

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН
ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ
МАРКАЗИ**

**"ЯХШИ СИФАТЛИ СУЯК ЎСМАЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025 йил

"КЕЛИШИЛДИ"

Республика ихтисослаштирилган
травматология ва ортопедия илмий-амалий
маркази директори
М.Э.Ирисметов



2025 йил

"ЯХШИ СИФАТЛИ СУЯК ЎСМАЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ

Тошкент – 2025 йил

Мундарижа:

1.	Яхши сифатли суяк ўсмалари диагностикаси ва уларни даволаш.	5-бет
2.	Яхши сифатли суяк ўсмаларида тиббий аралашувлар.	27-бет
3.	Яхши сифатли суяк ўсмаларини олдини олиш ва реабилитация қилиш.	35-бет

**"ЯХШИ СИФАТЛИ СУЯК ЎСМАЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА НИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025 йил

1. Кириш қисми.

Ушбу клиник протокол яхши сифатли суяк ўсмаси бўлган беморларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича тавсияларни ўз ичига олади. Ушбу протоколни тузишда рус тилидаги клиник тавсиялар, чоп этилган нашрлар, ҳамда PubMed (MEDLINE) маълумотлар базасидан фойдаланилди.

ХКК-10 ва ХКК-11 га оид код(лар):

ИСД-10 / ИСД-11	
Кодлар:	Номланиши: Суяк кисталари ва яхши сифатли суяк ўсмалари
M-85.4/FB80.5	Ягона суяк кистаси
M-85.5 / FB80.6	Аневризмал суяк кистаси
D16.0-D16.9/ 2E83.5	Суякларнинг ва бўғим тоғайларининг яхши сифатли ҳосилалари/ Яхши сифатли остеоген ўсмалар
Юклаб олиш (ХКК дан хавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12543 https://mkb-10.com/index.php?pid=1669 https://icd.who.int/ct/icd11_mms/en/release

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: Ушбу протокол 2025 йилда ишлаб чиқилган, протокол 2028 -йилда қайта кўриб чиқилади;

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази

Мултидисциплинар ишчи гуруҳ аъзолари рўйхати:

Ф.И.Ш.	Иш жойи, Даража ва лавозими
1. Каримов М.Ю.	Кафедра мудири ТМА, т.ф.д., проф.
2. Худойбердиев К.Т.	Кафедра мудири Анд ДТИ, т.ф.д., проф.
3. Ходжанов И.Ю.	Бўлим мудири РИТОИАТМ т.ф.д., проф.
4. Каримов Х.М.	Кафедра доценти ЦРМНМР, т.фн.
5. Валиев Э.Ю.	Бўлим мудири РШТТЎИМ, т.ф.д., проф.

Муаллифлар рўйхати:

Тўлиқ исм.	иш жойи, унвони ва лавозими
1. Джураев А.М.	– тиббиёт фанлари доктори, проф., РИТОИАТМ №1 умумий ортопедия бўлими раҳбари
2.Халимов Р.Ж.	– PhD, РИТОИАТМ №1 умумий ортопедия бўлими катта илмий ходими
3. Рахматуллаев Х.Р.	- т.ф.н., РИТОИАТМ №1 умумий ортопедия бўлими катта илмий ходими

Такризчилар:

Тўлиқ исм.	иш жойи, унвони ва лавозими
------------	-----------------------------

1. Тиляков А.Б.	– тиббиёт фанлари доктори, Республика болалар ортопедияси маркази директори
2. Дурсунов А.М.	-Тиббиёт фанлари доктори Республика илмий-амалий тиббиёт марказининг травма асоратлари бўлими профессори

Клиник протокол РИТОИАТМ илмий кенгашида 16.01.2025 йил муҳокама қилинди. Кенгаш баённомаси №1.

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. М.М.Салиев– РИИАТМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари
2. А.Р.Хошимов – травматология ва ортопедия кафедраси ассистенти

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

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:

МСКТ	Мултиспирал компьютер томографияси
МРТ	- Магнит-резонансли томография
ДЖТ	- Даволовчи жисмоний тарбия
ЭНМГ	- Электронеуромиография
УТТ	- Ультратовуш текшируви
ЭКГ	- Ээктрокардиография
СМЗ	- Суякларнинг минерал зичлиги
ЭОП	- Электрон-оптик конвертор

Ушбу нозология бўйича протоколдан фойдаланувчилар:

Травматолог-ортопедлар, рентгенологлар, невропатологлар, педиатрлар, умумий амалиёт шифокорлари, реабилитация бўйича мутахассислар, анестезиолог-реаниматологлар, тиббиёт талабалари, ординаторлар, магистрлар.

Ушбу нозология бўйича беморлар тоифаси:

Яхши сифатли суяк ўсмалари бўлган беморлар.

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

ДИД	ТАҲЛИЛ
1	Маълумотнома-назорат остидаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Индивидуал маълумотнома-назорат остидаги тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник синовлар ва мета-таҳлил ёрдамида

	рандомизацияланган клиник синовлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Маълумот усули бўйича кетма-кет назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатни ўрганиш
5	Амалий кўникма механизми ёки эксперт хулосаси учун асоснома мавжудлиги

Профилактик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилиқ даражасини (ДИД) баҳолаш шкаласи

ДИД	ТАҲЛИЛ
1	Мета-таҳлил ёрдамида КТТларни тизимли кўриб чиқиш
2	Ҳар қандай дизайндаги КТТ ларни баҳолаш, мета-таҳлил ёрдамида баҳоланадиган КТТлардан ташқари
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмаган тадқиқотлар, мисоллар ҳисоботлари ёки бир нечта ҳолатлар изоҳи, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувлар таъсир қилиш механизми (клиникагача тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асоснома мавжуд

Профилактик, диагностика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари бўйича тавсиялар (ТАД) бўйича асосланганлиқ даражасини баҳолаш шкаласи

ТАД	ТАҲЛИЛ
А	Кучли тавсия (барча самарадорлиқ чора-тадбирлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
Б	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлиқ чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)
С	Заиф тавсия (адекват сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлиқ чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш

Бирламчи яхши сифатли суяк ўсмалари камдан-кам учрайди ва кўпинча болалар ҳамда ёшларда ривожланади. Турли соҳаларда жойлашган ўсмалар орасида суяк ўсмалари тахминан 11,4% ни ташкил қилади. Булар орасида остеохондромалар энг кўп учрайди ва яхши сифатли суяк ўсмаларининг 30% дан 35% гача. Гигант хужайрали ўсмалар 20%, остеобластомалар - 14%, остеоид остеомалар - 12% ни ташкил қилади. Қолганларнинг ҳаммаси камроқ тарқалган. Ташхис асосан кўрув ёрдамида амалга ошириб, биопсия камдан-кам ҳолларда талаб қилинади. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32573182/> (2020)

Яхши сифатли суяк ўсмалари симптомсиз бошланиб, касаллик аниқ бўлгунга қадар маълум вақт билинмай туради (М.В. Волков, 1980). Кўпинча патология бошқа сабабларга кўра ёки шикастланишдан кейин текширув вақтида тасодифан ташхис қилинади. Яхши сифатли ўсмаларни даволаш асосан жарроҳлик йўли билан амалга

оширилади.

2.2. Таъриф:

"Яхши сифатли суяк ўсмалари" атамаси суяк ва тоғай хужайрали ва хужайралараро элементларнинг кўпайиши натижасида суяк тўқималарининг анормал ўсиши билан бирга келадиган бир қатор патологияларни бирлаштиради. Инглиз тилидаги адабиётларда, хусусан, ЖССТ тавсияларида яхши сифатли ўсмалар гуруҳига суяк кисталари ва баъзи диспластик патологиялар киритилган.

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/boneWHOclass.html>

Яхши сифатли суяк ўсмаларининг этиологияси номаълум. Ўсма жараёнининг ривожланишини неоплазия, травма, инфекция ва яллиғланиш билан боғлайдиган назариялар мавжуд. https://en.wikipedia.org/wiki/Bone_tumor. Ҳозирги вақтда мавжуд бўлган диагностика усуллари шубҳасиз ўсма турини яққол аниқлаш имконини беради. Онкологик патологиялардан фарқли ўлароқ, яхши сифатли суяк ўсмалари, камдан-кам истиснолардан ташқари, малигнизацияланиш хусусиятига эга эмас. Шу муносабат билан, ортопедлар учун муҳим вазифа - яхши сифатли ўсмани онкологик патологиядан тезда ажратишдир.

2.3. Яхши сифатли ўсмалар ва суяк кисталарининг таснифи

Суяк ўсмалари таснифи Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан 2020 йилда қайта кўриб чиқилган <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/his.14265> (2020)

Ушбу янги тасниф суяк ўсмаларини тоғай ўсмалари, остеоген ўсмалар, фиброген ўсмалар қон-томир ўсмалари, остеокластик гигант хужайрали ўсмалар, бошқа мезенхимал суяк ўсмалари ва гематопоестик суяк ўсмалари гуруҳларига ажратади.

ЖССТ таснифи (2020)

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/boneWHOclass.html>

Хондроген ўсмалар

- тирноқости экзостози
- периостеал хондрома
- энхондрома
- остеохондрома
- хондробластома
- хондромиксоид фиброма
- остеохондромиксома

Остеоген ўсмалар

- остеома
- остеоид остеома
- остеобластома

Фиброген ўсмалар

- десмопластик фиброма

Қон томир ўсмалари

-гемангиома

Остеокластик гигант хужайрали ўсмалар

- аневризмал суяк кистаси
- оссификацияланмаган фиброма
- суякнинг йирик хужайрали ўсмаси

Бошқа мезенхимал суяк ўсмалари

- оддий суяк кистаси
- фиброзли дисплазия
- липома
- гибернома

Ушбу таснифга кўра хондробластома, остеобластома ва суякнинг гигант хужайрали ўсмаси шартли яхши сифатли ўсма бўлиб ҳисобланади.

1961 йилда М.В.Волков томонидан таклиф қилинган рус тилидаги адабиётда бу таснифнинг соддароқ тури мавжуд.

М.В.Волков бўйича тасниф

<https://booksmed.info/ortopediya/2731-ortopediya-i-travmatologiya-detskogo-vozrasta-volkov.html>

Остеоген касалликлар

- **остеома**
- остеоид остеома
- остеобластокластома (суякнинг йирик хужайрали ўсмаси)
- хондрома
- хондробластома
- суякнинг хондромиксоид фибромаси
- суяк фибромаси
- ноостеоген суяк фибромаси

Остеоген бўлмаган касалликлар

- суяк гемангиомаси
- суяк липомаси
- суяк нейромаси
- хордома

Бундан ташқари, асосан онокологияда қўлланиладиган суяк ўсмаларининг Эннекинг бўйича босқичма-босқич таснифи мавжуд. Аммо шуни ёдда тутиш керакки, яхши сифатли ўсмаларда "босқич" атамаси онкологиядан фарқли маънога эга.

Яхши сифатли ўсмалар ва суяк кисталарининг Эннекинг бўйича босқичли таснифи

<https://pro.uptodatefree.ir/Show/118528>

1-босқич

Одатда тасодифан топиладиган капсулалар билан чегараланган ҳосилалар: остеохондрома,

энхондрома, оссификацияланмаган фиброма (НОФ), фиброзли дисплазия, эозинофилли гранулома ва оддий суяк кистаси.

2 босқичли

Асосан оғриқ белгиси билан кечадиган ва атроф тўқималарнинг чекланган жароҳати билан намоён бўладиган ҳосилалар: остеобластома, хондробластома, хондромиксоид фиброма.

3 босқичли

Ноаниқ чегарали агрессив характерга эга ҳосилалар: аневризмал суяк кистаси, гигант хужайрали ўсмаси.

3. Диагностиканинг усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

3.1. Диагностик мезонлар:

Беморларни ташхислаш шикоятлар, анамнез маълумотлари, физикал текширув , шунингдек, клиник ва инструментал тадқиқотлар асосида амалга оширилади..

Шикоятлар:

-Шикастланган бўғим соҳасида оғриқ ва ҳосиланинг мавжудлиги.

Яхши сифатли суяк ўсмалари оғриқнинг камлиги ёки умуман бўлмаслиги билан характерланади. Оғриқлар ўсма соҳасидаги синишларда пайдо бўлиши мумкин. Тунда кучаядиган оғриқ остеонд-остеомага хосдир. Агар ўсма нерв толаларини босиб қўйса, нейроген оғриқлар пайдо бўлиши мумкин.

- ўсма жойлашган соҳада шишнинг мавжудлиги, кўпинча беморнинг ўзи пайпаслаганда оғриқнинг бўлмаслиги.

Анамнез:

Шикоятларнинг пайдо бўлиш вақтини ва уларнинг ривожланиш характерини аниқлаштириш муҳим. Шикоятларнинг тез ривожланиши сизни онкологик жараён ҳақида огоҳлантириши керак. Яхши сифатли ўсмалар узоқ муддатли ривожланиш характерига эга. Шунингдек, шифокор ҳосиланинг пайдо бўлиш вақтини, ҳамда қайси диагностика усули ва даволаш тадбирлари ўтказилганлиги тўғрисида маълумот йиғиши керак. Такрорий самарасиз яллиғланишга қарши ва физиотерапевтик муолажалар суяк ўсмасининг мавжудлиги тўғрисида маълумот беради. Агар суяк синиши белгилари аниқланса, шикастланиш сабабларини аниқлаш керак. Суяк ўсмалари учун энгил травмалардан кейинги суяк синишлари характерли.

Физикал текширув:

Беморларда яхши сифатли ўсмалар ва суяк кисталари аниқланганда қуйидагиларга эътиборни қаратиш лозим:

- **шишнинг локализацияси**

Суяк ўсмалари кўпинча сон, катта болдир ва елка суякларини жароҳатлайди. Барча ҳолатларнинг ярмида остеобластокластомалар елка суягининг проксимал метафизидида жойлашади. Болаларда учрайдиган тоғай ўсмалари деярли ҳар доим ўсиш зонасида пайдо бўлади.

- **шиш соҳасидаги терининг ҳолати**

Яхши сифатли суяк ўсмаларда тери қоплами ўзгаришсиз бўлади. Гиперемия ва гипертермиянинг мавжудлиги шифокорни яллиғланиш ва инфекцион сабабларни кидиришга йўналтириши керак.

- шишнинг консистенцияси ва пальпацияда оғриқ мавжудлиги.

Кўпгина яхши сифатли ўсмалар пальпациясида қаттиқ, суякка хос зичликка эга, оғриқсиз ҳосила аниқланади.

<https://booksmed.info/ortopediya/2731-ortopediya-i-travmatologiya-detskogo-vozhrasta-volkov.html>

Лаборатор тэкширувлар:

Асосий лаборатор текширувлар:

-Яхши сифатли ўсмаларда қон ва сийдикнинг лаборатор таҳлиллари кам информатив бўлиб ҳисобланади. Улар операцияга тайёргарлик босқичида амалга оширилиши мумкин. Яхши сифатли суяк ўсмалари учун махсус лаборатор текширувлари мавжуд эмас.

Қўшимча лаборатор текширувлар:

Гистологик тадқиқотлар ўсмани клиник ва тасвирий таҳлиллар асосида аниқ текшириш мумкин бўлмаган ҳолларда камдан-кам амалга оширилади. Шунингдек, операция вақтида ўсмадан олинган биологик материал доимо гистологик лабораторияда текширилиши керак.

Инструментал тэкширувлар:

Асосий инструментал тэкширувлар:

-Умумий рентгенография ҳар бир беморда ўтказилади

Бу яхши сифатли суяк ўсмалари ташхисининг асосий тури бўлиб ҳисобланади. Ҳар бир ўсма тури ўзига хос рентгенологик белгиларга эга, улар асосида рентгенолог юқори даражадаги аниқлик билан тўғри ташхис қўйиши мумкин. Рентгенологик ташхислашда "ўсмага ўхшаш ҳосила" каби ноаниқ формулалардан қочиш керак. Агар ўсма қўл ва оёқ суякларида жойлашган бўлса, соғлом томон рентгенограммаси ўтказилиши тавсия этилади.

Қўшимча инструментал тэкширувлар:

Ҳар бир бемор учун махсус текширув усуллари индивидуал равишда белгиланади!

- **МРТ:** атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг ҳолатини, жараённинг атроф тўқима ва суяк ичидаги кенгайиш даражасини, шунингдек, ўсма ўчоғида юмшоқ тўқималар компонентининг мавжудлигини баҳолаш имконини беради.

- **МСКТ:** Суяк ўсмасининг ҳажмли хусусиятларини ва соғлом суяк зоналарининг ҳолатини баҳолаш учун зарур.

-**Остеосинтиграфия:** Бу усул ёмон сифатли ўсмага шубҳа бўлганда, диагностиканинг асосий тури бўлиб, ўсма тўқималарида радиоизотопнинг тўпланиш даражасини

аниқлашга имкон беради, шунингдек, узоклашган метастазларни аниқлашда ягона усул ҳисобланиб, метастазларни рентгенологик усулдан кўра бир неча ҳафта, ҳатто ойлар олдин аниқлаш имконини беради.

Агар беморда ёмон сифатли ўсмалар аниқланса онколог кўригига юборилади. Бошқа қўшимча инструментал текширувлар (биопсия, ангиография, позитрон-эмиссион томография (ПЭТ)) онколог тавсиясига кўра амалга оширилади.

- Агар тасвирий тэкширувлар яққол хусусиятларни кўрсатмаса ёки фаол бирламчи ўсмаси тасдиқланган беморда метастатик касалликка мос келадиган бир нечта суяк жароҳатлари бўлса, **биопсия** усули амалга оширилади.

- **Ангиография:** ўсма ва қон томир тузилмалари ўртасидаги боғлиқлик баҳоланади. Биопсия соҳасини тўғри аниқлашга ёрдам беради. Онкологик патологияга шубҳа қилинганда тавсия этилади.

- **позитрон-эмиссион томография (ПЭТ):** узоклашган метастазларни аниқлашнинг қўшимча усулларига киради, шунингдек, ўсманинг кимётерапияга сезгирлигини баҳолаш учун ҳам қўлланилади.

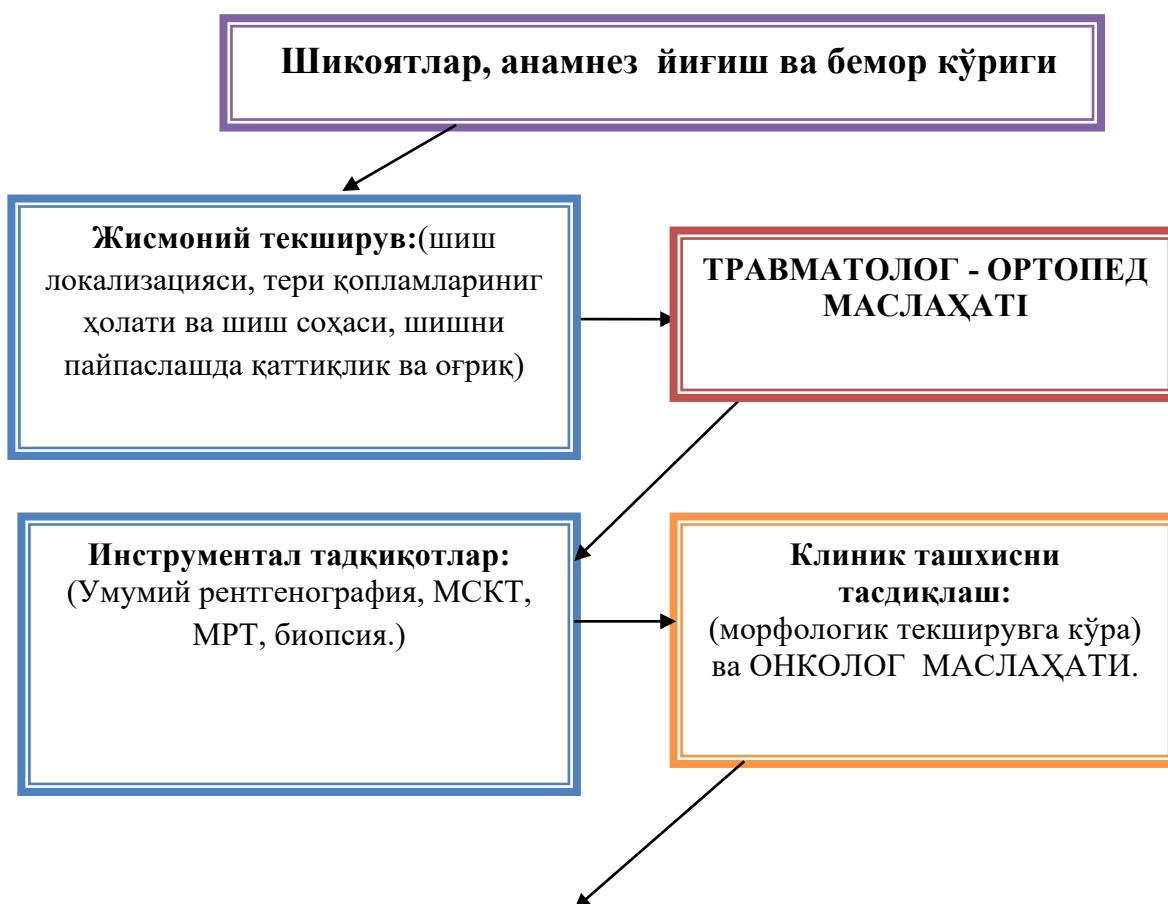
Мутахассис кўруви учун кўрсатмалар:

Онколог - суяк ўсмаларининг шаклини аниқлаш;

Невропатолог - невроген симптомлар мавжудлигида.

Гистолог - клиник, рентгенологик ва гистоморфологик таҳлил натижалари ўртасида номувофиқлик бўлганда. Гистолог кўриги олинган материалларни гистологик тасдиқлаш мақсадида ўтказилади.

3.2.ЯХШИ СИФАТЛИ СУЯК ЎСМАЛАРИ УЧУН ДИАГНОСТИК АЛГОРИТМ



Лаборатория тадқиқотлари: қон гуруҳи ва Рх омил, умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, биокимёвий қон таҳлили (умумий оксил, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, АСТ, АЛЪТ, ЛДГ, ишқорий фосфатаза, электролитлар - К, На, Са, Сл) , коагулограмма (кўрсатмага

Танлаш ва даволаш тактикаси:
(тури, ўлчами бўйича, жойлашуви ва суяк мустаҳкамлигига таъсири)
- жарроҳлик аралашуви

3.3. Дифференциал ташхис ва қўшимча текширувлар учун асосномалар:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8836463/> (2022)

Диагностика	Дифференциал диагностика учун асоснома	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Аневризмал суяк кистаси	Болалар ва ўсмирларда, асосан қизларда ривожланади Асосий жойлашув соҳаси - бу умуртқа поғонаси, сон суягининг проксимал метафизлари, катта болдир ва елка суяги. Клиникаси - оғриқсиз бошланиш, кейин ўртача оғриқ. Патологик синиш. Рентгенограммада - кўп камерали бўшлиқ, дағал тузилиш, тез ўсиш.	Рентгенография МСКТ МРТ Биопсия	оғриқнинг йўқлиги, рентгенограммаларда ўсманинг хужайравий тузилиши, гистограммаларда саратон хужайралари
Суякнинг гигант хужайрали ўсмаси	Одатда 20-30 ёшда ривожланади. Асосий локализация - бу тизза бўғими худудида сон суяги ва катта болдир суяги. Клиник жиҳатдан - ўсма худудида оғриқ. Рентгенограммада киста тузилиши, бўғим томон	Рентгенография МСКТ МРТ Биопсия	оғриқнинг йўқлиги, рентгенограммада ўсманинг хужайравий тузилиши, Гистограммада гигант хужайралар

	ўсиши кўрсатилган.		
Хондробластома	Одатда 10 ёшдан 20 ёшгача бўлган одамларда, кўпинча ўғил болаларда ривожланадиган ноёб ўсма. Асосий локализацияси узун суякларнинг эпифизлари ва апофизларидир. Клиник кўриниш доими йэнгил оғриқ ва қўшма дисфункциядир. Рентгенограммада эпифизда склероз билан кичик эксэнтрик шаклланишни коърсатади.	Рентгенография МСКТ МРТ	ўсманинг характерли жойлашуви ва ҳажми
Энхондрома	Улар ҳар қандай ёшда пайдо бўлиши мумкин, лекин кўпинча 10 ёшдан 40 ёшгача бўлган одамларда аниқланади. Асосий локализация - фалангалар ва метакарпал суяклар Клиника асемптоматикдир. Рентгенограф суяк метафизи соҳасида овал шаффоф шаклланишни кўрсатади.	Рентгенография МСКТ МРТ	характерли локализация ва рентген белгилари
Остеоид остеома	Кўпинча ёшларда (одатда 10 ёшдан 35 ёшгача), кўпинча ўғил болаларда учрайди. Локализация - узун суяклар, аммо скелетнинг ҳар қандай суягида пайдо бўлиши мумкин. Клиника - доимий оғриқ, кечаси кучлироқ. Аспирин ва НЯДВларни қабул қилгандан кейин оғриқ тезда йўқолади. Рентгенограмма остеосклероз ("қорачиқ") билан ўралган кичик ўчоқни кўрсатади.	Рентгенография МСКТ	оғриқ ва остеоид остеомаинг рентгенологик белгиларининг йўқлиги

Бир камерали суяк кистаси	Кўпроқ болалар ва ўсмирларда, ўғил болаларда тез-тез учрайди. Локализация - узун суякларнинг метадиафизлари. Клиника асимптоматикдир. Рентген - битта чўзинчок киста "кўтарилаётган пуфак" тасвири	Рентгенография МСКТ МРТ	Характерли локализация ва рентген белгилари
----------------------------------	--	-------------------------------	---

4. Амбулатория шароитда даволаш тури:

4.1. Номедикаментоз даволаш тури:

Ушбу нозология бўйича фойдаланилмайди.

4.2. Медикаментоз даволаш:

Оддий суяк кисталарини даволаш учун оддий метилпреднизолон ацетат яхши натижаларга эга бўлган инфльтрацияда энг кўп ишлатиладиган восита эканлиги ҳақида адабиётларда маълумотлар бор.

Аневризмал суяк кистасини (АСК) даволаш учун фиброзлаштирувчи воситалардан фойдаланиш қарама-қарши натижаларга олиб келди. Зеин спиртгли эритмаси билан даволаш маҳаллий ва тизимли асоратларнинг юқори частотасини кўрсатди ва фойдаланишдан тўхтатилди. Эълон қилинган узок муддатли кузатув натижалари шуни кўрсатдики, полидоканол билан ўтказилган склеротерапия хавфсизроқ ва самаралироқ бўлиб чиқди.

Адьювантлар

Адьювант воситалардан фойдаланиш микроскопик касалликларни термал ва кимёвий воситалар билан йўқотишга қаратилган. Замонавий тенденция ўчоқ ичи жарроҳлик йўли билан бўғимларни сақлаб қолиш ва суякларнинг яхши сифатли ўсмаларини даволашда ёрдамчи воситалардан фойдаланишга қаратилган. Кенг кесма натижасида қайталаниш даражаси паст бўлади, аммо функционал натижалар кутилган даражада бўлмайди.

Гигант ҳужайрали ўсмани (ГХЎ) ўчоқ ичидан кесма қилиш орқали куйдириш ва ёрдамчи восита сифатида суяк цементига (полиметил метакрилат, ПММА) фенол билан даволаш мукамал функционал натижаларни ва такрорланиш ҳамда иккиламчи остеоартритнинг келиб чиқиш даражаси пастлигини кўрсатди.

Суяк азот билан криотерапия - агрессив ва паст табақалаштирилган ёмон сифатли суяк ўсмалари учун даволовчи терапевтик усул бўлиб ҳисобланади. Шунингдек, у метастатик суяк касалликларини маҳаллий назорат қилиш ва симптомларни йўқотиш учун фойдалидир. Бўшлиқдан келиб чиққан суяк некрози, таърифи бўйича ўчоқ ичида жойлашган бўлса, криожарроҳликни кенг кесма орқали кесиш каби самаралидир. Жарроҳлик техникаси экспозициядан, кюретаждан ва айланма бурғулаш билан четини кенгайтиришдан, криожарроҳликдан, суяк цементини қайта тиклашдан, ички фиксациядан ва субхондрал суяк трансплантатидан иборат. Олти ой давомида остеосинтез патологик синишнинг олдини олиш учун муҳим аҳамиятга эга, чунки суякнинг янгиланиши секин жараён болиб ҳисобланади. Криожарроҳлик суяк юзасидан 2 см гача бўлган масофада

хужайра некрозига олиб келиши мумкин ва бу борада цемент ва фенолга қараганда самаралироқдир. Суяқ азотни очик тизимга тўғридан-тўғри томизиш билан криожарроҳлик пайтида асоратларни камайтириш учун ҳарорат ва музлатиш вақтини назорат қилиш ва геометрик шакл ва тартибсизликлардан қатъи назар, бутун бўшлиқни бир хилда даволашни таъминлаш учун янги усуллар ишлаб чиқилган. Суяқ азот ва аргонни ўз ичига олган босимли баллонча ишлатилади.

Клиник жиҳатдан водород пероксида ГХТда интракраниал куртаж пайтида қолдик ўсма хужайраларини олиб ташлаш учун кимёвий ёрдамчи сифатида қўлланилади. У ўсма хужайраларининг лизисини ва ўлимини кельтириб чиқаради ва суяқ цементидан фойдаланилганда паст қайталаниш тезлигини кўрсатди. Остеоид остеомада этил спирти компьютер томографияси (КТ) остида зарарланган жойга инъекция йўли билан ишлатилган. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27004184/>

Хозиргача ушбу усулларни қўллаш бўйича маҳаллий тажриба адабиётларда қайд этилмаган.

Жарроҳлик аралашувлар:

Жарроҳлик амалиёти учун кўрсатмалар:

- Узоқ муддатли оғрик синдроми
- Ўсма худудида визуал равишда сезиларли бўртма
- Кортикал пластинканинг юққалашиши
- Ўсма томонидан қўшни нейроваскуляр чигалларнинг сиқилиши
- Ўсмадан таъсирланган суякнинг деформацияси
- Патологик синиш ёки ўсманинг бўғим бўшлиғига тушиш хавфи.
- Шиш жараёнининг қайталаниши.

Жарроҳлик амалиёти учун қарши кўрсатмалар:

- оғир даражадаги анемия
- компенсацияланмаган соматик касалликлар
- эпилепсия
- кахексия

Операция турлари:

1. Патологик бўшлиққа доривор моддалар ва биологик материалларни киритиш билан ўсмани пункция қилиш
2. Ўсманинг ясси резекцияси
3. Ўсма экскохлеацияси, суяқ пластикаси билан
4. Соғлом тўқималар доирасида суякнинг сегментар резекцияси, сўнгра ташқи фиксация асбоблари ёрдамида суякни узайтириш.

Ушбу аралашувларни амалга ошириш учун инъекцион, эндоскопик ва очик усуллардан фойдаланилади. Ўсма олиб ташланганидан кейин ҳосил бўлган суяқ дефектларини тўлдириш учун аутологик ва аллоген суяқ трансплантатларидан, синтетик материаллардан тайёрланган имплантлар, остеоиндуктив воситалар, масалан, деминерализацияланган суяқ матрицаси (ДСМ), суяқ морфогенетик оксиди (СМО) ва ўсиш омиллари (фибробластлар, тромбоцитлар ва бошқалар)) ишлатилади. Суяқ илигининг ўзак хужайраларидан ташкил топган аутологик инъекциялар остеогенезга ёрдам беради.

Шаклланган суяк нуксонининг жойлашуви ва ҳажмига қараб операция соҳасини мустаҳкамлаш учун остеосинтез воситаларидан, яъни пластинкалар, винтлар, компрессион-дистракцион мосламалардан фойдаланиш талаб қилиниши мумкин.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4783675/>

Операциядан олдинги лаборатор текширувлар:

Лаборатор ва функционал текширувлар:

- умумий қон таҳлили;
- умумий сийдик таҳлили;
- қон гуруҳи ва резус-омил учун қон таҳлили;
- коагулограмма
- биокимёвий қон таҳлили
- RW учун қон таҳлили;
- Гепатит В экспресс усули
- Гепатит С экспресс усули
- ЭКГ.

Мутахассислар кўриги: педиатр, онколог, терапевт, анестезиолог, невропатолог ва кўрсатмаларга мувофиқ бошқа мутахассислар.

Ўсма шаклига қараб даволашнинг индивидуал турлари:

Суяк кисталарини пункцион йўл билан даволаш: Ҳозирги вақтда суяк кисталарини даволашнинг кўплаб усуллари мавжуд. Ортопедик техника зарарланган ҳудудни 50% даволаш даражаси билан узоқ муддатли иммобилизация қилишдан иборат. Консерватив даво таркибига ва қопламасига таъсир қилувчи турли дориларни киритиш билан киста бўшлиғини дренажлашни ўз ичига олади. КТ орқали пункцион даволаш киста таркибини олиб ташлашни, деминерализацияланган суяк унини ва янги қон аралашмасини киритиш билан бўшлиқни дренажлаш учун деворни тешишни ўз ичига олади. Жарроҳлик амалиёти жараёнида нуксоннинг пластик жарроҳлик йўли ишлов бериш ва патологик ўчокни резекция қилиш амалга оширилади.

Muayad Kadhim ва бошқалар томонидан ўтказилган мета-таҳлилга кўра, 77,4% ҳолларда суяк кисталарини метилпреднизолон асетатни юбориш орқали даволаш мумкин, бу суяк илигини киста бўшлиғига киритиш натижалари билан солиштирилганда жуда яқин натижани кўрсатиши мумкин. (77,9%). Ауто- ва аллотрансплантат ёрдамида жарроҳлик даволаш 90% ҳолларда даволанишга олиб келади.

Фаол босқичда жарроҳлик аралашуви тавсия этилмайди, чунки лизис жараёнлари тикланиш жараёнларидан устун туради, бу эса трансплантатларнинг резорбциясига, қолдиқ бўшлиқларнинг шаклланишига олиб келади ва 10-20% ҳолларда қайталанишлар содир бўлади.

Аневризмал суяк кистаси ва хондробластома, энхондрома, остеобластома ва хондромиксоид фиброма каби бошқа яхши сифатли ўсмаларни даволашнинг энг кенг тарқалган усули бу юқори тезликда бурғулаш ва бўшлиқни аутоген суяк трансплантати

ёки аллотрансплантати билан тўлдириш ёрдамида қирғоқли экстракапсуляр кесишдир. Фенол, суяқ азот ва суяқ цемент каби ёрдамчи воситалар агрессив ва такрорий қайталанишлар учун ишлатилиши мумкин, бу эса рецидивлар тезлигини камайтиради. Катта ўлчамли кесмалар такрорланишлар хавфини камайтиради, суяқ зарарланишлари ва эксцентрик узун суяқлар жароҳатларида кўпроқ мос келиши мумкин.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27004184/>

Суякнинг ясси резекцияси яхши сифатли ҳосилалар (остеохондрома, аневризмал суяқ кистаси, остеоид остеома, остеобластома, остеоген бўлмаган фиброма ва бошқалар) учун суяқ патологиясида жарроҳлик аралашувнинг энг кўп қўлланилувчи турларидан биридир. Сегментар резекциядан фарқли равишда бу усулда нуқсон жойлашган соҳадаги суяқ тўқимаси патологик тўқима билан биргаликда олиб ташланади. Кенг қамровли резекция қилинганда олиб ташланган ҳосила майдони суяқ пластикаси (авто- ёки аллотрансплантат) ёки имплантлардан фойдаланишни талаб қилади. Қирғоқли суяқ резекцияси қилиш усули ҳам экстраоссал, ҳам интраоссал амалга оширилади. Кўпчилик ҳолатларда патологик тўқима суяқ ичида жойлашганлиги сабабли, олиб ташлаш соғлом суякка қадар амалга оширилади. Жарроҳлик аралашувини адекват даражада амалга ошириш учун операциядан олдинги режалаштириш вақтида, бу усул амалга ошириладиган ташхисни текшириш муҳимдир. Оптимал кириш йўлини танлаш ва кўшимча ортопедик усуллари қўллаш учун тавсия этилган суяқ резекциясининг ҳажмини тушуниш керак. Биринчи босқичда суяқ тўқималарининг майдонини (шу жумладан, патологик неоплазмалар билан) очилади. Суяқ тўқималарининг кортикал қатламидан ўтиш учун ўткир пичоқлар, дрель, тебранувчи апра ёки бурғуловчи мосламалар ишлатилади. Бундай ҳолда, резекция ўсма соҳасидан ўтмаслиги керак ва имкон қадар, соғлом тўқималар чегарасида амалга оширилиши керак. Кейинчалик, худди шу асбоблар ёрдамида патологик тўқималар йиғилади. Патологик тузилмалар олиб ташлаганидан сўнг, аралашув жойида кескичлар ва соғлом тўқималарга бурғулаш ёрдамида кюретаж ўтказилиши мумкин, бу керак бўлганда патологик ҳосилани кўпроқ абластик тарзда олиб ташлашга ва керак бўлганда суяқ пластикаси амлиёти учун ўрин яратишга имкон беради. Манба: <https://cito11.ru/to-specialists/kraevaya-rezeksiya-kosti/>
Манба: <https://cito11.ru/to-specialists/kraevaya-rezeksiya-kosti/>

Суяқлар пластикаси билан эксскохлеация. Киста ва патологик тўқималарни олиб ташлаш учун тўмтоқ қошиқ ишлатилади. Патологик бўшлиқлардан ички маҳсулот чиқарилади. Кюретаж пайтида мутахассис бўшлиқ деворларининг майдонига таъсир қилади, эксскохлеация эса бу нарсани олдини олишга ёрдам беради. Бу оддий, самарали усул. Бу усул бэморнинг суяқ тўқимасида шиш пайдо бўлишини олдини олишга ёрдам беради.

Операциянинг бориши:

- Зарарланган ҳудудни текшириш учун икки сантиметргача бўлган кичик тешик кесилади;
- Қобик ва киста тўқималари тешик орқали чиқарилади;
- Бўшлиқ яхшилаб ювилади;
- Бўшлиқ суяқ имплантлари ёки аутосуяк ёрдамида тўлдирилади;
- Тешик ёпилади ва тикилади.

Бу операция тури суяк тоъқималарида янги ҳосилаларнинг пайдо бўлишига қарши курашиш учун дунёда тан олинган самарали усул бўлиб ҳисобланади.

<https://tamc.co.il/article/ekskokhleatsiya-kisty/>

Ташқи фиксация орқали узайтириладиган суякларнинг сегментар резекцияси

Операция узун суякнинг тўлиқ кўндаланг шикастланишида қўлланилади. Дастлаб зарарланган суяк сегментини резекция қилиш амалга оширилади, сўнгра ташқи фиксация мосламаси қўлланилади. Шундан сўнг, узун суяк чўзиладиган сегментининг кўндаланг остеоотомияси амалга оширилади.

Жарроҳлик амалиётидан кейин беш кундан етти кунгача кутиш тавсия этилади. Бу вақт ичида суяк бўлаклари ўртасида тикланиш жараёнлари бошланади. Бу **кечикиш босқичи** деб аталади. Ушбу даврдан сўнг шифокор суяк қисмларини аста-секин бир-биридан узоқлаштириб, қурилма соғламаларини ўрнатади. Бу жараён **дистракция ёки узайтириш** босқичи деб аталади. Бўлақлар узоқлашаётганда, дефект жойи янги ҳосил бўлган суяк тўқимаси билан тўлдирилади. Шу тарзда суяк узаяди. Ҳосил бўлган суяк тўқимаси **суяк регенерати** деб аталади.

Дистракция босқичида бемор (ёки яқин киши) ҳар куни аппарат соғламаларини мослаштиради, бу эса суяк бўлақларини кунига тахминан 1 мм тезликда бир-биридан аста-секин узоқлашишига олиб келади. Турли суяклар учун чўзилиш тезлиги бироз фарк қилиши мумкин. Мисол учун, даволаш режаси кунига 0,75 мм тезликда катта болдир дистракциясини ва кунига 1,0 мм елка ёки сон суягини дистракциясини талаб қилиши мумкин. Секин-аста чўзиш тананинг доимий равишда тери, мушак, нервлар ва қон томирлари каби янги суяк ва юмшоқ тўқималарни яратишга олиб келади. Дистракция босқичи керакли суяк узунлигига эришилгунга қадар давом этади. Ойига тахминан 2,5 см кўшимча узунликка эришиш мумкин. Дистракция босқичида бемор чўзилиш тезлиги мос ёки йўқлигини текшириш учун шифокорга ойига бир неча марта ташриф буюради. Рентген нурлари бўйича суякларнинг янгиланишини баҳолашга асосланиб, шифокор дистракция тезлигини ошириши ёки камайтириши мумкин. Ушбу жараён давомида бемор ҳафтасига икки-беш марта реабилитацияга келиши керак, шу билан бирга қабул қилинган кўрсатмаларга мувофиқ ҳар куни уйда машқларни бажариши керак.

Дистракция босқичидан сўнг консолидация босқичи бошланади, бу даврда суякнинг янгиланиши, аста-секин қаттиқлашиши ва суякка айланиши кузатилади. Одатда, оддий муолажада 5 см узунликдаги кўшимча узунликни олиш учун тахминан 2 ой ва янги тўқималарни минерализация қилиш учун яна 2-3 ой керак бўлади.

Бундай ҳолда, чўзиш аппарати камида 4-5 ой давомида қолади. Соғайиш жараёнини фақат янги тўқималарни қайта куриш ва калтсификация қилишдан кейин тўлиқ деб ҳисоблаш мумкин. Соғайиш жараёнини қўллаб-қувватлаш учун беморлар ҳар қандай шаклда никотиндан воз кечишлари, кўп миқдорда протеинли соғлом овқатланишлари ва витамин ҳамда минерал кўшимчаларни қабул қилиши керак. Консолидация босқичида шифокор оёқ-қўлларга босқичма-босқич оғирликни кўтаришни тавсия қилади (таёқчалар ёки юргизгичлар ёрдамида), бу ҳам суякларнинг янгиланишига ёрдам беради. Даволаниш охирида бемор таёқчалардан фойдаланишни тўхтатиши мумкин.

Қайта тикланган суякнинг тўлиқ консолидациясига эришилгандан сўнг, чўзиш мосламасини олиб ташланиши мумкин (одатда беморни кечга касалхонада ушлаб туришнинг ҳожати йўқ). Янги суяк тўқимасини кўшимча ҳимоя қилиш учун шифокор гипс қўллаши ёки ташқи фиксатор олиб ташланганидан кейин 3-4 ҳафта давомида ортез кийишни тавсия қилиши мумкин. Ички қурилмани олиб ташлаганингиздан сўнг, қўллаб-қувватловчи бандаж кийишнинг ҳожати йўқ. <https://increaseheight.eu/ru/lengthening-techniques/>

Суяк ўрнини босувчи синтетик моддалар: Идеал синтетик суяк трансплантати остеоиндуктив ўсишни, дифференциаллашмаган содда мезенхимал хужайраларини (илдиз хужайралари), структуравий каркас яратиш учун остеоиндуктив материални, хужайранинг яхши ишлаши учун қулай муҳитни ва хўжайин танасига тўлиқ интеграциялашган ҳолда янги суяк шаклланишини таъминлаши керак.

Композит трансплантатлар бирлаштирилган остеоиндуктив матрица, остеоген хужайралар ёки остеоиндуктив ўсиш омилларини ўз ичига олган материаллардан тайёрланади. Улар кранио-фасциал реконструкцияда, яхши сифатли суяк ўсмаларида, суяк трансплантатлари кенгайтиргичлари ёки стабиллашган синишлар ва бирикмасликлар учун трансплантат ўрнини босувчи восита сифатида кенг қўлланилади. Уларнинг натижалари аутоген суяк трансплантацияси натижалари билан таққосланади ва асоратларни келтириб чиқармайди. Улар, шубҳасиз, ўрнатилган аутоген "олтин стандарт" дан ўзиб кетади.

Ҳозирги даврда урфда оссификацияланмаган фиброма, аневризмал ва оддий суяк кисталари каби яхши сифатли ҳосилаларни ёпиқ, минимал инвазив даволашда, калтсий сульфат ёки ёнбош суягидан суяк илиги аспири билан боғланган деминерализацияланган суяк матричасини (ДБМ) очиқ кюретажсиз тери орқали инъекция қилишдир, бу илдиз хужайраларнинг ўсишини таъминлайди 1, 31. Инъекцион кальций фосфат ва гидроксипатит цемент вазифасини бажарувчи ва механик кучни таъминловчи ёриқлар ва яхши сифатли ўсмаларда ишлатилган.

Суяк трансплантатлари: Аутоген суяк трансплантати олтин стандарт ҳисобланади. У интеграция ва тикланиш учун муҳим компонентларни ўз ичига олади: остеоиндуктив ўсиш омиллари, остеоиндуктив матрица, остеоген суяк илиги илдиз хужайралари. Унинг камчилик томони донор соҳасида жарроҳлик асоратлари ва скелет тизимида чекланган миқдордаги трансплантацияга эга бўлган оз сонли донор соҳаларини ўз ичига олиши мумкин. Томирланган кичик болдир суяги трансплантатлари қон томир бўлмаган трансплантатларга қараганда тезроқ бирлашади ва агрессив яхши сифатли суяк ўсмаларини даволашда юқори натижаларни кўрсатади. Остеохондрал аутоген трансплантация операцияси бўғим тоғайига яқин жойлашган ҳамда унинг эрозияси кузатиладиган яхши сифатли ўсмаларни даволаш учун амалга оширилиши мумкин. Трансплантат одатда сон суяги латерал мушагидан чиқарилади.

Сон суяги проксимал қисми ўсмаларида эндопротезлаш

Эндопротез ёрдамида сон-чаноқ бўғимининг дистал резекцияси ва реконструкцияси хавфсиз ва ишончли усул бўлиб, кўпчилик катта ёшдаги беморларда яхши функция бажаришни ва маҳаллий ўсма назоратини таъминлайди.

Эндопротезлаш проксимал сон суяги ва елка суягининг йирик нуқсонларини тиклашда ҳам фойдалидир. Қўшма реконструкция қилиш учун ишлатилиши мумкин бўлган бошқа усуллар - аллопротезли композитлар ва остеоинтез билан боғлиқ қаттиқ остеоартикуляр аллотрансплантатлар. Артродезни амалга оширишда аутоген ёки аллоген суяк пластикаси ҳам қўлланилади.

4.4. Муолажадан кейинги кузатув:

Операциядан кейинги кузатув

Операция тугагандан сўнг, бемор уйғонгунга қадар интенсив терапия бўлимида қолади. Кейин қон кўрсаткичларини, юрак-қон томир, нафас олиш ва метаболик тизимларни барқарорлаштириш учун зарур интенсив терапия чоралари ўтказилади. Курс

натижалари ижобий бўлса ва асоратлар бўлмаса, интенсив терапия муддати 1-2 соатни ташкил қилади.

Жарроҳлик ярасини назорат қилиш, шу жумладан стерил салфеткалар ва ёпишқоқ лента билан қопланган ямоқларни алмаштириш 2-куни амалга оширилади; Бинтлар операциядан 14-15 кун ўтгач бутунлай олиб ташланади. Эртаси куни беморга ётоқда туришга рухсат берилади. Операциядан кейинги 2-3 кундан бошлаб терапевтик жисмоний тарбия ва нафас олиш машқлари буюрилади.

Суякнинг жароҳат майдонида дегенератив-дистрофик белгилар мавжуд бўлса, тегишли даволовчи чоралар кўрилади.

Операциядан кейинги лаборатор мониторинг

Ижобий динамика пайдо бўлгунга қадар (кейинчалик - кўрсатмалар бўйича) гемоглобин даражасини (операция пайтида қон йўқотиш бўлса) ва қондаги яллиғланиш ўзгаришларини (жарроҳлик яраси билан боғлиқ муаммолар мавжуд бўлса) кузатиш учун кўрсатмалар бўйича умумий қон текшируви.

Биокимёвий қон таҳлили (агар кўрсатилган бўлса).

Операциядан кейинги медикаментоз таъминланиш

Жарроҳлик ярасидан инфекция асоратларни олдини олиш учун кенг спектрли антибиотиклар камида 4-5 кун давомида буюрилади (доза беморнинг тана вазнига ва ҳолатига боғлиқ).

Опиатлар, аналгетиклар ва стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар оғриқнинг кучлилигини ҳисобга олган ҳолда буюрилади.

Бемор жарроҳлик бўлиmidан тавсиялар билан чиқарилади: бандаж кийиш ва ҳар куни яраларга ишлов берисх, даволовчи жисмоний машқлар терапияси.

Амбулатор шароитда беморларни бошқариш

Беморга уйга рухсат берилгандан кейин 1 ой ўтгач кузатувга келиш тавсия этилади. Шу билан бирга, беморнинг клиник ҳолати, янги шароитларга мослашиши, операция жароҳатларидан кейинги ҳолат, олдинги тавсияларнинг бажарилиши, шунингдек, беморнинг фикри ва мумкин бўлган шикоятлари баҳоланади. Рентгенография фақат клиник текширувда аниқланган салбий ўзгаришлар мавжуд бўлганда амалга оширилади.

Ҳар қандай асоратлар бўлмаса, олдинги кўрсатмаларга риоя қилиш тавсия этилади, кейинги назорат текшируви операция қилинган кундан бошлаб 6 ойдан 8 ойгача бўлган муддатга режалаштирилиши керак;

Даволаш нуқтаи назаридан, жисмоний машқлар билан даволаш дастурини кенгайтириш тавсия этилади - мушакларни кучайтириш мақсадида. Кейинги кузатув текшируви операция қилинган кундан бошлаб 6 ой ва 1 йилга мўлжалланган.

4.5. Даволашнинг самарадорлик кўрсаткичлари:

Яхши натижа- тўлиқ тикланишга эришилди.

Қониқарли натижа- қисман тикланишга эришилди.

Қониқарсиз натижа- ёмон сифатли ўсмага ўтди

5. Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

5.1 Режали касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Тананинг таъсирланган ҳудудларида оғриқ, деформация ва дисфункция.

5.2 Шошилич касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Шошилич касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар зарарланган суякнинг патологик синиши ҳисобланади.

6. Касалхона даражасида даволаш тактикаси:

6.1. беморни кузатиш картаси, беморни йўналтириш:



7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

7.1. манфаатлар тўқнашувининг йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар:

манфаатлар тўқнашуви йўқ;

7.2. экспертлар (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари) маълумотлари:

1. Тияжов А.Б. – тиббиёт фанлари доктори, Республика болалар ортопедияси маркази директори

2. Дурсунов А.М. -Тиббиёт фанлари доктори асоратли жароҳатлар бўлими профессори, РИИАТМТВО

7.3. протоколни кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш:

протоколни ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар исботланганлик даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш.

"ЯХШИ СИФАТЛИ СУЯК ЎСМАЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ

Тошкент – 2025 йил

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Яхши сифатли ўсмалар энг яхши прогнозли неоплазмалардир. Улар ўсишнинг автоном кенгайган тури билан ажралиб туради, яъни улар четга суриб, қўшни тўқималарни сиқиб чиқаради, лекин улар ичида ўсмайди. Бундай шаклланишлар метастазланишга мойил эмас. Кўпгина ҳолларда, улар атрофдаги тўқималардан аниқ чегараланган, уларга ўсиб қирмайди ва беморнинг умумий ҳолатининг ёмонлашишига олиб келмайди. Аммо уларнинг баъзилари суякнинг оғир деформациясига ва ҳатто малигнизацияланишига (малигните) олиб келиши мумкин. Шунинг учун яхши сифатли суяк ўсмаларини даволаш кўпинча талаб қилинади. <https://cito11.ru/chto-my-lechim/kostnaya-patologiya/dobrokachestvennye-opuholi/>

Бирламчи суяк ўсмалари одамда учрайдиган барча ўсмаларнинг 0,2% ни ташкил қилади. Яхши сифатли суяк ўсмалари ёмон сифатли ўсмаларга қараганда 2-2,5 марта тез-тез учрайди. Ҳозирги вақтда патологик жараённинг узок асимптоматик кечиши туфайли суякнинг яхши сифатли ўсмалари частотаси тўғрисидаги маълумотлар сезиларли даражада кам баҳоланган деган фикр мавжуд. Кўпинча яхши сифатли суяк ўсмалари инсон ҳаётининг дастлабки 3-4 ўн йилликларида, яъни энг ижтимоий аҳамиятга эга иш даврида содир бўлади. Шу билан бирга, эркаклар аёлларга қараганда 1,5 марта тез-тез касалланади. <https://samsmu.ru/files/referats/2018/prihodko/dissertation.pdf>

Суяк ҳужайралари назоратсиз равишда бўлиниб, тўқималар массасини ҳосил қилганда суяк шиши ривожланади. Кўпинча суяк ўсмалари яхши сифатли, яъни бу саратон эмас ва ўсма тарқалмайди. Бироқ, ҳатто яхши сифатли ўсмалар ҳам суякларни заифлаштириши ва синиши ва бошқа муаммоларга олиб келиши мумкин. Албатта, суяк саратони янада хавфлидир - у оддий суяк тўқимасини йўқ қилади ва метастаз бериши мумкин, яъни. тананинг бошқа қисмларига тарқалади. https://medintercom.ru/articles/opuholi_kostej

Кўпинча суяк ўсмаси умуман ўзини намоён қилмаслиги мумкин. Ва шифокор бошқа сабабларга кўра ташриф буюрганида рентген нурлари текшируви орқали ташхис қўяди. Мисол учун, бойламларнинг чўзилиши туфайли. Аммо суяк ўсмасининг асосий белгиси ҳосила ҳудудида оғриқ ҳам бўлиши мумкин. Бу кўпинча кучли машғулот пайтида ёки кечаси кучаядиган тўмтоқ оғриқ сифатида тасвирланади. Травмалар суяк ўсмаларига олиб келмайди. Аммо ўсма туфайли заифлашган суякнинг травма натижасида синиши кузатилиши мумкин. Ва бу аллақачон кучли оғриқларга сабаб бўлади. Суяк ўсмасининг бошқа белгилари орасида иситма, тунда терлашнинг кўпайиши, суяк атрофида шиш ва оқсоқлик бўлиши мумкин. https://medintercom.ru/articles/opuholi_kostej

2.2. Таъриф:

"Яхши сифатли суяк ўсмалари" атамаси суяк ва тоғай ҳужайрали ва ҳужайралараро элементларнинг кўпайиши натижасида суяк тўқималарининг анормал ўсиши билан бирга келадиган бир қатор патологияларни бирлаштиради. Инглиз тилидаги адабиётларда, хусусан, ЖССТ тавсияларида яхши сифатли ўсмалар гуруҳига суяк кисталари ва баъзи диспластик патологиялар киритилади.

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/boneWHOclass.html>

Яхши сифатли суяк ўсмаларининг этиологияси номаълум. Ўсма жараённинг ривожланишини неоплазия, травма, инфекция ва яллиғланиш билан боғлайдиган назариялар мавжуд. https://en.wikipedia.org/wiki/Bone_tumor. Ҳозирги вақтда мавжуд

бўлган диагностика усуллари ўсма турини тўғри аниқлаш имконини беради. Онкологик патологиялардан фарқли ўлароқ, яхши сифатли суяк ўсмалари, камдан-кам истиснолардан ташқари, ёмон сифатли ўсмага мойил эмас. Шу муносабат билан, ортопедлар учун муҳим вазифа - яхши сифатли ўсмани онкологик патологиядан тезда ажратишдир.

М.В.Волков бўйича тасниф

<https://booksmed.info/ortopediya/2731-ortopediya-i-travmatologiya-detskogo-vozrasta-volkov.html>

Остеоген касалликлар

- остеома

- остеоид- остеома
- остеобластокластома (суякнинг йирик ҳужайрали ўсмаси)
- хондрома
- хондробластома
- суякнинг хондромиксоид фибромаси
- суяк фибромаси
- остеоген бўлмаган суяк фибромаси

Остеоген бўлмаган касалликлар

- суяк гемангиомаси
- суяк липомаси
- суяк нейромаси
- хордома

3. Диагностика ва даволашнинг усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

Суякларнинг ўсмали асоратларини ташхислаш уларнинг сезиларли хилма-хиллиги ва аниқ эрта белгилари йўқлиги сабабли жуда қийин. Яхши сифатли ўсмалар одамнинг умумий ҳолатини ўзгартирмасдан енгил намоён бўлади:

- оғриқ синдроми кам ифодаланган ёки йўқ;
- унинг устида ўзгармаган юмшоқ тўқималар билан шиш ва деформацияни аниқлаш мумкин;
- бўғимларнинг ҳаракатчанлигини чеклаш ўсманинг катта ўлчамлари ва периартикуляр жойлашиши билан кузатилади;
- ўсманинг ўсиши йўқ ёки жуда секин;
- патологик синиш пайдо бўлиши мумкин. <http://attic.volgmed.ru/depts/trauma/s/m1.pdf>

Шикоятлар:

- Оғриқ.

Яхши сифатли суяк ўсмалари кам ёки умуман оғриқ бўлмаслиги билан тавсифланади. Ўсма соҳасидаги синиш билан кучли оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Кечаси кучаядиган оғриқ остеоид-остеомага хосдир. Агар ўсма нерв элементларини қисиб қўйса, невроген оғриқлар пайдо бўлиши мумкин.

- ўсма жойлашган жойда шишнинг мавжудлиги, кўпинча беморнинг ўзи текканида оғриқнинг йўқлиги.

Анамнез: Шикоятларнинг пайдо бўлиш вақтини ва уларнинг ривожланиш характерини аниқлаштириш керак. Яхши сифатли ўсмаларда шикоятларнинг тез ривожланиши шифокорни онкологик жараён ҳақида огоҳлантириши керак. Шифокор, шунингдек, ҳосилаларнинг пайдо бўлиш вақтини ҳам аниқлаштириши керак, шунингдек, бунгача қандай диагностика ва даволаш тadbирлари ўтказилди. Такрорий муваффақиятсиз яллиғланишга қарши ва физиотерапевтик муолажалар суяк ўсмасининг мавжудлигини кўрсатади. Агар синиш белгилари аниқланса, шикастланиш ҳолатларини билиб олишингиз керак. Суяк ўсмалари кичик травма туфайли ҳам ёриқлар пайдо бўлиши билан тавсифланади.

Физикал текширув:

Яхши сифатли суяк ўсмаларини аниқлашда қуйидагиларга эътибор бериш керак:

- шиш локализацияси

Суяк ўсмалари кўпинча сон, катта болдир ва елкага таъсир қилади. Барча ҳолатларнинг ярмида остеобластокластомалар соннинг проксимал метафизидида локализацияланади. Болалардаги тоғайли ўсмалар деярли ҳар доим ўсиш зоналари соҳасида ўсади.

- шиш соҳасидаги терининг ҳолати

Яхши сифатли ўсмаларда тери қоплами ўзгармайди. Гиперемия ва гипертермия мавжудлиги шифокорни яллиғланиш ва инфекция сабабларни излашга йўналтириши керак.

- шишнинг мустақамлиги ва пальпацияда оғриқ мавжудлиги.

Кўпгина яхши сифатли ўсмалар қаттиқ, суяк зичлиги, оғриқсиз тегиниш билан тавсифланади.

<https://booksmed.info/ortopediya/2731-ortopediya-i-travmatologiya-detskogo-vozhasta-volkov.html>

3.1. Амалиёт ёки аралашувнинг мақсади:

Суяк ўсмаларини даволаш ўсманинг яхши ёки ёмон сифатли эканлигига боғлиқ. Албатта, онкология жиддийроқ даволанишни талаб қилади.

Яхши сифатли суяк ўсмалари дори воситалари ёрдамида даволанади ёки оддийгина ўз-ўзидан ўтиб кетади. Агар ўсманинг хавfli ўсмага айланиш хавфи мавжуд бўлса, шифокор уни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаши мумкин. Баъзида муваффақиятли даволанишдан кейин ҳам яхши сифатли ўсма яна пайдо бўлади.

https://medintercom.ru/articles/opuholi_kostej

Яхши сифатли суяк ўсмалари ва ўсмага ўхшаш жароҳатларни жарроҳлик йўли билан даволаш учун кўрсатмалар жароҳатнинг биологик фаоллигига, клиник белгиларига ва анатомик жойлашишига боғлиқ. Клиник жиҳатдан асимптоматик шикастланишлар фақат кузатишни талаб қилади ва жарроҳлик аралашувни талаб қилмайди. Кўпгина яхши сифатли ўсмалар учун энг яхши даволаш усули ўчоқ ичи кюретажи, сўнгра суяк ва қўшни бўғимнинг структуравий яхлитлиги ва функционал барқарорлигини сақлаш учун суякни пластика қилишдир. Рецидивнинг ўсмага хос хавфига қараб, қўшимча суяк азот ёрдамида фенол инстиляцияси ёки криотерапия каби ёрдамчи чоралар қўлланилиши мумкин. Бир камерали ювенил суяк кистаси ёки остеоид-остеома учун муқобил минимал инвазив усуллар, масалан, кортикостероид инъекциялари ва КТ бўйича тери орқали олиб ташлаш клиник амалиётга муваффақиятли киритилган. Ўсма фаоллигига қараб, такрорий ўчоқларни ясили ёки сегментар резекция билан даволаш тавсия этилади. Радикал ва агрессив жарроҳлик ёндашуви даволаш билан боғлиқ бўлган касалликка, яъни асоратлар даражасига, реконструктив стабилизация имкониятларига ва натижада функционал

камчиликларга, ортопед-жарроҳ учун қийин вазифа бўлган қарор қабул қилишда мувозанатли бўлиши керак. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12491047/>

Патологик бўшлиққа доривор моддалар ва биологик материалларни киритиш билан ўсмани пункция қилиш минимал инвазив процедура бўлиб, унда шифокор ташхис учун орган ёки ўсмадан тўқима намунасини олиш учун махсус игна ишлатади. Ушбу процедура ультратовуш, рентген ёки компьютер томографияси ёрдамида тўқима намунасини олиш керак бўлган аниқ жойни аниқлаш учун бошқарилади.

Игнаги биопсиянинг асосий афзалликларидан бири унинг минимал инвазивлигидир. Бу шуни англатадики, процедура катта кесмалар ёки жарроҳлик амалиётини талаб қилмайди, бу бемор учун камроқ хавф туғдиради ва процедурадан кейин тикланиш вақтини қисқартиради.

Бундан ташқари, игна биопсияси саратон касаллигини ташхислашнинг аниқ ва ишончли усули ҳисобланади. Бу эса эрта босқичларда саратон мавжудлигини аниқлаш имконини беради, бу даволаш самарадорлигини ва тикланиш имкониятларини сезиларли даражада оширади.

Жараён, шунингдек, тежамкорроқдир, чунки у юқори даволаш ва тикланиш харажатларини талаб қилмайди, бу эса кўпроқ беморларга кўриш имконини беради. Пункцион биопсия беморнинг терисида ёки танасида сезиларли из қолдирмайди, бу жараёндан кейин психологик ноқулайликни камайтиради.

<https://cancercentersofia.ru/about/articles/punktsionnaya-biopsiya.html>

2. Ўсманинг маргинал резекцияси: Қирғоқли суяк резекцияси яхши сифатли ҳосилалар (остеохондрома, аневризмал суяк кистаси, остеоид-остеома, остеобластома, остеоген бўлмаган фиброма ва бошқалар) учун суяк патологиясида жарроҳлик аралашувнинг энг машҳур турларидан биридир. Сегментар резекциядан фарқли ўлароқ патологик суяк тўқимаси билан бирга соғлом суяк тўқимаси ҳам олиб ташланади. Кенг қамровли резекциялар пайтида олиб ташланган ўсма майдони суяк пластикаси (ауто- ёки аллотрансплантат) ёки имплантлардан фойдаланишни талаб қилади. Қирғоқли суякни резекция қилиш усули ҳам экстраоссал, ҳам интраоссал амалга оширилади. Кўпинча патологик тўқима суяк ичида жойлашганлиги сабабли, бундай ҳолларда олиб ташлаш соғлом суякка қадар амалга оширилади.

Жарроҳлик аралашувини етарли даражада амалга ошириш учун операциядан олдинги режалаштириш, бу усул амалга ошириладиган ташхисни текшириш муҳимдир. Оптимал кириш йўлини танлаш ва ёрдамчи ортопедия усулларини танлаш учун тавсия этилган суяк резекциясининг ҳажмини тушуниш керак. Биринчи босқич суяк тўқималарининг майдони (шу жумладан патологик ҳосилалар билан) очилади. Суяк тўқималарининг кортикал қатламидан ўтиш учун ўткир пичоқлар, дрель, тебранувчи арра ёки бурғулаш ишлатилади. Бундай ҳолда, резекция ўсма соҳасидан ўтмаслиги керак ва иложи бўлса, соғлом тўқималар соҳасида амалга оширилади. Кейинчалик, худди шу асбоблар ёрдамида патологик тўқималар йиғилади. Патологик тузилмаларни олиб ташлаганингиздан сўнг, аралашув жойида кесгичлар ва соғлом тўқималарга бурғулаш ёрдамида кюретаж ўтказилиши мумкин, бу керак бўлганда патологик неоплазмани энг абластик тарзда олиб ташлашга ва керак бўлганда суяк пластикаси учун жой яратишга имкон беради. .

<https://cito11.ru/to-specialists/kraevaya-rezeksiya-kosti/>

Экскохлеация: Операция қуйидагича амалга оширилади: таъсирланган суякка киришдан сўнг, патологик марказ даражасида кортикал қатламнинг фенестрланган трепанацияси амалга оширилади. Кортикал пластинкани очгандан сўнг, Фолькманн қошиғи ёрдамида

Ўсма тўқимаси эхкоклеация билан эҳтиёткорлик билан чиқарилади. Олиб ташлаш сифатини назорат қилиш кўринарли бўлиши керак. Ушбу босқичдан сўнг, ҳосил бўлган бўшлиқнинг деворлари фрезалаштиргич билан ишлов берилади. Бўшлиқ фурациллин билан яхшилаб ювилади ва 70% спирт билан тозаланади. Олинган бўшлиқ суяк трансплантати билан алмаштирилади. Яра қатламлар бўйича тикилади.
<https://rep.bsmu.by/bitstream/handle>.

Соғлом тўқималар доирасида суякнинг сегментар резекцияси, кейинчалик ташқи маҳкамлаш мосламалари ёрдамида оёқ-қўлнинг чўзилиши - суяк резекцияси.

1. Маргинал резекция - суякнинг четида чекланган патологик жараёни олиб ташлаш.
2. Сегментар резекция - ўсмалар учун ишлатилади ва одатда таъсирланган суяк сегментини олиб ташлаш билан субпериостал тарзда амалга оширилади. Суякнинг бир қисмини олиб ташлангандан сўнг, нуқсон қолади ёки суяк ауто- ёки аллопластикаси амалга оширилади.

<https://ya.ru/images/search?img>.

3.2. Амалиёт ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

- оғир даражадаги анемия
- компенсацияланмаган соматик касалликлар
- эпилепсия
- кахексия

3.3. Жараён ёки аралашув учун кўрсатмалар:

- консерватив давонинг самарасизлиги яхши сифатли суяк ўсмалари даволанмаган беморлар.

3.4. Жараён ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:

талаблар:

Оператор ёки биринчи ёрдамчи сифатида ушбу операцияда иштирок этиш бўйича малака ва тажрибага эга бўлган ортопед-травматолог.

3.5. Жараён ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Инструментал тадқиқот усуллари орасида рентгенография, компьютер томографияси ва магнит-резонанс томография, ангиография ва бошқаларнинг махсус диагностик қийматини таъкидлаш керак.

3.6. Амалиёт ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:

Асептик ва антисептик чораларга риоя қилган ҳолда тасдиқланган СанПИН талабларига мувофиқ жиҳозланган операция хонасининг мавжудлиги, малакали анестезиология ва реанимация гуруҳининг мавжудлиги.

Ускуналар: операция столи, операция лампаси, электрокоагулятор, кичик жарроҳлик ва травма тўпламлари, стерил чойшаблар, стерил боғичлар, бир марталик сарфланадиган материаллар. Анестетик ва антисептик дорилар.

3.7. Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

Беморларни процедурага тайёрлаш учун махсус талаблар йўқ.

Бемор лаборатория ва функционал текширувдан сўнг анестезиолог томонидан текширилади. Кўрсаткичларга кўра, қўшимча текширув, тегишли мутахассислар билан маслаҳатлашиш ва даволашга тайёргарлик чоралари келишиб олинади. Анемия мавжуд бўлганда, гемоглобин даражасини режалаштирилган тузатиш зарур.

Тавсия этилган анестезия тури билан вена ичи наркозидир.

3.1 Операциянинг мақсади:

- режалаштирилган операция, суяк қалинлашувининг мавжудлиги, суяк ўсиши, бўғимларда ҳаракатларнинг чекланиши ва оғриқнинг мавжудлиги.

3.2 Жараён ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

- оғир анемия
- компенсацияланмаган соматик касалликлар
- эпилепсия
- кахексия

Яхши сифатли суяк ўсмаларининг турларининг хилма-хиллиги, уларнинг курсининг ўзгарувчанлиги, клиник, анатомик ва гистоморфологик маълумотлар, фақат маълум турдаги ўсмаларга хос бўлганлиги, турли хил жарроҳлик усулларидадан фойдаланишни белгилайди.

3.3 Жарроҳлик учун кўрсатмалар:

- Узоқ муддатли оғриқ синдроми
- ўсма ҳудудида кўзга кўринадиган протрусион
- кортикал пластинканинг юпқалашиши
- Яқин атрофдаги нейроваскуляр магистралларнинг шиши билан сиқиш
- ўсмадан таъсирланган суякнинг деформацияси
- Патологик синиш ёки ўсманинг бўғим бўшлиғига тушиши хавфи.
- ўсма жараёнининг қайталаниши.

3.4 Жараён ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:

Оператор ёки биринчи ёрдамчи сифатида ушбу операцияда иштирок этиш бўйича малака ва тажрибага эга бўлган ортопед-травматолог.

3.5 Операцияга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

- умумий қон таҳлили
- умумий сийдик таҳлили
- қон биохимик таҳлили
- Коагулограмма
- Гепатит В экспресс усули
- Гепатит С Экспресс усули
- Қон ивиш вақти
- қондаги D витамини даражаси (кўрсатма бўйича)
- RW учун қон тести.

- Қонда кальций, фосфор, ишқорий фосфатаза (кўрсатма бўйича)
- ЭКГ.
- Ультратовуш доплерографияси. (кўрсатма бўйича)

Мутахассислар билан маслаҳатлашув: кўрсатмаларга кўра онколог, терапевт, анестезиолог, невролог ва бошқа мутахассислар.

3.6 Жараён ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:

Асептик ва антисептик чораларга риоя қилган ҳолда тасдиқланган СанПИН талабларига мувофиқ жиҳозланган операция хонасининг мавжудлиги, малакали анестезиология ва реанимация гуруҳининг мавжудлиги.

Ускуналар: операция столи, операция лампаси, электрокоагулятор, кичик жарроҳлик ва травма тўпламлари, стерил чойшаблар, стерил боғичлар, бир марталик сарфланадиган материаллар. Анестетик ва антисептик дорилар.

3.7 Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

Бемор лаборатория ва функционал текширувдан сўнг анестезиолог-реаниматолог томонидан текширилади. Кўрсаткичларга кўра, кўшимча текширув, тегишли мутахассислар билан маслаҳатлашиш ва даволашга тайёргарлик чоралари келишиб олинади. Анемия мавжуд бўлганда, гемоглобин даражасини режалаштирилган тузатиш зарур.

Болаларда тавсия этилган анестезия тури вена ичи анестезияси, катталарда - ўтказувчанлик ва орқа мия анестезияси.

Беморни операциядан олдин тайёрлаш.

Ичакларни бўшатиш ва кесилган жойнинг терисини тозалаш умумий қабул қилинган жарроҳлик техникасига мувофиқ амалга оширилади.

Операция бошланишидан 2 соат олдин, ўпкадан ва жарроҳлик яраларидан юқумли асоратларни олдини олиш учун, ёшга оид дозаларда кенг спектрли антибактериал воситалардан бири буюрилади.

Операция турлари:

1. Патологик бўшлиққа доривор моддалар ва биологик материалларни киритиш учун ўсмани пункция қилиш
2. Ўсмани ясси резекция қилиш
3. Экскохлеация билан ясси резекция
4. Соғлом тўқималар ичидаги суякнинг сегментар резекцияси.

Ушбу аралашувларни амалга ошириш учун инъекция, эндоскопик ва очиқ усуллар қўлланилади. Ўсма олиб ташланганидан кейин ҳосил бўлган суяк нуқсонларини тўлдириш учун аутолог ва аллоген суяк трансплантатлари, синтетик материаллардан имплантлар, остеоиндуктив воситалар, масалан, деминерализацияланган суяк матрицаси (ДБМ), суяк морфогенетик оқсили (БМП) ва ўсиш омиллари (фибробластлар, тромбоцитлар ва бошқалар)) ишлатилади. Аутологик суяк илигининг илдиз хужайралари билан инъекциялари остеогенезга ёрдам беради.

Шаклланган суяк нуқсонининг жойлашуви ва ҳажмига қараб, пластинкалар, винтлардек, компрессион-дистракцион мосламалари каби жарроҳлик майдонини тузатиш учун остеосинтез талаб қилиниши мумкин.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4783675/>

3.8. Даволашнинг самарадорлиги кўрсаткичлари:

Яхши натижа-Бўғимларда функционал ҳаракат оралиғини тиклаш.

Қониқарли натижа- зарарланган бўғимнинг қисман тузатишга эришилди.

Қониқарсиз натижа- хавфли ўсмага ўтиш.

diseases.medelement.com/disease/доброкачественные...

**“ЯХШИ СИФАТЛИ СУЯК ЎСМАЛАРИ” НОЗОЛОГИЯСИДА
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025 йил

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Суякнинг яхши сифатли бирламчи ўсмалари нисбатан кам учрайди, бу ташхис ва даволашда маълум қийинчиликларни келтириб чиқаради. Суякларнинг ўсмасимон зарарланиши ўсма бўлмаган, аммо ўсмага ўхшаш зарарланишдир. Уларни билиш ҳам муҳим, чунки улар суяк ўсмалари билан чалкаштириши ва бунинг натижасида даволаш чала ёки ноадекват бўлиши мумкин.

Яхши сифатли суяк ўсмалари ва Суякларнинг ўсмасимон зарарланиши кўпинча беш ёшдан 25 ёшгача ва суяклар ўсиши энг юқори бўлган жойларда содир бўлади, тахминан 60% ҳолларда тизза соҳасида содир бўлади. Шу сабабли, улар остеоартикуляр деформациялар, синишлар, оёқ-қўлларнинг узунлиги ва юришнинг бузилишига ва ногиронликка олиб келиши мумкин.

Ушбу касалликларни даволашда янги дорилар, янги турдаги ёрдамчи воситалар, синтетик суяк трансплантацияси ўрнини босувчи воситалар, илғор артроскопия ва радиочастота усулларини қўллаш каби сўнгги ва давом этаётган янгиликлар киритилди.

Бирламчи яхши сифатли суяк ўсмалари камдан-кам учрайди ва кўпинча болалар ва ёшларга таъсир қилади. Турли жойларда жойлашган ўсмалар орасида скелет неоплазмалари тахминан 11,4% ни ташкил қилади. Улар ичида остеохондромалар энг кўп учрайди ва яхши сифатли суяк ўсмаларининг 30% дан 35% ни ташкил қилади. Гигант хужайрали ўсмалар 20%, остеобластомалар - 14%, остеоид-остеомалар - 12% ни ташкил қилади. Қолганларнинг ҳаммаси камроқ тарқалган. Ташхис асосан тасвир ёрдамида амалга оширилади; биопсия камдан-кам ҳолларда талаб қилинади.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32573182/>

Касалликнинг яхши сифатли суяк ўсмалари билан бошланиши одатда асимптоматик бўлиб, касаллик аниқ бўлгунга қадар маълум вақт ўтади (М.В. Волков, 1980). Кўпинча патология бошқа сабабларга кўра ёки шикастланишдан кейин текширув вақтида тасодифан ташхис қилинади. Яхши сифатли ўсмаларни даволаш асосан жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. Суякнинг ўсма касалликларининг энг кўп учрайдиган белгиларидан бири патологик синиш бўлиб, у асосан касалликнинг боришини ва даволаш тактикасини ўзгартиради. Патологик синиш хавфи, жараённинг табиатига қараб, турли муаллифларнинг фикрига кўра, 3% дан 70% гача [2]. Энг кўп учрайдиган ёриқлар суяк кисталари билан содир бўлади - 50-60%. Оссификацияланмаган фибромалар учун - 35-40%, хафтага тушадиган ўсмалар учун - 20-30%, толали дисплазия учун - 50%, остеофиброз дисплазия (Кампаначчи касаллиги) учун - 30%, гигант хужайрали ўсмалар учун - 15 дан 40% гача.]. П.А.Ревеллнинг фикрига кўра, "патологик жараён натижасида ўзгарган суякка кам энергияли травма ёки ҳатто физиологик юклар таъсирида юзага келадиган ёриқлар патологик ҳисобланади" [82]. Б.Лоренс Риггс патологик тўқима ва суякнинг ўзаро таъсирини "мураккаб кўп босқичли жараён" деб таърифлайди ва "ўсма суяк трабекулаларига механик босим ўтказиб, уларнинг ишемияси ва резорбциясига олиб келади", деб таъкидлайди. Бундай ҳолда, аввал ғоваксимон суяк, кейин эса кортикал суяк зарарланади." [85]. Турли муаллифлар "патологик ёриқлар хавфи билан боғлиқ бўлган хавфларни тўғри таъкидлайдилар ва уларнинг профилактикасини қўллашни маслаҳат беришади".
<https://www.citopriorov.ru/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%93%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%20>

2.2. Таъриф - профилактика ёки реабилитация:

Олдини олиш Бу ходисанинг олдини олиш ва (ёки) хавф омилларини бартараф этишга қаратилган турли хил чора-тадбирлар мажмуи. Профилактик тиббий ёрдам (профилактика ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, касалликларнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини англатади. Касалликнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактика чоралари сифатида таснифланиши мумкин бўлган тадбирларга асосланади. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1]

Реабилитация "Соғлиғида муаммолар бўлган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда, инсоннинг функционал имкониятларини тиклашга ва ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" сифатида белгиланади.

2.3. Профилактика ёки реабилитация турлари:

Суяк ўсмаларининг бирламчи олдини олиш қийин, чунки шишлар одатда шикаятлар бошланганидан кейин аниқланади. Одатда бу вақтга келиб ўсманинг катталиги таъсирчан бўлади. Агар яхши ўсма аниқланса, агрессив жарроҳлик тактикаси самарали профилактика ҳисобланади, бу унинг ёмон сифатли ўсмага айланишини олдини олишга ёрдам беради. <https://probolezny.ru/novoobrazovanie-kosti/>

Реабилитация босқичлари:

1-босқич. Даволаш ва реабилитация. Касаллик ёки шикастланишнинг ўткир даврида амалга оширилади.

2-босқич. Эрта стационар тиббий реабилитацияси. Касаллик ёки шикастланишнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида стационар бўлимларда амалга оширилади.

3-босқич. Амбулатор. У реабилитация муассасаларида, улар йўқ бўлганда - амбулатория соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган бўлимларида амалга оширилади. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1]

Даволаш ва реабилитация натижалари кўп жиҳатдан саратон турига ва унинг бутун танада тарқалишига боғлиқ. Хавфли ўсмалар учун қулай прогноз эрта ташхис қўйиш, радиация ва дори воситаларига сезгирлик ва қулай жойлашув билан мумкин.

Беморларнинг турмуш тарзини реабилитация қилиш ва тиклаш:

-Ампутациядан сўнг протезлар қўлланилади. Беморлар одатда 3-6 ой ичида яна юришлари мумкин. Органларни сақлайдиган операциядан сўнг, юриш қобилияти тахминан 12 ой ичида қайтади. Бунинг учун оёқ-қўлларининг функциясини доимий равишда йўқотмаслик учун реабилитация даволашни амалга ошириш керак.

- Даволаниш тугагандан сўнг, бемор шифокор назорати остида бўлиши керак. Агар бирон бир аломат пайдо бўлса, саратоннинг қайталанишини ўз вақтида аниқлаш учун текширувдан ўтиш керак.

-Барча беморлар даволангандан сўнг онколог рўйхатига олинади. Биринчи беш йил ичида улар шифокор томонидан фаол назорат қилиниши керак. Беш йилдан кейин ҳар йили рентген нурлари билан текширувдан ўтиш керак.

<https://www.centerclinic.ru/about/medsprav/o/opukhol-kosti/>

2.4.Жамоат профилактикаси ва индивидуал профилактика тадбирларини ўтказиш тамойиллари:

Жамоат профилактикаси – фуқароларнинг жисмоний ва маънавий куч-қувватини ҳар томонлама ривожлантиришни таъминлаш, соғлиғига зарар этказувчи омилларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан тизимли равишда амалга оширилаётган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва даволаш тадбирлари. аҳоли.

Индивидуал профилактика - профилактика тадбирларини ўз ичига олади рахит, соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш, бу инсоннинг ўзи томонидан амалга оширилади ва амалда соғлом турмуш тарзи, шахсий гигиена, оқилона овқатланиш ва оқилона иш ва дам олиш режими, фаол жисмоний тарбия меъёрларига риоя қилишдан иборат.

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

3.1. Профилактика усуллари ва усуллари:

- бактериял ва вирусли инфекцияларнинг олдини олиш;
- контрактуралар ва бўғимларнинг ҳаракатсизлигини олдини олиш;
- остеопорозни олдини олиш. <https://diseases2.medelement.com/disease>

3.2. Реабилитация усуллари ва усуллари:

-Реабилитация мақсади:

- шикастланган бўғимнинг функцияси ва ҳаракат доирасини тиклаш;
- беморни суякнинг яхши ўсмалари ва унинг оқибатларини эрта тапхислаш ва даволаш ҳақида огоҳлантириш;
- яхши сифатли суяк ўсмалари бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш;
- беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.

4. Профилактика ва реабилитациянинг 3 турига кўрсатмалар:

Қайта тикланиши мумкин бўлган турли касалликлар ва шикастланишлар мавжудлигияхши сифатли суяк ўсмалари ва малигн шишга ўтиш.

5.1 Профилактика турларини аниқлаш мезонлари:

Мавжудлигитурли ва жиддий касалликлар, жароҳатлар, қайта пайдо бўлишияхши сифатли суяк ўсмалаританланган даволаниш пайтида.

5.2 Реабилитация муолажаларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари:

Реабилитация мезонлари беморнинг ёши, ривожланиш этиопатогенези ва касалликнинг оғирлиги, тегишли тиббий муассасалар ва мутахассисларнинг мавжудлиги, бемор учун реабилитация ресурсларининг мавжудлиги.

6. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари:

1-босқич: эрта ташхис

2-босқич: неоплазма пайдо бўлишининг дастлабки белгиларида эрта консерватив даво.

3-босқич: консерватив даво самарасиз бўлса, танлаш ва ўз вақтида жарроҳлик даволаш (вилоят ва республика ихтисослаштирилган клиникаларнинг травма бўлимлари)

4-босқич: профилактика мақсадида беморларни мунтазам назорат қилишқайта пайдо бўлишияхши сифатли суяк ўсмалари ва хавфли ўсмага ўтиш, шунингдек, касалликнинг турли хил асоратлари.

7. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатувчи диагностика тадбирлари:

1) асосий диагностика чоралари: клиник текширув, рентгенография

2) қўшимча диагностика тадбирлари: МСКТ, лаборатория текширувлари.

8. Даражани кўрсатувчи тиббий профилактика ёки реабилитация тактикаси:

1) асосий профилактика ёки реабилитация тадбирлари

Ўз вақтида ташхис қўйиш ва даволанишни танлаш.

2) қўшимча профилактика ва реабилитация тадбирлари

Белгиланган даволанишдан кейин мутахассислар томонидан даврий профилактик текширув.

9. Профилактика ва реабилитация тадбирлари самарадорлиги кўрсаткичлари:

Яхши натижа-Бўғимларда функционал ҳаракат оралиғини тиклаш.

Қониқарли натижа- зарарланган бўғимнинг қисман тузатишга эришилди.

Қониқарсиз натижа- хавфли ўсмага ўтиш. злокачественную опухоль.

[diseases.medelement.com>disease/доброкачественные...](http://diseases.medelement.com/disease/доброкачественные...)

Адабиётлар рўйхати

1. Стогов М.В., Лунева С.Н., Митрофанов А.И., Ткачук Е.А. Особенности химического состава содержимого костных кист в зависимости от стадии их развития. Клиническая лабораторная диагностика. 2012;11: 21-22. <https://www.dissercat.com/content/khirurgicheskie-aspekty-zameshcheniya-dobrokachestvennykh-kistoznykh-defektov-kostnoi-tkani>.
2. Белокрылов, Алексей Николаевич. Хирургические аспекты замещения доброкачественных кистозных дефектов костной ткани в детском возрасте тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.01.15, кандидат наук 2017 год. <https://www.dissercat.com/content/khirurgicheskie-aspekty-zameshcheniya-dobrokachestvennykh-kistoznykh-defektov-kostnoi-tkani>.
3. Michael J. Joyce, MD, Cleveland Clinic Lerner School of Medicine at Case Western Reserve University; David M. Joyce, MD, Moffitt Cancer Center. Доброкачественные опухоли костей и костные кисты. 2022 год. [Доброкачественные опухоли костей и костные кисты - Нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани - Справочник MSD Профессиональная версия \(msdmanuals.com\)](#)
4. Абушкин И.А., Носков Н.В., Неизвестных Е.А., Котляров А.Н Малоинвазивное лечение костных кист с использованием лазерной термотерапии // Основные достижения научных школ ЮУГМУ: Сборник материалов научно-практической конференции, посвященной 70-летию Южно-Уральского государственного медицинского университета. — 2014. — С. 9-12. [Злокачественные опухоли костей и доброкачественные, их симптомы и классификации в статье травматолога Николенко В. А. \(probolezny.ru\)](#).
5. Post-operative pain management. In: Bader P, Ehtle D, Fonteyne V, Livadas K, De Meerleer G, Paez Borda A, Papaioannou EG, Vrancken JH. Guidelines on pain management. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU); 2010 Apr. p. 61-82. [88 references] 7. BNF 67, April 2014 (www.bnf.org). [Кисты костей > Клинические протоколы МЗ РК - 2014 \(Казахстан\) > MedElement](#)
6. Демичев Н.П. Диагностика и криохирургия костных кист / Н.П.Демичев, А.Н.Тарасов — М. : МЕДпрессинформ, 2005. — 144 с. ISBN 598322097 [диагностика и криохирургия костных кист.pdf](#)
7. ОВЕЧКИНА АННА АЛЕКСАНДРОВНА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КИСТ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук// 3.1.11 – Детская хирургия. [diss-ovechkina.pdf](#)
8. Рогожин Д.В., Коновалов Д.М., Большаков Н.А., Талалаев А.Г., Козлов А.С., Кузин А.С. Аневризмальная костная киста у детей и подростков. Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2017; 16(2): 33-39. <https://cyberleninka.ru/article/n/oslozhnennaya-anevrizmalnaya-kostnaya-kista-okolonosovyh-pazuh-u-rebenka-9-let>
9. Rastogi S, Varshney MK, Trikha V, Khan SA, Choudhury B, Safaya R. Treatment of aneurysmal bone cysts with percutaneous sclerotherapy using polidocanol: a review of 72 cases with long-

- term follow-up. J Bone Joint Surg Br. 2006;88(9):1212–1216. [PubMed] [Google Scholar]
<https://9sargb.ru/news/dobrokachestvennye-obrazovaniya-kostey/>
10. Маметжанов Бурхан Турганович, Плеханов Георгий Алексеевич, Хахалев Евгений Михайлович, Архив - Клинические протоколы МЗ РК - 2010 (Приказ №239).
Доброкачественные новообразования костей - оперативное лечение.
 11. Х Фриче¹, К.Д. Шазер², К. Хофбауэр¹ Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения костей: Общие принципы лечения.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28451704/>
 12. Фрицше Х., Вейдлик А., Шазер К.Д., Менерт Э., Винклер Д.. Доброкачественные опухоли стопы и голеностопного сустава. Раммельт С.EFORT Open, ред. 2023 г., 8 июня; 8 (6): 397-408. doi: 10.1530/EOR-22 0098.PMID: 37289139
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37289139/>

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