

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN KO'Z MIKROXIRURGIYASI
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«TO'R PARDANING YIRTIILISHI VA KO'CHISHI»
NOZOLOGIYASI BO`YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025 yil

"TASDIQLAYMAN"
Respublika ixtisoslashtirilgan
ko'z mikroxirurgiyasi ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi
direktori
A.F. Yusupov



« » 2025 yil

**«TO'R PARDANING YIRTIILISHI VA KO'CHISHI»
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOL**

TOSHKENT - 2025 yil

Mundarija

"TO'R PARDANING YIRTILOSHI VA KO'CHISHI" NOZOLOGIYASINING TASHHISLASH VA DAVOLASH UCHUN MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	5
"TO'R PARDANING YIRTILOSHI VA KO'CHISHI" NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLAR UCHUN MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	21
"TO'R PARDANING YIRTILOSHI VA KO'CHISHI" NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA UCHUN MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	32

**«TO'R PARDANING YIRTIILISHI VA KO'CHISHI»
NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

1. Kirish qismi

Kod(lar) XKT-10:

MKB-10	https://mkb-10.com/index.php?pid=6176
H33.0	To'r pardaning yirtilishi va ko'chishi
H33.1	Retinoshisiz va retinal kistalar
H33.2	To'r pardaning seroz ko'chishi
H33.3	To'r pardani yirtilishi ammo ko'chishisiz
H33.4	To'r pardani traksion ko'chishi
H33.5	To'r parda ajralishning boshqa shakllari

Kod(lar) XKT-11:

MKB-11	https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release
9B73.0	To'r pardaning yirtilishi va ko'chishi

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.;

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasalar:

Respublika ixtisoslashtirilgan ko'z mikroxirurgiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi - **RIKMIATM**

Klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda hissa qo'shganlar:

Jarayonni tashkil etish bo'yicha oftalmologiya yo'nalishi bo'yicha ishchi guruh a'zolari:

1. Yusupov A. F.- professor, tibbiyot fanlari doktori, RIKMIATM direktori, oliy toifali oftalmolog
2. Karimova M. H.- professor, tibbiyot fanlari doktori, RIKMIATM ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, oliy toifali oftalmolog
3. Djamalova Sh.A.-dosent, tibbiyot fanlari doktori, RIKMIATM ilmiy bo'limi boshlig'i, oliy toifali oftalmolog

Ishchi guruh rahbari:

Yusupov A. F.- professor, tibbiyot fanlari doktori, RIKMIATM direktori, oliy toifali oftalmolog

Mas'ul ijrochilar:

Karimova M. H.- professor, tibbiyot fanlari doktori, RIKMIATM ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, oliy toifali oftalmolog

Djamalova Sh.A.-dosent, t.f.D., RIKMIATM ilmiy bo'limi boshlig'i, oliy toifali oftalmolog

Taqrizchilar:

Tuichibaeva D. M.- t.f.D., Toshkent Davlat stomatologiya instituti oftalmologiya kafedrasida dosenti, t.f.D.

Ioyleva E. E. - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining Federal Davlat avtonom muassasasi akademik S. N. Fedorov nomidagi "Milliy tibbiy tadqiqot markazi "ko'z mikroxirurgiyasi" "Fanlararo ilmiy-texnik kompleksi" ilmiy kotibi, tibbiyot fanlari doktori, professor

Klinik protokol RIKMIATM ilmiy Kengashida oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (mintaqaviy ko'p tarmoqli shifoxonalarning bosh shifokorlari va deputatlar), oftalmologik xizmat tizimining mintaqaviy muassasalari shifokorlari ishtirokida norasmiy

konsensusga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi. onlayn formatda 29 yil 2024 iyunda 4-sonli protokol.

Ishchi guruh rahbari - Yusupov A. F.- professor D.m.n., RIKMIATM direktori, oliy toifali oftalmolog

Texnik ekspertni baholash va tahrirlash:

1. Abdinazarov Dilshod Abdinabievich – oftalmolog-jarroh, RIKMIATM filiallari bo'yicha direktor o'rinbosari.
2. Xusanboev H.Sh. - vitreoretinal jarroh, RIKMIATM, falsafa doktori (PhD).
3. Akshey Kher – vitreoretinal jarroh, Vedanta klinikasi, falsafa doktori (PhD) O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi ekspertlar guruhi mutaxassislarining ekspert bahosi:

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Qisqartmalar ro'yxati:

KIB – ko'z ichi bosimi
VMTS - vitreomakulyar tortish sindromi
JSST-Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti
LK – lazerkoagulyasiya
TPK – to'r pardaning ko'chishi
PVR – proliferativ vitreoretinopatiya
PVXRD – periferik vitreoxorioretinal distrofi
Kok - ko'z olmasining old-orqa kattaligi
TPRK - to'r pardaning regmatogen ko'chishi

Mazkur tashxis/nozologiya bo'yicha protokolning foydalanuvchilari:

1. oftalmologlar,
2. Tuman interstisial yallig'lanish,
3. pediatrlar,
4. neonatologlar,
5. umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar),
6. paramediklar,
7. klinik farmakologlar;
8. talabalar, rezidentlar, aspirantlar, tibbiyot universitetlari o'qituvchilari

Bemorlar toifasi: To'r pardaning ko'chishi bo'lgan kattalar va bolalar.

Isbotlangan tibbiyot asosida isbotlanganlik darajasi shkalasi

Isbotlangan tibbiyot asosida isbotlanganlik darajasi shkalasi
Diagnostika usullari uchun dalillarning ishonchlik darajasini baholash shkalasi (diagnostik aralashuvlar)

UDD	Yoritish
1	Tadqiqotlarni nazorat-referens usulda yoki meta-taxlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish.
2	Alohida nazorat-referens usuldagi yoki alohida randomizirlangan klinik tadqiqotlar va meta-taxlil yordamida randomizirlangan klinik sinovlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish.
3	Ma'lumot usuli bo'yicha ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatni yoritish
5	Faqat harakat mexanizmi yoki ekspert xulosasi uchun mantiqiy asos mavjud.

Profilaktika, davolash, reabilitasiya aralashuvlari uchun ishonchlik darajasini baholash shkalasi

UDD	Yoritish
1	Meta-tahlil yordamida RKTlarni tizimli ko'rib chiqish
2	meta-tahlil yordamida RKTlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan . kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, misollar hisobotlari yoki holatlar seriyasi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqat aralashuvning ta'sir qilish mexanizmi (klinikgacha tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi uchun asos mavjud

Profilaktik, diagnostika, terapevtik va reabilitatsiya tadbirlari bo'yicha tavsiyalar (TSD) bo'yicha sudlanganlik darajasini baholash shkalasi

UUR	Dekodlash
A	Kuchli tavsiya (barcha samaradorlik chora-tadbirlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiyalar (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega emas yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari mos kelmaydi)
C	Zaif tavsiya (adekvat sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)



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. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

To'r pardaning regmatogen ko'chishi (TPRK) ko'ruv a'zosining og'ir patologiyasi bo'lib, jarrohlik davolash bo'lmasa, ko'rishning pasayishiga va ko'rlikka olib keladi. Bu kasallik shishasimon tanadan suyuqlik kirganini tufayli orqali bir teshikka shakllantirish bilan to'r parda ustida tortish harakatlar uchun neyrosensor to'r parda va to'r parda pigmentli epiteliy (TPPE) uzilishi bilan tavsiflanadi.

Mehnat yoshidagi odamlar orasida ko'rlikning sababi sifatida glaukomadan keyin ikkinchi o'rinni egallagan TPRK ko'rish organining eng keng tarqalgan, jiddiy va og'ir kasalliklaridan biri bo'lib, jarrohlik davolashsiz deyarli har doim ko'rishning buzilishiga va qaytarilmas ko'rlikka olib keladi. Kelib chiqishi va zo'ravonligidan qat'i nazar, to'r pardaning ajralishi darhol jarrohlik yordamini talab qiladi va uning yo'qligida ko'rlikka olib keladi.

Ma'lumki, to'r pardaning eng keng tarqalgan shakli bo'lib, mehnatga layoqatli yoshdagi odamlarning ko'rish buzilishi, ko'rlik va nogironlik sabablari tarkibida muhim o'rin tutadi. 2010 yilda "oftalmologlar assosiasiyasi" Butunrossiya jamoat tashkilotining ma'lumotlariga ko'ra, TPRK aholisining chastotasi 8,9 aholiga 24,4-100,000 holatni tashkil qiladi. Shunisi e'tiborga loyiqki, to'r pardaning ko'chishi bilan og'riqan bemorlarning nogironligi ko'rish nogironligining barcha sabablari orasida 2-9% ni tashkil qiladi va birinchi yil davomida juftlashgan ko'zda kasallik rivojlanish xavfi 3,5-5,8% ni tashkil qiladi va keyingi to'rt yil ichida 11% gacha oshadi. Shu bilan birga, TPRK bilan og'riqan bemorlarning aksariyati (84%) mehnatga layoqatli odamlardir, bu kasallikning yuqori ijtimoiy ahamiyatini keltirib chiqaradi. So'nggi epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, Evropada TPRK tarqalishidan intervallarni 9.4 boshiga holatlar 100,000 buyuk Britaniyada aholi uchun 18.1 boshiga holatlar 100,000 Niderlandiyada aholi va o'rtacha 13.3 boshiga holatlar 100,000 aholi. Ajralish havfi yuqori bo'lgan yosh ham o'zgaruvchan. Mitry D. hammualliflar bilan birgalikda tomonidan o'tkazilgan 1970-2009 yillarda epidemiologik bo'linishning xususiyatlarini tizimli ko'rib chiqish u ros rivojlanishi ehtimoli katta bo'lgan ikki yosh cho'qqisining mavjudligini aniqladi: 60-69 yoshda anamnezda katarakt ekstrakti mavjudligi, shuningdek, shishasimon tanadagi yoshga bog'liq o'zgarishlar, shishasimon tanning orqa ajralishi rivojlanishiga olib keladi va 20-30 yoshda, shishasimon tanning orqa ajralishi rivojlanishiga omil qiluvchi sifatida yuqori darajadagi miopiya mavjud bo'lganligi. Biroq, Bjerrum S. (2013) ma'lumotlariga ko'ra, hozirda eng keng tarqalgan o'sish 40-59 yoshda sodir

bo'ladi. Bundan tashqari, Daniya Sog'liqni saqlash departamentiga ko'ra, so'nggi o'n yil ichida aholi sonining 50% dan ortiq o'sishi tendentsiyasi mavjud. Bir qator mualliflar kasallikning paydo bo'lishining yoshga bog'liq ko'rsatkichlarining o'zgarishini, shuningdek, umuman TPRK tarqalishining ko'payishini katarakti erta va tez-tez qazib olish bilan bog'lashadi. Shu bilan birga, Gollandiyada o'tkazilgan tadqiqotda 44 va 2009 yillar orasida TPRK tarqalishining 2016% ga oshishi qayd etildi, ammo artifasia va native Lens bilan og'rigan bemorlar o'rtasida statistik jihatdan sezilarli farq topilmadi va mualliflar miopiya bilan kasallanishning ehtimol sabab bo'lishi mumkin bu o'zgarishlar. Shunga ko'ra, hozirgi vaqtda kasallanishning bunday keskin sakrashining etiologiyasi aniqlanmagan. Shunga qaramay, yuqori darajadagi miyopi, shuningdek linzalarga jarrohlik aralashuvi TPRK rivojlanishining ma'lum xavf omillari bo'lgan asosiy sabablar sifatida qaraladi.

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

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

2.2 ta'rif:

To'r pardaning yirtilishi — bu, ko'z ichki qobig'ining periferik bo'limlarida nuqsonni shakllanishi bilan bog'liq bo'lgan vahimali patologik holat. Ushbu uzilishlar alohida diqqatga sazovor bo'ladi, chunki ular to'r pardaning ko'chish havfini bir necha barobarga oshirib yuboradilar.

To'r pardaning ko'chishi – bu, tayoqchalar va nur sezuvchi hujayralar (kolbachalar), ya'ni, neyroepiteliyni, ular orasida suyuqlikni to'planishi oqibatidagi to'r pardaning epiteliydan ko'chishi.

To'r pardaning birlamchi regmatogen ko'chishi (TPRK) – bu, to'r pardaning uzilishi orqali neyrosensorli qavatlar va tutashgan pigmentli epiteliy orasida subretinal suyuqlikni to'planishi bilan xarakterlanadigan, darhol jarrohlik davolashni taqozo etadigan og'ir kasallik.

2.3 tasnif:

Klinik tasnif:

Krasnov M. M. tasnifi:

mexanizm bo'yicha:

- regmatogen (to'r pardaning teshikli yoki klapanli uzilishi bilan, idiopatik)
- traktsiyali (jarohat, SD, gemoftalm)
- aralash (traktsiyali-perforativ, perforativ-traktsiyali)
- ekssudativ

turi bo'yicha:

- yangi (1 oygacha)
- eskirib qolgan (1 oydan 3 oygacha)
- eski (3 oydan ortiq)

tarqalganligi bo'yicha:

- mahalliy (ko'z tubining 1 kvadrantini egallaydi)
- tarqalgan (ko'z tubining 2 kvadrantigacha egallaydi)
- subtotal (ko'z tubining 3 kvadrantini egallaydi)
- Total (ko'z tubining butun maydonini egallaydi)

balandligi bo'yicha:

- yassi
- baland
- pufaksimon

rigidliligi bo'yicha:

- xarakatchan
- yarim xarakatchan
- rigidli

To'r parda ko'chishining og'irligi bo'yicha tasnifi:

I-chi toifa: to'r parda to'laligicha xarakatchan, yoziluvchanligi yaxshi, shishasimon tana tomonidagi traktsiyali komponent sust ifodalangan. 3-4 kun mobaynida yotib davolanganidan keyin to'r parda uzilgan joyi bilan tomir qobig'iga jips bo'lib turadi. To'rdagi o'rnashib olgan burmalar va shishasimon tanadagi shvartlar mavjud emas.

II-chi toifa: shishasimon tana tomonidan traktsiya bilan xarakterlanadi, 3-4 kun mobaynida yotib davolanganidan keyin to'r parda qisman rostlanadi (jipslanadi), ammo butunligicha uzilgan joyi bilan jips bo'lmaydi. Uzilish klapanlari bilan ulangan shishasimon shvartlari, shuningdek uning shishasimon plastinkani ko'chishi qayd etiladi. To'r pardaning o'rnashgan burmalari mavjud emas.

III-chi toifa: shishasimon tana tomonidan ifodalangan traktsiyali o'zgarishlar mavjud. Hattoki uzoq vaqt mobaynida yotib davolanishdan keyin to'r pardaning to'rlanishga moyilligi yo'q. Ko'z xarakatlanganida dag'al o'rnashgan burmalar kam xarakatchan.

PVR bilan to'r parda ko'chishining bo'linmalarning tasnifi (Retina jamiyatining terminologiya qo'mitasi, 1983):

PVR ning A darajasi shishasimon loyqalik va pigment bo'laklari mavjudligi sifatida aniqlandi. PVR ning B sinfiga to'r pardaning yuzasida burmalar va/yoki retinaning yorilishi mumkin bo'lgan retinaning qattiqligi va qon tomirlarining tortuozligi bilan yumaloq qirralarning mavjudligi kiritilgan. PVR ning S sinfiga bitta (C-1), ikkita (C-2) yoki uchta (C-3) kvadrantda to'liq qalinlikdagi to'r parda burmalar mavjudligi sifatida aniqlandi. D darajasi keng huni shakliga (D -1), tor huni shakliga (D-2) yoki optik diskni ko'rmasdan yopiq huni shakliga (D-3) olib boradigan to'rtta kvadrantdagi to'r parda burmalar sifatida aniqlandi. PVR bilan to'r parda ko'chishining tasnifi (xalqaro oftalmologlar jamiyati, 1993 y.):

PVR A bosqichi. – shishasimon tana hira, pigmentli tugunchalar bilan. Pigmentli tugunchalar ko'chgan to'r pardaning yuzasida va vitreal bo'shliqning quyi bo'limlarida mavjud.

PVR V bosqichi. – ko'chgan to'r parda yuzasining burushgan, xarakatchanligi sustlashgan, retinal tomirlar to'lg'angan, to'r parda uzilgan joyining chekkasi o'ralgan, shishasimon tana kam xarakatchan bo'lib qoladi.

PVR S posterior bosqichi – ekvator ortida to'r pardaning fokal, diffuziyali o'rnashgan burmalari shakllanadi, subretinal tasmalar mavjud.

PVR C anterior bosqichi – ekvator oldida to'r pardaning o'rnashgan burmalari shakllanadi, periferik to'r pardaning old siljishi mavjud, shishasimon tana zich, tasmali.

3. Tashhishlash usullari, yondashuvlari va muolajalari

3.1 ko'chishlar diagnostikasi

- bemorning kasalligi va xayoti haqidagi anamnezni to'plash;
- ko'zoynak bilan va usiz ko'zning o'tkirligini aniqlash;
- ko'z ichi bosimini aniqlash;
- biomikroskopiya;
- asferik linzalar yordami bilan oftalmoskopiya (to'g'ridan-to'g'ri, teskari);
- tsikloskopiya;
- ko'zlarni A-skanerlash (exobiometriya)
- ko'zlar, o'simtali apparat va orbitani V-skanerlash (exobiometriya).

Shikoyatlar:

- ko'z o'tkirligini pasayishi;
- ko'ruv periferik maydonida qorong'i parda ko'rinishida nuqsonni paydo bo'lishi.

Anamnez:

- bemorning shikoyatlari, ular mavjudligining davomiyligi, jismoniy yuklanish *bilan aloqasi*;
- miopiya mavjudligi, ayniqsa, yuqori darajali;
- anamnezda PVXRD mavjudligi va lk o'tkazilishi;
- juftli ko'zda TPRK mavjudligi;
- afakiya yoki artifakiya mavjudligi;
- bemorning kasb faoliyati;
- eng yaqin qarindoshlarida TPRK mavjudligi;
- hamroh va avval boshdan kechirgan kasalliklar haqida ma'lumotlar (shu jumladan, allergeanamnez),
- ko'ruv organining jarohatlari.

Tashhisni verifikasiyalash va davolash taktikasini tanlashga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash maqsadida barcha bemorlardan shikoyatlar va anamnezni puhtalik bilan yig'ish **tavsiya etiladi.**

https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbp1572z849724474

To'r pardaning shakllanayotgan uzilishining dastlabki alomati, shishasimon tananing orqa ko'chishi (shtok) hisobidan vujudga keladigan fotopsiya ("yorug'ning chaqnashlari", "chaqmoqlar", "uchqunlar") hisoblanadi. To'r pardaning uzilishi retinal tomir orqali o'tgan taqdirda, bemorda, qisman gemoftalm hisobidan, suzib yurgan loyqalarga shikoyatlari paydo bo'ladilar. Bunday shikoyatlar o'ta muhimdir, chunki kasallikning ushbu bosqichida uzilish atrofida to'r pardaning ajratuvchi lazerli koagulyasiyani (lk) o'tkazish imkoniyati bo'lib, bu narsa keyinchalik TPRK rivojlanishini bartaraf etadi. TPRK rivojlanayotganida "parda"ni paydo bo'lishi yoki ko'ruv maydonidagi bo'shliqlarga shikoyatlar tug'iladi, biroq, TPRK makulyar hududga tarqalmagan taqdirda ko'zning yuqori o'tkirligini saqlab qolish mumkin. Ko'rishning keskin pasayishi TPRK-ni ko'z tubining Markaziy qismiga tarqalishini tasdiqlaydi.

Jismoniy tekshiruv:

- ko'zning o'tkirligini aniqlash, tonometriya, perimetriya (ko'zning etarlicha o'tkirligida);
- biomikroskopiya (shoh parda, old kameraning suvsimon suyuqligi, ko'z gavharining holati, afakiya yoki artifakiya mavjudligi, shishasimon tananing (sht) holati aniqlanadi);
- bilvosita binokulyar oftalmoskopiya;
- katta optik kuchdagi linzalar yordamida bilvosita biomikroskopiya;
- Goldmanning uch oynali linzasi yordamida biomikroskopiya (KND va to'r pardani batafsil ko'zdan kechirish).

Laborator tadqiqotlar:

- vizometriya;
- refraktometriya;
- tonometriya;
- perimetriya;
- biomikroskopik tadqiqot;
- to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita binokulyar oftalmoskopiya;
- 60D, 78D va 90D linzalar orqali Goldmanning uch oynali linzasi yordamida ko'z tubini ko'zdan kechirish

Instrumental tadqiqotlar:

Asosiy instrumental tadqiqotlar:

- **viziometriya;**
- **binokulyar oftalmoskopiya;**
- **A - V -skanerlash (ultratovushli tadqiqot (UTT))**

5C	Tavsiya: ko'ruv nervi va to'r pardaning funktsional holatini baholash uchun barcha bemorlarga vizometriyani o'tkazish.
5C	Tavsiya: tashhislash, dinamik kuzatuvni olib borish va o'tkazilayotgan davolashning samaradorligini nazorat qilish uchun barcha bemorlar uchun binokulyar oftalmoskopiya.
5C	Tavsiya: xorioideyani hajmli hosil bo'lishini istisno qilish, ko'zning sindiruvchi muhitlarining hiralashishida esa - TPRK maydoni, balandligi va konfiguratsiyasini aniqlash maqsadida barcha bemorlar uchun ultratovushli skanerlash https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbp1572z849724474

Ultratovushli skanerlashda turli kvadrantlardagi ko'chish balandligini, optik hilma-hilliklarni (qon quyilishlari, shishasimon tanadagi hiralashishlar) aniqlash, shuningdek to'r qobiqning xarakatchanligini baholash mumkin. V-skanerlash ko'chgan to'r pardaning konturlarini aniqlash imkonini berib, bu narsa hira optik muhitlarga ega bo'lgan bemorlarda voronkasimon ko'chishga bo'lgan shubha tug'ilganida muhim ahamiyatni kasb etadi.

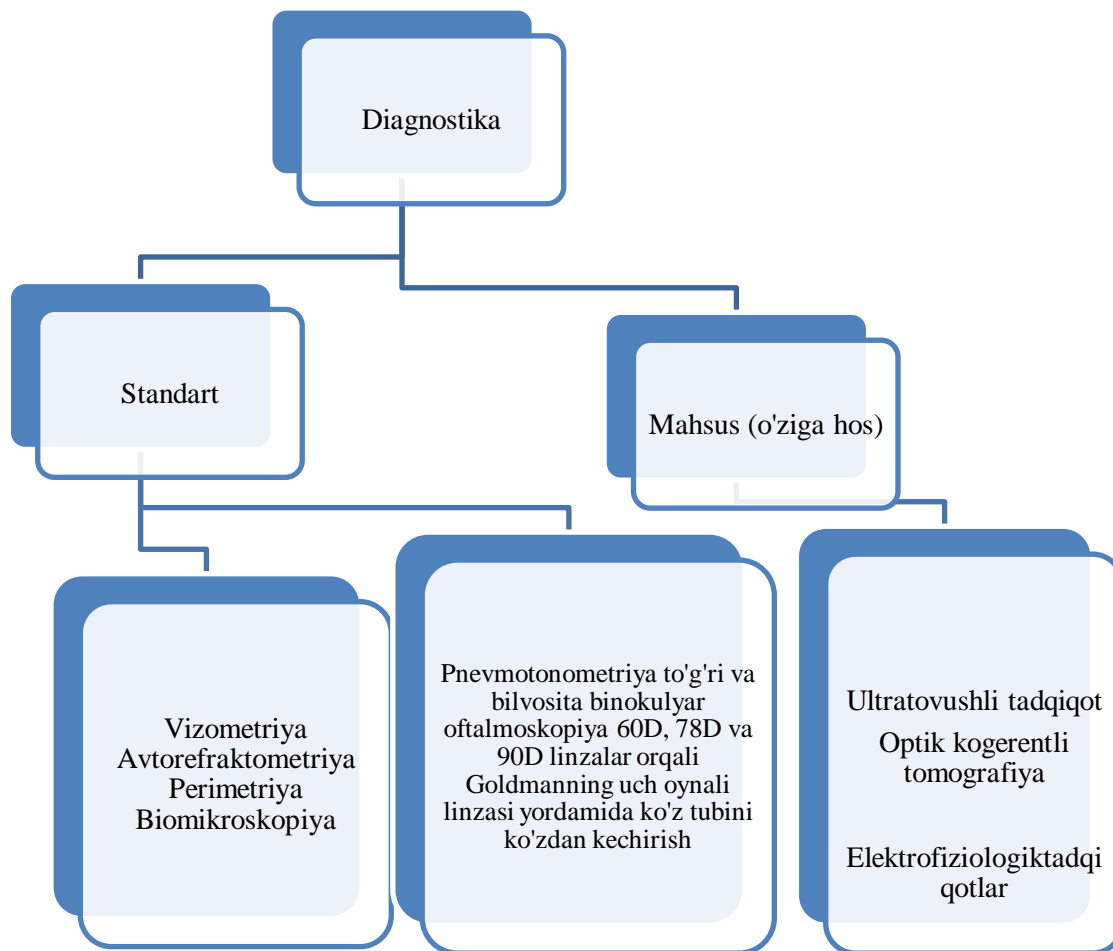
- **Boshqa diagnostik tadqiqotlar:**
 - **elektrofiziologik tadqiqot usullari**

5C	Tavsiya: predmetli ko'rishni yo'qligida, "eski" TPRK-larda tashrihni o'tkazishning maqsadga muvofiqligi hamda davolashdan keyingi ko'ruv funktsiyalarini bashoratlash masalasini hal qilish uchun elektrofiziologik tadqiqot usullarini (eft) o'tkazish. https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbp1572z849724474
----	--

Elektrofiziologik tekshiruvlar to'r ko'chishining eski og'ir shakllarida uning yashash qobiliyatini baholash imkoniyatini beradilar. Elektoretinogrammani (erg) yo'qligi, elektr sezuvchanlik chegaralarini ko'tarilishi va elektrlabillikni pasayishi yomon bashorat belgisi sifatida xizmat qiladilar.

Optik muhitlari hira bo'lgan ko'zlarda, ko'zning potentsial o'tkirligini bashoratlash uchun miya po'stining chaqirilgan potentsiallarini (PChP) qayd qilish imkoni mavjud. To'liq suratni olish uchun 2-3 usullarni kombinatsiyalash tavsiya etiladi, jumladan – ultratovushli skanerlash, erg va VPK

3.2 Diagnostik algoritm:



3.3 Differensial tashhis:

Diagnostika	Differensial diagnostika uchun asos	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
To'r pardaning ikkilamchi ko'chishi	Ko'z o'tkirligining pasayishi, ko'ruv maydonining nuqsonlari	Anamnez Biomikroskopiya Oftalmoskopiya UTT	<ul style="list-style-type: none"> · to'r pardaning orqasida patologik hosilani mavjudligi tufayli to'r parda prominentsiyasi; · aksariyat bir tomonlama xarakter; · ko'z olmasining ko'proq yon tarafga siljishi; · yumuq qovoq orqali ko'zga bosilganida ko'z olmasi repozitsiyasini buzilishi; · ko'z olmasi aksial o'qining uzunligi va shox parda egriligining radiusini o'zgarishi tufayli refraktsiyani o'zgarishi;

			<ul style="list-style-type: none"> · jarayonni rivojlanishida jarohat, grippli infeksiya, burun bo'shlig'idagi yallig'lanishli kasalliklar rol o'ynaydilar; · surunqali, o'ziga hos bo'lmagan yallig'lanish surati, orbitadagi og'riqlar, qovoqlar shishi, xemoz, ko'z olmasi xarakatlanishining cheklanishi, diplopiya, ko'p hollarda ko'z ichi bosimining ko'tarilishi, ekzoftalm; · ko'p hollarda, orbitaning orqa bo'limi jalb qilinganida ko'ruv diski turg'un nervining surati.
Tomirli qobiqning ko'chishi	Ko'z o'tkirligining pasayishi, ko'ruv maydonining nuqsonlari	Anamnez Biomikroskopiya Oftalmoskopiya UTT	<ul style="list-style-type: none"> · glaukoma jarrohligida asorat sifatida uchraydi; · oftalmoskopiyadagi farqlar: to'r pardaning yirtilishlarini yo'qligi, to'r parla va tomirli qobiq o'rtasida maydon va suyuqlikni yo'qligi, ko'chgan pufakning rangi to'q-kulrang.

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

4.1. Nomedikamentoz davolash:

TPK faqat jarrohlik yo'li bilan davolanadi. TPK-da mahsus parhez mavjud emas. Og'riqsizlantirish usullari TPK-ni jarrohlik davolash bosqichida qo'llanilib, ular mustaqil terapiya sifatida qo'llanilmaydi.

Asosiy dori vositalar ro'yxati:

Farmakoterapevtik guruh	Preparatning INN	Qo'llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
Qisqa va uzoq ta'sirli midriatiklar	<p>tropikamid 1% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132914/#:~:text=Comparison%20of%20cyclopentolate%20versus%20tropicamide%20O cycloplegia%3A%20A%20systematic%20review%20and%20meta%20analysis fenilefrina gidrokslorid + tropikamid 2,5% va 10% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39937702/#:~:text=Comparative%20efficacy%20of%20tropicamide%201%25%20and%20cyclopentolate%201%25%20for%20cycloplegic%20refraction%3A%20A%20systematic%20review%20and%20meta%20analysis%20of%20randomized%20controlled%20trials atropin 1%</p>	<p>sutkasiga 3 marotabagacha, 1-2 tomchidan, 3-5 kun davomida</p> <p>sutkasiga 3 marotabagacha, 1-2 tomchidan, 3-5 kun davomida</p> <p>1 kunda 2 mahal 2 tomchidan</p>	5C

	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36786791/#:~:text=Effect%20of%20Low%2DC%20oncentration%20Atropine%20Eyedrops%20vs%20Placebo%20on%20Myopia%20Incidence%20in%20Children%3A%20The%20LAMP%20Randomized%20Clinical%20Trial		
Bakteriyaga qarshi ko'z tomchilari	levofloksatsin 0,5% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35657073/#:~:text=doi%3A%2010.1177%2F17534666221099729.-,Two%2Dday%20versus%20seven%2Dday%20course%20of%20levofloxacin%20in%20acute%20COPD%20exacerbation%3A%20a%20randomized%20controlled%20trial,-Salma%20Messous%2C%20A0 siprofloksatsin 0,3% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7918266/ moksifloksatsin 0,5% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194412/	kon'yunktiva qopchasiga 1-2 tomchidan kon'yunktiva qopchasiga 1-2 tomchidan kon'yunktiva qopchasiga 1 tomchidan	5C
Yallig'lanishga qarshi ko'z tomchilari	deksametazon 0,1% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38492864/ nepafenak 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 natriy diklofenak 0,1% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9798189/	sutkasiga 4-6 mahal, 9 kun (shifoxonada) yoki 1 oy (mustaqil) suspensiya kuniga 3 mahal 1 tomchidan kuniga 3-4 mahal 1 tomchidan	5C
Sulfanilamidlar	Natriy sulfatsetamid 20 % https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3274675/	kuniga 3-4 mahal 1 tomchidan	5C
Kombinasiyalangan preparatlar	tobramitsin + deksametazon https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32696102/ gentamitsin + deksametazon https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9798189/	kon'yunktiva qopchasiga kuniga 4-6 mahal 1-2 tomchidan kon'yunktiva qopchasiga kuniga 4-6 mahal 1-2 tomchidan	5C

Steroidsiz yallig'lanishga qarshi vositalar	diklofenak natriya 50 mg https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9798189/ deksametazona natriya fosfat 0,4% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38492864/	ovqatdan avval sutkasiga 2-3 mahal ovqatdan keyin sutkasiga 2-3 mahal eritma, parabolbar tarzda, 0,5 ml-dan har kuni, yoki 1 kun oraliq bilan	5C
Anesteziologik qo'llanmani o'tkazish uchun preparatlar	Tetrakain https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37696782/ 1	har 5-10 daqiqada 3-5 martagacha 1-2 tomchidan	5C

Qo'shimcha dori vositalar ro'yxati:

Farmakoterapevtik guruh	Preparatning INN	Qo'llash tartibi	Ishonchlilik darajasi
Antiseptiklar va dezinfektsiya vositalari	Povidon yodid https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20054046/	ko'z tomchilari	5C
Mahalliy og'riq qoldiruvchi vositalar	Tetrakain gidrokloridi 1% https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37696782/	ko'z tomchilari	5C

4.3. Jarrohlik aralashuv:

2 A	Tavsiya: to'r pardaning lokal ko'chishida chegaralovchi lazerlik koagulyasiyani o'tkazish https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbpl572z849724474
--------	---

Mahalliy yassi TPRK-larda ko'z tubining aksariyat quyi bo'limlarida to'r pardaning kichik yirtilishida, to'r pardaning ko'chish chegaralari bo'ylab shaxmat tartibda 3 qator LK o'tkaziladi. Dinamikali kuzatuvda TPRK-ni lazerli koagulyatlar chegaralaridan tashqarisiga tarqalishi kuzatilgan taqdirda, takroriy lk o'tkazilmasdan bemor jarrohlik davolash uchun yuboriladi.

2 A	Tavsiya: jarrohlik davolashni o'tkazish https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbpl572z849724474
--------	---

1. Ekstraskleral jarrohlik.

Tavsiya etiladi: episkleral aylanma va (yoki) mahalliy plombalash (operasiyalar honasi sharoitida); mahalliy anesteziya ostida (mahalliy anestetiklar instillyasiyasini qo'llagan holda), zaruriyat bo'lganida - mahalliy og'riq qoldiruvchi vositalarni para - yoki retrobulbar in'ektsiyasi bilan (zaruriyat bo'lganida– birikkan anesteziyani qo'llagan holda), medikamentozli midriaz sharoitida (glaukomaga qarshi preparatlardan tashqari antixolinergik vositalar va simpatomimetiklarni, shu jumladan, belgilangan kombinasiyalarni qo'llash bilan), qovoq terisi, ko'zlar atrofidagi soha va ko'z yuzasiga antiseptik va dezinfektsiyalovchi preparatlar (shu jumladan yod preparatlari) bilan ishlov berilganidan so'ng, mikrobgga va yallig'lanishga qarshi preparatlarni qo'llagan holda, zaruriyat bo'lganida hamroh manipulyasiyalar bilan, shu jumladan, dori vositalarni, havoni, silikonni endovitreal ravishda kiritish, vitreal bo'shliqni tamponlash (perftororganik yoki boshqa yuqori molekulyar birikma yordamida), perftororganik birikmani silikonga endovitreal ravishda almashtirish, normal anatomik nisbatlarni qayta tiklash, to'r pardaning regmatogenli ko'chishi bilan bemorlarda ko'zning to'g'rilangan o'tkirligini barqarorlashtirish yoki ko'tarish maqsadida silikonni vitreal bo'shlig'idan olib tashlash [68,69], ko'rsatmalar mavjudligida pars plana 23-27G endovitreal jarrohligini qo'llash.

2. Vitreoretinal jarrohlik.

Tavsiya etiladi: operatsiya xonasi sharoitida 23-27Ga texnologiyalarni qo'llab, mahalliy anesteziya ostida (mahalliy og'riq qoldiruvchilar instillyasiyasi bilan) mikroinvaziv vitreoektomiya yoki vitreoshvartektomiyani o'tkazish. Zaruriyat bo'lganida, mahalliy og'riq qoldiruvchi vositalarni para - yoki retrobulbar in'ektsiya qilish bilan anesteziyani o'tkazish (zaruriyat bo'lganida– birikkan anesteziyani qo'llagan holda), medikamentozli midriaz sharoitida (antixolinergik vositalar va simpatomimetiklarni qo'llash bilan). Qovoq terisi, ko'zlar atrofidagi soha va ko'z yuzasiga antiseptik va dezinfektsiyalovchi preparatlar (shu jumladan yod preparatlari) bilan ishlov berish, mikrobgga va yallig'lanishga qarshi preparatlarni qo'llash bilan. Zaruriyat bo'lganida hamroh manipulyasiyalar bilan, vitreal bo'shliqni perftororganik yoki boshqa yuqori molekulyar birikma yordamida tamponlash, perftororganik birikmani silikonga almashtirish, havoni (almashtirish uchun qo'shimcha xarakatlarni talab etmaydigan avtomatik infuziya/havo klapanli tizimlar afzalroq), silikonni, gazni (gazni avtomatik ravishda to'ldirish funktsiyali tizimlar afzalroq) endovitreal ravishda kiritish, to'lqin uzunligi 532 nm bo'lgan (jarrohlik tizimi ichiga o'rnatilgan, yoki alohida turgan va jarrohlik tizimiga ulangan) oftalmologik lazer yordamida endolazerli koagulyasiya, sklerani plombalash (mahalliy ezish), tsirkulyaj (sklerani aylanma bo'ylab ezish), tashkil bo'lgan gemoftalm, proliferativ vitreorenopatiya va epiretinal fibroz bilan asoratlangan to'r pardaning regmatogenli ko'chishi bilan bemorlarda, normal anatomik nisbatlarni qayta tiklash, ko'zning to'g'rilangan o'tkirligini barqarorlashtirish yoki ko'tarish maqsadida, vitreal bo'shliqdan silikonni olib tashlash. Fibrozli o'zgargan to'qimalar pintset yordamida olib tashlanadilar (odatda, zich membranalar uchun).

Tavsiya etiladi: vitreal bo'shliqdan silikon yog'ini (yoki boshqa yuqori molekulyar birikmani) olib tashlash (operatsiya xonasi sharoitida, mahalliy anesteziya ostida, mahalliy og'riq qoldiruvchilar instillyasiyasi bilan, zaruriyat bo'lganida, mahalliy og'riq qoldiruvchi vositalarni para - yoki retrobulbar in'ektsiya qilish bilan, zaruriyat bo'lganida, birikkan anesteziyani qo'llagan holda); medikamentozli midriaz sharoitida (glaukomaga qarshi preparatlardan tashqari antixolinergik vositalar va simpatomimetiklarni, shu jumladan, belgilangan kombinasiyalarni qo'llash bilan), qovoq terisi, ko'zlar atrofidagi soha va ko'z yuzasiga antiseptik va dezinfektsiyalovchi preparatlar (shu jumladan yod preparatlari) bilan ishlov berish, mikrobgga va yallig'lanishga qarshi preparatlarni qo'llash bilan, zaruriyat bo'lganida hamroh manipulyasiyalar bilan, vitreal bo'shliqni perftororganik yoki boshqa yuqori molekulyar birikma yordamida tamponlash, peftoroorganik birikmani silikonga almashtirish, havo, silikon, gazni endovitreal tarzda kiritish, tashrih qilingan to'r pardaning regmatogenli ko'chishi bilan bemorlarda mikroinvazivli vitreoektomiya yoki vitreoshvartektomiya tashrihidan keyingi uzoq davrda

silikon yog'i orqali o'ta uzoq muddatli endotamponlash bilan bog'liq bo'lgan asoratlarni oldini olish maqsadida endolazerli koagulyasiya, endodiatermokoagulyasiyani o'tkazish.

4.4. Keyingi parvarishlash:

5 C	Tavsiya: ko'zi ojiz bemorlarda ko'ruv funksiyalarini, xayot sifatini va ijtimoiy moslashuvini oshirish maqsadida, ko'z ojizligini optik to'g'rilash vositalarini tanlash (ko'zoynak, shu jumladan, qo'shimcha kattalashtirish va ichiga o'rnatilgan monokulyarlar bilan ko'zoynaklar, ko'zi ojiz nogironlar uchun ma'lumotlarni olish imkonini beradigan mahsus vositalar). https://ookob.ru/sites/default/files/kr_97_regmatogennaya_otslojka_setchatki.pdf?ysclid=15mbpl572z849724474
--------	---

O'tkazilgan davolashdan keyin dastlabki bir oy davomida, tashrihdan keyingi oftalmologik maqomni inobatga olgan holda, shifokor-oftalmolog tashrihdan o'tkazilgan bemorlarni bir yoki undan ko'proq marotaba ko'rikdan o'tkazadi. Mumkin bo'lgan kechki asoratlarni kuzatish uchun keyingi monitoring shifokor-oftalmolog tomonidan bemorning yashash manzili bo'yicha o'tkazilgan davolashdan keyin 6-12 oy o'tgach 1 marotaba o'tkaziladi. Nazoratning standart parametrlaridan tashqari plombalash materialini qabul qilinmasligining belgilarini (ekstraskleral jarrohlik holatlarida), va silikonning emulgasiyasi belgilarini (vitreoretinal jarrohlik holatlarida) mavjudligini nazorat qilish lozim. Ko'zning o'tkirligi kutilmagan pasayganida, yoki ko'ruv organi tomonidan qandaydir shikoyatlar paydo bo'lganida, shifokor-oftalmolog tekshiruv iloji boricha tezroq o'tkazilishi lozim, navbatdagi tashrifning belgilangan muddatlaridan qat'iy nazar.

4.5. Davolash samaradorligining indikatorlari:

Kasallikning klinik alomatlarini kamayishi, to'r pardaning anatomik mosligi, ko'z o'tkirligining yaxshilanishi, asoratlarni yo'qligi, davolash samaradorligining indikatorlari hisoblanadilar. Biroq, to'laqonli psixologik reabilitasiya uchun tashrihdan avval bemor tashrihdan keyingi davrdagi ko'ruv funksiyasini sekin yaxshilanishi haqida ogohlantirilishi lozim. To'g'ri va o'z vaqtida davolash mavjudligida TPRK-li bemorlar uchun ertangi xarakterli reabilitasiya tavsiya etiladi.

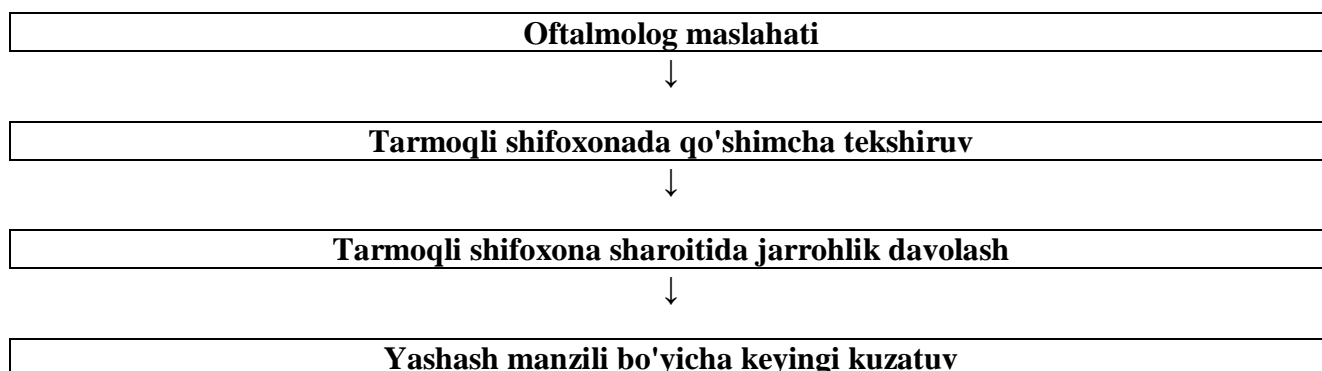
5. Tibbiy yordamni ko'rsatish turlarini hisobga olgan holda, shifoxonaga yotish uchun ko'rsatmalar:

Rejali yotib davolanish uchun ko'rsatmalar – yo'q.

Shoshilinch yotkizish uchun ko'rsatmalar - asoratlarni rivojlanishi, jumladan, shoh parda yarasi.

6. Shifoxona darajasida davolash taktikasi:

Bemorni kuzatish varaqasi, bemorning marshrutlanishi:





Tarmoqli shifoxonada 3-6 oydan keyin nazorat tekshiruvi

Medikamentsiz davolash: shifoxonada yotib davolanish talab etilmaydi, xarakatlanish faoliyati cheklanmagan, parhez nazarda tutilmagan (allergiya holatlaridan tashqari).

7. *Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:*

7.1. *Manfaatlar to'qnashuvini yo'qligi haqidagi ma'lumot:* manfaatlar to'qnashuvi mavjud emas.

7.2. *Ekspertlar haqidagi ma'lumotlar (respublika va horijiy mutahasisslar):*

Nabiev Abduvali Mirzalievich – t.f.D., Toshkent viloyati ko'z kasalliklari shifoxonasining bosh shifokori.

7.3. *Bayonnomani qayta ko'rib chiqish uchun shartlar:* bayonnoma ishlab chiqilganidan so'ng 3 yoki 5 yil o'tgach, yoki isbotlanganlik darajasi bilan yangi usullarni mavjudligida qayta ko'rib chiqiladi;

7.4. *Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:*

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.

**"TO'R PARDANING YIRTIILISHI VA KO'CHISHI"
NOZOLOGIYASI BO'YICHA NOZOLOGIYASINING
TIBBIY ARALUSHVLARI BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

2. Asosiy qism.

2.1 kirish:

To'r pardaning ko'chishi – bu, to'r pardaning neyrosensorli hujayralar qatlamini pastda joylashgan pigmentli epiteliydan ajralishi. Buning eng ko'p uchraydigan sababi, to'r pardaning yirtilishi (uzilishi, yoki, kam holatlarda, qatlanib ko'chishi, ya'ni, regmatogenli ko'chish) hisoblanadi. To'r pardaning klinik ko'chishi Markaziy yoki periferik ko'rishning pasayishida namoyon bo'lib, u ko'p hollarda ko'ruv maydonini to'suvchi qora pardani paydo bo'lishi sifatida ta'riflanadi. Boshqa alomatlardan, chaqnash yoki ko'z oldida suzuvchi dog'larni keskin ko'payishi kabi ko'rishning og'riqsiz buzilishlarini keltirish mumkin. To'r pardaning traktsiyali va serozli ko'chishi (uning yirtilishisiz) Markaziy yoki periferik ko'rishni yo'qolishiga olib keladi. Tashhis oftalmoskopiya orqali qo'yiladi. Uning samarasizligida, ko'chish mavjudligi va turini ultratovushli tadqiqot yordamida aniqlash mumkin. To'r pardaning regmatogenli ko'chishi o'tkir rivojlanib Markaziy ko'rishni jiddiy buzgan taqdirda, shoshilinch davolashni o'tkazish lozim. To'r pardaning regmatogenli ko'chishini davolash jarayoni, to'r parda yirtilishlarini lazer yoki krioterapiya yordamida yopish, to'r pardani yirtilgan sohasida skleral ezish usuli, pnevmatik retinopeksiya va/yoki vitrektomiya orqali quvvatlash usullarini o'z ichiga olishi mumkin.

To'r parda ko'chishining etiologiyasi

To'r parda ko'chishinig 3-ta turini ajratadilar: regmatogenli (uning yirtilishi bilan bog'liq), traktsiyali va serzli (ekssudativ). To'r pardaning traktsiyali va serozli ko'chishi yirtilish bilan bog'liq bo'lmasdan regmatogensiz deb nomlanadilar.

Eng ko'p uchraydigan, bu, regmatogenli ko'chish hisoblanadi. Uning quyilagi havf omillari ajratiladi:

- miopiya;
- kataraktani avvalgi jarrohlik davolash;
- ko'z jarohati;
- to'r pardaning panjarasimon degenerasiyasi;
- oilaviy anamnezda to'r parda ko'chishini mavjudligi.

Traktsiyali ko'chish, proliferativ diabetik yoki o'roqsimon-hujayrali retinopatiyada hosil bo'ladigan vitreoretinal jipslashish sohasidagi taranglashish paytida vujudga kelishi mumkin.

Serozli ko'chish suyuqlikning subretinal maydoniga transsudasiyasida paydo bo'ladi. Uning sabablaridan, og'ir uveit, ayniqsa - Fogt-Kayanagi-xarada kasalligida, xorioidal gemangiomaslar, shuningdek, ko'z tomirli qobig'ining birlamchi yoki metastazali saratoni.

2.2 ta'riflar:

To'r pardaning yirtilishi — ko'z ichki qobig'ining periferik bo'limlarida nuqsonni shakllanishi bilan bog'liq bo'lgan vahimali patologik holat. Yirtilishlar alohida e'tiborni taqozo etadilar, chunki ular to'r parda ko'chishining rivojlanish havfini bir necha barobarga oshiradilar.

To'r pardaning ko'chishi– bu, tayoqchalar va nur sezuvchi hujayralar (kolbachalar), ya'ni, neyroepiteliyni, ular orasida suyuqlikni to'planishi oqibatidagi to'r pardaning epiteliydan ko'chishi.

To'r pardaning birlamchi regmatogen ko'chishi (TPRK) – bu, to'r pardaning uzilishi orqali neyrosensorli qavatlar va tutashgan pigmentli epiteliy orasida subretinal suyuqlikni to'planishi bilan xarakterlanadigan, darhol jarrohlik davolashni taqozo etadigan og'ir kasallik.

2.3 tasnif:

Krasnov M. M. tasnifi:

mexanizm bo'yicha:

- regmatogen (to'r pardaning teshikli yoki klapanli uzilishi bilan, idiopatik)
- traktsiyali (jarohat, SD, gemoftalm)
- aralash (traktsiyali-perforativ, perforativ-traktsiyali)

- ekssudativ

turi bo'yicha:

- yangi (1 oygacha)
- eskirib qolgan (1 oydan 3 oygacha)
- eski (3 oydan ortiq)

tarqalganligi bo'yicha:

- mahalliy (ko'z tubining 1 kvadrantini egallaydi)
- tarqalgan (ko'z tubining 2 kvadrantigacha egallaydi)
- subtotal (ko'z tubining 3 kvadrantini egallaydi)
- Total (ko'z tubining butun maydonini egallaydi)

balandligi bo'yicha:

- yassi
- baland
- pufaksimon

rigidliligi bo'yicha:

- xarakatchan
- yarim xarakatchan
- rigidli.

To'r parda ko'chishining og'irligi bo'yicha tasnifi:

I-chi toifa: to'r parda to'laligicha xarakatchan, yoziluvchanligi yaxshi, shishasimon tana tomonidagi traksitsiyali komponent sust ifodalangan. 3-4 kun mobaynida yotib davolanganidan keyin to'r parda uzilgan joyi bilan tomir qobig'iga jips bo'lib turadi. To'rdagi o'rnashib olgan burmalar va shishasimon tanadagi shvartlar mavjud emas.

II-chi toifa: shishasimon tana tomonidan traksitsiya bilan xarakterlanadi, 3-4 kun mobaynida yotib davolanganidan keyin to'r parda qisman rostlanadi (jipslanadi), ammo butunligicha uzilgan joyi bilan jips bo'lmaydi. Uzilish klapanlari bilan ulangan shishasimon shvartlari, shuningdek uning shishasimon plastinkani ko'chishi qayd etiladi. To'r pardaning o'rnashgan burmalari mavjud emas.

III-chi toifa: shishasimon tana tomonidan ifodalangan traksitsiyali o'zgarishlar mavjud. Hattoki uzoq vaqt mobaynida yotib davolanishdan keyin to'r pardaning to'rlanishga moyilligi yo'q. Ko'z xarakatlanganida dag'al o'rnashgan burmalar kam xarakatchan.

PVR bilan to'r parda ko'chishining tasnifi:

PVR A bosqichi. – shishasimon tana hira, pigmentli tugunchalar bilan. Pigmentli tugunchalar ko'chgan to'r pardaning yuzasida va vitreal bo'shliqning quyi bo'limlarida mavjud.

PVR V bosqichi. – ko'chgan to'r parda yuzasining burushgan, xarakatchanligi sustlashgan, retinal tomirlar to'lg'angan, to'r parda uzilgan joyining chekkasi o'ralgan, shishasimon tana kam xarakatchan bo'lib qoladi.

PVR S posterior bosqichi – ekvator ortida to'r pardaning fokal, diffuziyali o'rnashgan burmalari shakllanadi, subretinal tasmalar mavjud.

PVR C anterior bosqichi – ekvator oldida to'r pardaning o'rnashgan burmalari shakllanadi, periferik to'r pardaning old siljishi mavjud, shishasimon tana zich, tasmali.

Retinoshizis va retinal kistalarning Astaxov yu.S. va Lukovskaya N.G. bo'yicha tasnifi:**Yirtilishning to'r pardada joylashuvi bo'yicha:**

- ichki yaproqchada;
- tashqi yaproqchada;
- ikkala yaproqchalarda;
- yirtilishlarsiz.

Kechishi bo'yicha:

- barqaror, to'r pardaning chandiqlanishi bilan;
- Taraqqiylashayotgan, demarkasiyasiz, notekis chegaralar bilan;

asoratlangan:

- shishasimon tanaga qon quyilishi;

- kista bo'shlig'iga qon quyilishi;
- to'r pardaning ko'chishiga o'tishi bilan.

Turi bo'yicha:

- birlamchi;
- ikkilamchi;

Etiopatogenez bo'yicha:

irsiy:

- o'smirlik, X-xromosoma bilan ulangan;
- Vagner sindromida;
- Goldmana-Favr sindromida.

orttirilgan:

Degenerativ (senilli):

- namunaviy kistozli periferik degenerasiyadan;
- retikulyar kistozli periferik degenerasiyadan.

Miopik:

- namunaviy kistozli periferik degenerasiyadan;
- retikulyar kistozli periferik degenerasiyadan
- jarohatdan keyin
- to'r pardaning Markaziy vena trombozidan keyin
- to'r pardaning ko'chishi bo'yicha tashrihdan keyin
- diabetda
- uveitda

Joylashuvi bo'yicha:

Markaziy;
periferik;
kombinasiyalangan.

Shakli bo'yicha:

yassi;
bullezli.

Zararlanish tomoni bo'yicha:

bir tomonlama;
ikki tomonlama.

To'r pardaning ko'chishisiz retinal yirtilishlar tasnifi:

Patogenezi bo'yicha:

klapanli yirtilishlar dinamikali vitreoretinal traktsiyala vujudga keladilar. Ko'pincha yuqori kvadrantda uchraydilar (ko'proq chakka kvadrantida). Teshikli yirtilishlar, to'r pardaning surunqali atrofiyasi oqibatida paydo bo'lib, ovalsimon va dumaloq bo'lishi mumkin.

Konfiguratsiyasi bo'yicha:

U-Simon yirtilishlar, ya'ni, klapanli yoki taqasimon yirtilishlar. Ularning uchi shishasimon tanaga cho'zilib, negizi esa (old tarafga yaqinroq joylashgan) qolgan to'r pardaga mahkamlanadi.

To'liqsiz U-Simon yoki L-Simon yirtilish.

Qopqoqchali yirtilish bo'lib, unda to'r pardaning uchastkasi ko'chgan shishasimon tana orqali to'liq yirtilgan.

Uzilish (dializ) – bu, tishli chiziq bo'ylab tsirkulyar yirtilish, yirtilishning orqa yuzasi bo'ylab mahkamlangan shishasimon tana bilan.

Ko'z olmasi aylanasining 90°-dan ko'proq tarqalgan ulkan yirtilishlar. Bu U–yirtilishning bir varianti bo'lib, unda shishasimon tana yirtilishning old chekkasi bo'ylab mahkamlangan.

Vitreomakulyar traktsiyali sindrom tasnifi.

Turlari	OKT surati bo'yicha ta'rif	qo'shimcha belgilar	Alomatla	Makulyar teshikning
---------	----------------------------	---------------------	----------	---------------------

				bosqichiga mos kelishi:
Vitreomakulyarna ya adgeziya	<p>OKT suratida quyidagi o'zgarishlarning kamida bittasi mavjud bo'lishi lozim:</p> <p>(I) Perifovealyar sohada shishasimon tananing kortikal qatlamini to'r parda yuzasi ustidan ko'tarilishini ko'rsatuvchi shishasimon tananing qisman ko'chishi.</p> <p>(II) fovea markazidan 3 mm radius doirasida shishasimon tanani makulaga doimiy mahkamlanishi.</p> <p>(III) orqa gialoid va to'r pardaning ichki yuzasi o'rtasidagi o'tkir burchak.</p> <p>(IV) Foveal kontur yoki to'r pardaning morfologiyasida o'zgarishlarni yo'qligi</p>	yo'q	yo'q	0 bosqich
Vitreomakulyarna ya traktsiya	<p>OKT suratida quyidagi o'zgarishlarning kamida bittasi mavjud bo'lishi lozim:</p> <p>(I) Perifovealyar sohada shishasimon tananing kortikal qatlamini to'r parda yuzasi ustidan ko'tarilishini ko'rsatuvchi shishasimon tananing qisman ko'chishi.</p> <p>(II) fovea markazidan 3 mm radius doirasida shishasimon tanani makulaga doimiy mahkamlanishi.</p> <p>(III) orqa gialoid va to'r pardaning ichki yuzasi o'rtasidagi o'tkir burchak.</p> <p>(IV) Foveal kontur yoki to'r pardaning morfologiyasida o'zgarishlarni yo'qligi (foveal yuzasining qiyshayishi, sohta kistani shakllanishi kabi intraretinal tuzilmaviy o'zgarishlar, foveani PE-dan ko'tarilishi, yoki ushbu uchala belgilarning bittasini kombinasiyasi).</p> <p>(V) to'r pardaning butun qalinligi bo'ylab buzilishlarni yo'qligi</p>	Fovealyarli sohta kista, makulani qalinlashishi, to'r pardaning o'tkazuvchanligi ni oshishi, makulyar shizis, kistozli makulyar shish, to'r pardaning ko'chishi	Ko'rishni pasayishi yoki buzilishi	1- chi bosqich (kelayotgan makulyar yirtilish); 2- chi bosqich (vitriomakulyar traktsiya, to'liq kichik va o'rta yirtilish bilan); 3- chi bosqich (vitriomakulyar traktsiya, to'liq o'rta yoki katta makulyar yirtilish bilan)

Turlar	OKT - tasnif
---------------	---------------------

Vitreomakulyarnaya adgeziya	(I) Fokal: mahkamlanish kengligi ≤ 1500 mkm (II) Keng: mahkamlanish kengligi > 1500 mkm
	(I) Birdan bo'ladigan: makulyar hududda boshqa o'zgarishlar bilan bog'langan (masalan, yoshga oid makulyar degenerasiya, to'r parda markaziy venasining okklyuziyasi, diabetga oid makulyar shish) (II) Alohida: makulyar hududining boshqa buzilishlari bilan bog'lanmagan
Vitreomakulyarnaya traktsiya	(I) Fokal: mahkamlanish kengligi ≤ 1500 mkm (II) Keng: mahkamlanish kengligi > 1500 mkm
	(I) Birdan bo'ladigan: makulyar hududda boshqa o'zgarishlar bilan bog'langan (masalan, yoshga oid makulyar degenerasiya, to'r parda markaziy venasining okklyuziyasi, diabetga oid makulyar shish) (II) Alohida: makulyar hududining boshqa buzilishlari bilan bog'lanmagan

1. Tashhislash va davolash usullari, yondashuvlari va muolajalari:

3.1. Muolaja yoki aralashuvni o'tkazish maqsadi:

- to'r pardaning anatomik jipslanishi;
- traktsiyani bartaraf etish;
- ko'ruv funktsiyalarini oshirish.

3.2. Muolaja yoki aralashuvga bo'lgan qarshi ko'rsatma:

- bemorning og'ir umumiy ahvoli.

3.3. Muolaja yoki aralashuvga bo'lgan ko'rsatma:

davolash faqat jarrohlik yo'li bilan

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

5.4 Jarrohlik aralashuv:



1.	Sklerani implant yordamida mahkamlash (MKB 9-14.41)	→	Tashrih uchun ko'rsatma: <ul style="list-style-type: none"> • proliferativ A-komponent bosqichi; • 1-chi kvadrantdagi yirtilishlar mavjudligi; • har hil kvadrantlarda ikkita yirtilishlarni mavjudligi; • avvalgi tashrihdan keyin qolgan bloklanmagan yirtilishni mavjudligi; • to'r pardaning ko'p sonli yirtilishlari va bir necha kvadrantlardagi distrofik o'zgarishlar; • topilmagan yirtilishlar bilan to'r pardaning ko'chishi; • B-bosqichdagi PVR bilan II va III og'irlik toifali to'r pardaning ko'chishi; • plombalash uchun ko'shimcha element sifatida
2.	2.1 mexanik viktreetomiyaning boshqa turlari (MKB 9-14.74);	→ → →	<ul style="list-style-type: none"> • to'r pardaning ko'p sonli yirtilishlari va bir necha kvadrantlardagi distrofik o'zgarishlar; • topilmagan yirtilishlar bilan to'r pardaning ko'chishi; • B-bosqichdagi PVR bilan II va III og'irlik toifali to'r pardaning ko'chishi;

<p>2.2 shishasimon tananing o'rnini bosuvchi moddani kiritish (MKB 9-14.75);</p> <p>2.3 intraokulyar linza implantatsiyasi bilan kataraktani fakoemulsifikasiyalash (MKB 9-14.73)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hira muhitlarda to'r pardaning ko'chishi (gemoftalm+ko'chish, katarakta+ko'chish); • C-bosqichdagi proliferativ vitreoretinopatiya bilan to'r pardaning ko'chishi; • to'r pardaning ulkan yirtilishlari; • markaziy yirtilishlar bilan to'r pardaning orqa qutbdagi ko'chishi; • muddatdan oldin tug'ilganlar retinopatiyasida to'r pardaning ko'chishi
---	---

3.4. Muolaja yoki aralashuvni o'tkazayotgan mutahassislar uchun qo'yilayotgan talablar:

Mutahassisga bo'lgan asosiy talab, bu – muolaja yoki aralashuvni texnik jihatdan to'g'ri bajarish qobiliyati. Jarrohlik aralashuvning barcha bosqichlarini texnik ravishda bajarish qobiliyatidan tashqari, jarrohdan tegishli kognitiv ko'nikmalar, tahliliy fikrlash va, jarrohlik aralashuvi paytida ro'y berishi mumkin bo'lgan kutilmagan holatlar, muammolar va asoratlarni o'z vaqtida aniqlash va ularning adekvat menejmenti uchun zarur bo'lgan muayyan tajribaga ega bo'lishi talab etiladi. Jarrohlik uchun zarur bo'lgan tegishli tibbiy va mikrojarrohlik tayyorgarlikka faqatgina oftalmolog ega bo'lishi mumkin.

3.5. Muolaja yoki aralashuvga tayyorgarlikda asosiy va qo'shimcha diagnostik tadbirlar ro'yxati:

Asosiy diagnostik tadbirlar ro'yxati:

1. Oftalmolog maslahati
2. Vizometriya
3. Biomikroskopiya
4. Oftalmoskopiya
5. Tonometriya
6. A-V skanerlash
7. Keratorefraktometriya
8. Perimetriya

Qo'shimcha diagnostik tadbirlar ro'yxati:

1. Ultratovushli biomikroskopiya
2. Gonioskopiya
3. Spekulyar endotelial mikroskopiya
4. Kontrastli sezuvchanligining tadqiqoti

3.6. Muolaja yoki aralashuvni o'tkazishga bo'lgan talablar:

Operasiyalar blokida shifoxona ichidagi infeksiyalarni oldini olish:

- Operasiyalar bloki jarrohlik bo'limining boshqa xonalaridan tambur orqali ajratiladi.

Operasiyalar blokining eshiklari doimo yopiq turishi shart.

- Operasiyalar bloki, amaldagi me'yoriy hujjatga muvofiq, ko'chmas bakteriyaga qarshi nur tarqatgichlar va ventilyasiya qurilmasi bilan jihozlanadi.

• Operasiya xonalari "toza" va "yiringli" xonalarga qat'iy ajratiladilar. Mazkur talabni bajarish uchun sharoitlar mavjud bo'lmaganida, yiringli jarayonlar bo'yicha tashrihlar mahsus belgilangan kunlarda bajarilib, keyinchalik operasiyalar bloki va barcha jihozlar puxtalik bilan dezinfektsiyalanadi.

• Tashrihdan avval jarrohlar, operasion xamshiralar va tashrihda qatnashayotgan boshqa shaxslar gigienik dushni qabul qilib, toza operasion kiyimlarni (pijama, tapochka, qolpoqcha, xalat) kiyib oladilar. Operasiyalar blogiga kirishdan oldin ular tibbiy niqob va baxilalarni taqib, tashriholdi xonaga kirib sterilizasiyalangan xalat, qo'lqop va niqobni taqib oladilar.

• Operasiyalar blogida foydalanilayotgan jarrohlik xalatlar havoni o'tkazib namlikni o'tkazmasligi lozim.

• Tashrih davomida qo'lqoplarning butligi buzilganida, ularni darhol almashtirish, qo'llarga esa teri uchun antiseptik vositasi bilan ishlov berish shart.

• Tashrih paytida "avariya vaziyati" (operasion brigada a'zolarining qo'l terisining butligini buzilishi) ro'y bergan taqdirda, OIV-infeksiyani oldini olish bo'yicha shoshilinch choralar ko'rilishi lozim.

• Qo'lqoplar butligini buzilishining havfi yuqori bo'lgan tashrihlarni o'tkazish uchun, chidamliligi yuqori bo'lgan 2 juft qo'lqoplarni taqib olish shart.

• Boshqa bo'limlar xodimlarini operasiyalar blogining "qizil chizig'idan" o'tishi taqiqlanadi. Zaruriyat bo'lganida boshqa bo'limlar xodimlari operasiyalar blogiga, sanitariya ishlov berish bo'yicha barcha talablarga rioya qilgan holda sanitariya o'tkazish joylaridan o'tishlari lozim.

• Tashrihlar xonasiga kirish ruhsati berilgan xodimlar soni, ayniqsa tashrih boshlanganidan keyin, minimal darajagacha tushirilishi lozim. Tibbiy xodimlarga operasion blokda ko'cha poyafzalida bo'lishi qat'iy taqiqlanadi.

• Bemorlarni operasiyalar xonasiga olib kirish (olib chiqish) uchun qo'llaniladigan aravachalardan boshqa maqsadlarda ishlatish man etiladi. Tashrihlar xonasida bemorlarni tashish aravachasi uchun alohida joy ajratiladi. Har bir bemordan keyin aravacha dezinfektsiyalovchi eritmada xo'llangan latta bilan artib yuboriladi.

• Operasiyalar blogiga olib kiriladigan barcha moslamalar, qurilmalar va boshqa narsalar (O2, SO2 ballonlari, kardiograflar), kirishdan avval dezinfektsiyalovchi eritmada xo'llangan latta bilan artib yuboriladi.

- Operasiyalar blogida tashrih paytida foydalanilmaydigan narsalarni saqlash taqiqlanadi.

- Bitta tashrih xonada ikkita va undan ko'p tashrihlarni o'tkazish man etiladi.
- Har bir tashrihdan keyin asboblarning uchun ishchi stol keyingi tashrih uchun yangidan yig'iladi.
- Steril stollar o'rniga, har bir tashrih uchun yakka tartibdagi to'plamlardan foydalanish mumkin, shu jumladan, asboblarning standart to'plami va yaxshi upakovkalanagan asboblarning.
- Katta tashrih stolini faqatgina shoshilinch jarrohlik shifoxonalarida (bo'limlarida) yig'ish mumkin.
- Steril stollarni tayyorlashda aseptikaning quyidagi choralariga rioya qilish lozim:
 - dastlab stol, xonalardagi yuzalarni dezinfektsiyalash uchun tavsiya etilgan vositalardan biri yordamida artish yo'li bilan dezinfektsiyalanadi;
 - steril stollarni tayyorlash uchun ishlatiladigan choyshablarning matoning butunligi bo'yicha tekshiriladi. Butunligi buzilgan choyshablarni almashtirish lozim. Ularning o'rniga bir martali steril jarrohlik belyosi yoki bir martali steril mahsus to'plamlardan foydalanish mumkin.
- Steril stollarni tayyorlashdan oldin operatsion xamshira o'z qo'llariga teri antiseptigi yordamida, jarrohlarning qo'llariga ishlov berish texnologiyasiga muvofiq ishlov beradi, steril xalatni kiyib qo'lqoplarni taqib oladi (tibbiy qolpoq va ngiqobsiz tashrih xonasiga kirish man etiladi).
- Tashrih tugaganidan so'ng barcha tibbiy asboblarning dastlab 0,5% xlorli eritmada (yoki tegishli kontsentratsiyali boshqa dezinfektsiya vositasida) 10 daqiqa davomida dezinfektsiyalanib va suvda yuvilib MSB-ga topshiriladi.
- Bir martali asboblarda ko'p marotaba foydalanish qat'iyan man etiladi.
- Shifoxona ichidagi infeksiyalarni oldini olish uchun antibiotiklarni tashrihdan avval quyish lozim (o'ta zarur bo'lganida - uning davomida); Shii-larni oldini olish uchun tavsiya etilgan preparatlarning aksariyati uchun hisoblangan yarim chiqarish davrini inobatga olgan holda, tashrihdan 2 soat avval, ideal holatlarda– kesishdan 15-20 daqiqa avval.
- Antibiotikni anesteziya boshlanishi bilan bir vaqtda quyish maqsadga muvofiq.
- Aksariyat hollarda samarali profilaktika uchun antibiotikning bitta dozasi etarli bo'ladi. Qo'shimcha dozalar ulkan (tashrih davomida 1.000 ml-dan ortiq) qon yo'qotishlari bilan asoslanishi mumkin, va yarim chiqarish davri qisqa bo'lgan antibiotiklar qo'llanilgan taqdirda - uzoq muddatli (3 soatdan ortiq) tashrihlarda ham.
- Jarrohlikka ixtisoslashgan davolash-profilaktika muassasalarida steril ko'rinishda ishlab chiqarilayotgan chok materiallaridan foydalanish afzalroq.
- Tibbiy asboblarni (chok material, chok ignalari, peridural va epidural anesteziya uchun to'plamlar, va hok.) spirtda saqlash qat'iy taqiqlanadi. Ishda zavodda ishlab chiqarilgan va steril upakovkalariga solingan, yoki MSB-da sterilizatsiyalangan chok materialini qo'llash lozim.
- Operatsion blokni tubli yig'ishtirish barcha tashrihlarning tugaganidan so'ng amalga oshiriladi, ammo, 3-son ilovaga muvofiq, 1 hafta ichida kamida 1 marotaba. Tashrihlarning orasida dezinfektsiya vositalari

yordamida joriy yig'ishtirish amalga oshirilib, ushbu vaqt oralig'ida joriy yig'ishtirish, tashrih xonani va xodimlarni keyingi tashrihga tayyorlash uchun etarli vaqt ajratilishi lozim.

- Tashrih davomida ishlatilgan barcha asboblarni mahsus ajratilgan sig'imlarga to'planadi.

Tashrih xonaning jihozlanishiga bo'lgan talablar: koaksial yoritish bilan mikroskoplar (navigatsiya tizimi o'rnatilgan), elektr jarrohlik tashrih stollari va jarroh kreslosi, fakoemulsifikatorlar, mikrojarrohlik asboblari, zamonaviy sterilizatsiyalash uskunalari, anesteziologik jihozlar.

3.7. Bemorni tayyorlashga bo'lgan talablar:

Tashrihni o'tkazish kunida tashriholdi medikamentozli tayyorgarlik*

- Midriatiklar (tashrihdan avval 1 soat davomida 1 tomchidan 4 mahal);
- M-xolinolitiklar 1%;
- Alfa-adrenomimetiklar 1%;
- Steroidsiz yallig'lanishga qarshi preparatlar (SYAQP) (tashrihdan avval 30 daqiqa davomida

1 tomchidan 2 mahal)

Masalan: Indometasin 0.1% , Diklofenak 0.1%

- Antibiotiklar (tashrihdan avval 1 soat davomida 1 tomchidan 4 mahal) ftorxinolonlar, aminoglikozidlar.

3.8. Muolaja yoki aralashuv samaradorligining indikatorlari:

- ko'z o'tkirligining ko'tarilishi;
- tashrihdankeyin ertangi davrda ko'zning yallig'lanish reaksiyasini yo'qligi;
- ko'z optik muhitlarining shaffofligini tiklanishi.

Jarrohlik davolash natijasida ko'ruv funktsiyalarining yaxshilanishi quyidagicha xarakterlanadi:

- ko'zning to'g'rilangan va to'g'rilanmagan o'tkirligini yaxshilanishi;
- chuqurlikdagi idrok va binokulyar ko'rishning yaxshilanishi.

Jarrohlik davolash natijasida jismoniy imkoniyatlarning yaxshilanishi quyidagicha xarakterlanadi:

- kunlik faoliyatni amalga oshirish qobiliyatini ko'tarilishi;
- mexnat faoliyatini saqlash yoki yangidan boshlash qobiliyatini ko'tarilishi;
- xarakatchanlikni oshishi (yurish, avtotransportni boshqarish).

Jarrohlik davolash natijasida ruhiy salomatlik va emosional farovonlikni yaxshilanishi quyidagicha xarakterlanishi mumkin:

- o'z erkinligiga o'zi bergan bahoning yaxshilanishi;
- jarrohatlarni olmaslik qobiliyatini yaxshilanishi;
- ijtimoiy aloqalar va ijtimoiy tadbirlarda qatnashish qobiliyatini yaxshilanishi;
- ko'r bo'lish qo'rquvidan qutulish;

4. Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:

4.1. **Manfaatlar to'qnashuvini yo'qligi** haqidagi ma'lumot: manfaatlar to'qnashuvi mavjud emas.

4.2. **Ekspertlar haqidagi ma'lumotlar (respublika va horijiy mutahassislar):**

Nabiev Abduvali Mirzalievich – t.f.D., Toshkent viloyati ko'z kasalliklari shifoxonasining bosh shifokori.

4.3. **Bayonnomani qayta ko'rib chiqish uchun shartlar:** bayonnoma ishlab chiqilganidan so'ng 3 yoki 5 yil o'tgach, yoki isbotlanganlik darajasi bilan yangi usullarni mavjudligida qayta ko'rib chiqiladi;

4.4. **Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:**

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., Драгомирецкая 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=l5mbpl572z849724474
11. Gudgel DT, Boyd K, McKinney JK. [Flashes of Light](https://www.aaoflashesoflight.org/). American Academy of Ophthalmology. EyeSmart/Eye health. <https://www.aaoflashesoflight.org/>. Accessed March 13, 2019.
12. Boyd K, Maturi RK. [Retinal Detachment](https://www.aarotinaldetachment.org/). American Academy of Ophthalmology. EyeSmart/Eye health. <https://www.aarotinaldetachment.org/>. Accessed March 25, 2019.
13. <http://www.asrs.org/>

**"TO'R PARDANING YIRTIKISHI VA KO'CHISHI"
NOZOLOGIASINING PROFILAKTIKA VA
REABILITASIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

To'r pardaning yirtilish va ko'chishlarining o'ziga hos profilaktikasi mavjud emas. To'r parda ko'chishining ma'lum bo'lgan havf omillariga (to'r pardadagi distrofik o'zgarishlar) ega bo'lgan bemorlar har yili sklera depressiyasi bilan ko'z tubini kengaytirilgan seriyali tekshiruvdan o'tishlari lozim. Sportning kontaktli turlari bilan shug'ullanayotgan, yuqori miopiyaga ega bo'lgan shaxslarga himoyalovchi ko'zoynak tavsiya etiladi. Kataraktani olib tashlash bo'yicha tashrihdan o'tkazilgan bemorlarni to'r parda yirtilishi va ko'chishining alomatlari haqida xabar berishning muhimligi haqida maslahat berish lozim.

2.2. Profilaktika va reabilitasiya ta'riflari:

Profilaktika – bu, bironta hodisani oldini olish, va/yoki havf omillarini bartaraf etishga qaratilgan turli chora-tadbirlar majmuidir.

Profilaktik sog'liqni saqlash (profilaktik tibbiyot, yoki profilaktika), kasalliklarni davolashdan farqli o'laroq, kasalliklarni oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini nazarda tutadi. Salomatlik turdi jismoniy va ruhiy xolatlarni qamrab olganligi kabi, kasallik va mexnat layoqatsizligiga ham atrof muhit omillari, irsiy moyillik, kasalliklarni qo'zg'atuvchilar va xayot tarzi ta'sir qiladilar. Kasalliklarni oldini olish, birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika tadbirlari sifatida tasniflanishi mumkin bo'lgan chora-tadbirlarga tayanadi.

Reabilitasiya esa "insonning, uning yashash sharoitlarini inobatga olib, funktsional imkoniyatlarini qayta tiklash, hamda sog'lig'i buzilgan insonlarda nogironlik darajasini pasaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui" sifatida ta'riflanadi.

2.3. Profilaktika va reabilitasiya turlari:

Sog'liqning holati yoki ifodalangan patologiyaga qarab, profilaktikaning uchta turlarini ajratadilar:

- birlamchi;
- ikkilamchi;
- uchlamchi.

Birlamchi profilaktika: vklyuchaet vaktsinasiya, mexnat va dam olishning oqilona rejimi, muvozanatlangan muntazam ovqatlanish, jismoniy faollikni o'z ichiga oladi.

Ikkilamchi profilaktika, muayyan sharoitlarda kasallikni takrorlanishiga olib keladigan havf omillarini bartaraf etishdan iborat.

Uchlamchi profilaktika, to'lakonli xayot imkoniyatini yo'qotgan bemorlarning reabilitasiyasi bo'yicha chora-tadbirlar majmui sifatida ko'rinadi.

Reabilitasiya bosqichlari:

1 bosqich. Davolash-reabilitasion. Kasallik yoki jarohatning o'tkir davrida amalga oshiriladi.

2 bosqich. Shifoxonadagi ertangi tibbiy reabilitasiya. Kasallik yoki jarohatning o'tkir va ertangi davrlarda, shifoxonaning ertangi tibbiy reabilitasiya bo'limida amalga oshiriladi.

3 bosqich. Ambulator. Reabilitasiya tashkilotlarida, ularni yo'qligida esa - sog'liqni saqlash tizimidagi ambulator-poliklinik tashkilotlarning ixtisoslashgan bo'limlarida amalga oshiriladi.

2.4. Jamoat profilaktik chora-tadbirlarni hamda yakka tartibdagi profilaktikani o'tkazish tamoyillari.

Birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktikadan tashqari, shuningdek, kasalliklarning yakka tartibdagi va jamoat profilaktikasini ajratadilar.

Yakka tartibdagi profilaktika – insonni o'zi kasalliklarni oldini olish, salomatlikni saqlab qolish va mustahkamlash uchun amalga oshirayotgan, sog'lom xayot tarzi me'yorlariga rioya qilish, shaxsiy gigiena, oqilona ovqatlanish va mexnat va dam olishning oqilona rejimlari, jismoniy madaniyat bilan faol shug'ullanishga qaratilgan choralar.

Jamoat profilaktikasi – bu, fuqarolarning jismoniy va ma'naviy kuchlarini har tomonlama rivojlanishini ta'minlash maqsadida, davlat institutlari va jamoat tashkilotlari tomonidan rejali ravishda o'tkaziladigan ijtimoiy, tarbiyaviy, sanitariya-gigienik, epidemiyaga qarshi va davolash chora-tadbirlari.

3.1. Reabilitasiya usul va muolajalari:

Reabilitasiyaning maqsadi – insonning, uning yashash sharoitlarini inobatga olib, funksional imkoniyatlarini qayta tiklash, hamda sog'lig'i buzilgan insonlarda nogironlik darajasini pasaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui.

To'r pardaning yirtilishi va ko'chishida **birlamchi profilaktika va skriining choralari** samarasizdir.

Ikkilamchi profilaktika mumkin bo'lgan asoratlarning havf omillarini aniqlash va ularning rivojlanishini oldini olishdan iborat.

To'r parda regmatogenli ko'chishining havf omillari:

1. Tug'ma panjaralar.
2. To'r pardaning periferik yirtilishlari.
3. Patologik uzoqni yaxshi ko'rmaslik.
4. Avvalgi intraokulyar tashrih.
5. Jarohat.
6. To'r pardaning avvalgi ko'chishi.
7. Oilaviy anamnez.

Panjarasimon degenerasiya to'r parda periferik degenerasiyasining eng muhim jarayoni hisoblanib, u to'r pardaning regmatogenli ko'chishining sababchisi bo'lishi mumkin. To'r parda ko'chishining bir oz yuqoriroq havfiga ega bo'lgan boshqa periferik zararlanishlar, meridianli burmalar va majmualar, shuningdek, kistozli retinal bog'lamlarni o'z ichiga oladilar.

5
C

Tavsiya: periferik vitreoxorioretinal distrofiyalarning yangi hududlarini, TPRK takrorlanishini ertangi aniqlash, kerakli choralarni ko'rish uchun yashash manzili bo'yicha oftalmolog nazoratida bo'lish.

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

Dispanser nazorati: tekshiruvlarning karraligi yakka tartibda belgilanadi.

- Miopiyali bemorlarning ko'z tubini o'z vaqtida rejali tekshirish;
- jarohatlanishni oldini olish;
- to'r parda degenerasiyalarining profilaktik periferik lazerlik koagulyasiyasi.

Uchlamchi profilaktika: TPRK bo'yicha tashrih qilingan bemorlarni, tashrihdan keyin 1 yil davomida jismoniy yuklanishni qat'iy cheklanishi, tana va boshni keskin xarakatlantirish, hammom yoki saunaga borish, sport bilan shug'ullanish tashrihdan keyin 1 yil davomida ta'qiqlanganligi haqida xabardor qilish tavsiya etiladi. Keyinchalik, davolovchi shifokor bilan maslahatlashgan holda, jismoniy yuklanishni bir oz kengaytirish mumkin. Bundan tashqari, har 6 oyda 1 marotaba okulist tomonidan dinamikali tekshiruvni o'tkazilishi tavsiya etiladi. "Chaqmoqlar", suzuvchi hiraliklar, ko'ruv maydonidagi bo'shliqlar yoki ko'rishning pasayishi kabi shikoyatlar paydo bo'lganida oftalmolog-shifokorning shoshilinch maslahati talab etiladi.

3.2. Reabilitasiya usul va muolajalari.

TPK bo'yicha tashrihdan keyin bemorni 1 xaftadan 1 oygacha bo'lgan muddat davomida ambulator darajada sog'ayishiga qadar kuzatish, 7 kundan 1 oygacha bo'lgan muddatda mahalliy bakteriyaga qarshi va yallig'lanishga qarshi terapiyalarni davom ettirish lozim.

Okulist tomonidan ambulator kuzatuv bir necha oy davomida (1 yilgacha) o'tkaziladi. Oftalmotonus va to'r pardaning holatini, plombalash materialini bitmaslik belgilarini (ekstraskleral jarrohlikda) yoki silikon emulgasiyasi belgilarini (vitreoretinal jarrohlikda qo'llanilgan bo'lsa), hamda, ko'z gavharining holatini (u tashrih paytida olib tashlanmagan bo'lsa) nazorat qilib turish lozim.

To'r pardaning lazerli koagulyasiyasi o'tkazilgan taqdirda bemor bilan quyidagi masalalarni muhokama qilish lozim:

- takroriy tekshiruvlar va qo'shimcha lazerli davolash zarurati;
- lazerli davolash ko'p hollarda periferik ko'rishni yomonlashtiradi, bundan tashqari, u Markaziy ko'rishni ham mo'tadil darajada pasaytirishi mumkin, biroq, lazerli koagulyasiyaning ushbu nojo'ya samaralari ko'z ojizligi va ko'rlik havfini pasayishi bilan qoplanadilar;

Ekstraskleral va vitreoretinal jarrohligi qo'llanilgan taqdirda bemor bilan quyidagi masalalarni muhokama qilish lozim:

- bemorni, tashrihdan keyingi kechishning hususiyatlari va mumkin bo'lgan ko'zdagi salbiy ko'rinishlar (qichishish, qizarish, qovoqlarning shishib ketishi bilan birga ko'z yoshlarini mo'l oqishi, ko'zlar sohasidagi og'riqlar, qovoqlar orqasida begona jismni borligi hissiyoti, ko'zlar qisilganida yoqimsiz hissiyotlar, va boshqalar) haqida ogohlantirish muhimdir. Ushbu ko'rinishlarning darajasi o'tkazilgan tashrih hususiyatlariga, shuningdek, organizmning boshdan kechirgan tashrih jarohatiga bo'lgan yakka tartibdagi sezuvchanligiga bog'liq;
- reabilitasiya davrida vaqtinchalik ko'zoynaklar yoki kontaktli linzalar zarur bo'lishi haqida bemorga tushuntirish muhimdir; yakuniy ko'zoynakli to'g'rilashni tashrihdan keyin kamida 2-3 oydan o'tgach amalga oshirish maqsadga muvofiq (ko'zoynakni tanlash muddati yakka tartibda belgilanadi).
- tashrih qilingan ko'z tomonidan, TPRK uchun hos bo'lgan shikoyatlar va o'zgarishlar mavjud bo'lgan taqdirda, bemorga, oftalmolog-shifokorda rejadan tashqari tekshiruvdan o'tish lozimligini tushuntirish shart;
- tushuntirish muhimki, ko'ruv funksiyasi tiklanayotgan sari chiziq va narsalarning buzilib ko'rinishi, ularning ikkilanishiga bo'lgan shikoyatlar paydo bo'lishi mumkin. Odatda, mazkur alomatlar bir necha xafta yoki oy davomida asta-sekin sustlashadilar.

- tashrihdan keyin rejimga rioya qilish (boshni muayyan holatlarda ushlab turish, faollikni cheklash, yotish rejimining hususiyatlari) haqida bemorni ogohlantirish muhim, chunki ushbu rejim muayyan davolovchi ahamiyatga ega bo'ladi. Yakka tartibdagi tavsiyalarga shifokor maslahati paytida aniqliklar kiritiladi;

- vajno preduprejdat pasientov o neobxodimosti nezamedlitelno soobtshat o simptomax, pri nalichii kotorix možno zapodozrit vnutriglaznoe vospalenie (endoftalmit): bol v glazu ili uvelichenie nepriyatnix otshutsheniy v glazu, usilenie 33 pokrasneniya glaza, nechetskosti ili snijeniya zreniya, uvelichenie svetochuvstvitelnosti, uvelichenie chisla "letayutshix mushek" v pole zreniya

6. Reabilitasiya bosqich va hajmlari.

Reabilitasiya uy sharoitida (kasallik asoratlarsiz kechganida), ish joyida (asoratlarni yo'qligida) o'tkaziladi. Asoratlangan holatlarda davolash va reabilitasiya poliklinikaning kunduzgi sharoitida yoki ixtisoslashtirilgan muassasalarda yotib davolanish sharoitida amalga oshirilishi lozim.

8. Darajani ko'rsatgan holda tibbiy profilaktika va reabilitasiya taktikasi:

To'r pardaning ko'chishi oqibatida ko'rish qobiliyatini yo'qotgan bemor reabilitasiyaning quyidagi turlaridan o'tadi:

tibbiy — medikamentozli davolash;

pedagogik — sharoitlar o'zgarganligi tufayli, bemor va uning qaridoshlarini yangi xayot tarziga o'rgatish;

ruhiy — bemorning e'tiqodi, boislari, vaj-asoslari bilan ishlash;

ijtimoiy — ijtimoiy xodim yordami, bemorni ko'rlik sharoitida yashashga moslashtirish, Brayl shriftini o'qitish, etaklovchi it bilan muloqotda bo'lish, hassadan foydalanishni o'rgatish, va hok.. Bemor mexnatga layoqatli yoshida bo'lsa, oqilona ishga joylashtirish.

10. Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:

10.1. **Manfaatlar to'qnashuvini yo'qligi haqidagi ma'lumot:** manfaatlar to'qnashuvi mavjud emas.

10.2. **Ekspertlar haqidagi ma'lumotlar (respublika va horijiy mutahassislar):**

Nabiev Abduvali Mirzalievich – t.f.D., Toshkent viloyati ko'z kasalliklari shifoxonasining bosh shifokori.

10.3. **Bayonnomani qayta ko'rib chiqish uchun shartlar:** bayonnoma ishlab chiqilganidan so'ng 3 yoki 5 yil o'tgach, yoki isbotlanganlik darajasi bilan yangi usullarni mavjudligida qayta ko'rib chiqiladi;

10.4. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

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. Haimann МН, Burton ТС, Brown СК. Эпидемиология отслойки сетчатки. *Arch Ophthalmol*. Февраль 1982; 100(2):289-92.
5. Go SL, Hoыng СВ, Klaver СС. 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 ВJ, 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.