

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

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

**“ИЧКИ БЎҒИМ ПРОТЕЗИ БИЛАН БОҒЛИҚ МЕХАНИК
АСОРАТЛАРИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

"КЕЛИШИЛГАН"

Республика ихтисослаштирилган
Травматология ва ортопедия илмий-
амалий тиббиёт маркази директори
М.Ирисметов



_____ 2025 год

**“ ИЧКИ БЎҒИМ ПРОТЕЗИ БИЛАН БОҒЛИҚ МЕХАНИК
АСОРАТЛАР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент - 2025

Мундарижа:

1.	ИЧКИ БЎҒИМ ПРОТЕЗИ БИЛАН БОҒЛИҚ МЕХАНИК АСОРАТЛАР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ диагностика ва даволаш.	5-бет
2.	ИЧКИ БЎҒИМ ПРОТЕЗИ БИЛАН БОҒЛИҚ МЕХАНИК АСОРАТЛАР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ тиббий аралашувлар	27-бет
3.	ИЧКИ БЎҒИМ ПРОТЕЗИ БИЛАН БОҒЛИҚ МЕХАНИК АСОРАТЛАР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ беморлар профилактикаси ва реабилитацияси	36-бет

**“ ИЧКИ БЎҒИМ ПРОТЕЗИ БИЛАН БОҒЛИҚ МЕХАНИК
АСОРАТЛАР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

1. Кириш қисми.

Ушбу протокол бўғимлар тотал эндопротезлаш амалиётидан сўнгги эндопротез компонентлари ностабиллиги долзарблигини инобатга олиб далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, касалликни эрта ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш мақсадида тайёрланди. Протоколни ишлаб чиқиш учун Россия травматолог ва ортопедлари уюшмаси ва ПубМед (МЕДЛАЙН) базаси клиник кўрсатмалари асос қилиб олинди.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medgen/625300>

Код МКБ-10 бўйича

МКБ-10/11	
Код	Бўғимлар эндопротези билан боғлиқ механик асоратлар
T84.0/PK99.2 FA35.0	Бўғимлар эндопротези билан боғлиқ механик асоратлар
Ҳавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=19398

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:

Протокол 2025 йил ишлаб чиқилган. Қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил;

Миллий клиник протокол 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 РШТТЁИМ, т.ф.д., проф.

Муаллифлар рўйхати:

Исми-шарифи	Иш жойи, лавозими ва илмий унвони
1. Валиев О.Э.	– PhD, РИТОИАТМ катталар ортопедияси бўлими раҳбари
2. Мирзаев Ш.Х.	– т.ф.н., РИТОИАТМ жароҳат асоратлари бўлими раҳбари
3. Алимов А.П.	– т.ф.д., РИТОИАТМ катталар травматологияси бўлими раҳбари

Рецензентлар:

Исми-шарифи	Иш жойи, лавозими ва илмий унвони
1. Хамраев А.Ш.	– т.ф.д., ТТА травматология ва ортопедия, ҳарбий дала жаррохлиги кафедраси доценти
2. Базлов В.А.	– т.ф.н., Й.Л.Цивян номидаги Новосибирск травматология ва ортопедия илмий тадқиқот институти илмий ходими.

Клиник протокол РИТОИАТМ илмий кенгашида муҳокама қилинди. Мажлис баённомаси 2025-йил 16.01.даги 1-сон.

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

1. М. М. Салиев-илмий ишлар бўйича РИТОИАТМ директорининг ўринбосари
2. А.Р.Хошимов – ТХКМРМ 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 ишлатилган қисқартма сўзлар

АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АБ	– антибиотик
МРТ	– магнит-резонанс томография
АБТ	– антибактериал терапия
Гр(+)	– граммуsbат микроорганизмлар
Гр(–)	– грамманфий микроорганизмлар
ИАИ	– имплантат-ассоциирланган инфекция
САИ	– синиш-ассоциирланган инфекция
реОс	– ревизион остеосинтез
реЭП	– ревизион эндопротезлаш
ТЯРС	– тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми
ПММА	– полиметилметакрилат

СРО	– С-реактив оксил
ЧСБ	– чаноқ-сон бўғими;

Ушбу нозология протоколи фойдаланувчилари:

Ортопедлар, йиринг хирурглари, рентгенологлар, невропатологлар, умумий амалиёт шифокорлари, физиотерапевтлар, реабилитологлар, анестезиологлар, тиббиёт талабалари, резидентлар, магистрлар.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:

Бўғимлар тотал эндопротезлаш амалиётидан сўнгги эндопротез компонентлари ностабиллиги бўлган беморлар

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш кўлами:

Далилларнинг ишончилиги даражаси	Таърифи
1	Маълумот назорати билан синовларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовларни тизимли кўриб чиқиш
2	Алоҳида рандомизацияланган клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш билан алоҳида тадқиқотлар, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно,
3	Йўналтирувчи усул билан изчил назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган маълумотнома усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки мутахассисларнинг фикри билан асосланган

Профилактик, даволовчи ва реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш кўлами

Далилларнинг ишончилиги даражаси	Таърифи
1	Мета-таҳлил ёрдамида РКТни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлилни қўллаган ҳолда, РКТлардан ташқари ҳар қандай дизайн бўйича индивидуал РКТ ва тизимли тадқиқотлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, ишларни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар

5	Фақат аралашувнинг таъсир механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор
----------	--

Профилактик, даволовчи ва реабилитасия тадбирлари учун далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш кўлами

тавсияларнинг ишончилиги даражаси	Таърифи
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
B	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)
C	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиясиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Тотал эндопротезлаш - бу сон бўғимлари касалликлари ва шикастланишлари оқибатларида оғриқни енгиллаштириш ва функцияни яхшилашга қаратилган самарали жарроҳлик даволаш усулидир [3, 16, 21, 22]. Бирламчи эндопротезлаш амалиётидан сўнг узоқ муддатли натижаларини ўрганиш шуни кўрсатадики, сунъий бўғимнинг 10 йиллик чидамлилиги даражаси тахминан 90% ва 25 йиллик чидамлилиги даражаси 80% [5, 9, 15, 25].

Бирламчи эндопротезлаш амалиёти кўрсатмаларнинг кенгайиши ва ёш беморлар сонининг кўпайиши туфайли ҳар йили ревизион аралашувлар сони ортиб бормоқда [24]. Ушбу клиник тавсиялар чаноқ-сон эндопротезининг мавжудлиги билан боғлиқ йирингли асоратларни даволаш муаммоларини ҳал қилмайди, чунки бу масала алоҳида батафсил муҳокамани талаб қилади.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

2.2. Таъриф:

Чаноқ-сон бўғими эндопротез компонентларининг асептик ностабиллиги

I. Қуйидаги мезонларга жавоб бериши керак:

- жарроҳлик аралашуви билан алоқаси бор;
- асосий касалликнинг табиий ривожланишига боғлиқ эмас;
- Протезлаш амалиётидан кейинг инфекция белгилари йўқлиги
- Чаноқ-сон бўғими эндопротезини бир ёки барча компонентлари ўрнидан силжиганлиги

II. Бундан ташқари, беморларда қуйидаги ҳолатлардан бири учраши мумкин:

- Чаноқ-сон бўғимлари эндопротезининг таркибий қисмлари мавжуд бўлган соҳасидаги оғрик;
- Оёқлардаги таянчсизлик
- Сон бўғимининг пунктатида патологик флоранинг йўқлиги;
- Протезлаш амалиётидан кейинги инфекцияси истисно қилиш - лейкоцитлар сони 2000 / мкл гача бўлган ва цитологик текширув вақтида қўшма аспиратда нейтрофил гранулоцитлар улуши 20% дан кам. Протезлаш амалиётидан кейинги инфекцияси истисно қилиш - тўлиқ қон рўйхати: ЕЧТ 15 дан кам, биокимёвий қон тести: С- реактив оқсил 10 дан кам.

III. Тўғридан-тўғри текширувдан сўнг, такрорий операция пайтида яллиғланиш белгилари бўлмаслиги керак: оқма яра мавжудлиги, гиперемия, жарроҳлик амалиёти соҳасида шишлар.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

2.3. Таснифи:

Жадвал 1. Ацетабуляр нуқсонларнинг таснифи W.Г. Папроский (1994)

Дефект тури	Асетабуляр рим ҳолати	Қуймич косачаси деворлари	Устунлари	Суяк массаси
I тури	интакт	Интакт, винтлар атрофида остеолиз	интакт	>50% ғоваксимон суяк сақланиб қолган
II А тури	Овал, юқорига кўчиши < 2 см, юқори чети, интакт	Овални тепага ўзгарти- риш	интакт, таянччи- лик сақланган	<50%, ғоваксимон суяк сақланиб қолган Склеротик ўзгаришлар учраб туради
II В тури	Овал, том лизис, <2 см юқорига ва латерал миграция	Овални тепага ўзгарти- риш	Интакт, таянччи- лик сақланган	<50% ғоваксимон суяк сақланиб қолган Склеротик ўзгаришлар учраб

				туради
II C тури	Овал	Медиал девор лизиси	Интакт, таянчлилик сақланган	<50% % ғоваксимон суяк сақланиб қолган Склеротик ўзгаришлар учраб туради
III A тури	10 –14 соатлар орасида суяк йўқлиги, Тепага силжиш > 2 см, ± «томчи шакли» лизиси	Юқори даражадаги лизис	Таянчлилик сақланмаган	Мембраноз, Склерозланган
III B тури	9-17соатлар орасида суяк йўқлиги, Тепага ёки медиал силжиш > 2 см, ± «томчи шакли» лизиси	Юқори даражадаги лизис	Таянчлилик сақланмаган	Мембраноз, Склерозланган

Жадвал 2. Сон суяги нуқсонларининг таснифи W.Г. Папроский (2004)

Типлари	Тавсифи
I тип	Сон суяги метафизида ғоваклиликини минимал йўқотилиши диафиз қисми ва кортикал қават ўзгаришсиз; Суяк тўқимаси етишмовчилиги йўқлиги, метаэпифиз таянчилиги сақланган;

II тип	II тоифа – Сон суяк эпиметафиз соҳасида ғоваксимон суяк сезиларли йўқотилиши (ингичкаланиш, бўшлиқлар, склероз жойлари, ҳам маҳаллий, ҳам бутун бўлимга таъсир қилади); эпиметафизда кортикал нуқсонлар бўлиши мумкин; диафизнинг ғоваксимон суяк ва кортикал қават ўзгармайди; эпиметафиз суяк тўқималарининг йетишмовчилиги мавжуд, бу соҳада суякнинг таянчлилик хусусиятлари сезиларли даражада камаяди;
III тип	III тип Сон суяги диафизининг суяк тўқимаси патологик жараёнда иштирок этади (бу турдаги нуқсон диафизнинг йўқ қилинишига қараб икки гуруҳга бўлинади).
III а тип	Суяк метафизининг ғовак ва кортикал қисмининг юқори даражадаги етишмовчилиги сонинг таянч функциясини нисбатан пасайиши. Сон суяги бўйинчаси 4 смдан кўп интактлиги.
III б тип	Суяк метафизининг ғовак ва кортикал қисмининг юқори даражадаги етишмовчилиги сонинг таянч функциясини тўлиқ пасайиши. Сон суяги бўйинчаси 4 смдан кам интактлиги.
IV тип	Сон суяги диафиз кўп қисмида ғоваклилик ва кортикал қаватни бузилиши ва сигментли дефект, протезолди синишлар, оёқ ўқини бузилиши; интакт суяк фақат метаэпифизнинг дистал қисмида сақланган; таянч функция тўлиқ йўқолган

<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/T84.0>

3. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

3.1. Диагностика мезонлари: Ташхис ортопедия бўйича йўриқномада (Ортопедия. Миллий кўрсатмалар. Қўшимча ва таржима, 2014) тасвирланган шикоятлар, ташқи текширув, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари асосида амалга оширилади.

Шикоятлар

Операция ўтказилган бўғимдаги оғриқлар, бўғим функциясининг бузилиши беморларни асосий шикоятлари ҳисобланади (бу клиник протоколда инфекцион асоратлар ҳисобга олинмайди).

Оғриқ синдромининг локализацияси ва табиати асосий билвосита белгилар бўлиб, улар эндопротезнинг у ёки бу компонентини ностабиллигини тахмин қилиш ва дифференциал диагностика ўтказиш имконини беради. Қўймич компоненти ностабиллигида юриш ва жисмоний юклама пайтида чов соҳасида оғриқ пайдо бўлади.

Юриш пайтида сондаги оғриқ, тизза бўғимига тарқаладиган оғриқ, операция қилинган оёқнинг калталигини кучайиши билвосита эндопротезнинг сон компонентинг беқарорлигини кўрсатиши мумкин.

Иккала компонентнинг ностабиллиги клиник жиҳатдан юриш пайтида чов ва сонда оғриқ билан намоён бўлиши мумкин.

Протезлаш жарроҳлик амалиётидан кейинги синишлар бўлса, қоидага кўра, беморнинг шикоятлари ва анамнези ушбу патологик ҳолатни ташхислаш имконини беради, чунки у ўткир шикастланиш ёки тўсатдан ўткир оғриқ синдромининг мавжудлиги билан тавсифланади ҳамда оёқларда таянчсизлик кузатилади.

Эндопротез бошининг чиқиши ўткир оғриқ, оёқнинг калталиги ва нотўғри жойлашиши билан тавсифланади.

Эндопротез компонентларини ейилиши симптомсиз ҳам ўтиши мумкин.

Анамнез:

Касаллик тарихи, хусусан, эндопротезлаш сабаби, беморнинг операциядан кейинги ахволи, операция қилинган оёқнинг ҳолати динамикаси сунъий бўғим имплантациясидан кейинги ҳолатни дифференциал ташхислашда муҳим аҳамиятга эга.

Архив маълумотларини таҳлил қилиш (шу жумладан олдинги жарроҳлик даволашдан олдин ва кейин рентгенограммалар), операция қилинган бўғимнинг динамик рентгенологик текшируви, операция протоколи ва эндопротез мавжуд бўлганда имплантация акти билан танишиш зарур.

Жисмоний текширув:

Беморнинг юришини баҳолаш тавсия этилади. Ёзувчи мускулларининг атрофияси ёки уларнинг яхлитлиги бузилишини истисно қилиш учун ҳаракат амплитудасини текшириш зарур. [12, 13, 14].

Оёқнинг узунлигини ўлчаш тавсия этилади, чунки ревизияда кўпинча узунликни коррекциялаш талаб қилинади. Оёқ узунлигидаги фарқни фақат тос суягининг оддий рентгенограммасидан баҳолаш етарли даражада аниқ бўлмаслиги мумкин [12, 13, 14]

Лаборатор текширувлари

Асосий лаборатория текширувлари:

- қондаги С- реактив оқсил ва эритроцит чўкиш тезлиги.
- умумий қон таҳлили;
- умумий сийдик таҳлили.

А 2	Қондаги С реактив оқсил ва эритроцит чўкиш тезлиги ошиши протезлаш амалиётидан кейинги инфекцияни инкор этиш учун катта аҳамиятга эга.
-----	--

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

Қўшимча лаборатория текширувлари:

- Лейкоцитлар сонини ҳисоблаш билан синовиал суюқликни цитологик текшириш.
- Бўғим аспиратни бактериологик текшириш

В 3	Юзаки яралардан ва оқма йўлларида тампон билан олинган материални микробиологик текшириш тавсия этилмайди.
-----	--

Инструментал текширувлари:

Асосий инструментал текширувлари:

- чаноқ-сон бўғимининг рентгенологик текшируви тўғри ва аксиал проекцияда амалга оширилади.

Қўшимча инструментал тадқиқотлар:

Мультиспирал компьютер томография (МСКТ)

УТТ текшируви

Топ мутахассислар кўриги учун кўрсатма:

Невропатолог - неврологик симптомлар аниқланса;

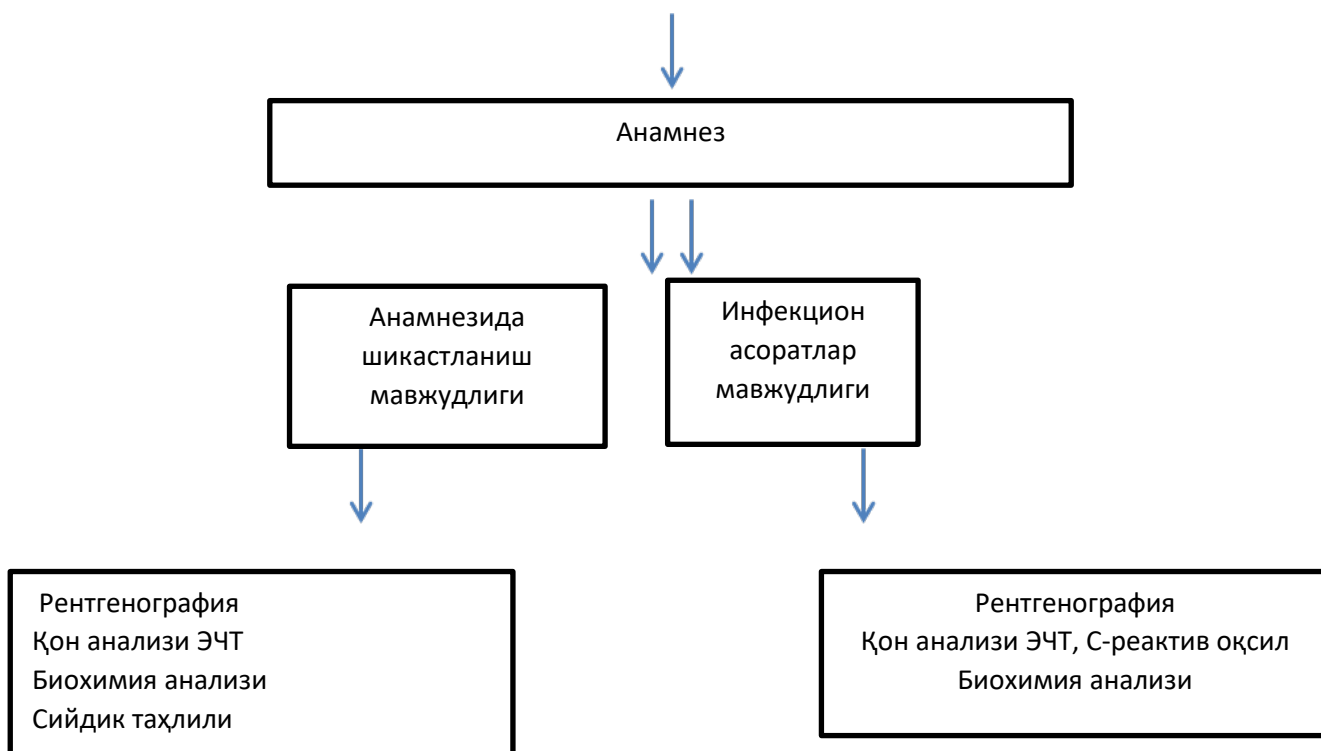
Онколог – рентген текширувида онкология аниқланса;

Уролог - сийдик йўллари инфекцияси аниқланса.

Реабилитолог – беморни реабилитация потенциалини аниқлаш учун.

3.2. Диагностика алгоритми:

Шикоятлар: протезланган бўғим атрофида оғриқ, чаноқ соҳасидаги оғриқ, оёқлардаги таянчсизлик



3.3. Дифференциал диагностика ва қўшимча текшириш усулларини асослаш:

Диагноз	Дифференциал диагностика учун асослар	Текширувлар	Таъхисни истисно қилиш мезонлари
Жаррохлик амалиёти бажарилган сохадаги инфекциялар	Бўғим синдроми	Рентгенография Қон анализи ЭЧТ, С-реактив оқсил Биохимия анализи Йирингли жарроҳи кўриги	Жаррохлик амалиётдан кейинг ярадаги яллиғланиш белгилари, оқма яранинг мавжудлиги
Орқа-мия дегенератив-дистрофик касалликлари	Бўғим сохасидаги оғриқ ва оқсоқланиш	Бел умуртқаси МРТ тасвир	Бел умуртқаси МРТ тасвирида патология йўқ
Катта кўст бурсити	Бўғим сохасидаги оғриқлар	Рентген ва МРТ	Рентген тасвирда катта кўстлар яллиғланиш белгилари

4. Амбулатор шароитда даволаш режаси:

4.1. Номедикаментоз даволаш:

Сон ва болдир мушакларини кучайтиришга қаратилган терапевтик машқлар оғриқни камайтириш ва бўғимларнинг функционал фаоллигини сақлашга ёрдам беради ва самарали усули ҳисобланади. Терапевтик машқлар тамойиллари: частотаси - 8 ҳафтадан кўпроқ вақт давомида ҳафтасига камида учта машғулот, жисмоний машқлар интенсивлиги ўртача, машқлар тури - қаршилиқ билан аэробик, давомийлиги - камида 30 дақиқа. Бундан ташқари, терапевтик машқлар юрак-қон томир касалликларининг олдини олиш нуқтаи назаридан беморлар учун зарурдир. Бироқ, аксарият ҳолларда асептик ностабиллик чанок-сон бўғимида доимий оғриқни келтириб чиқаради, бу эса операция қилинган оёқга юк билан боғлиқ реабилитация тадбирларини амалга оширишни имкон бермайди (12,13)

4.2 Дори- дармонлар билан даволаш

Оғриқни йўқотиш учун ностероид яллиғланишга қарши дорилар

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medgen/625300>

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаларни халқаро номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Ностероид яллиғланишга қарши дорилар	Пропион кислотаси ҳосилалари Фенилсирка кислота ҳосилалари Сулфонамид ҳосиласи Энол кислотаси ҳосилалари	Йўриқномага кўра	1А

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

4.3. Жарроҳлик амалиёти

- **Жарроҳлик амалиёти учун кўрсатмалар:**
- Эндопротез компонентларини асептик ностабиллиги
- эндопротез бошчасини такрорий чиқиши

- эндопротез таркибий қисмларини механик шикастланиши
- эндопротез компонентларининг емирилиши

Жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар:

- оғир анемия
- компенсацияланмаган соматик касалликлар
- эпилепсия
- кахексия

Жарроҳлик амалиётидан олдинги лаборатория текширувлари:

- умумий қон таҳлили
- умумий сийдик таҳлили
- биокимёвий қон таҳлили
- коагулограмма
- гепатит В экспресс усули
- гепатит С экспресс усули
- қон ивиш вақти
- қондаги D витамини даражаси (кўрсатма бўйича)
- RW учун қон таҳлили.
- қонда калций, фосфор, ишқорий фосфатаза (кўрсатмага кўра)
- ЭКГ
- Допплер сонография билан ултратовуш. (кўрсатмага кўра)

Топ мутахассислар кўриги: терапевт, йирингли хирург, анестезиолог, клиник фармаколог, травматолог.

Анестезиологик чора тадбирлар.

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

Тавсия этилган анестезия тури эндотрахеал анестезия, ўтказувчи ва умуртқа анестезияси ҳисобланади.

Беморни жарроҳлик амалиётидан олдин тайёрлаш.

Ичакларни бўшатиш ва кесилган жойнинг терисини тозалаш жарроҳликда умумий қабул қилинган техникага мувофиқ амалга оширилади.

Операция бошланишидан 2 соат олдин ўпка ва жарроҳлик яраларида инфекцион асоратларни олдини олиш учун ёшга мос дозаларда кенг спектрли антибактериал воситалардан бири буюрилади.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medgen/625300>

Жарроҳлик амалиёти турлари:

1. Эндопротез бошчасини очиқ усулда жойига солиш.
2. Реэндопротезлаш.

Операциялар методикаси

Эндопротез бошчасини очиқ усулда жойига солиш

Умумий оғриқсизлантириш ёки спинал анестезия остида беморни соғ томонга ётқизилган ҳолатда, антисептик эритмаси билан оёқ соҳасига ишлов берилади, чаноқ-сон бўғими ташқи олд юзаси эски чандиқ соҳасида тери кесилади. Бўғим қаватма - қават очилади. Эски чандиқлар кесиб олиниб, гемостаз амалга оширилади. Бўғим соҳаси ревизия қилиниб, махсус асбоблар билан эндопротез бошчаси жойига солинади. Текширилганда эндопротез бошчаси барқарорлиги аниқланади. Бўғим антисептиклар билан яхшилаб ювилади. Дренаж найча жарроҳлик хажмига қараб қолдирилади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

Эндопротез компонентларининг ностабиллигида реэндопротезлаш техникаси

Ацетабуляр дефект турига қараб жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш [1, 2, 4, 7, 10, 11, 18, 22, 23]

- I, II типдаги дефектлар - эндопротезнинг ацетабуляр компонентини стандарт ўрнатишдан фарқ қилмайди.
- II B типдаги дефектлар –эндопротезнинг ацетабуляр компонентини стандарт ўрнатиш, зарур ҳолатларда алло ва ауто суяк қўллаш.
- II C типдаги дефектлар - суяк дефектини аутотрансплантат билан тўлдириш ва Burch-Schneider халқасини ўрнатиш. Чаноқ компонентини «пресс-фит» фиксациясини аллотрансплантат ва структур трансплантатлар қўллаган ҳолда амалга ошириш. Бу ҳолатда трабекуляр металллар, масалан тантал ишлатиш мақсадга мувофиқ.
- III A типдаги дефектлар – суяк дефектини аутотрансплантат билан тўлдириш ва Burch-Schneider халқасини ўрнатиш. Чаноқ компонентини «пресс-фит» фиксациясини йирик хажмдаги (56 мм диаметр) ўлчамлар қўллаш, ауто, алло суяк қуқунини қўллаш билан биргаликда олиб бориш керак. Трабекуляр металлдан ясалган чаноқ компонентини танлаш тавсия қилинади.

- ШБ типдаги - суяк дефектини аутотрансплантат билан тўлдириш ва Burch-Schneider халқасини ўрнатиш, структурал аллотрансплантат қўллаш. 3D принтерда индивидуал чоп этилган косача компонентларини ўрнатиш.

Сон суяги дефектининг турига қараб операция тактикани танлаш

- I тип – стандарт ҳолдаги оёқча компонентини «пресс-фит» фиксация қилиш, шунингдек алло ва ауто суяк ишлатиш.
- ПА, ШБ тип - стандарт ҳолдаги оёқча компонентини «пресс-фит» фиксация қилиш, шунингдек алло ва ауто суяк кукунини ишлатиш.
- ПС, Ш тип –ревизион эндопротез оёқчасини ўрнатиш, кортикал алло- ва ауто суяк ишлатган ҳолда.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medgen/625300>

https://diseases.medelemet.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

Эндопротез компонентлари ностабиллигида реэндопротезлаш

Умумий оғриқсизлантириш ёки спинал анестезия остида беморни соғ томонга ётқизилган ҳолатда, антисептик эритмаси билан оёқ соҳасига ишлов берилади, чаноқ-сон бўғими ташқи олд юзаси эски чандиқ соҳасидан тери кесилади. Бўғим қаватма - қават очилади. Эски чандиқлар кесиб олиниб, гемостаз амалга оширилади. Эндопротез қисмларининг ҳолатига баҳо берилади. Биринчи босқичда эндопротез қисмлари куйидаги йўллар билан олиб ташланади:

Цементли фиксацияланган ацетабулум компонентини олиб ташлаш учун цемент мантиясини ажратилади, парчалаланади ва олиб ташланади, сўнгра компонентнинг ўзи олинади.

Цементсиз эндопротез косача компонентини олиш махсус ревизион асбоблар (ацетабуляр компонентни олиб ташлаш учун ревизия тўплами) ёрдамида амалга оширилади. Компонентнинг ўзини чаноқ косаси суяк асосидан ажратувчи (кесувчи) кесгичлар ёрдамида олиб ташланади. Бунинг ордидан эндопротез компонентининг ўзи олиб ташланади.

Цементли фиксацияланган эндопротез оёқчасини олиш махсус ревизион асбоблар билан амалга оширилади, оёқча олингандан сўнг сон суяги каналидан цемент қолдиқлари олиб ташланади.

Цементсиз фиксацияланган ностабил эндопротез оёқчаси қийинчиликсиз махсус асбоблар билан олиб ташланади.

Эндопротез оёқчаси барқарорлиги ҳолатида, сон суяги бўйлама остеотомияси бажариш орқали оёқча олиб ташланади.

Эндопротезнинг беқарор таркибий қисмларини олиб ташлангандан сўнг, юзалар суякчага тозаланади. Яра антисептик эритмалар билан ювилади. Чаноқ косаси фрезалар билан ишлов берилади. Сўнг эндопротез косачаси ўрнатилади (суяк зичлигига қараб цементсиз ёки цемент) . Чаноқ косаси нуқсонлари Папроски бўйича ПС, Ш А бўлса маълумотларига кўра, нуқсонни авто ёки алло суяги билан тўлдириш ва антипротрузион ҳалқа ишлатиш зарур. ШБ ва IV нуқсонлари учун махсус 3D принтерда

тайёрланган индивидуал эндопротез косачаси ўрнатиш тавсия этилади. Сон канали протезлаш учун ишлов берилади ва канал ўлчамига мос эндопротез оёқчаси ўрнатилади. Сон суяги проксимал қисмида нуқсонлар бўлса, ревизион оёқча ўрнатилади. Эндопротез бошчаси жойига солинади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

4.4. Кейинги даволаш:

Операциядан кейинги босқич

Операциядан кейинги дастлабки даврда бемор уйғонгунча интенсив палатада қолади. Ревизион эндопротезлашдан ўтган беморлардан физиотерапия методистлари билан индивидуал машғулотларни талаб қиладилар, операция қилинган бўғимлардаги ҳаракатларни чеклаш зарурлигини тушунтириш ва қатъий риоя қилиш даволовчи шифокор томонидан белгиланган режимга амалга оширилади.

Жарроҳлик жароҳатини кузатиш, шу жумладан дренаж трубасини олиб ташлаш ва боғламларни алмаштириш 2-куни амалга оширилади.

Жарроҳликдан кейинги 2-3 кундан бошлаб терапевтик жисмоний тарбия ва нафас олиш машқлари ўтказилади. Операциядан кейинги эрта даврнинг мақсадлари юрак-қон томир тизими, нафас олиш тизимидан операциядан кейинги асоратларни олдини олиш ва ётоқхонадаги яраларнинг олдини олишдир. Ушбу муаммоларни ҳал қилиш учун операциядан кейинги даврнинг биринчи кунидан бошлаб кўкрак қафаси ва диафрагма нафас олиш, оёқ-қўлларнинг кичик бўғимлари учун машқлар бажарилади. Операция қилинган оёқнинг жойлашиши ва мустаҳкамланишига алоҳида эътибор берилади, улар тизза бўғими остига ва соннинг ташқи айланишини олдини олиш учун оёқнинг ташқи томонига жойлаштирилади;

Операциядан кейинги 2-3 кундан кейин эрта операциядан кейинги асоратларни олдини олиш учун бўғим соҳасига 3-5 маротаба УТТ буюрилади. Шунингдек, 3-5-кунларда сон ва оёқ мушакларининг электронейромиостимуляцияси амалга оширилади. Жарроҳликдан кейинги биринчи кундан бошлаб машқлар терапияси операция қилинган оёқнинг юқори оёқ-қўлларининг бўғимлари учун фаол машқлар, шунингдек, тўпиқ бўғими ва операция қилинган оёқнинг кичик бўғимларида буюрилади.

Беморга изометрик гимнастика ўргатилади - бўғинларда фаол ҳаракатлар қилмасдан, 3-5 сония давомида думба мушаклар, сон мушаклари ва операция қилинган оёқнинг таранглаш керак бўлади. Ушбу машқни биринчи навбатда соғлом оёқда, 2-3 кундан бошлаб эса операция қилинган оёқда бажариш тавсия этилади. Жарроҳлик ярасининг оғриғи камайиши билан операция қилинган аъзонинг тиззаси ва сон бўғимларида пассив, кейин эса фаол ҳаракатлар бошланади.

Операциядан кейинги лаборатория мониторинги

Ижобий динамика пайдо бўлгунга қадар (кейинчалик - кўрсатмалар бўйича) гемоглобин даражасини ва қондаги яллиғланиш ўзгаришларини кузатиш учун кўрсатмалар бўйича умумий

қон текшируви ўтказилади. Биокимёвий қон тести (агар кўрсатма бўлса). Ўпка ва жарроҳлик яраларидан инфекция асоратларни олдини олиш учун кенг спектрли антибиотиклар камида 10 кун давомида (беморнинг тана вазнига ва беморнинг аҳволига қараб доза) интраоператив биопсияларда патологик флора мавжудлиги аниқланмагунча буюрилади. Опиатлар, аналгетиклар ва стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар оғриқнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда буюрилади. Бемор жарроҳлик шифохонасидан тавсиялар билан чиқарилади: қўлтиқ таёқчалари ёки юргизгичлар ёрдамида юриш, ҳаракатларни назорат қилиш ўргатилади.

Операциядан кейинги дори-дармонлар қўллаш.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги инфекция асоратларни олдини олиш учун кенг спектрли антибиотиклар (беморнинг тана вазнига ва ҳолатига қараб доза). Опиатлар, аналгетиклар ва стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар оғриқнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда буюрилади.

Бемор жарроҳлик шифохонасидан тавсиялар билан чиқарилади: операция қилинган пастки оёқнинг бўғимларини босқичма-босқич ривожлантириш ва юкни босқичма-босқич ошириш, ойлик курсларда Д витамини ва калцийни қабул қилиш буюрилади.

Назорат текширувлари, шу жумладан операция қилинган бўғимнинг рентген мониторинги операциядан уч ой ўтгач, олти ойдан кейин, йилига бир марта ўтказилиши тавсия этилади. Операция қилинган бўғимнинг функционал ҳолатини динамик баҳолаш турли хил рейтинг шкалалари ёрдамида амалга оширилиши мумкин (масалан, Харрис, Оксфорд).

Реабилитация.

2В

Уй-рўзғор ва иш жисмоний машқларини бажариш жараёнида оғриқлар шикоятлари бўлган беморларни мунтазам равишда кузатиб бориш ва ортопедик режимга риоя қилиш тавсия этилади.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

Ревизион эндопротезлаш бўйича тиббий ёрдам мунтазам равишда ва асосан амбулатор шароитида кўрсатилади. Жарроҳлик жойидаги инфекцияни ўз вақтида аниқлаш учун мунтазам равишда профилактик текширувлар ўтказиш керак - оилавий поликлиникаларда. Протезлаш амалиётидан кейинги ностабиллик борлигига шубҳа қилинган беморлар ортопедга юборилиши, текширувдан ўтиши ва жарроҳлик даволаш учун рўйхатга олинishi керак.

ТТБ да тиббий ёрдам кўрсатиш доираси:

- клиник текширув

- рентгенография
- Такрорий жароҳлик соҳасидаги инфекция минтақавий кўп тармоқли тиббиёт марказининг ортопед-мутахассисларига юбориш учун кўрсатма ҳисобланади.

ВКГТМ да тиббий ёрдам кўрсатиш доираси:

- Худудий мутахассисларга маслаҳат ва услубий ёрдам кўрсатиш
- Худудий тиббиёт муассасаларидан юборилган беморларнинг консултацияси
- такрорий протезлаш амалиётидан кейинги инфекция билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш

Ихтисослаштирилган ортопедия марказларида ёрдамни ташкил этиш

- Ихтисослаштирилган ортопедия марказларида тиббий ёрдамни ташкил этиш:
- худудий мутахассисларга маслаҳат ва услубий ёрдам кўрсатиш
- худудий тиббиёт муассасаларидан юборилган беморларнинг консултацияси
- ревизион эндопротезланган беморларда лаборатория текширувларини ўтказиш
- динамик кузатишни амалга ошириш ва мураккаб беморларга ва операциядан кейинги асоратлар мавжуд бўлганда ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш

Ревизион эндопротезлаш операциясидан сўнг ушбу операцияни ўтказган беморлар учун ҳам, уларни даволовчи шифокорлар учун ҳам энг муҳим вазифа реабилитация ҳисобланади.

Операциядан кейинги тикланиш даврида асосий вазифалар қуйидагилардир: эндопротез компонентларини цементсиз фиксация билан остеоинтеграцияни оптималлаштириш; суяк тўқималарининг янгилинишини тезлаштириш; ҳаракатчанликни яхшилаш; зарарланган аъзога дозаланган юришни ўрганиш (цементсиз фиксация билан); магистрал мушакларининг функционал ҳолатини яхшилаш.

3-ҳафтадан бошлаб оёққа қисман босишга, зинапоядан қўлтиқтаёқлар ёрдамида юришга рухсат берилади. Зинадан тушиш ва кўтарилишнинг тўғри техникасига риоя қилиш керак, бу беморнинг бир қўли билан панжарага, иккинчи қўли билан еса иккала қўлтиқ таёқчасига суяниши кераклигидан иборат. Бу вақтга келиб, ҳаракатларнинг амплитудаси физиологик меъёرنинг 75 - 80% ни ташкил қилади.

Турли муаллифларнинг тавсияларига кўра, беморларга бўғимларнинг шикастланиш даражасига ва реэндопротезлаш техникасига қараб, операциядан кейин ўртача 1,5-3 ой ичида тўлиқ босишга рухсат берилади.

10 дан 12 ҳафтагача адаптация воситаларини ўргатиш бошланади. Бу беморларни кундалик стресс ва ижтимоий мослашувга тайёрлашни ўз ичига олади. Ушбу даврнинг махсус мақсадлари - мушак-скелет тизимининг функционал ҳолатини яхшилаш ва операция қилинган оёқнинг статик юқларига чидамлилигини ошириш: барча бўғимларда ҳаракатчанликни тиклаш; операция қилинган оёқларнинг барча мушак гуруҳлари ва танасини мустаҳкамлаш; нормал юришни ўрганиш (қўшимча ёрдамсиз).

4.5. Даволашнинг самарадорлиги кўрсаткичлари:

Яхши натижа - оёқларни таянч қобилияти тикланди, сон бўғимлари эндопротези соҳасида оғриқнинг йўқ ва яранинг тўлиқ битди.

Қониқарли натижа – бўғим функцияси тикланди, оғриқлар камайди, жарроҳлик яраси битди.

Қониқарсиз натижа – оёқлар таянч функцияси тикланмади, сон бўғимлари соҳасида оғриқлар ва асоратлар мавжуд .

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

5.1 Режали равишда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Бўғим соҳасида оғриқнинг мавжудлиги

5.2 Шошилиш равишда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

йўқ

6. Касалхонада даволаш тактикаси:

Касалхонанинг қабул бўлимида (поликлиникасида) текширув

- Эндопротез ностабиллиги бўлган беморларни ортопед кузатуви
- лаборатория ва инструментал текширувга юбориш

Касалхонанинг лаборатория бўлими

- лаборатория текширувини ўтказиш
- инструментал тадқиқотлар ўтказиш

касалхонанинг тез ёрдам бўлими

- беморнинг стационар картасини рўйхатдан ўтказиш
- касалхонанинг ортопедия бўлимига госпитализациячун юбориш

шифохонанинг ортопедия бўлими

- ортопедия бўлими бошлиғи ва даволовчи врач томонидан кўрик
- анестезиолог томонидан кўрик
- операция тури ва санасини белгилаш

Операцион бўлими

- Операцияни ўтказиш

Касалхонанинг ортопедия бўлими

- Ортопед ёки физиотерапевт томонидан тайинланган медиикаментоз ва номедиикаментоз стационар даволаш.
- жарроҳлик ярасининг ва аппарат, имплантларнинг ҳолатини назорат қилиш
- амбулатор кузатувга чиқариш

ҚВП, оилавий поликлиника

- амбулатор реабилитация
- амбулатор шароитида профилактика
- амбулатор шароитида клиник текширув

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

7.1. Манфаатлар тўқнашувининг йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар:

Манфаатлар тўқнашуви йўқ;

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

1. Миразимов Б.Б. – т.ф.н., ТГА кўп тармоқли клиникаси суяк йирингли жарроҳлиги бўлими мудири

2. Базлов В.А. – т.ф.д., Й.Л.Цивян номидаги Новосибирск травматология ва ортопедия илмий тадқиқот институти илмий ходими.

7.3. Протоколни кўриб чиқиш шартлари:

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

**“ ИЧКИ БЎҒИМ ПРОТЕЗИ БИЛАН БОҒЛИҚ МЕХАНИК
АСОРАТЛАР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

2.1. Кириш:

Тотал эндопротезлаш - бу сон бўғимлари касалликлари ва шикастланишлари оқибатларида оғриқни енгиллаштириш ва функцияни яхшилашга қаратилган самарали жарроҳлик даволаш усулидир [3, 16, 21, 22]. Бирламчи эндопротезлаш амалиётидан сўнг узоқ муддатли натижаларини ўрганиш шуни кўрсатадики, сунъий бўғимнинг 10 йиллик чидамлилиқ даражаси тахминан 90% ва 25 йиллик чидамлилиқ даражаси 80% [5, 9, 15, 25].

Бирламчи эндопротезлаш амалиёти кўрсатмаларнинг кенгайиши ва ёш беморлар сонининг кўпайиши туфайли ҳар йили ревизион аралашувлар сони ортиб бормоқда [24]. Ушбу клиник тавсиялар чаноқ-сон эндопротезининг мавжудлиги билан боғлиқ йирингли асоратларни даволаш муаммоларини ҳал қилмайди, чунки бу масала алоҳида батафсил муҳокамани талаб қилади.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

2.2. Таъриф:

Таъриф (фойдаланилган манбани кўрсатишингиз керак);

Чаноқ-сон бўғими эндопротез компонентларининг асептик ностабиллиги

I. Қуйидаги мезонларга жавоб бериши керак:

- жарроҳлик аралашуви билан алоқаси бор;
- асосий касалликнинг табиий ривожланишига боғлиқ эмас;
- Протезлаш амалиётидан кейинг инфекция белгилари йўқлиги
- Чаноқ-сон бўғими эндопротезини бир ёки барча компонентлари ўрнидан силжиганлиги

II. Бундан ташқари, беморларда қуйидаги ҳолатлардан бири учраши мумкин:

- Чаноқ-сон бўғимлари эндопротезининг таркибий қисмлари мавжуд бўлган соҳасидаги оғриқ;
- Оёқлардаги таянчсизлик
- Сон бўғимининг пунктатида патологик флоранинг йўқлиги;
- Протезлаш амалиётидан кейинги инфекцияси истисно қилиш - 2000 / мкл гача бўлган лейкоцитлар сони ва цитологик текширув вақтида қўшма аспиратда нейтрофил гранулоцитлар улуши 20% дан кам. Протезлаш амалиётидан кейинги инфекцияси истисно қилиш - тўлиқ қон рўйхати: ECT 15 дан кам, биокимёвий қон тести: C- реактив оқсил 10 дан кам.

III. Тўғридан-тўғри текширувдан сўнг, такрорий операция пайтида яллиғланиш белгилари бўлмаслиги керак: оқма яра мавжудлиги, гиперемия, жарроҳлик амалиёти соҳасида шишлар.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

2.3. Таснифи:

Жадвал 1. Ацетабуляр нуқсонларнинг таснифи W.Г. Папрский (1994)

Дефект тури	Ацетабуляр рим холати	Қуймич косачаси деворлари	Устунлари	Суяк массаси
-------------	--------------------------	---------------------------------	-----------	--------------

I тури	интакт	Интакт, винтлар атрофида остеолит	интакт	>50% ғоваксимон суяк сақланиб қолган
II А тури	Овал, юқорига кўчиши < 2 см, юқори чети, интакт	Овални тепага ўзгартириш	интакт, таянччилик сақланган	<50%, ғоваксимон суяк сақланиб қолган Склеротик ўзгаришлар учраб туради
II В тури	Овал, том лизис, <2 см юқорига ва латерал миграция	Овални тепага ўзгартириш	Интакт, таянччилик сақланган	<50% ғоваксимон суяк сақланиб қолган Склеротик ўзгаришлар учраб туради
II С тури	Овал	Медиал девор лизиси	Интакт, таянччилик сақланган	<50% ғоваксимон суяк сақланиб қолган Склеротик ўзгаришлар учраб туради
III А тури	10 –14 соатлар орасида суяк йўқлиги, Тепага силжиш > 2 см, ± «томчи шакли» лизиси	Юқори даражадаги лизис	таянччилик сақланмаган	Мембраноз, Склерозланган
III В тури	9-17соатлар орасида суяк йўқлиги, Тепага ёки медиал силжиш > 2 см, ± «томчи шакли» лизиси	Юқори даражадаги лизис	таянччилик сақланмаган	Мембраноз, Склерозланган

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

Жадвал 2. Сон суяги нуқсонларининг таснифи W.Г. Папроский (2004)

Типлари	Таснифи
---------	---------

I тип	Сон суяги метафизиди ғоваклиликни минимал йўқотилиши диафиз қисми ва кортикал қават ўзгаришсиз; Суюк тўқимаси етишмовчилиги йўқлиги, метаэпифиз таянчилиги сақланган;
II тип	II тоифа – Сон суяк эпиметафиз соҳасида ғоваксимон суяк сезиларли йўқотилиши (ингичкаланиш, бўшлиқлар, склероз жойлари, ҳам маҳаллий, ҳам бутун бўлимга таъсир қилади); эпиметафизда кортикал нуқсонлар бўлиши мумкин; диафизнинг ғоваксимон суяк ва кортикал қават ўзгармайди; эпиметафиз суяк тўқималарининг йетишмовчилиги мавжуд, бу соҳада суякнинг таянчилиги хусусиятлари сезиларли даражада камаяди;
III тип	III тип Сон суяги диафизининг суяк тўқимаси патологик жараёнда иштирок этади (бу турдаги нуқсон диафизнинг йўқ қилинишига қараб икки гуруҳга бўлинади).

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb

III a тип	Суяк метафизининг ғовак ва кортикал қисмининг юқори даражадаги етишмовчилиги сонинг таянч функциясини нисбатан пасайиши. Сон суяги бўйинчаси 4 смдан кўп интактлиги.
III b тип	Суяк метафизининг ғовак ва кортикал қисмининг юқори даражадаги етишмовчилиги сонинг таянч функциясини тўлиқ пасайиши. Сон суяги бўйинчаси 4 смдан кам интактлиги.
IV тип	Сон суяги диафиз кўп қисмида ғоваклилик ва кортикал қаватни бузилиши ва сигментли дефект, протезолди синишлар, оёқ ўқини бузилиши; интакт суяк фақат метаэпифизнинг дистал қисмида сақланган; таянч функция тўлиқ йўқолган

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medgen/625300>

3. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва процедуралари:

Даволаш варианты бўйича якуний қарорни ортопед, қийин ҳолатларда бошқа мутахассислар (масалан, пластик жарроҳ, клиник фармаколог, юқумли касалликлар бўйича мутахассис) билан биргаликда қабул қилиши керак. Ташхис ортопедия бўйича йўриқномада (Ортопедия. Миллий кўрсатмалар. Қўшимча ва таржима, 2014) тасвирланган шикоятлар, ташқи текширув, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари асосида амалга оширилади.

3.1. Жараён ёки аралашувнинг мақсади:

Операциядан олдинги даврда, кўрсатмаларга кўра, дори даволаш тайинлаш тавсия етилади [31,54]: оғриқ қолдирувчи ЯҚДВ (кетопрофен, парасетамаол, ketorolac ва бошқалар), аналгезиклар (tramadol ва бошқалар); темир заҳиралари (темир гидроксид сахароза комплекси ва бошқалар) тез тўлдириш учун вена ичига темир тайёргарлик; зарур бўлса, биргаликда патологияни даволаш учун дорилар.

3.2. Процедура ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

Дори воситаларига аллергик реакциялаор

3.3. Жараён ёки аралашув учун кўрсатмалар:

Эндопротез атрофи суякларини лизиси

3.4. Жараён ёки аралашувни амалга оширадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар:

Ушбу муолажани ўтказиш тажрибасига эга поликлиниканинг ортопед-травматологи ва ҳамшираси.

3.5. Жараён ёки аралашувга тайёргарлик жараёнида асосий ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати:

Бўғими рентгенография ва УЗД

3.6. Жараён ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:

Операциядан кейинги жароҳат соҳасини боғлови санитария кодекси талабларига мувофиқ жиҳозланган поликлиникаларнинг боғлов хоналарида амалга оширилади.

3.7. Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

Беморларни процедурага тайёрлаш учун махсус талаблар йўқ.

Оператив даволаш

3.1 Операциянинг мақсади:

- Эндопротезнинг ностабил таркибий қисмларини алмаштириш ва бўғим функцияни тиклаш

3.2 Процедура ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

- оғир анемия
- компенсацияланмаган соматик касалликлар
- эпилепсия
- кахексия

3.3 Жарроҳлик учун кўрсатмалар:

- эндопротез компонентларининг асептик ностабиллиги
- эндопротез бошининг такрорий чиқиши
- эндопротез таркибий қисмларининг механик шикастланиши
- ишқаланиш жуфтлигида ейилиши.

3.4 Жараён ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:

Малака тоифасига эга бўлган ва ушбу операцияда оператор ёки биринчи ёрдамчи сифатида иштирок этиш тажрибасига эга бўлган ортопед-травматолог.

3.5 Жарроҳликка тайёргарлик жараёнида асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

- умумий қон таҳлили
- умумий сийдик таҳлили
- қоннинг биокимёвий таҳлили
- коагулограмма
- гепатит Б экспресс усули
- гепатит С экспресс усули
- қоннинг ивиш вақти
- қонда витамин D микдори(кўрсатма бўйича)
- қонда RW аниқлаш.
- Қонда кальций, фосфор ва ишқорий фосфатаза(кўрсатма бўйича)
- ЭКГ
- УТТ доплерография билан
- Рентген

Мутахассисларнинг маслаҳати: кўрсатмаларга мувофиқ терапевт,анестезиолог, невролог микробиолог ва бошқа мутахассислар.

3.6 Жараён ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:

Тасдиқланган СанПИНлар талабларига биноан жиҳозланган операция хонасининг мавжудлиги, асептика ва антисептика чораларга риоя қилиш, малакали анестезиология ва реанимация гуруҳининг мавжудлиги.

Ускуналар: операция столи, операцион лампа, электрокоагулятор, кичик жарроҳлик ва травматологик тўпламлар,бак пассев учун пробирка, ревизион жарроҳлик тўплами, стерил ички кийим, стерил боғлаш материаллари, бир марталик сарф материаллари. Анестезиологик ва антисептик дорилар.

3.7 Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

Лаборатория ва функционал текширувдан сўнг бемор анестезиолог - реаниматолог томонидан текширилади. Кўрсатмаларга кўра, қўшимча текширувлар ўтказиш, тегишли мутахассислар кўригидан ўтказиш ва тайёргарлик муолажаларини ўтказиш тўғрисида келишиб олинади. Камқонлик бўлганда гемоглобин даражасини режали кўтариш зарур. Тавсия этилган анестезия тури умумий ёки спинал анестезия.

Беморни операциядан олдинги тайёрлаш.

Ичакни бўшатиш ва кесим ўтказиладиган соҳа териси санацияси хирургияда умумқабул қилинган усуллар ёрдамида амалга оширилади.

Ўпка ва операция ярада инфекция асоратларни олдини олиш мақсадида кенг таъсир доирадаги антибиотиклардан бири операциядан 2 соат олдин ёшга мос дозаларда қилинади.

Жарроҳлик амалиёти турлари:

1. Эндопротез бошчасини очик усулда жойига солиш.

2. Резэндопротезлаш

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medgen/625300>

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

Операциялар методикаси

1. Эндопротез бошчасини очик усулда жойига солиш:

Умумий оғриқсизлантириш ёки орқа мия анестезия остида беморни соғ томонга ётқизилган ҳолатда, йод эритмаси билан оёқ соҳасига ишлов берилади, сон суяги проксимал соҳаси ташқи олд юзасидан 10смли кесма қилинади. Ўткир ва ўтмас йўллар билан бўғимгача борилади. Кўрилганда чандикланганлиги аниқланади. Капсула ва чандиклардан тозаланади, синчковлик билан гемостаз амалга оширилади. Текширув вақтида эндопротез бошчаси чиққанлиги кўринади. Эндопротез бошчаси илгак ва итаргич ёрдамида жойига солинади. Текширилганда эндопротез бошчаси дислокацияси барқарорлиги аниқланади. Бўғим антисептиклар билан яхшилаб ювилади. Гемостаз. Дренаж найча қолдирилади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

2. Эндопротез компонентлари ностабиллигида резэндопротезлаш

Эндопротез атрофи суякларнинг дефектларига қараб резэндопротезлаш амалиётини режа қилиш.

• Ацетабуляр нуқсон турига қараб жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш [1, 2, 4, 7, 10, 11, 18, 22, 23]

• I, II Типдаги нуқсонлар - имплантация эндопротезнинг ацетабуляр компонентини стандарт ўрнатишдан фарқ қилмайди.

• II В типдаги нуқсон – имплантация эндопротезнинг ацетабуляр компонентини стандарт ўрнатиш суяк-имплантат чегарасида уларнинг контактини кучайтириш; (алло ва ауто суяк қўллаган ҳолда)

• II С типдаги нуқсон - Суяк нуқсонини ауто трансплантат билан тўлдириш ва Бурч-Шнайдер халқасини ўрнатиш. Чанок компонентини «пресс-фит» фиксациясини амалга ошириш учун аллотрансплантат ва структур трансплантатлар қўллаган ҳолда. Бу ҳолатда трабекуляр металллар, масалан тантал ишлатиш мақсадга мувофиқ.

• III А типдаги нуқсон – Суяк нуқсонини ауто трансплантат билан тўлдириш ва Бурч-Шнайдер халқасини ўрнатиш. Чанок компонентини «пресс-фит» фиксациясини йирик ҳажмдаги (56 мм

диаметр) ўлчамлар қўллаш ауто, алло суяк кукунини қўллаш билан биргаликда. Трабекуляр металллар танлаш тавсия қилинади.

- ШБ типдаги - Суяк нуқсонини ауто трансплантат билан тўлдириш ва Бурч-Шнайдер халқасини ўрнатиш массив остеохондрал трансплантат қўллаш. 3Д принтерда чоп етилган косача компонентларини ўрнатиш. Сон суяги нуқсоннинг турига қараб тактикани танлаш
- I тип – стандарт ҳолдаги оёқча компонентини «пресс-фит» фиксация қилиш, шунингдек алло ва ауто суяк ишлатиш.
- IIА, IIБ тип - стандарт ҳолдаги оёқча компонентини «пресс-фит» фиксация қилиш, шунингдек алло ва ауто суяк ишлатиш.
- IIС, III тип – ревизион эндопротез оёқчаси, алло ва ауто суяк ишлатган ҳолда.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/medgen/625300>

https://diseases.medelemet.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

Операциялар методикаси

компонентлари ностабиллигида реэндопротезлаш

Умумий оғриқсизлантириш ёки орқа мия анестезия остида беморни соғ томонга ётқизилган ҳолатда, антисептик эритмаси билан оёқ соҳасига ишлов берилади, чаноқ-сон бўғими ташқи олд юзаси эски чандиқ соҳасидан кесма қилинади. Бўғим қаватма - қават очиилади. Эски чандиқлар кесиб олиниб синчковлик билан гемостаз амалга оширилади. Эндопротез қисимларининг ҳолатига баҳо берилади. Биринчи навбатда эндопротез қисимлари қуйдаги йўллар билан олиб ташланади:

Цементли фиксацияланган ацетабулум компонентини олиб ташлаш цемент мантиясини ажратиш, парчалаш ва олиб ташлаш, сўнгра компонентнинг ўзини олиш орқали амалга оширилади.

Мустаҳкам маҳкамланган **цементсиз** эндопротез косача компонентини олиш махсус ревизион асбоблар ёрдамида амалга оширилади. (яъни ацетабуляр компонентни олиб ташлаш учун ревизион тўплами), компонентнинг ўзини чаноқ косаси суяк асосидан ажратувчи (кесувчи) кесгичлар ёрдамида олиб ташланади. Бунинг ортидан эндопротез компонентининг ўзи олиб ташланади.

Цементли фиксацияланган эндопротез оёқчасини олиш махсус ревизион асбоблар билан амалга оширилади, оёқча олитнгандан сўнг сон суяги каналидан цемент қолдиқлари олиб ташланади. Цементсиз фиксацияланган ностабил эндопротез оёқчаси кийинчиликсиз махсус асбоблар билан олиб ташланади.

Эндопротез оёқчаси барқарорлиги ҳолатида, сон суяги бўйлама остеотомияси бажариш орқали оёқча олиб ташланади.

Эндопротезнинг беқарор таркибий қисмларини олиб ташлаганингиздан сўнг, юзалар суякга тозаланади. Яра антисептик эритмалар билан ювилади. Чаноқ косаси фрезалар билан ишлов берилади. Сўнг эндопротез косачаси ўрнатилади (суяк зичлигига қараб цементсиз ёки цемент). Чаноқ косаси нуқсонлари Папроски бўйича IIС, III А бўлса маълумотларига кўра, нуқсонни авто ёки ало суяги билан тўлдириш ва антипротрузион ҳалқа ишлатилади. IIВ ва IV нуқсонлари учун махсус 3Д принтерда тайёрланган индивидуал эндопротез косачаси ўрнатиш тавсия етилади. Сон канали протезлаш учун

ишлов берилади ва канал ўлчамига мос эндопротез оёқчаси ўрнатилади. Сон суяги проксимал қисмида нуқсонлар бўлса, ревизион оёқча ўрнатилади. Эндопротез бошчаси жойига солинади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

3.8. Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

Яхши натижа - жароҳат соҳаси бирламичи битиши, оёқнинг таянч қобилиятини тиклаш, бўғим соҳасида оғриқнинг йўқлиги.

Қониқарли натижа –, жароҳат соҳаси бирламичи битиши, оёқнинг таянч қобилиятини тиклаш, бўғим харакати қисман чекланиши, бўғим соҳасида оғриқнинг йўқлиги

Қониқарсиз натижа – асоратларнинг қайта такрорланиши.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=category_mkb&category_mkb=9860

**“ИЧКИ БЎҒИМ ПРОТЕЗИ БИЛАН БОҒЛИҚ МЕХАНИК
АСОРАТЛАР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

2. Асосий қисми.

2.1. Кириш:

Тотал эндопротезлаш - бу сон бўғимлари касалликлари ва шикастланишлари оқибатларида оғрикни енгиллаштириш ва функцияни яхшилашга қаратилган самарали жарроҳлик даволаш усулидир [3, 16, 21, 22]. Бирламчи эндопротезлаш амалиётидан сўнг узоқ муддатли натижаларини ўрганиш шуни кўрсатадики, сунъий бўғимнинг 10 йиллик чидамлилиқ даражаси тахминан 90% ва 25 йиллик чидамлилиқ даражаси 80% [5, 9, 15, 25].

Бирламчи эндопротезлаш амалиёти кўрсатмаларнинг кенгайиши ва ёш беморлар сонининг кўпайиши туфайли ҳар йили ревизион аралашувлар сони ортиб бормоқда [24]. Ушбу клиник тавсиялар чаноқ-сон эндопротезининг мавжудлиги билан боғлиқ йирингли асоратларни даволаш муаммоларини ҳал қилмайди, чунки бу масала алоҳида батафсил муҳокамани талаб қилади.

<https://storage.yandexcloud.net/ator/uploads/public/601/3e0/f1d/6013e0f1da237875822168.pdf2>.

2.2. Профилактика ёки реабилитация таърифи:

Профилактика - бу ҳодисанинг олдини олишга ва/ёки хавф омилларини бартараф этишга қаратилган комплекс чора-тадбирлар мажмуи. Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, касалликларнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини назарда тутлади.

Саломатлик турли жисмоний ва руҳий ҳолатларни қамраб олганидек, касаллик ва ногиронликка атроф-муҳит омиллари, генетик мойиллик, патогенлар ва турмуш тарзи таъсир қилади. Касалликнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чоралари сифатида таснифланиши мумкин бўлган фаолиятга асосланади. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1

Реабилитация деганда инсоннинг функционалигини тиклаш ва касалланган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини камайтиришга қаратилган «чора-тадбирлар мажмуи тушунилади». [\https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1

2.3. Профилактика ёки реабилитация турлари:

Саломатлик ҳолатига ёки патология оғирлигига қараб, профилактиканинг уч тури мавжуд:
-бирламчи;
-иккиламчи;
-учламчи.

Бирламчи профилактика Реэндопротезлаш жарроҳлик амалиётини ўтган беморларда соғлом турмуш тарзини сақлаш, сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш, машқлар билан даволаш, вазн йўқотиш, тўғри овқатланиш, ортопедик режим қоидаларига риоя қилишдан иборат.

Иккиламчи профилактикаси – ички бўғим протези билан боғлиқ механик асоратларни эрта ташхис қўйиш ва эрта консерватив даво, муолажаларни амалга ошириш.

Учламчи профилактика ички бўғим протези билан боғлиқ механик асоратларни консерватив ва жарроҳлик даволаш жараёнида асоратларнинг олдини олиш.

Реабилитация босқичлари:

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

2-босқич. Эрта стационар тиббий реабилитация. Касалликнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида ёки эрта тиббий реабилитациянинг стационар бўлимларида ўтказилади.

3-босқич. Амбулатор. У реабилитация муассасаларида, соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган бўлимларида ва амбулаторияларда амалга оширилади.

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

2.4. Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика тамойиллари:

Жамоат профилактикаси - бу фуқароларнинг жисмоний ва маънавий кучларини ҳар томонлама ривожлантиришни таъминлаш, омилларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан тизимли равишда амалга ошириладиган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва даволаш тадбирлари, аҳоли саломатлигига зарарли таъсир кўрсатадиган хавф омилларини олдини олиш.

Шахсий профилактика – инфекция касалликларни олдини олиш, соғлиғини сақлаш ва мустақамлаш чораларини ўз ичига олади, улар инсоннинг ўзи томонидан амалга оширилади ва амалда соғлом турмуш тарзи, шахсий гигиена, рационал овқатланиш ва оқилона меҳнат ва дам олиш режими, фаол жисмоний тарбия меъёрларига риоя қилинади. [\https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1

3.1. Профилактика усуллари ва процедуралари

Профилактика мақсади :

Касалликнинг олдини олиш ва ўз вақтида ташхислаш

1) Бирламчи профилактика соғлом турмуш тарзига риоя қилиш, сурункали инфекция ўчоқларини сонация, жисмоний машқлар, вазн йўқотиш, тўғри овқатланиш, ортопедик режимга риоя қилиш.

2) Иккиламчи профилактика

Эндопротез компонентларин ностабилити бўлган беморларда иккиламчи профилактикаси консерватив даवони ўз вақтида тавсия этиш, шунингдек, ички бўғим протези билан боғлиқ механик асоратларни ўз вақтида жарроҳлик даволашдан иборат. Иккиламчи профилактикаси маҳаллий поликлиникада ортопед-шифокор ёки жарроҳ томонидан операциядан кейинги ярани текшириш, яллиғланиш белгиларини (СРО ва ЭЧТ) кузатиш орқали амалга оширилади.

3) Учламчи профилактика

Операциядан кейинги беморларда антибактериал даво ва инфекцион асоратларни олдини олиш стационар шароитида 5-10 кун давом этади. Ортопедик режимни риоя қилиш ва шифокор тавсияларини (физиотерапия, массаж ва ЛФК) ўз вақтида бажариш. Учламчи профилактикани амалга оширишни назорат қилиш ТТБ нинг травматолог-ортопеди томонидан амалга оширилади. Муолажалар реабилитация даврининг охиригача амалга оширилади.

3.2. Реабилитация усуллари ва процедуралари:

Реабилитация мақсади:

- эндопротез таркибий қисмларининг беқарорлигини ривожланишига йўл қўймаслик ва бўғимнинг функциясини сақлаб қолиш .
- реэндопротезлашдан кейинги беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш;
- беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.

4. Профилактика ва реабилитациянинг 3 тури учун кўрсатмалар:

Сурункали инфекция ўчоқлари, тизимли касалликлар, ортиқча вазн ва турли иммунитет танқислиги ҳолатлари мавжудлиги.

5.1 Профилактика турларини аниқлаш мезонлари:

Яллиғланишнинг классик клиник белгиларининг мавжудлиги (махаллий шишиш, маҳаллий оғрик, тўқима ҳароратининг маҳаллий кўтарилиши, терининг гиперемияси, дисфункция) яллиғланиш маркерларини ошиши (СРП ва ECR).

5.2 Реабилитация процедураларининг босқичи ва кўламини аниқлаш мезонлари:

Реабилитация мезонлари беморнинг ёши, ривожланишининг этиопатогенези, , тегишли тиббий муассасалар ва мутахассисларнинг мавжудлиги ва бемор учун реабилитация ресурсларининг мавжудлиги ҳисобланади.

6. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари:

1-босқич: чаноқ-сон бўғими касалликларини эрта аниқлаш ва даволаш (марказий туман поликлиникаси ва оилавий поликлиникалар)

2-босқич: Эндопротез компонентлари атрофи суяк тўқимасини лизислари бўлган беморларни эрта консерватив даволаш (марказий туман поликлиникаси, вилоят тиббиёт марказлари ортопедия бўлимлари)

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

4-босқич: асоратларни олдини олиш учун беморларнинг мунтазам мониторинги (марказий туман поликлиникаси).

7. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган диагностика чоралари:

- 1) асосий диагностика чоралари: клиник текширув, рентгенография ва лаборатор текширув
- 2) қўшимча диагностика чоралари: МСКТ, бактериологик текширув.

8. Даражани кўрсатган ҳолда тиббий профилактика ёки реабилитация тактикаси:

1) асосий профилактика ёки реабилитация тадбирлари

Ўз вақтида ташхис қўйиш, юқумли касалликларни консерватив даволаш, сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш ва травма олишлардан ўзини сақлаш.

Жарроҳлик даволаш: Эндопротез ностабил қисимларини алмаштириш .

2) қўшимча профилактика ва реабилитация тадбирлари

Консерватив ва жарроҳлик даволашдан сўнг ортопедларнинг даврий профилактик текшируви

9. Профилактика ва реабилитация тадбирлари самарадорлиги кўрсаткичлари:

- жарроҳатни бирламичи битиши;
- бўғим функцияни тиклаш ;
- оёқ тайанчини тиклаш;
- оғриқ синдромининг йўқлиги;
- яллиғланиш маркерлари (СРО ва ЭЧТ) нормал диапазонда

Адабиётлар рўйхати

1. Тихилов Р.М. Сравнительная характеристика различных методик ревизионной артропластики при асептической нестабильности вертлужного компонента эндопротезов тазобедренного сустава. /Р.М. Тихилов, А.В. Цыбин, В.С. Сивков, М.Ю. Гончаров, А.В. Сементковский, Р.В. Малыгин // Травматология и ортопедия России. -2007.- № 1.- С. 5-11.
2. Цыбин А.В. Ревизионная артропластика при асептической нестабильности вертлужного компонента тотального эндопротеза тазобедренного сустава с использованием костной пластики и имплантатов бесцементной фиксации. /А.В. Цыбин, Р.М. Тихилов, В.М. Машков, В.С. Сивков, М.Ю. Гончаров, А.В. Сементковский// Травматология и ортопедия России. - 2006.- № 2. -С. 295-296.
3. Berry D. Twenty-five-year survivorship of two thousand consecutive primary Charnley total hip replacements: factors affecting survivorship of acetabular and femoral components / D. Berry,
W. Harmsen, M. Cabanela, B. Morrey // J. Bone Joint Surg. Am. -2002.- 84-A.- P. 171–177.
4. Busch V. Acetabular reconstruction with impaction bone-grafting and a cemented cup in patients younger than fifty years old: a concise follow-up, at twenty to twenty-eight years, of a previous report. /V. Busch, J. Gardeniers, N. Verdonshot, T. Slooff, B. Schreurs// J. Bone joint surg. Am. – 2011. –Vol. 93-a. –P. 367–371.
5. Callaghan J. Results Of Charnley total hip arthroplasty at a minimum of thirty years. A concise follow-up of a previous report. / J. Callaghan, J. Templeton, S. Liu, D. Pedersen, D. Goetz // J. Bone Joint Surg. Am. -2004. – P. 690–695.
6. Corbett L. Population-based rates of revision of primary total hip arthroplasty: a systematic review. /L. Corbett et al./ Plos one. -2010.- Oct. p. 20.

7. Davies J. Trabecular metal used for major bone loss in acetabular hip revision./ J. Davies, G. Laflamme, J. Delisle, J. Fernandes/ J. Arthroplasty. – 2011. -epub.
8. Della Valle C. The femur in revision total hip arthroplasty evaluation and classification. /C. Della Valle, W. Paprosky // Clin. Orthop. – 2004. – n 420. – P. 55–62.
9. Eskelinen A. Total hip arthroplasty for primary osteoarthritis in younger patients in the finnish arthroplasty register. 4,661 Primary replacements followed for 0–22 years /A. Eskelinen, V. Remes, I. Helenius, P. Pulkkinen, J. Nevalainen// Acta Orthop. -2002. –P. 28–41.
10. Hozack W. Surgical treatment of hip arthritis. W. Hozack -2009-P 205-406
11. Huo M. What's New in total hip arthroplasty. M. Huo et al. J. bone joint surg. Am. – 2009-P. 2522-2534
12. Kavanagh B. Charnley low-friction arthroplasty of the hip. twenty-year results with cement.
/B. Kavanagh, S. Wallrichs, M. Dewitz, D. Berry, Currier B.// J. Arthroplasty -1994.-P. 229–234.
13. Liddle A. Revision of metal-on-metal hip arthroplasty in a tertiary center: a prospective study of 39 hips with between 1 and 4 years of follow-up. Source department of orthopaedic surgery, imperial college, charing cross hospital, london, uk. /A. Liddle, K. Satchithananda, J. Henckel, S. Sabah, K. Vipulendran, A. Lewis, J. Skinner, A. Mitchell, A. Hart.// Acta Orthop. 2013 jun; epub 2013 apr 28.
14. Lie A. Isolated acetabular liner exchange compared with complete acetabular component revision in revision of primary uncemented acetabular components a study of 1649 revisions from the norwegian arthroplasty register/ A. Lie, G. Hallan, O. Furnes, L. Havelin, L. Engesaeter// J. Bone joint surg. Br. -2007- Vol. 89-b. –P. 591-4.
15. Makela K. Cemented total hip replacement for primary osteoarthritis in patients aged 55 years or older: results of the 12 most common cemented implants followed for 25 years in The Finnish Arthroplasty Register./ K. Makela, A. Eskelinen, P. Pulkkinen, P. Paavilainen, V. Remes // J. Bone Joint Surg. Br. -2008. –P. 1562–1569.
16. Maloney W. National joint replacement registries: has the time come? /W. Maloney// J. Bone Joint Surg. Am. – 2001.- 83-A.- P. 1582–1585.
17. Nelson C. Periprosthetic fractures of the femur following hip arthroplasty. Am J. Orthop. - 2002. –Vol. 31(4). –P. 221-3.
18. Paprosky W. Acetabular defect classification and surgical reconstruction in revision arthroplasty: a 6-year follow-up evaluation. /W. Paprosky, P. Perona, J. Lawrence// J. Arthroplasty. - 1994.- P. 33–44.
19. Rogers B. Proximal femoral allograft in revision hip surgery with severe femoral bone loss: a systematic review and meta-analysis./B. Rogers, A. Sternheim, M. De Iorio, D. Backstein, O. Safir, A. Gross.// J arthroplasty. -2012. – Jun. Vol. -27(6). P. 829-36.
20. Schatzker J. Acetabular revision: the role of rings and cages. /Schatzker J, Wong M.// Clin. Orthop. -1999.- V. 369. –P.187–197.
21. Soderman P. Outcome after total hip arthroplasty: Part I. General health evaluation in relation to definition of failure in the swedish national total hip arthroplasty register. /P. Soderman, H. Malchau, P. Herberts// Acta Orthop Scand. -2000. –P. 354–359.
22. Soderman P. Outcome after total hip arthroplasty: Part II. Disease-specific follow-up and the swedish national total hip arthroplasty register. /P. Soderman, H. Malchau, P. Herberts, R. Zugner,

H. Regner// Acta Orthop Scand. -2002. –P. 113–119.

23. Sternheim A. Porous metal revision shells for management of contained acetabular bone defects at a mean follow-up of six years a comparison between up to 50% bleeding host bone contact and more than 50% contact. /A. Sternheim, D. Backstein, P. Kuzyk, G. Goshua, Y. Berkovich, O. Safir, A. Gross// J. Bone joint surg. Br. -2012.- Vol. 94-b. -P. 158–62.

24. Wainwright C. Age at hip or knee joint replacement surgery predicts likelihood of revision surgery. /Wainwright C, J.C. Theis, N. Garneti, M. Melloh// J. Bone Joint Surg. Br. – 2011.- P. 1411–1415.

25. Wroblewski B. Charnley Low-frictional torque arthroplasty in patients under the age of 51 years. Follow-up To 33 Years. /B. Wroblewski, P. Siney, P. Fleming// J. Bone Joint Surg. Br. - 2002.

–P. 540–543

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.