

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

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SOG'LIQNI SOG'LIK VAZIRLIGI
RESPUBLIKA BOLALAR ORTOPEDIYA MARKAZI

**“YELKA NERV CHIGALI TUG'RUQ JAROHATLARI
BILAN BOLALARNI DAVOLASH” NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

Toshkent - 2025 yil

"TASDIQLAYMAN"
Respublika bolalar ortopediya
markazi direktori
A.B. Litvakov

2025 yil

**“YELKA NERV CHIGALI TUG‘RUQ JAROHATLARI
BILAN BOLALARNI DAVOLASH” NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

Toshkent - 2025 yil

MUNDARIJA:

Yelka nerv chigali tugʻruq jarohatlari bilan bolalarni tashxislash va davolash	11
Yelka nerv chigali tugʻruq jarohatlari patologiyasida tibbiy aralashuvlar	19
Yelka nerv chigali tugʻruq jarohatlari patologiyasini tibbiy profilaktikasi va reabilitasiyasi	28

**" YELKA NERV CHIGALI TUG'RUQ JAROHATLARI
BILAN BOLALARNI DAVOLASH " NOZOLOGIYASI
BO'YICHA DAVOLASH VA TASHXISLASH MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

1. KIRISH QISM

Ushbu klinik protokollar “O‘zbekiston Travmatologlar va ortopedlar ilmiy jamiyati” Respublika bolalar ortopediyasi markazi (RBOM) mutaxassislari tomonidan Evropa bolalar ortopedlari assosiasiyasi va ushbu soha olimlarining ko‘rsatmalari, tavsiyalari va ma'lumotlari asosida ishlab chiqilgan.

Mualliflar guruhi xalqaro ekspertlarning fikrini to‘liq qo‘llab-quvvatlaydi va klinik protokollar nashr etilgan paytda tajribali mutaxassislar uchun mavjud bo‘lgan eng to‘g‘ri ma'lumot ekanligini ta'kidlashni zarur deb hisoblaydi.

Milliy klinik protokol yelka nerv chigali tug‘ruq jarohatlari patologiyasini tashxislash, reabilitasiya qilish va oldini olish bo‘yicha qo‘llanma bo‘lib, respublikamizning barcha sog‘liqni saqlash muassasalarining nevropatologlari, bolalar ortopedlari va rehabilitatorlari tomonidan qo‘llanilishi mumkin.

Xalqaro kasalliklar tasnifi - XKT-10/11:

XKT – 10 https://mkb-10.com/index.php?pid=15106	
Kod	Nazvanie
P14.0	Tug‘ruq travmasida Erba falaji https://mkb-10.com/index.php?pid=15106
P14.1	Tug‘ruq travmasida Klyumpke falaji https://mkb-10.com/index.php?pid=15106
P14.3	Yelka chigalining boshqa tug‘ruq travmalari https://mkb-10.com/index.php?pid=15106

MKB-11

KA44. <https://mkb11.online/121706>

Milliy klinik protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish ma'lumotlari

2025 yilda milliy klinik protokol ishlab chiqildi. Protokol har 5 yilda yoki diagnostika, davolash, reabilitasiya va oldini olish uchun dalillar darajasi o‘zgarganda qayta ko‘rib chiqiladi.

Milliy klinik protokolni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa : Respublika bolalar ortopediyasi markazi (RBOM).

Ishchi a'zolari guruhi va muallifi :

Tilyakov Akbar Burievich	tibbiyot fanlari doktori, Respublika bolalar ortopediyasi markazi direktori.
Alpisboev Xojiahmad Shayxislomovich	tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar ortopediyasi markazi direktori o‘rinbosari.
Mirzaev Anvar Gafurovich	tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar ortopediyasi markazi neyroortopediya bo‘limi mudiri
Ro‘ziev Norpo‘lat To‘raevich	tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar ortopediyasi markazi mutaxassisi.
Arifjanov Kozim Siddikjonovich	Respublika markazi bolalar ortopediyasi mutaxassisi
Djuraboev Alisher Abduvositovich	Respublika bolalar ortopediyasi markazi qo‘l va oyoq deformatsiyalari bo‘limi mudiri .
Mirpayazov Alovuddin Xabibullaevich	Respublika bolalar ortopediyasi markazi umurtqa pog‘onasi va ko‘krak qafasi patologiyasi bo‘limi mudiri.
Shomukimov Shuhrat Abdushukurovich	Respublika bolalar ortopediyasi markazi chanoq son patologiyasi bo‘limi mudiri.
Sultonov Ravshan Rajabboevich	Respublika markazi bolalar ortopediyasi mutaxassisi.

Resenzentlar:

Horijdan:

Ryabix Sergey Olegovich.- tibbiyot fanlari doktori, Akademik Yu.E. Veltishchev nomidagi pediatriya ilmiy-tekshirish va bolalar jarrohligi klinik instituti direktorning ilmiy ishlar bo‘yicha o‘rinbosari.

Respublikadan:

Xamraev Farxod Sharopovich – tibbiyot fanlari doktori, Respublika bolalar psixonevrologik shifoxonasi bosh shifokori o‘rinbosari.

Klinik protokol Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy kengashi tomonidan muhokama qilindi.

Yig‘ilishning 20 may 2025-yil 6-son bayonnomasi to‘g‘risida .

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

Djuraev A.M. – tibbiyot fanlari doktori, prof., Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, bo‘lim raxbari.

Saliev M.M. - t.f.n., Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktorining ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari

4.1. Manfaatlarni ta'minlashdan voz kechish : yo'q.

4.2.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqishda mutaxassislar tomonidan tashkiliy-uslubiy yordam ko'rsatgan holda. vazir o'rinbosari, tibbiyot fanlari doktori Sharipov F., Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limi boshlig'i, tibbiyot fanlari doktori Ubaydullaeva S., Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'yicha bosh mutaxassislar Nurimova Sh va Djumaeva G.

Sog'liqni saqlash va xavfsizlik vazirligining muvofiqlashtiruvchi kengashi yig'ilishi bayonnomasidan ko'chirma (_____, № _____).

Foydalanuvchi protokoli:

Milliy protokol yelka nerv chigali tugʻruq jarohatlari patologiyasini davolash boʻyicha tavsiyalar keltirilgan. Diagnostika tamoyillari, turli xil aralashuvlar uchun koʻrsatmalar va ortopedik jarrohlik amaliyotlarini umumiy tamoyillari izchil taqdim etiladi. Ortopedik jarrohlik usullari yoritilgan.

Travmatolog-ortopedlar, nevrologlar, bolalar jarrohlari, reabilitasiya boʻyicha mutaxassislar uchun

Bemorning toifasi va nozologiya ma'lumotlari.

Yelka nerv chigali tugʻruq jarohatlari patologiyasi bilan ogʻrigan bemorlar.

Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillar darajasini baholash shkalasi (DD)

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o‘tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o‘tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usulo yordamida o‘tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kohort tadqiqotlari
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

Profilaktik, terapevtik va rehabilitasiya tadbirlari uchun dalillar darajasini (DD) baholash uchun shkala

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi
2	Ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Profilaktik, diagnostik, terapevtik va rehabilitasiya tadbirlari uchun tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasini (RTT) baholash shkalasi

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

2. ASOSIY QISM .

2.1. Kirish.

Yelka chigali tug‘ruq jaroxatlari birinchi tavsifi 1764 yilda W. Smillie tomonidan berilgan. "Akusherlik falaji" atamasini birinchi bo‘lib G.B. Duchenne qo‘llagan, u 1872 yilda yelka chigalining yuqori ildizlari jaroxatlanishini to‘rtta holatini tasvirlab bergan. 1876 yilda nemis shifokori Erb tajribada tug‘ruq paytida akusherlik muolajalari natijasida yelka chigalining shikastlanishi mumkinligini ko‘rsatgan. Uning ta’kidlashicha, asosan orqa miyaning beshinchi va oltinchi bo‘yin ildizlaridan innervasiya qilinadigan yelka mushaklari zararlanadi. Natijada "Erba falaji" atamasi amaliyotga joriy etilgan. 1885 yilda C7, C8, Th1 yelka chigalining pastki ildizlarining shikastlanishi aniqlangan. A. Schultze 1888 yilda o‘zining kuzatuvini asosida tug‘ruq falaji klinikasini tasvirlab bergan. Adabiyotlardagi ma’lumotlarga qaraganda, akusherlik falaji qiz bolalarda ham, o‘g‘il bolalarda ham bir xilda uchraydi.

Yelka chigalining tug‘ruq jarohati og‘irlik darajasi (engil cho‘zilishdan tortib, ildizchalarning orqa miyadan uzilishigacha) va klinik ko‘rinishlarning ifodalanishiga qarab (kamdan-kam seziladiganlardan plegiyagacha) o‘zgarib turadi. 70-80% hollarda hayotning birinchi oylarida to‘liq tiklanish boshlanadi, 20-25% hollarda funksional ahamiyatga ega falajlar saqlanib qoladi. Neyroxirurgik davolashni o‘tkazish zarurligi to‘g‘risidagi masala hayotning 3-4-oyida sog‘ayish kuzatilmaganda ko‘rib chiqiladi.

2.2. Umumiy ta'rif.

Akusherlik falajlari - bu asosan yondosh gipoksik jarayon bilan yelka chigalining tug‘ruq jarohati natijasida yuzaga keladigan falajlikdir. Zararlangan qo‘lda tonus va

harakatchanlikning pasayishi, sezuvchanlik va mahalliy termoregulyasiyaning buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Davolanish o'z vaqtida o'tkazilmasa, mushak kontrakturalari rivojlanishiga olib keladi.

2.3. Klinik tasnifi (etiologiyasi, bosqichi bo'yicha).

Sabablari:

1. Homila yelkalari distosiyasi (yirik homila/tor chanoq).
2. Tug'ruq paytida homilaning patologik holati (ensa, chanoq, qo'lning orqaga tashlanishi).
3. Traksion-rotasion akusherlik manipulyasiyalari (qo'lda, qisqichlar, vakuum-ekstraksiya).

Davomli tug'ruqlar gipoksiya akusherlik falajlari rivojlanish xavfini oshiradi, chunki ishemiya ham asab tolalarini shikastlanishiga olib keladi.

Og'irligi 4 kg dan ortiq bo'lgan yirik homila ushbu patologiyaning rivojlanish xavfiga ko'proq uchraydi. Homila oldinga dumbasi bilan kelganda to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning lat eyish yoki yorilib ketish xavfi yuqori bo'ladi, bu ham falajning patogenezida rol o'ynaydi.

Yelka chigali falajlari uchun xavf omillarini uch toifaga ajratish mumkin:

- yangi tug'ilgan chaqaloq bilan bog'liq (ulardan eng muhimi - tug'ilgandagi vazni 4 kg dan ortiq);

- onaning patologiyasi: qandli diabet, ortiqcha vazn, ko'p homilalik, kam suvlilik, ayolning 35 yoshdan oshganligi, eklampsiya yoki preeklampsiya, muddatidan ilgari tug'ruq, cho'zilib ketgan homiladorlik, homilaning bachadonda noto'g'ri fetal joylashuvi, yo'ldoshning oldinda kelishi, chanoq torayishi, birinchi tug'ruq, davomli tug'ruq).

- tug'ruq mexanizmida (yelka chigalining shikastlanishi ko'p xollarda xomilaning dumba bilan oldinga kelishi (8-21%) va kesar kesish yo'li bilan (1-4%) tug'ruqlarda uchraydi, tug'ruqning ikkinchi bosqichini uzayishi yelka nerv chigali shikastlanishi xavfini oshiradi).

Yelka nerv chigali tug'ruq jarohatlari zararlanish joylashivuga qarab bo'linadi. Yuqori, pastki va total akusherlik falajlar tafovut qilinadi.

Dyushen-Erba akusherlik falaji (yuqori) yelka chigalining yuqori birlamchi tutami yoki orqa miyaning birinchi oltita bo'yin umurtqasiga to'g'ri keladigan yuqori ildizlari zararlanishi bilan kechadi.

Dejerin-Klyumpke falaji (pastki) yelka chigalining pastki tutami yoki orqa miya ildizini oxirgi bo'yin umurtqasi va undan pastroqda zararlaydi.

Total akusherlik falajlari butun tutamga ta'sir qiladi va parezning eng og'ir shakli hisoblanadi. Bundan tashqari, turli darajadagi tutamlarning qo'shma shikastlanishi va atipik parezlar uchraydi.

2.4. Yelka chigalining shikastlanish chastotasi

1000 ta yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga 0,38-5,1 chastotada uchraydi. Aksariyat hollarda yelka chigalining yuqori o‘zagi (S5-S6 ildizlari) shikastlanadi. Pastki o‘zakning izolyasiyalangan jarohati (S8-T1 ildizlari) juda kam, taxminan 1% hollarda qayd etiladi. Yelka chigali shikastlanishining total turi (S5-T1) o‘rtacha 15% hollarda kuzatiladi.

2.5. Yelka chigalining shikastlanish patogenezi.

Homila qo‘lining noto‘g‘ri joylashuvi (homila qo‘lining uzoqlashgan va tashqa rotasiya xolatda boshni orqasida joylashuvi) yelka nerv chigali ildizlarining taranglashuvi va ularning shikastlanishiga olib keladi. Yelka chigali zararlanishida patologik tug‘ruq, homilaning katta vazni, onadagi qandli diabet umum e‘tirof etilgan akusherlik xavf omillari hisoblanadi.

Yelka chigali shikastlanishining to‘rt turi mavjud bo‘lib, ular holatning jiddiyligiga qarab farqlanadi.

1. Nevrapraksiya (siqilish, cho‘zilish, nerv ishemiyasi, mielin qobig‘ining mahalliy shikastlanishi, akson zararlanmagan): to‘liq qaytar holat, jarrohlik aralashuvini talab qilmaydi.

2. Aksonotmezis (akson va ichki nerv pardalarining zararlanishi): spontan tiklanishi mumkin.

3. Nevrotmezis (nervning butun ko‘ndalang kesimi butunligining buzilishi): spontan tiklanish kamdan-kam hollarda to‘liq bo‘ladi, ba‘zi hollarda neyrojrohlik aralashuvini o‘tkazish tavsiya etiladi.

4. Avulsiya (ildizning orqa miyadan ajralishi): spontan tiklanish mumkin emas, neyrojrohlik aralashuvimiz oyoq funksiyasini tiklash uchun prognoz noqulay.

3. DIAGNOSTIK USULLAR, YoNDASHUV JARAYoNLARI VA MUOLAJALAR.

3.1. Shikoyat va anamnez

Odatda, bunday falajliklar bola tug‘ilganidan boshlab seziladi, engil kechuvchi holatlardan tashqari, ular bolaning ongli faolligi darajasining oshishi bilan aniqlanadi. Tug‘ruqning o‘tishiga, gipoksiya xolati bo‘lgaligiga va ko‘rik natijalariga qarab akusherlik falajlariga taxmin qilish mumkin. Ammo ko‘p xollarda pediatr va bolalar nevrologi birinchi ko‘rikdayoq mushak tonusining pasayishi va sezuvchanlikning o‘zgarishini aniqlaydi. Qo‘l osilgan, Moro va Robinson reflekslari, shuningdek, kaft-og‘iz refleksi yo‘q. Akusherlik falajlarining lokalizatsiyasiga qarab, mushak tonusi va sezuvchanlik ko‘proq qo‘lning proksimal qismida (yelka bo‘g‘imi, yelka) yoki distal

(bilak va qo‘l panjasi) pasaygan. Shu bilan birga, shikastlanmagan nervlarning innervasiya zonasida, sog‘lom tomonga qaraganda kamroq darajada bo‘lsa-da, harakat faolligi kuzatilishi mumkin.

Shikastlangan qo‘lda sezuvchanlik pasaygan, ammo chaqaloqlarda gipersteziyani faqat uning etarli darajada ifodalanganligida aniqlash mumkin. Bola falaj sohasi terisida giperesteziya qayd etiladi. Zararlangan qo‘l ushlab ko‘rilganda sovuqligicha qoladi.

3.2. Klinik tekshiruv

Bolada elektromiografiya o‘tkazilganda falajlik darajasi tasdiqlanadi. Birinchidan, tadqiqot birlamchi mushak patologiyalarini asab tizimi bilan bog‘liq shikastlanishlardan farqlashga imkon beradi. Ikkinchidan, aniq nervlar bo‘ylab impuls o‘tish tezligining buzilishi ularning jarayonga jalb qilinganligini aniqlaydi va yuqori yoki pastki falajni farqlash imkonini beradi. O‘mrov suyagining sinishiga inkor qilish uchun rentgenografiya o‘tkazilishi shart.

Yelka chigalining tug‘ruqdan keyingi shikastlanishining yuqori turi - Dyushenn-Erba falajida qo‘lning quyidagi holati xarakterlidir: qo‘l gavdaga keltirilgan va ichkariga burilgan, tirsak bo‘g‘imi yozilib, bilak pronasiyalangan, qo‘l panjasi bukilgan. Yelka chigali tug‘ma zararlanishining pastki turi - Dejerin-Klyumpke falaji juda kam uchraydi. Ushbu turdagi shikastlanishning asosiy klinik simptomi qo‘lning o‘ziga xos holatidir: bilak pronasiyalangan, qo‘l panjasi biroz yozilganda yassilashgan. Yelka bo‘g‘imi funksiyasi saqlangan, tirsak bo‘g‘imining yozilishi cheklangan, qo‘l va barmoqlarning faol harakatlari yo‘q.

Tirsak bo‘g‘imida, odatda, ikki boshli muskul funksiyasining susayishi natijasida bukuvchi kontraktura rivojlanadi. Asosan yelka-bilak muskuli, kamroq darajada uch boshli muskul ham zararlanadi. Ikki boshli muskul to‘liq falajlanganda tirsak bo‘g‘imi bukilmaydi.

Klinik jihatdan bilakning anatomik kaltalashishi, yumshoq to‘qimalar atrofiyasi, pronasion yoki supinasion holati aniqlanadi. Odatda bilakning rotasion harakatlari bo‘lmaydi yoki sezilarli darajada cheklangan bo‘ladi.

Og‘ir shikastlanishlarda qo‘l va barmoqlarning to‘liq funksiyasining buzilishi kuzatiladi. Kaft va barmoq mushaklari yozuvchi funksiyasi yo‘qolishi sababli qo‘l panjasi va barmoqlarni yozish imkoniyati bo‘lmaydi.

Bilak va qo‘l kaftining pastki uchdan bir qismi terisining rangi oqarib, teri haroratining pasayishi, bilak arteriyasida pulsasiyaning susayishi kuzatiladi. Bundan tashqari, og‘ir darajadagi shikastlanish bo‘lgan bemorlarda trofik buzilishlar qayd etiladi: tirnoq falangalarining yupqalashishi, tirnoq plastinkalari atrofida tuzalmaydigan yaralar va ularning deformasiyasi.

3.3. Instrumental tekshiruvlar.

3.3.1. Rentgenografiya. Yelka nerv chigali zararlangan bemorlarda rentgenologik tekshirishda qo‘lning suyak to‘qimasida o‘zgarishlar qayd etiladi. Ayniqsa total falajlikda kuzatiladi.

Tirsak bo‘g‘imining rentgenogrammasida bilak suyagi boshchasining oldinga va tashqariga siljishi bilan chiqishi yoki yarim chiqishi, uning deformatsiyasi, o‘lchamlarining kichrayishi, bilak suyagi bo‘yinchasining gipotorfiyasi qayd etiladi. Tirsak suyagining bo‘g‘im yuzasi deformatsiyalanadi. Yelka suyagining distal qismi, bilak va tirsak suyaklarining proksimal bo‘limlari osteoporozi rivojlanadi. Bilak suyaklari kaltalashadi, sezilarli osteoporoz, kortikal qavat yupqalashadi. O‘sish zonasi torayadi. Bigizsimon o‘simtalar ingichkalashadi.

3.3.2. Qo‘l mushaklarining elektromiografiyasi

Oyoqlar tug‘ruq falaji asoratlari bo‘lgan bemorlarda elektromiografiya o‘tkazilganda tekshirilayotgan mushaklarning elektr faolligi sog‘lom qo‘lga nisbatan 40-75% ga pasayganligi kuzatiladi. Ayniqsa, bu o‘zgarishlar bilak muskullariga - panja va barmoqlarni yozuvchi muskullarga tegishlidir.

3.4. Differensial tashxis

1. O‘mrov suyagining sinishi: yumshoq to‘qimalarning shishi, yelka va tirsak bo‘g‘imlarida faol harakatlar amplitudasining cheklanishi, o‘mrov soxasida shish, deformatsiya, yelka bo‘g‘imida palpasiya va passiv harakatlarda bezovtalik, qo‘l va bilak funksiyasi me'yorda, qo‘lning patologik xolati yo‘q, tug‘ilganidan 3-4 kun o‘tgach, suyak qadog‘i paypaslanadi.

2. Tug‘ruq travmasida umurtqa pog‘onasi va orqa miyaning shikastlanishi: vertebral simptomlar (bo‘yin qiyshiqiligi, boshning giperekstenziyasi, orqa bo‘yin mushaklarining zo‘riqishi va ularni paypaslashda og‘riq, umurtqa pog‘onasining bo‘yin qismida og‘riq va harakatlarning cheklanishi) + orqa miya shikastlanishining simptomlari.

3. Yelka suyagi sinishi: yelka va tirsak bo‘g‘imlarida passiv harakatlarni tekshirishda faol harakatlarning yo‘qligi va keskin yig‘lash, deformatsiya, sinish sohasida shish. Yelka suyagining proksimal/distal epifizi epifizeolizida: yelka/tirsak bo‘g‘imida faol harakatlarning yo‘qligi va passiv harakatlarning og‘riqliligi, qo‘l va barmoqlardagi harakatlar chegaralanmagan/chegaralanmagan, yelka/tirsak bo‘g‘imida yumshoq to‘qimalarning shishishi va ko‘karishi.

4. Osteomielit, artrit: simptomlarning kech paydo bo‘lishi, oyoq bo‘g‘imlarida harakat amplitudasining cheklanishi (psevdo-parez, antalgik holat); faol va nofaol harakatlarni bajarishda og‘riq; mahalliy simptomlar (shish, palpasiya paytida og‘riq, giperemiya, yumshoq to‘qimalar gipertermiyasi); isitma, leykositoz, leykositar formulaning chapga siljishi.

5. Tug‘ma zaxmda Parro psevdofalaji: oyoq bo‘g‘imlarida faol harakatlar amplitudasining cheklanishi; passiv harakatlarning og‘riqliligi; onaning anamnezi -

zaxm/tekshirilmagan; ona va yangi tug‘ilgan chaqaloqda qonning ijobiy serologik reaksiyalari (RW va boshqalar). Og‘riq va harakat amplitudasining cheklanishi ko‘plab mikro siniqlarning paydo bo‘lishi bilan bog‘liq - agar ushbu holatga shubha bo‘lsa, ehtiyotkorlik bilan klinik ko‘rik o‘tkazish va bolaga ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo‘lish kerak.

6. Shprengel kasalligi (yelka kamari rivojlanish nuqsoni, kurakning baland turishi) - kuraklar holatining asimmetriyasi (shikastlangan tomondagi elevatsiya), kurakning deformatsiyasi, oyoqning passiv ko‘chish amplitudasining cheklanishi. Yelka bo‘g‘imidagi faol harakatlar saqlanib qolgan, lekin cheklangan (ko‘pincha uzoqlashish, rotasiya zararlanmaydi).

7. Umurtqa pog‘onasi va orqa miyaning travmatik bo‘lmagan kasalliklari (o‘smalar, nuqsonlar va boshqalar).

8. Qo‘l rivojlanishining tug‘ma nuqsonlari.

3.5 Ambulator sharoitda davolash

Erta neonatal davrda davolash-tashxislash taktikasi (tug‘ruqxona sharoitida)

1. Tug‘ruq anamnezi (homilaning yirikligi, yelkachalarning qiyin chiqishi, tug‘ruq paytida homilaning patologik holati, traksion akusherlik manipulyasiyalari).

2. Neonatolog nazorati (umurtqa pog‘onasining bo‘yin qismi tug‘ruq jarohatida - nafas olish va vegetativ-hissiy buzilishlar rivojlanish xavfi).

3. Nevrolog ko‘rigi.

4. Ortoped ko‘rigi.

5. Transkraniyal-liqildoq ultratovush tekshiruvi (kalla suyagi ichi travmatik shikastlanishini istisno qilish uchun).

6. Ko‘rsatmalar bo‘yicha kalla suyagining ultratovush tekshiruvi (bosh travmasining tashqi belgilari - bosh suyagi gematomalari, krepitasiya, bosilish va boshqalar).

7. Umurtqa pog‘onasi va orqa miyaning bo‘yin qismi ultratovush tekshiruvi (bo‘yin qismi tug‘ruq jarohatining klinik belgilari mavjud bo‘lmaganda).

8. Onani psixologik qo‘llab-quvvatlashni ta‘minlash.

9. Parvarish.

10. Tug‘ilgandan keyingi dastlabki 5-7 kun ichida qo‘llarni immobilizatsiya qilish (tinchlik, bo‘yin ildizlarining tarangligini kamaytirish) - qo‘lni ushlab turuvchi bog‘lam (elastik bint) yordamida qorin old devoriga mahkamlash

11. Yuqori qo‘l parezi bo‘yin-vertebral sindromi bilan birga kelganda: bosh ko‘tarilgan holda yonboshlab turish; umurtqani bo‘yin qismini immobilizatsiyasi - paxta-dokali bog‘lam yoki Shans yoqasi.

Kechki neonatal davrda va bola hayotining birinchi oylarida (ambulatoriya-poliklinika yoki stasionar bo‘g‘in sharoitida) davolash-tashxislash taktikasi

1. Nevrolog nazorati har oyda o‘tkaziladi.

2. Hayotning dastlabki to‘rt oyi davomida har oyda ortopedni kuzatish (qo‘l mushaklarining faol funksiyasini tiklash dinamikasini baholash, shakllanayotgan kontrakturalarni erta aniqlash).

3. Neonatal davrda avulsiyaga shubha qilinganda neyroxirurg maslahati (plegiya + Gorner sindromi).

4. Hayotning 7-10 kунidan boshlab davolovchi jismoniy tarbiya (ustuvor ahamiyatga ega, asosiy maqsad - kontrakturalar shakllanishining oldini olish). Yo‘nalish sog‘lom yuqori oyoq bo‘lib, ikkala yuqori oyoq bo‘g‘imlaridagi harakatlar amplitudasi bir xil bo‘lishi kerak.

Mashqlar majmuasi quyidagi havola orqali mavjud: http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/plastic/BRACHIAL_PLEXUS_book.pdf. ; - falajlangan qo‘lning faol harakatlarini rag‘batlantirish - xavfsiz diapazonda o‘yinchoqlar, turli xil materiallar, suzish, turli haroratdagi buyumlar.

5. Massaj: 2 haftadan keyin;

6. Elektromiografiya (EMG), stimulyasion elektroneyromiografiya: hayotning 1 oyigacha nerv shikastlanishining xarakterini baholashda kam informativ; ba'zi hollarda saqlanib qolgan motor birliklar soni va denervation-reinervation jarayonning kechish bosqichini aniqlash uchun (nevrolog yoki neyroxirurg tavsiyasiga ko‘ra) ignali EMG o‘tkaziladi.

7. Hayotning 3-4 oyiga kelib bilakni faol bukish funksiyasi mavjud bo‘lmaganda - neyroxirurgik davolashni o‘tkazish masalasini hal qilish.

**"BOSH SEREBRAL FALAJI BILAN OG'RIGAN
BEMORLARDA CHANOQ SON BO'G'IMLARI
PATOLOGIYASI " NOZOLOGIYASI
BO'YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

1. ASOSIY QISM

Yelka chigali jarohatlari oqibatlarini bo'lgan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash vazifalari quyidagilardan iborat:

1. Qo'l bo'g'imlarida to'g'ri anatomik nisbatlarni tiklash;
2. Qo'l mushaklarining funksional holatini yaxshilash;
3. Qo'l funksiyasini tiklash.

Ortopedik operatsiyalar 3 yoshdan katta bolalarda amalga oshirilishi kerak.

Yelka bo'g'imi funksiyasini tiklash uchun operatsiyalar.

Yelka bo'g'imi funksiyasini tiklash uchun quyidagilarni tavsiya etiladi: yaqinlashtiruvchi mushaklarni uzaytirish; trapesiyasimon mushakni miolektomiya qilish.

2. Asosiy diagnostika tadbirlari

2.1. Asosiy (majburiy) diagnostika tadbirlari:

- Umumiy qon tahlili
- Qonning biokimyoviy tahlillari
- Elektrokardiogramma
- Ichki organlarni ultratovush tekshiruvi
- Virusli gepatit
- Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi
- Rentgenografiya
- ENMG
- MSKT, MRT (ko'rsatmalar bo'yicha)

Qo'shimcha diagnostik chora-tadbirlar shifokorlarga kasallikni qiyosiy tashxislashda, yondosh kasalliklar bosqichlarini, asosiy kasallikni baholashda: bemorlarda jarrohlik aralashuvlariga ko'rsatmalar yoki qarshi ko'rsatmalarni aniqlashda, og'riqsizlantirishni tanlashda, tor ixtisoslikdagi mutaxassislarning maslahatlariga muhtojlikda ma'lumot beradi.

2.3. O'zbekiston Respublikasining sanitariya qoidalari, me'yorlari va gigiena me'yorlariga muvofiq jarrohlik amaliyoti qilishda quyidagi talablar qo'yiladi:

Uskunalar, tibbiy jixozlar, jarrohlik xonasi toza bo'lishi kerak. Binolarni nam tozalash (pollarni yuvish, mebellarni, jihozlarni, deraza tokchalarini, eshiklarni va boshqalarni tozalash) kuniga kamida 2 marta yuvish vositalari yordamida amalga oshirilishi kerak. Agar kerak bo'lsa, muntazam tozalash ishlari kuniga bir necha marta amalga oshiriladi.

Operasion blokni umumiy tozalash (kundalik tozalash va dezinfeksiyadan tashqari) haftada bir marta amalga oshirilishi kerak, binolarni jihozlar, mebellar va boshqa jihozlardan tozalash kerak. Muassasa tozalash va dezinfeksiyalash vositalarining doimiy talab qilinadigan uch oylik zaxirasiga ega bo'lishi kerak.

Sterillik, aseptik va antiseptik sharoitlarni talab qiladigan operatsiya xonalarini tozalashdan so'ng, joriy foydalanish paytida xonaning 1 m³ uchun 1 Vt quvvatga asoslangan stasionar yoki ko'chma bakterisid chiroq bilan ta'minlash kerak.

Jarrohlik bo'limlari yiliga bir marta kosmetik ta'mirlash, profilaktik tozalash va dezinfeksiya qilish uchun uzoq vaqt davomida yopiladi. Joriy nuqsonlarni bartaraf etish (shift va devorlarda suv va namlik oqishini, namlik va mog'or izlarini yo'q qilish, yoriqlar, yoriqlar va tartibsizliklarni tekislash, yiqilgan pardoqlash plitalarini tiklash, to'liq qoplamadagi nuqsonlar va boshqalar) darhol ta'minlanishi kerak.

Jarrohlik blokida narkoz apparati va tibbiy asbob-uskunalarini dezinfeksiya qilish uchun ajratilgan va jihozlangan xonalar mavjud bo'lishi kerak.

Jarrohlik operatsiyalarida foydalaniladigan tibbiy asbob-uskunalar, jihozlar, sarf materiallari va dori vositalaridan O'zbekiston Respublikasi hududida foydalanishga ruxsat berilishi kerak.

2.4. Jarrohlik muolajasi, bemorda bajariladigan muolaja:

Yelka yaqinlashtiruvchi muskullarining uzaytirish.

Operatsiyaga ko'rsatmalar:

- Yelkaning aktiv va passiv uzoqlashtirish cheklanganligi.
- Yelkaning yaqinlashtiruvchi kontrakturasi 30° dan kam.
- 5 yoshdan katta bolalarda.

Operatsiya texnikasi. Qo'ltiq osti chuqurchasi oldingi chekkasida teri, teri osti kletchatkasi zigzag shaklida kesiladi. Katta ko'krak muskulining pay qismi ajralib chiqadi va Z-simon tarzda uzaytiriladi. Yuzaki va chuqur fassiyalar kesiladi. Xuddi shunday ikkinchi kesma qo'ltiq osti chuqurchasi orqa chekkasida amalga oshiriladi, kichik dumaloq mushak ajralib chiqadi va Z-simon tarzda uzaytiriladi. Yelka uzoqlashtiriladi. Uzaytirilgan mushaklar tikiladi. Yara qavatma qavat tikiladi. Torakobraxial gips bog'lam bilan quyiladi. Qo'l holati - yelka 90° ga uzoqlashtirilgan, 30° oldinga, tirsak 90° bukilgan xolatda va bilaklar supinasiya, qo'l barmoq 30° kaft orti fleksiya xolatida. 3 haftadan keyin tiklovchi davolashga kirishadilar. Gipsli bog'lam uzoqlashtiruvchi ketuvchi shina bilan almashtiriladi.

Delta-mushak funksiyasining keskin susayishi va katta vaznga ega bo'lgan bemorlarda olib keluvchi mushaklarning uzayishi kutilgan natijani bermaydi. Deltasimon muskul qo'lni 90° li burchakka olib bora olmaydi.

Shuning uchun olib keluvchi muskullarni uzaytirish operatsiyasini trapesiyasimon muskul mialovsanoplastikasi bilan to'ldirishga to'g'ri keladi.

Operatsiyaga ko'rsatmalar:

1. Deltasimon mushakning zaifligi;
2. Yelkaning 10°-15° gacha uzoqlashtirish cheklanganligi;
3. Trapesiyasimon muskulning yaxshi ishlashi;
4. Bemorlarning yoshi 8 yoshdan.

Operasiya texnikasi. Teri kurak suyagi proeksiyasining oʻrtasidan akromial oʻsimtagacha va keyin oʻmrov suyagining medial cheti boʻylab uning oʻrta uchdan bir qismigacha yoy shaklida kesiladi. Teri, teri osti kletchatkasi bilan birga, trapesiyasimon mushakni qoplaydigan fassiyani shikastlantirmasdan ajratib olinadi. Suyak usti pardasining trapesiyasimon muskulli qismi oʻmrov suyagidan ajratib olinadi. Oʻmrov-akromial birikish sohasida trapesiyasimon mushak kesib olinadi va maksimal darajada yumshoq toʻqimalardan mobilizasiya qilinadi. Uzunligi 15 sm boʻlgan lavsan tasma uning bir uchi bilan trapesiyasimon muskulning mobilizasiyalangan qismiga tikiladi.

Yelkaning yuqori uchdan bir qismi tashqi yuzasida 5 sm uzunlikdagi yumshoq toʻqimalarning boʻylama kesmasi bajariladi. Yelka suyagida elektrodrel yordamida suyak kanaligacha diametri 0,5 sm boʻlgan ikkita teshik qilinadi, ular orasidagi masofa 2 sm. Lentaning erkin uchi teri osti kletchatkasi orqali yelkaning yuqori uchdan bir qismidagi jarohatga va yelka suyagidagi teshiklar orqali oʻtkaziladi va yelkani 90° uzoqlashtirish va 30° gacha oldinga holatida tikiladi. Yaralar tikiladi va torakobraxial gips bogʻlam quyiladi.

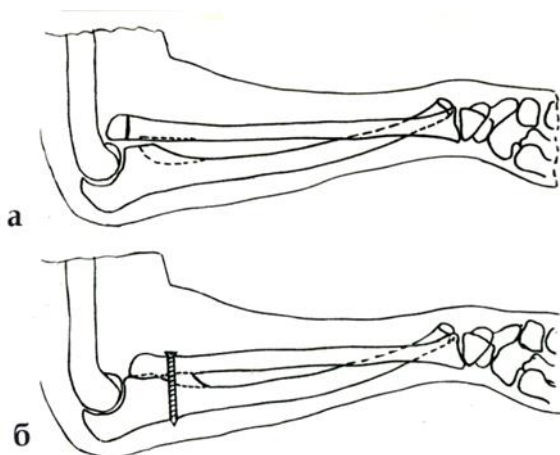
TIRSAK BOʻGʻIMI SOHASIDAGI OPERATIV ARALASHUVLAR

Tirsak boʻgʻimi va bilak deformatsiyasini bukishni cheklash bilan bartaraf etish usuli, bilak boshchasining chiqishida, tirsak boʻgʻimida bukilishning chegaralanishida, bilakning pronasion kontrakturasida operativ davolash usuli qoʻllanilishi kerak, bu bilakning proksimal qismida radioulnar sinostozni yaratish va uni funksional qulay holatga qoʻyishdan iborat.

Operasiyaga koʻrsatmalar:

1. Bilakning pronasion kontrakturasida - 20° dan ortiq;
2. Bilak boshchasini chiqishi;
3. Tirsak boʻgʻimida bukilishni cheklanganligi;
4. Bemorning yoshi - 13 yoshdan katta.

Operasiya texnikasi. Tirsak boʻgʻimining tashqi yuzasi boʻylab, bilakka oʻtib, teri va teri osti kletchatkasi kesiladi, yumshoq toʻqimalar va suyak usti pardasidan tirsak suyagi metafizi tashqi qismi boʻshatiladi va doloto bilan tirsak suyagi metafizi tashqi yuzasi kortikal plastinkaning boʻylama qismi olib tashlanadi. Bilak suyagining proksimal uchi boʻgʻim yorigʻi sathida rezeksiya qilinadi (1a-rasm). Bilakga 15° burchak pronasiya beriladi. Kortikal plastinkadan qisman boʻshagan bilak suyagining proksimal uchi tirsak metafizining tarnovchasiga joylashtiriladi va unga vint bilan mahkamlanib, kompressiya hosil qilinadi (1b-rasm). Gipsli longet bilakning oʻrta holatida va uning pronasiyasi 15°.



1-rasm. Bilak-tirsak sinostozi boshlanganidan so‘ng, sagittal tekislikda tirsak bo‘g‘imida harakatlar ishlab chiqiladi.

Tirsak bo‘g‘imida bukilishi cheklangan bolalarni davolashda ikki boshli funktsiyani kuchaytirish uchun yelka-nur mushaklaridan foydalanishga asoslangan usul qo‘llaniladi. "Tirsak bo‘g‘imida faol bukishni tiklash usuli."

Operatsiyaga ko‘rsatmalar:

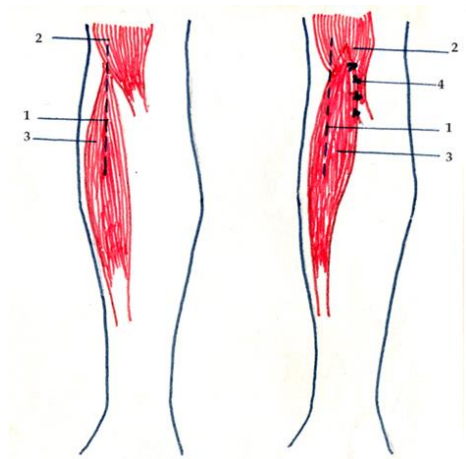
1. Yelkaning ikki boshli muskuli funktsiyasining pasayishi natijasida bilakning faol bukilmasligi;

2. Yelka bilak muskuli funktsiyasini saqlanganligi;

3. Bemorlarning yoshi - 7 yoshdan katta.

Operatsiya texnikasi. Yelka distal qismi va tirsak bo‘g‘imi old-yon yuzasi bo‘ylab kesma qilinadi. Yelka bilak muskulining proksimal qismi ajratib olinadi va mobilizatsiya qilinadi hamda birikish joyidan ajratiladi. Birikish joyidan ikki boshli muskul ajratib olinadi.

Yelka bilak muskuli medial tomonga mobilizatsiya qilinadi va ikki boshli muskulning pay qismiga tikiladi. Bunda bilak bilan 150° burchak ostida bukiladi. Orqa gips longet yelka va bilakka qo‘yilib, u tirsak bo‘g‘imida 90° burchak ostida bukiladi. Uch haftadan keyin gips longet olinadi va tiklovchi davo o‘tkaziladi. Operatsiya sxemasi 2-rasmda keltirilgan.



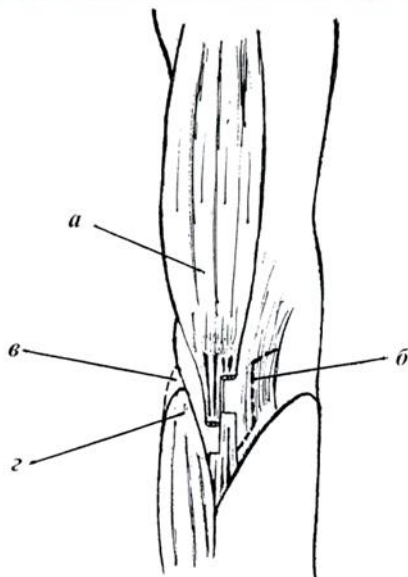
Rasm №2.

Tirsak bo'g'imining bukuvchi kontrakturasini davolash usuli

Operasiyaga ko'rsatmalar:

1. Tirsak bo'g'imi yozilishining cheklanishi - kamida 40° ;
2. Bilak yozilganda ikki boshli muskul va yelka muskulining keskin qisqarishi;
3. Konservativ davolash samara bermaganda;
4. Bolalarning yoshi ahamiyatga ega emas.

Operasiya texnikasi. Tirsak bo'g'imining oldingi yuzasi bo'ylab uchburchak kesib, kesma qilinadi. Pirogov fassiyasi ko'ndalang kesiladi. Ikki boshli va yelka muskullari paylari Z-simon uzaytiriladi. Yelka-bilak muskulining proksimal qismi birikish joyidan ajratiladi, distal tomonga mobilizasiya qilinadi. Tirsak bo'g'imi kapsulasi old yuzasi bo'ylab kesiladi. Bilaklar to'liq yoziladi. Ikki boshli va yelka muskullarining paylari tikiladi (3-rasm).



3-rasm.

Qatlamlardan ajralgan yelka-bilak muskuli ikki boshli muskulga uning payga o'tish darajasida tikib qo'yiladi. Bunda bilak bilan 150° ga bukiladi. Gipsli longet bilakning o'rta holatida. Uch haftadan keyin tirsak bo'g'imida faol harakatlarni kuchaytirishga qaratilgan tiklovchi davo boshlanadi.

BILAK SOHASIDAGI OPERATIV ARALASHUVLAR

Kuchsiz falajlangan bolalarning 70 foizida bilakning faol rotasion harakatlarining keskin cheklanishi kuzatiladi. Odatda, bilak 30° dan 90° gacha bo'lgan burchak ostida belgilangan supinasiya yoki pronasiya holatida bo'ladi. Bemorning yoshiga qarab, ushbu nuqsonni jarrohlik yo'li bilan bartaraf etishning bir nechta usullarini qo'llash mumkin.

Kichik yoshdagi bolalarda bilak pronasion kontrakturasini davolash usuli.

Operasiyaga ko'rsatmalar:

1. Konservativ davolashning muvaffaqiyatsizligi;

2. Bilakning pronasion fiksasiyalangan kontrakturasi 15° dan ortiq;
3. Bolalarning yoshi - 10 yoshdan katta emas.

Operasiya texnikasi. Bilakning pastki uchdan bir qismidagi kaft yuzasi bo‘ylab yumshoq to‘qimalar kesiladi. Kaft, barmoqlarni bukuvchi paylar, o‘rta nerv tirsak tomoniga yo‘naltiriladi. Kvadrat pronator ochiladi va suyak usti pardasi bilan birga bilak suyagidan ajratib olinadi. Raspator bilan suyaklararo membrana bilak suyagidan ajratib olinadi. Bilak pronasiyaning holati 15° burchak ostida. Bilak suyaklari orqali pastki va o‘rta bo‘limlarda ikkita Kirshner spisalari ko‘ndalang o‘tkaziladi. Jarohat tikiladi. Bilakning korreksiya holatida va tirsak bo‘g‘imining o‘rta holatida gipsli longet.

Operasiyadan ikki hafta o‘tgach, bilak suyaklaridan spisalar olib tashlanadi va tiklovchi davo o‘tkaziladi.

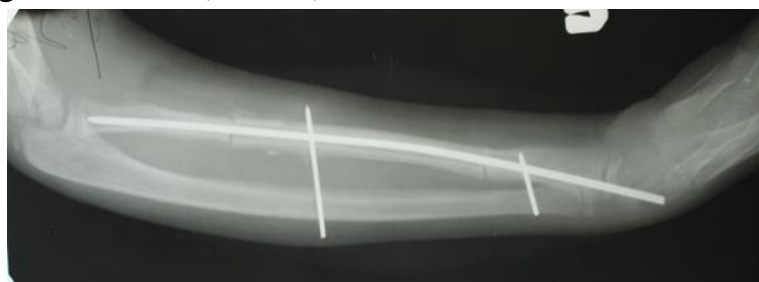
Katta yoshdagi bolalarda bilak pronasion kontrakturasini davolash usuli.

Usulning mohiyati bilak va tirsak suyaklarini osteotomiyasidan iborat.

Operasiyaga ko‘rsatmalar:

1. Konservativ davolashning muvaffaqiyatsizligi;
2. 80°-90° bilakning pronasion fiksasiyalangan kontrakturasi;
3. Bolalarning yoshi - 13 yoshdan katta.

Operasiya texnikasi. Bilakning orqa-yon yuzasida o‘rta va pastki uchdan bir qismida har biri 3-4 sm uzunlikda ikkita bo‘ylama teri kesmasi qilinadi. Bilak suyagining o‘tkir va to‘mtoq joylari ajralib turadi. Bilak suyagining pastki uchdan bir qismida ikkita ko‘ndalang kesimi qilinadi va yuqori va o‘rta uchdan birining chegarasida bilak suyagining intramedulyar osteosintezi bajariladi, bilak 15° burchakgacha pronasiya holatiga keltiriladi (4-rasm).



Rasm №4

Bunday holatda bilak qo‘shimcha ravishda ko‘ndalang o‘tkazilgan ikkita Kirshner spisalari bilan mustaxkamlanadi, ular tirsak va bilak suyaklari orqali o‘tkaziladi. Bilak pronasiyasi holatida va tirsak bo‘g‘imida 90° burchak ostida bukilganda, barmoqlarning uchlaridan yelkaning yuqori uchdan bir qismigacha orqa gips longet qo‘yiladi. 6-8 hafta davomida gipsli longetga immobilizasiya qilinadi. Konsolidasiyalangandan keyin six va sterjen olib tashlanadi. Bilak rotasiyasini oshirish uchun tiklovchi davolashga kirishadilar.

Ko‘pincha qo‘l panjasining nuqsonli holati bo‘lgan bemorlarda bilakning rotasion harakatlarining cheklanishi yoki ularning to‘liq istisno qilinishi kuzatiladi. Bunda ko‘pincha bilak funksional jihatdan noqulay holatda bo‘ladi.

Qo‘l va bilakning bunday patologiyasi bo‘lgan bolalarni davolashda jarroh oldida quyidagi vazifalar turadi:

- a) qo‘l panjasini o‘rta holatga, bilakni esa funksional qulay holatga qo‘yish;
- b) qo‘l va bilak funksiyasini yaxshilash.

Bunday bemorlarni davolash uchun bilak va kistalarning distal qismi stabilizasiya qilinadi.

Operasiyaga ko‘rsatmalar:

1. Bilakning pronasiya yoki supinasiya holati;
2. Kaft yoki kaft orqasi fleksiyasi;
3. Bolalarning yoshi - 13 yoshdan katta.

Operasiya texnikasi. Bilak-kaft bo‘g‘imining orqa yuzasi bo‘ylab yumshoq to‘qimalar kesiladi. Bilak-kaft bo‘g‘imi ochiladi. Bilak, yarim oy va qayiqsimon suyaklar epifizidan bo‘g‘im tog‘ aylari olib tashlanadi. Bilak va tirsak suyaklari metafiz sohasining suyak usti pardasi qavatlanadi, kortikal qavatning bir-biriga yopishgan qismlari spongioz qavatgacha olib tashlanadi. Bilak va tirsak suyaklarining distal bo‘limlari bir-biriga yaqin keltiriladi va kompressiyaga burama mix bilan mahkamlanadi. Bunda bilakka 10°-15° burchak ostida pronasiya holati beriladi. Qo‘l barmoq o‘rta holatga va bilak suyaklari va bilak suyagining distal bo‘limi orqali o‘tkazilgan ikkita kesishuvchi spisalalar bilan mustaxkamlanadi. Tirsak bo‘g‘imida bilakning o‘rta holatidagi gipsli longet va pronasiya 10°-15°. Operasiyadan bir yarim oydan keyin nazorat rentgenografiya qilinadi. Suyak qadog‘i yaxshi bo‘lsa, Kirshner spisalari olib tashlanadi.

Konservativ davolash

Shuni ta'kidlash kerakki, konservativ va jarrohlik davolash faqat bir-birini to‘ldiruvchi davolash usullari kontekstida ko‘rib chiqilishi kerak.

Tug‘ilgandan 3 oygacha bo‘lgan bosqichda. Vazifalar shikastlangan mushaklar atrofiyasining oldini olish, kontrakturalar hosil bo‘lishi, trofik jarayonlarni rag‘batlantirishdan iborat.

S5-T1 ildizlarining orqa miyadan uzilishi yoki neyropraksiya belgilari bo‘lmagan hollarda faol kutish taktikasi maqsadga muvofiqdir. Jarohatdan keyingi birinchi kundan boshlab, agar qo‘shimcha shikastlanishlar to‘sqinlik qilmasa, faol harakatlar bo‘lmagan barcha qo‘l bo‘g‘imlarida passiv harakatlarni rivojlantirish kerak. Nervlarning shikastlanishida asosan patogenetik va simptomatik xarakterga ega bo‘lgan va metabolizm jarayonlarini yaxshilashga, ishemik va yallig‘lanish hodisalarini, og‘riq sindromini kamaytirishga qaratilgan medikamentoz davolash.

Kinezioterapiya va LFK.

O‘tkir davrda 3-4 hafta davomida shikastlangan yelka nerv chigali qo‘shimcha taranglashdan extiyot bo‘lish lozim. Buning uchun yelkani uzoqlashtirish taqiqlanishi kerak. Tirsak bo‘g‘imi, bilak va qo‘l panjasidagi passiv va faol harakatlarni faollashtirish zarur. Agar ular falajlangan bo‘lsa, qo‘l panjasini korreksiyalovchi shinalash amalga oshiriladi. Kaft-falanga bo‘g‘imlarida ekstenzion o‘rnatish va birinchi kaftlararo oraliqda

olib keluvchi kontrakturaning oldini olish zarur. Davolash gimnastikasi holat bilan davolanishni, limfa oqimini yaxshilash uchun bo'yin mushaklari uchun maxsus mashqlarni, oyoq-qo'llarning barcha bo'g'imlarida passiv harakatlarni, o'z-o'zidan harakatlar paydo bo'lganda - asta-sekin ortib boradigan jismoniy yuklamalarni qat'iy individual dozalash bilan faol mashqlarni o'z ichiga oladi.

Fizioterapiya.

Fizioterapevtik muolajalar kasallikning davomiyligi, bemorning yoshi, yondosh patologiyani hisobga olgan holda tanlanadi. Dori moddalarining turli kombinatsiyalari elektroforezi, sinusoidal modulyasiyalangan toklar, ultratovush va nerv stvollarini bo'ylab d'Arsonval tokidan foydalanish mumkin. Davolashning stasionar bosqichi tugagandan keyin ambulator yoki sanatoriy sharoitida parafinli, ozokeritli applikasiyalar qo'llaniladi. Falajlangan muskullarning elektrostimulyatsiyasi. Denervatsiya holatida bo'lgan muskullar 3-4 oydan keyin atrofiyaga uchraydi, 1-1,5 yildan keyin esa qaytmas degeneratsiyaga uchraydi. Qo'lning xususiy muskulaturasi bunga ayniqsa sezgir bo'ladi. Muskul tolalarining qayta tiklanish sur'ati elektrstimulyatsiyasi yordamida sekinlashtirilishi mumkin. Davolashning barcha bosqichlarida falajlangan mushaklarni elektrostimulyatsiya qilish tiklovchi terapiyaning eng muhim jihati hisoblanadi. U mushak to'qimasi va nerv stvollarida trofikani va mikrotsirkulyatsiyani yaxshilagan holda, innervatsiyalangan mushakning sinaptik apparatini saqlab qolgan holda va uning atrofiyasini oldini olgan holda segment ichidagi impulsning funksional tanqisligini to'ldiradi.

Mushaklarni elektrostimulyatsiya qilish barcha falajlangan mushaklarga yo'naltirilgan bo'lishi va har kuni o'tkazilishi kerak. Denervatsiyalangan va reinnervatsiyalangan mushaklarda ishlatiladigan toklarning parametrlari bir-biridan farq qiladi va individual ravishda tanlanadi. Elektrostimulyatsiya bir necha oy davomida - stimulyatsiyalangan mushaklar reinnervatsiyasi boshlanishidan oldin o'tkazilishi mumkin. U bemorning kasbiy yoki ta'limiy faoliyatiga xalaqit bermaguncha o'tkaziladi. Shuni esda tutish kerakki, funksional natija muskullar rag'batlantirilgan yoki rag'batlantirilmaganligi bilan emas, balki ularni ta'minlovchi nervlarni spontan yoki jarrohlik yo'li bilan tiklash sifati bilan belgilanadi.

Yelka chigali tug'ruq jarohatlarini konservativ davolash natijalarini baholash mezonlari bo'lib quyidagilar xizmat qiladi:

- Qo'l funksiyasining tiklanish darajasi;
- Deformatsiya kattaligi - atrofiya, qisqarish, qiyshayish;
- Rentgenologik o'zgarishlar;
- Davolash natijalarining alohida ko'rsatkichlari nisbati.

**“BOLALAR SEREBRAL FALAJI BILAN OG‘RIGAN
BEMORLARDA SON BO‘G‘IMLARI
PATOLOGIYASI”NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

1. ASOSIY QISM

Akusherlik falajlari profilaktikasi chora-tadbirlari quyidagilardan iborat: homiladorlikning ushbu davri patologiyalari paydo bo'lishining oldini olish yoki ularning namoyon bo'lishini minimallashtirish uchun ayolga homiladorlik o'tishining normal sharoitlarini ta'minlash; ona va homila organizmiga tajovuzkor omillar ta'sirining oldini olish - xususan, toksik moddalar tushishining oldini olish, infeksiyon patologiyalarning rivojlanishining oldini olish; homiladorlik patologiyalari aniqlanganda - ayolning individual xususiyatlariga qarab, adekvat shifokor taktikasi; tug'ruqni to'g'ri olib borish.

Yelka chigali qisman shikastlanganda va davolashni erta boshlashda qo'l funksiyasini konservativ terapiya usullari bilan tiklash mumkin. Ayrim ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, Erba Dyushen falaji bilan tug'ilgan chaqaloqlarning 70 foizida konservativ davolashni o'z vaqtida boshlash natijasida ijobiy dinamika kuzatildi. Shu bilan birga, 100 ta chaqaloqdan 20 tasida 100% tiklanish kuzatildi. Bu asosan akusherlik falajining engil darajasiga tegishlidir. Plevaning stvoli to'liq yorilganda

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

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-diagnostika-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/>