

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КЎЗ МИКРОХИРУРГИЯСИ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ТЎР ПАРДАНИНГ ЙИРТИЛИШИ ВА КЎЧИШИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

«ТАСДИКЛАЙМАН»
РИКМИАТМ
директори
А.Ф.Юсупов

« _____ » 2025 йил



**«ТЎР ПАРДАНИНГ ЙИРТИЛИШИ ВА КЎЧИШИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ - 2025

Мундарижа

«ТЎР ПАРДАНИНГ ЙИРТИЛИШИ ВА КЎЧИШИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	5
«ТЎР ПАРДАНИНГ ЙИРТИЛИШИ ВА КЎЧИШИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	21
«ТЎР ПАРДАНИНГ ЙИРТИЛИШИ ВА КЎЧИШИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	32

**«ТЎР ПАРДАНИНГ ЙИРТИЛИШИ ВА КЎЧИШИ»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

1. Кириш қисми

Код(лар) ХКТ -10:

МКБ-10	https://mkb-10.com/index.php?pid=6176
H33.0	Тўр парданинг йиртилиши ва кўчиши
H33.1	Ретиношисиз ва ретинал кисталар
H33.2	Тўр парданинг сероз кўчиши
H33.3	Тўр пардани йиртилиши аммо кўчишисиз
H33.4	Тўр пардани тракцион кўчиши
H33.5	Тўр парда ажралишнинг бошқа шакллари

Код(лар) ХКТ -11:

МКБ-11	https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release
9B73.0	Тўр парданинг йиртилиши ва кўчиши

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.;

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассасалар:

Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази- **РИКМИАТМ**

Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда ҳисса қўшганлар:

Жараёни ташкил этиш бўйича офталмология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Юсупов А. Ғ.- профессор, тиббиёт фанлари доктори, РИКМИАТМ директори, олий тоифали офталмолог
2. Каримова М. Н.- профессор, тиббиёт фанлари доктори, РИКМИАТМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, олий тоифали офталмолог
3. Джамалова Ш.А.-доцент, тиббиёт фанлари доктори, РИКМИАТМ илмий бўлими бошлиғи, олий тоифали офталмолог

Ишчи гуруҳ раҳбари:

Юсупов А. Ғ.- профессор, тиббиёт фанлари доктори, РИКМИАТМ директори, олий тоифали офталмолог

Масъул ижрочилар:

Каримова М. Н.- профессор, тиббиёт фанлари доктори, РИКМИАТМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, олий тоифали офталмолог

Джамалова Ш.А.-доцент, т.ф.д., РИКМИАТМ илмий бўлими бошлиғи, олий тоифали офталмолог

Такризчилар:

Туичибаева Д. М.- т.ф.д., Тошкент Давлат стоматология институти офталмология кафедраси доценти, т.ф.д.

Иойлева Е. Э. - Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Федерал Давлат Автоном Муассасаси академик С. Н. Федоров номидаги "Миллий тиббий тадқиқот маркази

"Кўз микрохирургияси" "Фанлараро илмий-техник комплекси" Илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Клиник протокол РИКМИАТМ илмий Кенгашида олий ўқув юртлари professor-ўқитувчилари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (минтақавий кўп тармоқли шифохоналарнинг бош шифокорлари ва депутатлар), офталмологик хизмат тизимининг минтақавий муассасалари шифокорлари иштирокида норасмий консенсусга еришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия етилди. онлайн форматда _____-сонли протокол.

Ишчи гуруҳ раҳбари - Юсупов А. Ғ.- профессор д.м.н., РИКМИАТМ директори, олий тоифали офталмолог

Техник экспертни баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Абдиназаров Дилшод Абдинабиевич – офталмолог-жарроҳ, РИКМИАТМ филиаллари бўйича директор ўринбосари.
2. Хусанбоев Н.Sh. - витреоретинал жарроҳ, РИКМИАТМ, фалсафа доктори (PhD).
3. Акшей Кхер – витреоретинал жарроҳ, Vedanta клиникаси, фалсафа доктори (PhD) Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси:

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.

. Қисқартмалар рўйхати:

КИБ – кўз ичи босими
ВМТС - витреомакуляр тортиш синдроми
ЖССТ-Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ЛК – лазеркоагуляция
ТПК – тўр парданинг кўчиши
ПВР – пролифератив витреоретинопатия
ПВХРД – периферик витреохориоретинал дистрофии
КОК - кўз олмасининг олд-орқа катталиги
ТПРК- тўр парданинг регматоген кўчиши

Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари:

1. офталмологлар,
2. Туман интерстициал яллиғланиш,
3. педиатрлар,
4. неонатологлар,
5. умумий амалиёт шифокорлари (оилавий шифокорлар),
6. парамедиклар,

7. клиник фармакологлар;

8. талабалар, резидентлар, аспирантлар, тиббиёт университетлари ўқитувчилари

Беморлар тоифаси:

Тўр парданинг кўчиши бўлган катталар ва болалар.

Исботланган тиббиёт асосида исботланганлик даражаси шкаласи

Исботланган тиббиёт асосида исботланганлик даражаси шкаласи

Диагностика усуллари учун далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (диагностик аралашувлар)

УДД	Ўритиш
1	Тадқиқотларни назорат-референс усулда ёки мета-тахлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
2	Алоҳида назорат-референс усулдаги ёки алоҳида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-тахлил ёрдамида рандомизирланган клиник синовлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
3	Маълумот усули бўйича кетма-кет назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатни ёритиш
5	Фақат ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун мантиқий асос мавжуд.

Профилактика, даволаш, реабилитация аралашувлари учун ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

УДД	Ўритиш
1	Мета-тахлилдан фойдаланиб РКТ тизимли баён қилиш
2	Алоҳида РКТ ва мета-тахлил ёрдамида РКТ лардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли ёритилиши
3	Рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки “ҳолат-назорат” тадқиқотлари сериясини ёритиш
5	Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникагача тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асос мавжуд

Профилактик, диагностик, даволаш, реабилитация аралашувлари учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

УУР	Ўритилиши
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)



Рис 5. Шкала уровней доказательности, созданная Оксфордским центром доказательной медицины.

Унифицированная шкала оценки рекомендаций по градациям доказательности	
A	доказательства убедительны
B	относительная убедительность доказательств
C	достаточных доказательств нет
D	достаточно отрицательных доказательств
E	веские отрицательные доказательства

Рис. 6. Градации доказательности рекомендаций

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Тўр парданинг регматоген кўчиши (ТПРК) кўрув аъзосининг оғир патологияси бўлиб, жаррохлик даволаш бўлмаса, кўришнинг пасайишига ва кўрликка олиб келади. Бу касаллик шишасимон танадан суюқлик кирганини туфайли орқали бир тешикка шакллантириш билан тўр парда устида тортиш ҳаракатлар учун нейросенсор тўр парда ва тўр парда пигментли эпителий (ТППЭ) узилиши билан тавсифланади.

Меҳнат ёшидаги одамлар орасида кўрликнинг сабаби сифатида глаукомадан кейин иккинчи ўринни эгаллаган ТПРК кўриш органининг энг кенг тарқалган, жиддий ва оғир касалликларидан бири бўлиб, жаррохлик даволашсиз деярли ҳар доим кўришнинг бузилишига ва қайтарилмас кўрликка олиб келади. Келиб чиқиши ва зўравонлигидан қатъи назар, тўр парданинг ажралиши дарҳол жаррохлик ёрдами талаб қилади ва унинг йўқлигида кўрликка олиб келади.

Маълумки, тўр парданинг энг кенг тарқалган шакли бўлиб, меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларнинг кўриш бузилиши, кўрлик ва ногиронлик сабаблари таркибида муҳим ўрин тутди. 2010 йилда "офтальмологлар ассоциацияси" Бутунроссия жамоат ташкилотининг маълумотларига кўра, ТПРК аҳолисининг частотаси 8,9 аҳолига 24,4-100,000 ҳолатни ташкил қилади. Шуниси эътиборга лойикки, тўр парданинг кўчиши билан оғриган беморларнинг ногиронлиги кўриш ногиронлигининг барча сабаблари орасида 2-9% ни ташкил қилади ва биринчи йил давомида жуфтлашган кўзда касаллик ривожланиш хавфи 3,5-5,8% ни ташкил қилади ва кейинги тўрт йил ичида 11% гача ошади. Шу билан бирга, ТПРК билан оғриган беморларнинг аксарияти (84%) меҳнатга лаёқатли одамлардир, бу касалликнинг юқори ижтимоий аҳамиятини келтириб чиқаради. Сўнгги эпидемиологик маълумотларга кўра, Европада ТПРК тарқалишидан интервалларни 9.4 бошига ҳолатлар 100,000 буюк Британияда аҳоли учун 18.1 бошига ҳолатлар 100,000 Нидерландияда аҳоли ва ўртача 13.3 бошига ҳолатлар 100,000 аҳоли. Ажралиш хавфи юқори бўлган ёш ҳам ўзгарувчан. Mitry D. ҳаммуаллифлар билан биргаликда томонидан ўтказилган 1970-2009 йилларда эпидемиологик бўлинишнинг

хусусиятларини тизимли кўриб чиқиш у РОС ривожланиши еҳтимоли катта бўлган икки ёш чўққисининг мавжудлигини аниқлади: 60-69 ёшда анамнезда катаракт экстракти мавжудлиги, шунингдек, шишасимон танадаги ёшга боғлиқ ўзгаришлар, шишасимон таннинг орқа ажралиши ривожланишига олиб келади ва 20-30 ёшда, шишасимон таннинг орқа ажралиши ривожланишига омил қилувчи сифатида юқори даражадаги миопия мавжуд бўлганлиги. Бироқ, Бжеррум С. (2013) маълумотларига кўра, ҳозирда энг кенг тарқалган ўсиш 40-59 ёшда содир бўлади. Бундан ташқари, Дания Соғлиқни сақлаш департаментига кўра, сўнгги ўн йил ичида аҳоли сонининг 50% дан ортиқ ўсиши тенденцияси мавжуд. Бир қатор муаллифлар касалликнинг пайдо бўлишининг ёшга боғлиқ кўрсаткичларининг ўзгаришини, шунингдек, умуман ТПРК тарқалишининг кўпайишини катарактни эрта ва тез-тез қазиб олиш билан боғлашади. Шу билан бирга, Голландияда ўтказилган тадқиқотда 44 ва 2009 йиллар орасида ТПРК тарқалишининг 2016% га ошиши қайд етилди, аммо артифасиа ва native ленси билан оғриган беморлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқ топилмади ва муаллифлар миопия билан касалланишнинг эҳтимол сабаб бўлиши мумкин бу ўзгаришлар. Шунга кўра, ҳозирги вақтда касалланишнинг бундай кескин сакрашининг етиологияси аниқланмаган. Шунга қарамай, юқори даражадаги миёпи, шунингдек линзаларга жарроҳлик аралашуви ТПРК ривожланишининг маълум хавф омиллари бўлган асосий сабаблар сифатида қаралади.

<https://eyepress.ru/thesis/1-1-regmatogennaya-otsloyka-setchatki-etiologya-epidemiologiya-i-patogenez-zabolevaniya>

<https://eyepress.ru/thesis/1-1-regmatogennaya-otsloyka-setchatki-epidemiologiya-etiologya-i-patogenez>

2.2 Таъриф:

Тўр парданинг йиртилиши — бу, кўз ички қобиғининг периферик бўлимларида нуксонни шаклланиши билан боғлиқ бўлган ваҳимали патологик ҳолат. Ушбу узилишлар алоҳида диққатга сазовор бўлади, чунки улар тўр парданинг кўчиш ҳавфини бир неча баробарга ошириб юборадилар.

Тўр парданинг кўчиши – бу, таёқчалар ва нур сезувчи ҳужайралар (колбачалар), яъни, нейроэпителийни, улар орасида суюқликни тўпланиши оқибатидаги тўр парданинг эпителийдан кўчиши.

Тўр парданинг бирламчи регматоген кўчиши (ТПРК) – бу, тўр парданинг узилиши орқали нейросенсорли қаватлар ва туташган пигментли эпителий орасида субретинал суюқликни тўпланиши билан характерланадиган, дарҳол жарроҳлик даволашни тақозо этадиган оғир касаллик.

1.3 Тасниф:

Клиник тасниф:

Краснов М. М. таснифи:

механизм бўйича:

- регматоген (тўр парданинг тешикли ёки клапанли узилиши билан, идиопатик)
- тракцияли (жароҳат, СД, гемофтальм)
- аралаш (тракцияли-перфоратив, перфоратив-тракцияли)
- экссудатив

тури бўйича:

- янги (1 ойгача)
- эскириб қолган (1 ойдан 3 ойгача)
- эски (3 ойдан ортиқ)

тарқалганлиги бўйича:

- маҳаллий (кўз тубининг 1 квадрантини эгаллайди)
- тарқалган (кўз тубининг 2 квадрантигача эгаллайди)

- субтотал (кўз тубининг 3 квадрантини эгаллайди)
- тотал (кўз тубининг бутун майдонини эгаллайди)

баландлиги бўйича:

- ясси
- баланд
- пуфаксимон

ригидлилиги бўйича:

- ҳаракатчан
- ярим ҳаракатчан
- ригидли

Тўр парда кўчишининг оғирлиги бўйича таснифи:

I-чи тоифа: тўр парда тўлалигича ҳаракатчан, ёзилувчанлиги яхши, шишасимон тана томонидаги тракцияли компонент сушт ифодаланган. 3-4 кун мобайнида ётиб даволанганидан кейин тўр парда узилган жойи билан томир қобиғига гипс бўлиб туради. Тўрдаги ўрнашиб олган бурмалар ва шишасимон танадаги швартлар мавжуд эмас.

II-чи тоифа: шишасимон тана томонидан тракция билан характерланади, 3-4 кун мобайнида ётиб даволанганидан кейин тўр парда қисман ростланади (жипсланади), аммо бутунлигича узилган жойи билан гипс бўлмайди. Узилиш клапанлари билан уланган шишасимон швартлари, шунингдек унинг шишасимон пластинкани кўчиши қайд этилади. Тўр парданинг ўрнашган бурмалари мавжуд эмас.

III-чи тоифа: шишасимон тана томонидан ифодаланган тракцияли ўзгаришлар мавжуд. Ҳаттоки узоқ вақт мобайнида ётиб даволанишдан кейин тўр парданинг тўрланишга мойиллиги йўқ. Кўз ҳаракатланганида дағал ўрнашган бурмалар кам ҳаракатчан.

ПВР билан тўр парда кўчишининг бўлинмаларнинг таснифи (Retina жамиятининг терминология кўмитаси, 1983):

ПВР нинг А даражаси шишасимон лойқалик ва пигмент бўлақлари мавжудлиги сифатида аниқланди. ПВР нинг В синфига тўр парданинг юзасида бурмалар ва/ёки ретинанинг ёрилиши мумкин бўлган ретинанинг қаттиқлиги ва қон томирларининг тортуозлиги билан юмалоқ кирраларнинг мавжудлиги киритилган. ПВР нинг С синфига битта (С-1), иккита (С-2) ёки учта (С-3) квадрантда тўлиқ қалинликдаги тўр парда бурмалар мавжудлиги сифатида аниқланди. D даражаси кенг ҳуни шаклига (D -1), тор ҳуни шаклига (D-2) ёки оптик дискни кўрмасдан ёпик ҳуни шаклига (D-3) олиб борадиган тўртта квадрантдаги тўр парда бурмалар сифатида аниқланди.

ПВР билан тўр парда кўчишининг таснифи (Халқаро офтальмологлар жамияти, 1993 й.):

ПВР А босқичи. – шишасимон тана ҳира, пигментли тугунчалар билан. Пигментли тугунчалар кўчган тўр парданинг юзасида ва витреал бўшлиқнинг қуйи бўлимларида мавжуд.

ПВР В босқичи. – кўчган тўр парда юзасининг бурушган, ҳаракатчанлиги сустлашган, ретинал томирлар тўлганган, тўр парда узилган жойининг чеккаси ўралган, шишасимон тана кам ҳаракатчан бўлиб қолади.

ПВР С posterior босқичи – экватор ортида тўр парданинг фокал, диффузияли ўрнашган бурмалари шаклланади, субретинал тасмалар мавжуд.

ПВР С anterior босқичи – экватор олдида тўр парданинг ўрнашган бурмалари шаклланади, периферик тўр парданинг олд силжиши мавжуд, шишасимон тана зич, тасмали.

3. Ташҳислаш усуллари, ёндашувлари ва муолажалари

3.1 Кўчишлар диагностикаси

- беморнинг касаллиги ва ҳаёти ҳақидаги анамнезни тўплаш;
- кўзойнак билан ва усиз кўзнинг ўткирлигини аниқлаш;
- кўз ичи босимини аниқлаш;
- биомикроскопия;
- асферик линзалар ёрдами билан офтальмоскопия (тўғридан-тўғри, тескари);
- циклоскопия;
- кўзларни А-сканерлаш (эхобиометрия)

- кўзлар, ўсимтали аппарат ва орбитани В-сканерлаш (эхобиометрия).

Шикоятлар:

- кўз ўткирлигини пасайиши;
- кўрув периферик майдонида қоронғи парда кўринишида нуқсонни пайдо бўлиши.

Анамнез:

- беморнинг шикоятлари, улар мавжудлигининг давомийлиги, жисмоний юкланиш билан алоқаси;
- миопия мавжудлиги, айниқса, юқори даражали;
- анамнезда ПВХРД мавжудлиги ва ЛК ўтказилиши;
- жуфтли кўзда ТПРК мавжудлиги;
- афакия ёки артификакия мавжудлиги;
- беморнинг касб фаолияти;
- энг яқин қариндошларида ТПРК мавжудлиги;
- ҳамроҳ ва аввал бошдан кечирган касалликлар ҳақида маълумотлар (шу жумладан, аллергоанамнез),
- кўрув органининг жароҳатлари.

5 С	<p>Ташҳисни верификациялаш ва даволаш тактикасини танлашга таъсир қилиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш мақсадида барча беморлардан шикоятлар ва анамнезни пухталиқ билан йиғиш тавсия этилади.</p> <p>https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbp1572z849724474</p>
--------	--

Тўр парданинг шаклланаётган узилишининг дастлабки аломати, шишасимон тананинг орқа кўчиши (ШТОК) ҳисобидан вужудга келадиган фотопсия («ёруғнинг чакнашлари», «чакмоқлар», «учкунлар») ҳисобланади. Тўр парданинг узилиши ретинал томир орқали ўтган тақдирда, беморда, қисман гемофтальм ҳисобидан, сузиб юрган лойқаларга шикоятлари пайдо бўладилар. Бундай шикоятлар ўта муҳимдир, чунки касалликнинг ушбу босқичида узилиш атрофида тўр парданинг ажратувчи лазерли коагуляцияни (ЛК) ўтказиш имконияти бўлиб, бу нарса кейинчалик ТПРК ривожланишини бартараф этади. ТПРК ривожланаётганида “парда”ни пайдо бўлиши ёки кўрув майдонидаги бўшлиқларга шикоятлар туғилади, бироқ, ТПРК макуляр ҳудудга тарқалмаган тақдирда кўзнинг юқори ўткирлигини сақлаб қолиш мумкин. Кўришнинг кескин пасайиши ТПРК-ни кўз тубининг марказий қисмига тарқалишини тасдиқлайди.

Жисмоний текширув:

- кўзнинг ўткирлигини аниқлаш, тонометрия, периметрия (кўзнинг етарлича ўткирлигида);
- биомикроскопия (шоҳ парда, олд камеранинг сувсимон суюқлиги, кўз гавҳарининг ҳолати, афакия ёки артификакия мавжудлиги, шишасимон тананинг (ШТ) ҳолати аниқланади);
- билвосита бинокуляр офтальмоскопия;
- катта оптик кучдаги линзалар ёрдамида билвосита биомикроскопия;
- Гольдманнинг уч ойнали линзаси ёрдамида биомикроскопия (КНД ва тўр пардани батафсил кўздан кечириш).

Лаборатор тадқиқотлар:

- визометрия;
- рефрактометрия;
- тонометрия;
- периметрия;
- биомикроскопик тадқиқот;

- тўғридан-тўғри ва билвосита бинокуляр офтальмоскопия;
- 60Д, 78Д ва 90Д линзалар орқали Гольдманнинг уч ойнали линзаси ёрдамида кўз тубини кўздан кечириш

Инструментал тадқиқотлар:

Асосий инструментал тадқиқотлар:

- **визиометрия;**
- **бинокуляр офтальмоскопия;**
- **А- В -сканерлаш (ультратовушли тадқиқот (УТТ))**

5С	Тавсия: кўрув нерви ва тўр парданинг функционал ҳолатини баҳолаш учун барча беморларга визометрияни ўтказиш.
5С	Тавсия: ташхислаш, динамик кузатувни олиб бориш ва ўтказилаётган даволашнинг самарадорлигини назорат қилиш учун барча беморлар учун бинокуляр офтальмоскопия.
5С	Тавсия: хориоидеяни ҳажмли ҳосил бўлишини истисно қилиш, кўзнинг синдирувчи муҳитларининг ҳиралашишида эса- ТПРК майдони, баландлиги ва конфигурациясини аниқлаш мақсадида барча беморлар учун ультратовушли сканерлаш. https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbpl572z849724474

Ультратовушли сканерлашда турли квадрантлардаги кўчиш баландлигини, оптик ҳилма-хилликларни (қон қуйилишлари, шишасимон танадаги ҳиралашишлар) аниқлаш, шунингдек тўр қобикнинг ҳаракатчанлигини баҳолаш мумкин. В-сканерлаш кўчган тўр парданинг контурларини аниқлаш имконини бериб, бу нарса ҳира оптик муҳитларга эга бўлган беморларда воронкасимон кўчишга бўлган шубҳа туғилганида муҳим аҳамиятни касб этади.

Бошқа диагностик тадқиқотлар:

- **электрофизиологик тадқиқот усуллари**

5С	Тавсия: предметли кўришни йўқлигида, “эски” ТПРК-ларда ташрихни ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги ҳамда даволашдан кейинги кўрув функцияларини башоратлаш масаласини ҳал қилиш учун электрофизиологик тадқиқот усуллари (ЭФТ) ўтказиш. https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbpl572z849724474
----	---

Электрофизиологик текширувлар тўр кўчишининг эски оғир шаклларида унинг яшаш қобилиятини баҳолаш имкониятини берадилар. Электроретинограммани (ЭРГ) йўқлиги, электр сезувчанлик чегараларини кўтарилиши ва электрлабилликни пасайиши ёмон башорат белгиси сифатида хизмат қиладилар.

Оптик муҳитлари ҳира бўлган кўзларда, кўзнинг потенциал ўткирлигини башоратлаш учун мия пўстининг чақирилган потенциалларини (ПЧП) қайд қилиш имкони мавжуд. Тўлик суратни олиш учун 2-3 усулларни комбинациялаш тавсия этилади, жумладан – ультратовушли сканерлаш, ЭРГ ва ВПК

3.2 Диагностик алгоритм:



3.3 Дифференциал ташҳис:

Нозология	Дифференциал ташҳислаш учун асослар	Текширувлар	Дифференциал-диагностик белгилар
Тўр парданинг иккиламчи кўчиши	Кўз ўткирлигининг пасайиши, кўрув майдонининг нуқсонлари	Анамнез Биомикроскопия Офтальмоскопия УТТ	<ul style="list-style-type: none"> · тўр парданинг орқасида патологик ҳосилани мавжудлиги туфайли тўр парда проминенцияси; · аксарият бир томонлама характер; · кўз олмасининг кўпроқ ён тарафга силжиши; · юмуқ қовоқ орқали кўзга босилганида кўз олмаси репозициясини бузилиши; · кўз олмаси аксиал ўқининг узунлиги ва шох парда эгрилигининг радиусини ўзгариши туфайли рефракцияни ўзгариши; · жараённи ривожланишида жароҳат, гриппли инфекция, бурун бўшлиғидаги яллиғланишли

			<p>касаликлар рол ўйнайдилар;</p> <ul style="list-style-type: none"> · сурунқали, ўзига ҳос бўлмаган яллиғланиш сурати, орбитадаги оғриклар, қовоқлар шиши, хемоз, кўз олмаси ҳаракатланишининг чекланиши, диплопия, кўп ҳолларда кўз ичи босимининг кўтарилиши, экзофтальм; · кўп ҳолларда, орбитанинг орқа бўлими жалб қилинганида кўрув диски турғун нервининг сурати.
Томирли қобикнинг кўчиши	Кўз ўткирлигининг пасайиши, кўрув майдонининг нуқсонлари	<p>Анамнез</p> <p>Биомикроскопия</p> <p>Офтальмоскопия</p> <p>УТТ</p>	<ul style="list-style-type: none"> · глаукома жарроҳлигида асорат сифатида учрайди; · офтальмоскопиядаги фарқлар: тўр парданинг йиртилишларини йўқлиги, тўр парла ва томирли қобик ўртасида майдон ва суюқликни йўқлиги, кўчган пуфакнинг ранги тўқ-қуланг.

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

4.1. Номедикаментоз даволаш:

ТПК фақат жарроҳлик йўли билан даволанади. ТПК-да маҳсус парҳез мавжуд эмас. Оғриқсизлантириш усуллари ТПК-ни жарроҳлик даволаш босқичида қўлланилиб, улар мустақил терапия сифатида қўлланилмайди.

Асосий дори воситалар рўйхати:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситанинг халқаро патентланмаган номи (ХПН)	Қўллаш тартиби	Исботланганлик даражаси
Қисқа ва узок таъсирли мидриатиклар	<p>тропикамид 1% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132914/#:~:text=Comparison%20of%20cyclopentolate%20versus%20tropicamide%20cycloplegia%3A%20A%20systematic%20review%20and%20meta%2Danalysis</p> <p>фенилэфрина гидрохлорид + тропикамид 2,5% ва 10% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39937702/#:~:text=Comparative%20efficacy%20of%20tropicamide%201%25%20and%20cyclopentolate%201%25%20for%20cycloplegic%20refraction%3A%20A%20syste</p>	<p>суткасига 3 мартабагача, 1-2 томчидан, 3-5 кун давомида</p> <p>суткасига 3 мартабагача, 1-2 томчидан, 3-5 кун давомида</p> <p>1 кунда 2 маҳал 2 томчидан</p>	5С

	<p>matic%20review%20and%20meta%20analysis%20of%20randomized%20controlled%20trials атропин 1% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36786791/#:~:text=Effect%20of%20Low%2DConcentration%20Atropine%20EyeDrops%20vs%20Placebo%20on%20Myopia%20Incidence%20in%20Children%3A%20The%20LAMP2%20Randomized%20Clinical%20Trial</p>		
Бактерияга қарши кўз томчилари	<p>левофлоксацин 0,5% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7918266/</p> <p>ципрофлоксацин 0,3% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7918266/</p> <p>моксифлоксацин 0,5% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194412/</p>	<p>конъюнктура қопчасига 1-2 томчидан</p> <p>конъюнктура қопчасига 1-2 томчидан</p> <p>конъюнктура қопчасига 1 томчидан</p>	5C
Яллиғланишга қарши кўз томчилари	<p>дексаметазон 0,1% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38492864/</p> <p>непафенак 0,1 % https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28268098/#:~:text=2017%20Mar%206.-Nepafenac%200.3%25%20after%20Cataract%20Surgery%20in%20Patients%20with%20Diabetic%20Retinopathy%3A%20Results%20of%202%20Randomized%20Phase%203%20Studies,-Rishi%20P%20Singh</p> <p>диклофенак натрия 0,1% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9798189/</p>	<p>суткасига 4-6 маҳал, 9 кун (шифохонада) ёки 1 ой (муствақил)</p> <p>суспензия кунига 3 маҳал 1 томчидан</p> <p>кунига 3-4 маҳал 1 томчидан</p>	5C
Сульфаниламидлар	<p>Сульфацетамид натрия 20 % https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3274675/</p>	<p>кунига 3-4 маҳал 1 томчидан</p>	5C
Комбинацияланган препаратлар	<p>тобрамицин + дексаметазон https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32696102/</p> <p>гентамицин + дексаметазон</p>	<p>конъюнктура қопчасига кунига 4-6 маҳал 1-2 томчидан</p>	5C

	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9798189/	конъюнктивга қопчасига кунига 4-6 маҳал 1-2 томчидан	
Стероидсиз яллиғланишга қарши воситалар	диклофенак натрия 50 мг https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9798189/ дексаметазона натрия фосфат 0,4% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38492864/	овқатдан аввал суткасига 2-3 маҳал эритма, парабульбар тарзда, 0,5 мл-дан ҳар кун, ёки 1 кун оралик билан	5С
Анестезиологик қўлланмани ўтказиш учун препаратлар	тетаркаин https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37696782/	ҳар 5-10 дақиқада 3-5 мартагача 1-2 томчидан	5С

Қўшимча дори воситалар рўйхати:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаларнинг ХПН	Қўллаш тарти	Ишончилик даражаси
Антисептиклар ва дезинфекция воситалари	Повидон иодид https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20054046/	кўз томчилари	5С
Маҳаллий оғриқ қолдирувчи воситалар	тетаркаин https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37696782/	кўз томчилари	5С

4.3. Жарроҳлик аралашув:

2 А	Тавсия: тўр парданинг локал кўчишида чегараловчи лазерлик коагуляцияни ўтказиш https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbp1572z849724474
--------	--

Маҳаллий ясси ТПРК-ларда кўз тубининг аксарият куйи бўлимларида тўр парданинг кичик йиртилишида, тўр парданинг кўчиш чегаралари бўйлаб шахмат тартибда 3 қатор ЛК ўтказилади. Динамикали кузатувда ТПРК-ни лазерли коагулятлар чегараларидан ташқарисига тарқалиши кузатилган тақдирда, такрорий ЛК ўтказилмасдан бемор жарроҳлик даволаш учун юборилади.

2 А	Тавсия: жарроҳлик даволашни ўтказиш https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbp1572z849724474
--------	---

1. Экстрасклерал жарроҳлик.

Тавсия этилади: эписклерал айланма ва (ёки) маҳаллий пломбалаш (операциялар ҳонаси шароитида); маҳаллий анестезия остида (маҳаллий анестетиклар инстиляциясини қўллаган ҳолда), зарурият бўлганида- маҳаллий оғриқ қолдирувчи воситаларни пара- ёки ретробульбар инъекцияси билан (зарурият бўлганида– бириккан анестезияни қўллаган ҳолда), медикаментозли мидриаз шароитида (глаукомага қарши препаратлардан ташқари антихолинергик воситалар ва симпатомиметикларни, шу жумладан, белгиланган комбинацияларни қўллаш билан), қовоқ териси, кўзлар атрофидаги соҳа ва кўз юзасига антисептик ва дезинфекцияловчи препаратлар (шу жумладан йод препаратлари) билан ишлов берилганидан сўнг, микробга ва яллиғланишга қарши препаратларни қўллаган ҳолда, зарурият бўлганида ҳамроҳ манипуляциялар билан, шу жумладан, дори воситаларни, ҳавони, силиконни эндовитреал равишда киритиш, витреал бўшлиқни тампонлаш (перфторорганик ёки бошқа юқори молекуляр бирикма ёрдамида), перфторорганик бирикмани силиконга эндовитреал равишда алмаштириш, нормал анатомик нисбатларни қайта тиклаш, тўр парданинг регматогенли кўчиши билан беморларда кўзнинг тўғриланган ўткирлигини барқарорлаштириш ёки кўтариш мақсадида силиконни витреал бўшлиқидан олиб ташлаш [68,69], кўрсатмалар мавжудлигида pars plana 23-27G эндовитреал жарроҳлигини қўллаш.

2. Витреоретинал жарроҳлик.

Тавсия этилади: операция ҳонаси шароитида 23-27Ga технологияларни қўллаб, маҳаллий анестезия остида (маҳаллий оғриқ қолдирувчилар инстиляцияси билан) микроинвазив витреоектомия ёки витреошвартэктомиюни ўтказиш. Зарурият бўлганида, маҳаллий оғриқ қолдирувчи воситаларни пара- ёки ретробульбар инъекция қилиш билан анестезияни ўтказиш (зарурият бўлганида– бириккан анестезияни қўллаган ҳолда), медикаментозли мидриаз шароитида (антихолинергик воситалар ва симпатомиметикларни қўллаш билан). Қовоқ териси, кўзлар атрофидаги соҳа ва кўз юзасига антисептик ва дезинфекцияловчи препаратлар (шу жумладан йод препаратлари) билан ишлов бериш, микробга ва яллиғланишга қарши препаратларни қўллаш билан. Зарурият бўлганида ҳамроҳ манипуляциялар билан, витреал бўшлиқни перфторорганик ёки бошқа юқори молекуляр бирикма ёрдамида тампонлаш, перфторорганик бирикмани силиконга алмаштириш, ҳавони (алмаштириш учун қўшимча ҳаракатларни талаб этмайдиган автоматик инфузия/ҳаво клапанли тизимлар афзалроқ), силиконни, газни (газни автоматик равишда тўлдириш функцияли тизимлар афзалроқ) эндовитреал равишда киритиш, тўлқин узунлиги 532 нм бўлган (жарроҳлик тизими ичига ўрнатилган, ёки алоҳида турган ва жарроҳлик тизимига уланган) офтальмологик лазер ёрдамида эндолазерли коагуляция, склерани пломбалаш (маҳаллий эзиш), циркуляж (склерани айланма бўйлаб эзиш), ташкил бўлган гемофтальм, пролифератив витреоренопатия ва эпиретинал фиброз билан асоратланган тўр парданинг регматогенли кўчиши билан беморларда, нормал анатомик нисбатларни қайта тиклаш, кўзнинг тўғриланган ўткирлигини барқарорлаштириш ёки кўтариш мақсадида, витреал бўшлиқдан силиконни олиб ташлаш. Фиброзли ўзгарган тўқималар пинцет ёрдамида олиб ташланадилар (одатда, зич мембраналар учун).

Тавсия этилади: витреал бўшлиқдан силикон ёғини (ёки бошқа юқори молекуляр бирикмани) олиб ташлаш (операция ҳонаси шароитида, маҳаллий анестезия остида, маҳаллий оғриқ қолдирувчилар инстиляцияси билан, зарурият бўлганида, маҳаллий оғриқ қолдирувчи воситаларни пара- ёки ретробульбар инъекция қилиш билан, зарурият бўлганида, бириккан анестезияни қўллаган ҳолда); медикаментозли мидриаз шароитида (глаукомага қарши препаратлардан ташқари антихолинергик воситалар ва симпатомиметикларни, шу жумладан, белгиланган комбинацияларни қўллаш билан), қовоқ териси, кўзлар атрофидаги соҳа ва кўз юзасига антисептик ва дезинфекцияловчи препаратлар (шу жумладан йод препаратлари) билан ишлов бериш, микробга ва яллиғланишга қарши препаратларни қўллаш билан, зарурият бўлганида ҳамроҳ манипуляциялар билан, витреал бўшлиқни перфторорганик ёки бошқа юқори молекуляр бирикма ёрдамида тампонлаш, перфторорганик бирикмани силиконга алмаштириш, ҳаво, силикон, газни эндовитреал тарзда киритиш, ташриҳ қилинган тўр парданинг регматогенли кўчиши билан беморларда микроинвазивли витреоектомия ёки витреошвартэктомию ташриҳидан кейинги узоқ даврда силикон ёғи орқали ўта узоқ мuddатли эндотампонлаш билан боғлиқ бўлган

асоратларни олдини олиш мақсадида эндолазерли коагуляция, эндодиатермокоагуляцияни ўтказиш.

4.4. Кейинги парваришлаш:

5 С	<p>Тавсия: кўзи ожиз беморларда кўрув функцияларини, хаёт сифатини ва ижтимоий мослашувини ошириш мақсадида, кўз ожизлигини оптик тўғрилаш воситаларини танлаш (кўзойнак, шу жумладан, кўшимча катталаштириш ва ичига ўрнатилган монокулярлар билан кўзойнаклар, кўзи ожиз ногиронлар учун маълумотларни олиш имконини берадиган махсус воситалар).</p> <p>https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbpl572z849724474</p>
--------	---

Ўтказилган даволашдан кейин дастлабки бир ой давомида, ташрихдан кейинги офтальмологик мақомни инобатга олган ҳолда, шифокор-офтальмолог ташрихдан ўтказилган беморларни бир ёки ундан кўпроқ маротаба кўриқдан ўтказди. Мумкин бўлган кечки асоратларни кузатиш учун кейинги мониторинг шифокор-офтальмолог томонидан беморнинг яшаш манзили бўйича ўтказилган даволашдан кейин 6-12 ой ўтгач 1 маротаба ўтказилади. Назоратнинг стандарт параметрларидан ташқари пломбалаш материални қабул қилинмаслигининг белгиларини (экстрасклерал жарроҳлик ҳолатларида), ва силиконнинг эмульгацияси белгиларини (витреоретинал жарроҳлик ҳолатларида) мавжудлигини назорат қилиш лозим. Кўзнинг ўткирлиги қутилмаган пасайганида, ёки кўрув органи томонидан қандайдир шикоятлар пайдо бўлганида, шифокор-офтальмолог текширув иложи борича тезроқ ўтказилиши лозим, навбатдаги ташрифнинг белгиланган муддатларидан қатъий назар.

4.5. Даволаш самарадорлигининг индикаторлари:

Касалликнинг клиник аломатларини камайиши, тўр парданинг анатомик мослиги, кўз ўткирлигининг яхшиланиши, асоратларни йўқлиги, даволаш самарадорлигининг индикаторлари ҳисобланадилар. Бироқ, тўлақонли психологик реабилитация учун ташрихдан аввал бемор ташрихдан кейинги даврдаги кўрув функциясини секин яхшиланиши ҳақида огоҳлантирилиши лозим. Тўғри ва ўз вақтида даволаш мавжудлигида ТПРК-ли беморлар учун эртанги харакатли реабилитация тавсия этилади.

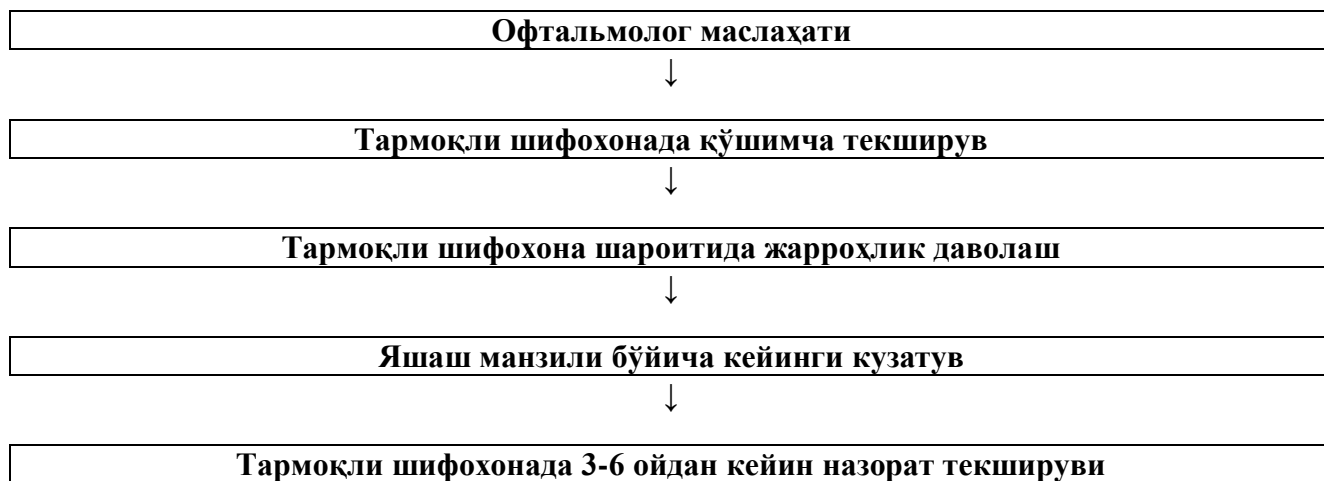
5. Тиббий ёрдамни кўрсатиш турларини ҳисобга олган ҳолда, шифохонага ётиш учун кўрсатмалар:

Режали ётиб даволаниш учун кўрсатмалар – йўқ.

Шошилинич ётқизиш учун кўрсатмалар- асоратларни ривожланиши, жумладан, шоҳ парда яраси.

6. Шифохона даражасида даволаш тактикаси:

Беморни кузатиш варақаси, беморнинг маршрутланиши:



Медикаментсиз даволаш: шифохонада ётиб даволаниш талаб этилмайди, харакатланиш фаолияти чекланмаган, парҳез назарда тутилмаган (аллергия ҳолатларидан ташқари).

7. Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:

7.1. Манфаатлар тўқнашувини йўқлиги ҳақидаги маълумот: манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмас.

7.2. Экспертлар ҳақидаги маълумотлар (республика ва ҳорижий мутахассислар): Набиев Абдували Мирзалиевич – т.ф.д., Тошкент вилояти кўз касалликлари шифохонасининг бош шифокори.

7.3. Баённомани қайта кўриб чиқиш учун шартлар: баённома ишлаб чиқилганидан сўнг 3 ёки 5 йил ўтгач, ёки исботланганлик даражаси билан янги усулларни мавжудлигида қайта кўриб чиқилади;

7.4. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Аванесова Т.А. Регматогенная отслойка сетчатки: современное состояние проблемы / Офтальмология. — 2015. — Т. 12, № 1. — С. 24–32. 34 2. «Вопросы лазерной офтальмологии» под ред.
2. Большунова А.В., Москва, издательство «Апрель» 2013г. 3. Горшков, И.М. Бимануальная техника хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки с помощью 27G технологии [Текст] / И.М.
3. Горшков, И.А. Маляцинский, С.В. Беликова / Современные технологии лечения витреоретинальной патологии - 2012. - М., 2012. - С. 60-63.
4. Кислицына Н.М., Новиков С.В., Колесник С.В. и др. Анатомо- топографические особенности стекловидного тела и витреоретинального интерфейса при отслойке сетчатки, осложненной пролиферативной витреоретинопатией / Практическая медицина –2017. – 9(110) - том 1. – С. 150-157.

5. Лыскин П.В. Новые данные о механизме витреоретинальной адгезии и задней отслойке стекловидного тела человека / Российская детская офтальмология. – 2019. - №2. – с. 57-62.
6. Ahmed J. et al. Evaluation of vitreo-retinal pathologies using B-scan ultrasound / Pakistan Journal of Ophthalmology. – 2009. – Т. 25. – №. 4.
7. Nagai N. et al. Flicker Perimetry and Automated Static Perimetry after Surgery for Rhegmatogenous Retinal Detachment with Macula Detachment / Investigative Ophthalmology & Visual Science. – 2003. – Т. 44. – №. 13. – С. 1880-1880.
8. Mitry D, Charteris DG, Fleck BW, Campbell H, Singh J. The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment: geographical variation and clinical associations / Br. J. Ophthalmol.- 2010 Jun.- Vol. 94(6).- P.678-84.
9. Sultan, Z. N., Agorogiannis, E. I., Iannetta, D., Steel, D., & Sandinha, T. Rhegmatogenous retinal detachment: a review of current practice in diagnosis and management / BMJ open ophthalmology.- 2020.- Vol. 5(1).- P. e000474.
10. Öhman, T., Gawriyski, L., Miettinen, S., Varjosalo, M., & Loukovaara, S. Molecular pathogenesis of rhegmatogenous retinal detachment / Scientific reports.-2021.-Vol. 11(1).- P. 966.

**«ТЎР ПАРДАНИНГ ЙИРТИЛИШИ ВА КЎЧИШИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТИББИЙ АРАЛУШВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

2.1 Кириш:

2. Асосий қисм.

Тўр парданинг кўчиши – бу, тўр парданинг нейросенсорли хужайралар қатламини пастда жойлашган пигментли эпителийдан ажралиши. Бунинг энг кўп учрайдиган сабаби, тўр парданинг йиртилиши (узилиши, ёки, кам ҳолатларда, қатланиб кўчиши, яъни, регматогенли кўчиш) ҳисобланади. Тўр парданинг клиник кўчиши марказий ёки периферик кўришнинг пасайишида намоён бўлиб, у кўп ҳолларда кўрув майдонини тўсувчи қора пардани пайдо бўлиши сифатида таърифланади. Бошқа аломатлардан, чакнаш ёки кўз олдида сузувчи доғларни кескин кўпайиши каби кўришнинг оғриқсиз бузилишларини келтириш мумкин. Тўр парданинг тракцияли ва серозли кўчиши (унинг йиртилишисиз) марказий ёки периферик кўришни йўқолишига олиб келади. Ташҳис офтальмоскопия орқали қўйилади. Унинг самарасизлигида, кўчиш мавжудлиги ва турини ультратовушли тадқиқот ёрдамида аниқлаш мумкин. Тўр парданинг регматогенли кўчиши ўткир ривожланиб марказий кўришни жиддий бузган тақдирда, шошилиш даволашни ўтказиш лозим. Тўр парданинг регматогенли кўчишини даволаш жараёни, тўр парда йиритилишларини лазер ёки криотерапия ёрдамида ёпиш, тўр пардани йиртилган соҳасида склерал эзиш усули, пневматик ретинопексия ва/ёки витректомия орқали қувватлаш усулларини ўз ичига олиши мумкин.

Тўр парда кўчишининг этиологияси

Тўр парда кўчишининг 3-та турини ажратадилар: регматогенли (унинг йиртилиши билан боғлиқ), тракцияли ва серозли (экссудатив). Тўр парданинг тракцияли ва серозли кўчиши йиртилиш билан боғлиқ бўлмасдан регматогенсиз деб номланадилар.

Энг кўп учрайдиган, бу, регатогенли кўчиш ҳисобланади. Унинг қуйилаги ҳавф омиллари ажратилади:

- миопия;
- катарактани аввалги жарроҳлик даволаш;
- кўз жароҳати;
- тўр парданинг панжарасимон дегенерацияси;
- оилавий анамнезда тўр парда кўчишини мавжудлиги.

Тракцияли кўчиш, пролифератив диабетик ёки ўроксимон-хужайрали ретинопатияда ҳосил бўладиган витреоретинал жипслашиш соҳасидаги таранглашиш пайтида вужудга келиши мумкин.

Серозли кўчиш суюқликнинг субретинал майдонига трансудациясида пайдо бўлади. Унинг сабабларидан, оғир увеит, айниқса- Фогт-Каянаги-Харада касаллигида, хориоидал гемангиомалар, шунингдек, кўз томирли қобиғининг бирламчи ёки метастазали саратони.

2.2 Таърифлар:

Тўр парданинг йиртилиши — кўз ички қобиғининг периферик бўлимларида нуқсонни шаклланиши билан боғлиқ бўлган ваҳимали патологик ҳолат. Йиртилишлар алоҳида эътиборни тақозо этадилар, чунки улар тўр парда кўчишининг ривожланиш ҳавфини бир неча баробарга оширадилар.

Тўр парданинг кўчиши– бу, таёқчалар ва нур сезувчи хужайралар (колбачалар), яъни, нейроэпителийни, улар орасида суюқликни тўпланиши оқибатидаги тўр парданинг эпителийдан кўчиши.

Тўр парданинг бирламчи регматоген кўчиши (ТПРК) – бу, тўр парданинг узилиши орқали нейросенсорли қаватлар ва туташган пигментли эпителий орасида субретинал суюқликни тўпланиши билан характерланадиган, дарҳол жарроҳлик даволашни тақозо этадиган оғир касаллик.

2.3 Тасниф:

Краснов М. М. таснифи:

механизм бўйича:

- регматоген (тўр парданинг тешикли ёки клапанли узилиши билан, идиопатик)
- тракцияли (жароҳат, СД, гемофтальм)
- аралаш (тракцияли-перфоратив, перфоратив-тракцияли)
- экссудатив

тури бўйича:

- янги (1 ойгача)
- эскириб қолган (1 ойдан 3 ойгача)
- эски (3 ойдан ортиқ)

тарқалганлиги бўйича:

- маҳаллий (кўз тубининг 1 квадрантини эгаллайди)
- тарқалган (кўз тубининг 2 квадрантигача эгаллайди)
- субтотал (кўз тубининг 3 квадрантини эгаллайди)
- тотал (кўз тубининг бутун майдонини эгаллайди)

баландлиги бўйича:

- ясси
- баланд
- пуфаксимон

ригидлиги бўйича:

- ҳаракатчан
- ярим ҳаракатчан
- ригидли.

Тўр парда кўчишининг оғирлиги бўйича таснифи:

I-чи тоифа: тўр парда тўлалигича ҳаракатчан, ёзилувчанлиги яхши, шишасимон тана томонидаги тракцияли компонент сусти ифодаланган. 3-4 кун мобайнида ётиб даволанганидан кейин тўр парда узилган жойи билан томир қобига жипс бўлиб туради. Тўрдаги ўрнашиб олган бурмалар ва шишасимон танадаги швартлар мавжуд эмас.

II-чи тоифа: шишасимон тана томонидан тракция билан характерланади, 3-4 кун мобайнида ётиб даволанганидан кейин тўр парда қисман ростланади (жипсланади), аммо бутунлигича узилган жойи билан жипс бўлмайди. Узилиш клапанлари билан уланган шишасимон швартлари, шунингдек унинг шишасимон пластинкани кўчиши қайд этилади. Тўр парданинг ўрнашган бурмалари мавжуд эмас.

III-чи тоифа: шишасимон тана томонидан ифодаланган тракцияли ўзгаришлар мавжуд. Ҳаттоки узоқ вақт мобайнида ётиб даволанишдан кейин тўр парданинг тўрланишга мойиллиги йўқ. Кўз ҳаракатланганида дағал ўрнашган бурмалар кам ҳаракатчан.

ПВР билан тўр парда кўчишининг таснифи:

ПВР А босқичи. – шишасимон тана ҳира, пигментли тугунчалар билан. Пигментли тугунчалар кўчган тўр парданинг юзасида ва витреал бўшлиқнинг қуйи бўлимларида мавжуд.

ПВР В босқичи. – кўчган тўр парда юзасининг бурушган, ҳаракатчанлиги сустлашган, ретинал томирлар тўлганган, тўр парда узилган жойининг чеккаси ўралган, шишасимон тана кам ҳаракатчан бўлиб қолади.

ПВР С posterior босқичи – экватор ортида тўр парданинг фокал, диффузияли ўрнашган бурмалари шаклланади, субретинал тасмалар мавжуд.

ПВР С anterior босқичи – экватор олдида тўр парданинг ўрнашган бурмалари шаклланади, периферик тўр парданинг олд силжиши мавжуд, шишасимон тана зич, тасмали.

Ретиношизис ва ретинал кисталарнинг Астахов Ю.С. ва Луковская Н.Г. бўйича таснифи:

Йиртилишнинг тўр пардада жойлашуви бўйича:

- ички япроқчада;
- ташқи япроқчада;
- иккала япроқчаларда;
- йиртилишларсиз.

Кечиши бўйича:

- барқарор, тўр парданинг чандикланиши билан;
- тараққийлашаётган, демаркациясиз, нотекис чегаралар билан;

асоратланган:

- шишасимон танага қон қуйилиши;

- киста бўшлиғига қон қуйилиши;
- тўр парданинг кўчишига ўтиши билан.

Тури бўйича:

- бирламчи;
- иккиламчи;

Этиопатогенез бўйича:

ирсий:

- ўсмирлик, X-хромосома билан уланган;
- Вагнер синдромида;
- Гольдмана-Фавр синдромида.

орттирилган:

Дегенератив (сенилли):

- намунавий кистозли периферик дегенерациядан;
- ретикуляр кистозли периферик дегенерациядан.

Миопик:

- намунавий кистозли периферик дегенерациядан;
- ретикуляр кистозли периферик дегенерациядан
- жароҳатдан кейин
- тўр парданинг марказий вена тромбозидан кейин
- тўр парданинг кўчиши бўйича ташриҳдан кейин
- диабетда
- увеитда

Жойлашуви бўйича:

марказий;
периферик;
комбинацияланган.

Шакли бўйича:

ясси;
буллезли.

Зарарланиш томони бўйича:

бир томонлама;
икки томонлама.

Тўр парданинг кўчишисиз ретинал йиртилишлар таснифи:

Патогенези бўйича:

клапанли йиритилшлар динамикали витреоретинал тракцияла вужудга келадилар.

Кўпинча юқори квадрантда учрайдилар (кўпроқ чакка квадрантида).

Тешикли йиртилишлар, тўр парданинг сурунқали атрофияси оқибатида пайдо бўлиб, овалсимон ва думалок бўлиши мумкин.

Конфигурацияси бўйича:

U-симон йиртилишлар, яъни, клапанли ёки тақасимон йиртилишлар. Уларнинг учи шишасимон танага чўзилиб, негизи эса (олд тарафга яқинроқ жойлашган) қолган тўр пардага маҳкамланади. Тўлиқсиз U-симон ёки L-симон йиртилиш.

Қопқоқчали йиртилиш бўлиб, унда тўр парданинг участкаси кўчган шишасимон тана орқали тўлиқ йиртилган.

Узилиш (диализ) – бу, тишли чизик бўйлаб циркуляр йиртилиш, йиртилишнинг орқа юзаси бўйлаб маҳкамланган шишасимон тана билан.

Кўз олмаси айланасининг 90°-дан кўпроқ тарқалган улкан йиритилишлар. Бу U–йиритилишнинг бир варианты бўлиб, унда шишасимон тана йиритилишнинг олд чеккаси бўйлаб маҳкамланган.

Витреомакуляр тракцияли синдром таснифи.

Турлари	ОКТ сурати бўйича таъриф	Қўшимча белгилар	Аломатлар	Макуляр тешикнинг босқичига
---------	--------------------------	------------------	-----------	-----------------------------

				мос келиши:
Витреомакуляр адгезия	<p>ОКТ суратида қуйидаги ўзгаришларнинг камида биттаси мавжуд бўлиши лозим:</p> <p>(I) Перифовеаляр соҳада шишасимон тананинг кортикал қатламини тўр парда юзаси устидан кўтарилишини кўрсатувчи шишасимон тананинг қисман кўчиши.</p> <p>(II) Фовеа марказидан 3 мм радиус доирасида шишасимон танани макулага доимий маҳкамланиши.</p> <p>(III) Орқа гиалоид ва тўр парданинг ички юзаси ўртасидаги ўткир бурчак.</p> <p>(IV) Фовеал контур ёки тўр парданинг морфологиясида ўзгаришларни йўқлиги</p>	йўқ	йўқ	0 босқич
Витреомакуляр тракция	<p>ОКТ суратида қуйидаги ўзгаришларнинг камида биттаси мавжуд бўлиши лозим:</p> <p>(I) Перифовеаляр соҳада шишасимон тананинг кортикал қатламини тўр парда юзаси устидан кўтарилишини кўрсатувчи шишасимон тананинг қисман кўчиши.</p> <p>(II) Фовеа марказидан 3 мм радиус доирасида шишасимон танани макулага доимий маҳкамланиши.</p> <p>(III) Орқа гиалоид ва тўр парданинг ички юзаси ўртасидаги ўткир бурчак.</p> <p>(IV) Фовеал контур ёки тўр парданинг морфологиясида ўзгаришларни йўқлиги (фовеал юзасининг қийшайиши, сохта кистани шаклланиши каби интраретинал тузилмавий ўзгаришлар, фовеани ПЭ-дан кўтарилиши, ёки ушбу учала белгиларнинг биттасини комбинацияси).</p> <p>(V) Тўр парданинг бутун қалинлиги бўйлаб бузилишларни йўқлиги</p>	Фовеалярли сохта киста, макулани қалинлашиши, тўр парданинг ўтказувчанлиги ни ошиши, макуляр шизис, кистозли макуляр шиш, тўр парданинг кўчиши	Кўришни пасайиш и ёки бузилиш и	1-чи босқич (келаётган макуляр йиртилиш); 2-чи босқич (витриомак уляр тракция, тўлиқ кичик ва ўрта йиртилиш билан); 3-чи босқич (витриомак уляр тракция, тўлиқ ўрта ёки катта макуляр йиртилиш билан)

Турлар	ОКТ- тасниф
Витреомакуляр адгезия	(I) Фокал: маҳкамланиш кенглиги ≤ 1500 мкм (II) Кенг: маҳкамланиш кенглиги > 1500 мкм
	(I) Бирдан бўладиган: макуляр худудда бошқа ўзгаришлар билан боғланган (масалан, ёшга оид макуляр дегенерация, тўр парда марказий венасининг окклюзияси, диабетга оид макуляр шиш) (II) Алоҳида: макуляр худудининг бошқа бузилишлари билан боғланмаган
Витреомуляр тракция	(I) Фокал: маҳкамланиш кенглиги ≤ 1500 мкм (II) Кенг: маҳкамланиш кенглиги > 1500 мкм
	(I) Бирдан бўладиган: макуляр худудда бошқа ўзгаришлар билан боғланган (масалан, ёшга оид макуляр дегенерация, тўр парда марказий венасининг окклюзияси, диабетга оид макуляр шиш) (II) Алоҳида: макуляр худудининг бошқа бузилишлари билан боғланмаган

1. Ташҳислаш ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

3.1. Муолажа ёки аралашувни ўтказиш мақсади:

- тўр парданинг анатомик жипсланиши;
- тракцияни бартараф этиш;
- кўрув функцияларини ошириш.

3.2. Муолажа ёки аралашувга бўлган қарши кўрсатма:

- беморнинг оғир умумий аҳволи.

3.3. Муолажа ёки аралашувга бўлган кўрсатма:

даволаш фақат жарроҳлик йўли билан.

https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otsojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbpl572z849724474

5.4 Жарроҳлик аралашув:



1.	Склерани имплант ёрдамида маҳкамлаш (МКБ 9-14.41)	→	Ташриҳ учун кўрсатма: <ul style="list-style-type: none"> • пролифератив А-компонент босқичи; • 1-чи квадрантдаги йиртилишлар мавжудлиги; • ҳар хил квадрантларда иккита йиртилишларни мавжудлиги; • аввалги ташриҳдан кейин қолган блокланмаган йиртилишни мавжудлиги; • тўр парданинг кўп сонли йиртилишлари ва бир неча квадрантлардаги дистрофик ўзгаришлар; • топилмаган йиртилишлар билан тўр парданинг кўчиши: • В-босқичдаги ПВР билан II ва III оғирлик тоифали тўр парданинг кўчиши; • пломбалаш учун кўшимча элемент сифатида
2.	2.1 Механик вектрэктомиянинг бошқа турлари (МКБ 9-14.74); 2.2 Шишасимон тананинг ўрнини босувчи моддани киритиш (МКБ 9-14.75); 2.3 интраокуляр линза имплантацияси билан катарактани факоэмульсификациялаш (МКБ 9-14.73)	→ → →	<ul style="list-style-type: none"> • тўр парданинг кўп сонли йиртилишлари ва бир неча квадрантлардаги дистрофик ўзгаришлар; • топилмаган йиртилишлар билан тўр парданинг кўчиши; • В-босқичдаги ПВР билан II ва III оғирлик тоифали тўр парданинг кўчиши; • Ҳира муҳитларда тўр парданинг кўчиши (геофтальм+кўчиш, катаракта+кўчиш); • С-босқичдаги пролифератив витреоретинопатия билан тўр парданинг кўчиши; • тўр парданинг улкан йиртилишлари; • марказий йиртилишлар билан тўр парданинг орқа қутбдаги кўчиши; • муддатдан олдин туғилганлар ретинопатиясида тўр парданинг кўчиши

3.4. Муолажа ёки аралашувни ўтказаяётган мутахассислар учун қўйилаётган талаблар:

Мутахассисга бўлган асосий талаб, бу – муолажа ёки аралашувни техник жиҳатдан тўғри бажариш қобилияти. Жарроҳлик аралашувнинг барча босқичларини техник равишда бажариш қобилиятидан ташқари, жарроҳдан тегишли когнитив кўникмалар, таҳлилий фикрлаш ва жарроҳлик аралашуви пайтида рўй бериши мумкин бўлган кутилмаган ҳолатлар, муаммолар ва асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва уларнинг адекват менежменти учун зарур бўлган муайян тажрибага эга бўлиши талаб этилади. Жарроҳлик учун зарур бўлган тегишли тиббий ва микрожарроҳлик тайёргарликка фақатгина офтальмолог эга бўлиши мумкин.

3.5. Муолажа ёки аралашувга тайёргарликда асосий ва қўшимча диагностик тадбирлар рўйхати:

Асосий диагностик тадбирлар рўйхати:

1. Офтальмолог маслаҳати
2. Визометрия
3. Биомикроскопия
4. Офтальмоскопия
5. Тонометрия
6. А-В сканерлаш
7. Кераторефрактометрия
8. Периметрия

Қўшимча диагностик тадбирлар рўйхати:

1. Ультратовушли биомикроскопия
2. Гониоскопия
3. Спекуляр эндотелиал микроскопия
4. Контрастли сезувчанлигининг тадқиқоти

3.6. Муолажа ёки аралашувни ўтказишга бўлган талаблар:

Операциялар блокида шифохона ичидаги инфекцияларни олдини олиш:

- Операциялар блоки жарроҳлик бўлимининг бошқа хоналаридан тамбур орқали ажратилади. Операциялар блокнинг эшиклари доимо ёпиқ туриши шарт.
- Операциялар блоки, амалдаги меъёрий ҳужжатга мувофиқ, кўчмас бактерияга қарши нур тарқатгичлар ва вентиляция қурилмаси билан жиҳозланади.
- Операция хоналари “тоза” ва “йирингли” хоналарга қатъий ажратилдилар. Мазкур талабни бажариш учун шароитлар мавжуд бўлмаганида, йирингли жараёнлар бўйича ташриҳлар маҳсус белгиланган кунларда бажарилиб, кейинчалик операциялар блоки ва барча жиҳозлар пухталиқ билан дезинфекцияланади.
- Ташриҳдан аввал жарроҳлар, операцион хамширалар ва ташриҳда қатнашаётган бошқа шахслар гигиеник душни қабул қилиб, тоза операцион кийимларни (пижама, тапочка, қолпоқча, халат) кийиб оладилар. Операциялар блогига киришдан олдин улар тиббий ниқоб ва бахилаларни тақиб, ташриҳолди хонага кириб стерилизацияланган халат, қўлқоп ва ниқобни тақиб оладилар.
- Операциялар блогига фойдаланилаётган жарроҳлик халатлар ҳавони ўтказиб намликни ўтказмаслиги лозим.
- Ташриҳ давомида қўлқопларнинг бутлиги бузилганида, уларни дарҳол алмаштириш, қўлларга эса тери учун антисептик воситаси билан ишлов бериш шарт.
- Ташриҳ пайтида “авария вазияти” (операцион бригада аъзоларининг қўл терисининг бутлигини бузилиши) рўй берган тақдирда, ОИВ-инфекцияни олдини олиш бўйича шошилиш чоралар кўрилиши лозим.
- Қўлқоплар бутлигини бузилишининг ҳавфи юқори бўлган ташриҳларни ўтказиш учун, чидамлилиги юқори бўлган 2 жуфт қўлқопларни тақиб олиш шарт.
- Бошқа бўлимлар ходимларини операциялар блогининг “қизил чизигидан” ўтиши тақиқланади. Зарурият бўлганида бошқа бўлимлар ходимлари операциялар блогига, санитария ишлов бериш бўйича барча талабларга риоя қилган ҳолда санитария ўтказиш жойларидан ўтишлари лозим.
- Ташриҳлар хонасига кириш руҳсати берилган ходимлар сони, айниқса ташриҳ бошланганидан кейин, минимал даражагача туширилиши лозим. Тиббий ходимларга операцион блокда кўча пойафзалида бўлиши қатъиян тақиқланади.
- Беморларни операциялар хонасига олиб кириш (олиб чиқиш) учун қўлланиладиган аравачалардан бошқа мақсадларда ишлатиш ман этилади. Ташриҳлар хонасида беморларни ташиш аравачаси учун алоҳида жой ажратилади. Ҳар бир бемордан кейин аравача дезинфекцияловчи эритмада хўлланган латта билан артиб юборилади.
- Операциялар блогига олиб кириладиган барча мосламалар, қурилмалар ва бошқа нарсалар (O_2 , CO_2 баллонлари, кардиографлар), киришдан аввал дезинфекцияловчи эритмада хўлланган латта билан артиб юборилади.
- Операциялар блогига ташриҳ пайтида фойдаланилмайдиган нарсаларни сақлаш тақиқланади.
- Битта ташриҳ хонада иккита ва ундан кўп ташриҳларни ўтказиш ман этилади.
- Ҳар бир ташриҳдан кейин асбоблар учун ишчи стол кейинги ташриҳ учун янгидан йиғилади.
- Стерил столлар ўрнига, ҳар бир ташриҳ учун яқка тартибдаги тўпламлардан фойдаланиш мумкин, шу жумладан, асбобларнинг стандарт тўплами ва яхши упаковкаланган асбоблар.
- Катта ташриҳ столини фақатгина шошилиш жарроҳлик шифохоналарида (бўлимларида) йиғиш мумкин.
- Стерил столларни тайёрлашда асептиканинг қуйидаги чораларига риоя қилиш лозим:

- дастлаб стол, хоналардаги юзаларни дезинфекциялаш учун тавсия этилган воситалардан бири ёрдамида артиш йўли билан дезинфекцияланади;

- стерил столларни тайёрлаш учун ишлатиладиган чойшаблар матонинг бутунлиги бўйича текширилади. Бутунлиги бузилган чойшабларни алмаштириш лозим. Уларнинг ўрнига бир мартали стерил жарроҳлик бельёси ёки бир мартали стерил маҳсус тўпламлардан фойдаланиш мумкин.

- Стерил столларни тайёрлашдан олдин операцион хамшира ўз қўлларига тери антисептиги ёрдамида, жарроҳлар қўлларига ишлов бериш технологиясига мувофиқ ишлов беради, стерил халатни кийиб қўлқопларни тақиб олади (тиббий қолпоқ ва нгикобсиз ташриҳ хонасига кириш ман этилади).

- Ташриҳ тугаганидан сўнг барча тиббий асбоблар дастлаб 0,5% хлорли эритмада (ёки тегишли концентрацияли бошқа дезинфекция воситасида) 10 дақиқа давомида дезинфекцияланиб ва сувда ювилиб МСБ-га топширилади.

- Бир мартали асбобларда кўп мартаба фойдаланиш қатъиян ман этилади.

- Шифохона ичидаги инфекцияларни олдини олиш учун антибиотикларни ташриҳдан аввал қўйиш лозим (ўта зарур бўлганида- унинг давомида); ШИИ-ларни олдини олиш учун тавсия этилган препаратларнинг аксарияти учун ҳисобланган ярим чиқариш даврини инобатга олган ҳолда, ташриҳдан 2 соат аввал, идеал ҳолатларда– кесишдан 15-20 дақиқа аввал.

- Антибиотикни анестезия бошланиши билан бир вақтда қўйиш мақсадга мувофиқ.

- Аксарият ҳолларда самарали профилактика учун антибиотикнинг битта дозаси етарли бўлади. Қўшимча дозалар улкан (ташриҳ давомида 1.000 мл-дан ортиқ) қон йўқотишлари билан асосланиши мумкин, ва ярим чиқариш даври қисқа бўлган антибиотиклар қўлланилган тақдирда- узок муддатли (3 соатдан ортиқ) ташриҳларда ҳам.

- Жарроҳликка ихтисослашган даволаш-профилактика муассасаларда стерил кўринишда ишлаб чиқарилаётган чок материалларидан фойдаланиш афзалроқ.

- Тиббий асбобларни (чок материали, чок игналари, перидурал ва эпидурал анестезия учун тўпламлар, ва ҳок.) спиртда сақлаш қатъий тақиқланади. Ишда заводда ишлаб чиқарилган ва стерил упакваларга солинган, ёки МСБ-да стерилизацияланган чок материалини қўллаш лозим.

- Операцион блокни тубли йиғиштириш барча ташриҳлар тугаганидан сўнг амалга оширилади, аммо, 3-сон Иловага мувофиқ, 1 хафта ичида камида 1 мартаба. Ташриҳлар орасида дезинфекция воситалари ёрдамида жорий йиғиштириш амалга оширилиб, ушбу вақт оралиғида жорий йиғиштириш, ташриҳ хонани ва ходимларни кейинги ташриҳга тайёрлаш учун етарли вақт ажратилиши лозим.

- Ташриҳ давомида ишлатилган барча асбоблар маҳсус ажратилган сифимларга тўпланади.

Ташриҳ хонанинг жиҳозланишига бўлган талаблар: коаксиал ёритиш билан микроскоплар (навигация тизими ўрнатилган), электр жарроҳлик ташриҳ столлари ва жарроҳ креслоси, факоэмульсификаторлар, микрожарроҳлик асбоблари, замонавий стерилизациялаш ускуналари, анестезиологик жиҳозлар.

3.7. Беморни тайёрлашга бўлган талаблар:

Ташриҳни ўтказиш кунда ташриҳолди медикаментозли тайёргарлик*

- Мидриатиклар (ташриҳдан аввал 1 соат давомида 1 томчидан 4 маҳал);

- М-холинолитиклар 1%;

- Альфа-адреномиметиклар 1%;

- Стероидсиз яллиғланишга қарши препаратлар (СЯҚП) (ташриҳдан аввал 30 дақиқа давомида 1 томчидан 2 маҳал)

Масалан: Индометацин 0.1% , Диклофенак 0.1%

- Антибиотиклар (ташриҳдан аввал 1 соат давомида 1 томчидан 4 маҳал) фторхинолонлар, аминогликозидлар.

3.8. Муолажа ёки аралашув самарадорлигининг индикаторлари:

- кўз ўткирлигининг кўтарилиши;

- ташриҳданкейин эртанги даврда кўзнинг яллиғланиш реакциясини йўқлиги;

- кўз оптик муҳитларининг шаффофлигини тикланиши.

Жарроҳлик даволаш натижасида кўрув функцияларининг яхшиланиши куйидагича характерланади:

- кўзнинг тўғрилланган ва тўғрилланмаган ўткирлигини яхшиланиши;
- чуқурликдаги идрок ва бинокуляр кўришнинг яхшиланиши.

Жарроҳлик даволаш натижасида жисмоний имкониятларнинг яхшиланиши куйидагича характерланади:

- кунлик фаолиятни амалга ошириш қобилиятини кўтарилиши;
- меҳнат фаолиятини сақлаш ёки янгидан бошлаш қобилиятини кўтарилиши;
- ҳаракатчанликни ошиши (юриш, автотранспортни бошқариш).

Жарроҳлик даволаш натижасида руҳий саломатлик ва эмоционал фаровонликни яхшиланиши куйидагича характерланиши мумкин:

- ўз эркинлигига ўзи берган баҳонинг яхшиланиши;
- жароҳатларни олмаслик қобилиятини яхшиланиши;
- ижтимоий алоқалар ва ижтимоий тадбирларда қатнашиш қобилиятини яхшиланиши;
- кўр бўлиш кўрқувидан қутулиш;

4. Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:

4.1. Манфаатлар тўқнашувини йўқлиги ҳақидаги маълумот: манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмас.

4.2. Экспертлар ҳақидаги маълумотлар (республика ва ҳорижий мутахассислар): Набиев Абдували Мирзалиевич – т.ф.д., Тошкент вилояти кўз касалликлари шифохонасининг бош шифокори.

4.3. Баённомани қайта кўриб чиқиш учун шартлар: баённома ишлаб чиқилганидан сўнг 3 ёки 5 йил ўтгач, ёки исботланганлик даражаси билан янги усулларни мавжудлигида қайта кўриб чиқилади;

4.4. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Астахов Ю С, Луковская Н.Г. Ретиншизис сообщение 1. Диагностика, классификация, методы обследования. // Вестник офтальмологии 2004, №1 С. 26-29
2. Кански Джек Дж. Заболевания глазного дна. 2009 г., 2-е изд., С.268-269.
3. Краснов М.М. Система хирургического лечения отслойки сетчатки // Вестн. офтальмологии. 1966.- № 1
4. В.В. Нероев, О.И. Сарыгина «Отслойка сетчатки» «Офтальмология, национальное руководство» Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2008г.
5. Нероев В.В., Захарова Г.Ю., Петричева С.В. Профилактика самопроизвольной перфорации склеры при повторных хирургических операциях по поводу регматогенной отслойки сетчатки // Вестн. офтальмологии. - 2005. - №3.
6. Логай И.М., Родин С.С., Драгоморецкая Е.И. и др. Использование искусственных нейронных сетей в прогнозировании возможности восстановления послеоперационной остроты зрения более 0,05 при тяжелых отслойках сетчатки // Офтальмол. журнал. - 2008. - №1.
7. Протоколы лечения Республики Казахстан от 2019 г. <https://nrchd.kz/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly>
8. Сергиенко А.Н., Столяров Г.С., Ленская О.В. Возможности восстановления зрения после операций по поводу отслойки сетчатки // Офтальмол.журнал.- 2006.-№3.
9. Степанов Ю.В., Авилова В.М. Значение диспансерного наблюдения для профилактики поздних рецидивов после операции по поводу отслойки сетчатки // Офтальмол. журнал. -2008. - №6.

10. Федеральные клинические рекомендации по офтальмологии 2013-2015 г.г. (Российская Федерация).
https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbp1572z849724474
11. Gudgel DT, Boyd K, McKinney JK. [Flashes of Light](#). American Academy of Ophthalmology. EyeSmart/Eye health. <https://www.aao.org/eye-health/symptoms/flashes-of-light-list>. Accessed March 13, 2019.
12. Boyd K, Maturi RK. [Retinal Detachment](#). American Academy of Ophthalmology. EyeSmart/Eye health. <https://www.aao.org/eye-health/diseases/retinal-detachment-list>. Accessed March 25, 2019.
13. <http://www.asrs.org/>

**«ТЎР ПАРДАНИНГ ЙИРТИЛИШИ ВА КЎЧИШИ»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Тўр парданинг йиртилиш ва кўчишларининг ўзига ҳос профилактикаси мавжуд эмас. Тўр парда кўчишининг маълум бўлган ҳавф омилларига (тўр пардадаги дистрофик ўзгаришлар) эга бўлган беморлар ҳар йили склера депрессияси билан кўз тубини кенгайтирилган серияли текширувидан ўтишлари лозим. Спортнинг контактли турлари билан шуғулланаётган, юқори миопияга эга бўлган шахсларга ҳимояловчи кўзойнак тавсия этилади. Катарактани олиб ташлаш бўйича ташриҳдан ўтказилган беморларни тўр парда йиртилиши ва кўчишининг аломатлари ҳақида хабар беришнинг муҳимлиги ҳақида маслаҳат бериш лозим.

2.2. Профилактика ва реабилитация таърифлари:

Профилактика – бу, биронта ҳодисани олдини олиш, ва/ёки ҳавф омилларини бартараф этишга қаратилган турли чора-тадбирлар мажмуидир. Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт, ёки профилактика), касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, касалликларни олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини назарда тутди. Саломатлик турди жисмоний ва рухий ҳолатларни қамраб олганлиги каби, касаллик ва меҳнат лаёқатсизлигига ҳам атроф муҳит омиллари, ирсий мойиллик, касалликларни қўзғатувчилар ва ҳаёт тарзи таъсир қиладилар. Касалликларни олдини олиш, бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тадбирлари сифатида таснифланиши мумкин бўлган чора-тадбирларга таянади.

Реабилитация эса «инсоннинг, унинг яшаш шароитларини инобатга олиб, функционал имкониятларини қайта тиклаш, ҳамда соғлиғи бузилган инсонларда ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи» сифатида таърифланади.

2.3. Профилактика ва реабилитация турлари:

Соғлиқнинг ҳолати ёки ифодаланган патологияга қараб, профилактиканинг учта турларини ажратадилар:

- бирламчи;
- иккиламчи;
- учламчи.

Бирламчи профилактика: включает вакцинация, меҳнат ва дам олишнинг оқилона режими, мувозанатланган мунтазам овқатланиш, жисмоний фаолликни ўз ичига олади.

Иккиламчи профилактика, муайян шароитларда касалликни такрорланишига олиб келадиган ҳавф омилларини бартараф этишдан иборат.

Учламчи профилактика, тўлақонли ҳаёт имкониятини йўқотган беморларнинг реабилитацияси бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида кўринади.

Реабилитация босқичлари:

1 босқич. Даволаш-реабилитацион. Касаллик ёки жароҳатнинг ўткир даврида амалга оширилади.

2 босқич. Шифохонадаги эртанги тиббий реабилитация. Касаллик ёки жароҳатнинг ўткир ва эртанги даврларда, шифохонанинг эртанги тиббий реабилитация бўлимида амалга оширилади.

3 босқич. Амбулатор. Реабилитация ташкилотларида, уларни йўқлигида эса- соғлиқни сақлаш тизимидаги амбулатор-поликлиник ташкилотларнинг ихтисослашган бўлимларида амалга оширилади.

2.4. Жамоат профилактик чора-тадбирларни ҳамда якка тартибдаги профилактикани ўтказиш тамойиллари.

Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикадан ташқари, шунингдек, касалликларнинг якка тартибдаги ва жамоат профилактикасини ажратадилар.

Якка тартибдаги профилактика – инсонни ўзи касалликларни олдини олиш, саломатликни сақлаб қолиш ва мустаҳкамлаш учун амалга ошираётган, соғлом ҳаёт тарзи меъёрларига риоя қилиш, шахсий гигиена, оқилона овқатланиш ва меҳнат ва дам олишнинг оқилона режимлари, жисмоний маданият билан фаол шуғулланишга қаратилган чоралар.

Жамоат профилактикаси – бу, фуқароларнинг жисмоний ва маънавий кучларини ҳар томонлама ривожланишини таъминлаш мақсадида, давлат институтлари ва жамоат ташкилотлари томонидан режали равишда ўтказиладиган ижтимоий, тарбиявий, санитария-гигиеник, эпидемияга қарши ва даволаш чора-тадбирлари.

3.1. Реабилитация усул ва муолажалари:

Реабилитациянинг мақсади – инсоннинг, унинг яшаш шароитларини инобатга олиб, функционал имкониятларини қайта тиклаш, ҳамда соғлиғи бузилган инсонларда ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи.

Тўр парданинг йиртилиши ва кўчишида **бирламчи профилактика ва скрининг** чоралари самарасиздир.

Иккиламчи профилактика мумкин бўлган асоратларнинг ҳавф омилларини аниқлаш ва уларнинг ривожланишини олдини олишдан иборат.

Тўр парда регматогенли кўчишининг ҳавф омиллари:

1. Туғма панжаралар.
2. Тўр парданинг периферик йиртилишлари.
3. Патологик узокни яхши кўрмаслик.
4. Аввалги интраокуляр ташриҳ.
5. Жароҳат.
6. Тўр парданинг аввалги кўчиши.
7. Оилавий анамнез.

Панжарасимон дегенерация тўр парда периферик дегенерациясининг энг муҳим жараёни ҳисобланиб, у тўр парданинг регматогенли кўчишининг сабабчиси бўлиши мумкин. Тўр парда кўчишининг бир оз юқорироқ ҳавфига эга бўлган бошқа периферик зарарланишлар, меридианли бурмалар ва мажмуалар, шунингдек, кистозли ретинал боғламларни ўз ичига оладилар.

5
С

Тавсия: периферик витреохориоретинал дистрофияларнинг янги ҳудудларини, ТПРК такрорланишини эртанги аниқлаш, керакли чораларни кўриш учун яшаш манзили бўйича офтальмолог назоратида бўлиш.

https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbpl572z849724474

Диспансер назорати: текширувларнинг карралиги якка тартибда белгиланади.

- Миопияли беморларнинг кўз тубини ўз вақтида режали текшириш;

- жароҳатланишни олдини олиш;
- тўр парда дегенерацияларининг профилактик периферик лазерлик коагуляцияси.

Учламчи профилактика: ТПРК бўйича ташриҳ қилинган беморларни, ташриҳдан кейин 1 йил давомида жисмоний юкланишни қатъий чекланиши, тана ва бошни кескин ҳаракатлантириш, ҳаммом ёки саунага бориш, спорт билан шуғулланиш ташриҳдан кейин 1 йил давомида таъқиқланганлиги ҳақида хабардор қилиш тавсия этилади. Кейинчалик, даволовчи шифокор билан маслаҳатлашган ҳолда, жисмоний юкланишни бир оз кенгайтириш мумкин. Бундан ташқари, ҳар 6 ойда 1 маротаба окулист томонидан динамикали текширувни ўтказилиши тавсия этилади. “Чақмоқлар”, сузувчи хираликлар, кўрув майдонидаги бўшлиқлар ёки кўришнинг пасайиши каби шикоятлар пайдо бўлганида офтальмолог-шифокорнинг шошилинч маслаҳати талаб этилади.

3.2. Реабилитация усул ва муолажалари.

ТПК бўйича ташриҳдан кейин беморни 1 haftaдан 1 ойгача бўлган муддат давомида амбулатор даражада соғайишига қадар кузатиш, 7 кундан 1 ойгача бўлган муддатда маҳаллий бактерияга қарши ва яллиғланишга қарши терапияларни давом эттириш лозим.

Окулист томонидан амбулатор кузатув бир неча ой давомида (1 йилгача) ўтказилади. Офтальмотонус ва тўр парданинг ҳолатини, пломбалаш материални битмаслик белгиларини (экстрасклерал жарроҳликда) ёки силикон эмульгацияси белгиларини (витреоретинал жарроҳликда қўлланилган бўлса), ҳамда, кўз гавҳарининг ҳолатини (у ташриҳ пайтида олиб ташланмаган бўлса) назорат қилиб туриш лозим.

Тўр парданинг лазерли коагуляцияси ўтказилган тақдирда бемор билан қуйидаги масалаларни муҳокама қилиш лозим:

– такрорий текширувлар ва кўшимча лазерли даволаш зарурати;

– лазерли даволаш кўп ҳолларда периферик кўришни ёмонлаштиради, бундан ташқари, у марказий кўришни ҳам мўътадил даражада пасайтириши мумкин, бироқ, лазерли коагуляциянинг ушбу ножўя самаралари кўз ожизлиги ва кўрлик ҳавфини пасайиши билан қопланадилар;

Экстрасклерал ва витреоретинал жарроҳлиги қўлланилган тақдирда бемор билан қуйидаги масалаларни муҳокама қилиш лозим:

- беморни, ташриҳдан кейинги кечининг хусусиятлари ва мумкин бўлган кўздаги салбий кўринишлар (қичишиш, қизариш, қовоқларнинг шишиб кетиши билан бирга кўз ёшларини мўл оқиши, кўзлар соҳасидаги оғриқлар, қовоқлар орқасида бегона жисми борлиги ҳиссиёти, кўзлар қисилганида ёқимсиз ҳиссиётлар, ва бошқалар) ҳақида огоҳлантириш муҳимдир. Ушбу кўринишларнинг даражаси ўтказилган ташриҳ хусусиятларига, шунингдек, организмнинг бошдан кечирган ташриҳ жароҳатига бўлган яқка тартибдаги сезувчанлигига боғлиқ;

- реабилитация даврида вақтинчалик кўзойнаклар ёки контактли линзалар зарур бўлиши ҳақида беморга тушунтириш муҳимдир; якуний кўзойнакли тўғрилашни ташриҳдан кейин камида 2-3 ойдан ўтгач амалга ошириш мақсадга мувофиқ (кўзойнакни танлаш муддати яқка тартибда белгиланади).

- ташриҳ қилинган кўз томонидан, ТПРК учун ҳос бўлган шикоятлар ва ўзгаришлар мавжуд бўлган тақдирда, беморга, офтальмолог-шифокорда режадан ташқари текширувдан ўтиш лозимлигини тушунтириш шарт;

- тушунтириш муҳимки, кўрув функцияси тикланаётган сари чизик ва нарсаларнинг бузилиб кўриниши, уларнинг иккиланишига бўлган шикоятлар пайдо бўлиши мумкин. Одатда, мазкур аломатлар бир неча ҳафта ёки ой давомида аста-секин сустлашадилар.

- ташриҳдан кейин режимга риоя қилиш (бошни муайян ҳолатларда ушлаб туриш, фаолликни чеклаш, ётиш режимининг хусусиятлари) ҳақида беморни огоҳлантириш муҳим, чунки ушбу режим муайян даволовчи аҳамиятга эга бўлади. Якка тартибдаги тавсияларга шифокор маслаҳати пайтида аниқликлар киритилади;

- важно предупредить пациентов о необходимости незамедлительно сообщать о симптомах, при наличии которых можно заподозрить внутриглазное воспаление (эндофталмит): боль в глазу или увеличение неприятных ощущений в глазу, усиление 33 покраснения глаза, нечеткости или снижения зрения, увеличение светочувствительности, увеличение числа «летающих мушек» в поле зрения

6. Реабилитация босқич ва ҳажмлари.

Реабилитация уй шароитида (касаллик асоратларсиз кечганида), иш жойида (асоратларни йўқлигида) ўтказилади. Асоратланган ҳолатларда даволаш ва реабилитация поликлиниканинг кундузги шароитида ёки ихтисослаштирилган муассасаларда ётиб даволаниш шароитида амалга оширилиши лозим.

8. Даражани кўрсатган ҳолда тиббий профилактика ва реабилитация тактикаси:

Тўр парданинг кўчиши оқибатида кўриш қобилиятини йўқотган бемор реабилитациянинг куйидаги турларидан ўтади:

тиббий — медикаментозли даволаш;

педагогик — шароитлар ўзгарганлиги туфайли, бемор ва унинг қаридошларини янги ҳаёт тарзига ўргатиш;

руҳий — беморнинг эътиқоди, боислари, ваз-асослари билан ишлаш;

ижтимоий — ижтимоий ходим ёрдами, беморни кўрлик шароитида яшашга мослаштириш, Брайль шрифтини ўқитиш, етакловчи ит билан мулоқотда бўлиш, ҳассадан фойдаланишни ўргатиш, ва ҳок.. Бемор меҳнатга лаёқатли ёшида бўлса, оқилона ишга жойлаштириш.

10. Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:

10.1. Манфаатлар тўқнашувини йўқлиги ҳақидаги маълумот: манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмас.

10.2. Экспертлар ҳақидаги маълумотлар (республика ва ҳорижий мутахассислар): Набиев Абдували Мирзалиевич – т.ф.д., Тошкент вилояти кўз касалликлари шифохонасининг бош шифокори.

10.3. Баённомани қайта кўриб чиқиш учун шартлар: баённома ишлаб чиқилганидан сўнг 3 ёки 5 йил ўтгач, ёки исботланганлик даражаси билан янги усулларни мавжудлигида қайта кўриб чиқилади;

10.4. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Gudgel DT, Boyd K, McKinney JK. Вспышки света. Американская академия офтальмологии. EyeSmart/Здоровье глаз. <https://www.aao.org/eye-health/symptoms/flashes-of-light-list>. Доступ 13 марта 2019 г.
2. Boyd K, Maturi RK. Отслоение сетчатки. Американская академия офтальмологии. EyeSmart/Здоровье глаз. <https://www.aao.org/eye-health/diseases/retinal-detachment-list>. Доступ 25 марта 2019 г.
3. Американская академия офтальмологии. Отслоение сетчатки. <https://www.aao.org/image/retinal-detachment-4> Доступ 26 июля 2019 г.
4. Naimann MH, Burton TC, Brown SK. Эпидемиология отслойки сетчатки. Arch Ophthalmol. Февраль 1982; 100(2):289-92.
5. Go SL, Hoang CB, Klaver CC. Генетический риск регматогенной отслойки сетчатки: исследование семейной агрегации. Arch Ophthalmol. 2005; 123: 1237-41.
6. Льюис Х. Периферические дегенерации сетчатки и риск отслоения сетчатки. Am J Ophthalmol 2003; 136:155–160.
7. Tsui JC, Brucker AJ, Kolomeyer AM. РЕГМАТОГЕННАЯ ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ С ОДНОВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ ХОРОИДАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ОБРАЗОВАНИЕМ МАКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ПОСЛЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ И ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ: ОТЧЕТ О СЛУЧАЕ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. Retin Cases Brief Rep . 2024;18(2):168-172. doi:10.1097/ICB.0000000000001359
8. Брукер А.Дж., Хопкинс Т.Б. Хирургия отслоения сетчатки: последние достижения в современном лечении. Сетчатка. 2006; 26: S28-S33.
9. Ливер П.К. Пролиферативная витреоретинопатия. Br J Ophthalmol. 1995 октябрь; 79(10): 871–872.
10. Tsui JC, Brucker AJ, Kim VJ, Kolomeyer AM. КОМБИНИРОВАННАЯ РЕГМАТОГЕННАЯ ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ И ХОРОИДАЛЬКИ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР. Retina . 2023;43(8):1226-1239. doi:10.1097/IAE.0000000000003770
11. Жирар П., Мимун Г., Карпузас И. и др. Клинические факторы риска пролиферативной витреоретинопатии после операции по отслойке сетчатки. Сетчатка. 1995; 14:417–424.