

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА БОЛАЛАР ОРТОПЕДИЯ МАРКАЗИ

**"ТУҒМА СИНДАКТИЛИЯ" НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

Тошкент – 2025

~~«КЕЛИШИЛДИ»~~  
Республика боғалар ортопедия  
маркази директори т.ф.д. Гилъисов А.Б.  
~~22.05.2025 йил~~



**"ТУҒМА СИНДАКТИЛИЯ" НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

Тошкент – 2025

**МУНДАРИЖА:**

|    |   |        |
|----|---|--------|
| 1. | «ТУҒМА СИНДАКТИЛИЯ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ           | 5-бет  |
| 2. | «ТУҒМА СИНДАКТИЛИЯ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ            | 16-бет |
| 3. | «ТУҒМА СИНДАКТИЛИЯ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ | 32-бет |

**"ТУҒМА СИНДАКТИЛИЯ" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2025**

## 1. Кириш:

### ХКТ-10:

| ХКТ-10 |   |
|--------|---|
| Код    | Номланиши   |
| Q70.0  | Бармоқларнинг бирлашиши<br><a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=16495">https://mkb-10.com/index.php?pid=16495</a>      |
| Q70.1  | Тўрланган бармоқлар<br><a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=16495">https://mkb-10.com/index.php?pid=16495</a>          |
| Q70.2  | Оёқ бармоқларининг бирлашиши<br><a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=16495">https://mkb-10.com/index.php?pid=16495</a> |
| Q70.3  | Тўрли оёқ бармоқлари<br><a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=16495">https://mkb-10.com/index.php?pid=16495</a>         |
| Q70.4  | Полисиндактилия<br><a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=16495">https://mkb-10.com/index.php?pid=16495</a>              |
| Q70.9  | Синдактилия, аниқланмаган<br><a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=16495">https://mkb-10.com/index.php?pid=16495</a>    |

| КХТ-11 |   |
|--------|---|
| Код    | Номланиши   |
| LB79   | Синдактилия<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640</a>  |
| GB70.0 | Полисиндактилия<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#973656080">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#973656080</a>  |
| XA8DJ6 | Бош бармоқ<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a>           |
| XA6NZ0 | Кўрсатакич бармоқ<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a>    |
| XA0Y38 | Ўрта бармоқ<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a>          |
| XA06X8 | Номсиз бармоқ<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a>        |
| XA5EN3 | Кичик бармоқ<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a>         |
| XA2RP7 | Оёқ бош бармоғи<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a>      |
| XA8ZZ3 | Оёқ иккинчи бармоғи<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a>  |
| XA0SP3 | Оёқ учинчи бармоғи<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a>   |
| XA4KK7 | Оёқ тўртинчи бармоғи<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a> |
| XA42W4 | Оёқ бешинчи бармоғи<br><a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1736296640%20%26%20452671086</a>  |

**Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2024 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2027 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Ушбу миллий клиник баённомани ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:**  
Республика болалар ортопедия маркази

**Клиник протоколни ишлаб чиқишда ишчи гуруҳнинг қуйидаги аъзолари ўз хиссаларини қўшдилар:**

|    |                 |   |      |
|----|-----------------|---|------|
| 1. | Тияяков А. Б.   | т.ф.д., Республика болалар ортопедияси маркази директори  | РБОМ |
| 2. | Алписбоев Х.Ш.  | т.ф.н., Республика болалар ортопедияси маркази директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари ва чаноқ-сон патологияси бўлими мудири. | РБОМ |
| 3. | Шамукимов Ш. А. | чаноқ-сон бўғими, қўл қафти ва оёқ панжа патологияси бўлими мудири.   | РБОМ |
|    | Мирзаев А.Г.    | т.ф.н., нейроортопедия бўлими мудири  | РБОМ |
| 4. | Мирпаязов А.Х   | Умуртқа поғонаси ва кўкрак қафаси патологияси бўлими мудири   | РБОМ |
| 5. | Назарова Н. З.  | т.ф.н., ТМА Травматология-ортопедия кафедраси доценти   | ТМА  |
| 6. | Турсунова С. А. | т.ф.н., Республика болалар ортопедияси маркази мутахассиси.   | РБОМ |
| 7. | Садиков С. А.   | Республика болалар ортопедияси маркази мутахассиси.   | РБОМ |
| 8. | Жалолов Х. А.   | Республика болалар ортопедияси маркази мутахассиси.   | РБОМ |

#### **Асосий муаллифлар рўйхати:**

**Тияяков А.Б.** – т.ф.д., Республика болалар ортопедияси маркази директори

**Алписбоев Х.Ш.** – т.ф.н., Республика болалар ортопедияси маркази директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари ва чаноқ-сон патологияси бўлими мудири.

**Шамукимов Ш.** – чаноқ-сон бўғими, қўл қафти ва оёқ панжа патологияси бўлими мудири.

**Назарова Н.З.** – т.ф.н., ТМА Травматология-ортопедия кафедраси доценти

**Такризчилар:**

Салиев Мурад Мухаммеджанович

т.ф.н. РИТОИАТМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари.

Жураев Ахрор Махмудович

т.ф.д. проф. РИТОИАТМ болалар травматологияси ва ортопедияси бўлими бўлим мудири

**Ташқи эксперт:**

Клиник протокол 7 апрел 2023 йил 1-сон баённома билан онлайн-форматда олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон травматолог-ортопедлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари травматология-ортопедия хизмати шифокорлари иштирокида ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари – РЦДО директори т.ф.д. Тиляков А.Б.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази РИТОИАТМ илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди. Илмий кенгаш раиси - т.ф.д. М.Э.Ирисметов

Техник эксперт баҳолаш ва тахрирлаш:

1. Салиев М.М. - РИТОИАТМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.н.
2. Жураев А.М. - РИТОИАТМ болалар травматологияси ва ортопедияси бўлими бўлим мудири, т.ф.д. проф.

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.

**Шартли қисқартмалар**

МС – мураккаб синдактилия

КТ - компьютер томографияси

ОКХ – операциядан кейинг ҳолат

МРТ – магнит резонанс томография

УТТ- ултратовуш текшируви

МНС – марказий нерв системаси

ЕЕГ – электроэнцефалография

IQ – интеллект коэффициенти

### 7) Баённомадан фойдаланувчилар:

- умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, тез тиббий ёрдам шифокор /фельдшерлари, инфекционистлар, анестезиолог-реаниматологлар, педиатрлар, невропатологлар, клиник ординаторлар, тиббиёт олий ўқув юртларининг магистрлари, докторантлари.

### 8) беморлар тоифаси:

Туғма синдактилия билан оғриган беморлар.

### 9) Ишончлилик даражасининг шкаласи:

**Ташхисот усулларини асословчи далилларнинг ишончлилик даражасини баҳоловчи шкала (ташхисий ёндашув)**

| ДИД | Таърифи  |
|-----|--|
| 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 назоратиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан кохорт тадқиқотлари                     |
| 4   | Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ҳисоботи   |
| 5   | Ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун фақат мантиқий асос мавжуд   |

**Профилактик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини баҳолаш (ДДБ) учун шкала**

| ДИД | Таърифи   |
|-----|---|
| 1   | Мета-таҳлил ёрдамида тизимли кўриб чиқиш  |
| 2   | Танланган мета-таҳлил ёрдамида ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш                            |
| 3   | Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан кохорт тадқиқотлари  |
| 4   | Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, мисоллар ҳисоботлари ёки ҳолатлар серияси, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар |
| 5   | Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникгача тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асос мавжуд          |

**Профилактик, диагностика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари бўйича ишончлилик даражасини баҳолаш (ИДБ) бўйича тавсиялар шкаласи**

| ТИД | Таърифи  |
|-----|--|
| А   | Кучли тавсия (барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил) |
| В   | Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий   |

|          |  |
|----------|--|
|          | сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)  |
| <b>С</b> | Заиф тавсия (адекват сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас) |

## **1. АСОСИЙ ҚИСМ МЕТОДОЛОГИЯ**

### **Далилларни тўплаш/танлашда қўлланиладиган усуллар:**

электрон маълумотлар базаларида қидириш.

### **Далилларни тўплаш/танлаш учун қўлланиладиган усулларнинг тавсифи:**

Тавсиялар учун далил базаси нашрлар ва MEDLINE маълумотлар базаси ҳисобланади.

Қидирув даврийлиги 5 йил эди.

### **Далилларнинг сифати ва мустаҳкамлигини баҳолаш учун фойдаланиладиган усуллар:**

1. Экспертлар келишуви;
2. Рейтинг схемасига мувофиқ аҳамиятини баҳолаш (схема илова қилинади)

### **Тавсияларнинг кучини баҳолаш учун рейтинг схемаси (1-жадвал)**

| Далиллар даражалари | Тавсиф  |
|---------------------|---|
| 2 + +               | Вазиятни назорат қилиш ёки коҳорт тадқиқотларини юқори сифатли тизимли кўриб чиқиш. Вазиятни назорат қилиш ёки коҳорт тадқиқотларининг юқори сифатли шарҳлари, чалкаш таъсирлар ёки нотўғри таъсир қилиш хавфи жуда паст ва сабабларнинг ўртача эҳтимоли. |
| 2+                  | Чалғитувчи таъсир ёки нотўғри таъсир қилиш хавфи ўртача бўлган ва сабабий боғлиқликнинг ўртача эҳтимоли билан яхши ўтказилган вазиятни назорат қилиш ёки коҳорт тадқиқотлари  |
| 2-                  | Чалғитувчи таъсир ёки тарафкашлик хавфи юқори бўлган ҳолатларни назорат қилиш ёки коҳорт тадқиқотлари ва сабабнинг ўртача эҳтимоли  |
| 4                   | Эксперт фикри   |

### **Далилларни таҳлил қилишда фойдаланиладиган усуллар:**

1. Чоп этилган мета-таҳлилларнинг шарҳлари;
2. Далиллар жадваллари билан тизимли шарҳлар.

### **Далилларни таҳлил қилиш учун қўлланиладиган усулларнинг тавсифи:**

Нашрларни потенциал далил манбалари сифатида танлаётганда, ҳар бир тадқиқотда қўлланиладиган методология унинг ҳақиқийлигини таъминлаш учун текширилади. Тадқиқот

натижалари нашрга тайинланган далиллар даражасига таъсир қилади, бу эса ўз навбатида ундан келиб чиқадиган тавсияларнинг кучига таъсир қилади.

Услубий экспертиза бир нечта асосий саволларга асосланади, улар тадқиқот дизайнининг натижалар ва хулосаларнинг ҳақиқийлигига сезиларли таъсир кўрсатадиган хусусиятларига қаратилган. Ушбу асосий саволлар тадқиқот турларига ва нашрни баҳолаш жараёнини стандартлаштириш учун ишлатиладиган анкеталарга қараб фарқ қилиши мумкин. Россия болалар касалхонасининг қўл ва оёқ жарроҳлиги бўлимида ишлаб чиқилган ва ўзгартирилган болаларнинг қўл функциясини баҳолаш шкаласи, шу жумладан ушлашнинг олти асосий турини баҳолаш, шунингдек, қўлларнинг субъектив ҳис-туйғуларининг сўровномаси ишлатилган. бемор (ота-она ёки васий).

Баҳолаш жараёнига, шубҳасиз, субъектив омил таъсир қилиши мумкин. Потенциал тарафкашликни минималлаштириш учун ҳар бир тадқиқот мустақил равишда баҳоланди, яъни. ишчи гуруҳнинг камида иккита мустақил аъзоси. Баҳолардаги ҳар қандай фарқлар бутун гуруҳ томонидан муҳокама қилинди. Консенсусга эришишнинг иложи бўлмаса, мустақил эксперт жалб қилинган.

#### **Далиллар жадваллари:**

далиллар жадваллари ишчи гуруҳ аъзолари томонидан тўлдирилди.

#### **Тавсияларни шакллантиришда фойдаланиладиган усуллар:**

экспертлар келишуви.

#### **Тавсияларнинг кучини баҳолаш учун рейтинг схемаси (2-жадвал):**

| Кучи | Тавсиф  |
|------|---|
| В    | мақсадли популяцияга тўғридан-тўғри қўлланиладиган ва натижаларнинг умумий мустаҳкамлигини кўрсатадиган 2++ баҳоли тадқиқотлар натижаларини ўз ичига олган далиллар тўплами |
| С    | тўғридан-тўғри мақсадли аҳолига қўлланиладиган ва натижаларнинг умумий мустаҳкамлигини кўрсатадиган 2+ баҳоли тадқиқотлар натижаларини ўз ичига олган далиллар тўплами      |

#### **Яхши амалиёт кўрсаткичлари (Good Practice Points - GPPs):**

Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика болалар ортопедия маркази қўл кафти ва оёқ панжа патология бўлимининг клиник тажрибаси ва тавсиялар ишлаб чиқиш бўйича ишчи гуруҳ аъзоларининг шахсий клиник тажрибасига асосланади.

Тавсиялар матнини тақдим этишда далиллар даражаси (2++, 2+, 2-), тавсиянинг кучи (Б–С) ва яхши амалиёт кўрсаткичлари (ГППс) тақдим этилади.

#### **Иқтисодий таҳлил:**

Харажатлар таҳлили ўтказилмади ва фармако-иқтисодий нашрлар кўриб чиқилмади.

#### **Тавсияни текшириш усули:**

1. Ташқи эксперт баҳоси
2. Ички эксперт баҳоси

### **Тавсияларни текшириш усулининг тавсифи:**

Ушбу тавсиялар лойиҳаси мустақил экспертлар томонидан кўриб чиқилди, улардан биринчи навбатда тавсиялар асосидаги далилларнинг талқини қанчалик аниқ эканлиги ҳақида фикр билдиришлари сўралган.

Бирламчи тиббий ёрдам шифокорлари ва маҳаллий терапевтлардан тавсияларнинг аниқлиги ва тавсияларнинг кундалик амалиётда ишчи восита сифатида аҳамиятини баҳолаш бўйича шарҳлар олинди.

Дастлабки версия, шунингдек, бемор нуқтаи назаридан шарҳлар учун тиббий бўлмаган шарҳловчига юборилди.

Мутахассислардан олинган фикр-мулоҳазалар пухта тизимлаштирилиб, ишчи гуруҳ раиси ва аъзолари томонидан муҳокама қилинди. Ҳар бир банд муҳокама қилинди ва натижада тавсияларга киритилган ўзгартиришлар қайд этилди. Агар ўзгартиришлар киритилмаган бўлса, унда ўзгартиришлар киритишни рад этиш сабаблари қайд этилган.

### **Маслаҳат ва эксперт баҳоси:**

Шунингдек, тавсиялар лойиҳаси мустақил экспертлар томонидан кўриб чиқилиб, улардан, биринчи навбатда, тавсиялар асосида ётган далиллар базасини талқин қилишнинг равшанлиги ва тўғрилиги тўғрисида фикр билдириш талаб қилинди.

### **Ишчи гуруҳ:**

Яқуний қайта кўриб чиқиш ва сифат назоратини ўтказиш учун тавсиялар ишчи гуруҳ аъзолари томонидан қайта таҳлил қилиниб, экспертларнинг барча мулоҳазалари ва мулоҳазалари инобатга олинганлиги, тавсияларни ишлаб чиқишда тизимли хатоликларга йўл қўйилиши хавфи минималлаштирилди деган хулосага келди.

## **ТАРИФ**

**Синдактилия** - қўлнинг туғма нуқсони бўлиб, у бир ёки бир нечта бармоқларнинг косметик ва функционал ҳолатининг бузилиши билан бирлашиши (2+). Ушбу малформация алоҳида пайдо бўлиши мумкин, шунда уни ташхис деб ҳисоблаш мумкин. Бундай ҳолларда бармоқлар тўлиқ ривожланган, аммо улар орасида юмшоқ тўқималар ёки суяк бирикмаси мавжуд бўлади. Кўпгина ҳолларда синдактилия асосий ташхисга ҳамроҳ бўлган симптомдир (туғма эктросиндактилия, симбрахидактилия, ёрик, радиал ва улнар қўл қийшиқлиги, брахиорадиал синостоз ва бошқалар) (2+).

Бу патология, яқка ўзи ёки бошқа деформациялар билан биргаликда учраб, бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, барча туғма қўл аномалияларининг 50% дан кўпроғини ташкил қилади (2-). Учраш даражаси 1: 2000-1: 4000. Синдактилия билан оғриган болаларнинг 60% гача таянч-ҳаракат тизимининг бошқа туғма патологияси мавдус бўлади (2+).

Туғма синдактилда бармоқларнинг алоҳида ҳаракатларининг йўқлиги ёки чекланиши боланинг тушуниш ва шунга мос равишда психомотор ва баъзи ҳолларда интеллектуал ривожланиши туфайли нормал, уйғун ривожланишига катта тўсиқдир (2-).

Қўлнинг туқма синдактилияси турли хил клиник кўринишлар билан тавсифланади. Ушбу нуқсоннинг таснифи қуйидаги хусусиятларга асосланади.

А. Бирлаштириш узунлиги.

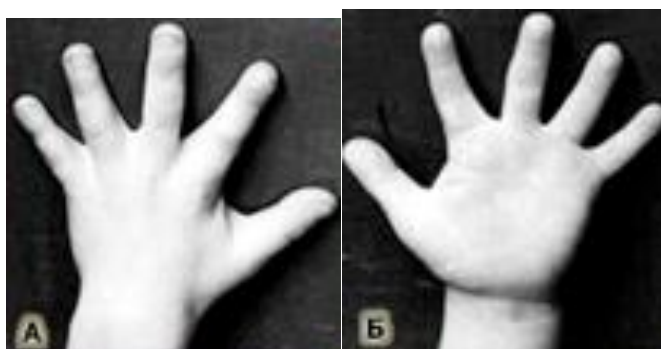
Б. Бирлаштириш тури.

В. Таъсирланган бармоқларнинг ҳолати.

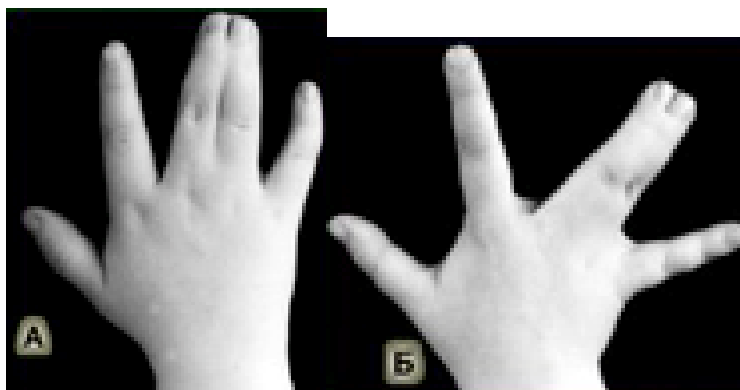
Узунлиги бўйича, қўшилган фаланжлар сонига қараб, қуйидагилар ажралиб туради:

- синдактилиянинг тўлиқ бўлмаган шакли (1-расм);

- синдактилиянинг тўлиқ шакли (2-расм).



1 расм. Синдактилиянинг тўлиқ бўлмаган шакли

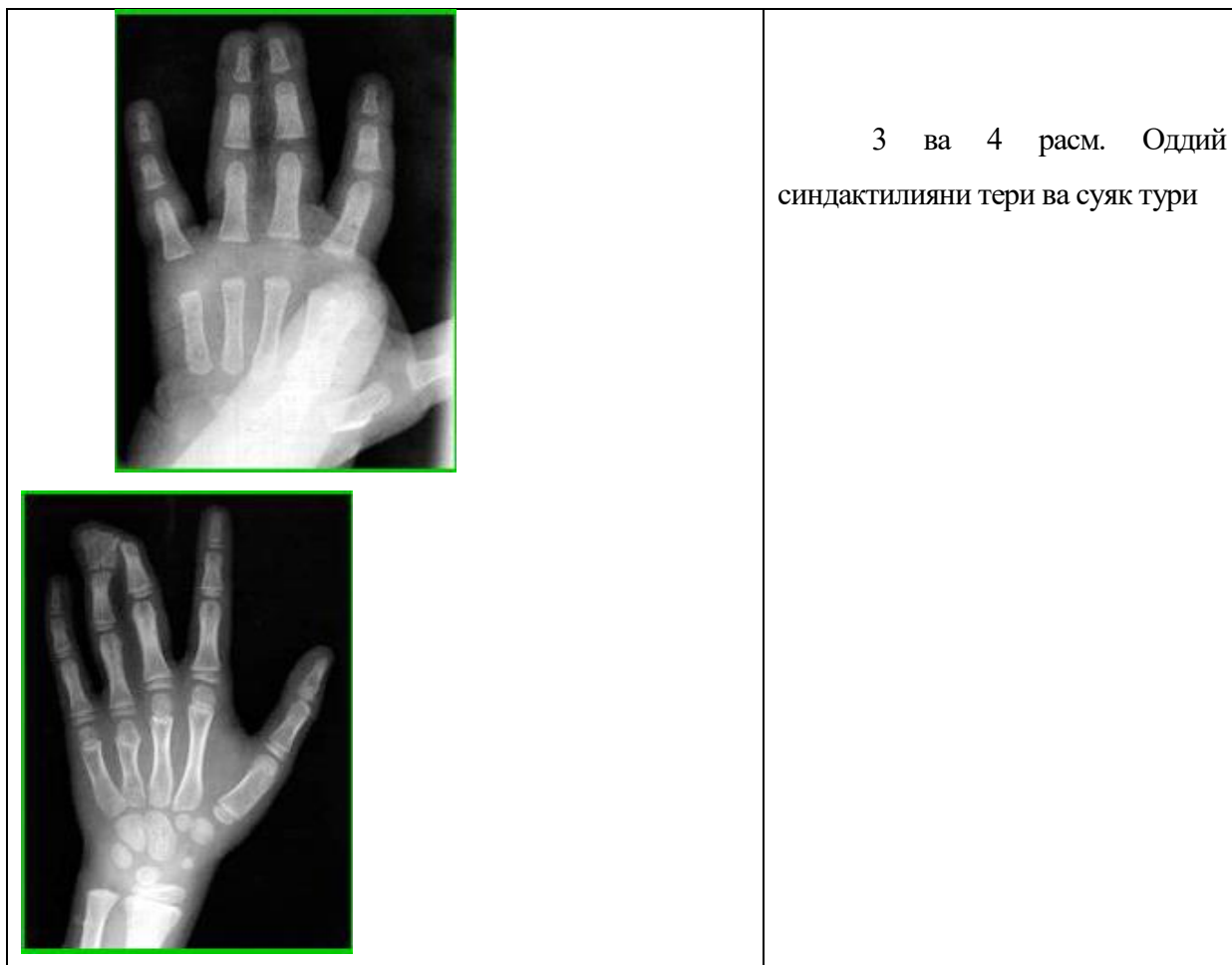


2 расм. Синдактилиянинг тўлиқ шакли

Бирлашма турига қараб, қуйидагилар ажралиб туради:

- синдактилиянинг юмшоқ тўқималар шакли (3-расм);

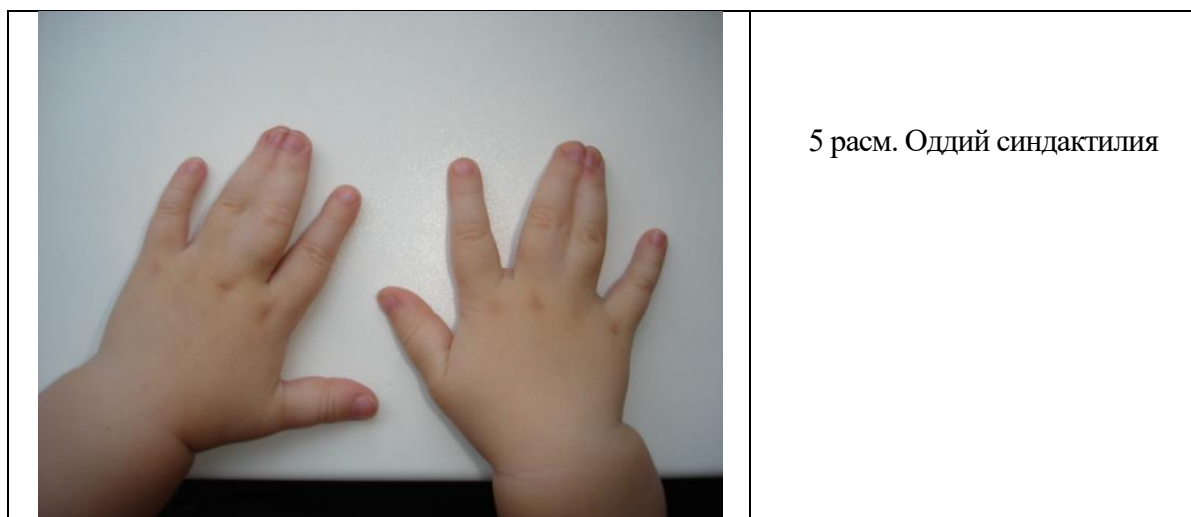
- синдактилиянинг суяк шакли (4-расм).



Зарарланган бармоқларнинг ҳолатига кўра:

- синдактилиянинг оддий шакли;
- синдактилиянинг мураккаб шакли.

Қўл синдактилиясининг **оддий шакллари**га ҳамроҳ бўлмаган деформацияларсиз тўғри ривожланган бармоқларнинг бирлашиши киради (5 расм).



Қўл туғма синдактилиясининг **мураккаб шакли** бармоқларнинг бирлашиши кўп ёки камроқ даражада фаланжларнинг шакли ўзгариши, букилиш контрактуралари, клинодактилия, остеоартикуляр ва пай аппаратларининг бурилиши ёки малформацияси билан кечадиган

патологияни англатади (2). +). Бирикиш жойига кўра 1-2-бармоқларнинг мураккаб синдактилияси (6-расм), уч фалангали бармоқларнинг мураккаб синдактилияси (7-расм), мураккаб тотал синдактилия (8-расм) фарқланади.



6 расм. 1-2 бармоқлар мураккаб синдактилияси



7 расм. Уч палангали бармоқ мураккаб синдактилияси



8 расм. Барча бармоқлар тотал мураккаб синдактилияси

**"ТУҒМА СИНДАКТИЛИЯ" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## 1. АСОСИЙ ҚИСМ

### Ёш кўрсаткичлари

Синдактилиянинг оддий шакллари - 6 ойлик (2-) ёшдан бошлаб жарроҳлик йўли билан даволаш мумкин. Бироқ, оптимал ёш - 1 ёш. Бу операциядан кейинги даврда маълум қийинчиликларга боғлиқ. Эркин тери трансплантантлари гипсли шинада 2 ҳафта давомида иммобилизация қилишни талаб қилади. Кичкина болани гипсда ушлаб туриш жуда қийин, чунки бу ёшда у жуда ҳаракатчан ва эртами-кечми ундан халос бўлади (2+). Шу билан бирга, бир ёшдан бошлаб болалар қўлларини, хусусан, қўлларини атрофдаги дунёни ўрганиш учун фаол равишда ишлата бошлайдилар ва тугъма патология туфайли қўлларнинг чекланган функцияси бу жараённи секинлаштиради. Шунинг учун даволанишни бошлашни кечиктириш, албатта, мумкин, аммо исталмаган. Иложи бўлса, муаммони 1-1,5 ёшда (2-) бартараф этиш керак.

Синдактилиянинг мураккаб шакллари, айниқса сегментнинг ўсишига путур етказадиган деформация билан, имкон қадар эрта, 1 ёшга тўлгунга қадар бартараф қилиниши керак. Ўсиш билан бармоқларнинг деформацияси кучайиши мумкин ва кейинги босқичларда уларни тузатиш қийинроқ бўлади.

1-2-бармоқлар ва 2-5-бармоқларнинг синдактилиясини бартараф қилиш усулларини технологияларга бўлиш тавсия этилади (2-).

Синдактилияни бартараф қилишнинг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат:

- бармоқлар оралиғи маҳаллий тўқималардан ҳосил бўлиши керак;

- кесимлардан кейин бармоқларнинг палмар юзасида зигзаг чандиқ чизиғи ҳосил бўлиши керак; ушбу қоидалардан четга чиқиш фақат проксимал интерфалангеал бўғинлар майдонини ўз ичига олмайдиган тўлиқ бўлмаган синдактилия билан мумкин;

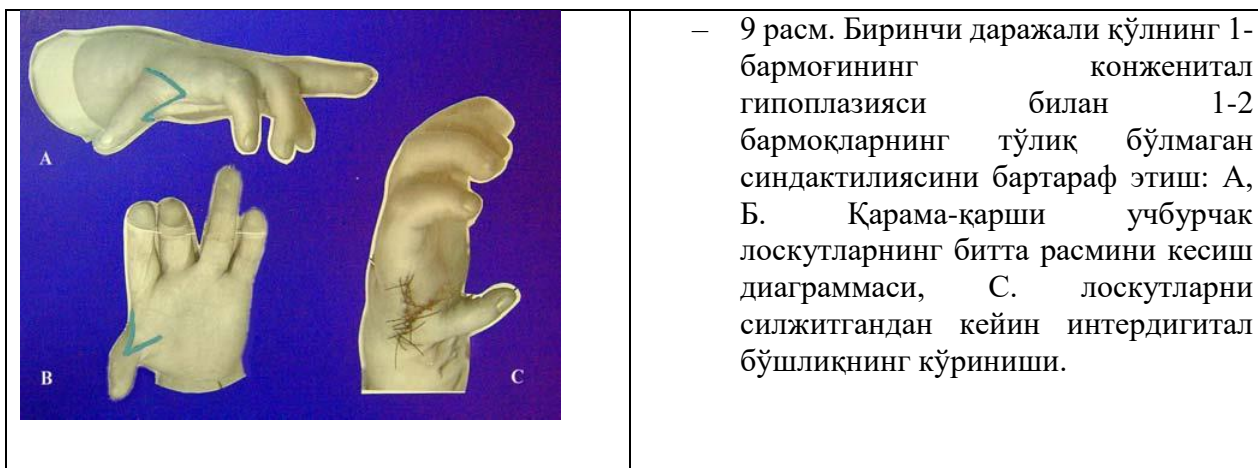
- синдактилияни бартараф этишда, бирлаштирилган бармоқларнинг барча деформациялари, агар керак бўлса, остеоартикуляр ва пай аппаратларга аралашув билан йўқ қилиниши керак;

- бармоқларнинг латерал юзаларида нуқсонлар эркин тери кўчириб ўтказилиши ёрдамида қопланиши керак. Маҳаллий терини кўчириб ўтказилишдан фойдаланиш фақат синдактилиянинг базал шакли ёки бирлаштирилган бармоқлар орасидаги кенг тери мембранаси билан мумкин, бу жуда кам учрайди.

#### 4.1 1-2 бармоқларнинг синдактилиясини бартараф этиш

#### 4.1.1. 1-2 бармоқли тўлиқ бўлмаган оддий синдактилия

- Бу деформация, коида тарикасида, брахидактилия ёки эктродактилиянинг 1-даражали туғма гипоплазия аломати бўлиб, алоҳида шаклда (2+) жуда кам учрайди.
- **Операция техникаси.** Бармоқлараро бурма соҳасида қарама-қарши учбурчак лоскутларнинг битта шакли кесилади (9-расм) асосий кесма бурманинг тепаси бўйлаб ўтади ва ён кесмаларнинг бурчаклари 45-45 ёки 60-60 даража. Лоскутлар ажратилгандан сўнг, бўшлиқ соҳасидаги толали аддуктор мушаклари даражасига қадар ажратилади. Кейинчалик, лоскутлар силжийди ва терига чоклар қўйилади.



#### 4.1.2. I бармоқ ротациясининг йўқлиги билан I - I I бармоқларнинг тўлиқ бўлмаган мураккаб синдактияси

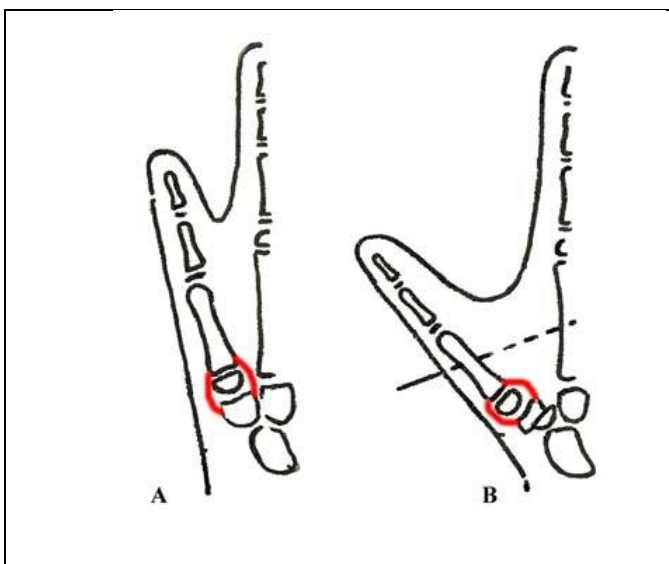
Синдактилиянинг бу варианты туғма брахидактилия учун хос бўлиб, бу патологияда аёсий мақсад нафақат бармоқларни ажратиш, балки бош бармоғини қарама-қаршилиқ ҳолатига ўтказишдир.

**Операция техникаси.** Биринчи бармоқлараро соҳада асосий кесма бармоқлараро бурманинг тизмаси бўйлаб ўтадиган ва ён кесмаларнинг бурчаклари 60-60 даража бўлган қарама-қарши кесишувчи учбурчак шаклида кесилади. Дорсал лоскут асосидан кесма улнар, сўнгра проксимал томонга чўзилади (10 -расм), асоси биринчи метакарпал суяк бўйлаб жойлашган айланма лоскутни ҳосил қилади.



10 расм. Синдактилия мураккаб формаси билан I-II бармоқлар тўлиқ бўлмаган синдактилиясини бартараф этиш

Кўзда тутилган лоскутларни кесиб бўлгач, интерметакарпал боғлам ажратилади, у одатда I - II метакарпал суякларнинг бошлари ўртасида жойлашган. Кейинги босқич - биринчи қафтнинг ротацияси. Рецидив бермайдиган энг ишончли усул метакарпал суяк проксимал метафизи даражасида остеотомиялардир. Бу вариант боланинг операциядан олдин бўлган карпометакарпал - метакарпофалангеал - интерфалангеал бўғинлар даражасидаги муносабатларнинг сақланишига эришилади.



11 расм. Қафт суяги остеотомияси ёрдамида биринчи бармоқни қарама-қарши ҳолатга ўтказиш: А. остеотомия диаграммаси, карпометакарпал бўғимнинг капсуласи қизил ранг билан белгиланган. Б. биринчи бармоқ қарама-қарши ҳолатга ўтказгандан сўнг, қафт суяги бўлақларини силжиши.

Биринчи бармоқ қарама-қарши ҳолатига ўтказгандан ва инеъцион игна билан маҳкамлагандан сўнг (бири сегмент ўқи бўйлаб, иккинчиси - кўндаланг ё йўналишда I - II

метакарпал суяклар орқали амалга оширилади), кесилган учбурчак лоскутлар билан бармоқлар оралигғи ёпилади, оралик декект аутотери трансплантанти билан ёпилади (12 расм).



I -бармоқ ротацияси ва II -бармоқнинг бир вақтнинг ўзида транспозицияси билан тўлиқ бўлмаган синдактилияни бартараф қилишнинг иккинчи варианты.

**Операция техникаси.** Қўлнинг биринчи бармоғи асоси соҳасида, асосий кесма бармоқлараро бурма бўйлаб ўтадиган ва ён кесмаларнинг бурчаклари 45-45 ёки 69-60 бўлган қарама-қарши учбурчак лоскутларнинг бир шакли кесилади. Лоскутлардан бирининг тепасидан кесма думалоқ шаклда II -бармоқгача давом этади.



13 расм. II - бармоқнинг бир вақтда транспозицияси билан қўлнинг I- II бармоқларининг синдактилиясини бартараф этиш: А. жарроҳлик амалиётигача қўлнинг кўриниши, Б. тери кесмаларининг диаграммаси, С, Д. иккинчи бармоқ транспозициясидан кейин қўлнинг кўриниши

Операция давоми: кесим давом этади ва V-бармоқнинг улнар юзасида овал тери лоскути ҳосил бўлади. Юмшоқ тўқималарни ажратгандан сўнг, иккинчи бармоқнинг дорсал веналари ва кафт нейроваскуляр тўпламлари ажратилади, II метакарпал суякнинг проксимал метафизи соҳасида остеотомия қилинади ва иккинчи бармоқ ўз жойига ўтказилади. Биринчи бармоқлараро соҳасида ҳаракатланадиган тўқималар томонидан бурма ҳосил бўлади, овал лоскут ёрдамида II - III бармоқлар оралиғида бармоқлараро бурма ҳосил бўлади.

Шундай қилиб, оралиқ жойлашган ортикча юмшоқ тўқималар тўлиқ ишлатилади ва бир вақтнинг ўзида мавжуд патологиянинг барчаси бартараф этилади.

*4.1.3. I -бармоқ клинодактилияси билан бўлган I - II бармоқларнинг тўлиқ мураккаб синдактилияси.*

I- II бармоқларнинг тўлиқ синдактилияси акросефалосиндактили болаларда синдактилиянинг мураккаб шакллариға хосдир. Ушбу патологиянинг энг кўп учрайдиган кўриниши биринчи бармоқнинг клинодактилиясидир. Реконструкция пайтида нуқсонни бир вақтнинг ўзида тузатиш тамойилиға риоя қилиш керак.

**Операция техникаси.** Қўшилган бармоқларнинг тағида тил шаклидаги дорсал юзада лоскутларнинг асоси метакарпал суякларнинг бошлари проекцияси соҳасида, кафтда - уларнинг тепасида жойлашган иккита лоскут кесилади (14 -расм). Қолган қисм тўғри чизиқли кесмалар

билан ажратилади. Метакарпал суяклар бошларининг проексия соҳасидаги бармоқларнинг фалангалари орасидаги фиброз тўқималар кескин равишда ажратилади ва биринчи бармоқнинг тўлиқ очилишига эришилади.



Операция давоми: бош бармоғининг траперция шаклида бўлган асосий фалангаси остеотомияси амалга оширилади (кўпинча понасимон резекция) ва сихлар билан фиксация қилинади.



ёрдамида бармоқ оралиғини шакллантириш.

Бармоқлар оралиғининг асоси олдиндан кесилган тил шаклидаги лоскутлардан шакллантирилиб, бир-бирига ўзаро ён томонидан тикилади. Бармоқларнинг латерал юзаларида ҳосил бўлган тери дефекти аутотери билан қопланади.

#### 4.1.4. Биринчи бармоқ ротацияси йўқлиги билан I - II бармоқларнинг тўлиқ мураккаб синдактилияси

Бу ҳолат қўлнинг брахидактилияси, шунингдек иккиламчи эктродактилиянинг баъзи шакллари учун хос ҳисобланади (-2).

**Операция техникаси.** Қўшилган бармоқлар асосида юқорида келтирилган принципларга мувофиқ иккита тил шаклидаги лоскут кесилади. Қолган қисми тўғри чизикли кесмалар билан бўлинади. Дорсал лоскутнинг тагидан кесма улнар томонга ва яна проксималга чўзилади ва айланиш лоскутини ҳосил қилади.



Дорсал фасция I - II метакарпал суяклар даражасида кесилгандан сўнг, биринчи бармоқ қарама-қарши ҳолатга ўтказилади ва синдактилия бартараф етилади. Тил шаклидаги лоскутлар

ёрдамида бармоқлар ораси шаклантирилади, интерметакарпал бўшлиқ айланма лоскут билан ёпилади (16-расм), бармоқларнинг латерал юзаларида яра дефертлари эркин тери билан қопланади.

Биринчи бармоқнинг ротацияси йўқлиги билан I - II бармоқнинг тўлиқ мураккаб синдактилиясини бартараф этишнинг иккинчи вариантыни юмшоқ тўқималарнинг чекланган ресурслари туфайли қўл кафтида айланадиган тери лоскутини кесиб олишнинг иложи бўлмаганда фойдаланиш тавсия этилади. Бундай вазиятда яра дефертини қоплаш учун тери фасциал лоскутининг микрожарроҳлик билан амалга ошириладиган эркин ёки озиқлантирувчи оёқчалар билан бажариладиган тери пластикаси мос келади.



**Операция техникаси.** I - II бармоқлар қўшилиши тўғри чизиqli кесмалар билан ажратилади, қўл кафт устки юзасидаги қисми карпометакарпал бўғимнинг проекциясигача чўзилади. Биринчи бармоқ қарама-қарши ҳолатга ўтказилади ва сихлар билан фиксацияланади. Яра дефектидан ўлчов олинади, лоскутнинг иккинчиси билакнинг олдинги юзасига, унинг ўрта учдан бир қисмига ўтказилади. Радиал томирлар тўплами изоляция қилинади, дистал йўналишдан тери фасциал лоскути проксималда мобилизация қилинади ва иккинчисига

тикилади. Дистал томир тутамида ҳосил бўлган лоскут бармоқлар оралиғига ва бармоқларнинг латерал юзаларига ўтказилади ва яранинг четларига тикилади.

## 4.2. I-V бармоқлар оддий синдактилиясини бартараф этиш

### 4.2.1. Уч фалангали бармоқларнинг тўлиқ бўлмаган оддий синдактилияси

I-V бармоқларнинг тўлиқ бўлмаган синдактилияси одатда проксимал интерфалангеал бўғинлар даражасига ёки бироз дисталга чўзилган синтез билан тавсифланади ва иккиламчи эктродактилия ва брахидактили (2-) ҳолатида патологиянинг оддий шакллари ва мураккаб шакллarga хосдир.

**Операция техникаси** (оддий ва мураккаб шакллар учун бир хил). Қўшилган бармоқлар тагида қўлнинг кафт ва дорсал юзалари бўйлаб тил шаклидаги иккита лоскут кесилади, дорсал лоскутнинг асоси метакарпал суяклар бошларининг проексия зонасида жойлашган ва кафт метакарпал суяклардан. Лоскутнинг чўққиси асосий фаланхнинг ўрта ва дистал учдан бир қисмининг чегараси даражасида жойлашган. Қолган лоскутлар Z-шаклидаги кесма билан бўлинади, асосий кесма бурманинг чўққиси бўйлаб, латерал кесмалар эса лоскутнинг дорсал ва кафт юзалари бўйлаб (2-) (17 расм).



Палмар нейроваскуляр тоўпламлар синдактилия билан ажралиб туради, умумий палмар рақамли артериянинг палма рақамли артерияларига бўлиниши одатда одатдагидан кўра дисталда содир бўлади, бу шаклланишига ҳақиқий тўсиқдир.

Артериал магистрални рақамли нервлардан ажратиш ва агар керак бўлса, вилкадан дистал бўлган новдалардан бирини боғлаш керак, умумий қафт рақамли нервнинг мушак ичига бўлиниши амалга оширилади.

Кейинги кадам, бармоқларнинг пассив кенгайтмасининг керакли миқдори олинмагунча, дорсал ва палмар интерметакарпал лигаментларни ажратиш ва ажратишдир.

Интердигитал бўшлиқнинг пастки қисми кесилган тил шаклидаги лоскутлардан ҳосил бўлади, бармоқларнинг латерал юзаларида дистал 1/4 нуқсонлар қисман Z-шаклидаги дисексиёндан кейин олинган лоскутлар билан қопланган; лоскутларнинг қолганлари қалин бўлинган лоскутлар билан алмаштирилади (Б).

#### 4.2.2. Уч фалангали бармоқларнинг тўлиқ оддий синдактилии

Ушбу турдаги ривожланиш нуқсонларининг энг типик вакили 3-4 бармоқларнинг синдактилияси бўлиб, жарроҳлик йўли билан йўқ қилиниши одатда қўлланмаларнинг асосий қисмида (2+) келтирилган.

Бўғимларда тўлиқ ҳаракатланиш ва ривожланишнинг зарур даражасига эга бўлган уч фалангеал бармоқлар жарроҳлик даволаш учун махсус талабларни кўяди, чунки косметик нуқсон, агар муваффақиятсиз бўлса, функционал ҳолатга айланиши мумкин.

**Операция техникаси.** Бармоқларнинг тагида, илгари тақдим этилган усул бўйича 2 та тил шаклидаги лоскут кесилади, қолганлари учинчи бармоққа ўтказилади, иккинчисининг чизиғи эса орқа юзадаги чизикнинг ойна тасвиридир.



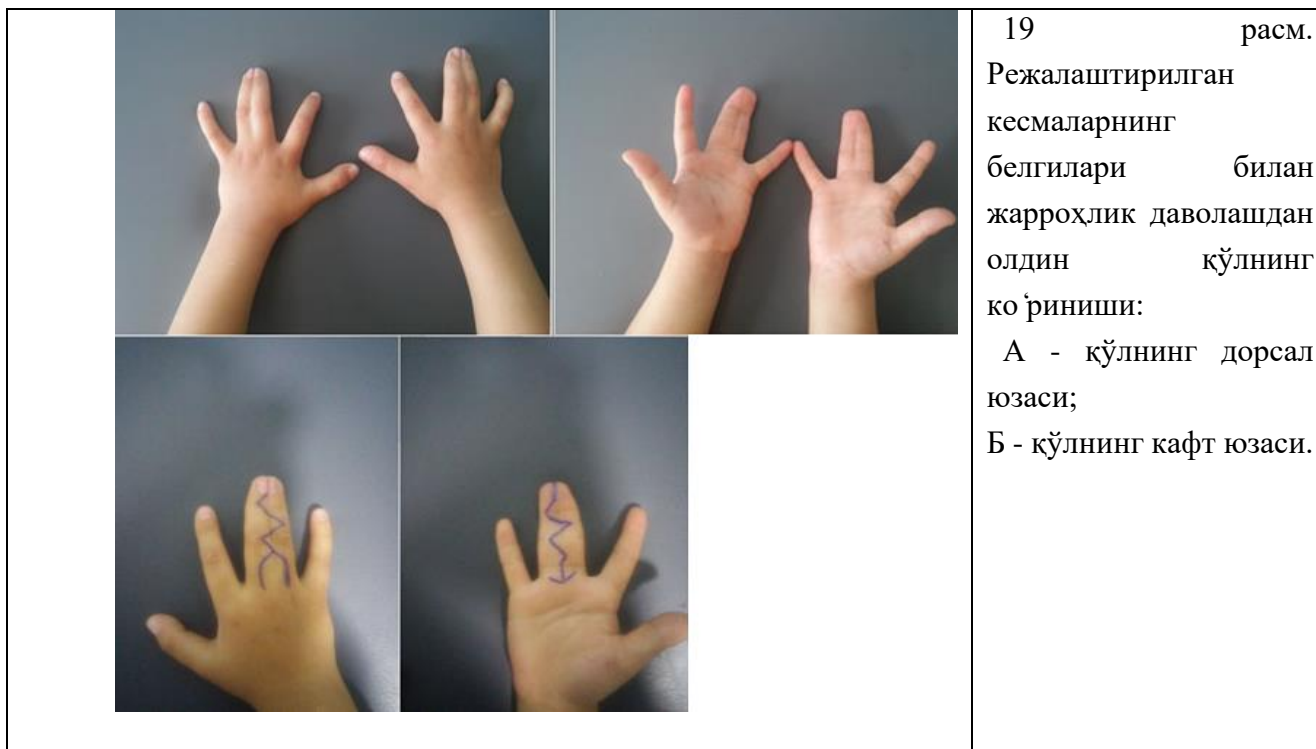
Кейинги ҳаракатлар - комиссурани ажратиш, изоляция қилиш ва нейроваскуляр тўпламлар билан ҳаракатлар, дорсал ва кафт интерметакарпал пайларини кесиш юқорида айтиб ўтилганларга ўхшашдир.

Интердигитал бўшлиқнинг пастки қисми кесилган тил шаклидаги лоскутлардан ҳосил бўлади, 4-бармоқнинг латерал юзасининг 2/3 қисми ўз тўқималари билан қопланган, қолган яра нуқсонлари қалин бўлинган тери билан қопланган.

Синдактилияни бартараф этишда жарроҳ қўлнинг учта муҳим таркибий қисмини тиклаш вазифасига дуч келади: интердигитал бўшлиқ, бармоқлар териси ва тирноқ тўшаги. Ушбу тузилмаларни шакллантириш учун кўплаб кесиш схемалари ишлаб чиқилган. Уларнинг кўпчилиги камчиликларга эга: ғайритабиий интердигитал бўшлиқ, тери нуқсонларини алмаштириш учун тери трансплантантларидан фойдаланиш, нотўғри шаклланган ва деформацияланган тирноқлар.

Юмшоқ тўқималарнинг мембранаси етарлича кенг бўлган ҳолларда, бармоқларнинг бирлашишини бартараф этгандан сўнг, барча яра нуқсонларини маҳаллий тўқималар билан ёпишни ўз ичига олган усул қўлланилади. Мураккаб шаклдаги дорсал лоскутдан фойдаланиш тўғри интердигитал бўшлиқни шакллантиришга имкон беради. Оддий интердигитал бўшлиқнинг характеристикалари унинг чуқурлиги, кум соати шакли ва 40 дан 45 градусгача бўлган дистал мойилликка проксималдир (Б).

**Операция техникаси.** Бармоқлар тагида, қўлнинг орқа томони бўйлаб, капалак шаклида дорсал лоскут кесилади. Қолган термоядровий зигзагли кесмалар ёрдамида йўқ қилинади, дорсал юзадаги чизик палмар юзасида чизикнинг ойна тасвиридир. Тери лоскутларини сафарбар қилгандан сўнг, битишмалар ажратилади ва нейроваскуляр тўпламлар диққат билан ажратилади. Артериал бифуркация юқори жойлашганда артериялардан бири коагуляцияланади ва бироз дисталга бўлинади. Муҳим нуқта - дорсал ва палмар интерметакарпал пайларнинг дисексияси. Тери ёшга қараб метрик ўлчами 5/0 ёки 6/0 бо'лган монофиламент материал ёрдамида тикилади (19 ва 20 расм).



#### 4.2.3. Уч фалангеал бармоқларнинг тўлиқ мураккаб синдактилияси

Ушбу гуруҳнинг энг типик вакили – бу III-V бармоқларни тенг бўлмаган узунликдаги бирлашишидир. Бир ҳил ривожланган бармоқларнинг букилиш контрактураси ва бармоқлараро бўғим соҳасида клинодактилияси билаб бўлган деформация ҳосдир.

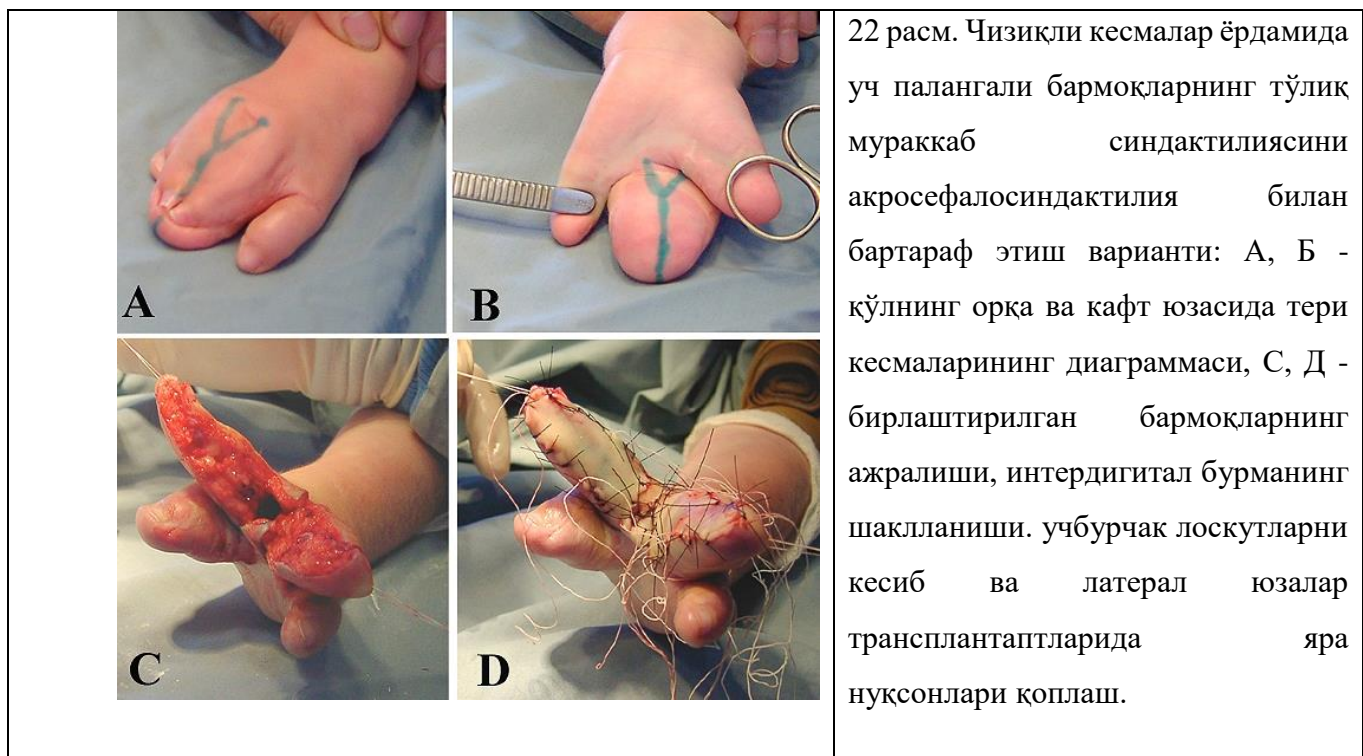
**Операция техникаси.** Бармоқлар асосида 2 та тил шаклидаги лоскут шакиллантирилади. Бирлашишнинг қолган қисми чизикли кесмалар билан ажратилади. Агар тирноқ фалангалари суюклари қўшилган бўлса долото юрдамида ажратилади (21 расм).



Бармоқ кафт юзаларида бармоқлараро бўғим проекциясида кўндаланг йўналишда қўшимча кесмалар амалга ошириш. Контрактуралар ва клинодактилияларни бартараф этишда қўшимча кесимлар натижасида зигзаг шаклида йўналиш ҳосил бўлади.

Бармоқлар оралиғининг асоси маҳаллий тўқима ҳисобига, латерал юзаларида дефектлар эркин тери ёрдамида қопланади.

Уч фалангали бармоқларнинг тўлиқ мураккаб синдактилиясини бартараф этишнинг иккинчи варианты брахидактилия, акросефалосиндактилия, фақат тирноқ фаланжлари даражасида суюк синтезининг мавжудлиги ва интерфалангеал бўғинларда ҳаракатларнинг сезиларли даражада чекланиши ёки тўлиқ йўқлиги учун қўлланилади.



**Операция техникаси.** Бирлаштирилган бармоқлар тагида тил шаклидаги иккита лоскут кесилади (22А-расм). Қолган термомядровий чизикли кесмалар билан бўлинади. Тирнок фаланжлари соҳасидаги суяк комиссураси чисел билан кесилади. Интердигитал бўшлиқнинг пастки қисми кесилган лоскутлардан ҳосил бўлади, бармоқларнинг латерал юзаларида яра нуқсонлари эркин тери ёрдамида ёпилади (22Б, С, Д-расм).

Уч фалангали бармоқларнинг тўлиқ мураккаб синдактилиясини йўқ қилишнинг учинчи варианты сезиларли даражада сегментларнинг суяк бирикмаси ҳолатида ёки аниқ флексион контрактуралари (90 даражагача ва ундан кўп) ва клинодактилия мавжуд бўлганда қўлланилади. Бирлашма ажратилгандан сўнг, бармоқларнинг латерал юзаларида яра нуқсонлари ҳосил бўлади, уларнинг пастки қисмида очик тендонлар, фаланжларнинг диафизлари, бўғинлар ва нейроваскуляр тўпламлар мавжуд. Ушбу шаклланишларни эркин тери билан қоплаш мумкин эмас ва шунинг учун икки босқичли даволаш усулини қўллаш тавсия этилади, унинг маъноси қуйидагича.

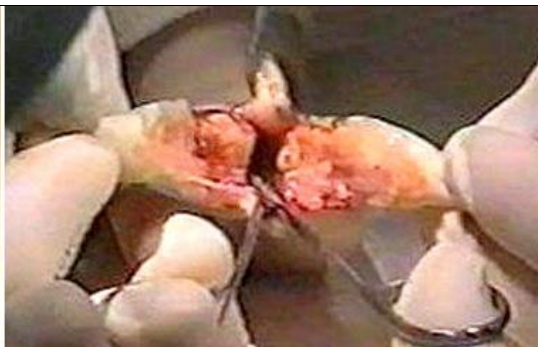


Биринчи босқичда синтез бармоқ учидан бошлаб асосий фаланжларнинг ўрта учдан бир қисмигача бўлган чизикли кесмалар билан бўлинади. Фаланжларнинг тузатувчи остеотомиялари, умумий сегментларнинг бўлиниши ва интерфалангеал боўғинларнинг капсулотомиялари амалга оширилади.

Контрактуралар ва клинодактилия бартараф этилгандан сўнг, бармоқлар тузатилган ҳолатда яна бир-бирига тикилади. Шундай қилиб, синдактилиянинг мураккаб шакли оддий шаклга айланади (23-расм) (Б).

Иккинчи босқич, 3-4 ҳафтадан сўнг, илгари тақдим этилган стандарт усул ёрдамида синдактилияни йўқ қилади, бунда интердигитал бўшлиқнинг пастки қисми олдиндан кесилган лоскутлардан ҳосил бўлади, яра нуқсонлари терини эркин пайвандлаш ёрдамида алмаштирилади (24-расм), бу эса жуда мумкин, чунки фаланжларнинг очик бўлаклари белгиланган вақт ичида

етарли даражада қон билан таъминланган тўқималар билан қопланган (Б).



24 расм. Уч фалангали бармоқларнинг тўлик мураккаб синдактилиясини бартараф этишнинг иккинчи босқичи.

**"ТУҒМА СИНДАКТИЛИЯ" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## 1. АСОСИЙ ҚИСМ

Бармоқларнинг синдактилиясини бартараф этишга қаратилган операция вақтидаги хатолар ва асоратлар қўлнинг қониқарсиз косметик кўринишига ёки анатомик тузилмаларнинг бўлакларини йўқотишига олиб келиши мумкин.

Асорат турлари.

1. Нерв-томир тутамларининг шикастланиши.
2. Тери трансплантантининг некрози ёки чандикли контрактурасининг ривожланишига олиб келадиган узоқ муддатли битиши.
3. Бармоқлар асосининг проксимал ёки дистал йўналишда силжиши.
4. Бармоқларнинг деформацияси:
  - ажратишдан олдин бармоқларнинг турли узунликлари туфайли фарқланган ўсиш
  - чандикли контрактуралар.
5. Тери трансплантантининг гиперпигментацияси (кўпинча чов терисидан фойдаланганда).
6. Туклар ўсиши
7. Тирноқ пластинасининг қониқарсиз ҳолати ва тирноқ пластинкасининг ассиметрик шакли шаклланиши.
8. Донор соҳасидада қўпол чандиқлар ҳосил бўлиши.
9. Остеосинтез жойида узоқ муддатли битиш.

Синдактилияни бартараф этишнинг ўзига хос усулини қоўллаш учун коўрсатмаларни тўғри танлаш ва жарроҳлик аралашув технологиясига риоя қилиш асоратлар хавфини камайтиради ва максимал косметик ва функционал натижаларни таъминлайди (С).

### ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ПАРВАРИШЛАШ

Операциядан кейинги даврда қўл II-V бармоқларини ёзилган ҳолатида гипсли боғлам қўйилади ва бажарилган жарроҳлик аралашув турига боғлиқ бўлган даврда қўлнинг биринчи бармоғини қарама-қарши ҳолатда қилади. Жарроҳликдан сўнг бандаж биринчи кунда бармоқларнинг дистал қисмларида қон айланишини назорат қилиш мумкин бўлган тарзда қўлланилади. Биринчи кийиниш операциядан кейинги кун тўқималарнинг ҳолатини ва шиш ривожланишини кузатиш учун амалга оширилади. Операциядан кейинги жароҳатларнинг тинч курси билан ҳар 3-4 кунда бир марта кийиниш амалга оширилади. Чоклар 14-16-кунли олиб ташланади, бу этарли даражада битиш учун зарурдир. Агар синдактилияни бартараф этишда суяк аралашуви остеотомия ва сихлар билан маҳкамлаш билан биргаликда амалга оширилган бўлса, назорат рентгенографияси учун оптимал давр операция қилинган кундан бошлаб 4-ҳафта ҳисобланади. Рентген текшируви натижаларига кўра, симларни олиб ташлаш тўғрисида қарор

қабул қилинади. Тери тўлиқ даволангандан сўнг, қўлнинг кичик бўғмларида қўпол деформация қилувчи чандиқлар пайдо бўлишининг олдини олишга ва ҳаракатларнинг ривожланишига йўл қўймасликка қаратилган, шу жумладан қўлларни массаж қилиш, флексор ва экстенсорларни электр стимуляциясига қаратилган ресторатив даволаш мураккаби буюрилади. Бармоқларга операциядан кейинги чандиқларда гиалуронидаза (Лидаза) билан фонофорез, озокеритни қўллаш, турли ванналар, бармоқларнинг ҳаракатлантирувчи машқлари ҳисобланади. Такрорий реабилитация курслари биринчи йил давомида ҳар 3 ойда ва кейин ҳар 6 ойда оптимал ҳисобланади (В).

## ХУЛОСАЛАР

1. Туғма синдактилиянинг мураккаб шакллари қўлнинг оғир комбинацияланган нуқсони бўлиб, уларни қуйидаги асосий белгиларга кўра ажратиш тавсия этилади: қўшилиш локализацияси (I - II бармоқлар, уч-фалангеал бармоқлар, I-V бармоқлар (тотал)); қўшилиш тури (юмшоқ тўқима, суяк); деформациянинг ривожланишининг сабаби (тенг бўлмаган узунликдаги бармоқларнинг бирлашиши, қоўлнинг остеоартикуляр ва пай аппаратларининг анатомик бузилишлари туфайли); ҳамроҳлик қилувчи деформацияларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги (изоляцияланган шаклда, бирлашган нуқсон ёки синдром мураккабининг намоён бўлиши сифатида) (В).

2. Туғма синдактилиянинг мураккаб шакллари рентгенологик жиҳатдан нафақат бирлаштирилган, балки қўшни бармоқлар ҳолатининг ўзгариши билан тавсифланади, бу эса ушбу касалликда бутун сегментнинг анлажидаги нуқсонни кўрсатади. Ўсиш зоналарининг патологик шароитлари ва таъсирланган бармоқларнинг бўғимларидаги анатомик муносабатларнинг жиддийлиги ва частотасининг мураккаб синдактилия (В) вариантыга аниқ боғлиқлиги аниқ.

3. Туғма синдактилиянинг мураккаб шакли бўлган беморларда касалликнинг наслийлиги 22,3% да аниқланади; ушбу патологиянинг бир қатор вариантларини шакллантиришда мутаген омилларнинг муҳим роли қайд этилган (В).

4. Болаларда қўлнинг туғма синдактилиясининг мураккаб шакллари жарроҳлик йўли билан даволаш 1 ёшдан - 1,5 ёшдан, зарарланган қўлни ишлатиш қобилияти пайдо бўлишидан ва иккиламчи деформациялар пайдо бўлишидан олдин бошланиши керак (В).

5. Қўлнинг туғма синдактилиясининг мураккаб шакллари бўлган болаларни жарроҳлик йўли билан даволашда тўрт турдаги операцияларни ажратиш кўрсатиш мақсадга мувофиқдир: дастлабки, мураккаб синдактилияни кейинчалик бартараф этиш учун оптимал шароитларни яратиш; зарарланган бармоқларнинг ҳамроҳ бўлган деформацияларини бир вақтнинг ўзида тузатиш билан бартараф этишга қаратилган асосийлари; ажратилган бармоқларнинг косметик ҳолатини яхшилашга ва иккиламчи деформацияларнинг

ривожланишига йўл қўймасликка қаратилган яқуний операциялар; қўлнинг ташқи кўринишини ва функциясини бир бутун сифатида тузатиш учун қўшилган бармоқларнинг бирга келадиган патологиясини бартараф этишни ўз ичига олган қўшимча операциялар (В).

6. Қўлнинг туғма синдактилиясининг мураккаб шакллари жарроҳлик ё йўли билан даволашдан кейин узок муддатда остеоартикуляр тизимнинг ҳолати, маҳаллий кон оқими даражаси ва нерв-мушак тизимида ижобий динамика яхшиланади (В).

7. Туғма синдактилиянинг мураккаб шакллари даволаш учун тавсия этилган усуллардан фойдаланиш кичик ёшдаги болаларда - 3 ёшгача бўлган болаларда энг яхши натижалар билан жарроҳлик даволашнинг оптимал натижаларини олиш имконини беради.

## **АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР**

1. Туғма синдактилиянинг мураккаб шаклларида патологиянинг учта асосий вариантини ажратиш керак: I- II бармоқларнинг мураккаб синдактилияси; уч фалангеал бармоқларнинг мураккаб синдактили; 1-5-бармоқларнинг мураккаб тотал синдактили, бу нуқсонни жарроҳлик йўли билан тузатишга табақалаштирилган ёндашувга имкон беради.

2. Туғма синдактилиянинг мураккаб шакллари жарроҳлик йўли билан даволашни 1 - 1,5 ёшда бошлаш мақсадга мувофиқдир.

3. Болаларда туғма синдактилиянинг мураккаб шакллари бартараф этишда, ҳозирги вақтда маълум бўлган реконструкция қилишнинг барча усулларини, шу жумладан тўқималар мураккабларини микрожарроҳлик трансплантациясини қўллаган ҳолда, бирлаштирилган бармоқларнинг мавжуд деформацияларини дарҳол тузатишга ҳаракат қилиш керак.

4. Қўлнинг туғма синдактилиясининг мураккаб шакллари жарроҳлик йўли билан даволаш ихтисослаштирилган болалар ортопедик ёки жарроҳлик шифохоналарида қўл жарроҳлиги бўйича назарий билим ва амалий кўникмаларга эга бўлган шифокорлар томонидан амалга оширилиши керак. Ўсиш даври тугагунга қадар болалар мумкин бўлган иккиламчи деформацияларни ўз вақтида аниқлаш ва жарроҳлик йўли билан бартараф эриш учун клиник кузатувга муҳтож.

## АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Goldfarb CA, Ezaki M, Wall LB, et al. The Oberg-Manske-Tonkin (OMT) Classification of Congenital Upper Extremities: Update for 2020. *J Hand Surg Am.* 2020;45(6):542-547. doi: 10.1016/j.jhsa.2020.01.002  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32093994/>
2. Wall LB, McCombe D, Goldfarb CA, et al. The Oberg, Manske, and Tonkin Classification of Congenital Upper Limb Anomalies: A Consensus Decision-Making Study for Difficult or Unclassifiable Cases. *J Hand Surg Am.* 2022:S0363-5023(22)00423-3. doi: 10.1016/j.jhsa.2022.07.007.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36089550/>
3. Chan CCH, McGee P, Hooper G, Lam WL. Re-examining the nomenclature of congenital failure of formation in the upper limb: a historical perspective. *J Hand Surg Eur Vol.* 2023 Mar 16:17531934231160400. doi: 10.1177/17531934231160400.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36927201/>
4. Dahlberg PS, Mosdøl A, Ding KY, et al. Agreement Between Chronological Age and Bone Age Based on the Greulich and Pyle Atlas for Age Estimation: A Systematic Review. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2017 Mar 15. Report from the Norwegian Institute of Public Health No. 2017-21.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30377790/>
5. Goodell PB, Bauer AS, Oishi S, et al. Functional Assessment of Children and Adolescents with Symbrachydactyly: A Unilateral Hand Malformation. *J Bone Joint Surg Am.* 2017;99(13):1119-1128. doi: 10.2106/JBJS.16.01283  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28678125/>
6. Wang B, Tian X, Hu Y. Treatment of Common Congenital Hand Conditions. *Clin Plast Surg.* 2019;46(3):489-503. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.009.  
<https://rs.yiigle.com/CN421158202205/1377768.htm>

7. Shah A, Bohn DC, Van Heest AE, Hu CH. Congenital Upper-Limb Differences: A 6-Year Literature Review. *J Bone Joint Surg Am.* 2023;105(19):1537-1549. doi: 10.2106/JBJS.22.01323.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37624908/>
8. Andersson GB, Gillberg C, Fernell E, Johansson M, Nachemson A. Children with surgically corrected hand deformities and upper limb deficiencies: self-concept and psychological well-being. *J Hand Surg Eur Vol.* 2011;36(9):795-801.  
[https://www.researchgate.net/publication/51451202\\_Children\\_with\\_surgically\\_corrected\\_hand\\_deformities\\_and\\_upper\\_limb\\_deficiencies\\_Self-concept\\_and\\_psychological\\_well-being](https://www.researchgate.net/publication/51451202_Children_with_surgically_corrected_hand_deformities_and_upper_limb_deficiencies_Self-concept_and_psychological_well-being)
9. Pino PA, Zlotolow DA, Kozin SH. What 's New in Congenital Hand Surgery. *J Pediatr Orthop.* 2020;40(8):e753-e760. doi: 10.1097/BPO.0000000000001629.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658157/>
10. Ferrari BR, Werker PMN. A cross-sectional study of long-term satisfaction after surgery for congenital syndactyly: does skin grafting influence satisfaction? *J Hand Surg Eur Vol.* 2019;44(3):296-303. doi: 10.1177/1753193418808183.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385155/>
11. Goodell PB, Bauer AS, Sierra FJ, James MA. Symbrachydactyly. *Hand (N Y).* 2016;11(3):262-270. doi: 10.1177/1558944715614857.  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1558944715614857>
12. Gaskin CM, Cahn SL, Bertozzi JC, Bunch PM. Skeletal development of the hand and wrist: a radiographic atlas and digital bone age companion. New York: Oxford University Press, Inc., 2011.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5393285/>
13. Wong VW, Katz RD, Higgins JP. Interpretation of upper extremity arteriography: vascular anatomy and pathology [corrected]. *Hand Clin.* 2015;31:121–134.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25455362/>
14. Waters PM, Bae DS. *Pediatric Hand and Upper Limb Surgery:A Practical Guide.* Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2012.  
[https://books.google.co.uz/books/about/Pediatric\\_Hand\\_and\\_Upper\\_Limb\\_Surgery.html?id=f0OP5u8ERDwC&redir\\_esc=y](https://books.google.co.uz/books/about/Pediatric_Hand_and_Upper_Limb_Surgery.html?id=f0OP5u8ERDwC&redir_esc=y)

15. Tonkin MA, Tolerton SK, Quick TJ, et al. Classification of congenital anomalies of the hand and upper limb: development and assessment of a new system. *J Hand Surg Am.* 2013;38(9):1845-1853.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23684520/>
16. Sheffler LC, Hanley C, Bagley A, Molitor F, James MA. Comparison of self-reports and parent proxy-reports of function and quality of life of children with below-the-elbow deficiency. *J Bone Joint Surg Am.* 2009;91(12):2852-2859.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19952247/>
17. Solia E, Panagouli E, Angelis S, et al. Variations of Ulnar Nerve in the Forearm and Hand: A Review of the Literature and Clinical Significance. *J Long Term Eff Med Implants.* 2022;32(1):45-59. doi: 10.1615/JLongTermEffMedImplants.2021039908.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35377993/>
18. Corder BN, Benedict KC, Walker ME. Gaining the Upper Hand: Understanding the Causes and Repercussions of Delayed Presentation of Congenital Hand Anomalies. *Eplasty.* 2023;23:e30.  
<https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/eplasty/case-report/gaining-upper-hand-understanding-causes-and-repercussions-delayed>
19. Oberg KC, Feenstra JM, Manske PR, Tonkin MA. Developmental biology and classification of congenital anomalies of the hand and upper extremity. *J Hand Surg Am.* 2010;35:2066- 2076.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21134615/>
20. International Federation of Societies for Surgery of the Hand. IFSSH scientific committee on congenital conditions. *J Hand Surg Eur Vol.* 2014;39(6):676-678.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5030846/>