).*

*Операциядан кейинги даврнинг силлиқ кечишини таъминлашда оғиз гигиенасига риоя қилиш муҳим аҳамиятга ега. Агар бемор мустақил равишда гигиенани таъминлай олмаса, у махсус тайёрланган ўрта тиббиёт ходимлари томонидан таъминланиши керак.*

*Оғиз бўшлигини тиббий даволаш шиналар ва тишларни озиқ-овқат қолдиқларидан яхшилаб тозалашдан иборат бўлиб, оғиз вестибуласини антисептик еритмалар (калий перманганат\*\*, хлорҳексидин\*\* ва бошқалар) билан сугориш ва ювиш орқали амалга оширилади. Ушбу еритмаларга озиқ-овқатнинг ёғли зарраларини ювишни осонлаштириш учун пишириш сода (1 литр суюқлик учун 1 ош қошиқ) қўйилади. Ювиш шприцдан антисептик оқими билан сугориш орқали амалга оширилади.*

*Ювиб бўлгандан кейин шиналар шиналар, тишлар, тиш гўшти, лигатура ва резина ҳалқалар орасига тиқилиб қолган озиқ-овқат қолдиқларидан тозалади. Буни тиш пичоғи билан қилинг. Тозалашдан кейин оғиз вестибуласи антисептик еритмалар билан қайта сугорилади. Кийиниш пайтида шинанинг, ҳолатини, симли лигатураларнинг ҳолатини назорат қилиш керак. Агар лаблар, тиш гўшти ёки ёноқларнинг шиллиқ қаватидаги илгаклардан босим яралари бўлса, улар тегишли жойга егилиши керак. Заифлашган лигатуралар буришади ва тишларга егилади. Интермахилларар тортишишларни бўшашиганда алмаштириш тавсия этилади, лекин 7 кунда камида 1 марта.*

- *Чайнаш гимнастикаси: операциядан кейинги реабилитациянинг муҳим таркибий қисмларидан бири чайнаш функциясини нормаллаштиришидир. Эластик интермахилларар тортишни олиб ташлаганингиздан сўнг, беморга диетадаги чекловлар бўйича тавсиялар берилади, пастки жағ ғ ҳаракатларининг амплитудасини нормаллаштириш динамикаси назорат қилинади.*

*Оғриқ синдромини тўхтатиш: оғриқнинг оғирлиги шикастланишнинг оғирлигига, individual оғриқ чегарасига боғлиқ. Оғриқни енгиллаштирадиган тизимли воситалар даволовчи шифокор томонидан унинг интензивлиги даражасига, шунингдек психо-эмоционал бузилишларнинг оғирлигига қараб individual равишда танланади.*

*Репаратив жараёнларни тезлаштириш, яллиғланиш реакциясини камайтириш учун физиотерапевт тавсиясига биноан физиотерапия*

муолажаларини ўтказиш тавсия этилади [30].

**Шарҳлар:** мия шикастланиши бўлган беморларга физиотерапевтик муолажалар тавсия этилмайди.

Жарроҳлик даволаш жараёнида Titanium минипластинлар ва винтларни ишлатганда, юқори жағ ғ парчаларини бирлаштиргандан сўнг уларни олиб ташлашнинг мақсадга мувофиқлиги масаласи алоҳида ва қатъий кўрсатмаларга мувофиқ ҳал қилинади.

## Касалхонага ётқизиш

### Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш

**Тиббий ташкилотга шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:** Юқори жағнинг синиши учун рентгенологик тасдиқланган ташхис.

**Тиббий ташкилотга режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

Ўқишлар йўқ.

**Изоҳ:** юқори жағнинг синиши фавқулодда ҳолат бўлганлиги сабабли, ушбу касаллик (ҳолат) бўлган барча беморлар шошилиш кўрсатмалар билан касалхонага ётқизиши керак.

Агар жароҳат олган пайтдан бошлаб (парчаларнинг охири ҳаракати ҳақиқати) 28 кундан ортиқ вақт ўтган бўлса, унда бу ҳолат ушбу касалликлар гуруҳига кирмайди ва ИСД – Т90 томонидан кодланган.2 – бош суяги ва юз суякларининг синиши оқибатлари.

### Беморни бўшатиш учун кўрсатмалар:

1. касалхонада кейинги даволаниш учун кўрсатмалар бўлмаган тақдирда (операциядан кейинги давр асоратларсиз, бўлақларнинг қониқарли ҳолати, мия омурилиқ суёқлиги ва травматик генезиснинг юз-юз минтақасининг прогрессив йирингли-яллиғланиш касалликлари йўқлиги);
2. агар беморни бошқа тиббий муассасага ўтказиш зарур бўлса;
3. беморнинг ёки унинг қонуний вакилининг илтимосига биноан;
4. беморнинг кўрсатмаларига ёки касалхонанинг ички тартиб қоидаларига риоя қилмаган ҳолларда, агар бу беморнинг ҳаётига ва бошқаларнинг соғлиғига таҳдид солмаса.

<https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>

### Профилактика ва диспансер назорати, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларида фойдаланишга қарши кўрсатмалар

- Кўрсатмаларга кўра, КББ, кўриш органи ва асаб тизими соҳасидаги операциядан кейинги асоратларнинг олдини приолиш учун оториноларинголог, офталмолог ва невропатолог (нейрохирург) шифокорининг кузатуви бўшатишганда тавсия етилиши мумкин [31,32,33,34].

#### Тавсияларнинг ишончилиги даражаси-С (далилларнинг ишончилиги даражаси – 5)

Операциядан 6 ҳафта ўтгач, барча беморларга парчаларнинг тўғри ҳолатда мустақамланишини тасдиқлаш ва максиллер синусда шикастланишдан кейинги яллиғланиш жараёнини истисно қилиш учун рентген текширувини ўтказиш тавсия етилади [35,36,37,38,39,40].

#### Тавсияларнинг ишончилиги даражаси-С (далилларнинг ишончилиги даражаси – 5)

<http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>

#### Амалдаги сайтлар рўйхати

1. <http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>
2. <https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>
3. <https://medsi.ru/articles/reabilitatsiya-posle-chelyustno-litsevoy-khirurgii/>
4. <https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>
5. <https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>
6. <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>
7. <https://www.msmanuals.com/home/injuries-and-poisoning/facial-injuries/fractures-of-the-jaw-and-midface>
8. <https://cmfsurgery.ru/fracture/fracture-upper-jaw>
9. <https://volynka.ru/Diseases/Details/436>
10. <https://centr-hirurgii.ru/surgery/chelyustno-litsevaya-khirurgiya/perelom-verkhney-chelyusti/>
11. <https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>
12. <https://probolezny.ru/perelom-chelyusti/>
13. <https://www.rlsnet.ru/mkb/perelom-skulovoi-kosti-i-verxnei-celyusti-8765#:~:text=%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8,S02.,%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8%2C%20%D0%9C%D0%9A%D0%91%2D10>

**"ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СИНИШИ " НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**Тошкент - 2025**

## МКБ-10 кодлари:

Код	Номи
S02.4	Ёноқ суяги ва юқори жағнинг синиши

### АСОСИЙ ҚИСМИ

Даволаш, шу жумладан тиббий ва гиёҳванд бўлмаган терапия, парҳез терапияси, оғриқни бошқариш, тиббий кўрсатмалар ва даволаш усулларида фойдаланишга қарши кўрсатмалар

### 1. Консерватив даво

- Юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга замонавий "оғриқни бошқариш" концепциясига кўра, жарроҳликда оғриқ қолдирувчи воситаларни оғриқ синдромининг интенсивлигини аниқлашнинг устувор принципига мувофиқ, енг кўп ишлатиладиган гуруҳларни – аналгетиклар ва steroid бўлмаган яллиғланишга қарши дориларни (NSAID) тайинлашга қарши кўрсатмалар ҳисобга олинган ҳолда буюриш тавсия етилади [24,44,45].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)**

**Изоҳлар:** оғриқни камайтириш учун турли хил оғриқ қолдирувчи воситалар қўлланилади [1,6,12,44,45].

оғриқни йўқотиш учун препаратни танлашда дифференциал ёндашув:

- енгил оғриқ-парацетамол\*\*;

–мо "тадил-НПВП (ibuprofen\*\*, диклофенак\*\*, кеторолак\*\*, кетопрофен\*\*) ёки парацетамол\*\*+opioid аналгезик; NSAID+ opioid

аналгезик,

- кучли-опиоидлар (морфин\*\*, трименперидин\*\*, фентанил\*\*, tramadol\*\*).

Баъзи ҳолларда, multimodal аналгезиянинг бир қисми бўлган беморларга операциядан кейинги оғриқ интенсивлигини камайтириш, опиоидларга чидамлилигини камайтириш ва сурункали оғриқ синдроми ва уни даволаш хавфини камайтириш учун қуйидаги гуруҳдаги "ёрдамчи" дорилар буюрилиши мумкин: НМДА рецепторлари антагонистлари-кетамин\*\*;

Габапентиноидлар-gabapentin ва прегабалин\* \* [45,46,47]

Мия шикастланиши бўлган беморларга гиёҳванд аналгезикларни буюриш тавсия етилмайди.

- Юқори жағ т синишини жарроҳлик йўли билан даволашни режаласхтирган барча беморларга жарроҳлик аралашувидаги юқумли асоратларнинг олдини олиш тавсия етилади[46,47,48,49,50].

**тавсияларининг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).**

- Юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга папни ўтказишда ушбу препаратнинг бир марталик терапевтик дозасига мос келадиган антибиотик дозаси тавсия этилади [50]

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).**

- Юқори жағ ь синиши бўлган барча беморларга ПАП ўтказилганда интраоперационное, препаратнинг ярим умри 2 дан ортиқ бўлган операция давомийлиги, шунингдек, катта интраоператив қон йўқотиш билан антибиотикнинг бир марталик дозасини қўшимча интраоператив юбориш тавсия этилади интраоперационной[46,48,49,50].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).**

- ПАП пайтида юқори жағ ь синган беморларга антибиотикни бир марта юбориш тавсия этилади; агар профилактика муддатини узайтириш зарур бўлса, препарат операциядан 24 соат ўтгач, ҳатто дренаж бўлса ҳам бекор қилинади [46,47,48,49,50].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).**

Юқори жағнинг барча ёриқлари папани талаб қилади, чунки уларнинг барчаси шартли равишда очик деб ҳисобланиши мумкин ва яраларнинг ИИ – ИИИ турига киради.

Шундай қилиб, пастки ле-фор И билан-хабар periodontal йорик орқали бўлади, ўрта ле-фор ИИ билан максиллер sinus шиллик қаватининг яхлитлиги бузилади ва юқори ле-фор ИИИ билан краниофасиял узилиш содир бўлади <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>

**Юқори жағ ь синиши бўлган беморларда ПАП учун антибактериал дорилар[46,47,48,49,50].**

Препараты выбора	Альтернативные препараты*	Время введения	Способ введения	Примечания	Категория рекомендаций
Цефазолин** <sup>b</sup> 1,0-2,0-3,0 г+ Метронидазол** 0,5-1,0 г; либо Цефуросим** 1,5 г +Метронидазол**0,5-1,0 г; Либо амоксциллин [клавулановая кислота]** 1,2 г	Ванкомицин** <sup>a,c</sup> 15 мг/кг  # Клиндамицин** 0,6-0,9 г [48,49,50,52] ± Гентамицин** <sup>d</sup> 1,5 мг/кг (не более 120 мг) [49,50,52]	За 30-60 мин. до разреза	Внутривенно капельно	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций при которых антибиотики ПАП вводятся не более 24 часов после операции	<b>B</b>

**Шарҳлар:**<sup>a</sup>аллергия пенициллин аллергияси, МРСА хавфи юқори;

<sup>b</sup>беморнинг тана вазни 80 кг дан кам бўлса, дозаси сефазолин\*\* 1 г, вазни 80 кг дан 130 кг гача-2 г, тана вазни 130 кг дан ортиқ-3 г;

<sup>c</sup>-ванкомицин билан кесидан 120 дақиқа олдинванкомицина\*\*

<sup>d</sup>-гентамицин дозасини ҳисоблаш *ideal* тана вазнига амалга оширилади.

- "Инфекцияланган яра" ярасининг ИВ тури билан юқори жағнинг синиши учун-ески травма, олдинги инфекция, йирингли оқинди, ҳаётий бўлмаган тўқималар мавжуд бўлганда, барча беморларга антибиотик терапияси тавсия етилади [46,47,48,49,50].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси-С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)**

- Максиллер sinus деворларининг яхлитлигини бузган юқори жағнинг синиши бўлган беморларда деконгестантовмаксиллер sinus шиллик қаватининг шишишини камайтириш ва дренаж функциясини яхшилаш ва яллиғланиш жараёнининг олдини олиш учун бурун бўшлиғи билан маҳаллий деконжестанларни буюриш тавсия етилади [26, 51].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5)**

<https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>

## **2. Юқори жағнинг transport иммобилизацияси**

Кўрсаткичлар: юқори жағнинг синишига шубҳа.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: беморнинг онгсиз ҳолати, кўнгил айниши, қусиш (асфиксия хавфи туфайли).

Оғрикни йўқотиш: ушбу турдаги даволаниш учун оғрикни йўқотиш керак эмас. Анестезия симптоматик аналгезик терапиянинг бир қисми сифатида амалга оширилади.

- Юқори жағнинг синиши билан оғриган беморларга қўшимча даволаш усуллари ўтказиш мақсадга мувофиқлиги тўғрисида қарор қабул қилишдан олдин оғриқ синдроми ва синиш ёриғидан қон кетишини камайтириш учун юқори қисмларнинг transport иммобилизациясини ўтказиш тавсия дообследованияетилади.

**Изоҳлар:** юқори жағнинг transport иммобилизацияси бинт чин-*parietal* бандаж, Померанцева-Урбананинг еластик чин слинглари, *standart transport* бандажи, еластик бандажлар ва бошқалар билан амалга оширилиши мумкин. [1].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)**

### **3. Ортопедик даволаш усули**

Кўрсаткичлар: юқори жағнинг синиши мавжудлиги.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: асосий гемодинамик параметрларнинг беқарорлиги, кўнгил айнаши, қусиш (аспирацион асфиксия хавфи туфайли) билан ўртача ёки оғир даражадаги травматик мия шикастланиши. Ортопедик даволанишни амалга ошириш мақсадга мувофиқ бўлмаган, аммо дарҳол жарроҳлик-ортопедик ёки жарроҳлик даволашни талаб қиладиган юқори жағ ь парчаларининг бундай силжишининг мавжудлиги.

Анестезия: ушбу турдаги даволаниш учун одатда маҳаллий (апликация, инфилтрация, ўтказувчанлик) беҳушлик амалга оширилади. Семптоматик терапия доирасида тизимли беҳушлик ҳам амалга оширилади.

- Ортопедик даволаш усули юқори жағнинг синиши бўлган беморларга бўлакларни қониқарли ҳолатда камайтириш ва иммобилизация қилишга уриниш учун тавсия етилади. [1,3].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 4)**

**Шарҳлар:** ушбу даволаш усули шундан иборатки, юқори ва пастки жағлардаги тишларга таъсирлангандан сўнг, *standart* бурун тасмаси шиналари ўрнатилади ёки *individual* шиналар симдан тайёрланади. Алвеоляр жараёнлар/жағ ь қисмларининг илдизлараро бўшлиқларига ўрнатилган интраоссеоус қулфлаш винтлари ҳам ишлатилиши мумкин. Юқори ва пастки жағдаги шиналар илгаклари орасига (интракостал маҳкамлаш винтлари) интермахиалларар еластик каучук новда қўлланилади. Ушбу даволаш усули ниж нейбилан еластик ияк *slings* бандажи ёрдамида пастки жағни кейинги иммобилизация қилиши керак.

Порт шиnasi-тишсиз жағларни синиши билан иммобилизация қилишда ишлатилади. Бу иккита пластик асосдан (юқори ва пастки четларидан

*иборат бўлиб, уларнинг окклюзион юзаси бўйлаб монолитик равишда боғланган пластик окклюзион роликлар окклюзионноймавжуд. Беморни озиқлантириши учун роликларнинг олд қисмида тешик кесилади. Splint бош кийими билан бирга ишлатилади.*

- Ортопедик аралашувдан сўнг юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга суяк бўлақларини анатомик жиҳатдан тўғри ҳолатда таққослашни тасдиқлаш учун рентген текширувини ўтказиш тавсия етилади. [1]

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5)**

#### **4. Жарроҳлик-ортопедик даволаш усули**

Ушбу даволаш усули махиллофасиял минтақанинг изоляция қилинган жароҳати бўлган беморларга тавсия етилмайди, чунки у парчаларнинг етарлича аниқ жойлашишини ва етарлича барқарор фиксацияни ўз ичига олмайди.

Жарроҳлик-ортопедик даволаш усули "Damage Control"нинг биринчи босқичида шокка қарши чоралар сифатида паст травмаси ва аралашувнинг қисқа давомийлиги туфайли оғир комбинацияланган юз-юз травмаси бўлган беморларда қўлланилиши мумкин.

Жарроҳлик-ортопедик даволаш усуллари, кўрсатмалар, контрэндикациялар ва оғриқ қолдирувчи воситалар юз-юз жароҳати билан оғриган беморларни даволаш бўйича тавсияларда батафсил тавсифланган.

#### **5. Жарроҳлик даволаш**

Кўрсаткичлар: парчаларнинг аниқ силжиши билан юқори жағнинг синиши.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: беморнинг ўта оғир ҳолати, бу аниқ очик жойлашишни ва юқори жағ ь парчаларини қаттиқ иммобилизация қилишга имкон бермайди.

**Изоҳлар:** "Damage Control" тамойили бўйича оғир комбинацияланган шокоген жароҳати бўлган беморларга ихтисослаштирилган жарроҳлик ёрдами кўрсатиши тактикасига мувофиқ травмой по принципу "Damage Control, беморнинг умумий аҳволи барқарорлашгандан сўнг, йирингли-яллигланишли асоратларни ривожланиши хавфини ҳисобга олган ҳолда, жағнинг парчаларини очик қисқартириши ва қаттиқ иммобилизация қилиши тавсия етилади.

- Orbital тубининг синиши учун операцияларни бурун орқали интубация билан умумий беҳушлик остида бажариш тавсия етилади (одатдаги ісіріға еришиш учун). [5,6]

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси-С (далилларнинг ишончлилик даражаси-5**

**Изоҳлар:**бурун септумининг егрилиги, оғир қон кетиши, техник қийинчиликлар билан субментал интубация ёки трахеостомия орқали амалга оширилиши мумкин.

- Парчаларнинг силжиши ва/ёки аниқ ҳаракатчанлиги бўлган юқори жағнинг синиши бўлган беморларга металл плиталар (Titanium/биодеградация қилинадиган имплантлар) билан парчаларни очик камайтириш ва қаттиқ иммобилизация қилиш операциясини бажариш тавсиябиодеградируемые етилади [20,21,22,23,24,25,26,27,28,29].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси-4**

**Изоҳлар:**қўшимча равишда *parietal* ияк *слингишотини кийиш тавсия етилади.*

- Жарроҳлик аралашувидан сўнг юқори жағнинг синиши бўлган барча беморларга суяк бўлакларини анатомик жиҳатдан тўғри ҳолатда таққослашни тасдиқлаш учун рентген текширувини ўтказиш тавсия етилади. [1]

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)**

**6. Диетотерапия**

- Юқори жағнинг синиши бўлган, овқатланиш ҳаракатининг барча таркибий қисмлари бузилган (емиш, чайнаш ва ютиш) беморларга биринчи жағ ь диетаси (беморни найча билан озиқлантириш) тавсия етилади. [6].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)**

**Изоҳлар:**бундай ҳолда, овқатни оғизга киритиш нафақат фойдасиз, балки хавфлидир, чунки унинг аспирацияси мумкин. Озиқ-овқат нафақат гўшт майдалагич билан майдаланади, балки қалин елакдан суртилади ва ҳатто унга майдалаш қийин бўлган қисмларнинг (ўсимлик толаси, гўшт томирлари ва бошқалар) кириб келишини истисно қилиш учун филтрланади. Овқатнинг қаймоқли консистенсияси, унинг тўғридан-тўғри ошқозонга бурун ёки оғиз орқали киритилган ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак найчаси орқали еркин ўтишига имкон введённыеберади. Агар керак бўлса, булон, сут, қайнатилган сув қўйиб, янада суюлтиришига еришиши мумкин.

- Ютиш ва сўриш функцияларини сақлаб қолган юқори жағъ синган беморларга уетарли овқатланиш учун иккинчи жағъ диетаси тавсия етилади. [6].

**тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)**

**Изоҳлар:** ушбу турдаги парҳез билан озиқ-овқат гўшт майдалагичдан ўтиб, шилимишқ ҳолатга келтирилади ва керакли суюлтириш учун булон, сут ва ҳатто илиқ қайнатилган сув билан қаймоққа ўхшаиш мустаҳкамликка суюлтирилади. Бундай озиқ-овқат сув идишининг найчасига қўйилган резина дренаж трубкадан осонгина ўтади.

Жағнинг биринчи ва жағнинг иккинчи диетаси ўртасидаги фарқ фақат таркибий қисмларни майдалаш даражасидир.

<https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>

**Қўшимча маълумот (шу жумладан касаллик ёки ҳолатнинг натижасига таъсир қилувчи омиллар)**

**Даволаш натижаларига салбий таъсир қилади:**

1. Юқумли асоратларнинг қўшилиши.
2. Маҳаллий контактли гипотермия режимига риоя қилмаслик
3. Шахсий оғиз гигиенасига риоя қилмаслик.
4. Беморнинг овқатланишига ва чайнаш фаолиятидаги чекловларга риоя қилмаслиги.
5. Операциядан кейинги даврда физиотерапия машқлари бўйича тавсияларга риоя қилмаслик.
6. 3 ой давомида алоқа спортларида иштирок етиш.
7. Назорат текширувларида йўқлиги.
8. Даволовчи шифокорнинг бошқа тавсияларига риоя қилмаслик.

**Амалдаги сайтлар рўйхати**

1. <http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>
2. <https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>
3. <https://medsi.ru/articles/reabilitatsiya-posle-chelyustno-litsevoy-khirurgii/>
4. <https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>
5. <https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>
6. <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>
7. <https://www.msmanuals.com/home/injuries-and-poisoning/facial-injuries/fractures-of-the-jaw-and-midface>
8. <https://cmfsurgery.ru/fracture/fracture-upper-jaw>

9. <https://volynka.ru/Diseases/Details/436>
10. <https://centr-hirurgii.ru/surgery/chelyustno-litsevaya-khirurgiya/perelom-verkhney-chelyusti/>
11. <https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>
12. <https://probolezny.ru/perelom-chelyusti/>
13. <https://www.rlsnet.ru/mkb/perelom-skulovoi-kosti-i-verxnei-celyusti-8765#:~:text=%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8,S02.,%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8%2C%20%D0%9C%D0%9A%D0%91%2D10>

**"ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СИНИШИ" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**Тошкент – 2025**

## **МКБ-10 кодлари:**

<b>Код</b>	<b>Номи</b>
S02.4	Ёноқ суяги ва юқори жағнинг синиши

### **Тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар ва реабилитация усулларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар**

- Юқори жағнинг синиши учун жарроҳлик муолажадан ўтган барча беморларга реабилитация тадбирларини ўтказиш тавсия этилади, уларнинг мақсади беморни тўлиқ ижтимоий ва жисмоний тиклашдир [30].

### **Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси-С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5)**

**Изоҳ:** беморларни реабилитация қилиш зарурати юз-жаг ʼ минтақасининг шикастланиши билан боғлиқ. Кўрсатилган естетик аҳамиятга ега анатомик минтақада операциядан кейинги яраларнинг мавжудлиги (яхлитликнинг бузилиши), уларнинг даволаниши, турли даражадаги оғриқ синдроми ва юз мушакларининг мумкин бўлган дисфункциялари, чайнаш, шунингдек неврологик касалликлар сезиларли ижтимоий бузилишларга олиб келиши ва ушбу тоифадаги беморларнинг ҳаёт сифатини пасайтириши мумкин.

*Юқори жаг ʼ синишларини жарроҳлик даволашдан кейин реабилитациянинг умумий тамойиллари:*

- Беморнинг бошланғич ҳолатини ҳар томонлама баҳолаш ва реабилитация дастурини шакллантириш;
- Реабилитация учун зарур бўлган диагностика ва терапевтик тадбирлар режасини тузиш;
- Реабилитация ёрдамини таъкил этишининг кўп тармоқли принципи;
- Реабилитация даволаш жараёнида ва реабилитация курси охирида терапия самарадорлигини назорат қилиш.

### **Жарроҳлик даволашдан кейин беморларни реабилитация қилиш босқичлари:**

*1-босқич-ерта реабилитация, операциядан 7-10 кун ўтгач.*

*Ушбу даврда бемор 3-5 кун давомида реабилитация стационар даволанишида бўлади, шундан сўнг кейинги реабилитация амбулатория шароитида 10-15 кун ичида амалга амбулаторнооширилади.*

*Реабилитациянинг 1-босқичининг энг муҳим вазифалари гемостазни, яра жараёнини ва операциядан кейинги оғриқ синдромини назорат қилиш, агар мавжуд бўлса, қўшма патологияни даволашдир.*

*Операциядан кейинги 15 дан 45 кунгача бўлган 2-босқич репаратив жараёнларни тезлаштиришга, операциядан кейинги асоратлар*

ривожланишининг олдини олишига, травматик максиллер синуситга, пастки жағнинг экстраартикуляр контрактурасига, кўриши органининг патологиясига қаратилган.

<https://medsi.py/articles/реабилитация-после-челюстно-лицевой-кхирургии/>

- *Дастурлаштириладиган яра жараёни: операциядан кейинги асоратларни ривожланишига йўл қўймаслик учун операциядан кейинги беморларни тиклашнинг енг муҳим жиҳатларидан бири (чандиқ деформацияси, операциядан кейинги яра ва максиллер sinus соҳасидаги яллиғланиш асоратларининг олдини олиш ва бошқалар).*

*Яра жараёнини тўғри бошқариш, операциядан 2 кун ўтгач, тўқималарнинг юмшоқ яралари тўлиқ тuzалгунча қўйидагиларни ўз ичигаолади: яралар майдонини антисептик еритмалар билан ҳар куни даволаш, малҳам билан боғлаш (малҳам таркиби яра жараёнининг босқичи билан белгиланади); оғиз жарроҳи томонидан динамик назорат; микробиологик назорат (агар йирингли-септик асоратларга шубҳа тугилса ва яра инфекцияси).*

*Операциядан кейинги даврнинг силлиқ кечишини таъминлашда оғиз гигиенасига риоя қилиш муҳим аҳамиятга ега. Агар бемор мустақил равишда гигиенани таъминлай олмаса, у махсус тайёрланган ўрта тиббиёт ходимлари томонидан таъминланиши керак.*

*Оғиз бўшлигини тиббий даволаш шиналар ва тишларни озиқ-овқат қолдиқларидан яхшилаб тозалашдан иборат бўлиб, оғиз вестибуласини антисептик еритмалар (калий перманганат\*\*, хлорҳексидин\*\* ва бошқалар) билан сугориш ва ювиш орқали амалга оширилади. Ушбу еритмаларга озиқ-овқатнинг ёғли зарраларини ювишни осонлаштириш учун пишириш сода (1 литр суюқлик учун 1 ош қошиқ) қўшилади. Ювиш шприцдан антисептик оқими билан сугориш орқали амалга оширилади.*

*Ювиб бўлгандан кейин шиналар шиналар, тишлар, тиш гўшти, лигатура ва резина ҳалқалар орасига тикилиб қолган озиқ-овқат қолдиқларидан тозаланари. Буни тиш пичоги билан қилинг. Тозалашдан кейин оғиз вестибуласи антисептик еритмалар билан қайта сугорилади. Кийиниш пайтида шинанинг , ҳолатини, симли лигатураларнинг ҳолатини назорат қилиш керак. Агар лаблар, тиш гўшти ёки ёноқларнинг шиллиқ қаватидаги илгаклардан босим яралари бўлса, улар тегишли жойга егилиши керак. Заифлашган лигатуралар буришади ва тишларга егилади. Интермахиалларар тортишишларни бўшашиганда алмаштириш тавсия етилади, лекин 7 кунда камида 1 марта.*

- *Чайнаш гимнастикаси: операциядан кейинги реабилитациянинг муҳим таркибий қисмларидан бири чайнаш функциясини*

нормаллаштиришидир. Эластик интермахиалларар тортишни олиб ташлаганингиздан сўнг, беморга диетадаги чекловлар бўйича тавсиялар берилади, пастки жаг ʼ ҳаракатларининг амплитудасини нормаллаштириши динамикаси назорат қилинади.

*Оғриқ синдромини тўхтатиш:* оғриқнинг оғирлиги шикастланишнинг оғирлигига, individual оғриқ чегарасига боғлиқ. Оғриқни енгиллаштирадиган тизимли воситалар даволовчи шифокор томонидан унинг интензивлиги даражасига, шунингдек психо-эмоционал бузилишларнинг оғирлигига қараб individual равишда танланадипсихоэмоциональных.

Репаратив жараёнларни тезлаштириш, яллиғланиш реакциясини камайтириш учун физиотерапевт тавсиясига биноан физиотерапия муолажаларини ўтказиш тавсия этилади [30].

**Шарҳлар:** мия шикастланиши бўлган беморларга физиотерапевтик муолажалар тавсия этилмайди.

Жарроҳлик даволаш жараёнида Titanium минипластинлар ва винтларни шилатганда, юқори жаг ʼ парчаларини бирлаштиргандан сўнг уларни олиб ташлашнинг мақсадга мувофиқлиги масаласи алоҳида ва қатъий кўрсатмаларга мувофиқ ҳал қилинади.

## **Касалхонага ётқизиш**

### **Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш**

**Тиббий ташкилотга шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:** Юқори жағнинг синиши учун рентгенологик тасдиқланган ташхис.

### **Тиббий ташкилотга режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

Ўқишлар йўқ.

**Изоҳ:** юқори жағнинг синиши фавқулдда ҳолат бўлганлиги сабабли, ушбу касаллик (ҳолат) бўлган барча беморлар шошилиш кўрсатмалар билан касалхонага ётқизиши керак.

Агар жароҳат олган пайдан бошлаб (парчаларнинг охирги ҳаракати ҳақиқати) 28 кундан ортиқ вақт ўтган бўлса, унда бу ҳолат ушбу касалликлар гуруҳига кирмайди ва ИСД – Т90 томонидан кодланган.2 – бош суяги ва юз суякларининг синиши оқибатлари.

### **Беморни бўшатиш учун кўрсатмалар:**

1. касалхонада кейинги даволаниш учун кўрсатмалар бўлмаган тақдирда (операциядан кейинги давр асоратларсиз, бўлакларнинг қониқарли ҳолати, мия омурилиқ суёқлиги ватравматик генезиснинг юз-юз минтақасининг прогрессив йирингли-яллиғланиш касалликлари йўқлиги);
2. агар беморни бошқа тиббий муассасага ўтказиш зарур бўлса;

3. беморнинг ёки унинг қонуний вакилининг илтимосига биноан;
4. беморнинг кўрсатмаларига ёки касалхонанинг ички тартиб қоидаларига риоя қилмаган ҳолларда, агар бу беморнинг ҳаётига ва бошқаларнинг соғлиғига таҳдид солмаса.

<https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>

### **Профилактика ва диспансер назорати, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларида фойдаланишга қарши кўрсатмалар**

- Кўрсатмаларга кўра, КББ, кўриш органи ва асаб тизими соҳасидаги операциядан кейинги асоратларнинг олдини, у олиш учун оториноларинголог, офталмолог ва невропатолог (нейрохирург) шифокорининг кузатуви бўшатишда тавсия етилиши мумкин [31,32,33,34].

#### **Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси-С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5)**

Операциядан 6 ҳафта ўтгач, барча беморларга парчаларнинг тўғри ҳолатда мустақамланишини тасдиқлаш ва максиллер синусда шикастланишдан кейинги яллиғланиш жараёнини истисно қилиш учун рентген текширувини ўтказиш тавсия етилади [35,36,37,38,39,40].

#### **Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси-С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 5)**

<http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>

### **РАНДОМИЗАЦИЯ ТАМОЙИЛЛАРИ**

Ушбу протоколда рандомизация (тиббиёт ташкилотлари, беморлар ва бошқалар) кўзда тутилмаган.

### **ЁН ТАЪСИРЛАРНИ БАҲОЛАШ ВА ҲУЖЖАТЛАШТИРИШ ВА АСОРАТЛАРНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ТАРТИБИ**

Беморларга ташхис қўйиш ва даволаш жараёнида юзага келадиган ножўя таъсирлар ва асоратлар тўғрисидаги маълумотлар беморнинг картасида қайд етилади (4-илова).

### **БЕМОРНИ МОНИТОРИНГДАН ЧИҚАРИШ ТАРТИБИ**

Беморнинг мониторинговани картасини тўлдирганда бемор мониторингга киритилган деб ҳисобланади. Мониторингдан чиқариб ташлаш проводится в случае невозможности продолжения тўлдириш имконияти бўлмаган тақдирда амалга оширилади (масалан, тиббий учрашувга келмаслик). Бундай ҳолда, карта беморни протоколдан олиб ташлаш сабабини кўрсатган ҳолда monitoring учун масъул бўлган муассасага юборилади.

### **ОРАЛИҚ БАҲОЛАШ ВА ПРОТОКОЛГА ЎЗГАРТИРИШЛАР КИРИТИШ**

Протоколнинг бажарилишини баҳолаш йилига бир marta monitoring пайтида олинган маълумотларни таҳлил қилиш натижаларига кўра мониторовани амалга оширилади.

Протоколга ўзгартиришлар киритиш маълумот олинган тақдирда амалга оширилади:

а) протоколда беморларнинг соғлиғига зарар етказадиган талаблар мавжудлиги тўғрисида,

б) мажбурий даражадаги протокол талабларини ўзгартириш зарурлиги тўғрисида ишончли маълумотларни олгандан кейин.

Ўзгаришлар тўғрисида қарор ишлаб чиқувчилар гуруҳи томонидан қабул қилинади. Протокол талабларига озгартиришлар киритиш Ўзбекистон стоматология ассоциацияси Кенгашининг қарори асосида амалга оширилади.

#### ПРОТОКОЛНИ БАЖАРИШДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ ПАРАМЕТРЛАРИ

Беморнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун переломамынокори жағъ синиши протокол моделларига мос келадиган болаларда analog шкаладан фойдаланинг (5-илова).

Протоколни бажариш нархини ва сифат нархини баҳолаш клиник ва иқтисодий таҳлил меъёрий хужжатлар талабларига мувофиқ амалга оширилади.

#### НАТИЖАЛАРНИ ТАҚҚОСЛАШ

Протоколни кузатишда ҳар йили унинг талабларини бажариш натижалари, статистик маълумотлар, тиббий ташкилот фаолияти кўрсаткичлари таққосланади.

#### ҲИСОБОТНИ ШАКЛЛАНТИРИШ ТАРТИБИ

Monitoring натижалари тўғрисидаги йиллик ҳисоботда мониторовани тиббий ёзувларни ишлаб чиқишда олинган миқдорий натижалар ва уларнинг сифатли таҳлили, хулосалари, Протоколни янгилаш бўйича таклифлар киритилган протокола. Отчет ушбу Протоколни monitoring қилиш учун масъул муассаса томонидан Ўзбекистон стоматология Ассоциациясига тақдим этиладимониторирование. Ҳисобот натижалари очиқ матбуотда еълон қилиниши мумкин. Протокол протоколени ишлаб чиқилганидан 3 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш; фойдаланилган адабиётлар рўйхати (протокол матнида келтирилган манбаларга ҳаволалар керак).

#### **ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:**

1. Бельченко В.А. Реконструкция верхней и средней зон лица у больных с посттравматическими деформациями и дефектами лицевого скелета с использованием аутотрансплантатов мембранозного происхождения и металлоконструкций из титана. Дисс. д-ра мед. наук. М. — 1996. 463 с.
2. Буров Н.Е., Братищев И.В., Каверина К.П. Определение степени риска транспортировки пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой. Неотложная медицина в мегаполисе: тезисы докладов. М. — 2006. С. 23-24
3. Гунько В.И., Занделов В.Л., Труфанов В.Д., Белов О.М. Особенности реабилитации больных с переломами скуловой кости. Актуальные проблемы стоматологии: тезисы докладов научно-практической конференции. М. — 1999. С. 26-28
4. Еолчян С.А., Потапов А.А., Ван Дам Ф.А., Ипполитов В.П., Катаев М.Г. Краниофациальная травма. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. М. — 2002. С. 313-364
5. Иващенко Н.И., Иващенко А.Н. Некоторые показатели статистики осложнений травм челюстно-лицевой области у больных юношеского возраста. Актуальные вопросы стоматологии: Сб. науч. работ ЦНИИС., М. — 2002. С. 31-37
6. Ипполитов В.П. Посттравматические деформации средней зоны лица. Дисс. д-ра мед. наук. М. — 1986. 408 с.
7. Кашлян В.А. Лечение и реабилитация детей с сочетанными переломами скулоглазничного комплекса. Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. наук. М. — 2004. 138 с.
8. Кешишян Р.А., Селютина Н.С., Саруханян О.О., Андреев А.А., Янюшкина О.Г. Анализ смертельного детского травматизма в Москве. Неотложная медицина в мегаполисе: тезисы докладов. М. — 2006. С. 46
9. Рогинский В.В., Седых А.А., Коринская Н.Н., Резникова А.Е., Арсенина О.И., Берлова М.В., Ибрагимова А.Э. Реабилитация детей с сочетанной травмой лица и других областей. Актуальные проблемы стоматологии: Тез. докл. ИИИ Всерос. Научно-практической конфер., М. — 1999. С. 123
10. Рыбальченко Г.Н. Клиническая характеристика, диагностика и лечение больных с травмой средней зоны лицевого черепа. Дисс. Канд. мед. наук. М. — 2000. 134 с.
11. Садчиков Д.В., Архипов И.В., Лушников А.В. Условия безопасной транспортировки пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях с тяжёлой сочетанной травмой. Неотложная медицина в мегаполисе: тезисы докладов. М. — 2006. С. 83-84
12. Строганов И.А., Мельникова Н.И., Размахов В.М. Принципы неотложной терапии детей с челюстно-лицевой патологией в условиях отделения реанимации. Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии: 10 лет — результаты, итоги выводы. М. — 2002. С. 345-349

13. Харле Ф., Чампй М., Terry Б. Atlas оф Сраниомахиллофасиал Остеосйнтхесис. Stuttgart. New Ёрк 1999. Р. 4
14. Ерадзе Е.Г1. Современные методы лечения острой травмы зубов у детей : метод, реком. для студентов / Е.Г1. Ерадзе. - Москва, 2001. - 18 с.
15. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф. Виноградова. - Москва : Медицина, 1988. - 255 с.
16. Водолацкий В.М. Клиника и комплексное лечение сочетанных форм аномалий окклюзии зубных рядов у детей и подростков : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.М.Водолацкий. - Ставрополь, 2010. - 42 с.
17. Воробьёв Ю.И. Рентгеноанатомия верхней челюсти на ортопантомограммах / Ю.И. Воробьев, А.Г. Надточий //Стоматология. - 1989. - Т. 8, № 6. - С. 40-42.
18. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области: дифференциальный диагноз, лечение / под ред.А.С. Артюшкевич. - Минск: Беларусь, 2001. - 253 с.
19. Геворкян А.А. Обоснование критериев оценки степени вреда здоровью при изолированных повреждениях зубов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Геворкян. - Москва, 2001. - 19 с.
20. Герасимов С.Н. Оценка результатов ортодонтического лечения методом последовательного наложения обрисовок телерентгенограмм / С.Н. Герасимов // Стома тология детского возраста и профилактика. - 2003. - № 1-2. -С. 51-55.
21. Гинали Н.В. Острая травма зубов у детей : методич. рекомендации / Н.В. Гинали, А.А.Аникиенко, Е.П. Ерадзе. - Москва, 1987. - 16 с.
22. Гинзбург Д.Л. Совершенствование методов диагностики, планирования и прогнозирования результатов лечения зубочелюстных аномалий у взрослых : автореф. дис.... канд. мед. наук / Д.Л.Гинзбург. - Санкт - Петербург, 2006. -16 с.
23. Голочалова Н.В. Лечение детей с острой травмой постоянных зубов / Н.В. Голочалова // Институт стоматологии. - 2002. - № 1. - С. 46-48.
24. Голочалова Н.В. Повышение эффективности лечения травматических переломов коронок постоянных резцов у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Голочалова. - Омск, 2002. - 22 с.
25. Госьков И. А. Диагностика и лечение поперечных переломов корней постоянных зубов / И.А. Госьков, Л.П. Киселы-шкова, Н.В. Кротова // Институт стоматологии. -2002. -№3. - С. 36-38.
26. Госьков И.А. Клиническая тактика при поперечных переломах корней постоянных зубов : материалы ВИИИ Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов / И.А. Госьков, Л.П. Кисельшкова, Н.В. Кротова. - Санкт Петербург, 2003. - С. 52-53.
27. Григорьева Л.П. Возрастные особенности строения челюстно-лицевой области у детей 7-15 лет при ортогнатическом и прогнатическом прикусах по данным телерентгенографии / Л.П. Григорьева, Т.Ю. Эйхгорн // Стоматология. - 1988. -№2. - С. 70-73.

28. Гутнер Я.И. Особенности процесса резорбции при реплантации зуба / Я.И. Гутнер // Стоматология. - 1972. - № 1. - С. 34.
29. Гуцан А.Э. Челюстно-лицевые операции / А.Э. Гуцан. - Витебск : Белмедкнига, 1997. - 387 с.
30. Еловицова А. Н. Ближайшие и отдаленные результаты лечения зубов у детей после травмы / А.Н. Елрвикова//Стоматология. - 1995. - Т. 74, № 1. - С. 57-61.
31. <http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>
32. <https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>
33. <https://medsi.ru/articles/reabilitatsiya-posle-chelyustno-litsevoy-khirurgii/>
34. <https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>
35. <https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>
36. <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>
37. <https://www.msdmanuals.com/home/injuries-and-poisoning/facial-injuries/fractures-of-the-jaw-and-midface>
38. <https://cmfsurgery.ru/fracture/fracture-upper-jaw>
39. <https://volynka.ru/Diseases/Details/436>
40. <https://centr-hirurgii.ru/surgery/chelyustno-litsevaya-khirurgiya/perelom-verkhney-chelyusti/>
41. <https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>
42. <https://probolezny.ru/perelom-chelyusti/>
43. <https://www.rlsnet.ru/mkb/perelom-skulovoi-kosti-i-verxnei-celyusti-8765#:~:text=%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8,S02.,%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8%2C%20%D0%9C%D0%9A%D0%91%2D10>