

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ СОҒЛИҚНИ СОҒЛИК ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА БОЛАЛАР ОРТОПЕДИЯ МАРКАЗИ

**“ЕЛКА НЕРВ ЧИГАЛИ ТУҒРУҚ ЖАРОҲАТЛАРИ
БИЛАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент - 2025 йил

"ТАСЛИҚЛАЙМАН"
Республика болачақ ортопедия
маркази директори

А. Б. Тиляков

2025 йил

**“ЕЛКА НЕРВ ЧИГАЛИ ТУҒРУҚ ЖАРОҲАТЛАРИ
БИЛАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

Тошкент - 2025 йил

МУНДАРИЖА:

Елка нерв чигали туғруқ жароҳатлари билан болаларни ташхислаш ва даволаш	11
Елка нерв чигали туғруқ жароҳатлари патологиясида тиббий аралашувлар	19
Елка нерв чигали туғруқ жароҳатлари патологиясини тиббий профилактикаси ва реабилитацияси	29

**" ЕЛКА НЕРВ ЧИГАЛИ ТУҒРУҚ ЖАРОҲАТЛАРИ
БИЛАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШ " НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ДАВОЛАШ ВА ТАШХИСЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

1. КИРИШ ҚИСМ

Ушбу клиник протоколлар “Ўзбекистон Травматологлар ва ортопедлар илмий жамияти” Республика болалар ортопедияси маркази (РБОМ) мутахассислари томонидан Европа болалар ортопедлари ассоциацияси ва ушбу соҳа олимларининг кўрсатмалари, тавсиялари ва маълумотлари асосида ишлаб чиқилган.

Муаллифлар гуруҳи халқаро экспертларнинг фикрини тўлиқ қўллаб-қувватлайди ва клиник протоколлар нашр этилган пайтда тажрибали мутахассислар учун мавжуд бўлган энг тўғри маълумот эканлигини таъкидлашни зарур деб ҳисоблайди.

Миллий клиник протокол елка нерв чигали туғруқ жароҳатлари патологиясини ташхислаш, реабилитация қилиш ва олдини олиш бўйича қўлланма бўлиб, республикамизнинг барча соғлиқни сақлаш муассасаларининг невропатологлари, болалар ортопедлари ва реабилитаторлари томонидан қўлланилиши мумкин.

Халқаро касалликлар таснифи - ХКТ-10/11:

ХКТ – 10	
https://mkb-10.com/index.php?pid=15106	
Код	Название
P14.0	Туғруқ травмасида Эрба фалажи https://mkb-10.com/index.php?pid=15106
P14.1	Туғруқ травмасида Ключмке фалажи https://mkb-10.com/index.php?pid=15106
P14.3	Елка чигалининг бошқа туғруқ травмалари https://mkb-10.com/index.php?pid=15106

МКБ-11

Код: КА44. <https://mkb11.online/121706>

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш маълумотлари

2025 йилда миллий клиник протокол ишлаб чиқилди. Протокол ҳар 5 йилда ёки диагностика, даволаш, реабилитация ва олдини олиш учун далиллар даражаси ўзгарганда қайта кўриб чиқилади.

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса :
Республика болалар ортопедияси маркази (РБОМ).

Ишчи аъзолари гуруҳи ва муаллифи :

Тияқов Акбар Буриевич	тиббиёт фанлари доктори, Республика болалар ортопедияси маркази директори.
Алписбоев Хожиаҳмад Шайхисломович	тиббиёт фанлари номзоди, Республика болалар ортопедияси маркази директори ўринбосари.
Мирзаев Анвар Гафурович	тиббиёт фанлари номзоди, Республика болалар ортопедияси маркази нейроортопедия бўлими мудири
Рўзиев Норпўлат Тўраевич	тиббиёт фанлари номзоди, Республика болалар ортопедияси маркази мутахассиси.
Арифжанов Козим Сиддикжонович	Республика маркази болалар ортопедияси мутахассиси
Джурабоев Алишер Абдувоситович	Республика болалар ортопедияси маркази қўл ва оёқ деформациялари бўлими мудири .
Мирпаязов Аловуддин Хабибуллаевич	Республика болалар ортопедияси маркази умуртқа поғонаси ва кўкрак қафаси патологияси бўлими мудири.
Шомуқимов Шухрат Абдушукурович	Республика болалар ортопедияси маркази чаноқ сон патологияси бўлими мудири.
Султонов Равшан Ражаббоевич	Республика маркази болалар ортопедияси мутахассиси.

Рецензентлар:

Ҳориждан:

Рябых Сергей Олегович.- тиббиёт фанлари доктори,
Академик Ю.Е. Велтишчев номидаги педиатрия илмий-текшириш ва болалар жарроҳлиги клиник институти директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари.

Республикадан:

Хамраев Фарход Шаропович – тиббиёт фанлари доктори, Республика болалар психоневрологик шифохонаси бош шифокори ўринбосари.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази илмий кенгаши томонидан муҳокама қилинди.

Йиғилишнинг 20 май 2025-йил 6-сон баённомаси тўғрисида .

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

Джураев А.М. – тиббиёт фанлари доктори, проф., Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази, бўлим раҳбари.

Салиев М.М. - т.ф.н., Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари

4.1. Манфаатлар тўқнашувидан воз кечиш : йўқ.

4.2.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқишда мутахассислар томонидан ташкилий-услубий ёрдам кўрсатган ҳолда. вазир ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори Шарипов Ф., Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.Алмарданов, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи, тиббиёт фанлари доктори Убайдуллаева С., Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўйича бош мутахассислар Нуримова Ш ва Джумаева Г.

Соғлиқни сақлаш ва хавфсизлик вазирлигининг мувофиқлаштирувчи кенгаши йиғилиши баённомасидан кўчирма (_____, № _____).

Фойдаланувчи протоколи:

Миллий протокол елка нерв чигали туғруқ жароҳатлари патологиясини даволаш бўйича тавсиялар келтирилган. Диагностика тамойиллари, турли хил аралашувлар учун кўрсатмалар ва ортопедик жарроҳлик амалиётларини умумий тамойиллари изчил тақдим этилади. Ортопедик жарроҳлик усуллари ёритилган.

Травматолог-ортопедлар, неврологлар, болалар жарроҳлари, реабилитация бўйича мутахассислар учун

Беморнинг тоифаси ва нозология маълумотлари.

Елка нерв чигали туғруқ жароҳатлари патологияси билан оғриган беморлар.

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (ДД)

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

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

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Профилактик, диагностик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини (РТТ) баҳолаш шкаласи

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

2. АСОСИЙ ҚИСМ .

2.1. Кириш.

Елка чигали туғруқ жароҳатлари биринчи тавсифи 1764 йилда W. Smillie томонидан берилган. "Акушерлик фалажи" атамасини биринчи бўлиб G.V. Duchenne қўллаган, у 1872 йилда елка чигалининг юқори илдизлари жароҳатланишини тўртта ҳолатини тасвирлаб берган. 1876 йилда немис шифокори Эрб тажрибада туғруқ пайтида акушерлик муолажалари натижасида елка чигалининг шикастланиши мумкинлигини кўрсатган. Унинг таъкидлашича, асосан орқа миянинг бешинчи ва олтинчи бўйин илдизларидан иннервация қилинадиган елка мушаклари зарарланади. Натижада "Эрба фалажи" атамаси амалиётга жорий этилган. 1885 йилда C7, C8, Th1 елка чигалининг пастки илдизларининг шикастланиши аниқланган. A. Schultze 1888 йилда ўзининг кузатуви асосида туғруқ фалажи клиникасини тасвирлаб берган. Адабиётлардаги маълумотларга қараганда, акушерлик фалажи қиз болаларда ҳам, ўғил болаларда ҳам бир хилда учрайди.

Елка чигалининг туғруқ жароҳати оғирлик даражаси (енгил чўзилишдан тортиб, илдизчаларнинг орқа миядан узилишигача) ва клиник кўринишларнинг ифодаланишига қараб (камдан-кам сезиладиганлардан плегиягача) ўзгариб туради. 70-80% ҳолларда ҳаётнинг биринчи ойларида тўлиқ тикланиш бошланади, 20-25%

ҳолларда функционал аҳамиятга эга фалажлар сақланиб қолади. Нейрохирургик даволашни ўтказиш зарурлиги тўғрисидаги масала ҳаётнинг 3-4-ойида соғайиш кузатилмаганда кўриб чиқилади.

2.2. Умумий таъриф.

Акушерлик фалажлари - бу асосан ёндош гипоксик жараён билан елка чигалининг туғруқ жароҳати натижасида юзага келадиган фалажликдир. Зарарланган кўлда тонус ва ҳаракатчанликнинг пасайиши, сезувчанлик ва маҳаллий терморегуляциянинг бузилиши билан намоён бўлади. Даволаниш ўз вақтида ўтказилмаса, мушак контрактуралари ривожланишига олиб келади.

2.3. Клиник таснифи (этиологияси, босқичи бўйича).

Сабаблари:

1. Ҳомила елкалари дистоцияси (йирик ҳомила/тор чанок).
2. Туғруқ пайтида ҳомиланинг патологик ҳолати (энса, чанок, кўлнинг орқага ташланиши).
3. Тракцион-ротацион акушерлик манипуляциялари (кўлда, қисқичлар, вакуум-экстракция).

Давомли туғруқлар гипоксия акушерлик фалажлари ривожланиш хавфини оширади, чунки ишемия ҳам асаб толаларини шикастланишига олиб келади.

Оғирлиги 4 кг дан ортиқ бўлган йирик ҳомила ушбу патологиянинг ривожланиш хавфига кўпроқ учрайди. Ҳомила олдинга думбаси билан келганда тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакнинг лат ейиш ёки ёрилиб кетиш хавфи юқори бўлади, бу ҳам фалажнинг патогенезида роль ўйнайди.

Елка чигали фалажлари учун хавф омилларини уч тоифага ажратиш мумкин:

- янги туғилган чақалоқ билан боғлиқ (улардан энг муҳими - туғилгандаги вазни 4 кг дан ортиқ);

- онанинг патологияси: қандли диабет, ортиқча вазн, кўп ҳомилалик, кам сувлилик, аёлнинг 35 ёшдан ошганлиги, эклампсия ёки преэклампсия, муддатидан илгари туғруқ, чўзилиб кетган ҳомиладорлик, ҳомиланинг бачадонда нотўғри фетал жойлашуви, йўлдошнинг олдинда келиши, чанок торайиши, биринчи туғруқ, давомли туғруқ).

- туғруқ механизмида (елка чигалининг шикастланиши кўп ҳолларда ҳомиланинг думба билан олдинга келиши (8-21%) ва кесар кесиш йўли билан (1-4%) туғруқларда учрайди, туғруқнинг иккинчи босқичини узайиши елка нерв чигали шикастланиши хавфини оширади).

Елка нерв чигали туғруқ жароҳатлари зарарланиш жойлашивуга қараб бўлинади. Юқори, пастки ва тотал акушерлик фалажлар тафовут қилинади.

Дюшен-Эрба акушерлик фалажи (юқори) елка чигалининг юқори бирламчи тутами ёки орқа миянинг биринчи олтита бўйин умуртқасига тўғри келадиган юқори илдизлари зарарланиши билан кечади.

Дежерин-Клюмпке фалажи (пастки) елка чигалининг пастки тутами ёки орқа мия илдизини охирги бўйин умуртқаси ва ундан пастроқда зарарлайди.

Тотал акушерлик фалажлари бутун тутамга таъсир қилади ва парезнинг энг оғир шакли ҳисобланади. Бундан ташқари, турли даражадаги тутамларнинг қўшма шикастланиши ва атипик парезлар учрайди.

2.4. Елка чигалининг шикастланиш частотаси

1000 та янги туғилган чақалоқларга 0,38-5,1 частотада учрайди. Аксарият ҳолларда елка чигалининг юқори ўзаги (С5-С6 илдизлари) шикастланади. Пастки ўзакнинг изоляцияланган жароҳати (С8-Т1 илдизлари) жуда кам, тахминан 1% ҳолларда қайд этилади. Елка чигали шикастланишининг тотал тури (С5-Т1) ўртача 15% ҳолларда кузатилади.

2.5. Елка чигалининг шикастланиш патогенези.

Ҳомила қўлининг нотўғри жойлашуви (ҳомила қўлининг узоқлашган ва ташқа ротация ҳолатда бошни орқасида жойлашуви) елка нерв чигали илдизларининг таранглашуви ва уларнинг шикастланишига олиб келади. Елка чигали зарарланишида патологик туғруқ, ҳомиланинг катта вазни, онадаги қандли диабет умум эътироф этилган акушерлик хавф омиллари ҳисобланади.

Елка чигали шикастланишининг тўрт тури мавжуд бўлиб, улар ҳолатнинг жиддийлигига қараб фарқланади.

1. Неврапраксия (сиқилиш, чўзилиш, нерв ишемияси, миелин қобиғининг маҳаллий шикастланиши, аксон зарарланмаган): тўлиқ қайтар ҳолат, жарроҳлик аралашувини талаб қилмайди.

2. Аксонотмезис (аксон ва ички нерв пардаларининг зарарланиши): спонтан тикланиши мумкин.

3. Невротмезис (нервнинг бутун кўндаланг кесими бутунлигининг бузилиши): спонтан тикланиш камдан-кам ҳолларда тўлиқ бўлади, баъзи ҳолларда нейрожарроҳлик аралашувини ўтказиш тавсия этилади.

4. Авулсия (илдизнинг орқа миядан ажралиши): спонтан тикланиш мумкин эмас, нейрожарроҳлик аралашувисиз оёқ функциясини тиклаш учун прогноз ноқулай.

3. ДИАГНОСТИК УСУЛЛАР, ЁНДАШУВ ЖАРАЁНЛАРИ ВА МУОЛАЖАЛАР.

3.1. Шикоят ва анамнез

Одатда, бундай фалажликлар бола туғилганидан бошлаб сезилади, енгил кечувчи ҳолатлардан ташқари, улар боланинг онгли фаоллиги даражасининг ошиши билан аниқланади. Туғруқнинг ўтишига, гипоксия ҳолати бўлгалигига ва кўрик натижаларига қараб акушерлик фалажларига тахмин қилиш мумкин. Аммо кўп ҳолларда педиатр ва болалар неврологи биринчи кўрикдаёқ мушак тонусининг пасайиши ва сезувчанликнинг ўзгаришини аниқлайди. Қўл осилган, Моро ва Робинсон рефлекслари, шунингдек, кафт-оғиз рефлeksi йўқ. Акушерлик фалажларининг локализациясига қараб, мушак тонуси ва сезувчанлик кўпроқ қўлнинг проксимал қисмида (елка бўғими, елка) ёки дистал (билак ва қўл панжаси) пасайган. Шу билан бирга, шикастланмаган нервларнинг иннервация зонасида, соғлом томонга қараганда камроқ даражада бўлса-да, ҳаракат фаоллиги кузатилиши мумкин.

Шикастланган қўлда сезувчанлик пасайган, аммо чақалоқларда гиперстезияни фақат унинг етарли даражада ифодаланганлигида аниқлаш мумкин. Бола фалаж соҳаси терисида гиперстезия қайд этилади. Зарарланган қўл ушлаб кўрилганда совуқлигича қолади.

3.2. Клиник текширув

Болада электромиография ўтказилганда фалажлик даражаси тасдиқланади. Биринчидан, тадқиқот бирламчи мушак патологияларини асаб тизими билан боғлиқ шикастланишлардан фарқлашга имкон беради. Иккинчидан, аниқ нервлар бўйлаб импульс ўтиш тезлигининг бузилиши уларнинг жараёнга жалб қилинганлигини аниқлайди ва юқори ёки пастки фалажни фарқлаш имконини беради. Ўмров суягининг синишига инкор қилиш учун рентгенография ўтказилиши шарт.

Елка чигалининг туғруқдан кейинги шикастланишининг юқори тури - Дюшенн-Эрба фалажида қўлнинг қуйидаги ҳолати характерлидир: қўл гавдага келтирилган ва ичкарига бурилган, тирсак бўғими ёзилиб, билак пронацияланган, қўл панжаси букилган. Елка чигали туғма зарарланишининг пастки тури - Дежерин-Клюмпке фалажи жуда кам учрайди. Ушбу турдаги шикастланишнинг асосий клиник симптоми қўлнинг ўзига хос ҳолатидир: билак пронацияланган, қўл панжаси бироз ёзилганда яссиланган. Елка бўғими функцияси сақланган, тирсак бўғимининг ёзилиши чекланган, қўл ва бармоқларнинг фаол ҳаракатлари йўқ.

Тирсак бўғимида, одатда, икки бошли мускул функциясининг сусайиши натижасида букувчи контрактура ривожланади. Асосан елка-билак мускули, камроқ даражада уч бошли мускул ҳам зарарланади. Икки бошли мускул тўлиқ фалажланганда тирсак бўғими букилмайди.

Клиник жиҳатдан билакнинг анатомик калталашиши, юмшоқ тўқималар атрофияси, пронацион ёки супинацион ҳолати аниқланади. Одатда билакнинг ротацион ҳаракатлари бўлмади ёки сезиларли даражада чекланган бўлади.

Оғир шикастланишларда қўл ва бармоқларнинг тўлиқ функциясининг бузилиши кузатилади. Кафт ва бармоқ мушаклари ёзувчи функцияси йўқолиши сабабли қўл панжаси ва бармоқларни ёзиш имконияти бўлмади.

Билак ва қўл кафтининг пастки учдан бир қисми терисининг ранги оқариб, тери ҳароратининг пасайиши, билак артериясида пульсациянинг сусайиши кузатилади. Бундан ташқари, оғир даражадаги шикастланиш бўлган беморларда трофик бузилишлар қайд этилади: тирноқ фалангаларининг юпқалашиши, тирноқ пластинкалари атрофида тузалмайдиган яралар ва уларнинг деформацияси.

3.3. Инструментал текширувлар.

3.3.1. Рентгенография. Елка нерв чигали зарарланган беморларда рентгенологик текширишда қўлнинг суяк тўқимасида ўзгаришлар қайд этилади. Айниқса тотал фалажликда кузатилади.

Тирсак бўғимининг рентгенограммасида билак суяги бошчасининг олдинга ва ташқарига силжиши билан чиқиши ёки ярим чиқиши, унинг деформацияси, ўлчамларининг кичрайиши, билак суяги бўйинчасининг гипоторфияси қайд этилади. Тирсак суягининг бўғим юзаси деформацияланади. Елка суягининг дистал қисми, билак ва тирсак суяқларининг проксимал бўлимлари остеопорози ривожланади. Билак суяқлари калталашади, сезиларли остеопороз, кортикал қават юпқалашади. Ўсиш зонаси тораяди. Бигизсимон ўсимталар ингичкалашади.

3.3.2. Қўл мушакларининг электромиографияси

Оёқлар туғруқ фалажи асоратлари бўлган беморларда электромиография ўтказилганда текширилаётган мушакларнинг электр фаоллиги соғлом қўлга нисбатан 40-75% га пасайганлиги кузатилади. Айниқса, бу ўзгаришлар билак мускулларига - панжа ва бармоқларни ёзувчи мускулларга тегишлидир.

3.4. Дифференциал ташхис

1. Ўмров суягининг синиши: юмшоқ тўқималарнинг шиши, елка ва тирсак бўғимларида фаол ҳаракатлар амплитудасининг чекланиши, ўмров соҳасида шиш, деформация, елка бўғимида пальпация ва пассив ҳаракатларда безовталиқ, қўл ва билак функцияси меъёрда, қўлнинг патологик ҳолати йўқ, туғилганидан 3-4 кун ўтгач, суяк қадоғи пайпасланади.

2. Туғруқ травмасида умуртқа поғонаси ва орқа миянинг шикастланиши: вертебрал симптомлар (бўйин қийшиқлиги, бошнинг гиперэкстензияси, орқа бўйин мушакларининг зўриқиши ва уларни пайпаслашда оғриқ, умуртқа поғонасининг бўйин қисмида оғриқ ва ҳаракатларнинг чекланиши) + орқа мия шикастланишининг симптомлари.

3. Елка суяги синиши: елка ва тирсак бўғимларида пассив ҳаракатларни текширишда фаол ҳаракатларнинг йўқлиги ва кескин йиғлаш, деформация, синиш соҳасида шиш. Елка суягининг проксимал/дистал эпифизи эпифизеолизиди: елка/тирсак бўғимида фаол ҳаракатларнинг йўқлиги ва пассив ҳаракатларнинг оғриқлилиги, қўл ва бармоқлардаги ҳаракатлар чегараланмаган/чегараланмаган, елка/тирсак бўғимида юмшоқ тўқималарнинг шишиши ва кўкариши.

4. Остеомиелит, артрит: симптомларнинг кеч пайдо бўлиши, оёқ бўғимларида ҳаракат амплитудасининг чекланиши (псевдо-парез, анталгик ҳолат); фаол ва нофаол ҳаракатларни бажаришда оғриқ; маҳаллий симптомлар (шиш, пальпация пайтида оғриқ, гиперемия, юмшоқ тўқималар гипертермияси); иситма, лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши.

5. Туғма захмда Парро псевдофалажи: оёқ бўғимларида фаол ҳаракатлар амплитудасининг чекланиши; пассив ҳаракатларнинг оғриқлилиги; онанинг анамнези - захм/текширилмаган; она ва янги туғилган чақалоқда қоннинг ижобий серологик реакциялари (RW ва бошқалар). Оғриқ ва ҳаракат амплитудасининг чекланиши кўплаб микро синиқларнинг пайдо бўлиши билан боғлиқ - агар ушбу ҳолатга шубҳа бўлса, эҳтиёткорлик билан клиник кўрик ўтказиш ва болага эҳтиёткорлик билан муносабатда бўлиш керак.

6. Шпренгел касаллиги (елка камари ривожланиш нуқсони, куракнинг баланд туриши) - кураклар ҳолатининг асимметрияси (шикастланган томондаги элевация), куракнинг деформацияси, оёқнинг пассив кўчиш амплитудасининг чекланиши. Елка бўғимидаги фаол ҳаракатлар сақланиб қолган, лекин чекланган (кўпинча узоклашиш, ротация зарарланмайди).

7. Умуртқа поғонаси ва орқа миянинг травматик бўлмаган касалликлари (ўсмалар, нуқсонлар ва бошқалар).

8. Қўл ривожланишининг туғма нуқсонлари.

3.5 АМБУЛАТОР ШАРОИТДА ДАВОЛАШ

Эрта неонатал даврда даволаш-ташхислаш тактикаси (туғруқхона шароитида)

1. Туғруқ анамнези (ҳомиланинг йириклиги, елкачаларнинг қийин чиқиши, туғруқ пайтида ҳомиланинг патологик ҳолати, тракцион акушерлик манипуляциялари).

2. Неонатолог назорати (умуртқа поғонасининг бўйин қисми туғруқ жароҳатида - нафас олиш ва вегетатив-ҳиссий бузилишлар ривожланиш хавфи).

3. Невролог кўриги.

4. Ортопед кўриги.

5. Транскраниал-лиқилдоқ ультратовуш текшируви (калла суяги ичи травматик шикастланишини истисно қилиш учун).

6. Кўрсатмалар бўйича калла суягининг ультратовуш текшируви (бош травмасининг ташқи белгилари - бош суяги гематомалари, крепитация, босилиш ва бошқалар).

7. Умуртқа поғонаси ва орқа миянинг бўйин қисми ультратовуш текшируви (бўйин қисми туғруқ жароҳатининг клиник белгилари мавжуд бўлмаганда).

8. Онани психологик қўллаб-қувватлашни таъминлаш.

9. Парвариш.

10. Туғилгандан кейинги дастлабки 5-7 кун ичида қўлларни иммобилизация қилиш (тинчлик, бўйин илдизларининг таранглигини камайтириш) - қўлни ушлаб турувчи боғлам (эластик бинт) ёрдамида қорин олд деворига маҳкамлаш

11. Юқори қўл парези бўйин-вертебрал синдроми билан бирга келганда: бош кўтарилган ҳолда ёнбошлаб туриш; умуртқани бўйин қисмини иммобилизацияси - пахта-докали боғлам ёки Шанц ёқаси.

Кечки неонатал даврда ва бола ҳаётининг биринчи ойларида (амбулатория-поликлиника ёки стационар бўғин шароитида) даволаш-ташхислаш тактикаси

1. Невролог назорати ҳар ойда ўтказилади.

2. Ҳаётнинг дастлабки тўрт ойи давомида ҳар ойда ортопедни кузатиш (қўл мушакларининг фаол функциясини тиклаш динамикасини баҳолаш, шаклланаётган контрактураларни эрта аниқлаш).

3. Неонатал даврда авулсияга шубҳа қилинганда нейрохирург маслаҳати (плегия + + Горнер синдроми).

4. Ҳаётнинг 7-10 кунидан бошлаб даволовчи жисмоний тарбия (устувор аҳамиятга эга, асосий мақсад - контрактуралар шаклланишининг олдини олиш). Йўналиш соғлом юқори оёқ бўлиб, иккала юқори оёқ бўғимларидаги ҳаракатлар амплитудаси бир хил бўлиши керак.

Машқлар мажмуаси қуйидаги ҳавола орқали мавжуд: http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/plastic/BRACHIAL_PLEXUS_book.pdf. ; - фалажланган қўлнинг фаол ҳаракатларини рағбатлантириш - хавфсиз диапазонда ўйинчоқлар, турли хил материаллар, сузиш, турли ҳароратдаги буюмлар.

5. Массаж: 2 ҳафтадан кейин;

6. Электромиография (ЭМГ), стимуляцион электронейромиография: ҳаётнинг 1 ойигача нерв шикастланишининг характерини баҳолашда кам информатив; баъзи ҳолларда сақланиб қолган мотор бирликлар сони ва денервацион-реинвервацион жараённинг кечиш босқичини аниқлаш учун (невролог ёки нейрохирург тавсиясига кўра) игнали ЭМГ ўтказилади.

7. Ҳаётнинг 3-4 ойига келиб билакни фаол букиш функцияси мавжуд бўлмаганда - нейрохирургик даволашни ўтказиш масаласини ҳал қилиш.

**"БОШ ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖИ БИЛАН ОҒРИГАН
БЕМОРЛАРДА ЧАНОҚ СОН БЎҒИМЛАРИ
ПАТОЛОГИЯСИ " НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

1. АСОСИЙ ҚИСМ

Елка чигали жароҳатлари оқибатлари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш вазифалари қуйидагилардан иборат:

1. Қўл бўғимларида тўғри анатомик нисбатларни тиклаш;
2. Қўл мушакларининг функционал ҳолатини яхшилаш;
3. Қўл функциясини тиклаш.

Ортопедик операциялар 3 ёшдан катта болаларда амалга оширилиши керак.

Елка бўғими функциясини тиклаш учун операциялар.

Елка бўғими функциясини тиклаш учун қуйидагиларни тавсия этилади: яқинлаштирувчи мушакларни узайтириш; трапециясимон мушакни миаловсанопластика қилиш.

2. Асосий диагностика тадбирлари

2.1. Асосий (мажбурий) диагностика тадбирлари:

- Умумий қон таҳлили
- Қоннинг биокимёвий таҳлиллари
- Электрокардиограмма
- Ички органларни ультратовуш текшируви
- Вирусли гепатит
- Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми
- Рентгенография
- ЭНМГ
- МСКТ, МРТ (кўрсатмалар бўйича)

Қўшимча диагностик чора-тадбирлар шифокорларга касалликни қиёсий ташхислашда, ёндош касалликлар босқичларини, асосий касалликни баҳолашда: беморларда жарроҳлик аралашувларига кўрсатмалар ёки қарши кўрсатмаларни аниқлашда, оғриқсизлантиришни танлашда, тор ихтисосликдаги мутахассисларнинг маслаҳатларига муҳтожликда маълумот беради.

2.3. Ўзбекистон Республикасининг санитария қоидалари, меъёрлари ва гигиена меъёрларига мувофиқ жарроҳлик амалиёти қилишда қуйидаги талаблар қўйилади:

Ускуналар, тиббий жихозлар, жарроҳлик хонаси тоза бўлиши керак. Биноларни нам тозалаш (полларни ювиш, мебелларни, жиҳозларни, дераза токчаларини, эшикларни ва бошқаларни тозалаш) кунига камида 2 марта ювиш воситалари ёрдамида амалга оширилиши керак. Агар керак бўлса, мунтазам тозалаш ишлари кунига бир неча марта амалга оширилади.

Операцион блокни умумий тозалаш (кундалик тозалаш ва дезинфекциядан ташқари) ҳафтада бир марта амалга оширилиши керак, биноларни жиҳозлар, мебеллар ва бошқа жиҳозлардан тозалаш керак. Муассаса тозалаш ва

дезинфекциялаш воситаларининг доимий талаб қилинадиган уч ойлик захирасига эга бўлиши керак.

Стериллик, асептик ва антисептик шароитларни талаб қиладиган операция хоналарини тозалашдан сўнг, жорий фойдаланиш пайтида хонанинг 1 м³ учун 1 Вт қувватга асосланган стационар ёки кўчма бактерицид чироқ билан таъминлаш керак.

Жарроҳлик бўлимлари йилига бир марта косметик таъмирлаш, профилактик тозалаш ва дезинфекция қилиш учун узоқ вақт давомида ёпилади. Жорий нуқсонларни бартараф этиш (шифт ва деворларда сув ва намлик оқишини, намлик ва моғор изларини йўқ қилиш, ёриқлар, ёриқлар ва тартибсизликларни текислаш, йиқилган пардозлаш плиталарини тиклаш, тўлиқ қопламадаги нуқсонлар ва бошқалар) дарҳол таъминланиши керак.

Жарроҳлик блокада наркоз аппарати ва тиббий асбоб-ускуналарни дезинфекция қилиш учун ажратилган ва жиҳозланган хоналар мавжуд бўлиши керак.

Жарроҳлик операцияларида фойдаланиладиган тиббий асбоб-ускуналар, жиҳозлар, сарф материаллари ва дори воситаларидан Ўзбекистон Республикаси ҳудудида фойдаланишга рухсат берилиши керак.

2.4. Жарроҳлик муолажаси, беморда бажариладиган муолажа:

Елка яқинлаштирувчи мускулларининг узайтириш.

Операцияга кўрсатмалар:

- Елканинг актив ва пассив узоклаштириш чекланганлиги.
- Елканинг яқинлаштирувчи контрактураси 30° дан кам.
- 5 ёшдан катта болаларда.

Операция техникаси. Қўлтиқ ости чуқурчаси олдинги чеккасида тери, тери ости клетчаткаси зигзаг шаклида кесилади. Катта кўкрак мускулларининг пай қисми ажралиб чиқади ва Z-симон тарзда узайтирилади. Юзаки ва чуқур фасциялар кесилади. Худди шундай иккинчи кесма қўлтиқ ости чуқурчаси орқа чеккасида амалга оширилади, кичик думалоқ мушак ажралиб чиқади ва Z-симон тарзда узайтирилади. Елка узоклаштирилади. Узайтирилган мушаклар тикилади. Яра қаватма қават тикилади. Торақобрахиал гипс боғлам билан қуйилади. Қўл ҳолати - елка 90° га узоклаштирилган, 30° олдинга, тирсак 90° букилган ҳолатда ва билаклар супинация, қўл бармоқ 30° кафт орти флекция ҳолатида. 3 ҳафтадан кейин тикловчи даволашга киришадилар. Гипсли боғлам узоклаштирувчи кетувчи шина билан алмаштирилади.

Дельта-мушак функциясининг кескин сусайиши ва катта вазнга эга бўлган беморларда олиб келувчи мушакларнинг узайиши кутилган натижани бермайди. Делтасимон мускул қўлни 90° ли бурчакка олиб бора олмайди.

Шунинг учун олиб келувчи мускулларни узайтириш операциясини трапециясимон мускул миаловсанопластикаси билан тўлдиришга тўғри келади.

Операцияга кўрсатмалар:

1. Делтасимон мушакнинг заифлиги;
2. Елканинг 10° - 15° гача узоқлаштириш чекланганлиги;
3. Трапециясимон мускулнинг яхши ишлаши;
4. Беморларнинг ёши 8 ёшдан.

Операция техникаси. Тери курак суяги проекциясининг ўртасидан акромиал ўсимтагача ва кейин ўмров суягининг медиал чети бўйлаб унинг ўрта учдан бир қисмигача ёй шаклида кесилади. Тери, тери ости клетчаткаси билан бирга, трапециясимон мушакни қоплайдиган фасцияни шикастлантirmасдан ажратиб олинади. Суяк усти пардасининг трапециясимон мускулли қисми ўмров суягидан ажратиб олинади. Ўмров-акромиал бирикиш соҳасида трапециясимон мушак кесиб олинади ва максимал даражада юмшоқ тўқималардан мобилизация қилинади. Узунлиги 15 см бўлган лавсан тасма унинг бир учи билан трапециясимон мускулнинг мобилизацияланган қисмига тикилади.

Елканинг юқори учдан бир қисми ташқи юзасида 5 см узунликдаги юмшоқ тўқималарнинг бўйлама кесмаси бажарилади. Елка суягида электродрел ёрдамида суяк каналигача диаметри 0,5 см бўлган иккита тешик қилинади, улар орасидаги масофа 2 см. Лентанинг эркин учи тери ости клетчаткаси орқали елканинг юқори учдан бир қисмидаги жароҳатга ва елка суягидаги тешиклар орқали ўтказилади ва елкани 90° узоқлаштириш ва 30° гача олдинга ҳолатида тикилади. Яралар тикилади ва торакобрахиал гипс боғлам қуйилади.

ТИРСАК БЎҒИМИ СОҲАСИДАГИ ОПЕРАТИВ АРАЛАШУВЛАР

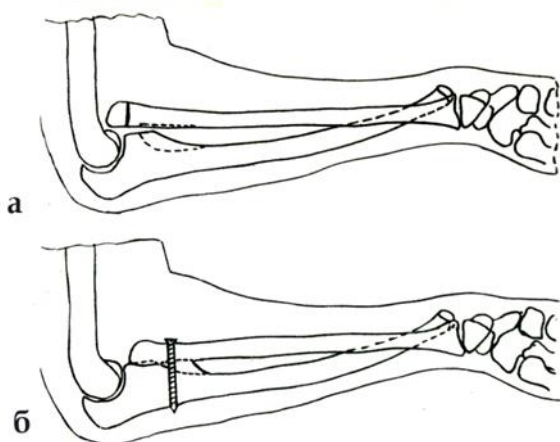
Тирсак бўғими ва билак деформациясини букишни чеклаш билан бартараф этиш усули, билак бошчасининг чиқишида, тирсак бўғимида букилишнинг чегараланишида, билакнинг пронацион контрактурасида оператив даволаш усули қўлланилиши керак, бу билакнинг проксимал қисмида радиоулнар синостозни яратиш ва уни функционал қулай ҳолатга қўйишдан иборат.

Операцияга кўрсатмалар:

1. Билакнинг пронацион контрактураси - 20° дан ортиқ;
2. Билак бошчасини чиқиши;
3. Тирсак бўғимида букилишни чекланганлиги;
4. Беморнинг ёши - 13 ёшдан катта.

Операция техникаси. Тирсак бўғимининг ташқи юзаси бўйлаб, билакка ўтиб, тери ва тери ости клетчаткаси кесилади, юмшоқ тўқималар ва суяк усти пардасидан тирсак суяги метафизи ташқи қисми бўшатилади ва долото билан тирсак суяги метафизи ташқи юзаси кортикал пластинканинг бўйлама қисми олиб ташланади. Билак суягининг проксимал учи бўғим ёриғи сатҳида резекция қилинади (1а-расм). Билакга 15° бурчак пронация берилади. Кортикал пластинкадан қисман бўшаган билак суягининг проксимал учи тирсак

метафизининг тарновчасига жойлаштирилади ва унга винт билан маҳкамланиб, компрессия ҳосил қилинади (1б-расм). Гипсли лонгет билакнинг ўрта ҳолатида ва унинг пронацияси 15°.



1-расм. Билак-тирсак синостози бошланганидан сўнг, сагиттал текисликда тирсак бўғимида ҳаракатлар ишлаб чиқилади.

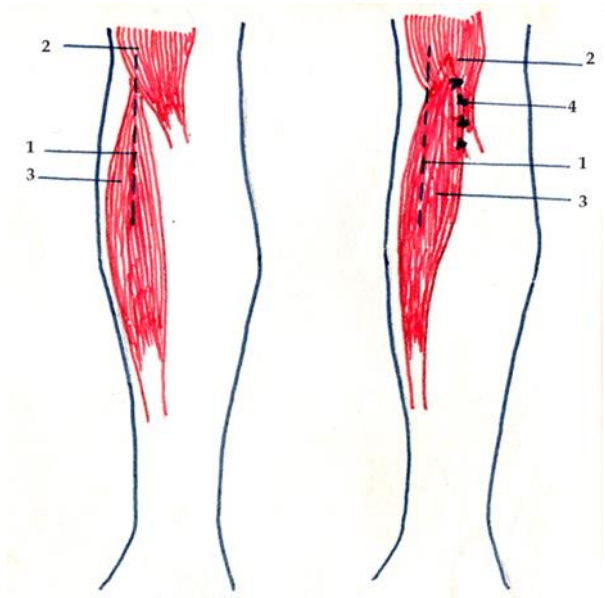
Тирсак бўғимида букилиши чекланган болаларни даволашда икки бошли функцияни кучайтириш учун елка-нур мушакларидан фойдаланишга асосланган усул қўлланилади. "Тирсак бўғимида фаол букишни тиклаш усули."

Операцияга кўрсатмалар:

1. Елканинг икки бошли мускули функциясининг пасайиши натижасида билакнинг фаол букилмаслиги;
2. Елка билак мускули функциясини сақланганлиги;
3. Беморларнинг ёши - 7 ёшдан катта.

Операция техникаси. Елка дистал қисми ва тирсак бўғими олд-ён юзаси бўйлаб кесма қилинади. Елка билак мускулининг проксимал қисми ажратиб олинади ва мобилизация қилинади ҳамда бирикиш жойидан ажратилади. Бирикиш жойидан икки бошли мускул ажратиб олинади.

Елка билак мускули медиал томонга мобилизация қилинади ва икки бошли мускулнинг пай қисмига тикилади. Бунда билак билан 150° бурчак остида букилади. Орқа гипс лонгет елка ва билакка қўйилиб, у тирсак бўғимида 90° бурчак остида букилади. Уч ҳафтадан кейин гипс лонгет олинади ва тикловчи даво ўтказилади. Операция схемаси 2-расмда келтирилган.



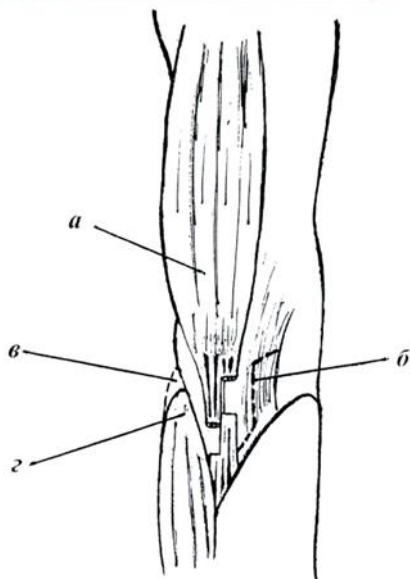
Расм №2.

Тирсак бўғимининг букувчи контрактурасини даволаш усули

Операцияга кўрсатмалар:

1. Тирсак бўғими ёзилишининг чекланиши - камида 40° ;
2. Билак ёзилганда икки бошли мускул ва елка мускулининг кескин қисқариши;
3. Консерватив даволаш самара бермаганда;
4. Болаларнинг ёши аҳамиятга эга эмас.

Операция техникаси. Тирсак бўғимининг олдинги юзаси бўйлаб учбурчак кесиб, кесма қилинади. Пирогов фасцияси кўндаланг кесилади. Икки бошли ва елка мускуллари пайлари Z-симон узайтирилади. Елка-билак мускулининг проксимал қисми бирикиш жойидан ажратилади, дистал томонга мобилизация қилинади. Тирсак бўғими капсуласи олд юзаси бўйлаб кесилади. Билаклар тўлиқ ёзилади. Икки бошли ва елка мускулларининг пайлари тикилади (3-расм).



3-расм.

Қатламлардан ажралган елка-билак мускули икки бошли мускулга унинг пайга ўтиш даражасида тикиб қўйилади. Бунда билак билан 150° га букилади. Гипсли лонгет билакнинг ўрта ҳолатида. Уч ҳафтадан кейин тирсак бўғимида фаол ҳаракатларни кучайтиришга қаратилган тикловчи даво бошланади.

БИЛАК СОҲАСИДАГИ ОПЕРАТИВ АРАЛАШУВЛАР

Кучсиз фалажланган болаларнинг 70 фоизда билакнинг фаол ротацион ҳаракатларининг кескин чекланиши кузатилади. Одатда, билак 30° дан 90° гача бўлган бурчак остида белгиланган супинация ёки пронация ҳолатида бўлади. Беморнинг ёшига қараб, ушбу нуқсонни жарроҳлик йўли билан бартараф этишнинг бир нечта усуллари қўллаш мумкин.

Кичик ёшдаги болаларда билак пронацион контрактурасини даволаш усули.

Операцияга кўрсатмалар:

1. Консерватив даволашнинг муваффақиятсизлиги;
2. Билакнинг пронацион фиксацияланган контрактураси 15° дан ортиқ;
3. Болаларнинг ёши - 10 ёшдан катта эмас.

Операция техникаси. Билакнинг пастки учдан бир қисмидаги кафт юзаси бўйлаб юмшоқ тўқималар кесилади. Кафт, бармоқларни букувчи пайлар, ўрта нерв тирсак томонига йўналтирилади. Квадрат пронатор очилади ва суяк усти пардаси билан бирга билак суягидан ажратиб олинади. Распатор билан суяклараро мембрана билак суягидан ажратиб олинади. Билак пронациянинг ҳолати 15° бурчак остида. Билак суяклари орқали пастки ва ўрта бўлимларда иккита Киршнер спицалари кўндаланг ўтказилади. Жароҳат тикилади. Билакнинг коррекция ҳолатида ва тирсак бўғимининг ўрта ҳолатида гипсли лонгет.

Операциядан икки ҳафта ўтгач, билак суякларидан спицалар олиб ташланади ва тикловчи даво ўтказилади.

Катта ёшдаги болаларда билак пронацион контрактурасини даволаш усули.

Усулнинг моҳияти билак ва тирсак суякларини остеотомиясидан иборат.

Операцияга кўрсатмалар:

1. Консерватив даволашнинг муваффақиятсизлиги;
2. 80° - 90° билакнинг пронацион фиксацияланган контрактураси;
3. Болаларнинг ёши - 13 ёшдан катта.

Операция техникаси. Билакнинг орқа-ён юзасида ўрта ва пастки учдан бир қисмида ҳар бири 3-4 см узунликда иккита бўйлама тери кесмаси қилинади. Билак суягининг ўткир ва тўмтоқ жойлари ажралиб туради. Билак суягининг пастки учдан бир қисмида иккита кўндаланг кесими қилинади ва юқори ва ўрта учдан бирининг чегарасида билак суягининг интрамедуляр остеосинтези бажарилади, билак 15° бурчакгача пронация ҳолатига келтирилади (4-расм).



Расм №4

Бундай ҳолатда биллак қўшимча равишда кўндаланг ўтказилган иккита Киршнер спицалари билан мустахкамланади, улар тирсак ва биллак суяклари орқали ўтказилади. Биллак пронацияси ҳолатида ва тирсак бўғимида 90° бурчак остида букилганда, бармоқларнинг учларидан елканинг юқори учдан бир қисмигача орқа гипс лонгет қўйилади. 6-8 ҳафта давомида гипсли лонгетга иммобилизация қилинади. Консолидациялангандан кейин сих ва стержень олиб ташланади. Биллак ротациясини ошириш учун тикловчи даволашга киришадилар.

Кўпинча қўл панжасининг нуқсонли ҳолати бўлган беморларда биллакнинг ротацион ҳаракатларининг чекланиши ёки уларнинг тўлиқ истисно қилиниши кузатилади. Бунда кўпинча биллак функционал жиҳатдан ноқулай ҳолатда бўлади.

Қўл ва биллакнинг бундай патологияси бўлган болаларни даволашда жарроҳ олдида қуйидаги вазифалар туради:

а) қўл панжасини ўрта ҳолатга, биллакни эса функционал қулай ҳолатга қўйиш;

б) қўл ва биллак функциясини яхшилаш.

Бундай беморларни даволаш учун биллак ва кисталарнинг дистал қисми стабилизация қилинади.

Операцияга кўрсатмалар:

1. Биллакнинг пронация ёки супинация ҳолати;
2. Кафт ёки кафт орқаси флексияси;
3. Болаларнинг ёши - 13 ёшдан катта.

Операция техникаси. Биллак-кафт бўғимининг орқа юзаси бўйлаб юмшоқ тўқималар кесилади. Биллак-кафт бўғими очилади. Биллак, ярим ой ва қайиқсимон суяклар эпифизидан бўғим тоғайлари олиб ташланади. Биллак ва тирсак суяклари метафиз соҳасининг суяк усти пардаси қаватланади, кортикал қаватнинг бир-бирига ёпишган қисмлари спонгиоз қаватгача олиб ташланади. Биллак ва тирсак суякларининг дистал бўлимлари бир-бирига яқин келтирилади ва компрессияга бурама мих билан маҳкамланади. Бунда билакка 10° - 15° бурчак остида пронация ҳолати берилади. Қўл бармоқ ўрта ҳолатга ва биллак суяклари ва биллак суягининг дистал бўлими орқали ўтказилган иккита кесишувчи спицалар билан мустахкамланади. Тирсак бўғимида биллакнинг ўрта ҳолатидаги гипсли лонгет ва пронация 10° - 15° . Операциядан бир ярим ойдан кейин назорат рентгенография қилинади. Суяк қадоғи яхши бўлса, Киршнер спицалари олиб ташланади.

КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ

Шуни таъкидлаш керакки, консерватив ва жарроҳлик даволаш фақат бир-бирини тўлдирувчи даволаш усуллари контекстида кўриб чиқилиши керак.

Туғилгандан 3 ойгача бўлган босқичда. Вазифалар шикастланган мушаклар атрофиясининг олдини олиш, контрактуралар ҳосил бўлиши, трофик жараёнларни рағбатлантиришдан иборат.

C5-T1 илдизларининг орқа миядан узилиши ёки нейропраксия белгилари бўлмаган ҳолларда фаол кутиш тактикаси мақсадга мувофиқдир. Жароҳатдан кейинги биринчи кундан бошлаб, агар кўшимча шикастланишлар тўсқинлик қилмаса, фаол ҳаракатлар бўлмаган барча қўл бўғимларида пассив ҳаракатларни ривожлантириш керак. Нервларнинг шикастланишида асосан патогенетик ва симптоматик характерга эга бўлган ва метаболизм жараёнларини яхшилашга, ишемик ва яллиғланиш ҳодисаларини, оғриқ синдромини камайтиришга қаратилган медикаментоз даволаш.

Кинезиотерапия ва ЛФК.

Ўтқир даврда 3-4 ҳафта давомида шикастланган елка нерв чигали кўшимча таранглашдан эҳтиёт бўлиш лозим. Бунинг учун елкани узоқлаштириш тақиқланиши керак. Тирсак бўғими, билак ва қўл панжасидаги пассив ва фаол ҳаракатларни фаоллаштириш зарур. Агар улар фалажланган бўлса, қўл панжасини коррекцияловчи шиналаш амалга оширилади. Кафт-фаланга бўғимларида экстензион ўрнатиш ва биринчи кафтлараро ораликда олиб келувчи контрактуранинг олдини олиш зарур. Даволаш гимнастикаси ҳолат билан даволанишни, лимфа оқимини яхшилаш учун бўйин мушаклари учун махсус машқларни, оёқ-қўлларнинг барча бўғимларида пассив ҳаракатларни, ўз-ўзидан ҳаракатлар пайдо бўлганда - аста-секин ортиб борадиган жисмоний юкламаларни қатъий индивидуал дозалаш билан фаол машқларни ўз ичига олади.

Физиотерапия.

Физиотерапевтик муолажалар касалликнинг давомийлиги, беморнинг ёши, ёндош патологияни ҳисобга олган ҳолда танланади. Дори моддаларининг турли комбинациялари электрофорези, синусоидал модуляцияланган тоқлар, ультратовуш ва нерв стволлари бўйлаб д'Арсонвал токидан фойдаланиш мумкин. Даволашнинг стационар босқичи тугагандан кейин амбулатор ёки санаторий шароитида парафинли, озокеритли аппликациялар қўлланилади. Фалажланган мускулларнинг электростимуляцияси. Денервация ҳолатида бўлган мускуллар 3-4 ойдан кейин атрофияга учрайди, 1-1,5 йилдан кейин эса қайтмас дегенерацияга учрайди. Қўлнинг хусусий мускулатураси бунга айниқса сезгир бўлади. Мускул толаларининг қайта тикланиш суръати электростимуляцияси ёрдамида секинлаштирилиши мумкин. Даволашнинг барча босқичларида фалажланган мушакларни электростимуляция қилиш тикловчи терапиянинг энг муҳим жиҳати ҳисобланади. У мушак тўқимаси ва нерв стволларида трофикани ва

микротсиркуляцияни яхшилаган ҳолда, иннервацияланган мушакнинг синаптик аппаратини сақлаб қолган ҳолда ва унинг атрофиясини олдини олган ҳолда сегмент ичидаги импульснинг функционал танқислигини тўлдиради.

Мушакларни электростимуляция қилиш барча фалажланган мушакларга йўналтирилган бўлиши ва ҳар куни ўтказилиши керак. Денервацияланган ва реинервацияланган мушакларда ишлатиладиган токларнинг параметрлари бири-биридан фарқ қилади ва индивидуал равишда танланади. Электростимуляция бир неча ой давомида - стимуляцияланган мушаклар реиннервацияси бошланишидан олдин ўтказилиши мумкин. У беморнинг касбий ёки таълимий фаолиятига халақит бермагунча ўтказилади. Шунинг эса тутиш керакки, функционал натижа мускуллар рағбатлантирилган ёки рағбатлантирилмаганлиги билан эмас, балки уларни таъминловчи нервларни спонтан ёки жарроҳлик йўли билан тиклаш сифати билан белгиланади.

Елка чигали туғруқ жароҳатларини консерватив даволаш натижаларини баҳолаш мезонлари бўлиб қуйидагилар хизмат қилади:

- Қўл функциясининг тикланиш даражаси;
- Деформация катталиги - атрофия, қисқариш, қийшайиш;
- Рентгенологик ўзгаришлар;
- Даволаш натижаларининг алоҳида кўрсаткичлари нисбати.

**“БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖИ БИЛАН ОҒРИГАН
БЕМОРЛАРДА СОН БЎҒИМЛАРИ
ПАТОЛОГИЯСИ”НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

1. АСОСИЙ ҚИСМ

Акушерлик фалажлари профилактикаси чора-тадбирлари қуйидагилардан иборат: ҳомиладорликнинг ушбу даври патологиялари пайдо бўлишининг олдини олиш ёки уларнинг намоён бўлишини минималлаштириш учун аёлга ҳомиладорлик ўтишининг нормал шароитларини таъминлаш; она ва ҳомила организмига тажовузкор омиллар таъсирининг олдини олиш - хусусан, токсик моддалар тушишининг олдини олиш, инфекция патологияларнинг ривожланишининг олдини олиш; ҳомиладорлик патологиялари аниқланганда - аёлнинг индивидуал хусусиятларига қараб, адекват шифокор тактикаси; туғруқни тўғри олиб бориш.

Елка чигали қисман шикастланганда ва даволашни эрта бошлашда қўл функциясини консерватив терапия усуллари билан тиклаш мумкин. Айрим маълумотлар шуни кўрсатадики, Эрба Дюшен фалажи билан туғилган чақалоқларнинг 70 фоизида консерватив даволашни ўз вақтида бошлаш натижасида ижобий динамика кузатилди. Шу билан бирга, 100 та чақалоқдан 20 тасида 100% тикланиш кузатилди. Бу асосан акушерлик фалажининг енгил даражасига тегишлидир. Плеванинг стволи тўлиқ ёрилганда

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Баиндурашвили А.Г., Наумочкина Н.А., Овсянкин Н.А. Родовые вялые параличи верхних конечностей у детей (обзор литературы) // Травматология и ортопедия России. – 2011. – Т. 60. – № 2. – С. 171–178.

<https://cyberleninka.ru/article/n/rodovye-vyalye-paralichi-verhnih-konechnostey-u-detey>

2. Наумочкина Н.А., Овсянкин Н.А. Консервативное лечение пациентов с акушерским параличом верхней конечности // Травматология и ортопедия России. – 2011. – Т. 62. – № 4. – С. 83–88.

<https://cyberleninka.ru/article/n/konservativnoe-lechenie-patsientov-s-akusherskim-paralichom-verhney-konechnosti>

3. Новиков М.Л. Травматические повреждения плечевого сплетения и современные способы хирургической коррекции. Часть I. Диагностика повреждений плечевого сплетения // Нервно-мышечные болезни. – 2012. – № 4. – С. 19–27.

<https://cyberleninka.ru/article/n/travmaticheskie-povrezhdeniya-plechevogo-spleteniya-sovremennye-sposoby-hirurgicheskoy-korreksii-chast-i-diaagnostika-povrezhdeniy>

4. Новиков М.Л. Торно. Т.Э. Травматические повреждения плечевого сплетения: современные способы хирургической коррекции. Часть II. Тактика лечения повреждений плечевого сплетения // Нервно-мышечные болезни. – 2013. – № 1. – С. 18–25.

<https://cyberleninka.ru/article/n/travmaticheskie-povrezhdeniya-plechevogo-spleteniya-i-sovremennye-sposoby-hirurgicheskoy-korreksii-chast-ii-taktika-lecheniya>

5. Новиков М.Л., Дружинин Д.С., Буланова В.А., Торно Т.Э. Роль электронейромиографии в оценке прогноза восстановления у детей с акушерским повреждением плечевого сплетения в практике специализированного центра // Нервно-мышечные болезни. – 2014. – № 4. – С. 20–31.

<https://cyberleninka.ru/article/n/rol-elektroneyromiografii-v-otsenke-prognoza-vozstanovleniya-u-deteys-akusherskim-povrezhdeniem-plechevogo-spleteniya-v-praktike>

6. Alfonso DT. Causes of neonatal brachial plexus palsy. Bulletin of NYU Hospital for Joint Diseases. 2011;69(1):11-6.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21332434/>

7. Balakrishnan G., Kadadi B.K. Clinical examination versus routine and paraspinal electromyographic studies in predicting the site of lesion in brachial plexus injury. J Hand Surg Am 2004;29(1):140–3.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14751117/>

8. Heise CO, Siqueira MG, Martins RS, Gherpelli JL. Clinical-electromyography correlation in infants with obstetric brachial plexopathy. *J Hand Surg Am.* 2007;32(7):999-1004.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17826552/>
9. Jennifer L. Giuffre, Sanjiv Kakar, Allen T. Bishop et al. Current concepts of the treatment of adult brachial plexus injuries. *J Hand Surg* 2010;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20353866/>
10. Martinoli C., Bianchi S., Santacroce E. et al. Brachial plexus sonography: a technique for assessing the root level. *AJR Am J Roentgenol* 2002;179:699–702.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12185049/>
11. Mollberg M. Risk factors for obstetric brachial plexus palsy among neonates delivered by vacuum extraction. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5):913-918. doi: 10.1097/01.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16260506/>
12. Nath RK, Lyons AB, Melcher SE, Paizi M. Surgical correction of the medial rotation contracture in obstetric brachial plexus palsy. *J Bone Joint Surg Br.* 2007;89:1638-44. doi: 10.1302/0301-620X.89B12.18757
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18057366/>
13. Otsuka K., Okamoto Y. et al. Cervical nerve root avulsion in brachial plexus injuries: magnetic resonance imaging classification and comparison with myelography and computerized tomography myelography. *J Neurosurg* 2002; 96(Suppl. 3):277–84.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11990835/>
14. Soldado F, Fontecha CG, Marotta M, et al. The role of muscle imbalance in the pathogenesis of shoulder contracture after neonatal brachial plexus palsy: a study in a rat model. *J Shoulder Elbow Surg.* 2014;23(7):
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24388715/>
15. Tagliafico A., Succio G., Neumaier C.E. et al. MR imaging of the brachial plexus: comparison between 1.5-T and 3-T MR imaging: preliminary experience. *Skeletal Radiol* 2010;40(6):717–24.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20972564/>
16. Terzis J.K., Papakonstantinou K.C. The surgical treatment of brachial plexus injuries in adults. *Plast Reconstr Surg* 2000;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11039383/>
17. van Ouwerkerk WJ, van der Sluijs JA, Nollet F, et al. Management of obstetric brachial plexus lesions: state of the art and future developments. *Child Nerv Syst.* 2000;(16):638-44
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11151713/>
18. Waters PM. Update on management of pediatric brachial plexus palsy. *J Pediatr Orthop.* 2005;1:116-25.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15614072/>