

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА БОЛАЛАР ОРТОПЕДИЯ МАРКАЗИ**

**"СТЕНОЗЛОВЧИ ЛИГАМЕНТИТ" НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

**Тошкент – 2025**



**"СТЕНОЗЛОВЧИ ЛИГАМЕНТИТ" НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

Тошкент – 2025

3

**"СТЕНОЗЛОВЧИ ЛИГАМЕНТИТ"**  
**НОЗОЛОГИЯСИННИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ**  
**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2025**

**1. Кириш:**  
**ХКТ-10:**

<b>ХКТ-10</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
M65.3	Шиқилловчи бармоқ <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12398">https://mkb-10.com/index.php?pid=12398</a>
M65.4	Билак суяги бигизсимон ўсимтасини теносиновити [Де Кервен синдроми] <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12398">https://mkb-10.com/index.php?pid=12398</a>
M65.8	Бошқа синовит и теносиновитлар <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12398">https://mkb-10.com/index.php?pid=12398</a>
M65.9	Аниқланмаган синовит и теносиновитлар <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12398">https://mkb-10.com/index.php?pid=12398</a>

<b>КХТ-11</b>	
<b>Код</b>	<b>Номланиши</b>
FB40.0	Infeksion tenosynovitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.1	Plantar fasciitis <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.2	Orqa tibial tendonitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.3	Calcifik tendinitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.4	Trigger barmoq <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.5	Radial styloid tenosynovitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.Y	Boshqa spetsifik tenosynovitlar <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>
FB40.Z	Aniqlanmagan tenosynovitis <a href="https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html">https://www.findacode.com/icd-11/block-163006370.html</a>

**Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

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

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

1.	Тияжов А. Б.	т.ф.д., Республика болалар ортопедияси маркази директори	РБОМ
----	--------------	--	------

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

### Асосий муаллифлар рўйхати:

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

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

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

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

### Тақризчилар:

Салиев Мурад Мухаммеджанович

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

Жураев Ахрор Махмудович

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

### Ташқи эксперт:

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

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

Техник эксперт баҳолаш ва тахрирлаш:

1. Салиев М.М. - РИТОИАТМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.н.

2. Жураев А.М. - РИТОИАТМ болалар травматологияси ва ортопедияси бўлими бўлим мудири, т.ф.д. проф.

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

#### 7) Баённомадан фойдаланувчилар:

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

#### 8) беморлар тоифаси:

Туғма синдактилия билан оғриган беморлар.

#### 9) Ишончлилик даражасининг шкаласи:

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

ДИД	Таърифи
1	Маълумотнома-назорат остидаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Индивидуал маълумотнома-назорат остидаги тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник синовлар ва мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Маълумот усули бўйича кетма-кет назоратиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ҳисоботи
5	Ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун фақат мантиқий асос мавжуд

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

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

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

<b>ТИД</b>	<b>Таърифи</b>
<b>А</b>	Кучли тавсия (барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
<b>В</b>	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)
<b>С</b>	Заиф тавсия (адекват сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

**МУНДАРИЖА:**

1.	«СТЕНОЗЛОВЧИ ЛИГАМЕНТИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	5-бет
2.	«СТЕНОЗЛОВЧИ ЛИГАМЕНТИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	19-бет
3.	«СТЕНОЗЛОВЧИ ЛИГАМЕНТИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	23-бет
4.	"СТЕНОЗЛОВЧИ ЛИГАМЕНТИТ" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПАЛЛИАТИВ ДАВОСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	27-бет

## АСОСИЙ ҚИСМ

Стенозловчи лигаментит – кўлнинг пай-бойлам аппаратининг кўп сабабли (полиетиологик) касаллигидир. Бу касаллик бармоқларнинг букувчилар ёки ёзувчилар пайлари фиброз каналлар ичида сиқилиб қолиши билан тавсифланади. Ҳар хил ёшдаги инсонларда (кўпроқ аёлларда) учрайди, кўл бармоқларининг ҳаммасида кузатилиши мумкин (кўпроқ 1-бармоқ соҳасидаги ҳалқасимон бойламларда, камроқ 3 ва 4-бармоқларда, жуда кам ҳолларда эса 2 ва 5-бармоқларда), ҳар хил даражаларда намоён бўлади.

Катталарда бу ҳолат одатда кўл меҳнати билан боғлиқ касбий фаолият ёки тизимли касалликлардан азият чекаётганларда учрайди. Энг кўп тарқалган шакли — бу 1-бармоқни олиб чиқувчи мушак ва 1-бармоқнинг қисқа ёзувчи пайи соҳасидаги ўткир ёки сурункали тендосиновит (де Кервен касаллиги). Касаллик Муккард тести (тест Мускард — кўл тирсак томонига йўналтирилган ҳолатда, бармоқлар тўғрилган ва 1-бармоқ ичкарига қаратилган ҳолатда оғриқнинг пайдо бўлиши, айниқса нурланиш ўсимтаси соҳасида) ва Финкелштейн тести (тест Финкелстеин — 1-бармоқни бошқа бармоқлар билан қисиб, кўлни тирсак томонига букиш чоғида нурланиш ўсимтаси соҳасида оғриқ ва «ғичирлаш» эшитилиши) ёрдамида аниқланади. 1-карпал-метакарпал бўғимнинг остеоартрози билан фарқлаш учун рентген текшируви зарур. Албатта, пайлар стенозлари бошқа соҳаларда ҳам юз бериши мумкин.

Болаларда стенозловчи лигаментитни одатда ота-оналар 1-3 ёш оралиғида сезишади. Кўпинча айнан биринчи (бош) бармоқнинг пай-бойлам аппарати зарарланади, гарчи букувчи пайларнинг сиқилиши уч фалангли бармоқларда ҳам (2-3-4-5) бўлиши мумкин.

**Анатомия:** Кўлнинг биринчи бармоғи асосида, биринчи метакарпофаланг бўғим проекциясида қафт фассияси қалинлашади ва ҳалқасимон бойламни (парс срусиформис вагинае фибросе) ҳосил қилади. Бу бойламнинг вазифаси — 1-бармоқнинг узун букувчи пайининг силжишини йўналтиришдир.

**Патологик анатомия:** Болаларда стенозловчи лигаментитнинг келиб чиқиши бармоқнинг букувчи пайи диаметри ҳалқасимон бойлам диаметрига нисбатан тезроқ ўсиши билан тушунтирилади. Натижада пай ва бойлам ўртасида ўзига хос тўқнашув юзага келади, бу эса ушбу соҳада носпетсифик сурункали яллиғланиш ва сўнгра дегенератив ўзгаришларга олиб келади.

Ота-оналар боланинг биринчи бармоғини тўлиқ ёзишда қийинчилик, «шитирлаш» (шиқиллаш) эшитилиши ёки бутунлай ёзолмаслик ҳолатини сезадилар. Айниқса диққатли ота-оналар биринчи бармоқ тагида нўхат катталигида шиш пайдо бўлганини — бу стенозловчи лигаментитга хос белгини сезишлари мумкин.

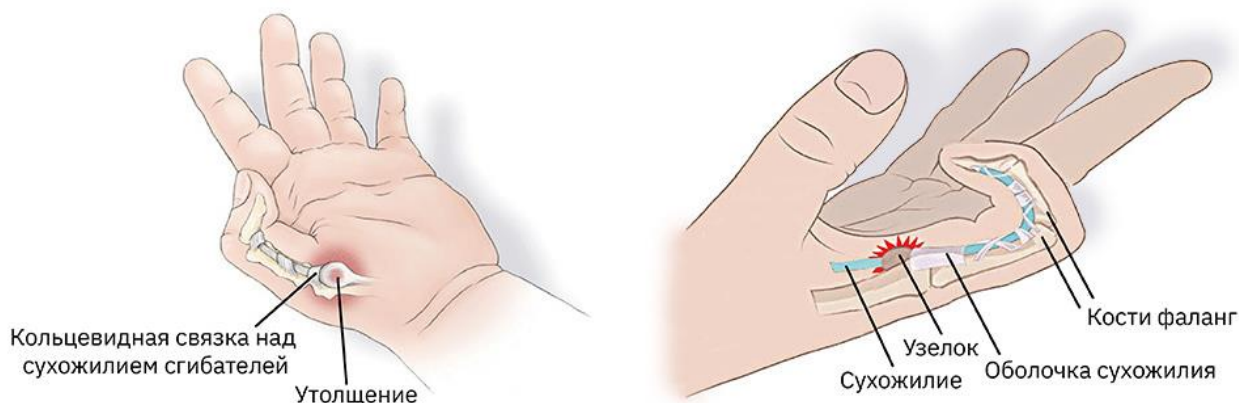
Агар даволаш ўз вақтида амалга оширилмаса, биринчи бармоқнинг букилиш контрактураси (яъни бармоқнинг доимий букилган ҳолатда қолиши) ривожланади. Шунинг учун ташхис қўйилганидан кейин даволаш бир неча ҳафта ёки ой ичида бажарилиши лозим.

Стенозловчи лигаментит: клиник тавсиф ва даволаш босқичлари

## **2. Касалликнинг босқичли ривожланиши**

Стенозловчи лигаментитда даволаш босқичма-босқич олиб борилади. Патологик жараён оғирлигига қараб 3 босқич ажратилади.

Касаллик жойлашувига қараб қуйидаги турлари фарқланади: бош бармоқнинг стенозловчи лигаментити, ўрта бармоқ, кўрсаткич бармоқ, номсиз бармоқ, кичик бармоқ.



## **3 Диагностика усуллари, ёндашувлари ва тартиблари**

### **3.1 Ташхис қўйиш**

Ташхис қуйидаги омилларга асосланади: беморнинг шикоятлари, ташқи кўрик, ортопедия бўйича стандарт воситалар билан инструментал текширувлар (манба: Ортопедия. Миллий қўлланма. Қўшимча ва қайта ишланган нашр, 2014).

#### **Шикоятлар:**

Касалликнинг ўткир босқичида қуйидаги белгилар кузатилади:

- локал оғрик;
- юмшоқ тўқималарнинг шишиши;
- фаол ва пассив ҳаракат амплитудасининг камайиши;
- палпатсияда аниқланадиган «ғижимлашиш» ёки «шитирлаш».

Ўткир даврда бармоқ соҳасидаги ҳарорат ошиши мумкин. Узоқ давом этган ҳолатларда эса маҳаллий қон айланиши бузилиб, тери ҳарорати пасаяди. Бундай аломатлар мавжуд бўлса, ташхисни тасдиқлаш учун ултратовуш текшируви (УТТ) ўтказилади.

**Анамнез:** оилавий анамнезни аниқлаш, аномалиялар қачон аниқлангани (хомиладорлик даврида ёки туғилгандан кейин), илгари ўтказилган диагностик ва даволовчи тадбирлар ҳақида маълумот йиғиш зарур.

### **Физик текширув:**

Физик текширув қуйидагиларни ўз ичига олади:

боланинг умумий ривожланишини ёшига нисбатан баҳолаш,

бошқа тана қисмларида аномалиялар мавжудлигини аниқлаш,

қўлни кўздан кечириш: деформатсия локализатсияси, шакли ва тери ҳолати (кафт ва ташқи томон),

бармоқларнинг ҳаракат ҳажми ва қўлнинг умумий функционал ҳолатини аниқлаш,

қон-томир ёки асаб тизими билан боғлиқ бузилишларни клиник текшириш.

Стенозли лигаментит диагностикаси

Стенозли лигаментитнинг диагностикаси шикоятлар ва об'ектив текширув маълумотларини таҳлил қилиш асосида амалга оширилади. Ташхисни тасдиқлаш учун ултратовуш текшируви ўтказилади.

Стенозловчи лигаментитнинг 3 босқичи (Нотт касаллиги):

1-босқич:

• Оғриқ биринчи фаланга билан кафт суяги туташган жойда босганда сезилади.

• Бармоқни максимал букиш ва ёзишда ва айниқса эрталаблар қийинчиликлар кузатилади.

• Вақт ўтиши билан бармоқни букишда оғриқли «шитирлаш» (клик) пайдо бўлади. Бармоқни тўғрилаш учун куч ишлатиш керак бўлади. Бу ҳаракат оғриқли, аммо қисқа давом этади.

• Бир неча ой (одатда 6 ой) ичида бу босқич 2-босқичга ўтади.

2-босқич:

• Кликлар тез-тез рўй беради, оғриқ кучаяди ва узоқроқ сақланади (30 дақиқадан 1 соатгача).

• Бармоқни тўғрилаш учун қарама-қарши қўл ёрдами керак бўлади.

• Палпатсияда 5–7 мм ли оғриқли зичлаш аниқланади.

• Меҳнатга лаёқат пасаяди.

3-босқич:

• Қаттиқ контрактура (бармоқнинг ҳаракатдан қолиши) ривожланади.

• Бармоқни тўғрилаш учун кучли ҳаракат ёки ёрдамсиз қўл керак бўлади, баъзида тўғрилаб бўлмайди.

• Оғриқ доимий ва қўл юқорисига тарқалади.

• Ҳар доим палпатсияда оғриқли тугун сезилади.

• Меҳнатга лаёқат деярли йўқолади.

**Лаборатор текширувлар:** Махсус диагностик аҳамиятга эга эмас. Стандарт операция олди текширув учун ўтказилади.

### **Инструментал диагностика:**

Асосий инструментал тадқиқотлар:

• Ҳар икки қўлнинг рентгенографияси (тўғри ва ён проексияда).

Қўшимча инструментал тадқиқотлар:

• Қўл панжасининг МТР (магнит-резонанс томография): пай-бойлам аппаратини баҳолаш.

### **Мутахассис билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар:**

• Генетик: агар касаллик ирсий синдромнинг белгиси бўлса.

- Генетик тадқиқотлар синдром мавжудлигига гумон қилинганда мажбурий.

### **3.3 Дифференсиал ташхис ва қўшимча тадқиқотлар учун асослар:**

Дифференсиал диагностика мумкин бўлган генетик синдромни аниқлаш учун о'тказилади, унинг белгиси лигаментитдир. Агар генетик синдромга шубҳа бўлса, генетик текширув зарур.

#### **4.Амбулатор даволаш тактикаси:**

Босувчи бармоқни даволаш Клиник кўрсатмаларга кўра, босувчи бармоқни даволаш консерватив чоралар билан бошланади. Агар улар самарасиз бўлса, жарроҳлик аралашуви амалга оширилади.

#### **Консерватив даволаш (1–2-босқичда):**

**Консерватив даволашнинг умумий принциплари қуйидагилардан иборат:**

- Қўлнинг функционал тинчлигини таъминлаш ва юкломани камайтириш (агар яллиғланиш кучли бўлса, зарарланган бармоқларни бутунлай ҳаракатсиз қолдириш тавсия этилади);

- Ностериод яллиғланишга қарши дориларни қабул қилиш ва уларни маҳаллий суртма сифатида қўллаш;

- Кортикостероид препаратларнинг маҳаллий инъекциялари (кучли яллиғланиш бўлган ҳолатларда қўлланилади);

- Яллиғланишнинг ўткир босқичи ўтганидан кейин физиотерапия муолажалари (масалан, магнитотерапия, лазер терапияси);

- Витаминотерапия.

Ўткир босқичда даволаш чоралари зарарланган тузилмаларни бўшаштиришга қаратилади.

Яллиғланиш пасайганидан сўнг, зарарланган тўқималарни мўътадил чўзиш амалга оширилади.

Сўнгги босқичда эса мушак кучини босқичма-босқич тиклаш тавсия этилади.

Шунингдек, даволовчи жисмоний машқлар (ЛФК) мутахассис томонидан индивидуал тарзда танланади.

#### **Жарроҳлик даволаш (3-босқич ёки консерватив усул самарасиз бўлса):**

- Жарроҳлик усул: пай-бойламни кесиш (очиқ ёки эндоскопик).

- Операция — деформатсияни бартараф этиш учун 1 ёшдан бошлаб амалга оширилади.

- Жарроҳлик принциплари: деформатсияни бир мартада тузатиш, зарурат бўлса пай пластикаси.

#### **Контраиндикатсиялар:**

- Оғир даражадаги анемия;
- Компенсатсия қилинмаган умумий касалликлар;
- Эпилепсия;
- Кахексия.

#### **Операцияга тайёргарлик (лаборатор):**

- Қон таҳлили (умумий, биокимё, коагулограмма);
- Сийдик таҳлили;
- Гепатит Б ва С (тезкор тест);
- RW (сифилисга тест);

- Қон ивиш вақти;
- ЭКГ.

#### **Консултатсиялар:**

- Педиатр, терапевт, анестезиолог ва бошқа керакли мутахассислар.

#### **Анестезия:**

- Анестезиолог реаниматолог беморни кўриб чиқади.
- Анемия бўлса – олдиндан даволаш талаб қилинади.
- Болаларда тавсия этиладиган анестезия тури — интравеноз наркоз,
- Катталарда — ўтказувчи ёки спинал анестезия.

#### **3.3. Дифференциал диагностика ва кўшимча текширувлар асосланмаси**

Дифференциал диагностика стенозловчи лигаментит клиник кўринишига эга бўлган ирсий синдромларни аниқлаш мақсадида ўтказилади. Агар ирсий синдром мавжудлигига шубҳа туғилса, генетик тадқиқотлар ўтказилиши зарур.

#### **4. Амбулатор шароитда даволаш тактикаси**

“Шиқилловчи бармоқ”ни даволаш

Амалдаги клиник тавсияларга мувофиқ, “шиқилловчи бармоқ” (стенозловчи лигаментит)нинг даволаниши консерватив усуллар билан бошланади. Агар бу усуллар самара бермаса, жарроҳлик аралашуви кўриб чиқилади.

#### **Консерватив даволаш:**

Консерватив даволашнинг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат:

- Бармоққа функционал тинчлик бериш ва қўлга юк тушишини чеклаш (оғир яллиғланишда бармоқларни ҳаракатлантирмаслик тавсия этилади);
- Ностериод яллиғланишга қарши дори воситаларини оғзаки қабул қилиш ёки маҳаллий суртма шаклида қўллаш;
- Кортикостероид препаратларни маҳаллий инъексия тарзида юбориш (кучли яллиғланишда);
- Ўткир босқичдан кейин физиотерапия (магнитотерапия, лазер терапияси);
- Витаминтерапия.

Ўткир даврда муолажалар зарарланган тузилмаларни бўшаштиришга,

яллиғланиш пасайгач эса – юмшоқ чўзишга,

якуний босқичда эса – мушак кучини тиклашга йўналтирилади.

Даволовчи жисмоний машқлар (ЛФМ) ЛФК бўйича мутахассис томонидан танланади.

#### **Жарроҳлик аралашуви:**

Агар консерватив даволаш самара бермаса ва оғриқ синдроми сақланиб қолса, “шиқилловчи бармоқ” бўйича жарроҳлик аралашуви ўтказилади.

Операциянинг моҳияти – зарарланган бойлам (лигамент)ни кесишдан иборат бўлиб, бу очиқ ёки ёпиқ усулда бажарилиши мумкин.

Полидактилия (ортиқча бармоқ)ни жарроҳлик йўли билан даволашнинг асосий тамойиллари:

- Операция ёши деформатсия шакли ва зарур аралашув турига боғлиқ ҳолда белгиланади;
- Агар асосий бармоққа ҳам тузатиш зарур бўлса, бу ҳолатларда даволашни 1 ёшдан бошлаб амалга ошириш мақсадга мувофиқ;
- Патологиянинг барча компонентларини бир вақтда тузатиш;

- Зарурат бўлса, ҳар қандай пай пластикаси усулидан фойдаланиш мумкин.

#### **Операцияга қарши кўрсатмалар:**

- Оғир даражадаги анемия;
- Компенсацияланмаган соматик (тана) касалликлар;
- Эпилепсия;
- Кахексия (организмнинг умумий ҳолдан тойиши).

#### **Операция олди лаборатор текширувлар:**

- Умумий қон таҳлили;
- Умумий сийдик таҳлили;
- Қоннинг биокимёвий таҳлили;
- Коагулограмма (қон ивиш тизими);
- Гепатит Б учун экспресс-тест;
- Гепатит С учун экспресс-тест;
- Қон ивиш вақти;
- RW (сифилис) таҳлили;
- Электрокардиограмма (ЭКГ).

#### **Мутахассислар кўриги:**

- Педиатр,
- Терапевт,
- Анестезиолог,
- Шунингдек, бошқа соҳа мутахассислари – кўрсатмаларга кўра.

#### **Анестезиологик таъминот:**

Операция олдидан беморни анестезиолог-реаниматолог кўриб чиқади.

Зарурат туғилганда – қўшимча текширувлар, бошқа мутахассислар билан маслаҳат ва тайёрлов муолажалари ўтказилади.

Агар анемия аниқланса, гемоглобин даражасини нормаллаштириш талаб этилади.

- Болалар учун тавсия этилган наркоз: интравеноз умумий наркоз,
- Катталар учун – ўтказувчи ёки спинал анестезия.

#### **Операция олди тайёргарлик:**

- Ичакларни бўшатиш;
- Операция соҳаси терисини санитария қоидалари асосида тозалаш.

Операциядан 2 соат олдин ўпка ёки операцион жойда инфексиялар ривожланишининг олдини олиш мақсадида, кенг таъсир доирадаги антибиотиклардан бири ёшга мос дозада буюрилади.

#### **Жарроҳлик даволаш**

Нотт касаллигини (стенозловчи лигаментит) болаларда жарроҳлик йўли билан даволаш 1,5 ёшдан бошлаб мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Жарроҳлик усуллари очиқ ва ёпиқ методларга бўлинади.

#### **Ёпиқ усулда**

Тери орқали игна ёрдамида кириб, “кўр ҳолда” ҳалқасимон бойлам (лигамент) кесилади. Ушбу усул катталарда кенг қўлланилади ва кўпинча яхши натижа беради.

Аммо болаларда бу усулда қуйидаги хавфлар юқори:

- қон-томир ва асаб толалари (судисто-нервний пучок) шикастланиши;
- очиқ усул билан солиштирганда кўпроқ қайталаниш (ретсидив) ҳолатлари.

## **Очиқ усулда**

Тери кичик кесилади ва ҳалқасимон бойлам аниқ кўрилган ҳолда кесилади, сўнгра бойлам пластикаси бажарилади.

Агар бармоқ букувчи пайда қалинлашиш аниқланса, уни кесим шаклида (клин-тарзда) резектсия қилиш зарур, бу билан пай кенглиги нормаллаштирилади ва ретсидив хавфи камаяди. Бу манипулятсия ёпиқ усулда техник жиҳатдан мумкин эмас.

### **4.4. Кейинги юритиш**

Операциядан кейинги лаборатор мониторинг:

- Умумий қон таҳлили (кейинчалик – кўрсатмаларга кўра),
- Қон биокимёвий таҳлили (кўрсатмаларга кўра),
- Операциядан кейинги натижани баҳолаш учун бармоқ сегментининг иккита проексияда рентгенографияси (олд-орқа ва ён проектсия).

**Операциядан кейинги дори-дармон билан таъминот:**

- Жарроҳлик жойида инфекция асоратларнинг олдини олиш учун кенг таъсир доирасига эга антибиотиклар камида 3 кун буюрилади (доза – тана вазни ва ҳолатига қараб).

- Оғриқ синдроми даражасига қараб: опиоидлар, аналгетиклар, ностероид яллиғланишга қарши дорилар буюрилади.

Боғлам ва кузатув:

- Операциядан сўнги биринчи кунда бармоқларнинг дистал қисмларида қон айланишини кузатиш имконини берувчи боғлам қўйилади.

- Биринчи боғлам алмаштириш – операциядан кейинги 1-куни;
- Кейинги боғламлар ҳар 3–4 кунда, агар тикланиш тинч ўтса.

Стационардан чиқариш ва уй шароитида тавсиялар:

- Операциядан кейин периферик қон айланишини назорат қилиш;
- Зарарланган қўл сегментини иммобилизатсия қилиш;
- Бармоқларда ҳаракатларни тиклашга қаратилган машқлар;
- Доимий кузатувни яшаш жойидаги травматолог олиб боради.

Реабилитатсия

- Операциядан сўнг асептик боғлам ва вақтинча иммобилизатсия (леукопластир, термопластик ортоз ёки гипс лоншет) қўйилади;

- 7-кун: бармоқлар бўғимларида пассив ҳаракатлар бошланади;
- 14-кун: тикувлар ва иммобилизатсия воситаси олиб ташланади;
- Кейинчалик: пассив ҳаракатлар давом эттирилади ва актив ҳаракатлар бошланади.

Шифлардан кейин тикланиш даври 2–3 ҳафта давом этади ва қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Бармоқ бўғимларида ҳаракатларни тўлиқ тиклаш;
- Рублик тўқималар шаклланишини камайтиришга қаратилган физиотерапия усуллари.

Реабилитатсия айниқса касаллик узоқ вақт мавжуд бўлган ҳолатларда муҳим.

Амбулатор шароитда кузатув

- Операциядан 2 ҳафта ўтгач назорат кўриги тавсия этилади.
- Унда қуйидагилар баҳоланади:

- клиник ҳолат;
- юмшоқ тўқималарнинг ҳолати;
- бўғимлардаги ҳаракат ҳажми;
- аввалги тавсияларга амал қилиниши;
- беморнинг шикоятлари.

Агар асоратлар кузатилмаса:

- олдинги кўрсатмалар давом эттирилади,
- кейинги назорат кўриклари: 3 ой, 6 ой ва 1 йил ўтганидан кейин.

Ҳар бир назоратда беморга ёзма тавсиялар берилади, улар амбулатор шароитда реабилитация ва тикланишни давом эттириш учун мўлжалланган.

Ижроси ва ўз вақтида бажарилиши устидан назорат – туман ортопеди ва оила поликлиникаси шифокори зиммасида.

Даволаш самарадорлигини баҳолаш мезонлари (индикаторлари):

Яхши натижа:

- Анатомик ва функционал ҳолат тўлиқ тикланган;
- Бўғимлардаги ҳаракат амплитудаси сақланган ёки тикланган;
- Эстетик жиҳатдан қониқарли натижа эришилган.

Қониқарли натижа:

- Анатомик ва функционал ҳолат тўлиқ ёки қисман тикланган;
- Ҳаракат амплитудаси сақланган ёки тикланган, аммо:
- ҳаракат чекланиши ёки контрактура бўлиши мумкин;
- Эстетик натижа қониқарли даражада.

Қониқарсиз натижа:

- Анатомик ва функционал ҳолат тикланмаган;
- Бўғим ҳаракати чекланган, мавжуд:
- контрактура (қаттиқлашган ҳолат),
- анкилоз (бўғимнинг ҳаракатсизлиги),
- бармоқ некрози (тўқиманинг нобуд бўлиши),
- ёмон эстетик кўриниш.

Протоколни қайта кўриб чиқиш:

Даволаш протоколи:

- У ишлаб чиқилганидан сўнг 3 йил ўтгач қайта кўриб чиқилади, ёки
- Илмий жиҳатдан асосланган янги усуллар пайдо бўлган тақдирда (тегишли далиллар даражаси мавжуд бўлса) эрта қайта кўриб чиқилади.

5. Ко'рсатилган тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун ко'рсатмалар:

5.1 Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун ко'рсатмалар:

Қо'лнинг конженитал аномалиялари, косметик ва функционал нуқсонлар мавжудлиги.

5.2 Шошинч касалхонага ётқизиш учун ко'рсатмалар:

Шошинч касалхонага ётқизиш учун ко'рсатмалар ё'қ.

6. Стационар даражада даволаш тактикаси:

6.1. Беморни кузатиш картаси, беморни ё'налтириш:

#### Касалхонанинг қабул бўлимида (амбулатория текшируви)

- Беморни ортопед томонидан физик текширувдан ўтказиш
- Лаборатор ва инструментал текширувга юбориш

#### Касалхонанинг лаборатория бўлими

- лабораториясиновларни ўтказиш
- инструментал тадқиқотлар ўтказиш касалхонага ётказиш бўлими

#### касалхона қабул бўлими

- касалхонанинг бемор картасини рўйхатдан ўтказиш
- шифохонанинг ўртопедия бўлимида касалхонага ётқизиш учун юбориш

#### шифохонанинг ортопедия бўлими

- ортопедия бўлим бошлиғи ва даволовчи шифокор томонидан текширув
- анестезиолог томонидан текшириш
- операция тури ва санасини белгилаш

#### Операция хонаси

- Жаррохлик аралашувини ўтказиш

#### Касалхонанинг ортопедия бўлими

- Ортопедик ёки физиотерапевт томонидан тайинланган стационар дори-дармонлар билан даволаш.
- жаррохлик ярасини ва асбоб ва имплантларнинг ҳолатини кузатиш
- амбулатор лўзатув учун бўшатиш

#### РМО поликлиникаси, оилавий поликлиника

- амбулатор реабилитация;
- амбулатория шароитида профилактика;
- амбулатор тиббий кўрик.

**"СТЕНОЗЛОВЧИ ЛИГАМИНТИТ"**  
**НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ**  
**БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2025**

## 1. АСОСИЙ ҚИСМ

"Стенозинг лигаментит" атамаси Стеноз - стеноз, торайиш; Лигаментум (яллиғланиш) лигаменти; -Лотин сўзлари: якунловчи ма'но

1850 йилда франтсуз шифокори Алфонс Нотта ўз ҳисоботида толали каналларда тендон тутилиши бо'лган то'ртта катта ёшли одамни тақдим этди.

Та'риф

Бу қўлнинг тендон-лигамент аппарати касаллиги бўлиб, бу бармоқнинг мотор функсиясининг бузилишига олиб келади, иложи борича муштга эгилаётганда бармоқ ёки бармоқларнинг одатий "қискаланиши", чекланган ҳаракат, босганда бармоқлар тагида оғриқ ва эрталаб қо'лда ҳаракатнинг қаттиқлиги.

Тендонлар коллаген толаларининг ихчам параллел тўпламларидир. Флексор тендон махсус "сиғалувчи" каналда жойлашган бўлиб, унинг қаттиқлиги ҳар бир бо'г'ин ҳудудида силлиқ ва функционал ҳаракатларни ташкил қилиш учун ҳалқали лигаментлар томонидан яратилган. Бармоқнинг лигаментитини денозлаш бо'лса, тендоннинг бир қисми турли сабабларга ко'ра шикастланади (клубсимон ёки шпиндел шаклидаги кенгайиш ҳосил бо'лади) ва унинг канали (ҳалқали лигамент), аксинча, шикастланган тендоннинг ушбу қисми томонидан шикастланганда қалинроқ ва қаттиқроқ бўлади. Бу бармоқнинг нормал ҳаракатланишига тўсиқлар яратади ва бармоқни тўғрилашда қийинчиликларга олиб келади. Бармоқ эгилган ҳолатда ушланиб қолади ва бемор ко'пинча уни ҳеч қандай куч сарфламасдан тоўғрилай олмайди, чунки тендон нуқсонининг о'лчами ҳалқали лигамент каналининг ўлчамига мос келмайди. Вақт о'тиши билан эгилиш ва эгилиш нафақат босиш, балки оғриқ билан ҳамроҳ бо'ла бошлайди. Касалликнинг ривожланиши билан бармоқнинг флексиён контрактүрү ривожланади (бармоқ доимо эгилган ҳолатда).

Таснифлар:

### **Таснифи:**

Стенозли лигаментит босқичма-босқич даволашга эга. Патологик жараённинг оғирлигини акс эттирувчи 3 босқич мавжуд.

Касалликнинг мавзусига қараб, бош бармоғ'и, о'рта бармоқ, ко'рсаткич бармоғ'и, ҳалқа бармоғ'и ва кичик бармоқнинг стенозли лигаментитлари ажралиб туради.

## 3. Усуллари, ёндашувлари ва даволаш тартиблари

### **3.1. Жараён ёки аралашувнинг мақсади:**

- бармоқ деформатсиясини бартараф этиш

### **3.2. Жараён ёки аралашувга қарши ко'рсатмалар:**

12 ойгача бо'лган болалар

- қо'лларнинг терисида дерматологик касалликлар, яралар ва ақинмалар мавжудлиги.

### **3.3. Жараён ёки аралашувга ко'рсатмалар:**

бармоқларнинг лигаментитлари.

**3.4 Жараён ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қо'йиладиган талаблар:** малака тоифасига эга бо'лган травматолог-ортопед ва ушбу операцияда оператор ёки биринчи ёрдамчи сифатида иштирок этиш тажрибасига эга.

**3.5 Операцияга тайёргарлик ко'ришда асосий ва қо'шимча диагностика тадбирлари ро'йхати:**

- умумий қон текшируви;
- умумий сийдик таҳлили;
- қон гуруҳи ва Rh омил учун қон тести;
- коагулограмма
- биокимёвий қон тести
- RW учун қон тести;
- ЭКГ.

Мутахассислар билан маслаҳатлашинг: педиатр, терапевт, анестезиолог, невролог ва ко'рсатилган бошқа мутахассислар.

**3.6 Жараён ёки аралашувни амалга оширишга қо'йиладиган талаблар:**

Тасдиқланган СанПиН талабларига мувофиқ жиҳозланган операция хонасининг мавжудлиги, асептик ва антисептик чораларга риоя қилиш, анестезиолог-реаниматолог гуруҳи.

Ускуналар: операция столи, операция лампаси, электрокоагулятор, кичик жарроҳлик ва травма то'пламлари, стерил чойшаблар, стерил бог'ичлар, бир марталик сарфланадиган материаллар. Анестетик ва антисептик дорилар.

**3.7 Беморни тайёрлашга қо'йиладиган талаблар:**

Бемор лаборатория ва функционал текширувдан со'нг анестезиолог-реаниматолог томонидан текширилади. Ко'рсаткичлар бо'йича қо'шимча текширув, тегишли мутахассислар билан маслаҳатлашиш ва даволашга тайёргарлик ко'риш бо'йича келишувга эришилади. Агар анемия мавжуд бо'лса, гемоглобин даражасини режалаштирилган тузатиш керак.

Болалар учун тавсия этилган беҳушлик тури вена ичига беҳушлик, катталар учун эса - о'тказувчан анестезия. Беморни операциядан олдин тайёрлаш.

Беморни операциядан олдин тайёрлаш.

Ичакларни бо'шатиш ва терини кесиш соҳасида тозалаш умумий қабул қилинган жарроҳлик техникаси ёрдамида амалга оширилади.

Операция бошланишидан икки соат олдин, о'пка ва жарроҳлик яраларидан юқумли асоратларни олдини олиш учун ёшга мос келадиган дозаларда кенг спектрли антибактериал воситалардан бири буюрилади.

Жарроҳлик даволаш

Болаларда Нотт касаллигини жарроҳлик ёли билан даволаш 1,5 ёшдан бошлаб амалга оширилиши тавсия этилади. Жарроҳлик даволаш усуллари очик ва ёпиқ деб аталадиган бо'линади. Ёпиқ техникада тери понксиёни ҳалқали лигаментнинг "ко'р" бо'линишига айланади. Ушбу аралашув катталар орасида жуда машхур ва ко'пинча яхши натижалар беради. Болалиқда лигаментнинг ёпиқ дисексияси билан нейроваскуляр то'пламга зарар этказиш хавфи, шунингдек, очик даволаш усулларида нисбатан ко'проқ релапслар мавжуд. Очик операция ҳалқали лигамент соҳасидаги кичик тери кесмаси орқали амалга оширилади. Кейинчалик, ҳалқали лигамент қайта тикланади. Флексор тендоннинг қалинлашуви мавжуд

бо'лганда, нормал параллел чегараларни тиклаш учун унинг ханжар шаклидаги кесилишини бажариш керак. Ушбу усул тендон пиринининг нормал тикланишига олиб келади, бу касалликнинг қайталаниш хавфини сезиларли даражада камайтиради (ёпиқ техникани бажаришда бу манипулятсияни техник жиҳатдан амалга ошириш мумкин эмас).

Жарроҳлик даволаш жуда самарали ва жуда камдан-кам ҳолларда релапсларга олиб келади.

Жарроҳлик кириш палма ко'ндаланг бурма бо'йлаб амалга оширилади. Бош бармоғ'ининг узун флексорининг тендонининг қалинлашувидан дисталда жойлашган кафт нерв-томир то'пламлари ва о'згартирилган ҳалқали лигамент аниқланади. Бог'лам кесилади ёки унинг марказий қисми диаметрнинг учдан бир қисми билан кесилади. Шундан со'нг, узун флексорнинг тендони о'з каналида эркин силжиши мумкин. Ко'пинча, биринчи бармоқнинг узун флексорининг тендонининг фусиформ қалинлашувини кесиш талаб этилади. Агар тикув материали мавжуд бо'лса, терини 5/0 синтетик ип билан тикиш мумкин.



3.8. Даволашнинг самарадорлиги ко'рсаткичлари:

**Яхши натижага эришилди:** юқори оёқ-қо'лларнинг деформатсиясини то'лиқ тузатиш ва қо'шма функтсияларни тиклаш.

**Қониқарли натижа:** деформатсияларни қисман тузатишга эришилди юқори оёқ-қо'ллар, қо'шма функтсияларни тиклаш

**Қониқарсиз натижа:** деформатсия тузатилмайди, релапс ва асоратлар мавжудлиги. текшириш имкониятлари

**"ПОЛИДАКТИЛИЯ" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ПРОФИЛАКТИКАСИ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСИ ВА  
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2025**

## 1. АСОСИЙ ҚИСМ

Стенозли лигаментит - қолнинг тендон-лигамент аппаратининг полиетиологик касаллиги. Бу толали каналларнинг лўменинде бармоқларнинг флексор ёки экстансор тендонларини чимчилаш билан тавсифланади. Бу турли ёшдаги одамларда (ко'пинча аёлларда), қолнинг барча бармоқларида (ҳалқали лигаментлар соҳасида, ко'пинча 1-да, камроқ тез-тез 3- ва 4-да, жуда камдан-кам ҳолларда 2- ва 5-бармоқларда) турли даражаларда учрайди..

### 2. Профилактика ёки реабилитация турлари:

Стенозли лигаментитнинг олдини олиш тегишли касбий хавфларга эга бўлган хавф гуруҳидаги беморларда амалга оширилиши керак. Иш пайтида қол тузилмаларининг функционал ҳолатини яхшилашга ёрдам берадиган қоллар учун исиниш машқларини бажариш тавсия этилади.

Бармоқларнинг конженитал деформациясининг иккиламчи профилактикаси - энг эрта ташхис ва о'з вақтида жарроҳлик даволаш.

Учинчи даражали профилактика - консерватив ва жарроҳлик даволаш пайтида асоратлар ривожланишининг олдини олиш.

**Жамоат профилактика тадбирлари ва индивидуал профилактика тамойиллари:**

Жамоатчилик профилактикаси аҳоли о'ртасида бармоқларнинг туг'ма нуқсонлари ривожланишининг сабаблари ва олдини олиш чоралари то'ғ'рисида ма'лумотга эга бўлган соғ'ломлаштириш ишларини олиб боришдан иборат. Индивидуал профилактика янги туг'илган чақалоқни педиатрик ортопед томонидан эрта текширишни ташкил этишдан иборат.

### 3.1. Профилактика усуллари ва усуллари:

Профилактика мақсади:

Бармоқларнинг конженитал деформациялари ривожланишининг олдини олиш.

Туг'ма нуқсонларнинг олдини олишнинг асосий қондаси - туг'ма нуқсонларнинг юзага келиши мумкин бўлган сабабларини бартараф этиш учун аҳоли о'ртасида санитария-ма'рифий ишларни олиб бориш, чунки қариндошлар никоҳи, ҳомиладорлик даврида ёмон одатларни суиисте'мол қилиш ва бошқалар.

1-профилактика

Бирламчи профилактика аҳолини бармоқларнинг туг'ма касалликларининг ривожланишининг муаммолари ва муаммоларни олиши ҳақида кенг ма'лумот беришдан иборат. Ахборот материали травматологлар ва ортопедлар томонидан олинган. Бармоқларнинг конженитал деформациясининг олдини олиш бо'йича скрининг тадқиқотлари махсус скрининг марказларида амалга оширилади, бу эрда барча ҳомиладор аёллар ҳомиладорликнинг ҳар триместрида текширувдан о'тишлари керак. Бироқ, пренатал даврда аниқланган бармоқ деформациясининг мавжудлиги ҳомиладорликни тугатиш учун ко'рсатма бо'ла олмаслигини ҳисобга олсак, барча профилактика чоралари фақат маслаҳат характерида эга.

2-профилактика

Иккиламчи профилактика ихтисослаштирилган ортопедия бо'лимларида травматолог-ортопедлар томонидан амалга оширилади. Иккиламчи профилактика ушбу патологияни о'з вақтида жарроҳлик ё'ли билан бартараф этишдан иборат.

### 3-профилактика

Учинчи даражали профилактика мавжуд деформатсияларнинг оқибатларини чеклашга қаратилган. У даволанишдан кейин беморни реабилитатсия қилиш ва тиклаш чораларини, шунингдек касалликнинг ривожланишини ва юзага келиши мумкин бо'лган асоратларни кузатишни о'з ичига олади.

Операциядан кейинги беморлар учун учинчи даражали профилактика:

Операциядан кейинги юқумли асоратларнинг олдини олиш учун антибиотик терапияси. .

Операциядан кейинги даврда (физиотерапия, массаж, машқлар терапияси) мунтазам равишда ратсионал поябзал кийиш ва шифокорнинг ко'рсатмаларига о'з вақтида риоя қилиш. Учинчи даражали профилактикани амалга ошириш РМО травматолог-ортопеди томонидан назорат қилинади. Фаолиятлар операциядан кейинги бир йил ичида реабилитатсия даволашнинг охиригача амалга оширилади.

### **3.2. Реабилитатсия усуллари ва тартиблари:**

*Реабилитатсия мақсади:*

- лигаментитни бартараф этиш, юқори оёқ-қо'лларнинг фаолиятини тиклаш;  
- операциядан кейинги асоратларни олдини олиш, эрта ташхислаш ва даволаш;

- беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш;

- беморнинг жамиятга ижтимоий интегратсияси.

### **4. Профилактика ва реабилитатсиянинг 3 турига ко'рсатмалар:**

Қо'лнинг полидактилияси бо'лган беморлар ташхис қо'йилган пайтдан бошлаб, жарроҳлик даволаш ва операциядан кейинги тикланиш

### **5.1 Профилактика турларини аниқлаш мезонлари:**

Қо'лнинг конженитал аномалиялари мавжудлиги.

**5.2 Реабилитатсия муолажаларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари:**

Реабилитатсия мезонлари - беморнинг ёши, қо'л деформатсиясининг оғ'ирлиги, тегишли тиббий муассасалар ва мутахассисларнинг мавжудлиги ва бемор учун реабилитатсия ресурсларининг мавжудлиги.

6. Реабилитатсия босқичлари ва ҳажми:

1-босқич: янги туғилган чақалоқларда қўлнинг туғма аномалияларини эрта ташхислаш (туғруқхона, туман марказий поликлиникаси).

2 – босқич: бирламчи текшириш ва диагностика (марказий туман поликлиникаси, вилоят болалар марказларининг ортопедия бў'лимлари)

3-босқич: о'з вақтида жарроҳлик даволаш (вилоят ва республика ихтисослаштирилган клиникаларининг ортопедия бо'лимлари)

4-босқич: асоратларни олдини олиш мақсадида беморларни мунтазам назорат қилиш (марказий туман поликлиникаси).

Нотт касаллиги учун реабилитатсия қуйидаги ё'налишларни о'з ичига олади:

- терапевтик машқлар;

- қо'шимчани ривожлантиришга қаратилган массаж;
- со'рилиши мумкин бо'лган дорилар билан электрофорез;
- минерал компонентлар билан доривор ванналар.

**7. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини ко'рсатувчи диагностика тадбирлари:**

- 1) асосий диагностика чоралари: клиник текширув, рентгенография
- 2) қо'шимча диагностика чоралари: МРИ.

**8. Даражани ко'рсатувчи тиббий профилактика ёки реабилитация тактикаси:**

- 1) асосий профилактика ёки реабилитация тадбирлари  
О'з вақтида ташхис қо'йиш ва ортопедга мурожаат қилиш.  
Жарроҳлик даволаш.

2) қо'шимча профилактика ва реабилитация тадбирлари  
Жарроҳлик даволашдан кейин ортопедлар томонидан даврий профилактик текширув.

**9. Профилактика ва реабилитация тадбирлари самарадорлиги кўрсаткичлари:**

- қолнинг шаклини тиклаш;
- қол функциясини яхшилаш;
- бо'г'имларнинг ҳаракат доирасини яхшилаш;
- косметик нуқсонларни бартараф этиш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш.

**"СТЕНОЗЛОВЧИ ЛИГАМЕНТИТ"**  
**НОЗОЛОГИЯСИННИНГ ПАЛЛИАТИВ ДАВОСИ БЎЙИЧА**  
**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Болаларда Нотта касаллигини жарроҳлик ё'ли билан даволашни 1,5 ёшда о'тказиш тавсия этилади. Жарроҳлик даволаш усуллари очик ва деб аталадиганларга бо'линади ё'пиқ техника билан тери тешилиши амалга оширилади ва ҳалқали лигаментнинг "ко'р" бо'линиши амалга оширилади. Ушбу аралашув катталар орасида жуда машҳур ва ко'пинча яхши натижалар беради. Болаликда лигаментнинг ё'пиқ дисексияси билан томир-нерв то'пламига зарар этказиш хавфи, шунингдек, очик даволаш усули билан солиштирганда ко'проқ репидлар мавжуд. Очик аралашув ҳалқали лигамент соҳасидаги кичик тери кесмаси орқали амалга оширилади. Кейинчалик, ҳалқали лигамент қайта тикланади. Флексор тендоннинг қалинлашуви мавжуд бо'лганда, нормал параллел чегараларни тиклаш учун унинг ханжар шаклидаги кесилишини бажариш керак. Ушбу усул тендоннинг нормал кенглигини тиклашга олиб келади, бу касалликнинг қайталаниш хавфини сезиларли даражада камайтиради (ё'пиқ техникани бажараётганда, бу манипуляцияни техник жиҳатдан бажариш мумкин эмас).

Жарроҳлик даволаш жуда самарали ва жуда камдан-кам ҳолларда релапсларга олиб келади. Жарроҳлик усули кафтнинг ко'ндаланг бурмаси орқали амалга оширилади. Кафт томир-ҳақиқий то'пламлар ва о'згартирилган ҳалқали лигамент Санчо узун дигиторум тендон қалинлашган дистал аниқланади ёки уларнинг марказий қисми диаметри учдан бир қисми томонидан ажратилган ёки ташриф буюрди. Шундан со'нг, пастки руҳонийнинг тендони о'з каналида эркин силжиш қобилиятига эга бо'лади. Ко'пинча, биринчи бармоқнинг узун флексорининг тендонининг сиғилга о'хшаш қалинлашувини кесишга ҳаракат қилинади. То'лиқ материал олиб ташланганда, терига тикув қо'лланилиши мумкин.



## АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Tonkin MA, Tolerton SK, Quick TJ, et al. Classification of congenital anomalies of the hand and upper limb: development and assessment of a new system. *J Hand Surg Am.* 2013;38(9):1845-1853.  
– <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23684520/>  
–
2. Sheffler LC, Hanley C, Bagley A, Molitor F, James MA. Comparison of self-reports and parent proxy-reports of function and quality of life of children with below-the-elbow deficiency. *J Bone Joint Surg Am.* 2009;91(12):2852-2859.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19952247/>
3. Solia E, Panagouli E, Angelis S, et al. Variations of Ulnar Nerve in the Forearm and Hand: A Review of the Literature and Clinical Significance. *J Long Term Eff Med Implants.* 2022;32(1):45-59. doi: 10.1615/JLongTermEffMedImplants.2021039908.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35377993/>
4. Corder BN, Benedict KC, Walker ME. Gaining the Upper Hand: Understanding the Causes and Repercussions of Delayed Presentation of Congenital Hand Anomalies. *Eplasty.* 2023;23:e30.  
– <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/eplasty/case-report/gaining-upper-hand-understanding-causes-and-repercussions-delayed>  
–
5. Goodell PB, Bauer AS, Oishi S, et al. Functional Assessment of Children and Adolescents with Symbrachydactyly: A Unilateral Hand Malformation. *J Bone Joint Surg Am.* 2017;99(13):1119-1128. doi: 10.2106/JBJS.16.01283  
– <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28678125/>  
–
6. Wang B, Tian X, Hu Y. Treatment of Common Congenital Hand Conditions. *Clin Plast Surg.* 2019;46(3):489-503. doi: 10.1016/j.cps.2019.03.009.  
– <https://rs.yiigle.com/CN421158202205/1377768.htm>  
–
7. Shah A, Bohn DC, Van Heest AE, Hu CH. Congenital Upper-Limb Differences: A 6-Year Literature Review. *J Bone Joint Surg Am.* 2023;105(19):1537-1549. doi: 10.2106/JBJS.22.01323.  
– <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37624908/>  
–

8. Andersson GB, Gillberg C, Fernell E, Johansson M, Nachemson A. Children with surgically corrected hand deformities and upper limb deficiencies: self-concept and psychological well-being. *J Hand Surg Eur Vol.* 2011;36(9):795-801.  
– [https://www.researchgate.net/publication/51451202\\_Children\\_with\\_surgically\\_corrected\\_hand\\_deformities\\_and\\_upper\\_limb\\_deficiencies\\_Self-concept\\_and\\_psychological\\_well-being](https://www.researchgate.net/publication/51451202_Children_with_surgically_corrected_hand_deformities_and_upper_limb_deficiencies_Self-concept_and_psychological_well-being)  
–
9. Pino PA, Zlotolow DA, Kozin SH. What 's New in Congenital Hand Surgery. *J Pediatr Orthop.* 2020;40(8):e753-e760. doi: 10.1097/BPO.0000000000001629.  
– <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658157/>
10. Ferrari BR, Werker PMN. A cross-sectional study of long-term satisfaction after surgery for congenital syndactyly: does skin grafting influence satisfaction? *J Hand Surg Eur Vol.* 2019;44(3):296-303. doi: 10.1177/1753193418808183.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385155/>
11. Goodell PB, Bauer AS, Sierra FJ, James MA. Symbrachydactyly. *Hand (N Y).* 2016;11(3):262-270. doi: 10.1177/1558944715614857.  
– <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1558944715614857>  
–
12. Gaskin CM, Cahn SL, Bertozzi JC, Bunch PM. Skeletal development of the hand and wrist: a radiographic atlas and digital bone age companion. New York: Oxford University Press, Inc., 2011.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5393285/>