

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

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TRAUMATOLOGIYA VA
ORTOPEDIYA ILMIY AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“QAYTALANUVCHI SINOVIT” NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

Toshkent – 2025

“KELISHILGAN”
Respublika ixtisoslashtirilgan
Travmatologiya va ortopediya
ilmiy-amaliy tibbiyot
markazi direktori
M.E.Irismetov



_____ 2025 yil

“SINOVIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

Toshkent – 2025

Mundarija:

1	“Sinovit” nozologiyasi bo'yicha tashxislash va davolash milliy klinik protokoli	7- bet
2	“Sinovit” nozologiyasi bo'yicha tibbiy aralashuvlar milliy klinik protokoli	25- bet
3	“Sinovit” nozologiyasi bo'yicha tibbiy rehabilitatsiya va profilaktika milliy klinik protokoli	31- bet

**“SINOVIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

Toshkent – 2025

1. Kirish qismi

Ushbu klinik protokol yirik bo'g'implarning qaytalanovchi sinoviti bo'lgan bemorlarni tashxislash, davolash va oldini olish bo'yicha tavsiyalarni o'z ichiga oladi. Ushbu protokolni ishlab chiqish klinik tavsiyalar va rus tilidagi nashrlardagi nashrlar, PubMed ma'lumotlar bazasidan (MEDLINE) olingan ma'lumotlarga asoslangan.

MKB-10 kod(lari):

MKB-10/11	
Kodi:	Nomi: Sinovitlar va tenosinovitlar
M65.9/FB40.Z	Sinovit va aniqlanmagan tenosinovit
Yuklab olish (MKBga xavola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12398

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: Ushbu protokol 2025 yilda ishlab chiqilgan, 2028yilda protokolni qayta ko'rib chiqish.;

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: DM "Respublika ixtisoslashtirilgan Travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" O'zRes.SSV.

Multidissiplinar ishchi guruh a'zolari ro'yxati:

F.I.Sh.	Ish joyi, Daraja va lavozimi
1. Karimov M.Yu.	Kafedra mudiri TMA, t.f.d., prof.
2. Xudoyberdiyev K.T.	Kafedra mudiri And DTI, t.f.d., prof.
3. Xodjanov I.Yu.	Bo'lim mudiri RITOIATM t.f.d., prof.
4. Karimov X.M.	Kafedra dosenti SRMNMR, t.fn.
5. Valiyev E.Yu.	Bo'lim mudiri RSHTTYOIM, t.f.d., prof.

Mualliflar ro'yxati:

F.I.Sh.	Ish joyi, Daraja va lavozimi
6. Rajabov Q.N.	– PhD., artroskopiya bo'lim boshlig'i - RITOIATM
2. Kadirov S.S.	– PhD, artroskopiya bo'limi shifokor ordinatori RITOIATM
3. Usmonov F.M.	– PhD., artroskopiya bo'limi shifokor ordinatori RITOIATM
4. Ni G.V.	artroskopiya bo'limi shifokor ordinatori RITOIATM

Taqrizchilar:

Ф.И.О.	место работы, звание и должность
1. Хамраев А.Ш.	– t.f.d., Toshkent Tibbiyot Akademiyasi qo'l panjasi va bo'g'imlar jarroxligi bo'limi raxbari.
3. Раймагамбетов Э.К.	- t.f.n., akademik Batpenov N.J. nomidagi travmatologiya va ortopediya milliy ilmiy markazi, bo'lim raxbari. (Ostona,Qozog'iston)

Bayonnoma RITOIATM Ilmiy kengashida 2025 yil 16.01.da muhokama qilingan, 1-sonli bayonnomadan ko'chirma.

Texnik ekspertni baholash va tahrirlash:

1. M.M.Saliyev – RITOIATM direktorining ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari
2. Xashimov A.R. - O'zResSSV TXKMRRM travmatologiya va ortopediya kafedrası assistenti t.f.n

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.

Protokolda ishlatilgan qisqartmalar:

AB	– antibiotik
MRT	– magnit-rezonans tomografiya
CRB	– C-reaktiv oqsil
TB	- tizza bo'g'imi
UTT	– ultratovush tekshiruv
OA	- osteoartroz
PRP	- plazmalifting
EKG	- elektrokardiogramma

Protokol bilan foydalanuvchilar:

Ortopedlar, revmatologlar, umumiy amaliyot shifokorlar, fizioterapevtlar, reabilitologlar, tibbiyot oliygoxi talabalari , ordinvtorlar, magistrlar.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi:

Yirik bo'g'implarning sinoviti bo'lgan bemorlar

Ushbu nozologiya va protokol foydalanuvchilari:

Ortoped-travmatologlar, rentgenologlar, umumiy amaliyot shifokorlari, fizioterapevtlar, reabilitologlar, tibbiyot talabalari, rezidentlar, magistrlar.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi: Sinovitlar bilan kasallangan bemorlar.

Tashxislash usullari uchun dalillarning ishonchchilik darajasini (DDSh baxolash) ko'lamini (Tashxislash aralashuvi):

DDSh	Taxlillash
------	------------

I	Referens nazorat ostidagi tizimli tadqiqot tahlili yoki meta-tahlillashga asoslangan ko'p yillik klinik tadqiqotlar tizimli tahlili
II	Referens nazorat ostidagi tizimli tadqiqot tahlili asosida aloxida tekshirish yoki turli xil dizayndagi tizimli tahlilga asoslangan izlanish, ko'p yillik klinik tadqiqotlar tizimli tahlili asoslanmagan meta-analiz
III	Bosqichsiz referens nazorat tizimiga asoslanmagan yoki mustaqil tekshirishgan natijaga ega bo'lmagan va ko'p yillik klinik tadqiqot taxliliga asoslanmagan izlanish
IV	Qiyoslanmagan izlanish yoki bitta klinik kuzatuvga ega bo'lgan izlanish.
V	Kasallikning kelib chiqishi mexanizmi aytilgan yoki faqatgina ekspertlar xulosasiga tayangan izlanish.

Profilaktik, davolash va reabilitatsiya tadbirlari uchun dalillarning ishonchliligi darajasini (UDD) baxolash ko'lami

UDD	Taxlillash
A	Referens nazorat ostidagi tizimli tadqiqot tahlili yoki meta-tahlillashga asoslangan ko'p yillik klinik tadqiqotlar tizimli tahlili.
B	Referens nazorat ostidagi tizimli tadqiqot tahlili asosida aloxida tekshirish yoki turli xil dizayndagi tizimli tahlilga asoslangan izlanish, ko'p yillik klinik tadqiqotlar tizimli tahlili asoslanmagan meta-analiz.
C	Bosqichsiz referens nazorat tizimiga asoslanmagan yoki mustaqil tekshirishgan natijaga ega bo'lmagan va ko'p yillik klinik tadqiqot taxliliga asoslanmagan izlanish
D	Qiyoslanmagan izlanish yoki bitta klinik kuzatuvga ega bo'lgan izlanish.
E	Kasallikning kelib chiqishi mexanizmi aytilgan yoki faqatgina ekspertlar xulosasiga tayangan izlanish.

Profilaktik, diagnostik, terapevtik va reabilitatsiya tadbirlari bo'yicha tavsiyalarning ishonchliligi darajasini (TID) baxolash ko'lami

TID	Taxlillash
1	Referens nazorat ostidagi tizimli tadqiqot tahlili yoki meta-tahlillashga asoslangan ko'p yillik klinik tadqiqotlar tizimli tahlili
2	Referens nazorat ostidagi tizimli tadqiqot tahlili asosida aloxida tekshirish yoki turli xil dizayndagi tizimli tahlilga asoslangan izlanish, ko'p yillik klinik tadqiqotlar tizimli tahlili asoslanmagan meta-analiz.
3	Bosqichsiz referens nazorat tizimiga asoslanmagan yoki mustaqil tekshirishgan natijaga ega bo'lmagan va ko'p yillik klinik tadqiqot taxliliga asoslanmagan izlanish.
4	Qiyoslanmagan izlanish yoki bitta klinik kuzatuvga ega bo'lgan izlanish.
5	Kasallikning kelib chiqishi mexanizmi aytilgan yoki faqatgina ekspertlar xulosasiga tayangan izlanish.

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish.

Sinovit yoki sinovial qoplarning yallig'lanishi bo'g'imlarning kasalliklarda ko'pincha kam baholanadigan klinik ko'rinishni (og'riq, shish, harakatni cheklash) aniqlaydigan muhim va tez-tez dominant sindromdir. Bir yoki bir nechta bo'g'imlarni o'z ichiga olgan sinovial yallig'lanish xarakterli xususiyatdir va ko'pincha bir qator kasalliklarning yagona klinik

simptomidir. Sog'lom odamlarda sinovit 5-27% hollarda uchraydi. Sinovit belgilarini tez va to'liq bartaraf etishdan tortib surunkali yallig'lanish jarayonining shakllanishiga qadar, keyinchalik bo'g'imlarga tiklanmaydigan asoratlar etkazishi mumkin. Shuni hisobga olish kerakki, asosiy kasallikning klinik remissiyasi bo'lgan yoki kasallikning klinik ko'rinishiga hali kelmagan bemorlarda sinovit belgilari paydo bo'lishi mumkin.

<https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/1132/1091>

2.2. Ta'rifi:

Sinovit yoki synovial qoplarni yallig'lanishi

I. Quyidagi mezonlarga javob berishi kerak:

- ichki membrananing yallig'lanishi, buning natijasida bo'g'imda suyuqlik to'planadi;
- ko'pincha shikastlanish natijasida rivojlanadi;
- davriy qo'zg'g'alish bilan ham o'tkir va surunkali kechishi mumkin;
- Tizza bo'g'imi sinoviti mustaqil kasallik emas, u faqat boshqa umumiy yoki mahalliy patologik jarayonlarning natijasi bo'ladi;

II. Bundan tashqari, bemorda quyidagilardan tashqari kamida bittasi mavjud:

- bo'g'imning shishishi
- bo'g'imda og'riq;
- harakat cheklanishi;
- eritrisitlar cho'kish tezligini oshishi;

III. bemorni ko'rigidan so'ng, yallig'langan bo'g'imning punksiyasidan keyin olingan sinovial suyuqlik aniqlanadi (tiniq yoki loyqa). Yallig'lanish belgilari aniqlansa, bakterial tekshiruv o'tkaziladi.

2.3. Sinovit tasnifi:

Infeksion va noinfeksion sinovitlar mavjud:

1. Infeksion sinovit organizmdagi infektsiya manbasidan patogen mikroorganizm limfa yoki qon oqimi orqali sinovial membrananing bo'shlig'iga kirib ketganda rivojlanadi. Ushbu patologiya yiringli-yallig'lanish jarayonlari fonida, masalan, sil, sifiliz, tonzillit, shuningdek sinovial membrananing bo'shlig'iga kirib boradigan qo'shma travma bilan yuzaga kelishi mumkin. Sinovitning bu turi asosiy patologiyaga ixtisoslashgan klinikalarda statsionar sharoitda davolanishi kerak, uning sababi sinovitdir.

2. Infeksion bo'lmagan sinovit quyi turlarga bo'linadi:

- Travmatik. Uning sabablari bo'g'im va bog'lamlarni yagona yoki muntazam shikastlanishidir.
- Allergik. Travmatikka nisbatan kamroq uchraydi. Yuqumli kasalliklardan keyin (tonzillit, bronxit va boshqalar) yoki allergenlarning doimiy ta'siri tufayli paydo bo'lishi mumkin.
- Metabolik kasalliklar fonida yuzaga keladigan sinovit, masalan, diabet bilan og'rigan odamlarda.

- Neyrogen. Uning sabablari kuchli stressdir. Bundan tashqari, nevrologik kasalliklar (nevrit, o'smalar tufayli nervlarning siqilishi, skolioz) asoratlari bo'lishi mumkin.

3. Tashxislash usullari, uslub va usullari:

3.1. Tshxislash mezonlari:

Tashxis shikoyatlar, tashqi ko'rik, ortopedik ko'rik, laborator va instrumental tekshirish usullari asosida amalga oshiriladi.

Shikoyati:

Bemorlarning asosiy shikoyatlari: og'riq va shishish, terining qizarishi, bo'g'imlarning deformatsiyasi, palpatsiya paytida og'riq.

Anamnezi:

Avvaldagi qo'shmcha jarohatlar, artroz, sport, og'ir jismoniy mehnat, hipotermiya

Fizikal tekshiruv:

Tashqi tekshiruvda bo'g'imning shishishi, agar faqat bir tomon ta'sirlangan bo'lsa, bo'g'imning sog'lom tomonga nisbatan deformatsiyasi, terining qizarishi yoki giperemiyasi, palpatsiya paytida og'riq aniqlanadi.

Instrumental tekshiruvlar:

Majburiy tekshruv usullari.

- qondagi umumiy oqsil ko'rsatgichi;
- revmofaktor ko'rsatgichi;
- umumiy qon tahlili.
- infeksiyon jarayonni tasdiqlash yoki istisno qilish uchun sinovial suyuqlikni infeksiyaga bakteriologik tekshirish.

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8320565/pdf/10.1177_03000605211029557.pdf

Qo'shimcha laborator tekshiruv usullari

Tor mutaxassislar ko'rsatmasi bo'yicha.

Instrumental tekshiruvlar:

Asosiy instrumental tekshiruvlari:

- bo'g'im rentgenografiyasi
- MRT

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493856/>

Qo'shimcha instrumental tekshiruvlari:

- MSKT
- Bo'g'imni UTTsi

Tor mutaxassislar ko'rigi uchun ko'rsatmalar:

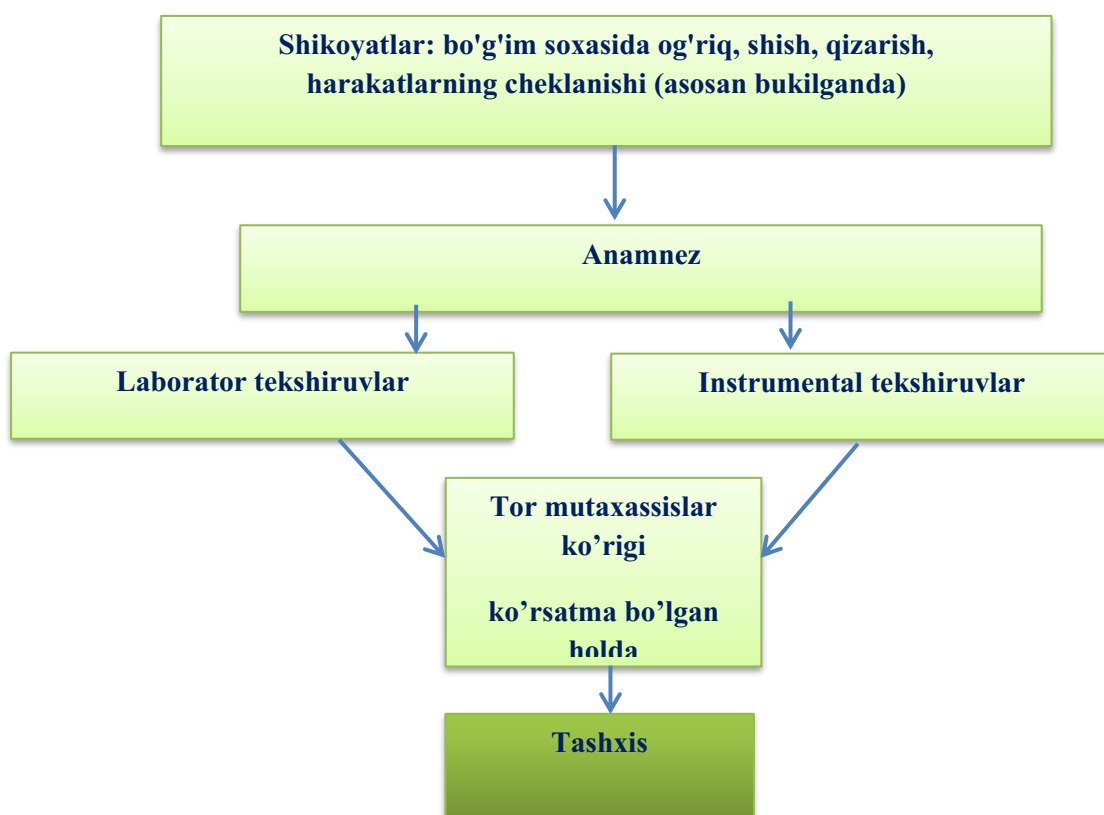
Revmatolog – revmatologik simptomlar bo'lsa;

Nevropatolog – nevrologik simptomlar bo'lsa;

Terapevt – surunkali somatic kasalliklar bo'lsa.

Farmakolog – antibacterial erapiyani korreksiyasi uchun.

3.2. Diagnostik algoritm:



3.3. Differensial tashxislash va qo'shimcha tekshiruvlar uchun asoslar:

Tashxis	Differensial tashxislash uchun asos	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Revmatoid artrit	Bo'g'imli sindrom	Revmofaktorlar,	Revmatoid artrit qo'l va

		tizza bo'g'irlarini ultratovush tekshiruv. Revmatolog tomonidan tekshiruv	oyoqlarning mayda bo'g'irlarining ustun shikastlanishi bilan tavsiflanadi va patognomonik qo'llarning metakarpofalangeal va proksimal falangalararo bo'g'irlarning artriti, ertalab 1 soatdan ko'proq vaqt davomida qattqlik.
Podagra	Bo'g'irli sindrom	Umumiy qon analizi, kreatinin, Umumiy peshob analizi, oyoq panjalari rengenografiyasi (симптом «Пробойника»)	mahalliy o'tkir og'riqlar, paroksizmal artikulyar epizodlar, birinchi barmoqning falangalararo bo'g'irida jarayonning lokalizatsiyasi, yaqqol rentgenologik o'zgarishlar.
Reaktivniy artrit	Bo'g'irli sindrom	Umumiy qon analizi, Umumiy peshob analizi, IFA xlamidiyalarga, Mantu reaksiyasi, sinovila suyuqlikni tekshiruv, bo'g'irlarni rentgenografiyasi.	O'tkir boshlanishi, tez rivojlanishi va kechishi, bo'g'irlarda o'tkir og'riq va kuchli eksudativ hodisalar, isitma, qon miqdorining siljishi, etiotropik terapiyaning ta'siri.

4. Ambulatorii davolash taktikasi:

4.1. Ambulator sharoitda davolanish:

Ambulator sharoitda sinovitni kasallikning dastlabki bosqichida yoki statsionar davolanishdan keyin keyingi davolash bosqichida davolash mumkin.

4.2. Dori vositalarisiz davolash:

Sinovitni davolashda qo'shimchani harakatsizlantirish uchun oyoq-qo'l immobilizatsiya qilinadi. Sinovial membrananing yallig'lanish jarayoni 3-4 hafta davomida yukni kamaytirish va qo'shilishning to'liq immobilizatsiyasini talab qiladi.

4.3. Medikamentoz davolash:

Konservativ davo shishlarni kamaytirishga, og'riqni engillashtirishga, uning og'irligiga qarab yallig'lanishga qarshi dori vositalari va analgetiklarga, agar ular samarasiz bo'lsa, opioid analgetiklarga qaratilgan bo'lishi kerak. Sinovit uchun bo'g'ir ichiga steroidlarni qo'llash

tavsiya etiladi, steroidni qo'llashning dozasi bo'g'imning shikastlanishi va darajasiga qarab individual ravishda tanlanadi. Dori-darmonlarni bo'g'im ichiga yuborish ta'siri bo'lmasa, bemorlarga statsionar davolanish tavsiya etiladi.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8756328212000683?via%3Dihub#bb0305>

Dori-darmonlarni qabul qilgandan so'ng, simptomatik terapiya, shu jumladan og'riqni yo'qotish, tizimli antibakterial terapiya, qon hajmini va elektrolitlar buzilishini tuzatish uchun infuzion terapiyani o'tkazish kerak; Antibiotik terapiyasi har doim zarur, ammo qon va sinovial suyuqlik posev olinmaguncha kechiktirilishi kerak.

Ostepartrozlarni traditsion davolash turlarida, yallig'lanishga qarshi vositalar, mahalliy gormonlarni qo'llash, yallig'lanish belgilariga ijobiy natija beradi va xarakat chekloviga xam o'z ta'sirini ko'rsatadi. Xondroitin sulfat xondrositlarga ta'sir qiladi va sinovitning yallig'lanish faolligini pasaytiradi.

[https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584\(08\)00202-1/fulltext](https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584(08)00202-1/fulltext)

1-jadval

Asosiy qo'llanadigan dori vositalari (qo'llash ehtimoli 100%):

Farmakologik guruh	Xalqaro nomi	Qo'llash usuli	Dalillik darajasi
Antibiotiklar	Antibiotiklar	antibiotiklarni qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va protokollarga muvofiq	1A
Nosteroid vositalar	Nosteroid vositalar	qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va protokollarga muvofiq	1A

<https://cyberleninka.ru/article/n/sinovit-pri-osteoartrite-sovremennoe-sostoyanie-problemy/viewer>

2- jadval

Qo'shimcha dorilar ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Farmakologik guruh	Xalqaro nomi	Qo'llash usuli	Dalillik darajasi
Steroidlar	Steroidlar	qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va protokollarga muvofiq	1A
Mikroblarga qarshi vositalar	5-nitromidazol hosilasi	qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va protokollarga muvofiq	2B
Xondroprotektorlar	Xondroprotektorlar	qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va	2B

<https://cyberleninka.ru/article/n/sinovit-pri-osteoartrite-sovremennoe-sostoyanie-problemy/viewer>

4.4. Jarroxlik amaliyotlar:

"Sinovit" nozologiyasi uchun jarrohlik amaliyotlar qo'llanilmaydi.

4.5. Stacionarga yuborish sabablari:

Ambulator konservativ davoning samarasizligi.

5. Statsionar davo uchun ko'rsatmalar :

5.1. Rejali ravishda statsionarga yotkazish ko'rsatmalari:

- Konservativ terapiyaning samarasizligi
- Konservativ davo paytida og'riqning kuchayishi
- sinovial qavatni giperplaziyasi
- Tizza bo'g'imini shishishini kuchayishi
- infeksiyon jarayonning vizual belgilarining mavjudligi (giperemiya, shish, og'riq, haroratning mahalliy ko'tarilishi).

5.2. Shoshilinch ravishda gospitalizatsiyaga ko'rsatmalar:

Bu kasallikda shoshilinch gospitalizatsiya ko'zda tutilmaydi.

6. Kasalxona darajasida davolash taktikasi

6.1. Bemorni kuzatish kartasi, bemorni yo'naltirish:

Qabul bo'limidagi ko'rik (poliklinika) statsionar
<ul style="list-style-type: none">• Soxta bo'g'imi bo'lgan bemorni ortoped tomonidan fizik tekshiruv• laboratoriya va instrumental tekshiruvga yo'llanma
Shifoxonaning laboratoriya bo'limi
<ul style="list-style-type: none">• laboratoriya tekshiruvini o'tkazish• Instrumental tekshiruv o'qazish
Shifoxonaning qabul bo'limi
<ul style="list-style-type: none">• Shifoxonada bemorning kartasini ro'yxatdan o'tkazish• Shifoxonaga yotqizish uchun shifoxonaning ortopediya bo'limiga murojaat qilish
Shifoxonaning ortopediya bo'limi
<ul style="list-style-type: none">• Ortopediya bo'limi boshlig'i ko'rigi• Anesteziolog ko'rigi• Operatsiya kunini belgilash
Operatsion bo'lim
<ul style="list-style-type: none">• Operativ davoni o'tqazish
Shifoxonaning ortopediya bo'limi
<ul style="list-style-type: none">• Ortoped, fizioterapevt buyurganidek, statsionar nomedikamentoz va medikamentoz davolash.
Operatsiya yarasini parvarishlash.
<ul style="list-style-type: none">• Abdulator davolanish uchun shifoxonadan chiqarish.
poliklinika RMO, Oilaviy poliklinika
<ul style="list-style-type: none">• Ambulator sharoitda rehabilitatsiya qilish;• Ambulator sharoitda profilaktika qilish;• Ambulator sharoitda Dispanser nazoratiga olish.

6.2. Dori vositalarisiz davolash:

- Immobilizatsiya
- Fizioterapevtik muolajalar, magnitlazerterapiya, trofikani yaxshilovchi mazlar bilan ultratovush.

4.3. Medikamentoz davolash:

Konservativ davo shishlarni kamaytirishga, og'riqni engillashtirishga, uning og'irligiga qarab yallig'lanishga qarshi dori vositalari va analgetiklarga, agar ular samarasiz bo'lsa, opioid analgetiklarga qaratilgan bo'lishi kerak. Sinovit uchun bo'g'im ichiga steroidlarni qo'llash tavsiya etiladi, steroidni qo'llashning dozasi bo'g'imning shikastlanishi va darajasiga qarab individual ravishda tanlanadi. Dori-darmonlarni bo'g'im ichiga yuborish ta'siri bo'lmasa, bemorlarga statsionar davolanish tavsiya etiladi.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8756328212000683?via%3Dihub#bb0305>

Dori-darmonlarni qabul qilgandan so'ng, simptomatik terapiya, shu jumladan og'riqni yo'qotish, tizimli antibakterial terapiya, qon hajmini va elektrolitlar buzilishini tuzatish uchun infuzion terapiyani o'tkazish kerak; Antibiotik terapiyasi har doim zarur, ammo qon va sinovial suyuqlik posev olinmaguncha kechiktirilishi kerak.

Osteroartrozlarni traditsion davolash turlarida, yallig'lanishga qarshi vositalar, mahalliy gormonlarni qo'llash, yallig'lanish belgilariga ijobiy natija beradi va xarakat chekloviga xam o'z ta'sirini ko'rsatadi. Xondroitin sulfat xondrositlarga ta'sir qiladi va sinovitning yallig'lanish faolligini pasaytiradi.

[https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584\(08\)00202-1/fulltext](https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584(08)00202-1/fulltext)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034528808002208?via%3Dihub>

1-jadval

Asosiy qo'llanadigan dori vositalari (qo'llash ehtimoli 100%):

Farmakologik guruh	Xalqaro nomi	Qo'llash usuli	Dalillik darajasi
Antibiotiklar	Antibiotiklar	antibiotiklarni qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va protokollarga muvofiq	1A
Nosteroid vositalar	Nosteroid vositalar	qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va protokollarga muvofiq	1A

<https://cyberleninka.ru/article/n/sinovit-pri-osteoartrite-sovremennoe-sostoyanie-problemy/viewer>

2- jadval

Qo'shimcha dorilar ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Farmakologik guruh	Xalqaro nomi	Qo'llash usuli	Dalillik darajasi
Steroidlar	Steroidlar	qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va	1A

		protokollarga muvofiq	
Mikroblarga qarshi vositalar	5-nitromidazol hosilasi	qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va protokollarga muvofiq	2B
Xondroprotektorlar	Xondroprotektorlar	qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar va protokollarga muvofiq	2B

<https://cyberleninka.ru/article/n/sinovit-pri-osteoartrite-sovremennoe-sostoyanie-problemy/viewer>

6.4. Jarrohlik amaliyotlar:

Operatsiyaga ko'rsatma:

Konservativ terapiyaning samarasizligi

Konservativ davo paytida og'riqning kuchayishi

Sinovila qavatni giperplaziyasi

Tizza bo'g'imidagi shishni kuchaishi

Infektsion jarayonning vizual belgilarining mavjudligi (giperemiya, shish, og'riq, haroratning mahalliy o'sishi).

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00296-011-1901-3>

Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalar:

- kompensatsiyalanmagan somatik kasalliklar
- teri yuqumli kasalliklari
- IV darajali og'ir osteoartrit

Operatsiya turi:

1. Artroskopik sinovektomiya
2. Ochiq usulda (sinovial qoplarni og'ir giperplaziyasi bilan)

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00296-011-1901-3>

Operatsia oldi laborator tekshiruvlar:

- umumiy qon taxlili
- umumiy peshob taxlili
- qon bioximik taxlili
- koagulogramma
- B - gepatiti ekspress usul
- C - gepatiti ekspress usul
- qoning ivish vaqti

- qondagi vitamin D ni aniqlash (ko'rsatma bo'yicha)
- RW ga qonni taxlili.
- Kalsiy, fosfor, ishxoriy fosfataza (ko'rsatma bo'yicha)
- EKG
- UTT doppler bilan. (ko'rsatma bo'yicha)
- Sinovial suyuqlikni bakteriologik tekshiruvi

Mutaxassislar ko'rigi: terapevt, anesteziolog, kardiolog, zarurat bo'lsa - revmatolog ko'rigi.

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/111/1116f1cdb4819ddcb9eb0bfed98a1d5e.pdf>

Anestezioloik ko'rik.

Bemor laborator va funktsional tekshiruvdan so'ng anesteziolog-reanimatolog tomonidan tekshiriladi. Ko'rsatkichlarga ko'ra, qo'shimcha tekshiruv, tegishli mutaxassislar bilan maslahatlashish va davolashga tayyorgarlik choralari kelishib olinadi.

Tavsiya etilgan og'riqsizlashtirish (narkoz) turi - orqa miya (spinal) anesteziyasi.

Bemorni operatsiyadan oldin tayorlash.

Ichaklarni bo'shatish va kelajakdagi kesmalar maydonining terisini sanatsiya qilish umumiy qabul qilingan jarrohlik texnikasiga muvofiq amalga oshiriladi.

Operatsiya boshlanishidan 2 soat oldin, o'pkadan va operatsion yaradan ikkilamchi asoratlarni oldini olish maqsadida, yoshiga va vazniga oid dozalarda keng spektrli antibakterial vositalardan biri buyuriladi.

Jarrohlik amaliyotni texnikasi

1. Artroskopik sinovektomiya

Bemorga OMA qilinganidan so'ng, orqasiga yotgan holatida oyog'iga yod – spirt bilan 3 karra qayta artiladi. Sonning yuqorigi o'rta uchligiga jgut qo'yiladi. Anteromedial yo'l bilan artroskop bo'g'imga kiritiladi va fiziologik 0.9% li eritma bilan to'ldiriladi. Ko'rilganda medial menisk butun bo'ladi, qolgan qismi sinovial qavat bilan qoplanib qizargan bo'ladi. Sinovial qavat bo'g'imning barcha soxasida gipertrofiyaga uchragan, qizargan, panuslar xosil qilgan. Goff tanasi, gipertrofiyalangan bo'ladi. Oldingi va orqa butsimon bog'lamlar butun. Lateral menisk lizisga uchragan. Maxsus artroskopik maslamalar, sheyver bilan sinovial qavat qizargan kismolari, Goff tanasi, panuslar xosil qilgan soxalar olinadi va kaogulyatsiya kilinadi. Bo'g'im lavaj usulida yuvildi. Jarohat antiseptik eritmalar bilan yuviladi. Jarohat qavatma – qavat tikiladi. Yod spirt aseptik bog'lam bog'lanadi. Olingan tukimalar gistologiyaga topshiriladi.

2. Ochiq sinovektomiya

Bemorga OMA qilinganidan soʻng, orqasiga yotgan holatida oyogʻi yod – spirt bilan 3 kayta artiladi. Sonning yukorigi uchligiga jgut qoʻyiladi. Son tashqi yuzasidagi teri 10 sm chamasi kesiladi, yumshoq toʻqimalar va kapsula ochiladi. Ochilganda sarik rangli xira suyuklik ajraladi. Boʻgʻim koʻrilganda: Sinovial pardasi gipertrofiyalangan, toʻq qoʻngʻir rangda pannuslar hosil bulgan boʻladi. Barcha yalligʻlangan toʻqimalar tozalanadi va operatsiyada soʻng gistologik tekshiruviga topshiriladi. Medial va lateral menisk koʻriladi, Oldingi butsimon boglam xam. Goff tanasi, sinovial parada, qisman kapsula, chandik tukimalar olib tashlanadi. Jarohat antiseptik eritmalar bilan bir necha bor yuviladi. Tizza bugʻimi tuliq bukilib yoziladi. Drenaj trubka, rezina chiqargich koldirib jarohat qavatma – qavat tikiladi. Yod-spirt, as.bogʻlam boglanadi. Bemorning shu oyogʻiga son yukori uchligigacha gipsli boglam kuyiladi.

6.5. Keyingi kuzatuv:

Jarroxlik amaliyotidan keyingi kuzatuv

Operatsiya tugagandan soʻng, bemor uygʻonguncha intensiv terapiya boʻlimida qoladi. Keyin qon, yurak-qon tomir, nafas olish va metabolik tizimlarni barqarorlashtirish uchun zarur choralar koʻriladi. Qulay kurs va hech qanday asoratlarning yoʻqligi bilan intensiv terapiya davri 1-2 soatni tashkil qiladi. Jarrohlikdan keyingi birinchi kun bemorga yotgan holatda boʻlish tavsiya yetiladi.

Operatsion yarani nazorat qilish, shu jumladan steril salftkalar va plasterlarni almashtirish 2 - kuni amalga oshiriladi; Bogʻlamlar operatsiyadan keyingi 14-17-kunlarda (yaraning kattaligiga qarab) butunlay olib tashlanadi. Ertasi kuni bemorga son segmentning shikastlanishidan tashqari, yotoqdan chiqishga ruxsat beriladi. Jarrohlikdan keyingi 2-3 kundan boshlab terapevtik jismoniy tarbiya va nafas olish mashqlari tavsiya etiladi.

Jarroxlik amaliyotidan keyingi laboratoriya monitoringi

Ijobiy dinamika paydo boʻlishidan oldin gemoglobin darajasini (agar operatsiya ichidagi qon yoʻqotish boʻlsa) va qondagi yalligʻlanish oʻzgarishlarini (agar jarrohlik yarasi bilan bogʻliq muammolar mavjud boʻlsa) nazorat qilish uchun koʻrsatmalarga muvofiq umumiy qon testi (keyinchalik - koʻrsatmalarga muvofiq).

Biokimyoviy qon testi (koʻrsatmalarga muvofiq).

Jarroxlik amaliyotidan keyingi dori-darmonlar bilan davolash.

Operatsiyadan soʻng yiringli asoratlarni oldini olish uchun keng spektrli antibiotiklar kamida 4-5 kun davomida buyuriladi (dozasi tana vazniga va bemorning ahvoliga bogʻliq). Ogʻriq sindromining ogʻirligini hisobga olgan holda analgeziklar (shu jumladan norkotik ogʻriq qoldiruvchi vositalari) va steroid boʻlmagan yalligʻlanishga qarshi dorilar buyuriladi. Bemor operatsiya yarasini kuzatuvga olgan xolda shifoxonadan chiqariladi. Operatsiya qilingan oyoq-qoʻllarga yuklama berish va LFK.

Ambulator darajasida bemorlarni kuzatish

Bemorlarning ushbu kontingentini jarrohlik yo‘li bilan davolash maqsadga muvofiqdir, chunki konservativ davo hech qanday asosga yega yemas va istiqbolga yega emas. [<https://diseases.medelement.com/disease/14005>]

Ambulator darajasida bemorlarni kuzatish

Bemorlarning ushbu kontingentini jarrohlik yo‘li bilan davolash maqsadga muvofiqdir, chunki konservativ davo hech qanday asosga yega yemas va istiqbolga yega emas. [<https://diseases.medelement.com/disease/14005>]

Suyak bitmaganligi aniqlangandan keyin (soxta bo‘g‘im), bemorlar tegishli malaka darajasida tegishli tibbiy yordam ko‘rsatish uchun tegishli sog‘liqni saqlash muassasalariga yuboriladi.

Tibbiy yordam hajmi RMO:

- Klinik ko‘rik
- rentgenografiya
- dastlabki bosqichlarda, shuningdek operatsiyadan keyingi kuzatuv paytida bemorlarni konservativ davolash.
- Kuchayib boruvchi deformatsiyaning rivojlanishi viloyat ko‘p tarmoqli tibbiyot markazining ortopediya mutaxassislariga murojaat qilish uchun ko‘rsatma hisoblanadi.

Tibbiy yordam xajmi OMMTS:

- To‘liq klinik va laboratoriya tekshiruvi, konservativ davo.
- Operativ davolash. (agar xodimlar va zarur texnologik uskunalarni mavjud bo‘lsa)
- Dinamik monitoringni o‘tkazish

Ixtisoslashtirilgan ortopediya markazlarida tibbiy yordamni tashkil yetish:

- mintaqaviy mutaxassislariga maslahat va uslubiy yordam ko‘rsatish
- viloyat tibbiyot muassasalaridan yuborilgan bemorlarning maslahatlari
- Soxta bo‘g‘im bilan og‘ir bemorlarni laboratoriya tekshiruvi
- Og‘ir bemorlarga va operatsiyadan keyingi asoratlar mavjud bo‘lganda ixtisoslashtirilgan yordam va operativ davolash
- Dinamik monitoringni o‘tkazish

Ambulator sharoitda jarrohlik amaliyoti o‘tqazilgan bemorlarni kuzatish.

Bemorga shifoxonadan chiqqandan so‘ng 1 oy o‘tgach nazoratga kelish tavsiya yetiladi. Shu bilan birga, klinik holat, yangi sharoitlarga moslashish, oldingi tavsiyalarning bajarilishi, shuningdek, bemorning fikri va mumkin bo‘lgan shikoyatlari baholanadi. Suyak bo‘laklarining regeneratsiyasini baholash uchun rentgenografiya o‘tkaziladi.

Agar hech qanday asoratlar bo‘lmasa, jarohatdan keyin 4, 8 va 12 haftada nazorat rentgenografiyasi tavsiya etiladi. Immobilizatsiya 1-12 hafta davomida amalga oshiriladi. [<https://diseases.medelement.com/disease/14005>]

Davolash nuqtai nazaridan mashqlar terapiyasi dasturini kengaytirish tavsiya etiladi - mushaklarni kuchaytirish va mahalliy qon aylanishini yaxshilash uchun mashqlar. Keyingi tekshiruv operatsiya qilingan kundan boshlab 1-1,5 yil muddatga rejalashtirilgan.

Soxta bo'g'imlari bo'lgan bemorlarni davolashda muvaffaqiyatga yerishishda asosiy narsa patologiya aniqlangan paytdan boshlab oyoq-qo'llarning qo'llab-quvvatlash qobiliyatini va oyoq-qo'llarning funktsionalligini to'g'ri holatda tiklashdir.

Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar ortopedik yordam samaradorligini, profilaktika, diagnostika, davolash va reabilitatsiya usullarini tanlashning to'g'riligini, rejalashtirilgan natijaga erishish darajasini baholash uchun ishlatiladi.

perativ davolash natijasining ko'rsatkichlari:

Yaxshi natijaga erishiladi-suyak bo'laklarining to'liq bitishi, oyoq-qo'llarning deformatsiyasini tiklanishi, oyoq-qo'llarning kuchi va funktsiyasining to'liq tiklash.

Qoniqarli natija-suyak bo'laklarining to'liq bitishiga erishildi, oyoq-qo'llarning deformatsiyasini qisman tiklanishi va oyoq-qo'llarning kuchi va funktsiyasining to'liq tiklash erishildi.

Qoniqarsiz natija-suyak bo'laklarining to'liq bitishiga erishilmagan, deformatsiya bartaraf etilmagan – retsdivni va asoratlar mavjudligi.
[\[https://diseases.medelement.com/disease/14005\]](https://diseases.medelement.com/disease/14005)

5. Tibbiy yordam turlarini hisobga olgan holda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

6.6. Davolash natijasining ko'rsatkichlari: :

Yaxshi natijaga – tizza bo'g'imidagi xarakatlarning tiklanishi, yarani to'liq bitishi.

Qoniqarli natija – tizza bo'g'imidagi xarakatlarning tiklanishi, tizzadagi og'riqlar kamayishi, yarani to'liq bitishi.

Qoniqarsiz natija – retsdiv bo'lishi va kasallik qaytalanishi.

7. Protokolni tashkiliy aspektlari:

7.1. Manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi haqida ma'lumot:

Manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi;

7.2. Mutaxassislar ma'lumotlari (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassislari):

1. Xamraev A.Sh. – t.f.d., Toshkent Tibbiyot Akademiyasi qo'l panjasi va bo'gimlar jarroxligi bo'limi raxbari.

3. Raimagambetov E.K.- t.f.n., bo'lim boshlig'i, akademik Batpenov N.Dj nomidagi travmatologiya va ortopediya ilmiy milliy markazi.

7.3. Protokolni ko'rib chiqish shartlarini ko'rsatish:

Protokolni ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda ko'rib chiqish.

**“SINOVIT” NOZOLOGIYASI BO`YICHA TIBBIY
ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent – 2025

1. Asosiy qism.

1.1. Kirish:

Operativlar turi:

1. Artroskopik sinovektomiya.
2. Ochiq sinovektomiya.

<https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/1132/1091>

1.2. Ta'rifi:

Sinovit yoki synovial qoplamni yallig'lanishi

I. Quyidagi mezonlarga javob berishi kerak:

- ichki membrananing yallig'lanishi, buning natijasida bo'g'imda suyuqlik to'planadi;
- ko'pincha shikastlanish natijasida rivojlanadi;
- davriy qo'zg'g'alish bilan ham o'tkir va surunkali kechishi mumkin;
- Tizza bo'g'imi sinoviti mustaqil kasallik emas, u faqat boshqa umumiy yoki mahalliy patologik jarayonlarning natijasi bo'ladi;

II. Bundan tashqari, bemorda quyidagilardan tashqari kamida bittasi mavjud:

- bo'g'imning shishishi
- bo'g'imda og'riq;
- harakat cheklanishi;
- eritritsitlar cho'kish tezligini oshishi;

III. bemorni ko'rigidan so'ng, yallig'langan bo'g'imning punksiyasidan keyin olingan sinovial suyuqlik aniqlanadi (tiniq yoki loyqa). Yallig'lanish belgilari aniqlansa, bakterial tekshiruv o'tkaziladi.

1.3. Sinovit tasnifi:

Infeksion va noinfeksion sinovitlar mavjud:

1. Infeksion sinovit organizmdagi infektsiya manbasidan patogen mikroorganizm limfa yoki qon oqimi orqali sinovial membrananing bo'shlig'iga kirib ketganda rivojlanadi. Ushbu patologiya yiringli-yallig'lanish jarayonlari fonida, masalan, sil, sifiliz, tonzillit, shuningdek sinovial membrananing bo'shlig'iga kirib boradigan qo'shma travma bilan yuzaga kelishi mumkin. Sinovitning bu turi asosiy patologiyaga ixtisoslashgan klinikalarda statsionar sharoitda davolanishi kerak, uning sababi sinovitdir.

2. Infeksion bo'lmagan sinovit quyi turlarga bo'linadi:

- Travmatik. Uning sabablari bo'g'im va bog'lamlarni yagona yoki muntazam shikastlanishidir.

- Allergik. Travmatikka nisbatan kamroq uchraydi. Yuqumli kasalliklardan keyin (tonzillit, bronxit va boshqalar) yoki allergenlarning doimiy ta'siri tufayli paydo bo'lishi mumkin.
- Metabolik kasalliklar fonida yuzaga keladigan sinovit, masalan, diabet bilan og'riq odamlarda.
- Neyrogen. Uning sabablari kuchli stressdir. Bundan tashqari, nevrologik kasalliklar (nevrit, o'smalar tufayli nervlarning siqilishi, skolioz) asoratlari bo'lishi mumkin.

2. Metodlar, usullar va diagnostika muolajalari:

2.1 Operativ davodan maqsad:

– jarayonning yomonlashishini oldini olish va og'riyotganda jarrohlik amaliyotlar orqali og'riqni kamaytirish.

2.2 Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalar:

- kompensatsiyalanmagan somatik kasalliklar
- teri yuqumli kasalliklari
- IV darajali og'ir osteoartrit

2.3 Operatsiyaga ko'rsatma:

- Konservativ terapiyaning samarasizligi
- Konservativ davo paytida og'riqning kuchayishi
- Sinovila qavatni giperplaziyasi
- Tizza bo'g'imidagi shishni kuchaishi
- Infektsion jarayonning vizual belgilarining mavjudligi (giperemiya, shish, og'riq, haroratning mahalliy o'sishi).

2.4. Operativ muolajani amalga oshiruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar

Klinika jarrohi va bog'lamlarni almashtirish jarayonlarini bajarish tajribasiga ega hamshira.

2.5. Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha diagnostika choralari ro'yxati:

Bo'g'imning rentgenogrammasi, MRT va ultratovush tekshiruvi. Bog'im punkciyasi va bakteriologik tekshirish

Mutaxassislar maslahati: terapevt, anesteziolog, kardiolog va agar kerak bo'lsa, revmatolog.

2.6. Operatsiyaga yoki muolajaga qo'yiladigan talablar

Yallig'langan yaralarni davolash SanPiN talablariga muvofiq jihozlangan klinikalarning maxsus xonalarida amalga oshiriladi.

2.7. Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

Bemorlarni muolaja tayyorlash uchun maxsus talablar yo'q

Bemorni operatsiyadan oldin tayorlash.

Ichaklarni bo'shatish va kelajakdagi kesmalar maydonining terisini sanatsiya qilish umumiy qabul qilingan jarrohlik texnikasiga muvofiq amalga oshiriladi.

Operatsiya boshlanishidan 2 soat oldin, o'pkadan va operatsion yaradan ikkilamchi asoratlarni oldini olish maqsadida, yoshiga va vazniga oid dozalarda keng spektrli antibakterial vositalardan biri buyuriladi.

Jarrohlik amaliyotni texnikasi

3. Artroskopik sinovektomiya

Bemorga OMA qilinganidan so'ng, orqasiga yotgan holatida oyog'iga yod – spirt bilan 3 karra qayta artiladi. Sonning yuqorigi o'rta uchligiga jgut qo'yiladi. Anteromedial yo'l bilan artroskop bo'g'imga kiritiladi va fiziologik 0.9% li eritma bilan to'ldiriladi. Ko'rilganda medial menisk butun bo'ladi, qolgan qismi sinovial qavat bilan qoplanib qizargan bo'ladi. Sinovial qavat bo'g'imning barcha soxasida gipertrofiyaga uchragan, qizargan, panuslar xosil qilgan. Goff tanasi, gipertrofiyalangan bo'ladi. Oldingi va orqa butsimon bog'lamlar butun. Lateral menisk lizisga uchragan. Maxsus artroskopik maslamalar, sheyver bilan sinovial qavat qizargan kismolari, Goff tanasi, panuslar xosil qilgan soxalar olinadi va kaogulyatsiya kilinadi. Bo'g'im lavaj usulida yuvildi. Jarohat antiseptik eritmalar bilan yuviladi. Jarohat qavatma – qavat tikiladi. Yod spirt aseptik bog'lam bog'lanadi. Olingan tukimalar gistologiyaga topshiriladi.

4. Ochiq sinovektomiya

Bemorga OMA qilinganidan so'ng, orqasiga yotgan holatida oyog'i yod – spirt bilan 3 kayta artiladi. Sonning yukorigi uchligiga jgut qo'yiladi. Son tashqi yuzasidagi teri 10 sm chamasi kesiladi, yumshoq to'qimalar va kapsula ochiladi. Ochilganda sarik rangli xira suyuklik ajraladi. Bo'g'im ko'rilganda: Sinovial pardasi gipertrofiyalangan, to'q qo'ng'ir rangda pannuslar hosil bulgan bo'ladi. Barcha yallig'langan to'qimalar tozalanadi va operatsiyada so'ng gistologik tekshiruviga topshiriladi. Medial va lateral menisk ko'riladi, Oldingi butsimon boglam xam. Goff tanasi, sinovial parda, qisman kapsula, chandik tukimalar olib tashlanadi. Jarohat antiseptik eritmalar bilan bir necha bor yuviladi. Tizza bug'imi tuliq bukilib yoziladi. Drenaj trubka, rezina chiqargich koldirib jarohat qavatma – qavat tikiladi. Yod-spirt, as.bog'lam boglanadi. Bemorning shu oyog'iga son yukori uchligigacha gipsli boglam kuyiladi.

Keyingi kuzatuv:

Jarroxlik amaliyotidan keyingi kuzatuv

Operatsiya tugagandan so'ng, bemor uyg'onguncha intensiv terapiya bo'limida qoladi. Keyin qon, yurak-qon tomir, nafas olish va metabolik tizimlarni barqarorlashtirish uchun zarur choralar ko'riladi. Qulay kurs va hech qanday asoratlarning yo'qligi bilan intensiv terapiya davri 1-2 soatni tashkil qiladi. Jarrohlikdan keyingi birinchi kun bemorga yotgan holatda bo'lish

tavsiya yetiladi.

Operatsion yarani nazorat qilish, shu jumladan steril salftkalar va plasterlarni almashtirish 2 - kuni amalga oshiriladi; Bog'lamlar operatsiyadan keyingi 14-17-kunlarda (yaraning kattaligiga qarab) butunlay olib tashlanadi. Ertasi kuni bemorga son segmentning shikastlanishidan tashqari, yotoqdan chiqishga ruxsat beriladi. Jarrohlikdan keyingi 2-3 kundan boshlab terapevtik jismoniy tarbiya va nafas olish mashqlari tavsiya etiladi.

2.8. Davolash natijasining ko'rsatkichlari :

Yaxshi natijaga – tizza bo'g'imidagi xarakatlarning tiklanishi, yarani to'liq bitishi.

Qoniqarli natija – tizza bo'g'imidagi xarakatlarning tiklanishi, tizzadagi og'riqlar kamayishi, yarani to'liq bitishi.

Qoniqarsiz natija – retsdiv bo'lishi va kasallik qaytalanishi.

Foydalangan adabiyotlar:

1. Дыдыкина И.С. и др. Синовит при остеоартрите:современное состояние проблемы . // Современная ревматология.№2, Москва, 2021. Т. 120-125 с.
2. Котельников Г.П. и др. // Травматология национальное руководство. 2008.
3. И.В.Егоров, В и др. Новые возможности лечения синовита в хирургической практике // хирургия №2.2009.приложение consilium medicum
4. Emma Simpson и др. What is the added value of ultrasound joint examination for monitoring synovitis in rheumatoid arthritis and can it be used to guide treatment decisions? A systematic review and cost-effectiveness analysis. 2018 // Health Technology Assessment, No. 22-20.
5. Kun Gao и др. Novel inflammatory markers in the blood of patients with knee synovitis. // Journal of International Medical Research 49(7) 1–10. 2021.
6. Carla R. Scanzello. The role of synovitis in osteoarthritis pathogenesis // Bone. Volume 51, Issue 2, August 2012, Pages 249-257.
7. M. Iovu, M.D. Anti-inflammatory activity of chondroitin sulfate // Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, S14-S18.
8. Xiaoyun Pan и др. Treatment for chronic synovitis of knee: arthroscopic or open synovectomy // Rheumatol Int (2012) 32:1733–1736.
9. 1. Smith MD. The normal synovium. Open Rheumatol J. 2011;5:100-6. doi: 10.2174/Epub 2011 Dec 30.
10. Tarnier IH, Hä rle P, Mü ller-Ladner U, et al. The different stages of synovitis: acute vs chronic, early vs late and non-erosive vs erosive. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005; 19(1):19-35. doi:10.1016/j.berh.2004.08.002
11. Scanzello CR, Goldring SR. The role of synovitis in osteoarthritis pathogenesis. Bone. 2012;51(2):249-57. doi:10.1016/j.bone. 2012.02.012

**"SINOVIT" NOZOLOGIYASINI PROFILAKTIKA VA
REABILITATSIYA QILISH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

Toshkent - 2025

1. Asosiy qism

1.1. Kirish:

Sinovitning profilaktikasi zamonaviy tibbiyotning dolzarb vazifalaridan biridir, chunki bu xolatlar keng tarqalgan va bemorlarning hayot sifatiga sezilarli ta'sir qiladi. Sinovit yoki sinovial qoplamini yallig'lanishi qo'shma kasalliklarda ko'pincha kam jiddiy qaraladigan klinik ko'rinishni (og'riq, shish, harakatni cheklash) aniqlaydigan muhim sindromdir. Bir yoki bir nechta bo'g'imlarni o'z ichiga olgan sinovial yallig'lanish xarakterli xususiyatdir va ko'pincha bir qator kasalliklarning yagona klinik simptomidir. Bir yoki bir nechta bo'g'imlarni o'z ichiga olgan sinovial yallig'lanish xarakterli xususiyatdir va ko'pincha bir qator kasalliklarning yagona klinik ko'rinishidir. Sog'lom odamlarda sinovit 5-27% hollarda uchraydi. Erta sinovitning natijasi tez va to'liq bartaraf etishdan tortib surunkali yallig'lanish jarayonining shakllanishiga qadar, keyinchalik bo'g'imlarga tiklanmaydigan asoratlar etkazishi mumkin. Shuni hisobga olish kerakki, asosiy kasallikning klinik remissiyasi bo'lgan yoki kasallikning yaqqol klinik ko'rinishiga hali kelmagan bemorlarda sinovit belgilari paydo bo'lishi mumkin.

<https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/1132/1091>

1.2. Ta'rif - profilaktika yoki reabilitatsiya:

Profilaktika - bu har qanday hodisaning oldini olishga va (yoki) xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan turli xil tadbirlar majmuasi.

Profilaktik sog'liqni saqlash (profilaktik tibbiyot yoki profilaktika) kasalliklarni davolashdan farqli o'laroq, ularning rivojlanishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini anglatadi. Kasallikning oldini olish birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktika choralari sifatida tasniflanishi mumkin bo'lgan tadbirlarga asoslanadi.

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1

1.3. Profilaktika yoki reabilitatsiya turlari:

Sinovitning oldini olish quyidagi tavsiyalarni o'z ichiga oladi:

- moyil bo'lgan kasalliklarni o'z vaqtida davolash;
- jarohatlarning (travmatizm) oldini olish;
- kasbiy kasalliklar xavfi odamlar uchun muntazam ravishda jismoniy tarbiya qilib turish;
- allergen ovqatlarni ratsiondan chiqarib tashlash;
- jismoniy faoliyatni optimallashtirish.

Reabilitatsiya bosqichlari:

1-bosqich. Davolash-reabilitatsion. Kasallikni o'tkir bosqichida amalga oshiriladi..

2-bosqich. Ertangi statsionar tibbiy reabilitatsiyasi. Kasallik yoki shikastlanishning o'tkir va erta tiklanish davrida statsionar bo'limlarda amalga oshiriladi.

3-bosqich. Ambulator. Reabilitatsiya muassasalarida, agar bular yo'q bo'lsa - ambulator sog'liqni saqlash tashkilotlarining ixtisoslashtirilgan bo'limlarida amalga oshiriladi.

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1

1.4. Jamoat profilaktikasi va individual profilaktika tadbirlarini o'tkazish tamoyillari:

Jamoat profilaktikasi – fuqarolarning jismoniy va ma'naviy kuch-quvvatini har tomonlama rivojlantirishni ta'minlash, sog'lig'iga zarar etkazuvchi omillarni bartaraf etish maqsadida davlat muassasalari va jamoat tashkilotlari tomonidan tizimli ravishda amalga oshirilayotgan ijtimoiy, ma'rifiy, sanitariya-gigiyena, epidemiyaga qarshi va davolash tadbirlari. Individual profilaktika - sinovit rivojlanishining oldini olish va sog'lig'ini yaxshilash bo'yicha insonning o'zi tomonidan amalga oshiriladigan va sog'lom turmush tarzi, shaxsiy gigiyena, ratsional ovqatlanish, mehnat va dam olish tartibi normalariga amalda rioya qilishdan iborat bo'lgan chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi.

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1

2.1. Profilaktika turlari:

Profilaktika maqsadi:

Kasallikning oldini olish va o'z vaqtida tashxis qo'yish

2) birlamchi profilaktika - sog'lom turmush tarzi, surunkali infektsiya o'choqlarini sanatsiya qilish, jismoniy mashqlar bilan davolash, vazn kamaytirish, to'g'ri ovqatlanish, ortopedik tartib qoidalariga rioya qilish.

3) Ikkilamchi profilaktika - sinovitning ikkilamchi profilaktikasi o'z vaqtida aniqlashni o'z ichiga oladi, konservativ davo, shuningdek sinovektomiyadan keyin bemorlarni o'z vaqtida jarrohlik davolashdan iborat. Sinovitning ikkilamchi profilaktikasi mahalliy klinikada ortoped yoki jarroh tomonidan operatsiya qilingan oyoq-qo'lni tekshirish va yallig'lanish belgilarini kuzatish orqali amalga oshiriladi.

4) Uchinchi darajali profilaktika - operatsiyadan keyingi bemorlar uchun: operatsiyadan keyingi yuqumli asoratlarni oldini olish uchun antibiotik terapiyasi. Kasalxonada 5-10 kun davomida amalga oshiriladi. Ortopedik tartibga rioya qilish va operatsiyadan keyingi davrda shifokorning ko'rsatmalarini o'z vaqtida bajarish (fizioterapiya, massaj, mashqlar terapiyasi). Uchinchi darajali profilaktikani amalga oshirishni nazorat qilish klinikada ortoped-travmatolog yoki jarroh tomonidan amalga oshiriladi. Faoliyatlar rehabilitatsiya davolashning oxirigacha amalga oshiriladi.

2.2. Rehabilitatsiya turlari:

2.2.1.Rehabilitatsiyadan maqsad:

- sinovit rivojlanishining oldini olish va bo'g'im funktsiyalarni saqlab qolish.
- sinovektomiyadan keyin bemorlarning hayot sifatini yaxshilash;
- bemorning jamiyatga ijtimoiy integratsiyasi.

2.2.2. Jarrohlik davolashdan keyin oyoq shakli va funktsiyasi tiklanadi. Jiddiy deformatsiyalarda tiklanish qisman bo'lishi mumkin.

2.2.3. Ushbu kasalliklar guruhi uchun o'tkir rivojlanish xos emas

2.2.4. Xavfli omillarni o'z vaqtida aniqlash .

2.2.5. Ushbu patologiyada nogironlikni o'z vaqtida tashxislash va yuqori texnologik jarrohlik davolash bilan oldini olish mumkin. Og'riq bilan og'ir deformatsiyalar bo'lsa, vaqtinchalik nogironlikni istisno qilib bo'lmaydi.

2.2.6. Bemorlarning hayot sifatini yaxshilash, mehnat qobiliyatini saqlash va ijtimoiy integratsiyalashuvi patologiyaning turiga, yoshiga, jarrohlik davolashning o'z vaqtida va rehabilitatsiya sifatiga bog'liq.

3. Profilaktika va reabilitatsiyaning 3 turiga ko'rsatmalar:

Surunkali infeksiya o'choqlari, tizimli kasalliklar, ortiqcha tana vazni va turli immunitet tanqisligi holatlari mavjudligi.

3.1 Profilaktika turlarini aniqlash mezonlari:

Yallig'lanishning klassik klinik belgilari mavjudligi (cheklangan shish, mahalliy og'riq, to'qimalarning haroratining mahalliy o'sishi, terining giperemiyasi, disfunktsiya) va yallig'lanish belgilarining (C-reaktiv oqsil va eritrotsitlarni cho'kish vaqti) ortishi.

3.2 Reabilitatsiya jarayonlarining bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari:

Reabilitatsiya mezonlari bemorning yoshi, kasallikning rivojlanish etiopatogenezi, yallig'lanish jarayonining tarqalish chuqurligi, tegishli tibbiy muassasalar va mutaxassislarning mavjudligi, bemorning reabilitatsiya resurslarining mavjudligi hisoblanadi.

4. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari:

1-bosqich: tizza bo'g'imlari patologiyasini erta tashxislash (osteoartrit) va ularni o'z vaqtida davolash (oilaviy poliklinikalar)

2-bosqich: sinovit bilan og'rigan bemorlarni erta konservativ davolash (markaziy tuman poliklinikasi, viloyat markazlarining ortopediya va jarrohlik bo'limlari)

3-bosqich: konservativ davo samarasiz bo'lsa, o'z vaqtida jarrohlik davolash (viloyat va respublika ixtisoslashtirilgan klinikalarining ortopediya bo'limlari)

4-bosqich: asoratlarni oldini olish uchun bemorlarni muntazam ravishda kuzatib borish (markaziy tuman poliklinikasi).

5. Tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya darajasini ko'rsatadigan diagnostika choralari:

1) asosiy diagnostika choralari: klinik tekshiruv, MRT , rentgen va laboratoriya tekshiruvlari.

2) qo'shimcha diagnostika choralari: MSKT, bakteriologik tadqiqotlar.

6. Darajani ko'rsatuvchi tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya taktikasi:

1) asosiy profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlari

Surunkali infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida tashxislash, konservativ davolash va reabilitatsiya qilish.

Operativ davo: Sinovektomiya.

2) qo'shimcha profilaktika va reabilitatsiya tadbirlari

Jarrohlik davolashdan keyin ortopedlar tomonidan o'z vaqtida ko'rik.

7. Profilaktik va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorligi ko'rsatkichlari:

- jarohatni birlamchi bitishi;
- bo'g'im funktsiyani tiklash;
- og'riq sindromining yo'qligi;

- yallig'lanish belgilari normal chegaralarda (C-reaktiv oqsil va eritrotsitlarni cho'kish vaqti).

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Дыдыкина И.С. и др. Синовит при остеоартрите:современное состояние проблемы . // Современная ревматология.№2, Москва, 2021. Т. 120-125 с.
2. Котельников Г.П. и др. // Травматология национальное руководство. 2008.
3. И.В.Егоров, В и др. Новые возможности лечения синовита в хирургической практике // хирургия №2.2009.приложение consilium medicum
4. Emma Simpson и др. What is the added value of ultrasound joint examination for monitoring synovitis in rheumatoid arthritis and can it be used to guide treatment decisions? A systematic review and cost-effectiveness analysis. 2018 // Health Technology Assessment, No. 22-20.
5. Kun Gao и др. Novel inflammatory markers in the blood of patients with knee synovitis. // Journal of International Medical Research 49(7) 1–10. 2021.
6. Carla R. Scanzello. The role of synovitis in osteoarthritis pathogenesis // Bone. Volume 51, Issue 2, August 2012, Pages 249-257.
7. M. Iovu, M.D. Anti-inflammatory activity of chondroitin sulfate // Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, S14-S18.
8. Xiaoyun Pan и др. Treatment for chronic synovitis of knee: arthroscopic or open synovectomy // Rheumatol Int (2012) 32:1733–1736.
9. 1. Smith MD. The normal synovium. Open Rheumatol J. 2011;5:100-6. doi: 10.2174/Epub 2011 Dec 30.
10. Turner IH, Hä rle P, Mü ller-Ladner U,et al. The different stages of synovitis: acute vs chronic, early vs late and non-erosive vs erosive. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005; 19(1):19-35. doi:10.1016/j.berh.2004.08.002
11. Scanzello CR, Goldring SR. The role of synovitis in osteoarthritis pathogenesis. Bone. 2012;51(2):249-57. doi:10.1016/j.bone. 2012.02.012

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.

