

УСМАНХОДЖАЕВА А.А.,  
МАТМУРАДОВ Р.Ж., ЭГАМОВА М.Т.

**БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИ  
РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА  
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАР ЁНДАШУВЛАР**

**ТОШКЕНТ - 2023**

010 033  
У 730

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**УСМАНХОДЖАЕВА А.А., МАТМУРАДОВ Р.Ж., ЭГАМОВА М.Т.**

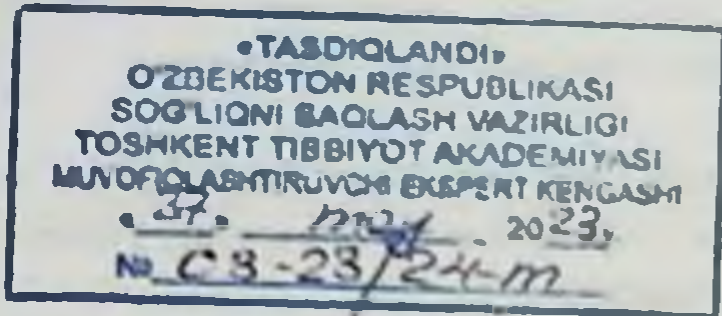
**БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА  
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАР ЁНДАШУВЛАР**

**SamDTU**  
**axborot-resurs markazi**  
319049

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**

**«TASDIQLAYMAN»**

**Muvofiqlashtiruvchi ekspert kengashi  
raisi t.f.d., professor**



**X.S. Axmedov**  
2023 y.

**Usmanxodjayeva A.A., Matmurodov R.J., Egamova M.T.**

**BOLALAR BOSH MIYA FALAJLIGI REABILITATSIYASIDA  
MULTIDISIPLINAR YONDASHUVLAR**

**(monografiya)**

**Toshkent 2023**

Усманходжаева А.А., Матмуратов Р.Ж., Эгамова М.Т. // «Болалар бош мия фалажлиги реабилитациясида мултидисциплинар ёндашувлар»: Монография // «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBA'A UYI» МЧЖ, Тошкент - 2023.- 124 бет.

**Муаллифлар:**

**Усманходжаева А.А.** – Тошкент тиббиёт академияси, Реабилитология, халқ таботати, жисмоний маданият кафедраси мудири, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

**Матмуратов Р.Ж.** – Тошкент тиббиёт академияси, Неврология ва тиббий психология кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Эгамова М.Т.** – PhD, Самарканд давлат тиббиёт университети, тиббий реабилитация, спорт тиббиёти, халқ таботати кафедраси ассистенти

**Такризчилар:**

**Жумаева Г.А.** – ТТА Реабилитология, халқ таботати ва жисмоний тарбия кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди

**Эргашева Н.Н.** – ТошПТИ Неврология, болалар неврологияси ва тиббий генетика кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори

Монография болалар мия фалажлиги беморларни реабилитация қилиш жараёнини комплекс усулда бошқариш ва бунда ота оналар иштирокини уй шароитида таъминлашни ўз ичига олади.

Ушбу монография реабилитологлар, неврологлар, умумий амалиёт шифокорлари, клиник ординаторлар, шунингдек тиббиёт олий ўқув юртлари магистрлари ва талабалари учун мўлжалланган.

ISBN: 978-9943-6007-9-9

© Усманходжаева А.А., Матмуратов Р.Ж., Эгамова М.Т.  
© «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBA'A UYI» МЧЖ, 2023.

## **МАТНДА ИШЛАТИЛГАН ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ**

**БМФ** - болалар мия фалажлиги

**ДЖТ** - даволовчи жисмоний тарбия

**ДГ** - даволовчи гимнастика

**ЖССТ** - жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

**ЖР** - жисмоний реабилитация

**ЖЧ** - жисмоний чегараланиш

**КМФТ** - катта мотор функциялар таснифи

**МАТ** - марказий асаб тизими

**МД** - медикаментоз даво

**МРТ** - магнит резонанс томография

**МСКТ** - мультиспирал компьютер томография

**ОМ** - оқ модда

**ПК** - педагогик коррекция

**РС** - рефлектор соҳа

**ТБД** - ток билан даволаш

**ТДМ** - тикловчи даво муолажаси

**ТХТ** - таянч ҳаракат тизими

**УТТ** - ультра товуш текшируви

**ФТ** - физиотерапия

**ФТ** - функционал тикланиш

**ЭТ** - эрготерапия

**ХС** - ҳаёт сифати

**GMFCS** - Gross Motor Function Classification System

## КИРИШ

Дунё бўйича олиб борилган популяцион-эпидемиологик текширувлар ривожланган давлатларда бош мия фалажлиги (БМФ) билан касалланиш даражаси 1000 нафар аҳолига нисбатан 2-2,5 ҳолатларда учрашлигини кўрсатади. Бу туғма нуқсонли ва кичик вазн билан туғилган болалар орасида бирламчи ёрдам сифати ошганлиги сабаб ўлим сонининг камайганлиги билан тушунтирилади. Тадқиқотларга кўра, кичик вазн билан туғилган 12,1% болаларда кейинчалик БМФ ривожланади. Тадқиқотчилар фикрича: «...БМФни даволашда эришилган мувоффақиятларга қарамасдан даволашнинг янги, самарали ҳамда қулай усулларини излаш тиббиётдаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда...»<sup>1</sup>. Шунга кўра, болалар бош мия фалажлиги реабилитациясида мультидисциплинар ёндашувларни яхшилашга қаратилган тадқиқотларни олиб бориш муҳим аҳамият касб этмоқда.

Жаҳонда болалар бош мия фалажлиги реабилитациясида мультидисциплинар ёндашувларнинг оптимал вариантларини таъминлаш борасида ишотерапия, кинезиотерапия, гидрокинезиотерапия, дельфинотерапия йўналишларида илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада болалар мия фалажлиги бўлган беморларни махсус муассаса, клиник, амбулатор ва уй шароитида кўрсатилаётган реабилитацион хизматни, ногиронлиги бўлган болалар ҳаёт сифатини PedsQL 4,0 Generic Core Scales сўровномаси, Gross Motor Function Classification System баҳолаш системасини текширилувчи контингентнинг олиб борилаётган ташхислаш ва реабилитацион хизматларига киритиш, болалар бош мия фалажлиги бўлган беморларда ҳаракат фаолиятини коррекциялаш мақсадида янги қайта тикловчи тадбирлар ҳамда реабилитациянинг тиббий, педагогик, жисмоний аспектларини қўллаган ҳолда болалар бош мия фалажлиги учун энг оптимал, қулай комплекс реабилитацияни ишлаб чиқиш муҳим вазифалардан бири ҳисобланади.

<sup>1</sup>Шипицина Л.М. Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук. СПб: «Дидактика плюс» 2001. -С. 272. Современный взгляд / современное образование 2017, 2.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, турли соматик касалликларнинг натижасида юзага келадиган асаб руҳий бузилишини ташхислаш, даволаш ва асоратларини олдини олишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида «...аҳоли саломатлигини яхшилаш ва мустаҳкамлашга қаратилган комплекс чора-тадбирларни тадбиқ этиш, касалланиш даражасини камайтириш, овқатланиш билан боғлиқ бўлган касалликларни олдини олиш ва ҳаёт давомийлигини ошириш...»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Шундан келиб чиққан ҳолда болалар бош мия фалажлиги реабилитациясида мультидисциплинар ёндашувларни қўлланилишини асослаш долзарб йўналиш бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2018 йил 18 декабрдаги ПҚ–4063-сон «Юқумли бўлмаган касалликларнинг профилактикасини, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолини жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур монография муайян даражада хизмат қилади.

Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Мамлакатимизда болалар мия фалажлигини имкон қадар эрта тасхислаш ва малакали тиббий ёрдамни вақтида ташкил қилиш бўйича

---

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ–4947-сонли Фармони.

самарали ишлар амалга оширилмоқда. Шунинг билан бирга ушбу касаллик оқибатида келиб чиқадиган ногиронликни олдини олиш муҳим аҳамият касб этади. Бунинг учун туғруқхонани ўзида ёки поликлиникада имкон қадар эрта патологияни аниқлаб малакавий тиббий ёрдамни ташкил қилиш асосий мақсад ҳисобланади (Баранов А.А., Кучма В.Р., Намазова-Баранова Л.С., Каладзе Н.Н., & Урсина Е.О., Газалиева А.М.). Ҳомиладор аёл анамнези ва туғруқ кечишини тўлиқ ўрганиб патологик ҳолат характери ҳақида хулоса қилиш ва эрта мўлжални олиш орқали юқори самарадорликга эришиш мумкин (Гильбо И. С., Егоров В.Я., Кузнецов А.И., Немкова С.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И.). Олиб борилаётган реабилитацион тадбирлар самараси ўларок ушбу касаллик билан оғриган беморлар ҳаёт сифати яхшиланмоқда. Беморларнинг уй шароитида ҳам ушбу тадбирда фаол иштирокини таъминлаш комплекс реабилитацион тадбирнинг янада ижобий томонга ўзгаришига ёрдам беради. Бунинг учун ота-оналарнинг уй шароитида шуғулланишини ташкил қилиш, клиник, амбулатор ва уй шароити комплекс реабилитацион тадбирларнинг узлуксиз кетма-кет давомийлигини таъминлаш ушбу касаллик билан туғилган беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга ва ўз-ўзига хизматини оширишига самарали таъсир қилади.

Ўзбекистонда болалар неврологик касалликларини олдини олиш, тапхислаш ва даволаш борасида катор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда (Я.Н. Мажитова, 2019; Г.С. Рахимбоева, 2018; Ш.Ш. Шомансурова, 2021), олиб борилган тадбирлар (иппотерапия, гидрокинезиотерапия, кинезиотерапия) орқали беморларда ижобий натижалар намоён бўлган бўлсада, ушбу тадбирлар узлуксизлигини таъминлаш янада муҳим аҳамият касб этади. Бунинг учун бир нечта мутахассислар (реабилитолог, невролог, кинезиотерапевт, ортопед, диффектолог, арт терапевт, массажист) жам бўлган ҳолда узлуксиз олиб борилган комплекс реабилитацион тадбир орқали юқори самарага эришиш мумкин бўлади.



# Ї БОБ. БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАР ЁНДАШУВЛАРНИНГ ДОЛЗАРЪ МУАММОЛАРИ

## §1.1. Болалар мия фалажлиги таснифи, этиология масалалари

Болалар мия фалажи термини бугунги кунда чакалокларда ёки эрта болаликда ривожланган неврологик бузилиш бўлиб, мушаклар фаолияти ва ҳаракатга доимий таъсир қилиб касаллик ривожланмайди, яъни бемор ҳолати вақт ўтган сари ёмонлашмайди. Муаллифлар [71; 61-726] берган маълумотга кўра касаллик учраши 1,71 та 1000 та болага нисбатан олинган. Баъзи муаллифлар фикрига кўра БМФ да бола интеллекти турли хил тоифада бўлиб: баъзиларида нормал интеллект, лекин кўпчилигида ўзига хос руҳий ривожланишнинг орқада қолиши ва яна баъзиларда аклий орқада қолиш кузатилади. [106; 105-1076; 131; 146-1556].

БМФ термини шуни англатадики, бу патология бош миянинг мушаклар ҳаракатини бошқарадиган иккала ярим шарини ҳам жароҳатлайди. Беморда ҳаракат функцияларининг жароҳатланиши ёки бутунлай йўқолиши кузатилади. [14; 40-44 б.; 99; 107-111 б.; 112; 20-21 б.; 144; 109-112 б.]. Юқори даражада тарқалганлиги билан БМФ узок йиллардан бери диққатни ўзига тортиб, касаллик борган сари кўпайиб бориши, профилактиканинг мураккаблиги юқори даражада 80% БМФ беморларда болалар ногиронлиги учрашига сабаб бўлмоқда [16; 108-120 б., 13; 79-87 б.; 36; 58-64 б.; 67; 26-29 б.]. БМФ да ҳаракат ва яна бошқа бош мия марказларининг жароҳатланиши оқибатида кўл, оёқ, бош, бўйин, қорин мушаклари активлиги турли даражада патологик ўзгаради [95; 91 б., 76; 146-1476; 101; 716-7216; 134; 45-666146; 7236].

БМФ болалар ногиронлигига олиб келувчи касалликлар орасида асосий ўринни эгаллайди. Сўнгги йилларда олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики БМФ 18 ёшгача бўлган болалар ногиронлигига олиб келувчи касалликлар орасида туғма патологиялар, руҳий бузилишдан кейинги 3-ўринда туради (ФГУ «ФБ МСЭ» нинг 2010-2016 йй ҳар йиллик статистик жамланмаси). Кўзланган комплекс реабилитация, реабилитациянинг ижтимоий, психологик, педагогик, тиббий, жисмоний аспектларини қўллаган ҳолда боланинг ўзини кучи ёрдамида ҳаётда ўз

ўрнини топишга ёрдам беришга қаратилган. Шундай қилиб тиббий муолажа БМФ беморларда давонинг бир қисми ҳисобланиб, реабилитация аспектларини қўллангандагина мукамал ҳисобланади.

Мамлакатимизда ва чет элда БМФ таснифи учун қабул қилинган (Семенова К.А. томонидан қайта ишланган 1973 й ва X касалликлар халқаро таснифи бўйича (МКБ-10)), 5та асосий гуруҳлар тасниф қилинади.

**1. Спастика диплегия (G80.1)**- оёқ ва қўл мушаклар иши бузилиши билан кечиб, асосан оёқлар жароҳатланади. Бемор юришда турли хил муаммоларга дуч келади.

**2. Гемиплегик форма (G80.2)**- қўл ва оёқнинг бир томонлама шикастланиши. Клиник белгилар жароҳат даражасига қараб бир неча ҳафтадан бир неча йилгача муддатда юзага келиши мумкин.

**3. Иккиланган гемиплегия (тетрапарез) (G80.0)** – БМФ нинг энг оғир формаси бўлиб, врач клиник белгиларни боланинг эрта чақалоқлик вақтидан аниқлаши мумкин. Оёқ ва қўл бирдай жароҳатланади, аммо белгилар кўпроқ қўлда намоён бўлади

**4. Гиперкинетик форма (дискинетическая) (G80.3)**- Қўл, оёқ, юз, қоринда турли хил ихтиёрсиз ҳаракатлар кузатилиб, бемор мувозанатини ушлашда халақит беради.

**5. Атоник-астатик форма (G80.4)** – беморда координация ва мувозанат бузилиши билан кечади. Интеллектуал танқислик ва нутқ бузилиши 90% ҳолатда кузатилади.

**6. Аралаш форма (G80.8)** – Бир болада иккита ва ундан ортик формаларнинг намоён бўлиши билан кечади. Оқибат ҳаракат, руҳият бузилиш даражаси ва давонинг қанчалик эрта бошланишига боғлиқ бўлади.

Популяцион-эпидемиологик текширувлар шуни кўрсатадики ривожланган давлатларда БМФ частотаси 2-2,5 та ҳолат 1000 та аҳолига нисбатан учрайди [9; 40-446; 118; 507-5156; 123; 2506; 135; 1-46]. Тиббиёт ривожлангани сари БМФ тарқалиш маълумотлари ўзгариб туради. Баъзи муаллифлар [131; 387-393] кейинги йилларда акушерлик техникаси ошганидан, профилактика ва даво тадбирлари самарадорлиги ошганидан

БМФни камайиб бораётганлигини кайд этишади. Бошқа муаллифлар эса бир неча йиллар давомида ривожланган давлатларда ушбу касаллик бир хил темпда стабил турганлигини такидлайдилар [123; 250 б., 129; 165-168 б.; 147; 1175-1188б; 149; 472-476б., 166; 369-378б]. Кўпчилик муаллифлар фикрича касалликни кўп учрашига сабаб туғма нуксонли ва кичик вазн билан туғилган болалар орасида бирламчи ёрдам сифати ошганлиги сабаб ўлимнинг камайганлиги деб эътироф этишади [31; 71-100б., 44; 399б., 56; 98б]. Текширишлар шуни кўрсатадики 12,1% кичик вазнда туғилган болаларда кейинчалик БМФ ривожланади. БМФ 2500 гр ва ундан ортиқ масса билан туғилган болаларга нисбатан; 500 гр дан 1499 гр гача болаларда 36,7 марта ва 1500-2499 гр болаларда 11,3 марта кўп учрайди [64; 140б., 86; 584б., 98; 512б., 119; 3-12б]. Инфекция ёки травмалар чақалоқлик даврида хавф омили бўлиб ҳисобланади [129; 165-168б., 107; 569-574б., 101; 716-721б]. Кўплаб маҳаллий ва хорижий нашрларда БМФ этиологиясида наслий омил умуман эътироф этилмайди, санокли нашрлардагина бу ҳақида эсга олинади [66; 70-75 б., 126; 119 б.]. С.И. Козлова [64; 140 б.] БМФда наслий омилнинг аҳамияти борлигини эътироф этади ва генетик омил таъсири 2-3 %лигини таъкидлайди. П. Харпер [85; 146-146 б] фикрича БМФ ташхиси кўплаб генетик касалликларни ёпиб ўтиб кетади. Буюк Британияда тадқиқот олиб борган муаллифларнинг таъкидлашича БМФ да умумий қайта хавф 1% ни ташкил этади. Аммо баъзи нозологик кўшма гуруҳларда (асосан туғма атаксия ва симметрик тетраплегия) юқори хавф 10-12% ни ташкил этади. Атетоид типда ташқи омил таъсири бўлмаганда генетик омил асос бўлиши мумкин. [11; 171б., 29; 215б]. Қизик факт БМФ да асосан ўғил болаларда жароҳатланиш жойи кўп учрайди [27; 91-96б]. БМФ ўғил болаларда 1,3 марта кизларга нисбатан кўпроқ учрайди ва оғирроқ кечади [87; 260б]. N.A. Fletcher [115; 18б., 117; 91-100б., 122; 871-872б., 137; 500-506б., 147; 1175-1188б] маълумотлирига кўра 4дан 3 қисм мўътадил ва оғир тетраплегия БМФлигида ўғил болаларда учраб, кизларга нисбатан ҳаракат бузилишлари ҳам оғирроқ кечади [94; 60-61б].

Текширишлар натижасига кўра БМФлигида полиэтиологияликни, биологиясини ва ташқи таъсирларни ўрганиш ҳомила ва чакалоқларни соғлигини асрашда ўз таъсирини бериши мумкин[31; 74-1006].

## **§1.2. Болалар миёна фалажлиги кечилишининг клиник-неврологик хусусиятлари**

БМФлиги клиникасида асосан параличлар, зўраки ҳаракатлар, мушаклар тонуси ўзгариши, ҳаракат координацияси бузилиши каби клиник белгилар кузатилади. Беморда ижтимоий мувозанат ва тикловчи ҳаракат омилининг 4 та даражаси фарқланади.

1.2.1 Ўткир давр- давомийлиги 7-14 кун. Касалликнинг ривожланиб бориши билан кечиб, аниқ ҳаракат бузилиши ва баъзан тутқаноқ хуружлари билан кечади.

1.2.1.1 миёна қон айланиши бузилиши синдроми- тутқаноқлар, болаинг тез қўғалиши, нафас бузилиши;

1.2.1.2 миёна ичи босими ошиш синдроми- лиқилдоқ бўртган ёки шишган, тутқаноқ бўлиши мумкин;

1.2.1.3 тутқаноқ синдроми- тутқаноқлар бир кунда бир неча марта бўлиши мумкин;

1.2.1.4 рефлексларининг пасайиш синдроми- автоматик юришлар. корин ва қўл оёқнинг нотўғри шаклланиши кузатилади.

1.2.1.5 диэнцефал синдром- тана вазнининг кам ошиши, бўйнинг орқада қолиши, уйқу бузилиши, ҳарорат кўтарилиши билан кечади.

1.2.2 Тикланиш даври ( эрта- 2 ойгача, кечки 1-2 йилгача) ривожланган эрта тоник рефлекслар билан кечиб, одатдагидан узок муддат сақланади.

1.2.3 Қолдиқ белгилар юзага келиш даври 2 ёшдан бошланиб, болалик, ўсмирлик ва ҳатто бутун умрга ҳам қолиши мумкин.

Тикланиш сифати ушбу даврда кўп томонлама олиб борилган систематик даволарга боғлиқ бўлади. Эрта, ўз вақтида олиб борилмаган даво муолажалари патологик ҳаракатларга ва мувозанат бузилишига олиб келади ва бола нормал ҳаракатланишининг бузилиши намоён бўлади [9; 40-446., 74; 65-686]

Асосий белгилар:

Спастиклик- кўл ва оёқ мушакларининг нормал эластиклиги йўқолиши (НК); атеоз- юз, корин ва кўл оёқлар тутканоғи; ригидлик- мушакларнинг хаддан зиёд таранглашиши; атаксия- координация бузилиши [74; 65-68б., 65; 230-232б., 63; 45б; 62; 25-32б].

### **§1.3. Болалар мия фалажлиги ташхисида асосий нейрореабилитацион мезонлар**

БМФ билан оғриган беморларни эрта тасхислаш, амалий малакали тиббий ёрдамни ташкил қилиш, тизимли даволовчи-психологик кўникмалар БМФ оқибатида келиб чиқаётган ва ўсиб бораётган ногиронликни олдини олишга ёрдам беради. Ушбу тизим асосида янги чақалокларда туғруқхонани ўзида ёки поликлиникада имкон қадар эрта патологияни аниқлаб малакали тиббий ёрдамни ташкил қилиш асосий мақсад ҳисобланади [6; 108б., 43;50-57б; 21;28б]. Рефлектор соха (РС), нутқ олди ривожланишларни охиригача текшириб, хомиладор анамнези ва туғруқни тўлиқ ўрганиб патологик ҳолат характери хақида хулоса қилиш ва эрта мўлжални олиш орқали юқори самарадорликка эришиш мумкин [63; 45б., 62; 25-33б., 26; 5-18б., 46; 84-89б].

Спастицитни баҳолаш учун модификацияланган Эшурт шкаласи, ҳамда Тардие шкаласи ҳам муваффақиятли ишлатилади.

Инструментал текшириш усулларига миянинг МРТ, ЭЭГ ёки видео-ЭЭГ мониторинги, соя бўғимлари, скелет ва умуртка поғоналарини рентгенологик текширишлари киради [15; 35б-358б].

Магнитли резонанс текширув (МРТ) орқали текширилганда БМФ да пўстлок ва пўстлок ости атрофияси, псевдопорэнцефалия, ок модданинг (ОМ) зичлигини диффуз пасайиши кўринади [74; 65-68б., 79; 105-107б., 88; 129-131б].

Ушбу тадқиқотда беморларни ташхислашда функционал шкалалар асос қилиб олинди. Фойдаланилган шкалалар ишончлилиги ва сезгирлиги билан БМФни ташхислашда халқаро стандартларга жавоб бера олади [60; 303-335б].

Биринчи марта PedsQL сўровномасини рус тилидаги талқинини 4-7, 8-12 ва 13-15 ёшдаги болалар ҳаёт сифатини баҳолаш учун Ўзбекистон ички педиатриясида қўлланилди.

Беморларда олиб борилган тадқиқотларда унинг психометрик таркиби, ишончлилиги, сезгирлиги касаллик клиник симптоматикасида намоён бўлиши аниқланди [71;61-726]. Болалар ҳаёт сифатини баҳолашдаги бошқа сўровномаларга нисбатан PedsQL (Generic Core Scales) нинг афзаллиги, бу сўровнома дунё педиатрлари амалиётида, илмий тадқиқот текширувларида кенг қўлланилади [125; 230-2326., 112; 216-2296].

### **GMFCS (Gross Motor Function Classification System- катта мотор функциялар таснифи**

БМФни функционал тасхислашда R.Palitano с соавт. (1997 г.) тақлиф қилган GMFCS (Gross Motor Function Classification System катта мотор функциялар таснифи) функционал тасниф қўлланилди. Ушбу кўрсатилган системада кундалик ҳаётда моторика ривожланиши ва ҳаракат чегараланишини даражаларини ҳисобга олиб даражаланади [128; 1006-10166].

GMFCSга кўра катта мотор функцияларни 5 та даражаси тафовут қилинади.

1 даража- чегараланмаган ҳаракат; 2 даража- чегараланган ҳаракат; 3 даража – ҳаракат учун қўл билан бошқариладиган ускуналар ёрдамидаги ҳаракат; 4 даража – мустақил ҳаракат чегараланган, моторли ускуналар ёрдамидагина ҳаракат; 5 даража – боланинг тўлиқ ташқи ёрдамга муҳтожлиги-коляска ёки ногиронлик аравачаси ёрдамида [128;1006-10166;44;3996].

### **Модифицирланган Эшуорт шкаласи (мушаклар тонусини даражасини ўлчаш)**

0 даража – мушак тонуси йуқ; 1 даража – енгил мушак тонуси, жароҳатланган қўл ва оёқда букилганда ва ёзилганда ҳаракат амплитудасини охирида минимал зўриқиш бўлиши; 2 даража – барча

ҳаракатларда мўътадил мушак тонуси ошиши, ammo пассив ҳаракатлар эркинлиги сақланган; 3 даража – мушак тонусини сезиларли ошиши, пассив ҳаракатлар қийинлашган; 4 даража – оёқ ва қўлларнинг букиш ва ёзишдаги ригидлиги, букиш ва ёзиш контрактуралари [91;4656].

### **Тардье усулида мушак тонуслари баҳолаш**

0 даража- пассив ҳаракат вақтида қаршилик йўқ. 1 даража- аниқ бурчак остидан кузатгандаги пассив ҳаракатда сезилар сезилмас енгил қаршилик бўлиши. 2 даража- орқасидан бўшашиш бўладиган пассив ҳаракатдан кейин аниқ бурчак остида тўлиқ орқада қолувчи ҳаракат. 3 даража- аниқ бурчак остида кузатилганда “чарчатувчи” мушаклар қисқариши(босим билан ушлаб турилганда 10 секунддан кам). 4 даража- аниқ бурчак остидан кузатганда “чарчатмайдиган” мушаклар қисқариши (босим билан ушлаганда 10 секунддан кўп) [91; 4656]

### **MACS болалар ва ўсмирларда мануал хусусиятларни баҳолаш системаси**

(Manual Ability Classification System for Children with Cerebral Palsy 4-18 years, MACS) ушбу шкала орқали кундалик ҳаётда болаларда нарсалар билан ишлаш хусусиятлари баҳоланади. 1 даража – нарсаларни енгил ва осон ушлайди. Бир оз чегараланиш кундалик мустақил фаолиятга таъсир этмайди. 2 даража – нарсаларни сезиларсиз чегараланиш ва тезликда ушлай олади. 3 даража – нарсаларни қийинчилик билан ушлайди, бирор нарсани ушлаш ёки олиш учун ташқи ёрдамга муҳтож. 4 даража – кундалик ҳаётда керакли бўлган оддий манипуляцияларни, санокли нарсаларнигина ушлай олади. Доимий ташқи ёрдамга муҳтож. 5 даража – оддий ҳаракатларда ҳам чуқур чегараланиш бўлиб, тўлиқ ташқи ёрдамга муҳтож.

### **CFCS (communication function classification system) ҳаётини кўникмалар таснифи**

1 даража – барча ҳаётӣ вазиятларда эркин ва малакали мулоқот қила олади, ахборотни қабул қилиш ва узатиш эркин. 2 даража – кўп ҳолатларда барча одамлар билан эркин мулоқот қила олади, ахборот қабул қилиш ва узатиш секинлашган. 3 даража – кўп ҳолатларда фақат таниш одамлар билангина мулоқот қилади. 4 даража – таниш одамлар билан мулоқот ностабил, ахборот узатиш ва қабул қилишда муаммолар юзага келади. 5 даража – таниш одамлар билан ҳам жуда кам ҳолатларда мулоқотга киришади. Ахборот қабул қилиш ва узатиш қатъий чегараланган.

### **Sitting Balance Score ўтирган ҳолатдаги мувозанатни баҳолаш**

Ушбу тестни ўтказиш учун беморни столга ўтказилади, оёқлар полга тиралади. Бемор суянмай ўтиради, қўлларни тиззага қўяди. Агар бемор суянмаган ҳолда 15 сония ўтира олса, врач ёки ҳамшира бир оз куч билан йиқилишини олдини олиб ёнга, ўнгга, чапга беморни силкитади, 1 балл. Ўтира олмайди, 2 балл. Суянмай ўтира олади, лекин силкитганда мувозанатни умуман сақлай олмайди, 3 балл. Ёрдамсиз ўтира олади, лекин силкитганда мувозанатни сақлай олмайди, 4 балл. Суянмай ўтира олади. Силкитганда бемалол тура олади.

### **§1.4 Тиббиётда “ҲАЁТ СИФАТИ” тушунчаси**

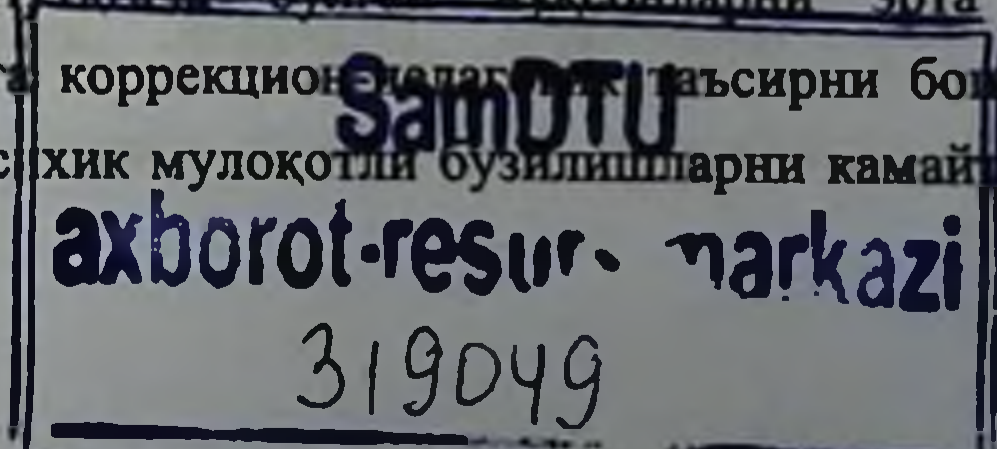
Ҳаёт сифати тушунчаси – бу кенг камровли, кўп аспектли, кўп қиррали, жуда кенг тушунча ҳисобланади. Социологлар фикрича ҳаёт сифатини объектив ва субъектив томонлари фаркланади. Объектив баҳолаш мезонида одамларнинг қизиқишлари, илмий талаб нормалари ва шулардан қониқиш даражалари тушунилади. Субъективда ҳаётни ўзини баҳолаш тушунилади. Чет эл тиббиётида ҳаёт сифати ёш, жинс нормативлари ишлаб чиқишда популяцион текширувларда, бундан ташқари турли контингент болалар мониторингида, профилактик чоратadbирлар самарадорлигини баҳолашда, болаларда сурункали касалликларни комплекс таъсирини аниқлашда ҳам фаол қўлланилади [113; 317-327б]. Ҳозирги ўзимизни педиатрияда ҳаёт сифатини баҳолашда психометрик харақтеристикани қониқтирадиган, соғлом ва



бемор болалар ҳаёт сифатини ишончли тўлик маълумот ва кўрсаткичларда ўрганадиган универсал манба йук. Шу муносабат билан PedsQL ҳаёт сифатини баҳолаш мезонини русча талқини ота-она ва болани алоҳида қамраб олиб чет эл тадқиқотларида ҳам ўзини оқлай олган [139; 1162-11676;] бўлиб катта амалий аҳамиятга эга. Халқаро стандартларга кўра, ҳаёт сифатини баҳолашда 5 ёшдан бошлаб боланинг ўзи, ота-онаси ёки яқин киши иштирок этиши мумкин. Кўп тадқиқотларда соғлом ва сурункали касаллиги бўлган болалар [66; 70-756] ва ота-онаси [138; 101-1366] ўртасидаги сўровномада олинган жавобда тафовут кўзга ташланади [117; 91-1006., 124; 264-271;136., 216-2246., 137;500-5066]. Клиник тиббиётда стандарт текширувлари ва давосига бемор даволаниш жараёнидаги индивидуал мониторинг, терапия самарадорлигини баҳолаш, касаллик оқибатини башорат қилишда ҳаёт сифати кўрсаткичлари кенг қамровли ёрдам беради [140; 493-501;]. Ҳаёт сифатини объектив индикаторларига табиий (физико-географик, биологик ҳаёт шароитлари, табиатдаги антропоген нагрузка даражаси) ва ижтимоий (демографик, иқтисодий, ҳуқуқли, маданиятли, соғлиқни сақлаш ва бошқ.) киради [117; 91-1006]. Ҳаёт сифатини ўрганишда бир неча йўналишлар фарқланади. Хусусан, аҳоли саломатлигини баҳолашда клиник ва ижтимоий тадқиқотларда соғлиқ билан боғлиқ ҳолатларда ҳаёт сифатини ўрганиш кенг қамровли самара беради [114; 602-60126., 132;93-966., 141; 107-1176]. Ҳаёт сифати фақатгина бемор жисмоний ва функционал ҳолатини баҳоламасдан, балки эмоционал, социал шаклланишида ҳам муҳим ўрин тутади [73; 78-836].

### **§1.5. Болалар мия фалажлигини даволашда нейрореабилитацион йўналиш ва дифференциаллашган медикаментоз коррекция**

БМФни давоси бутун умрлик ҳисобланади. Бу касалликдан батамом қутулишнинг асло иложи йўқ. Шунга қарамасдан, БМФ ҳукми бўла олмайди. ~~Натунча бўлган нуқсонларни эрта аниқланиши~~ чакалокликдан эрта коррекцион таъсирни бошланиши бола катта бўлганида психик мулоқотли бузилишларни камайириши ва ёки



олдини олиш имконини беради[6; 1086., 43; 50-576., 58; 191-197; 21;216]. Болаликда бош мия фаол ривожланади. Айнан эрта чақалоқлик муддатида неврологик ва ортопедик бузилишларни коррекция қилиб бош мияни минимал жароҳатланишига эришиш мумкин[7; 43-456]. Ҳар бир даво усулининг асосий мақсади ҳаёт сифатини яхшилашдан иборат. Бу бир неча оғриқни қолдириш, ҳаракат функцияларини тиклаш каби муҳим вазифаларда яққол намоён бўлади [4; 307-3086., 18; 22-246., 49; 30-326., 55; 16-176., 118; 507-5156., 126;1196]. БМФ каби оғир касалликларда нафақат тиббий, балки педагогик, психологик ёрдам ҳам муҳим ўринни эгаллайди. Бу болалар ота-онаси ҳамда педагог, врачлар билан биргаликда битта комплекс жамоа бўлиб бу касалликка қарши курашгандагина кўзда тутилган ижобий самараларни беради [30; 56-596., 3; 140-1446., 83;756-7576;].

Дори-дармонлар билан даволаш стандарт усуллар (доза, оралик, курс давомийлиги) бўйича амалга оширилади.

Ноотроплар (аминолон, акатинол, глицин, глиатилин (церебро), когитум, кортексин, луцетам, мексидол, метионин, ноотропил, пирацетам, пантокалцин, пикамилон, семах, танакан, фезам, фенотропил, церебролизин, элкар, энцефабол ва бошқалар). Ноотропик препаратлардан ўзини яхши исботлаган 10%ли пантогам сиропи ҳисобланади. Пантогам – бу гопантеник кислота препарати бўлиб, асаб тўқимасида ГАМК табиий метаболити бўлиб, ноотропик ва нейропротектив ҳаракатларга эга [57; 766-7676].

Витаминлар, нейротропик витамин комплекслари, минераллар билан витаминлар комплекслари, биостимуляторлар (элькар, мильгамма, нейромультивит, алое, калций пангамат, калий оротат, когитум, АТФ, семакс, глицерофосфат, липоцеребрин, Магне В6, калций пантотенат, фитин, церебролецитинаспаркам).

Таркибида минераллар (аспаркам, глицерофосфат, липоцеребрин, Магне В6, калий оротат, калций пангамат, калций пантотенат, фитин, фосфобион) бўлган препаратлар [57; 766-7676].

Адаптогенлер (сиднокарб, сиднофен, азафен, фенотропил препаратлари).

Дори воситаларининг мураккаб таъсиридан келиб чиққан ҳолда, уларни препарат таркибига ва унинг таъсирига қараб дори гуруҳларида такрорлаш мумкин.

Мушак тонусини камайтирадиган препаратлар: мидокалм, баклофен, сирдолуд.

Периферик нейромускуляри ўтказувчан блокаторлар билан даволаш – диспорт, ботокс.

Экстрапирамидал касалликларда: леводопа, леводопа + карбидопа ёки леводопа+бензеразид, тригексифинидил [57; 766-7676].

БМФ енгил формасида амбулатор шароитдаги даво ҳам самара бериши мумкин, лекин яққол бузилишлар бўлганда албатта стационар ёки санатор даво бирга қўлланилиши шарт бўлади (неврологик ёки психоневрологик шифохоналарда) [6; 1086., 58; 191-1976., 21;286; ].

Максимал эрта бошланган медикаментоз ва номедикаментоз даво ва реабилитация кўп ҳолларда беморлар қатъий ногиронлигини (БН) олдини олиш имконини беради. Даво учун қуйидаги усуллар қўлланилади: физиотерапия, массаж, даволовчи жисмоний тарбия (ДЖТ), оператив –ортопедик муолажа: пай пластикаси, пай-мушак пластикаси, функционал нейрохирургия: селектив резотомия, селектив нейротомия, орқа миянинг сурункали эпидурал нейростимуляцияси, ёндош бузилишлар давоси (эпилепсия ва бошқ.). Тикловчи муолажа (ТМ) узлуксиз давомийликда бўлиши, яъни клиник, амбулатор ва ундан кейин уй шароитида давом этиши шарт.

### **БМФ давосида реабилитацион йуналиш самарадорлиги**

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ва Халқаро меҳнат бирлашмаси (ХМБ) аниқланмасига кўра реабилитация бу – давлатда ижтимоий-иқтисодий, тиббий, касбий, педагогик, психологик тадбирларни ўз ичига олиб, аҳолидаги патологик жараёнлар, вақтинча ва доимий иш қобилиятини йўқотишни олдини олиш, беморлар ва ногиронларни имкон қадар эрта ҳаётга қайтариш учун амалга ошириладиган чора тадбирлардир [55;16-176]. Кўпчилик муаллифларнинг фикрига кўра, БМФ беморларда тиббий хизмат

самарадорлигини ошириш учун тиббий ва реабилитацион хизматлар ўз вақтида ва сифатли бўлиши керак [124; 396., 2; 40-476., 76; 146-1476].

Комплекс реабилитация самарадорлиги куйидагиларга боғлиқ: эрта ва ўз вақтида бошланган, айнан йўналтирилган тиббий ва коррекцион-педагогик ишлар ва ижтимоий ёрдам, коррекцион педагогик ишга ўз вақтида ота-она иштирокини таъминлаш, коррекцион педагогик-психологик ўқитиш ва тарбия усуллари ва таркиби, комплекс таъсир ўтказиш учун тўғри танланган турли хил мутахассислар жамланмаси, ўз вақтидалик, ҳамкорлик, давомийлик, олиб борилаётган хизмат кўникмаси [56; 986].

Ота-оналар, жисмоний тарбия (ЖТ) бўйича инструктор, мутахассислар: педагог-психолог, логопед-ўқитувчи, дефектолог-ўқитувчи очикликда, биргаликда педагогик этикага амал қилган ҳолда, бир-бирини ҳурмат қилиб, бир-бирини тушуниб иш олиб борсалар кўзланган мақсадга эришилади. И.А. Смирнова таъкидлаганидек, БМФ беморлар ота-онаси у ёки бу сабаб туфайли турли давр ва вақтларда турли мутахассислар билан тўқнашишига ва ҳамкорлик қилишига тўғри келади. Фақатгина охириги босқичда бола реабилитациясига адекват йўналишни топиш мумкин бўлади [75; 85-976., 96; 234-2366]. Ўз вақтида қилинган тикловчи даво, комплекс реабилитациянинг барча тикловчи усулларини қўллаш, шунингдек юқори технологияли, давомий, узлуксиз босқичли индивидуал ёндашиш, давонинг аниқ дастур асосида ишлаб чиқиш болалар ўртасида ногиронлик пасайишига, социал адаптация ва тиббий реабилитация жараёнини самараси яхшиланишига, иқтисодий харажатлар камайишига олиб келади [12; 4396].

Реабилитациянинг даволовчи (БЖССТга кўра - "тиббий"), психологик, ижтимоий, малакали, меҳнат терапия (эрготерапия (ЭТ)) [55; 16-176] аспектлари билан биргаликда ушбу тадқиқотда керакли самарага эришиш мумкин.

### **Реабилитациянинг жисмоний аспекти**

Жисмоний йўналиш реабилитациянинг асосий йўналишларидан бири ҳисобланади. Ушбу йўналиш беморлар иш қобилиятини тиклашга

бағишланиб, БМФда ўз вақтида эрта, тўғри танланган жисмоний машқлар орқали амалга оширилади. Ундан кейин, педагог ва логопед билан ишлаш аввал клиник шароитда, амбулатор шароитда ва ота-она иштирокида уй шароитида гуруҳланган даволовчи жисмоний тарбия (ДЖТ) ёрдамида бемор соғлиғи тикланишига эришилади [55; 16-176., 12; 4396].

Ўзининг хавфсиз ва самаралилиги билан ажралиб турадиган бир неча усул машқлар фарқланади ҳамда улар бошқариладиган (даволовчи муассасада бажарилади). а) гуруҳли, б) индивидуал; жисмоний машқларга чидамлиликини ошириш; турли хил патологияларни иккиламчи профилактикаси (парезлар, параличлар, контрактуралар; болага ўз-ўзига хизмат қилдиришга имкон бериш; медикаментоз даво усулидан тўлиқ ёки қисман воз кечиш; бемор ҳаёт сифатини яхшилаш [28; 2246].

БМФлиги учун жисмоний реабилитация (ЖР) усулларидан қуйидагилар қўлланилади: даволовчи жисмоний тарбия (ДЖТ), физиотерапия (ФТ), гидрокинезиотерапия (ГКТ), даволовчи массаж (ДМ), меҳнат терапия (МТ).

Ускунали физиотерапевтик методлар БМФ да муътадил шаклланиши (МШ) ва тикланиши, таянч- ҳаракат тизими(ТХТ) шаклланиши яхшиланиши, организм ҳимоя тизими кувватланиши учун даво мақсадида қўлланилади [8; 401-4056].

Физиотерапевтларнинг таъкидлашича узок давом этмаган озрок муддатдаги жисмоний машқлар ҳам бола жисмоний ҳолатида яққол ижобий натижани кўрсатади [20; 476]. Жисмоний усуллар орасида иссиқлик билан таъсир этиш усули ҳам самарали қўлланилади. Ушбу терапевтик усулнинг самараси маҳаллий тўқима ҳароратининг ошиши ва бу орқали бўғим ва мушакларда жойда қон айланиши яхшиланиб, фойдали элементлар билан таъминланиб, тўқималар озикланиши яхшиланиб, кислород алмашинуви кучайиб, регенерация кучайиши ҳисобига жароҳатланган органда ижобий ўзгаришлар яққол намоён бўлади [55; 16-176., 100; 98-996].

Жисмоний реабилитациянинг асосий вазифалари: тикланиш жараёнини тезлаштириш; ногиронлик хавфини пасайтириш ёки йўқотиш.

Функционал тикланишни организмни табиий тикланишга бўлган ингибициясиз(кинезофилия) таъминлаб бўлмайди, шунинг учун ДЖТ, турли хилдаги массажлар, ускунали физиотерапия бемордаги тикланиш жараёнининг асосий йўналиши бўлиши керак [59; 214-223б., 55; 16-17б.].

### **§1.6 Болалар мия фалажлиги реабилитациясида комплекс-мультидисциплинар ёндашув**

Болалар мия фалажи реабилитациясининг ҳозирги замон талаби даражасидаги ёндашуви бу комплекс йўналишдаги мультидисциплинар ёндашув ҳисобланади [164; 119-123б]. Ryan J.M. ҳаммуалл. (2017) БМФ реабилитациясида даволовчи жисмоний тарбия усулларини кўриб чиққан. Reedman S. ҳаммуалл. (2017) эса жисмоний фаолликнинг самарали усулларини кўриб чиққан [133; 93-96б., 171; 45-54б]. Martín-Valejo R. ва ҳаммуалл.(2018) эса ипотерапиянинг самарасини ўрганиб чиқади [168; 170-177б]. Охирги йиллардаги чет эл нашрларига эътибор қаратсак “терапевтик костюм”ларга эътибор кучайганлигини кўришимиз мумкин. Almeida K.M. и соавт. (2017), Booth A.T.C. и соавт. (2018), Carvalho I. ва ҳаммуалл. (2017), Rose J. ва ҳаммуалл. (2017), Wang Q. ва ҳаммуалл. (2017), шунингдек, Zanudin A. ва ҳаммуалл. (2017) [26; 5-18б., 179; 33-40б]. Барча ўрганилган хусусиятларни жамлаган ҳолда болалар мия фалажи реабилитациясида невролог, реабилитолог, ортопед, педиатр, диетолог, психолог, психиатр, физиотерапевт, ДЖТ врачлари, мануал терапевт, игнали рефлексотерапевт, массажист ва албатта оналар иштироки комплекс ҳолатда таъминланса мақсадга мувофиқ саналади [26; 5-18б., 172; 91-95б].

БМФ да ДЖТ машғулотлари қуйидаги тамойиллар асосида бажарилади: ДЖТ БМФда машқлар жамланмаси систематик бажарилади, машқлар ўртасида давомли танаффусга йўл қўйилмайди; жисмоний машқларда зўриқтириш секин-асталик билан ошириб борилади; реабилитацияда бола ёши, руҳий ҳолати, патология

ривожланиш даражаси албатта инобатга олинади; комплекс машқлар буюрилганда бошқа пациентлар ҳам эътиборга олинади, индивидуал шуғулланиш самараси юқорирок ҳисобланади; ДЖТ билан биргаликда коррекцион - тикланиш ишлари ҳам олиб борилади [11; 171б., 22; 286].

Буларни бажаришда ДЖТ учун ўзига хос бўлган ушбу тамойилларга амал қилинади, жумладан, ҳар бир бемор ҳолати, касалликнинг ўзига хослигини инобатга олиб индивидуал усуллар билан ёндашиш; давомийлик билан қўлланган муолажа билан маррагача етиб бориш мумкин. Усулларни узок ва қайта такрорлаб бажартириш, бузилган орган ва тизимлар иши фақатгина машғулотларнинг узок ва қайта бажарилиши орқали тикланиши мумкин; курс давомида машғулотлар кучини секинлик билан кучайтириб бориш; машғулотлар турли туманлиги ва янгиланиб туришига эътиборни қаратиш (10-15% машғулотлар янгиланади, 85-90%и эса кўзланган маррага етиш учун қайтарилди). Таъсир мўътадиллиги – мўътадил давомли машқлар кучли кам бажарилган машқларга нисбатан ўз самарасини кўрсатади. Даврийликка риоя қилиш – машқларни дам олиш билан алмаштириб бажариш; ёшга доир хусусиятларни инобатга олиш [18; 22-24б., 63; 45б., 62; 25-32б., 26; 5-18б.:46].

Шундай қилиб, БМФ реабилитацияси умрбод бўлиб, жисмоний эркинлиги чегараланган беморларга руҳий, жисмоний, ижтимоий, иқтисодий, тиббий томондан қўллаб-қувватлаб ҳаётини кўникмаларни шакллантириш орқали кутилган натижага эришилади.

### **Реабилитациянинг психологик ва педагогик аспектлари орқали таъсир ўтказиш мезонлари**

БМФ реабилитациясида сенсор хонада логопед ва психолог билан бўладиган мулоқот катта натижани беради. Бунда бола доимий қўли билан шуғулланиши орқали сезгирлиги ошиб, ҳаётини кўникмалар шаклланади. Мактабгача бўлган муассасаларда педагогик ишдан асосий мақсад болаларга психологик, педагогик, логопедик ва ижтимоий ёрдам кўрсатиш; ишлаб чиқишга мослашиш, ўз-ўзига хизмат кўрсатиш

кўникмасини шакллантириш, максимал тўлик ва эрта ижтимоийлаштиришдан иборат [30; 56-59б., 83; 756-757б.].

ДЖТ асосий мақсади тарбиявий ўқув машғулотлар, даво профилактик чора-тадбирларни амалиётга тадбиқ қилишдир .

Шундай қилиб мактабгача таълим муассасаларида педагогик фаолиятдан мақсад гуруҳда психологик қулайлик яратиш, янги ижтимоий шароитга мослашиш кўникмаларини пайдо қилиш, ёшга доир психологик янги ўйланмалар яратишга бўлган иштиёқни ошириш, боладаги бирламчи ва иккиламчи салбий одатларни йўқотишга амалий ёрдам беради.

### **Реабилитациянинг ижтимоий аспектининг БМФ реабилитациясида амалий аҳамияти**

Реабилитациянинг ижтимоий йўналишининг аҳамияти ҳам беқиёс ҳисобланади. Реабилитациянинг техник маҳсулотлари болада таянч-ҳаракат тизими ҳаракатини енгиллаштиради. Бу маҳсулотлар қатъий хавфсиз, оддий, содда ва ишлатишга қулай бўлиши керак [6; 108б., 43; 50-57б., 58; 191-197б.]. Шундай қилиб касбий ва ижтимоий иқтисодий реабилитация меҳнат фаолияти, ўзаро келишувчанлик билан боғлиқ бўлиб, оила ва атроф муҳитда бола ўз ўрнини топишида ёрдам беради [55; 16-17б.]. Юқоридаги вазифалардан келиб чиқиб тарбиячилар, ижодий инструкторлар, тор мутахассислар билан биргаликда БМФ реабилитацияси учун дастур тузилади [31; 1117-1125б.].

### **Реабилитациянинг тиббий аспектининг амалий аҳамияти**

Тиббий аспектининг роли БМФ реабилитациясида муҳим ўринни эгаллайди. Бу усулни шартли равишда иккига бўлишимиз мумкин: консерватив ва хирургик. Консерватив даво усулидан фармакологик препаратлар орқали даволаш муҳим ўринни эгаллайди. Булардан марказий таъсир этадиган орал миорелаксантлар, м- ва н-холинolitikлар, дофаминимиметиклар, ноотроплар, метаболик препаратлар, микроциркуляцияни яхшиловчилар, ангиопротекторлар,



витами́нлар ва витаминсимо́н препаратлар шаклида қўлланилади [31; 74-1006].

### **§1.7 Болалар мия фалажалигида жисмоний реабилитация аҳамияти. ДЖТ усуллари, вазифаси ва мақсади**

1.1-жадвалдаги натижага эришиш учун методологик йўналишлар билан бола реабилитацион потенциални баҳолаш ва индивидуал реабилитацион дастур тузиш керак бўлади [33; 1117-11256].

БМФ бўлган беморларда машқлар орқали адекват ҳаракат ҳиссиётлари пайдо бўлади. Бола тўғри ҳаракат ва мувозанатни ҳис қила бошлаши ҳаракат функциялар ва кўникмалар шакллана бошлаганидан далолат беради [47; 142-1526].

ДЖТ мушак ва бўғимлардаги ўзгаришларнинг фалажликнинг феълига қарамасдан белгиланиши керакки, акс ҳолда 2-4 ой ўтиб яна спастика ва контрактураларнинг қайталаниши кузатилиши мумкин. Ясси оёқлиликни даволаш учун гимнастик ёстикчалар, тўплар қўлланилади [48; 4-86]. БМФ бўлган беморларда ҳаракат фаоллигини коррекциялаш учун ягона усул ишлаб чиқиш ҳамма вақт ҳам муаммо бўлиб келган. Жисмоний эркинлиги чегараланганлиги ва касални ўзига хослигини эътиборга олиш катъий талаблардан бири ҳисобланади [49; 30-326]. Махсус адабиётларда кўрсатилишича, спастик формадаги болаларда амалиёт ётган ёки ўтирган ҳолда бажарилади [51; 4336]. Бу амалиётлар одатда бола ҳаракат ва ижтимоий чекловидан қатъий назар белгиланиб, бу реабилитация давомийлигини узайтиради [61; 24-276].

1.1-жадвал

#### **БМФ беморларда қўлланиладиган физиотерапия усуллари**

	<b>Физиотерапия усуллари</b>	<b>Ускунали физик реабилитация усуллари</b>
1.	Электр билан даволаш	Гальванизация; дорили электрофорез; бош ва орқа мия микрополяризацияси; диадинамик, интерферентли, синусоидал модуланган тоқлар; инфитотерапия; электростатик терапия; электростимуляция

2.	Магнитотерапия	доимий, танаффусли, импульсли магнит майдон
3.	Лазеротерапия	Лазеротерапия
4.	Ультратовуш терапия	Ультрафонофорез
5.	Табиий даво омиллар орқали иссиқлик билан даволаш	Озокерит, парафин, халтачали иссиқлик терапия, пелоидотерапия (даволи торф ва лой терапия), псаммотерапия
6.	Гидро-бальнеотерапия	Сувости душ-массаж, гирдобли ванналар, маржонли ванналар, хлорид-натрийли, олтингугуртводородли ва бош...
7.	Игнарефлексотерапия	-

### **Даволовчи жисмоний тарбиянинг мақсад ва вазифалари**

Мақсад: БМФ беморлар учун бош мия нейрофизиологик активлиги, нерв системасидаги органик дефектлар, организм функционал ҳолатини инобатга олиб қулай реабилитацион йўналиш ва қўлланма ишлаб чиқиш [33; 1117-11256]. Reis J. фикрича даволашда давомийлик, интенсивлик ва муолажа частотасини ўзгартириб туриш даволаш узок давом этгани учун БМФ беморларга айти муддао ҳисобланади [130; 334-3406].

БМФ бўлган беморлар мактабдан кейин алоҳида шуғулланиши учун бирор бир спорт йўналишига имкон яратиб бериш керак, чунки бу касаллик доимий жисмоний машғулот қилиб туришни талаб қилади [18; 22-246., 63; 456., 62; 25-326., 26; 5-186;].

Реабилитация салоҳияти юқори бўлган беморларда кўп компонентли, ўзаро боғлиқ, кетма-кет реабилитация дастури ишлаб чиқилмоқда. Минимал салоҳиятга эга беморлар соғлиги, аниқ интеллектуал бузилишлар мавжудлиги ва эпилептик жараён туфайли реабилитация доираси сезиларли даражада чекланади [33; 1117-11256]. Реабилитациянинг асосий мақсадлари: мунтазамлик, изчиллик, узлуксизлик, аста секин, қатъий дозалаш, машқларни кўпайтириш [74; 65-686].

## **Болалар мия фалажлиги бўлган беморлар билан ишлашда машқ усуллари**

Мушакларни чўзиш учун, таранглашган мушакларни юмшатиш учун, ҳаракатланиш доирасини кенгайтириш мақсадида; органларнинг функционал ҳолат самарадорлигини сақлаб қолиш учун машғулотлар; мушакларнинг спазмларини йўқотиш учун машқлар; беморни нормал юришга ўргатиш учун машқлар; мувозанатни ва мотор кучини яхшилаш учун текисликдан кўтарилиш(терренкур) машғулотлари; мушак кучини ривожлантириш учун қаршилик машқлари [74; 65-68б]. Бундан ташқари фаолликни рағбатлантириш учун машқ қилиш; ҳаракатлар динамикасини яхшилаш учун машқ қилиш; мушакларни бўшатиш, спазм, тарангликни йўқотиш учун машқ қилиш; позициялардаги машқлар: ўтириш, ётиш; бирламчи рефлексларни камайтириш машқлари; тактил ва визуал сезгилар учун машқлар. Ушбу ташхис қўйилган болаларда идрок этиш қобилияти йўқлиги ҳисобга олинган ҳолда; нафас олишни нормаллаштириш учун машқлар; ўйноқи тарзда дарслар [11; 171б., 21;28б]. Мушакларнинг сезгирлигини ривожлантириш машқлари; мушакнинг маълум бир соҳасини тартибга солишга имкон берадиган куч ҳосил қилиш, асаб таъсирчанлигини ўргатиш орқали асаб тўқималарининг функционал ҳолатини яхшилаш машқлари, сенсорли тренинг, мушакларнинг сезгирлигини ошириш орқали ҳисларни рағбатлантириш бўйича машқлар [18; 22-24б., 63; 45б., 62; 25-32б].

## **Болалар мия фалажи ташхисли ногирон болаларни тарбиялаётган оналарнинг шахсий хусусиятлари**

Ҳар қандай оила учун жиддий патологияга эга бўлган боланинг туғилиши жиддий муаммога айланади. Ота-оналар руҳий стрессни бошдан кечирадалар, баъзи тадқиқотчилар бунини "ота-онанинг стресси" деб аташади [14; 98-101б]. Бу йиллар давомида давом этади, сурункали ҳолатга келади. Мия фалажига чалинган болага ғамхўрлик қилиш зарурати туфайли оналарнинг аксарияти иш жойларини тарк этишга мажбур бўладалар, бу эса моддий ёрдам даражасига салбий таъсир

кўрсатади [2; 40-476]. Бола асосан она билан бўлишини ҳисобга олинса оналарда руҳий зўриқиш, ҳаётга нисбатан совиш ҳолатлари юзага келади ва бу онладаги соғлом фарзандларга ҳам ўз таъсирини ўтказмай қолмайди [75; 85-976].

БМФ беморларни реабилитация қилишда уқалашнинг аҳамияти бекиёс. Бу беморларда жисмоний машқлар ва уқалаш метаболик жараёнларни ва қон айланишини яхшилайдди, заифлашган мушакларни кучайтиради, ҳаракатланиш координациясини ривожлантириб, ҳаракатланиш мотивациясини оширади, қизиқиб ўйнаш хиссини ўйғотади [33; 1117-11256]. Уқалашнинг асосий тури классик терапевтик уқалашдир. Шунингдек, классик уқалаш усулларини ўзгартириб, бола руҳиятини тинчлантириш ёки кўзғатиш мумкин [54; 176-1776].

Шундай қилиб, БМФ реабилитация қилиш - бу ногирон беморларга касаллик пайтида мумкин бўлган жисмоний, ақлий, касбий, ижтимоий ва иқтисодий фойдали бўлишига эришиш учун кўп қиррали ёрдам беришга қаратилган жараён [33; 1117-11256].

Тикланиш учун ишлатиладиган жисмоний машқлар содда ва бажарилиши осон, ножўя таъсирларни келтириб чиқармаслиги зарур. У ўйин услубида ўтказилса, янада жозибали бўлиб, боланинг ҳиссий ҳолатини, унинг жисмоний имкониятларини оширади [48; 4-86].

Ўрганилаётган контингентда амалга ошириладиган реабилитация хизматларининг Gross Motor Function Classification System – катта мотор функциялари таснифи тизимини жорий этиш,

GMFCS системасига кўра, катта мотор функцияларининг ривожлавиш даражаси шундай танланиши керакки, боланинг айни дамдаги ҳолатига мос келиши керак. Мия фалажига чалинган болали онлаларнинг ижтимоий ва тиббий ҳолатини баҳолаб ва бу ишни реабилитологлар, психологлар, ўқитувчилар ва нутқ терапевтлари биргаликда олиб бориб, касалликнинг ижтимоий ва тиббий оқибатларининг оғирлигини ўрганиб реабилитация режаси тузилди: клиникалар, амбулатория ва уй шароитлари, бўлимларининг ихтисослаштирилган муассасаларида БМФ беморларга олиб борилаётган реабилитация хизматларини ўрганиш ва қиёсий таҳлилини ўтказиш,

PedsQL 4.0. Generic Core Scales сўровномаси ёрдамида ногирон болаларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш, БМФ бўлган ногирон болаларнинг дисфункцияларини тавсифлаш ва уларни бемор ҳаёт сифатига таъсирини аниқлаш, бизнинг ишимизнинг асосий мақсади - соғломлаштириш, даволаш-профилактика ва таълим-тарбиявий вазифаларни умумлашган ҳолда бажариш. Оналарни махсус машқларга ўргатиш ва унинг уйда қандай ишлашини назорат қилиш ҳам тадқиқотнинг асосий мақсадларидан бири ҳисобланади, БМФ беморларни босқичма-босқич комплекс реабилитация қилиш имкониятини таъминлаш; бу беморлар учун реабилитация тадбирларини амалга оширишни иложи бориша тезроқ бошлаш, уларни амалга оширишнинг давомийлиги ва босқичма-босқичлиги, изчиллиги ва мураккаблигига алоҳида эътибор қаратиб, индивидуал ёндашув мажбурийдир [12; 439 б.].

Шундай қилиб болалар мия фалажлиги реабилитацияси тўлиқ ўрганилмаган бўлсада уни бутунлай кетма кетликда узлуксизлигини таъминлаш ва комплекс тарзда ёндашиш Ўзбекистон шароитида ҳали олиб борилмаганлиги равшан бўлди. Комплекс ёндашув ва бунда уй шароитидаги ота-оналар иштирокини таъминлаш амалий жиҳатдан мақсадга мувофиқлигини ўрганилган ишлардан кўриш мумкин бўлади.

## II БОБ. БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАР ЁНДОШУВЛАРНИ БАҲОЛАШ МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАРИ

### §2.1. Тадқиқот усулларининг амалий аҳамияти

Илмий-тадқиқот ишлари Тошкент тиббиёт академиясининг реабилитология, халқ табobati ва жисмоний тарбия кафедрасида олиб борилди. Тадқиқотнинг клиник қисми СамТИ 1-клиникасининг болалар неврологияси бўлими ҳамда Республика болаларни ижтимоий ҳимоя қилиш маркази Самарқанд филиалида олиб борилди. Иш икки босқичда амалга оширилди, бу клиник неврологик ва амбулатор қисмларни ўз ичига олади.

Ушбу тадқиқотда биринчи босқич илмий ва услубий адабиётларни йиғиш ва таҳлил қилиш, барча тадқиқот ўтказиладиган муассасаларда даволаш ва реабилитация ишлари ўрганилиб, қиёсланиб кузатувлар олиб борилди. Иккинчи босқичда аниқ функционал реабилитация дастури ишлаб чиқилди. Шундан сўнг, тадқиқот натижалари қайта ишланди, маълумотларни таҳлил қилгандан сўнг, диссертация матнини тайёрлашга киришилди. БМФ таъхиси қўйилган беморларни ретроспектив ўрганиш орқали дастлабки тиббий ёзувлар таҳлил қилинди. Ота-оналар А. А. Баранов, В. Ю. Албицкий, И.В. Винярская методикаси бўйича ва биз ишлаб чиққан махсус анкеталар ёрдамида сўроқ қилинди. Педиатрияда бизнинг регионда илж бор бемор болалар ҳаёт сифати ўрганилди. БМФ беморларнинг функционал имкониятларини аниқлаш учун бир нечта халқаро функционал шкалалар ишлатилди.

Ушбу тадқиқотнинг устувор вазифалари беморнинг функционал имкониятларини баҳолаш ва шу асосда кейинги реабилитация жараёнини танлашдир. Ушбу жараёни ҳисобга олган ҳолда, амал қилиш даражаси ва сезгирлиги бўйича барча халқаро стандартларга жавоб берадиган функционал шкалалар ишлатилди.

**GMFCS** мотор шкаласи ёрдамида **БМФ** беморларнинг жисмоний ҳолатини баҳолаш (**Gross Motor Function Classification System**)

Ушбу шкала бемордаги айни вақтдаги ҳолатини баҳолайди. 5 даражага бўлинган ҳолда, ушбу шкала БМФ беморнинг жисмоний имкониятларига мос келади. Даволовчи шифокор ҳар бир беморга индивидуал ёндашишни кузатиши ва ўлчовнинг бошланғич даражаси билан бошқарилиши керак. Бу даволанишнинг ижобий самарасини беради ва номутаносиб юкланишдан саклайди. "БМФ катта мотор функцияларининг таснифлаш тизими" мустақил ҳаракатланиш маҳоратига асосланган бўлиб, даражадаги фарқлар функционал чекловлар ушбу касал болага энг мос даражалар рўйхати асосида осонгина аниқланади.

### **Модифицирланган ЭШУОРТ шкаласи (мушак тонусининг баландлик даражасини ўлчаш)**

Спастикаликни ўлчаш учун Эшуорт шкаласи мушаклар тонусини баҳолашда қўлланилиб кейинги даво смарадорлигини оширишда амалий ёрдам беради. Беш балли шкалада (0 дан 4 гача) қаршилик ва ҳаракатга чидамлилигини баҳоланади. Баҳолаш учун беморнинг оёқ-қўллари бутун ҳаракатда ҳаракатлантирилди ва мушак тонуси субъектив равишда баҳоланди.

### **MACS - БМФ болалар ва ўспиринлар учун қўл қобилиятларини таснифлаш тизими**

MACS - қўлда ишлаш қобилиятларини таснифлаш тизими болалар бош мия фалажи бўлган беморлардаги нарсалардан кундалик ҳаётда фойдаланиш қобилиятини баҳолашга имкон берди. Ушбу даражалар орқали кундалик ҳаётда иккала қўлнинг фаоллик даражасини баҳолаш мумкин бўлади.

## **§2.2. Тадқиқот олиб борилаётган контингентнинг ҳаёт сифатини ўрганиш**

Биринчи марта биз минтақамиздаги болаларнинг ҳаёт сифатини (ХС) ўрганиб чиқдик. ХСни қўллаган ҳолда, биз овқатланиш даражаси,

атроф-муҳит, уй-жойи, касаллик ҳолати, яшаш шароити, ота-онанинг манфаатлари ва боланинг ўз-ўзига хизмат кўрсатиш усуллари, алоқа даражаси, ота-оналарнинг билими ва саводхонлиги ва бошқа кўрсаткичларни таҳлил қилдик.

Ногирон болаларнинг ҳаёт даражаси PedsQL 4.0. Generic Core Scales сўровномаси ва биз томонимиздан ишлаб чиқилган анкеталар ёрдамида ўрганилди. Бемор боланинг онаси анкеталарни тўлдиришда ёрдам берди.

ХСни ўрганиш учун PedsQL 4.0. Generic Core Scales. SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey) (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; Амирджанова В.Н. ҳаммуалл., 2008), сўровномаси ва қайта ишланган 1992 йилда John E. Ware ва Сатҳ Доналд Шербоурне томонидан Қўшма Штатлардаги тиббий натижаларни ўрганиш марказида (Ware J.E., Sherbourne C.D., 1992) ва В. Ю. Албицкийнинг рус тилидаги версиясида ишлаб чиқилган. А.А Баранов, И.В. Винярская "Педиатрияда ҳаёт сифатини ўрганиш" QUALIN нинг рус тилидаги версиясида ишлаб чиқилган сўровнома асосида БМФ беморларнинг ҳаёт даражаси баҳоланди. Сўровнома 3 хил ёш гуруҳларда ўтказилди. 5-7, 8-12, 13-15 ёшларда алоҳида анкета орқали тўлдирилди. Барча модуллар бўйича умумий балл 100 баллда баҳоланди ва ўртача баҳо ҳисоблаб олинди. Шкала кўрсаткичи қанча катта бўлса, шунчалик бола ҳаёт сифати кўрсаткичи юқори ҳисобланади.

Сўровнома 23 та саволдан ташкил топиб, қуйидаги шкалаларни ўз ичига олади: жисмоний шаклланиш - 8 та савол; хиссий шаклланиш - 5 та савол; ижтимоий шаклланиш - 5 та савол; бола ўзининг шахсий шаклланиши - 5 та савол.

Ҳар бир шкала орқали ўртача арифметик формула  $X = X_1 + X_2 + X_n / n$  кўринишда ҳисобланди. Бунда  $X$  - ҳар бир шкаланинг хулосасидир.  $X_1, X_2 \dots X_n$  - ҳар бир саволдан олинган балл шкаласи,  $n$  - ҳар бир шкаладаги саволлар миқдорини билдиради. Ота-оналарни сўроқ қилиш орқали перинатал омиллар ва анамнетик маълумотлар ўрганилди. PedsQL 4.0. Generic Core Scales нинг рус тилидаги версияси сўровномасидан фойдаланиб, ҳаёт сифатининг қуйидаги турлари



ўрганилди: хулқ-атвор ва мулоқот; ёлғиз қолиш қобилияти; нейрорсихик ривожланиш ва жисмоний соғлиқ; нейрорсихик ривожланиш каби омилларга эътибор қаратилди.

## 2.1-жадвал

### PedsQL 4.0. Generic Core Scales сўровнома жавоблари баҳолаш баллари

Жавоб вариантлари	ҳеч қачон	деярли ҳеч қачон	баъзан	кўпинча	деярли ҳаммавақт
жавобларни баллда баҳолаш	0	1	2	3	4
баллар	100	75	50	25	0

Барча тадқиқот муассаса учун дастлабки тиббий хужжатлар ўрганилди. Давомат қилувчи тиббиёт ходимлар томонидан ва ота-оналар билан суҳбатдан сўнг ушбу тадқиқот учун улардан розилик олинди. Биз ота-оналар билан перинатал омиллар ва анамнетик маълумотларни батафсил ўргандик. Шахсий карта PedsQL 4.0. Generic Core Scales нинг рус тилидаги версияси сўровнома ёрдамида тўлдирилди.

### §2.3. Тадқиқотга киритилган ташкилот ва муассасалар даво, реабилитация усуллари, уларни қиёсий таҳлили

Ушбу мақсадда 108 нафар БМФ беморлар тадқиқотда қатнашишди, шундан СамТИ 1-клиникасининг болалар неврологияси бўлими (52 бола - 48,1 %) ҳамда Республика ижтимоий мослашув маркази Самарқанд филиали (56 бола - 51,9%). Биринчи босқичда СамТИ 1-клиникасининг болалар неврологияси бўлиmidан ушбу ташхис бўйича уч йиллик касаллик тарихлари йиғилди. Ушбу касаллик бўйича 1,5 мингдан ортиқ касаллик тарихлари тўпланган. Клиникада олинган муолажалар, реабилитация усуллари таҳлил қилинди ва тадқиқотдан сўнг натижалари таққосланди. СамТИ 1-клиникасининг болалар неврологияси бўлимида даволанадиган ушбу ташхисдаги бемор болаларнинг ота-оналаридан тадқиқотда иштирок этишга рози бўлган 52 нафар бемор танлаб олинди.

Кейинги боскичда Тошкент шаҳар Республика итисослаштирилган ижтимоий мослашув маркази Самарқанд шаҳридаги филиалининг БМФ беморлари хақида ушбу тадқиқот учун зарур бўлган материаллари тўпланди. Ушбу муассасалардаги барча реабилитация хизматлари ва ушбу марказлардаги бир ойлик курсдан кейинги таъсирлар ўрганилди. Ота-оналарнинг розилиги билан РБИММ Самарқанд филиалидан 56 та БМФ беморлар кейинги тадқиқот учун танлаб олинди.

#### §2.4. Олинган натижалар статистик таҳлили

Тадқиқот натижасида олинган маълумотлар математик статистика ёрдамида статик равишда қайта ишланди. Математик статистика қуйидаги боскичлар бўйича ҳисоблаб чиқилган: ҳар бир илмий-тадқиқот муассасаси учун ўртача арифметикани ҳисоблаб чиқилди; БМФ беморларнинг ота-оналардан олинган анамнетик маълумотларнинг ҳар бир параметри учун махсус ҳисоблар амалга оширилди; ўрганилаётган контингентнинг ёшини ҳисоблаб чиқилди; ҳар бир шкала учун касаллик даражаси ҳисоблаб чиқилди. БМФ беморлар ҳаёт сифати кўрсаткичлари махсус сўровнома натижалари математик таҳлил қилинди.

Тадқиқотнинг кейинги боскичида ҳар бир муассаса учун қиёсий таҳлил қўлланилди. Ижтимоий ҳолатнинг оилавий аҳволга таъсирини аниқлаш учун БМФ беморлар ва уларнинг ота-оналари ҳаёт сифатини анкеталари билан ўрганилди. Охириги этапда барча таҳлиллар қайта ишлаб чиқилди

Шундай қилиб, биринчи боскич тадқиқот учун материаллар йиғиш бўлиб, ушбу тадқиқот учун мақсадларни аниқлаб, вазифаларни, тадқиқот усулларини ишлаб чиқишдан иборат бўлди. Ҳар бир тадқиқот олиб борилаётган муассаса даволаш ва реабилитация усуллари ўрганилиб қиёсий таҳлил қилинди.

Иккинчи боскич – БМФ беморларни кейинги тадқиқотлар учун жалб қилиб, БМФ шакллари бўйича гуруҳларга ажратилди. Тадқиқотдан олдинги даволаш ва реабилитация турларини ўрганилди ва даволаш ва реабилитация қилишнинг янги усулларини ишлаб чиқилди.

Учинчи боскич - йигилган маълумотларни қайта ишланиб, тўпланган маълумотларнинг қиёсий таҳлили килинди. Ўрганилган маълумотларнинг таҳлили ушбу тадқиқотнинг статистик аҳамиятини баҳолаш ва олинган маълумотлар натижаларини расмийлаштиришга имкон берди. Маълумотларни қайта ишлаб чиқилиб, ўрганилди. GMFCS шкаласининг қиёсий таҳлили, модифицирланган ЭШУОРТ синамаси таҳлили, ТАРДЪЕ мушак тонуси шкаласи ва MACS – мануал қобилиятларни баҳолаш шкаласи, CFCS – мулоқот кўникмалари таснифи тадқиқот олди ва кейини таҳлил килинди. PedsQL 4.0. Generic Core Scales нинг рус тилидаги версияси орқали килинган сўровнома ҳам тадқиқот олди ва кейинги ҳолат солиштирилиб қайта таҳлил килинди.

### **§2.5. Экспериментал маълумотларни статистик қайта ишлаш**

Тадқиқотнинг статистик таҳлили Microsoft Excel персонал компютеридан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Натижалар Студент дастурлари асосида таққосланди. Тиббий ва таълим тадқиқотларида қабул килинган 5% аҳамият даражаси 0,01 ва 0,05 максимал рухсат этилган даражадан фойдаланилди. Корреляцион параметр таҳлиллари кўрсаткичлар ўртасидаги ҳаракат стреотипи билан аниқланди.

### III БОБ. БОЛАЛАР МИЯ ФАЛАЖЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИНГ КЛИНИК ЖИҲАТЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Ушбу мақсадда БМФ ташхиси билан 108 нафар БМФ болалар текширилиб, СамТИ 1-клиникаси неврологик бўлимига ётқизилган (52 бола - 48,1 %) ва Республика болалар ижтимоий мослашуви марказида Самарқанд филиали рўйхатдан ўтган болалар (56 бола – 51,9%) бемор катнашди.

Беморларнинг ёши 4 ёшдан 15 ёшгача, ўртача ёши эса  $8,57 \pm 0,5$  ёш. Улардан 4 ёшдан 7 ёшгача 45 нафар болаларнинг ўртача ёши  $9,26 \pm 0,3$  ёшда. Иккинчи гуруҳ - бу 8 ёшдан 12 ёшгача, ўртача  $8,4 \pm 0,4$  ёшдаги БМФ беморлар жами 46 бола. 13 ёшдан 15 ёшгача бўлган БМФ беморлар 17 нафар болалардан иборат учинчи гуруҳ, ўртача ёши  $8,1 \pm 0,3$  ёш. Ўғил болалар 69 нафар ва қизлар 39 нафар тадқиқотда катнашди.

3.1-жадвал

Тадқиқотда иштирок этувчи беморлар ёш ва жинс кўрсаткичи

Ёш	аёл		эркак	
	абс.	%	абс.	%
4 - 7	15	33,3	30	66,7
8 - 12	16	34,8	30	65,2
13 - 15	10	58,8	7	41,2
Жами	41	38,0	67	62,0

Улардан 1-гуруҳ ўғил болалар 32та ва қизлар 20 нафар; 2-гуруҳ, ўғил болалар 39та ва қизлар 17 нафар.



3.1-расм. Тадқиқот ўтказиладиган ҳар бир муассасанинг жинси бўйича кўрсаткичи

Клиника ва марказнинг тиббий клиник ва амбулатория ёзувларини ўрганиш орқали болаларнинг соматик саломатлиги баҳоланди. Клиникада ва марказда даволаниш вақтида оналар билан ишланди. Оналарга укалалаш, машқлар терапиясини қандай қилишни ўргатилди ва бу машқларни уйда қандай давом эттиришларини кузатдик. Машғулотлар оналар учун қулай вақтда кунига 2 марта 20-25 дақиқа давомида ўтказилди.

Иккинчи босқич - клиник шароитда ва реабилитация марказларида даволаш ва реабилитацияни қиёсий таҳлили. Қаерда қандай реабилитация қилиш усуллари амалга оширилганлиги ўрганилди. Натижаларни статик қайта ишлаш амалга оширилди ва дастлабки ҳолат аниқланди. Охириги босқич реабилитациянинг барча жиҳатлари (тиббий, ижтимоий, психологик, педагогик ва жисмоний) таъсирини ўрганиб чиқилди ва олинган маълумотларни статик қайта ишлашни амалга оширилди.

### **§ 3.1. Ҳар бир тадқиқот муассасасида даволаш ва реабилитация қилиш усуллари. Самарқанд тиббиёт институти биринчи клиникасининг болалар неврологик бўлимида даволаш ва реабилитация қилиш усуллари**

Текширишнинг биринчи босқич биринчи қисмида неврология бўлимидаги болалар бош мия фалажи бўлган беморлар касаллик тарихи таҳлил қилинди. Бир хил тенгликдаги жинс вакиллари ўрганилди.

СамТИ 1-клиникаси болалар неврология бўлимидаги тадқиқотга киритилган беморлар массаж, физиотерапия ва физиотерапия машқларини ўз ичига олган 10 кунлик стандарт терапиядан ўтдилар. Ушбу муассаса болалар неврологик бўлими қуйидаги даволаш ва реабилитация хизматларини кўрсатади: Физиотерапия қуйидагиларни ўз ичига олади: а) 15-20 дақиқа давом этадиган спастик мушакларнинг пастки ва юқори қисмларида 45-46°C ҳароратгача бўлган парафин-озокерит шаклида иссиқлик билан ишлов бериш, б) электротерапия: электрофорез - Шербак бўйича, Вермел бўйича, оёқ-қўл мушаклари бўйича гальваник бўйин, гипотоник мушаклардаги электр стимуляцияси, в) магнетотерапия, г) лазер терапияси.

Уқалаш 10-15 дақиқа давомида мушакларнинг тонусини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Машқ қилиш терапияси асосий даволаш усулларига қўшилди. Жисмоний машқлар терапияси БМФ беморларда мотор чекловларини ўзгартиришга ёрдам берди. Барча машғулотлар куннинг биринчи ярмида, 15 дақиқагача, 10 та процедура давомида ўтказилди. 10 кунлик курсдан сўнг барча болалар клиникадан чиқарилди ва амбулатория, уй шароитида давом эттирдилар. Мушакларнинг спастикасини камайтириш учун кўпинча диазепам ишлатилган, бу мия ва танада умумий релаксат вазифасини бажаради. Ушбу дори-дармонларни таблетка шаклида қабул қилиш мушак тонусини пасайтиради, ammo қисқа вақт таъсир қилади. Ноотроп дорилар ёрдамида ақлий фаолият рағбатлантирилди. Физиотерапия: физиотерапия марказий асаб тизимининг қўзғалиши ва ингибицияси жараёнларининг нисбатларини нормаллаштирди. Иссиқлик процедуралари спастик мушакларнинг трофикасини яхшилаб, қаттиқлигини пасайтирди.

Парафин-озокеритли пайпоқлар, қўлқоплар, шимлар шаклида оёқ-қўлларига (харорат 45-46 даража, процедура давомийлиги 20 дақиқа). 10 та процедура курси берилди. Бел зонасига қўлланиладиган дастурлар буйрак усти функцияси пасайган ва жисмоний ривожланиши сустлашган ва марказий овқатланишдан маҳрум бўлган болаларда қўлланилди.

Электрофорез: Шербак ёки Вермел (бром, калций, магний, новокаин эритмалари) бўйича галванофорез ва ёқа зонасининг электрофорези. 8-10 дақиқа давомида қўл ва оёқ соҳасини диадинамик даволаш.

Шербак бўйича галваник ёқа (бром, калций, магний-2% эритмалари, новокаин 0,5%);

Вермел бўйича новокаин ва калий йодит ёки натрий бромид ёрдамида ёқа соҳасига;

Новокаин билан оғриклар синдроми учун 50-90 см<sup>2</sup> майдонни электродларни паравертебрал тарзда жойлаштирилади; С4-Т2 соҳасида қўлларнинг шикастланишида; оёқларнинг шикастланишида - Т10-С2 соҳасига, оқям зичлиги 0,03-0,05 Ма/см<sup>2</sup>, ток кучи 3-8 мА. Давомийлиги 15 дақиқа, № 10

Жараёнларнинг сони, давомийлиги индивидуал равишда боланинг ташхиси ва ёшига боғлиқ.

УЭИ ёки АСМ-3 аппаратларидан электр стимуляцияси тонус паст соҳаларга импульс частотаси 80-100 Гц, қисқаришлар пайдо бўлгунча оқим кучи дақиқада 8-20, 10-15 дақиқа давомийликда қилинади.

### 3.2-жадвал

#### СамТИ 1-клиника болалар неврологияси бўлимида олиб борилаётган муолажалар

№	Процедуралар номи	Процедура №	Процедура давомийлиги (мин.)	Қарши кўрсатма
1.	Электрофорез	10	15 дақиқа	Электр токни кўтара олмаслик
2.	Озокерит-терапия	10	20 дақиқа	Буйрак касалликлари
3.	Диадинамотерапия	10	15 дақиқа	Тери қопламасини жароҳатланиши, электр токни кўтара олмаслик
4.	Электростимуляция	10	15 дақиқа	Электр токни кўтара олмаслик, паст тонус

#### §3.2 РИБММ Самарқанд филиалининг даволаш ва реабилитация усуллари

Биринчи босқичнинг иккинчи қисмида РИБММ Самарқанд филиалининг реабилитация хизматлари текширилди. Марказда медикаментоз терапияси амалга оширилмайди, ушбу марказларда қуйидаги реабилитация усуллари амалга оширилади: Гидрокинез терапияси - ҳаво ва гидро массаж билан жиҳозланган ихтисослаштирилган ҳовузда машы олиб бориш терапияси. Ушбу усул болалардаги ҳаракатларни нормаллаштиради; арт-терапия - ишлашда қум, ловия, кенгайтирилган лойдан фойдаланган ҳолда бола асабий таранглик, хавотир ва тажовузкор ҳолатдан халос қилади; сенсорли хонада кўриш, эшитиш ва тактил қобилиятлари яхшиланади; фитобар - ўсимлик экстрактлари, фойдали хусусиятларга эга ўсимлик чойлари дамлаб таклиф этилади; монтессори тадқиқотида болалар махсус маконда ўқийдилар ва унда хатоларни топадилар. Марказда БМФ

беморлар куйидаги мутахассислар томонидан назорат қилинади: ўқитувчилар, нутк терапевтлари, психологлар, психоневрологлар, шифокорлар ва физиотерапия ўқитувчилари, педиатрлар, фито терапевтлари, массажчилар, арт терапия.

Жисмоний машқлар терапияси залидаги ҳар бир бола учун машғулотлар индивидуал дастур асосида ўтказилди.

### 3.3-жадвал

#### Ҳар бир муассасада даволаш ва реабилитациянинг қиёсий таҳлили

№	Даво ва реабилитация номи	СамМИ I-клиника неврология бўлими	РБИММ Самарқанд
1.	Стол 15.	+	-
2.	Медикаментоз даво	+	-
3.	Электрофорез	+	-
4.	Парафино-озокерит апликация	+	-
5.	Диадинамотерапия	+	-
6.	ЛФК-	+	+
7.	Массаж	+	+
8.	Гидрокинезотерапия	-	+
9.	Диффектолог хизмати	-	+
10.	Арттерапия-	-	+
11.	Сенсор хона	-	+
12.	Фитобар	-	+
13.	Монтессор	-	+
14.	Психолог	-	+
15.	Невропатолог	+	+
16.	Клиник даводан кейинги кузатув	-	-



Шундай қилиб ҳар бир муассасада олиб борилаётган даво ва реабилитация усуллари таққосланди. Клиник шароитда медикаментоз давога урғу берилган бўлиб, реабилитация усуллари қониқарли даражада эмаслиги аниқланди. Барча беморларга ташхиси ва ёшидан қатъий назар бир хил усулдаги физиотерапия муолажалари ўтказилиши аниқланди. Асосан физиотерапия усулларида калий йодли электрофорез 5-10 МА Вермель ва Шербак усулида қўлланилиши маълум бўлди. Деярли барча беморларга касаллик формасига қараб массаж 10 дақиқадан қилинди. Бундан ташқари даволовчи жисмоний тарбия усуллари ҳам 10 дақиқадан амалга оширилди. Ушбу усуллар 10 кунлик стационар даволаниш вақтида бажарилиб, бола уйига жавоб берилганда онанинг шуғулланиши ва шуғулланишга етарли малакаси бўлмаганлиги боис тўхтаб қолиб, кейинги стационар давогача болада қайта регресс кузатилган.

Реабилитация марказларида эса курс давомийлиги бир ой бўлгани боис ва реабилитация усуллари хилма хиллиги туфайли беморда самара курс охирида яққол намоён бўлди. Лекин реабилитация марказида физитерапевтик муолажалар йўқлиги боис, ушбу усулдан олинмаган фойда беморларда кўзга ташланди. Она уйда назорат бўлмагани боис аста секинлик билан шуғулланишни камайтириб бориб, бир оз муддатдан кейин батамом тўхтатиб қўйгани боис, бу беморларда ҳам аста секинлик билан регресс юзага келиши кузатилган. Стационар даволанишга нисбатан реабилитация марказида тикловчи терапияни ўтган беморларда қайта даволанишга келганида ҳолат нисбатан ижобийроқ эканлиги қайд этилди. Бундан ташқари оналар соғлигига эътиборни қаратиш, онада ҳомиладорликгача ва ҳомиладорликдаги касалликларга эътиборлироқ бўлиш, туғруқ жараёнларини назоратга олиш, болада илк чақалоклик давридаги ўзгаришларга аҳамият қаратишни, бу эса ўз навбатида касалликни эрта аниқланиши ва эрта даво реабилитация чоралари бошланишига ва беморда ижобий натижа юқори бўлишига олиб келади. Тадқиқотда иштирок этган болалар мия фалажи беморлар стационар даводан ва реабилитация марказида олиб борилган реабилитацион тадбирлардан кейин уй шароитида оналари билан биргаликда шуғулланишни давом эттиришди. Бунда оналарга қуйидаги усуллар

ўргатилиб ушбу усуллар ёрдамида она уй шароитида боласи билан узлуксиз, давомли шуғулланишни ташкил этди. Қуйидаги усуллар қўлланилди:

БМФ беморлар учун машқлар қуйидаги усуллар билан танланган: Антагонистик мушакларни кучайтириш машқлари, мушакларнинг кучланишини юмшатиш машқлари, ҳаракат доирасини кенгайтирадиган машқлар, тоник мушакларини бўшаштириш учун машқлар, қаршилик машқлари, мувозанатни яхшилаш машқлари, барча машқларнинг кучини аста-секин ошириш керак, болаларни кундалик маҳоратга ўргатиш, ўз-ўзига хизматни ёрдамсиз ўргатади, болаларга асосий меҳнат фаолияти тўғрисида билим бериш.

### Классик терапевтик уқалаш

Уқалашнинг қуйидаги турлари ишлатилди: силамок, силкитиш, текислаш, тебраниш. Ушбу массаж техникаси спастик мушакларни бўшаштиради. Чуқур суқалаш функционал заифлашган ва гипотоник мушакларни рағбатлантириш учун ҳам ишлатилган. Ушбу массаж усуллари контрактуралар бўлмаган тақдирда қўлланилади. Одатда, умумий массаж бўйин, орқа, оёқ-қўллардан бошлаб қўлланилади. Оёқнинг олд, орқа, ички, ташқи соҳалари интенсив равишда массаж қилинади. Шунингдек, сегментар массаж жуда самарали ҳисобланади, айниқса гиперкинетик шакллар учун мия фалажигга чалинган болаларда кўтарилган тонусларни камайтириш учун фойдаланилди. Ушбу турдаги массаж, айниқса, бел ва думғаза соҳаларида тонусни камайтириш учун жуда муҳимдир (L<sub>1</sub>—S<sub>IV</sub> сегментлар). Мия фалажининг атоник шаклларида сегментал массаж комбинациялашган, силаш, ҳаракатлантириш, арралаш, сўнгра чўзиш ва ниҳоят тебраниш билан қўлланилади. Ҳеч қандай ҳолатда қўпол тебраниш ишлатилмайди, чунки бу асабий қўзғалувчанлик ва тонуснинг ошишига олиб келиши мумкин.

БМФ да ҳаракатланиш бузилишларини даволашда қуйидаги усуллар қўлланилди: (Даволовчи жисмоний тарбия машқларини бажаришда кўкаришлар, айниқса калла соҳасига тегинишдан қочиш

керак. Балансини мустақил равишда ушлаб тура олмайдиган болаларда турли хил тикилган дубулгалардан фойдаланилади.)

**Семенова усули (СССР).** Ушбу усул барча ёш гуруҳлари ва шаклларига ҳам татбиқ етилган. Усулдан асосий мақсад диққатни олиб ташлаш миянинг пастки қисмида патологик фаолликни пасайтиради, бу эса тоник мушаклар фаолиятини фаоллаштиради. Махсус машқлар беланчак, шар, батут, айланадиган стул ва бошқалар ёрдамида қўлланилади.

**Тарднер методологияси (Франция).** Ушбу усул ёши каттарок беморлар учун одатдаги ҳаёт фаолиятида зарур бўлган турли хил мотор қобилиятларини эгаллашга кўпроқ мос келади. Бундай ҳолда, барча ҳаракатлар касалликни юмшатиш ва бартараф этишга қаратилган.

### **Жисмоний фаолликни яхшилаш бўйича машқлар.**

Ўтира оладиган болалар учун қуйидаги машқлар қўлланилади. Бола онанинг ёки инструкторнинг этагида ўтиради ва кафтларини боланинг елкасига қўяди ва болага осонликча ёрдам бериб, боладан тиз чўктиришни сўрайди, болани қўлтиқ остидан ушлаб туриб, ҳаракатларни бошлавади. Бундай ҳолда болани мувозанатни сақлашга ҳаракат қиладиган тарзда силкитиб қўйиш керак

**Қўшимчаларни мустаҳкамлаш бўйича машқлар.** БМФ беморларда, марказий асаб тизимидаги бузилишлардан ташқари, ҳаёт давомида иккинчи марта асаб ва мушак толалари, бўғинлар, боғламларда ҳаракатга оид ўзгаришлар юз беради. [50; 30-32б., 69; 52-57б].

Бунинг учун қуйидаги машқлар бажарилди: оқада ётиб, бу оёқни маҳкамлаш учун бир оёқни очинг, **иккинчи оёқни тиззангизга секин эгиб** олинади ва ейилмайди. Ушбу машқлар ҳар бир оёқ учун алмаштирилади; иккала оёқни тиззага ётган ҳолда тиклаб ва текисланади; қоринда ётган ҳолда инструктор ёки она бир қўли билан боланинг икки қўлини ушлаб турса, бошқа қўли билан болани бел қисмини енгил ҳаракатлар билан ушлайди, танани юқорига ва пастга кўтаради.

## Гидрокинезитерапия

Гидрокинезитерапия ёрдамида куйидаги машқлар бажарилди. Гидрокинезитерапиядан фойдаланиш спастик қисқарган мушакларни бўшатишга ёрдам берди. Ушбу процедура ҳар кун беморнинг ёшига қараб 20-25 дақиқа давомида қабул қилинади: оёқларнинг қўшилиши ва ажратилиши (ўн мартагача), оёқларни юқорига кўтариб, ён томонга ёйиш (ўн мартагача), болани қорнига ётқизиш, оёқларини кўтариш (ўн мартагача), гўдакни қорнидан ушлаб, ўзини ўзи сузаётгандек сузиб қўйишига имкон бериш.

## Ўйин машқлари

Ўйин машқлари ота-оналарнинг имкониятларига қараб алоҳида танланган. Бунинг учун турли хил конструкторлардан фойдаланиш мумкин. Шу билан бирга, болани рангларни, ўлчамларни ажратиш учун қўл келади. Қизлар кўғирчоқга кийиниш, ечинишни ўргатиш мумкин. Турли хил таомларни таомланиш уларга улардан қандай фойдаланишни ўргатилади. Ўғил болалар учун ҳар хил моделдаги ўйинчоқ машиналари, ҳар хил ўлчамдаги, ҳар хил рангдаги танланади. Уларнинг орасидаги фарқни тафовутлаш ўргатилади. Совун пуфакчаларини пуфлаш учун суюқликдан фойдаланишингиз мумкин, бу бола учун жуда қизиқарли ва ижобий ҳиссиётдир. Ўйин табиатининг машқларини бажаришда боланинг ҳиссий ва иродавий ҳолати ҳисобга олинади.

Тадқиқотда стационар босқичда, ихтисослаштирилган муассасаларда, амбулатория шароитида ва уйда ота-оналар билан даволаниш усуллари ўрганилади. Бундан ташқари, тадқиқотга ота-оналар билан ишлаш қўшилди. Шунини таъкидлаш керакки, ушбу бирлаштирилган кўп тармоқли ёндашувларнинг барчаси Ўзбекистон соғлиқни сақлаш соҳасида биринчи марта амалга оширилди. Ҳар бир бемор учун индивидуал равишда ишлаб чиқилган комплекс реабилитация ижобий натижалар берди. Реабилитация жараёнида реабилитологлар, невропатологлар, машқлар терапияси бўйича ўқитувчилар, массаж терапевтлари, логопедлар, касб-ҳунар

терапевтлари, сув процедуралари бўйича инструкторлар, оила аъзолари ва мия фалажли болалар ўзлари катнашдилар.

Ушбу тадқиқотга қўшилиш мезонлари: 5-15 ёшгача; БМФ ташхисининг мавжудлиги; ушбу тадқиқот учун ота-оналарнинг розилиги.

Четлатиш мезонлари: тўлиқ парез ёки фалаж, ота-оналарнинг розилиги йўқлиги, тез-тез тутканок, оғир рухий касалликлар, бўғимлар анкилозаси, оёқ-қўлларнинг қаттиқ контрактураси - соматик патология.

Шундай қилиб олиб борилаётган тадқиқот учун асосий мезон даволашнинг медикаментоз усуллари ва амбулатор усулларга яна қўшимча ота-онанинг уй шароитидаги юқорида кўрсатилаган реабилитацион йўналишлар орқали комплекс ёндашувнинг узлуксизлигини таъминлашдан иборат.

#### IV БОБ. ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОН ТАҲЛИЛ. БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИДА ҚЎЛЛАНИЛГАН КОМПЛЕКС ТЕРАПИЯ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯНИ БАҲОЛАШ

БМФ беморлар учун реабилитация дастурини ишлаб чиқишдан асосий мақсад комплекс ёндашувларни ўрганиш, реабилитация жараёнининг асосий йўналиши реабилитация потенциални аниқлашдан иборат бўлиб, у асаб-руҳий касалликларни, организмнинг функционал имкониятларини, органик нуқсонни баҳолаб, миyaning асаб тизими ва нейрофизиологик фаолиятини тиклашни ўз зиммасига олади. [33; 1117-11256., 96; 234-2366]

Мия фалажигга чалинган беморларни реабилитация қилиш нафақат мамлакатимизда, балки чет элларда ҳам долзарб ва ижтимоий аҳамиятга эга муаммолардан биридир.

Ҳозирги кунда аксарият мамлакатларда болалар мия фалажигга чалинган беморлар сонининг кўпайиши тенденцияси кузатилмоқда [37; 130-1746]. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, чет элда ҳам, бизнинг мамлакатимизда ҳам бундай беморлар сони кўпаймоқда [29; 2156].

Реабилитациянинг асосий усули бу беморнинг аҳволи ва ёшига қараб белгиланадиган тиббий-тарбияловчи ишлар вазифаларига мувофиқ махсус танланган усуллардир. Мураккаб даволашнинг бошқа воситаларидан фарқли ўлароқ, даволаш гимнастикаси беморни ва унинг ота-онасини реабилитация жараёнида фаол иштирок этишни талаб қилади, пассив ҳаракатларни амалга оширишда унинг диққатини жамлашдан бошлаб, мураккаб ҳаракатларгача тортиб мустақил бажарилишини ташаббус қилади.

Ушбу тамойилларга риоя қилиш БМФда ҳаракатланиш бузилишларини реабилитация қилиш жараёнининг ўзига хос хусусиятларини озми-кўпми тўлиқ ҳисобга олишга ва эришилган натижаларни сақлаб қолишга имкон беради [7; 43-456., 65; 230-2326., 78; 303-3076., 86; 5846., 102; 3666., 103; 1286].

#### **§4.1. Тадқиқотни ташкил этиш. Беморларнинг умумий хусусиятлари**

Беморлар тўғрисидаги маълумотлар индивидуал реабилитацион ва стационар карталардан олинди. Клиник ва клиникадан кейинги реабилитация текширувлари натижалари ва уларнинг қай даражада самарадорлиги диққат билан ўрганилди. Неврологик ҳолат бузилишлари (ҳаракат, сезги ва нутқ) умумий усул бўйича таҳлил қилинди.

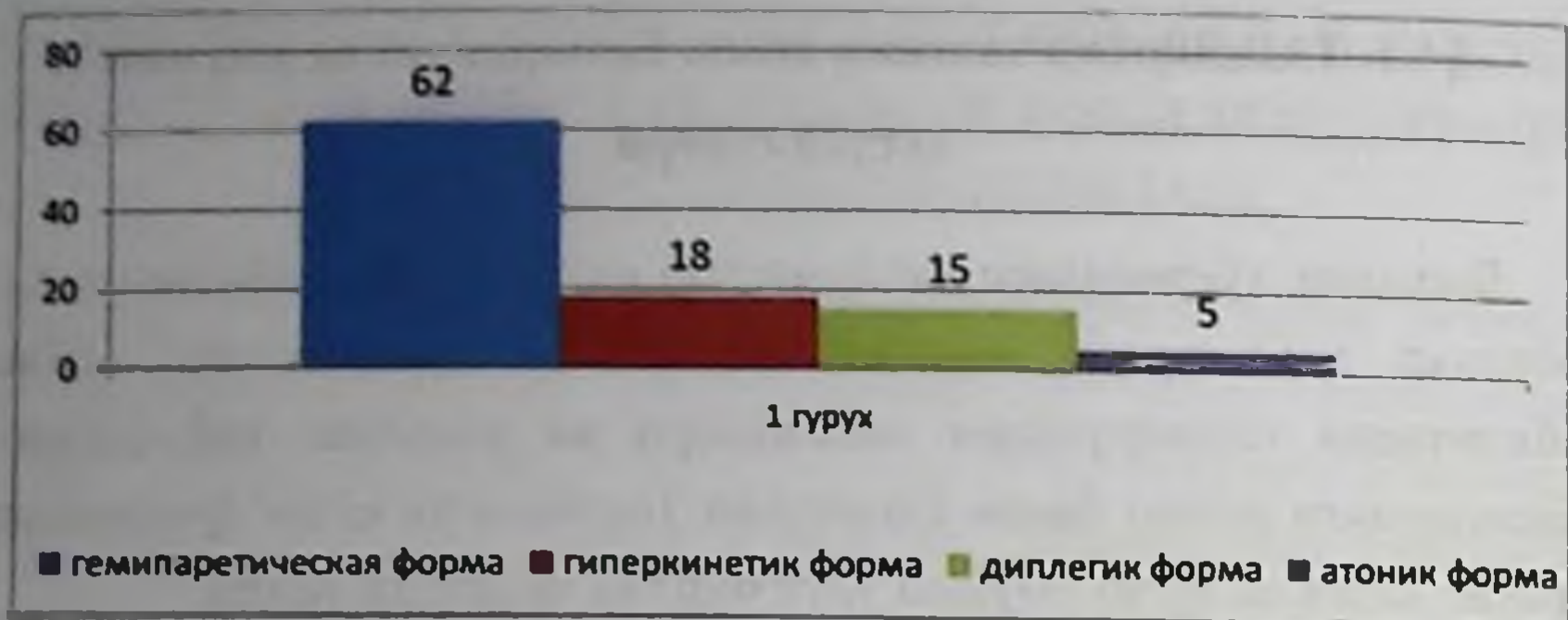
#### **Болалар мия фалажлиги шакллари ва неврологик хусусиятлари таҳлили**

Тадақиқотимизда 108 та БМФ беморлар иштирок этишди. Беморлар ёши 4-15 ёш. Беморлар ёшига доир 2 гуруҳга бўлинди. 4-7 ёш-45 бемор, ҳамда 8-15 ёш 63 бемор. Ушбу беморлар БМФ шакллари бўйича барча беморларга БМФ(МКБ – 10 G80 коди бўйича) таъхиси қўйилган. Шундан 4-7 ёш оралиғи беморлар: спастик диплегик форма (G80,0)- 7та; гиперкинетик форма(G80,3)- 8та; гемипаретик форма(G80,2)- 28; атоник форма(G80,4) -2 та. 15-18 ёш беморлар спастик диплегик форма (G80,0)- 10та; гиперкинетик форма(G80,3)- 10та; гемипаретик форма(G80,2)- 38; атоник форма(G80,4) -5 та.

4-7 ёшгача бшлган БМФ таъхисига кўра 45 нафар нафар бола жами ўрганилди. Улардан гемипаретик шакли 62% ни ташкил қилади(мия фалажига чалинган 28 бола); гиперкинетик шакл – 17,8%(мия фалажига чалинган 8 бола); спастик диплегик шакл – 15,5%(мия фалажига чалинган 7 бола); атоник шакл – 4,5%(мия фалажига чалинган 2 бола).

БМФ 8-12 ёш беморлари, гемиплегик шакл – 60,5% (БМФ бўлган 38 бемор); гиперкинетик шакл - 16%( 10бемор); спастик диплегик шакл - 16%( 10 бемор); атоник шакл - 8%( 5 нафар).

Шунингдек, тадақиқотда қатнашадиган боланинг анамнезида онасида қанча аборт қилинганлиги ўрганилди. Умумий 108 бола оналари, 19,5%(21 оналар) аборт қилмаганлар; 1 та аборт қилган 33,5%(36 она); 22,2%(24 она) 2 марта аборт қилган; 3 марта аборт қилган 17,6%(19 она); 4 та аборт қилган 7,2%(8 она).



4.1.1-расм. 4-7 ёшинг текширилаётган контингентининг БМФ шакл бўйича кўрсаткичи



4.1.2-расм. 8-15 ёш беморларнинг текширилаётган контингентининг БМФ шакл бўйича кўрсаткичи

Ушбу кўрсаткични ўрганишдан мақсад онанинг абортлари сони, кейинги туғиладиган фарзандда БМФ билан туғилиш эҳтимоли неча фоизлигини амалда кўришдан иборат бўлиб, ўрганишлар она абортининг ҳомила касаллик билан туғилишига аҳамияти жуда кам фоизлигини кўрсатди.

Туғруқ ва ҳомиладорлик асоратлари боланинг БМФ билан туғилишига таъсир қилиши мумкин. Ушбу кўрсаткичларни таҳлил қилишдан мақсад, оналар ҳомиладорлиги асоратларини олдини олиш, онадаги ҳомиладорликкача бўлган касалликларни эрта аниқлаш ва ўз вақтида даволаниб кейин ҳомиладорликни режалаштириш, соғлом турмуш тарзига риоя қилиш, ҳомиладорлик вақтида онадаги патологик



ўзгаришларни ўз вақтида аниқлаб, профилактик даво чораларини кўришдан иборат.

4.1.1-жадвал

Беморлар ташхис шакллари ва жинси бўйича кўрсаткич

диагноз	аёл		эркак		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
4-7 ёш						
атоник шакл	1	6,7	1	3,3	2	4,4
гемипаретик шакл	10	66,7	18	60,0	28	62,2
гиперкинетик шакл	2	13,3	6	20,0	8	17,8
спастик диплегик шакл	2	13,3	5	16,7	7	15,6
8-12 ёш						
атоник шакл	0	0	3	10,0	3	6,5
гемипаретик шакл	8	50,0	21	70,0	29	63,0
гиперкинетик шакл	3	18,8	5	16,7	8	17,4
спастик диплегик шакл	5	31,3	1	3,3	6	13,0
13-15 ёш						
атоник шакл	1	10,0	1	14,3	2	11,8
гемипаретик шакл	7	70,0	2	28,6	9	52,9
гиперкинетик шакл	1	10,0	1	14,3	2	11,8
спастик диплегик шакл	1	10,0	3	42,9	4	23,5



4.1.3-расм. Текширилаётган контингентдаги оналар ўртасида абортлар сонининг кўрсаткичи

## Ушбу ҳомладорликда туғруқнинг асоратлари

Туғруқ асорати	Туғруқ даврининг чўзилганлиги	Қийин кечиши	Қиндик ўралиши	Туғруқ фаолияти суст	асоратсиз
Умумий оналар сони 108 та	15,5%-17 ҳолат	14,8%-16 ҳолат	14,8%-16 ҳолат	17,5%-19 ҳолат	37%-40 ҳолат

## Чақалокда эрта туғруқ даври асоратлари

Чақалокда эрта туғруқ даври асоратлари	Гемолитик касаллик	Гипербилирубенимия	Йўқ
Умумий оналар сони 108 та	11-10%	31-28,7%	66-61,2%

Чақалокларда эрта туғруқ даври асоратларини ўрганиш шуни маълум қилдики, кам фоизда бўлса ҳам болада эрта туғруқ даври асоратлари ҳам кейинчалик БМФ га олиб келиши мумкин экан. Ушбу таҳлил болаларда туғруқдан кейинги даврда эътиборлироқ бўлишни, чақалокларда арзимас бўлиб кўринган белгиларга амалий аҳамият бериш келажакда олиб келиши мумкин бўлаган асоратлар олдини олишда ўз аҳамиятини касб этади.

Туғилганда ҳар бир бола учун Апгар шкаласи ўрганилган. Апгар бўйича 5 балл олган болалар 9,2% (10 бола); 27,7% (30 бола) учун 6 балл; 51,8% (56 бола) учун 7 балл; 11% учун 8 балл (12 бола);

Апгар шкаласи таҳлилидан маълум бўлдики, шкаланинг пастлиги касалликга олиб келиш эҳтимолини оширар экан. БМФ ўрганишдан маълум бўлишича ушбу касаллик асосий ривожланиши эрта туғилган чақалокларда кузатилди. Табиийки эрта туғилган чақалокларда Апгар шкала кўрсаткичи ҳам паст бўлади.



**4.1.5-расм. Боланинг туғилишидаги Апгар шкаласи кўрсаткичи**

Болалар ҳомиладорликнинг қайси даврида туғилганлини ўрганиш таҳлили. 1-гурух ҳомиладорликнинг 7-ойида 31,5% (34 бола) да туғилди; Ҳомиладорликнинг 8-ойида 1,9% оналар (2 ҳолат); Оналарнинг 66,6% (72 бола) ҳомиладорликнинг 9-ойида туғди.



**4.1.6-расм. Ҳомиладорликнинг қайси босқичида туғилиш даражаси кўрсаткичи**

Ушбу кўрстакчи боланинг канча эрта туғилиши шунчалик БМФ ривожланишига туртки бўлишини кўрсатди. Шундай қилиб она ҳомиладорлигида эътиборлироқ бўлиш, экстрагенитал ва генитал касалликларни ўз вақтида аниқлаб уни бартараф этиш ҳомилаи ўз вақтида туғилишига олиб келади ва бола соғлигини кафолатлаши мумкин.

Шунингдек, анамнез таҳлилида муайян ҳомиладорликда нечта ҳомила бўлганлиги ўрганилди. 89,8% (97 ҳолат) - 1 ҳомила ва 10,2% (11 ҳолат) 2 ҳомилали ҳомиладорлик текширилаётган оналарда қайд этилган.



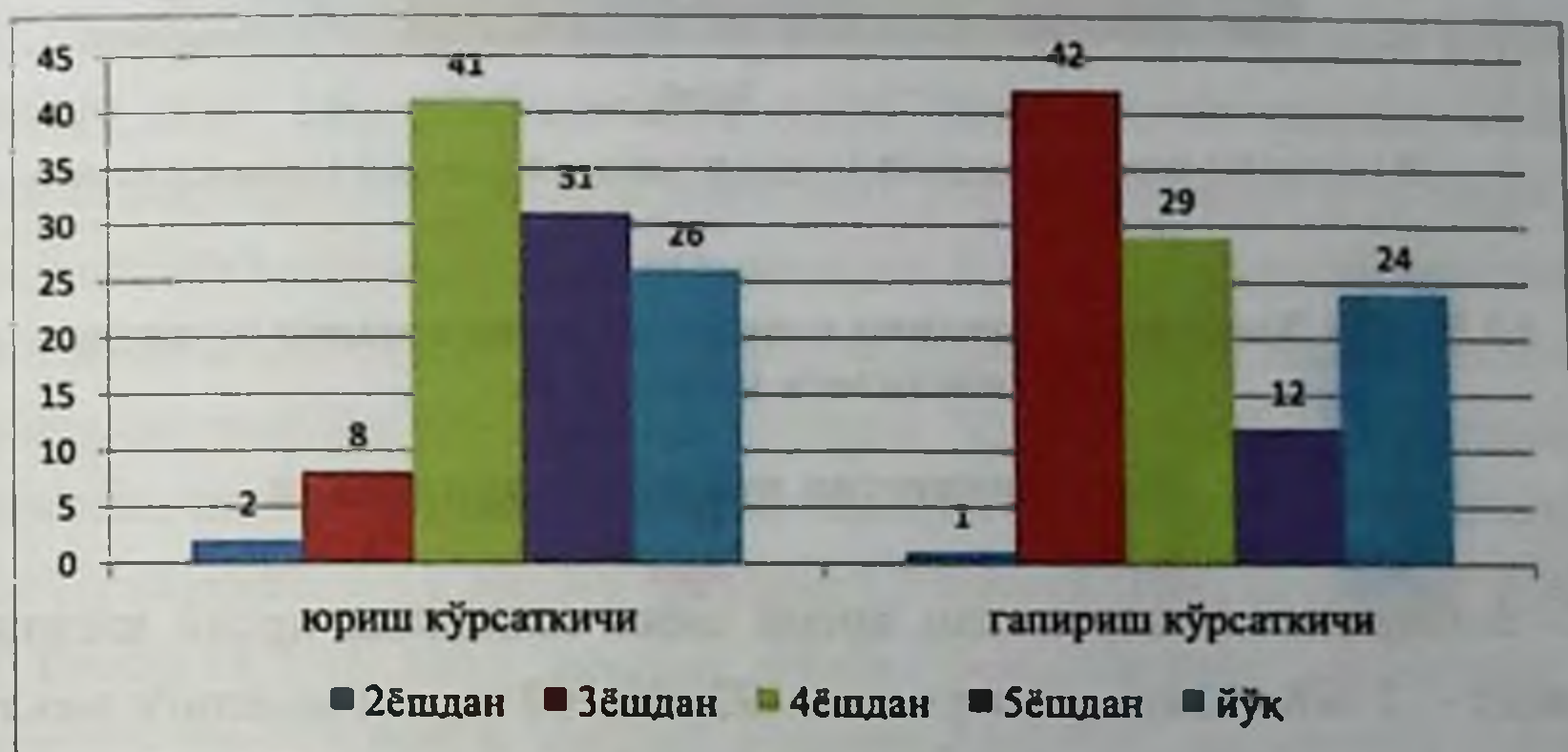
4.1.7-расм. Муайяни ҳомиладорликдаги ҳомила сони кўрсаткичи

4.1.4-жадвал

Онанинг ушбу ҳомиладорликгача ва ҳомиладорлик вақтидаги касалликлари

	Ушбу ҳомиладорликда онанинг ўтказган касалликлари	Онанинг ҳомиладорликгача ўтказган касалликлари
Гипертония касаллиги	10-9.2%	10-9.2%
Гепатит А		4-3.7%
ЎРВИ	16-14,8%	39-38,4%
Сурункали пиелонефрит	9-8.3%	9-8,3
Сурункали холецистит		1-0,9%
Зоб	4-3.7%	5-4,6%
Йўқ	69-63,8%	14-37%

Болалар юришни ва нутқ ривожланиши вақти ўрганилганда рўйхатга олинган болалари 2 ёшдан бошлаб юришни бошлаган 1,8% (2 бола) ва 2 ёшдан бошлаб нутқ ривожланган 0,9% (1 та ҳолат); 3 ёшдан бошлаб юрган болалар 7,4% (8 ҳолат) ва нутқ 39% (42 ҳолат); 4 ёшдан бошлаб юрган болалар 38%; (41 бола) ва нутқ 18,5% (29 ҳолат); 5 ёшидан 28,7% (31 бола) юришни бошлади, нутқ ривожланиши бошлаганлар 1,8% (12 бола). Юрмайдиган беморлар 24% (26 бола) ва нутқ ривожланмаганлар 3,7% (24 бола)



4.1.8-расм. Боланинг қайси ёшдан юрганлиги ва нутқ ривожланиш бошланганлиги кўрсаткичи

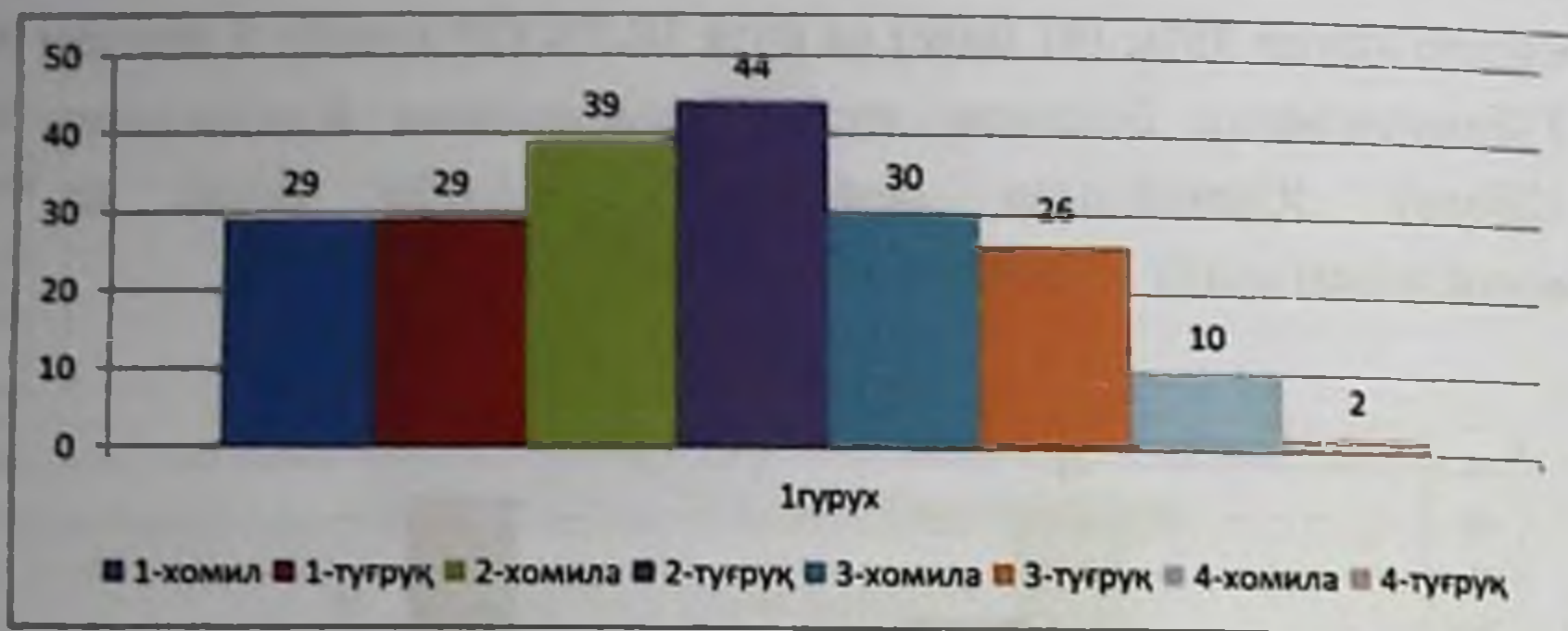
4.1.5-жадвал

БМФ беморларнинг вирусли инфекциялари билан касалланиш даражаси

	йўқ	кам	Ха
Боланинг вирус инфекциялар билан оғриши	30-27,8%	24-22,2%	54-50%

Бундан ташқари нечанчи ҳомиладорлик ва нечанчи туғруқдан муайян бола туғилганлиги ҳам ўрганиб чиқилди. 1-ҳомиладорлик 26,8% (29); 36% (39) онада 2-ҳомиладорлик; 27,7% (30) онада 3-ҳомиладорлик

ва 9,2% (10) онада 4-хомиладорлик. Шунингдек туғрукнин нечанчилиги 26,8%да (29) биринчи туғрук; 40,7% (44) онада 2-туғрук; 24% (26) онада 3- туғрук ва 1,85% (2) онада 4- туғрук.



4.1.9-расм. Ушбу бемор нечанчи ҳомиладорлик ва печанчи туғруқдан туғилганлиги кўрсаткичи

#### §4.2 Анамнестик маълумотлар таҳлили

Анамнестик маълумотдан ирсий омил таҳлилида ирсий касаллик мавжуд -7,5%(8 ҳолат), мавжуд эмас -92,5%(100 ҳолат) эканлиги маълум бўлди. Олиб борилган ўрганиш шуни кўрсатадики, ирсий омилнинг таъсири БМФ билан касаллик пайдо бўлишида юқори аҳамият касб этмайди.

Айни вақтда боланинг ким томондан парварিশ қилинаётгани олиб борилиши керак бўлаг реабилитация учун муҳим саналади. Бола онаси билан ўзини нисбатан эркин ҳисоблайди ва бу болани тезроқ ижобий самара олишига ёрдам беради. Ушбу таҳлилда она 92,5%(100-ҳолат), буви 5,6%(6 та ҳолат), бошқа шахс 1,8%(2-ҳолат) эканлиги маълум бўлди.

Оналардаги ёмон одатлари таҳлил қилинганда 99%(107 ҳолат)да салбий одатлари инкор этилди. Фақатгина 1%(1ҳолат)да салбий одат борлиги аниқланди. Ўрганишимиздан мақсад онанинг салбий одатлари бемор бола туғилишида қанчалик аҳамият касб этишини аниқлаш ҳисобланади.

## Бемор стационар даволаниш кўрсаткичи

Беморнинг стационар даволангани сони	1 марта	2 марта	3 марта	4 марта	5 марта	6 марта	7 марта	8 марта
	20 та бемор- 1,8%	34 бемор- 31,5%	22 бемор- 20,4%	17 бемор- 15,8%	7 бемор- 6,5%	6 бемор- 5,6%	-	2 бемор- 1,8%

Ушбу даволаниш натижаси ҳам оналардан ўрганилганда аксарият оналар даво ёки реабилитация олиб борилаётган вақтда ижобий ўзгаришлар кўрганликларини, аммо вақт ўтиб бу ўзгариш аста секин яна асл ҳолатига қайтганлигини таъкидлашди. Клиник шароитда даволанган болаларга нисбатан РБИММда реабилитация усуллари билан тикланган болаларда ижобий ўзгаришлар кўпроқ қайд этилиб, бу болаларда регрессия нисбатан кам кузатилган. Клиник шароитда ижобий ўзгариш кам 18 бемор (34, 6%); мусбат ўзгариш 12 бемор (23%); ва нисбий мусбат 22 бемор (42,3%) қайд этилган бўлса, реабилитация марказида эса ўзгариш кам 26 (46%); мусбат ўзгариш-14 (25%); ва нисбий мусбат-16 (28,%) ни ташкил этади. Шунини инобатга олиш керакки, ушбу натижада боланинг даволанганидан энг камида 6 ой ўтгандан кейинги ахволини назарда тутилди. Бундан кўриниб турибдики, бола уй шароитига қайтганидан сўнг она боласи билан деярли кўп ҳолатда шуғулланмаган ва болада пайдо бўлган ижобий ўзгаришлар регрессияга учраган.

Ҳомиладорлик пайтида муайян ҳомиладорликда жароҳат олган ёки олмаганлиги таҳлил қилинди, жароҳат олмаган оналар -95,5% (103 ҳолат), жароҳат олган оналар -4,5% (5 ҳолат).

Муайян боладаги туғруқ пайтида онанинг ёши ҳам ўрганилганда 20-30 ёшда 84,2% (91 ҳолат) ва 30-40 ёшда 15,7% (17 ҳолат) туғруқ содир бўлганлиги аниқланди. Ушбу маълумот оналарнинг туғиш ёши нормал фертил ёшига тўлиқ мос келганини кўрсатди.

Оилада бошқа болалар соғлиги таҳлили: соғлом болалар - 96,8% (104 ҳолат) ва соғлигида нуқсон бор болалар 3,2% (4 ҳолат) да аниқланди.

Ушбу маълумот бола оиласида бошқа бемор фарзанд бўлмаслиги онанинг муайян болага эътиборни максимал қарата олишига кўмаклашади.

БМФ беморларнинг бошқа болалар биландан мулоқоти ҳам ўрганилди. Оналарнинг эмоционал иродали ҳолати болаларнинг бошқа болалар билан мулоқотида муҳим рол ўйнайди. Шу муносабат билан муаммоли боласи бўлган оилаларни психологик қўллаб-қувватлаш доирасида, аввало, оналарнинг психологик ҳолатига эътибор қаратиш лозим. Ўрганилганда мулоқотга тез кириша оладиган беморлар 20,3%% (22 ҳолат), оз мулоқот 50% (54 ҳолат) ва мулоқот қилмайдиган болалар 29,6% (32 ҳолат)да эканлиги маълум бўлди. Бола тарбиясида ва савияли шуғулланишида онанинг ўрни бекиёслиги инобатга олиниб онанинг маълумоти таҳлил қилинганда ўрганилган болаларнинг оналари 29,6% (31 ҳолат) маълумотга эга эмас, 70,3% (76 ҳолат) ўрта маълумотга эга; олий маълумот фақатгина 1 та онада қайд этилди-0,92%.. Келажакда оналарни маълумотига эътибор қаратиш ногирон бола туғилиш эҳтимоллини пасайтиришини ушбу маълумот исботлаб берди.

Ота-онанинг ўз уйи бўлишлиги уларнинг хотиржам боласи билан шуғуллана олишига замин яратади. Ўрганилган болаларнинг ота-оналари 80,5%(87 ҳолат) ўз уйларига эга ва 19,5%(21 ҳолат) ўз уйларига эга эмаслиги аниқланди.

Оилалар учун моддий шароитлар ҳолати таҳлил қилинганда қуйидагилар аниқланди. Табиийки, моддий шароит оила аъзоларига, ота-онанинг иш ҳақиға боғлиқ, бундан ташқари, агар онаси касал боласи билан уйда ўтиришга мажбур бўлса, унда оиланинг барча оғирлигини фақат отаси ўз зиммасига олиши керак. Олиб борган тадқиқот шуни кўрсатдики, ўрта ва кам таъминланган оилаларда ирсий патологияга эга болаларнинг кўпроқ туғилиши кузатилган.

4.2.2-жадвал

**Оиладаги иқтисодий ҳолат кўрсаткичи**

Оиладаги иқтисодий ҳолат	Яхши	ўрта	салбий
п-108	10оила-9,2%	79оила-73,1%	19оила-17,6%



Адабий манбаларнинг амалиёти ва таҳлили шуни кўрсатдики, БМФ бўлган онлани ўрганиш ота-оналарнинг руҳий саломатлиги ҳолатини ва онладаги умумий психологик муҳитнинг хусусиятларини баҳолашга қаратилган бўлиши керак; ота-оналарнинг психологик, педагогик, тиббий саводхонлигини баҳолаш; умуман онлада, "она-бола", "ота-бола"да муносабатлар услубини баҳолаш; боланинг истикболлари билан боғлиқ ҳолда ота-оналарнинг муносабатининг етарлилигини баҳолаш ва уларга амалий ёрдам кўрсатиш ижтимоий реабилитациянинг муҳим вазифаларидан саналади.

## У БОБ. ТАДҚИҚОТ ДИНАМИК ТАҲЛИЛИ. ҲАЁТ СИФАТИ ВА ШКАЛАЛАР ДИНАМИКАСИ.

### §5.1 Болалар бош мия фалажлиги ҳаёт сифати кўрсаткичлари натижалари.

Амалий тиббиётнинг энг муҳим принципи "касалликни эмас, балки беморни даволаш" бўлиб бу эса ХС кўрсаткичларини ўрганиш орқали амалга оширилиши мумкин. Ҳаёт сифатини ўрганиш учун анкетадан фойдаланиш онладаги ижтимоий ҳолатни ўрганишни кенгайтиришга имкон берди. БМФ бўлган беморлар PedsQL 4.0. Generic Core Scales.нинг махсус сўровномаси орқали таҳлил қилинди. Ушбу сўровномани тўлдиришда беморлар ота-онасининг жавоблари инобатга олинди. Ҳаёт сифатини ўрганиш бир неча критерийлар асосида олиб борилди: соғлик ва ҳаракат активлиги, боланинг хислари, бошқалар билан мулоқот, таълим ва ўрганиш қобилиятлари. Ушбу кўрсаткичлар асосида тадқиқот олди таҳлил қуйидаги натижаларни берди:

#### 5.1.1-жадвал

#### 4-7 ёш беморлар ҳаёт сифати кўрсаткичи

#### динамикаси. Соғлик ва ҳаракат активлиги кўрсаткичлари

Соғлик ва ҳаракат активлиги	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Юриш қийин	16,7±3,1	17,5±2,1	17,2±1,7	20,0±2,7	20,8±1,7	20,6±1,4
Югуруш қийин	6,7±3,0	6,7±2,1	6,7±1,7	18,3±3,0*	12,5±2,3*	14,4±1,9*
Спорт билан шуғулланиш қийин	20,0±2,7	19,2±2,0	19,4±1,6	21,7±2,3	20,8±1,7	21,1±1,4
Нарса ушлаш қийин	20,0±2,7	20,0±2,2	20,0±1,7	25,0±2,4	20,8±2,4	22,2±1,8
Кундалик мингуюлот қийин	15,0±3,3	12,5±2,3	13,3±1,9	20,0±2,7	18,3±2,4	18,9±1,8*
Қушимча мингуюлот қийин	21,7±2,3	22,5±1,4	22,2±1,2	35,0±4,1*	30,0±2,8*	31,7±2,3**
Қийфит	33,3±3,1	35,0±2,3	34,4±1,8	48,3±3,8**	46,7±2,0**	47,2±1,8***
Қувват кам	20,0±2,7	19,2±2,0	19,4±1,6	28,3±3,3*	30,0±2,2**	29,4±1,8***

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01; \*\*\*-P<0,001)

Соғлик ва ҳаракат активлиги динамикаси бўйича солиштириш кўрсаткичларда нисбатан ўзгариш кам кузатилди. Кайфият ва кувват кўрсаткичларида 7 ва 8 кўрсаткичларда анча реабилитациянинг самара берганлигини кўриш мумкин. Юриш ва югуриш кўрсаткичлари бўйича ижобий натижа паст кўрсаткични ташкил қилиб (\*-P<0,05) бу касалликда асосан ҳаракат таянч тизимнинг жароҳатланиши билан боғлиқ ҳисоблананди. Спорт билан шуғулланиш ва беморларнинг нарса ушлаши ҳам шу ҳаракат таянч тизим жароҳатлангани боис қайта тикланиш қийин кечганидан далолат беради(\*-P<0,05) Кайфият кўрсаткичида  $47,2 \pm 1,8$  (\*\*P<0,001), ҳамда беморда кувват кўрсаткичида ҳам умумий баҳолаганда  $29,4 \pm 1,8$  (\*\* P<0,001) яхши самара берганлигини кўриш мумкин бўлади. Беморлардаги кундалиқ машғулотлар ва қўшимча машғулотларда нисбатан ижобий натижа(\*\*-P<0,01) ни кўришимиз мумкин бўлади. Олиб борилган реабилитация ҳаракат таянч тизимида яққол ўзгариш кўзга ташланмаган бўлсада бемор кайфиятида ва кувватида ижобий кўрсаткичларни намоён этди.

### Бемор ҳиссиёт кўрсаткичлари динамикаси

5.1.2-жадвал

Менинг хисларим	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	Аёл	эркак	Умумий
Курқок	$20,0 \pm 2,7$	$25,0 \pm 1,2$	$23,3 \pm 1,2$	$40,0 \pm 3,3^{**}$	$40,0 \pm 2,3^{**}$	$40,0 \pm 1,8^{**}$
Тез хафа булади	$31,7 \pm 4,5$	$22,5 \pm 2,8$	$25,6 \pm 2,4$	$36,7 \pm 3,3$	$30,0 \pm 2,2^{\circ}$	$32,2 \pm 1,9^{\circ}$
Ғазабланади	$23,3 \pm 3,0$	$29,2 \pm 2,1$	$27,2 \pm 1,7$	$40,0 \pm 3,3^{**}$	$40,0 \pm 2,6^{**}$	$40,0 \pm 2,0^{**}$
Уйқуси ёмон	$15,0 \pm 4,1$	$25,8 \pm 2,5$	$22,2 \pm 2,3$	$40,0 \pm 3,3^{**}$	$37,5 \pm 2,6^{**}$	$38,3 \pm 2,0^{**}$
Ташвишли	$30,0 \pm 2,7$	$31,7 \pm 2,7$	$31,1 \pm 2,0$	$41,7 \pm 3,1^{\circ}$	$37,5 \pm 2,6$	$38,9 \pm 2,0^{\circ}$

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01; \*\*\*-P<0,001)

Бемордаги ҳиссиёт кўрсаткичлари кизларда барча 5 та кўрсаткич бўйича ижобий натижани намоён этди. Умумий олиб қараганимизда бемор уйқуси яхшиланганини (P<0,01) ва беморда ташвишлилик камайганини (P<0,01) кузатишимиз мумкин. Бемор ҳиссий

кўрсаткичларидан кўрқоклик ушбу беморларда яққол пасайганлигини (\*\*\*)- $P < 0,001$ ), ҳамда бемордаги эмоционал ҳолат ҳам ижобий томонга ўзгарганлигини (\*\*\*)- $P < 0,001$ ), ва яна беморлар уйқуси юқори кўрсаткичларда яхшиланганлиги (\*\*\*)- $P < 0,001$ ), агрессив ҳолат пасайганлигини (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) кузатиш мумкин.

### Бемордаги мулоқот кўникмалари динамикаси

5.1.3-жадвал

Бошқалар билан мулоқот	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Болалар билан уйинамайди	25,0±4,2	22,5±2,5	23,3±2,2	41,7±3,1*	45,0±1,9**	43,9±1,6**
Бошқа болалар у билан уйинамайди	18,3±3,0	20,8±2,7	20,0±2,0	40,0±3,3**	35,8±2,3**	37,2±1,9**
Бошқалар уни ёқтирмайди	23,3±3,0	30,0±1,9	27,8±1,6	36,7±4,1*	34,2±2,5	35,0±2,2*
Ёшига нисбатан ҳаракати сус	10,0±3,3	20,0±1,9	16,7±1,8	33,3±3,1***	36,7±2,6**	35,6±2,0**
Уйнашни хохламайди	23,3±1,7	25,2±2,3	24,6±1,7	38,3±3,3**	35,0±2,6*	36,1±2,0**

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли (\*- $P < 0,05$ ; \*\*- $P < 0,01$ ; \*\*\*- $P < 0,001$ )

Бемор мулоқот кўникмалари кўрсаткичи 5та кўрсаткич бўйича ҳам ижобий натижани кўрсатди. 1 кўрсаткич беморнинг бошқа болалар билан мулоқот қилиши ( $P < 0,001$ ), атрофдагиларга ёқиш кўрсаткичи ( $P < 0,001$ ), ёшига нисбатан ҳаракати ( $P < 0,001$ ), ҳамда бемордаги уйинга бўлган қизиқиш кўрсаткичи ҳам ( $P < 0,001$ ) ижобий самарани реабилитациядан сўнг берганлигини кўришимиз мумкин. Ушбу кўрсаткичда бемор мулоқот кўникмаси ҳам ижобий натижани бошқа болаларга нисбатан қизиқиши ортганидан (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) ва беморларнинг тиббий ҳамшира ва шифокор билан мулоқоти ижобий томонга (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) ўзгараганлигидан кўришимиз мумкин бўлади. Бемор ёшига нисбатан ҳаракатидаги сустлик юқори даражадаги ижобийликни (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) намоен этди, бу беморлар ўз тенгкўрларидан хар қанақа ҳолатда ҳам орқада қолганлиги аниқ бўлсада постреабилитацион тадбир олдингиси билан солиштирганда яққол ўзгариш бўлганлигини кўрсатиб берди.

## Бемор таълимга бўлган кизикиш кўрсаткичи динамикаси 4-7 ёш

5.1.4-жадвал

Таълимни	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Атрофга этиборсиз	30,0±5,0	36,7±2,9	34,4±2,5	21,7±4,1	17,5±3,8**	18,9±2,9**
Тез унитади	43,3±3,0	41,7±2,2	42,2±1,7	20,0±3,6***	23,3±2,4***	22,2±2,0***
Машгулотларни кийин бажаради	26,7±3,8	22,5±2,2	23,9±1,9	38,3±3,3*	38,3±2,3***	38,3±1,9***
Машгулотни хохлама	23,3±3,8	23,3±2,1	23,3±1,8	31,7±3,0	30,0±1,9*	30,6±1,6**
Ҳеч нарса хохламайди	23,3±4,5	20,0±2,5	21,1±2,2	40,0±3,3**	36,7±2,3***	37,8±1,9***

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш нишончли (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01; \*\*\*-P<0,001)

Ушбу кўрсаткичда атрофга нисбатан этиборда (P<0,01), бемор хотираси (P<0,001) анча ижобий самара берганини, бемор машгулотларни бажариши (P<0,001) беморда истак пайдо бўлганлигини ва беморда хошиш кўникмаси кўрсаткичида ҳам (P<0,01) силжиш кўриниб, бу олиб борилган комплексреабилитация самарасини кўрсатади. Ушбу ёш кўрсаткич бу беморлар ёшига нисбатан орқада қолишини ҳисобга оладиган бўлсак нисбатан анча сезилган бўлсада, лекин тадқиқот олди ва кейинги ҳолатни солиштирганда(\*\*\*-P<0,001) яққол ижобий кўрсаткич намоён этганлигини кўришимиз мумкин бўлади.

5.1.5-жадвал

## 8-12 ёш кўрсаткичлар ўзгариш динамикаси

Соғлиқ ва ҳаракат активлиги	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Юриш кийин	12,5±4,0	17,5±2,4	15,8±2,1	29,7±5,7*	34,2±3,3***	32,6±2,9***
югуруш кийин	12,5±3,2	15,0±2,6	14,1±2,0	31,3±4,8**	32,5±3,2***	32,1±2,7***
спорт билан шуғулланиш кийин	23,4±1,6	20,0±2,2	21,2±1,5	40,6±3,1***	43,3±2,7***	42,4±2,0***
нарса ушлаши кийин	20,3±2,5	17,5±2,1	18,5±1,6	39,1±4,2**	49,7±3,9***	46,0±3,0***
Кундалик машгулот кийин	23,4±4,3	26,7±2,7	25,5±2,3	43,8±5,5*	60,5±3,5***	54,7±3,2***
Қушямча машгулот кийин	9,4±3,1	18,3±2,4	15,2±2,0	67,5±6,8***	61,7±3,7***	53,3±3,8***
Кайфият	25,0±4,0	25,8±2,2	25,5±2,0	54,7±2,5***	60,8±2,3***	58,7±1,8***
Қувват кам	20,3±2,5	18,3±2,1	19,0±1,6	39,1±4,2**	49,7±3,9***	46,0±3,0***

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш нишончли (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01; \*\*\*-P<0,001)

Соғлик ва ҳаракат активлиги динамикаси бўйича солиштириш кўрсаткичларда нисбатан ўзгариш кам кузатилди. Кайфият ва қувват кўрсаткичларида анча реабилитациянинг самара берганлигини кўриш мумкин. Юриш ва югуриш кўрсаткичлари бўйича ижобий натижа паст кўрсаткични ташкил қилиб (\*- $P < 0,05$ ) бу касалликда асосан ҳаракат таянч тизимнинг жароҳатланиши билан боғлиқ ҳисоблананди. Спорт билан шуғулланиш ва беморларнинг нарса ушлаши ҳам шу ҳаракат таянч тизим жароҳатлангани боис қайта тикланиш қийин кечганидан далолат беради (\*- $P < 0,05$ ). Кайфият кўрсаткичида умумий баҳолаганда  $47,2 \pm 1,8$  \*\*\* ( $P < 0,001$ ), ҳамда беморда қувват кўрсаткичида ҳам умумий баҳолаганда  $29,4 \pm 1,8$  (\*\* $P < 0,001$ ) яхши самара берганлигини кўриш мумкин бўлади. Беморлардаги кундалик машғулотлар ва қўшимча машғулотларда нисбатан ижобий натижа (\*\*- $P < 0,01$ )ни кўришимиз мумкин бўлади. Олиб борилган реабилитация ҳаракат таянч тизимида нисбатан яққол ўзгариш намоён этмаган бўлсада бемор кайфиятида ва қувватида яққол ижобий кўрсаткичларни намоён этди.

Кайфият кўрсаткичида  $58,7 \pm 1,8$  (\*\* $P < 0,001$ ), ҳамда беморда қувват кўрсаткичида ҳам умумий баҳолаганда  $46,0 \pm 3,0$  (\*\* $P < 0,001$ ) яхши самара берганлигини кўриш мумкин. Умуман олганда ушбу ёшда барча кўрсаткичларда ижобий натижани ( $P < 0,001$ ) кўришимиз мумкин

5.1.6-жадвал

Бемор ҳиссиёт кўрсаткичлари динамикаси 8-12 ёш

Менинг хисларим	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Кўркок	$23,4 \pm 1,6$	$28,3 \pm 2,0$	$26,6 \pm 1,4$	$57,8 \pm 5,9^*$ ..	$64,2 \pm 3,1^*$ ..	$62,0 \pm 2,9^*$ ..
Тез хафа бўлади	$21,9 \pm 3,9$	$25,8 \pm 3,3$	$24,5 \pm 2,5$	$59,4 \pm 3,1^*$ ..	$55,0 \pm 1,9^*$ ..	$56,5 \pm 1,6^*$ ..
Ғазабланади	$17,2 \pm 3,8$	$16,7 \pm 2,5$	$16,8 \pm 2,1$	$64,1 \pm 3,2^*$ ..	$60,0 \pm 2,8^*$ ..	$61,4 \pm 2,2^*$ ..
Уйқуси ёмон	$18,8 \pm 3,6$	$15,8 \pm 2,5$	$16,8 \pm 2,1$	$65,6 \pm 3,1^*$ ..	$69,2 \pm 2,0^*$ ..	$67,9 \pm 1,7^*$ ..
Ташвишли	$17,2 \pm 3,8$	$15,0 \pm 2,3$	$15,8 \pm 2,0$	$64,1 \pm 3,2^*$ ..	$64,2 \pm 2,3^*$ ..	$64,1 \pm 1,8^*$ ..

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фаркланиш ишончли (\*\*\*)  $P < 0,001$ )

Бемордаги хиссиёт кўрсаткичлари кизларда барча 5та кўрсаткич бўйича ижобий натижани намоён этди. Умумий олиб караганимизда бемор уйқуси яхшиланганини ( $P < 0,01$ ) ва беморда ташвишлилик камайганини ( $P < 0,01$ ) кузатишимиз мумкин. Бемор хиссий кўрсаткичлари кўрқоклик ушбу беморларда яққол пасайганлигини (\*\*\*)- $P < 0,001$ ), ҳамда бемордаги эмоционал ҳолат ҳам ижобий томонга ўзгарганлигини (\*\*\*)- $P < 0,001$ ), ва яна беморлар уйқуси юқори кўрсаткичларда яхшиланганлиги (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) ва ушбу беморларда бўлган агрессив ҳолат пасайганлигини (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) кўришимиз мумкин.

### Бемор мулоқот кўникмалари 8-12 ёш

5.1.7-жадвал

Бошқалар билан мулоқот	Давогача			Даводан сўнг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Болалар билан ўйнамайди	23,4±1,6	24,2±1,9	23,9±1,3	59,4±6,0**	70,8±2,1**	66,8±2,6**
Бошқа болалар у билан уйнамайди	21,9±2,1	18,3±2,4	19,6±1,7	56,3±5,8**	60,0±2,8**	58,7±2,7**
Бошқалар уни ёқтирмайди	18,8±2,8	23,3±2,4	21,7±1,8	56,3±5,8**	61,7±2,9**	59,8±2,7**
Ёшига нисбатан ҳаракати сус	10,9±3,2	20,8±1,7	17,4±1,7	32,8±5,9**	36,7±3,3**	35,3±3,0**
Ўйнашни хохламайди	23,4±1,6	28,3±2,0	26,6±1,4	60,9±3,2**	60,0±2,6**	60,3±2,0**

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш натижаси (\*\*\*)- $P < 0,001$ )

Бемор мулоқот кўникмалари кўрсаткичи 5та кўрсаткич бўйича ҳам ижобий натижани кўрсатди. 1 кўрсаткич беморнинг бошқа болалар билан мулоқот қилиши ( $P < 0,001$ ), атрофдагиларга ёқиш кўрсаткичи  $P < 0,001$ , ёшига нисбатан ҳаракати ( $P < 0,001$ ), ҳамда бемордаги уйинга бўлган қизиқиш кўрсаткичи ҳам ( $P < 0,001$ ) ижобий самарани реабилитациядан сўнг берганлигини кўришимиз мумкин. Ушбу кўрсаткичда бемор мулоқот кўникмаси ҳам ижобий натижани бошқа болаларга нисбатан қизиқиши ортганидан (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) ва беморларнинг тиббий ҳамшира ва шифокор билан мулоқоти ижобий томонга (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) ўзгараганлигидан кўришимиз мумкин бўлади. Бемор ёшига нисбатан ҳаракатидаги сустлик юқори даражадаги ижобийликни (\*\*\*)- $P < 0,001$ )

намоён этди, бу беморлар ўз тенгқўрларидан ҳар қанақа ҳолатда ҳам орқада қолганлиги аниқ бўлсада постреабилитацион тадбир олдингиси билан солиштирганда яққол ўзгариш бўлганлигини кўрсатиб берди.

I кўрсаткич беморнинг бошқа болалар билан мулоқот қилиши ( $P < 0,001$ ), атрофдагиларга ёқиш кўрсаткичи ( $P < 0,001$ ), ёшига нисбатан ҳаракати ( $P < 0,001$ ), ҳамда бемордаги уйинга бўлган қикзиқиш кўрсаткичи ҳам ( $P < 0,001$ ) ижобий самарани реабилитациядан сўнг берганлигини кўришимиз мумкин.

### Бемор таълим кўникмалари

5.1.8-жадвал

Таълими	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Атрофга эътиборсиз	17,2±3,8	16,7±2,5	16,8±2,1	53,1±5,5**	62,5±2,9**	59,2±2,7**
Тез унитади	18,8±3,6	15,8±2,5	16,8±2,1	53,1±5,5**	51,7±2,7**	52,2±2,6**
Машғулотларни қийин бажаради	17,2±3,8	16,7±2,5	16,8±2,1	46,9±4,5**	55,8±3,5**	52,7±2,8**
Машғулотни хохлама	18,8±3,6	15,8±2,5	16,8±2,1	57,8±5,9**	67,9±2,7**	64,2±2,9**
Ҳеч нарса хохламайди	23,4±1,6	26,7±2,4	25,5±1,6	59,4±6,4**	75,0±3,9**	69,3±3,6**

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланш ишончли (\*\*\*)- $P < 0,001$ )

Ушбу кўрсаткичда атрофга нисбатан эътиборда ( $P < 0,001$ ), бемор хотираси ( $P < 0,001$ ) анча ижобий самара кузатилди. Бемор машғулотларни бажариш ( $P < 0,001$ ) истаги пайдо бўлганлигини ва беморда хошиш кўникмаси ( $P < 0,001$ ) комплексреабилитация самарасини кўрсатади. Бу ёшда ҳам беморда ижобий натижалар ушбу кўрсаткичлар бўйича ўз аксини кўрсатди. Болалар мия фалажи беморлар атрофга бўлган қизқиқиши реабилитацион тадбирлардан кейин анча сезиларли фонзга (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) ошганлиги кўришимиз мумкин. Ушбу беморлар хотирасида ҳам ижобий ўзгаришлар қайд этилиб беморлар кўрган нарсаларини эслаб қолиши нисбатан (\*\*\*)- $P < 0,001$ ) яхшиланганлиги кўрсаткичлар орқали кўришимиз мумкин.



13-15 ёш кўрсаткичлар тадқиқот олди ва кейин  
соғлиқ ва ҳаракат активлиги кўрсаткичи динамикаси

Соғлиқ ва ҳаракат активлиги	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Юриш кийин	17,5±3,8	3,6±3,6	11,8±3,1	22,5±4,5	14,3±5,1	19,1±3,4
югуруш кийин	5,0±3,3	0±0	2,9±2,0	12,5±4,2	7,1±4,6	10,3±3,1*
спорт билан шугулланиш кийин	17,5±3,8	3,6±3,6	11,8±3,1	22,5±4,5	14,3±5,1	19,1±3,4
нарсга ушлаш кийин	15,0±4,1	21,4±3,6	17,6±2,8	17,5±3,8	21,4±3,6	19,1±2,7
Кундалик машғулот кийин	15,0±4,1	3,6±3,6	10,3±3,1	20,0±3,3	14,3±5,1	17,6±2,8
Қушимча машғулот кийин	12,5±4,2	14,3±5,1	13,2±3,1	25,0±0*	25,0±0*	25,0±0**
Кайфият	17,5±3,8	17,9±4,6	17,6±2,8	37,5±4,2*	17,9±4,6	29,4±3,9*
Қувват кам	17,5±5,3	21,4±3,6	19,1±3,4	45,0±6,2*	42,9±7,1	44,1±4,6*

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқлавиш ишончли (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01)

Соғлиқ ва ҳаракат активлиги динамикаси бўйича солиштириш кўрсаткичларда нисбатан ўзгариш кам кузатилди. Ҳаракат таянч тизим жароҳатлангани боис қайта тикланиш кийин кечди(\*-P<0,05). Кайфият 47,2±1,8(\*\*P<0,001) ва қувват 29,4±1,8(\*\*P<0,001) кўрсаткичида ҳам умумий баҳолаганд яхши самара берганлигини кўриш мумкин бўлади. Беморлардаги кундалик машғулотлар ва қушимча машғулотларга нисбатан ижобий натижа(\*\*-P<0,01)ни кўришимиз мумкин бўлади. Олиб борилган реабилитация ҳаракат таянч тизимида нисбатан яққол ўзгариш намоён этмаган бўлсада бемор кайфиятида ва қувватида яққол ижобий кўрсаткичларни намоён этди.

Кайфият 58,7±1,8(\*\*P<0,001) ҳамда қувват кўрсаткичида 46,0±3,0(\*\*P<0,001) ҳам умумий баҳолаганда яхши самара берганлигини кўриш мумкин бўлади. Умуман олганда ушбу ёшда барча кўрсаткичларда ижобий натижани (P<0,001) кўришимиз мумкин.

Кайфият  $29,4 \pm 3,9$  ( $P < 0,05$ ) ҳамда беморда қувват кўрсаткичида ҳам умумий баҳолаганда  $44,1 \pm 4,6$  ( $P < 0,01$ ) яхши самара берганлигини кўриш мумкин бўлади. Умуман олганда ушбу ёшда барча кўрсаткичларда ижобий ўзгариш кам ( $P < 0,05$ ;  $P < 0,01$ ) кузатилганлигини кўришимиз мумкин, сабаби эса реабилитационинг кечикганлиги билан изоҳланади

### Бемор ҳиссиёт кўрсаткичлари динамикаси

5.1.10-жадвал

Меннинг хисларим	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Курқок	$17,5 \pm 3,8$	$17,9 \pm 4,6$	$17,6 \pm 2,8$	$37,5 \pm 4,2^{**}$	$32,1 \pm 4,6^*$	$35,3 \pm 3,1^{***}$
Тез хафа булади	$15,0 \pm 4,1$	$21,4 \pm 3,6$	$17,6 \pm 2,8$	$40,0 \pm 4,1^{***}$	$32,1 \pm 7,1$	$36,8 \pm 3,8^{***}$
Ғазабланади	$17,5 \pm 3,8$	$17,9 \pm 4,6$	$17,6 \pm 2,8$	$40,0 \pm 4,1^{**}$	$35,7 \pm 5,1^*$	$38,2 \pm 3,1^{***}$
Уйқуси ёмон	$15,0 \pm 4,1$	$21,4 \pm 3,6$	$17,6 \pm 2,8$	$35,2 \pm 4,2^{**}$	$32,1 \pm 4,6$	$33,9 \pm 3,0^{**}$
Ташвишли	$17,5 \pm 3,8$	$17,9 \pm 4,6$	$17,6 \pm 2,8$	$40,0 \pm 4,1^{**}$	$35,7 \pm 5,1^*$	$38,2 \pm 3,1^{***}$

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли ( $P < 0,05$ ;  $P < 0,01$ ;  $P < 0,001$ )

Бемордаги ҳиссиёт кўрсаткичлари кизларда барча 5та кўрсаткич бўйича ижобий натижани намоён этди. Умумий олиб қараганимизда бемор уйқуси яхшиланганини ( $P < 0,01$ ) ва беморда ташвишлилик камайганини ( $P < 0,01$ ) кузатишимиз мумкин. Умумий олиб қараганимизда бемор уйқуси яхшиланганини ( $P < 0,01$ ) ва беморда ташвишлилик камайганини ( $P < 0,01$ ) кузатишимиз мумкин. Бемор ҳиссий кўрсаткичлари кўрқоклик ушбу беморларда яққол пасайганлигини ( $P < 0,001$ ) ҳамда бемордаги эмоционал ҳолат ҳам ижобий томонга ўзгарганлигини ( $P < 0,001$ ) ва яна беморлар уйқуси юқори кўрсаткичларда яхшиланганлиги ( $P < 0,001$ ), агрессив ҳолат пасайганлигини ( $P < 0,001$ ) кузатишимиз мумкин.

Барча кўрсаткичлар бўйича ижобий самара ҳиссий кўрсаткичда ( $P < 0,001$ ) намоён этди. Олиб борилган реабилитацияда бемор ҳиссиётида ижобий ўзгариш ёш танламаслигини кўрсатди.

## Беморнинг мулоқот кўникмаси

5.1.11-жадвал

Бошқалар билан мулоқот	Давогача			Даводан сўнг		
	аёл	эркак	Умумий	аёл	эркак	Умумий
Болалар билан уйнамайдн	17,5±3,8	17,9±4,6	17,6±2,8	27,5±4,5	32,1±4,6*	29,4±3,2*
Бошқа болалар у биласн уйнамайдн	17,5±3,8	17,9±4,6	17,6±2,8	40,0±4,1**	35,7±5,1*	38,2±3,1***
Бошқалар уни ёқтирмайдн	15,0±4,1	21,4±3,6	17,6±2,8	40,0±4,1***	32,1±4,6	36,8±3,1***
Ёшига нисбатан ҳаракати сус	17,5±3,8	14,3±5,1	16,2±3,0	30,0±3,3*	28,6±3,6*	29,4±2,4**
Уйнашни хохламайдн	17,5±3,8	17,9±4,6	17,6±2,8	30,0±3,3*	28,6±3,6	29,4±2,4**

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01; \*\*\*-P<0,001).

Бемор мулоқот кўникмалари кўрсаткичи 5та кўрсаткич бўйича ҳам ижобий натижани кўрсатди. 1- кўрсаткич беморнинг бошқа болалар билан мулоқот қилиши (P<0,001) атрофдагиларга ёқиш кўрсаткичи (P<0,001), ёшига нисбата ҳаракати (P<0,001), ҳамда бемордаги уйинга бўлган қизиқиш кўрсаткичи ҳам (P<0,001) ижобий самарани берганлигини кўришимиз мумкин. Ушбу кўрсаткич бўйича ҳам гарчи комплекс реабилитация кеч бошланган бўлсада нисбатан ижобий (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01; \*\*\*-P<0,001) натижани кузатиш мумкин. Бемор ёшига нисбатан ҳаракатидаги сустлик юқори даражадаги ижобийликни(\*\*\*-P<0,001) намоён этди, бу беморлар ўз тенгқўрларидан хар қанака ҳолатда ҳам орқада қолганлиги аниқ бўлсада постреабилитацион тадбир олдингиси билан солиштирганда яққол ўзгариш бўлганлигини кўрсатиб берди.

Беморнинг бошқа болалар билан мулоқот қилиши(P<0,001), атрофдагиларга ёқиш кўрсаткичи(P<0,001), ёшига нисбатан ҳаракати (P<0,001) ҳамда бемордаги уйинга бўлган қизиқиш кўрсаткичи ҳам (P<0,001) ижобий самарани реабилитациядан сўнг берганлигини кўришимиз мумкин. Олиб борилган комплекс реабилитацион тадбирдан энг юқори самара бемор хиссий кўрсаткичларда қайд этилиб бу кейинги бошқа кўрсаткичларда ҳам ўз ифодасини топмасдан қўймади. Сабаби беморда эмоционал ҳолат кўтарилса машғулотларга бўлган қизиқиш ортиб бу ўз навбатида юқори ижобий кўрсаткичларни (\*\*\*-P<0,001) намоён этишига сабаб бўлади.

## Бемор таълим кўрсаткичи динамикаси

5.1.12-жадвал

Таълим	Давогача			Даводан сунг		
	аёл	эркак	Умумий	Аёл	эркак	Умумий
Атрофга эътиборсиз	15,0±4,1	21,4±3,6	17,6±2,8	32,5±3,8**	25,0±0	29,4±2,4**
Тез унитадн	20,0±3,3	14,3±5,1	17,6±2,8	40,0±4,1**	25,0±0°	33,8±3,0**
Машгулотларни кийин бажариш	15,0±4,1	21,4±3,6	17,6±2,8	32,5±5,3°	28,6±3,6	30,9±3,4**
Машгулотни хохлама	17,5±3,8	17,9±4,6	17,6±2,8	35,2±4,2**	32,1±4,6°	33,9±3,0°
Хеч нарса хохламайдн	15,0±4,1	14,3±5,1	14,7±3,1	30,0±5,0°	25,0±0°	27,9±2,9**

Изох: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01; \*\*\*-P<0,001)

Ушбу кўрсаткичда атрофга нисбатан эътиборда(P<0,001), бемор хотираси(P<0,001), бемор машгулотларни бажариш(P<0,001), истаги пайдо бўлганлигини, хошиш кўникмаси кўрсаткичида ҳам(P<0,001) кўриш мумкин.

5.1.13 жадвал

### Барча ёшларда умумий баҳолаш кўрсаткичи

	4-7 ёш (n=45)		8-12 ёш (n=46)		13-15 ёш (n=17)	
	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин
Соғлиқ ва ҳаракат активлиги	19,1±1,0	25,7±1,2*	19,4±0,84	45,7±2,2*	13,1±1,4	23,0±2,0*
Менинг хисларим	25,9±0,90	37,9±0,91*	20,1±1,0	62,4±1,5*	17,6±1,9	36,5±2,2*
Бошқалар билан мулоқот	22,5±0,77	37,6±0,95*	21,8±0,91	56,2±2,3*	17,4±2,2	32,6±1,4*
Таълим	29,0±1,0	29,6±0,85*	18,6±1,2	58,9±2,6*	17,1±1,7	31,2±1,6*

Изох: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли (\*-P<0,001)

Умумий баҳоланиш кўрсаткичларини солиштирганимизда соғлиқ ва ҳаракат активлиги кўрсаткичи бўйича 4-7 ёш беморларда нисбатан суст ижобий ўзгариш намоён(\*-P<0,001) бўлган бўлса, ушбу ёшда хиссиет кўрсаткичларида ҳам нисбатан паст кўрсаткич намоён бўлди. Бу беморлар бошқалар билан мулоқот кўникмаси ва таълим кўникмаларида ҳам паст даражада бўлсада ижобий натижани кўришимиз мумкин бўлди. 8-12 ёш оралиғидаги беморларда соғлиқ ва ҳаракат активлиги,

хиссиётлар ва таълим кўрсаткичлари нисбатан ижобийроқ кўрсаткични намоён этди (\*-P<0,001).

13-15 ёш оралиғидаги беморларда эса соғлик ва ҳаракат активлиги (\*-P<0,001) ва хиссиёт кўрсаткичлари (\*-P<0,001) ҳамда бошқалар билан мулоқот кўрсаткичи ҳам (\*-P<0,001) нисбатан ижобий натижани кўрсатди. Учала ёшда ҳам барча кўрсаткичлар бўйича ижобий натижа олиб борилган комплекс реабилитация тадбирининг нақадар самарадорлигидан далолат беради.

### Жинс ва ёш бўйича умумий баҳолаш кўрсаткичи

5.1.14 жадвал

		4-7 ёш		8-12 ёш		13-15 ёш	
		олдин	Кейин	олдин	кейин	олдин	кейин
Соғлик ва ҳаракат активлиги	Э	19,1±1,2	25,0±1,5**	19,9±1,0	49,0±2,5***	10,7±2,0	19,6±3,0*
	А	19,2±1,5	27,1±1,8**	18,4±1,5	39,5±4,0***	14,7±1,7	25,3±2,5**
Менинг хисларим	Э	25,9±1,0	37,0±1,1***	20,3±1,2	62,5±1,6***	19,3±2,8	33,6±3,7**
	А	24,1±1,4	39,7±1,5***	19,7±1,9	62,2±3,3***	16,5±2,7	38,5±2,6***
Бошқалар билан мулоқот	Э	25,2±0,78	37,3±1,0***	23,0±1,2	57,8±2,3***	17,9±3,4	31,4±2,1**
	А	21,1±1,4	38,0±2,0***	19,7±1,2	53,1±5,1***	17,0±3,1	33,5±2,0***
Таълими	Э	26,8±0,84	29,2±1,1	18,3±1,4	61,6±2,6***	17,9±2,1	27,1±1,5**
	А	25,1±1,3	30,3±1,3*	19,1±2,1	54,1±5,1***	16,5±2,5	34,0±2,1***

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш натижаси (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01; \*\*\*-P<0,001).

Болалар мия фалажи беморлар жинс ва ёши тафовутини солиштирганимизда соғлик ва ҳаракат активлиги бўйича 8-12 ёш оралиғида юқори ижобий натижани кўришимиз мумкин бўлади. Ушбу ёшда қизларда ҳам ўғил болаларда ҳам бир хил самарани кузатишимиз мумкин. 4-7 ёш оралиғида эса юқори натижа бошқалар билан мулоқот кўникмаси (\*\*-P<0,01;) ҳамда бемор хиссиётлари(\*\*-P<0,01;)да кўришимиз мумкин. Ушбу беморлар нисбатан ёшидан орқада қолганлиги сабабли таълимга бўлган қизиқиш ҳам нисбатан кеч шаклланиб бу беморлар ёши катталарида кўпроқ ижобий натижани берди(\*\*-P<0,01;).

Барча кўрсаткичлар бўйича тадқиқот олди ва кейинги натижаларни солиштирганимизда яққол ижобий томонга силжишни кўришимиз мумкин бўлиб бу олиб борилган комплекс реабилитациянинг нақадар самарадорлигидан далолат беради.

### 5.1.15 жадвал

#### Кўрсаткичларнинг жинс бўйича фарқланиш даражаси

Умумий баал (4 кўрсат.)	4-7 ёш		8-12 ёш		13-15 ёш	
	олдин	Кейин	олдин	кейин	олдин	кейин
Обш	23,5±0,63	31,8±0,65°	19,9±0,61	54,5±2,1°	15,9±1,4	29,8±1,5°
А	22,6±1,2	32,9±1,1°	19,1±1,0	50,5±4,3°	16,0±2,0	31,9±1,9°
Э	23,9±0,73	31,2±0,79°	20,3±0,76	56,6±2,1°	15,7±2,1	26,9±2,2°

Изоҳ: \* - давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан фарқланиш ишончли (\*-P<0,001).

Болалар мия фалажи беморлар жинс бўйича солиштирилганида 4-7 ёш оралиги беморларда фарқланиш кўринарли тафовут қайд этилмади. Қизлар ва ўғил болаларда тадқиқотдан кейинги натижа (\*-P<0,001) ижобий бўлиб беморларни бу соғлик ва ҳаракат активлиги, хиссий кўникмалари, беморларнинг мулоқот кўникмалари ҳамда ўрганиш хиссиётларида яққол намоён бўлди.

Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш мумкинки бемор ёши канча кичик бўлса ва реабилитация эрта бошланса ижобий самара шунча юқори (\*\*\*-P<0,001) кўрсаткичларни намоён этишини кузатишимиз мумкин бўлади. Беморлар ёши катта бўлгани сари реабилитация самарасининг сусайиб бораётганини кўрсаткич ишончли (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01) натижалари орқали кўришимиз мумкин бўлади. Демак юқори натижага эришиш ва бемор хаёт сифатини яхшилаш, ўз-ўзига хизмат қилишини ошириш, мулоқот кўникмаларини ўзгартириш, таълим олишга бўлган қизиқишини орттириш, хиссётини ижобий томонга шакллантириш учун иложи борича комплекс реабилитацияни қанча эрта бошланса шунчалик самараси юқори бўлади.

## §5.2 Функционал шкалалар ёрдамида баҳолаш динамикаси

БМФ беморларда GMFCS функционал шкала 5 балли шкала ёрдамида баҳоланади. ( $p < 0.05$ ). Ушбу баҳолаш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилди. 4-7 ёш ҳамда 8-15 ёш.

GMFCS шкаласи бўйича 4-7 ёш баҳоланганда 1-даражада беморлар ташки ёрдамсиз ўтириб тура олади. Ҳар қандай нарсаларга таянмасдан ерга ёки стулга ўтириш ҳолатидан туриб, мустақил равишда уй атрофида ва кўчада юриб, зинапояларга чиқишади. Югуриш ва сакраш қобилияти шаклланган бўлади. Ушбу даража фақат гемиплегик шакл беморларнинг 17,8%да қайд этилди. 2-даражада болалар қўл билан нарсаларни ушлаб олиб, лекин ўтириб туришда қўшимча ёрдамга муҳтожлик сезишади. Бу беморлар текис сиртда қўшимча ёрдамсиз ҳаракатлана олишади. Спастик диплегик ва атоник формадаги беморларда ушбу ҳаракатлар имконсиз бўлиб 0% натижа берган бўлса, гиперкинетик формада 25% бемор ушбу даражага киритилди. Гемипаретик формада эса 67,8% беморда 2-даража қайд этилди. 3- даражада беморлар ўтира олишади, лекин турли манипуляцияларни бажариш қийин. Беморлар эркин ўтириб тура олишмайди. Гиперкинетик формада ушбу даража 75%, гемипаретик формада-67,8%ни ташкил этади. 4- даражада эса спастик диплегик форма- 71,5% ва атоник форма 50%ни ташкил этди. Ушбу беморларда мувозанат сақлаш анча қийин, эркин ҳаракат қила олмайдилар. Электр ғилдиракли ускуна ёрдамида ҳаракат қилишади. 5-даража эса ҳаракат бутунлай чегараланган, беморлар ўз-ўзидан ҳаракат қилиш имкониятига эга эмаслар-улар кўчириб юриладилар. Ушбу даражада спастик диплегик шакл -28,4%ни, атоник шакл эса 50%ни ташкил этди.

GMFCS шкаласи бўйича 8-15 ёшда 1-даражада ушбу беморлар ўз-ўзига хизмат кўрсата олишади. Бу даражага спастик диплегик, гиперкинетик ва атоник шаклдаги беморлар кўрсаткичи тўғри келмади. Гемипаретик шакл-29%ни ташкил этди. 2-даража беморлар текис сиртда юра олишади, аммо бир оз тўсқинлик бўлса ҳаракатларида чегараланиш кузатилди. Ушбу даражага гиперкинетик шакл-40%, гемипаретик шакл-50% ни ташкил этди. 3-даражада спастик диплегик шакл -35,7%ни, гиперкинетик шакл-60%ни, гемипаретик шакл- 21%ни ташкил этди. 4-

даражада эса спастик диплегик шакл- 50% ни, атоник шакл эса-60%ни ташкил этди. 5-даражада эса спастик диплегик шакл-14,2%ни, атоник шакл эса-40%ни ташкил этди.

5.2.1 жадвал

(Gross Motor Function Classification System) 4-7 ёшда динамикаси

GMFCS шкаласи/ касалик шакли	Спастик диплегик шакл.п-7		Гиперкинетик шакл п-8		Гемиплегик шакл п-28		Атоник шакл п-2	
	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин
1	-	-	-	2(25%)	5(17,8%)	8(28,5%)	-	-
2	-	-	2(25%)	6(75%)	19(67,8%)	19(67,8%)	-	-
3	-	2(28,4%)	6(75%)	2(25%)	4(67,8%)	1(3,57%)	-	1(50%)
4	5(71,5%)	3(42,8%)	-	-	-	-	1(50%)	1(50%)
5	2(28,4%)	2(28,4%)	-	-	-	-	1(50%)	-

5.2.2-жадвал

(Gross Motor Function Classification System) 8-15 ёшда динамикаси п-63

GMFCS шкаласи/ касалик шакли	Спастик диплегик шакл.п-14		Гиперкинетик шакл п-10		Гемиплегик шакл п-38		Атоник шакл п-5	
	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин
1	-	-	-	-	11(29%)	19(50%)	-	-
2	-	-	4(40%)	6(60%)	19(50%)	11(29%)	-	-
3	5(35,7%)	7(50%)	6(60%)	4(40%)	8(21%)	8(21%)	-	2(40%)
4	7(50%)	6(42,8%)	-	-	-	-	3(60%)	2(40%)
5	2(14,2%)	1(7,2%)	-	-	-	-	2(40%)	1(20%)



**MACS ўлчови - бу тадқиқотдан олдин ҳар бир гуруҳ учун қўлда ишлаш қобилиятларини таснифлаш тизимини баҳолаш**

Ногирон болалар ва ўсмирлар учун қўлда қобилиятларни таснифлаш тизими (Manual Ability Classification System for Children with Cerebral Palsy 4-18 years, MACS) кундалик ҳаётда ногирон болалардаги (мия ярим фалажи бўлган болалар) объектлар билан ишлаш қобилиятларини баҳолашга имкон берувчи ўлчовдир. Ҳар бир MACS шкаласи боланинг уйда ва ташқарида (масалан, мактабда) кунлик ҳаракатларининг тавсифини беради, бу ташқи қўллардан эмас, балки кундалик ҳаётдаги ҳар икки қўлнинг фаолият даражасини аниқ баҳолаш имконини беради.

5.2.3-жадвал

**MACS- бўйича 4-7ёшни баҳолаш динамикаси**

MACS шкаласи\ касалик шакли	Спастик диплегик шакл.п-7		Гиперкинетик шакл п-8		Гемиплетик шакл п-28		Атоник шакл п-2	
	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин	Олдин	кейин
1	-	-	-	-	7(25%)	9(32%)	-	-
2	-	-	4(50%)	5(62,5%)	18(64,3%)	19(67,8%)	-	-
3	-	2(28,5%)	3(37,5%)	3(37,5%)	3(10,75%)	-	-	-
4	2(28,5%)	2(28,5%)	1(12,5%)	-	-	-	1(50%)	1(50%)
5	5(71,5%)	5(42,8%)	-	-	-	-	1(50%)	1(50%)

1-даража бўйича нарса ва жихозларни эркин ушлаб ҳаракатлантира олиш гемипаретик шакл-25% беморда қайд этилди.

2-даража гиперкинетик шакл беморларда -50% ва гемипаретик шакл беморларда- 64,3%да қайд этилди.

3-даража эса гиперкинетик шакл-37,5% ва гемипаретик шакл-10,75%

4- даража спастик диплегик шакл 40%, гиперкинетик шакл-12,5% ва атоник шакл-50%

5- даражада спастик диплегик шакл -71,5% ва атоник шакл 50% ни ташкил этди.

#### 5.2.4-жадвал

#### MACS- бўйича 8-15 ёшни баҳолаш динамикаси динамикаси

MACS шкаласи\ касалик шакли	Спастик диплегик шакл.п-14		Гиперкинетик шакл п-10		Гемиплегик шакл п-38		Атоник шакл п-5	
	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	Кейин
1	-	-	-	-	14(36,8%)	16(42%)	-	-
2	-	-	4(40%)	6(60%)	18(47,3%)	21(55,2%)	-	-
3	-	-	4(40%)	4(40%)	6(15,7%)	1(2,6%)	-	-
4	7(50%)	9(64,3%)	2(20%)		-	-	2(40%)	3(60%)
5	7(50%)	5(35,7%)	-	-	-	-	3(60%)	2(40%)

1- Даража бўйича нарса ва жихозларни эркин ушлаб ҳаракатлантира олиш гемипаретик шакл-36,8% беморда қайд этилди.

2- Даража гиперкинетик шакл беморларда -40% ва гемипаретик шакл беморларда- 47,3%да қайд этилди.

3- Даража эса гиперкинетик шакл-40% ва гемипаретик шакл-15,7%

4- Даража спастик диплегик шакл 50%, гиперкинетик шакл-20% ва атоник шакл-40%

5- даражада спастик диплегик форма -50% ва атоник форма 60% ни ташкил этди

## 4-7 ёш беморларда контрактура даражаси динамикаси

БМФ шакли	Спастик диплегик шакл.п-7		Гиперкинетик шакл п-8		Гемиплегик шакл п-28		Атоник шакл п-2	
	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	Кейин
йўқ	-	-	-	-	14(50%)	14(50%)		-
1 та бўғим	-	1(14,2%)	-	-	7(25%)	9(32,4%)	2(100%)	2(100%)
2 та бўғим	6(85,7%)	5(71,4%)	6(75%)	7(87,5%)	7(25%)	5(17,8%)		-
3 ва кўп бўғим	1(14,3%)	1(14,2%)	2(25%)	1(12,5%)	-	-		-

Беморларда контрактура даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, 4-7 ёшда спастик диплегик шакл бўйича 85,7%(6та бемор)да 2 та бўғимда ва 14,3%(1та бемор)да 3та ва ортик бўғим да кузатилди. Гиперкинетик шаклда 75%(6та бемор)да 2 та бўғимда ҳамда 25%(2та бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда кузатилди. Гемиплегик шакл бўйича 50%(14 бемор)да контрактура кузатилмаган. 25%(7 бемор)да эса 2та бўғимда ва 25%(7 бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда контрактура кузатилган. Атоник шакл бўйича эса 100%(2 та бемор) да 1та бўғимда контрактура кузатилган.

Беморларда контрактура даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, 8-15 ёшда спастик диплегик шакл бўйича 35,7% (5 бемор)да битта бўғимда, 42,8% (6та бемор)да 2 та бўғимда ва 21,4% (3та бемор)да 3та ва ортик бўғимда кузатилди. Гиперкинетик шаклда 60% (6та бемор)да 2 та бўғимда ҳамда 40% (4та бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда кузатилди. Гемиплегик шакл бўйича 50% (19 бемор)да контрактура кузатилмаган. 31,6% (12 бемор)да эса 2та бўғимда ва 18,4% (7 бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда контрактура кузатилган. Атоник шакл бўйича эса 40% (2 та бемор)да 1та бўғимда контрактура кузатилган ҳамда 60% (3та бемор)да 2 та бўғимда контрактура кузатилган.

## 8-15 ёш беморларда контрактура даражаси динамикаси

БМФ шакли	Спастик дисплегик шакл п-14		Гиперкинетик шакл п-10		Гемиплегик шакл п-38		Атоник шакл п-5	
	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин	олдин	кейин
Ўқ	-	-	-	-	19(50%)	19(50%)	-	-
1 та бутим	5(35,7%)	6(42,8%)	-	-	12(31,6%)	14(36,8%)	2(40%)	2(40%)
2 та бутим	6(42,8%)	7(50%)	6(60%)	7(70%)	7(18,4%)	5(13%)	3(60%)	3(60%)
3 ва кўп бутим	3(21,4%)	1(7,1%)	4(40%)	3(30%)	-	-	-	-

## Модифицирланган Эшуорт шкаласи (мушаклар тонусини даражасини ўлчаш) тадқиқотдан олдин

БМФ шакли	Спастик дисплегик шакл		Гиперкинетик шакл		Гемиплегик шакл		Атоник шакл	
	4-7 ёш п-7	8-15 ёш п-14	4-7 ёш п-8	8-15 ёш п-10	4-7 ёш п-28	8-15 ёш п-38	4-7 ёш п-2	8-15 ёш п-5
0 даража	-	-	-	-	-	-	-	-
1 даража	-	-	-	-	-	-	2 (100%)	2 (40%)
2 даража	4 (57%)	5 (35,8%)	2 (25%)	4 (40%)	21 (75%)	20 (52,6%)	-	3 (60%)
3 даража	2 (28,5%)	7 (50%)	5 (62,5%)	4 (40%)	7 (25%)	18 (47,3%)	-	-
4 даража	1 (14,2%)	2 (14,2%)	1(12,5%)	2 (20%)	-	-	-	-

Эшуорт шкаласи бўйича танадаги мушаклар тонуси бахоланди. Спастик диплегик шакл бўйича барча ҳаракатларда муътадил мушак тонуси ошиши кузатилган 2 даража беморлар 4-7 ёшда 4 (57%) ҳамда 8-15 ёшда 5 (35,8%)ни ташкил этди. Мушак тонуси сезиларли ошган ва пассив ҳаракатлар кийинлашган 3- даража 4-7 ёшда 2 (28,5%) ҳамда 8-15 ёшда 7 (50%)ни ташкил этди. 4- даража оёқ кўллардаги ригидлик, контрактуралар 4-7 ёшда 1 (14,2%) ҳамда 8-15 ёшда 2 (14,2%)ни ташкил этди. Гиперкинетик шакл бўйича 2-даража 4-7ёш 2 (25%) ва 8-12 ёш 4 (40%)ни ташкил этди. 3-даражада 5-7 ёш 5 (62,5%) ҳамда 8-15 ёш 4 (40%); 4 даража 5-7 ёш 1 (12,5%) ва 8-12 ёш 2 (20%). Гемиплегик шакл бўйича биринчи даража 8-15 ёш 18 (47,3%); 2-даража 4-7 ёш 20 (52,6%), ҳамда 3-даража 4-7 ёш 18 (47,3%). Атоник шакл бўйича 1-даража 4-7 ёш 2 (100%), 8-15 ёш 2 (40%); 2- даража 3(60%)

#### 5.2.8-жадвал

Модифицирланган Эшуорт шкаласи (мушаклар тонусини даражасини ўлчаш) тадқиқотдан кейин

БМФ шакли	Спастик диплегик шакл.		Гиперкинетик шакл		Гемиплегик шакл		Атоник шакл	
	4-7 ёш п-7	8-15ёш п-14	4-7 ёш п-8	8-15ёш п-10	4-7 ёш п-28	8-15ёш п-38	4-7 ёш п-2	8-15ёш п-5
0 даража	-	-	-	-	-	-	-	-
1 даража	1(14,2%)	2 (14,2%)	1(12,5%)	2 (20%)	3(10,7%)	5(13%)	1 (50%)	1 (20%)
2 даража	4 (57%)	5 (35,8%) 7 (50%)	4 (50%)	4 (40%)	23 (82%)	26 (68,4%)	1(50%)	4 (80%)
3 даража	2 (28,5%)	5 (35,8%)	3 (37,5,5%)	4 (40%)	2 (7,1%)	7 (18,4%)		
4 даража			-	-	-	-		

Эшуорт шкаласи бўйича танадаги мушаклар тонуси баҳоланди.

Спастик диплегик шакл бўйича барча ҳаракатларда муътадил мушак тонуси ошиши кузатилган 1 даража 4-7 ёш 1 (14,2%), 8-15 ёш 2 (14,2%), 2 даража беморлар 4-7 ёшда 4(57%) ҳамда 8-15 ёшда 5 (35,8%)ни ташкил этди. Мушак тонуси сезиларли ошган ва пассив ҳаракатлар кийинлашган 3- даража 4-7 ёшда 2 (28,5%) ҳамда 8-15 ёшда 5 (35,8%)ни ташкил этди.

Гиперкинетик шакл бўйича 1-даража 4-7 ёш 1 (12,5%), 8-15 ёш 2 (20%) 2-даража 4-7ёш 4(50%) ва 8-12 ёш 4(40%)ни ташкил этди. 3-даражада 4-7 ёш 3 (37,5%) ҳамда 8-15 ёш 4(40%); 4 даража 5-7 ёш 1(12,5%) ва 8-12 ёш 2(20%)

Гемиплегик шакл бўйича биринчи даража 4-7ёш 3(10,7%) 8-15 ёш 5(13%); 2-даража 4-7 ёш 23(82%), 8-15 ёш 26(68,4%), ҳамда 3-даража 4-7 ёш 2(7,1%) ва 8-15 ёш 7(18,4%).

Атоник шакл бўйича 1-даража 4-7 ёш 1(50%), 8-15 ёш 1(20%); 2-даража 4-7 ёш 1(50%), 8-15 ёш 4(80%).

БМФ бўлган ҳар бир бемор учун ҳар томондан билдирилган ёндашув реабилитация учун жисмоний, ижтимоий, педагогик ва психологик ёндашувларнинг ижобий таъсирини яратди. Шундай қилиб, бош мия фалажини реабилитация қилиш ҳаёт сифати ва турли тасдиқланган усулларни ҳисобга олган ҳолда ҳар томонлама кўп тармоқли тизим яратилиши керак. ХС реабилитация чоралари самарадорлигининг асосий кўрсаткичи сифатида баҳоланиши керак.

Кўрсаткични реабилитация қилиш жараёнидаги юқоридаги ўзгаришлар ( $p < 0,05$ ) комплекс реабилитация тизимининг самарадорлигини кўрсатади ва ўтириш ҳолатидаги мувозанатни яхшилайдди.

БМФ бўлган ҳар бир бемор учун ҳар томондан билдирилган ёндашув реабилитация учун жисмоний, ижтимоий, педагогик ва психологик ёндашувларнинг ижобий натижасини ва ижобий таъсирини яратди. Шундай қилиб, чақалоқларнинг бош мия фалажини реабилитация қилиш ҳаёт сифати ва турли тасдиқланган усулларни ҳисобга олган ҳолда ҳар томонлама кўп тармоқли бўлиши керак. ХС

реабилитация чоралари самарадорлигининг асосий кўрсаткичи сифатида баҳоланиши керак.

БМФ комплекс чора-тадбирлар курсидан сўнг патологик тонуслар пасайиб, гиперкинез нормал ҳолатга келди ва каттиклик яхшиланди. Болалардаги рефлексли ўзаро таъсирлар аста-секин тиклана бошлади ва уларнинг ёшига қараб, болалар мотор функцияларини ривожлантира бошладилар. Улар кундалик ижобий кўникмаларини тиклади. Опалар билан бир неча машғулотлардан сўнг улар ижобий натижалар беришди, чунки болалар ва уларнинг ота-оналари машқларни ишонч билан бажаришди. Болаларнинг кўзлари билан, бегона одамлардан кўра, ота-оналари билан нима қилишни ёқтиришларини кўриш мумкин эди. Ишонч билан айтиш мумкинки, ушбу жараёнда иштирок этаётган ота-оналарнинг ўзларини бундай мураккаб, узок муддатли реабилитация қилиши унинг самарадорлигини кўрсатди.

Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш мумкинки бемор ёши қача кичик булса ва реабилитация қанча эрта бошланса ижобий самара шунча юқори (\*\*- $P < 0,001$ ) кўрсаткичларни намоён этишини кузатишимиз мумкин бўлади. Беморлар ёши катта бўлгани сари реабилитация самарасининг сусайиб бораётганини кўрсаткич ишончли (\*- $P < 0,05$ ; \*\*- $P < 0,01$ ) натижалари орқали кўришимиз мумкин бўлади. Демак юқори натижага эришиш ва бемор ҳаёт сифатини яхшилаш, ўз-ўзига хизмат қилишини ошириш, мулоқот кўникмаларини ўзгартириш, таълим олишга бўлган қизиқишини орттириш, хиссётини ижобий томонга шакллантириш учун иложи борича комплекс реабилитацияни қанча эрта бошланса шунчалик самараси юқори бўлади.

Шунингдек, онанинг анамнетик маълумотлари ўрганилди ва шунинг учун БМФ туғилишидаги салбий анамнетик маълумотларга ойдинлик киритилди. БМФ қайси жинсларда тез-тез учрайдиганлиги ўрганилди. Бизнинг тадқиқотимизда аниқланишича ўғил болалаларда кўпроқ бош миyaning фалажи кузатилди. Тадқиқотда шунингдек, яшаш жойини ва мия фалажига чалинган болалар туғилишида қишлоқ ва шаҳар шароитлари қандай тарқалганлигини ўрганиб чиқдик. Биз ўрганган тадқиқотларда касаллик кўпроқ қишлоқ аҳолиси ўртасида

тарқалган бўлиб чиқди. Ушбу тадқиқотда иштирок этган беморларнинг 100% ҳаммаси қишлоқ аҳолиси эканлиги аниқланди. Ушбу кўрсаткичлар қишлоқ аҳолиси шароитларини тўлиқ ўрганишни талаб қилади, бу фактлар тегишли патологияси бўлган болалар туғилиши учун амал қилади.

Шунингдек қайси ҳомиладорликдан бош мия фалаж билан касалланган болалар кўпроқ туғилиши ўрганилди. Ногирон болалар туғилишида ушбу кўрсаткичлар жуда муҳим ўринни эгаллайди. Тадқиқотда иштирок этадиган бош мия фалажли болалар, биринчи ҳомиладорликни кўрсаткичининг катта фоизи ҳам қўшимча тадқиқотларни талаб қилади. 1-ҳомиладорлик 26,8% (29); 36% (39) онада 2-ҳомиладорлик; 27,7% (30) онада 3-ҳомиладорлик ва 9,2% (10) онада 4-ҳомиладорлик. Шунингдек туғруқнинг нечанчилиги 26,8%да (29) биринчи туғруқ; 40,7% (44) онада 2-туғруқ; 24% (26) онада 3- туғруқ ва 1,85% (2) онада 4- туғруқ.

Энг паст кўрсаткич сўнги ҳомиладорликларда кузатилади. Эҳтимол, бу токсикоз таъсирига боғлиқ бўлиб, улар дастлабки ҳомиладорликларда олдинги ҳолатларга қараганда юқори бўлади. Туғилиш ҳам худди шундай натижаларни кўрсатмоқда. Биринчи авлоднинг касаллиги такрорланган туғилишдан юқори; туғилиш даврининг давомийлиги ҳам таъсир қилиши аниқланди.

БМФ бемор парваришида масъул шахс ҳолати ҳам таҳлил қилинди. Таҳлилдан мақсад, болалар бош мия фалажига чалинган болаларга ғамхўрлик қилувчи у билан уйда ишлай оладими ёки йўқлигини билиш учун ушбу сўров амалга оширилди. Шунинг аниқлашимиз керакки, она сифатида ундан бошқа киши бундай масъулиятни ўз зиммасига олмайди. Ушбу тадқиқот учун оналарнинг аксарияти ўз фарзандларига ғамхўрлик қилаётгани ижобий натижа бўлиб ва бу максимал даражада ижобий самара беради. Бола онаси билан ўзини нисбатан эркин ҳисоблайди ва бу болани тезроқ ижобий самара олишига ёрдам беради. Ушбу таҳлилда она 92,5% (100-ҳолат), буви 4,6% (5 та ҳолат), бошқа шахс 1,8% (2-ҳолат) эканлиги маълум бўлди.



Сўровномадан фойдаланиб, оналар ҳомиладорлигида онанинг зарарли одатлари ва унга боғлиқ патологиялар қанчалик таъсир кўрсатишини билиш учун оналарнинг ёмон одатларини ўрганиб чиқдик. 99%(107 ҳолат)да салбий одатларни инкор этилди. Фақатгина 1%(1 ҳолат) да салбий одат борлиги аниқланди. Ўрганишимиздан мақсад онанинг салбий одатлари бемор бола туғилишида қанчалик аҳамият касб этишини аниқлаш ҳисобланади.

Анамнез маълумотларидан ўрганишда ҳомиладорлик пайтида шикастланишларни ҳам бор йўқлигини ўрганганилди. Статистик маълумотлар шуни кўрсатадики, ҳомиладорлик пайтида жуда кам сонли жароҳатлар олган оналарни ҳам ушбу шикастланиши БМФ булган бола туғилишида аҳамияти юқори эмас.

Онанинг ёши ушбу патологияга таъсир этадими? Муайян боладаги туғруқ пайтида онанинг ёши ҳам ўрганилганда 20-30 ёшда 84,2% (91 ҳолат) ва 30-40 ёшда 15,7% (17 ҳолат) туғганлиги аниқланди. Ушбу маълумот оналарнинг туғиш ёши нормал фертил ёшига тўлиқ мос келганини кўрсатди. 20 ёшга тўлмаган ва 40 ёшдан ошган оналар туғруққа киритилмаган. Кўриб турганидек, оналарнинг аксарияти 20-30 ёшида мия ярим фалажли болаларни туғишган, бу туғиш ёшига тўлиқ мос келади.

Оиладаги ижтимоий мавқеини баҳолаш учун қолган болаларнинг соғлиғи ҳам ўрганилди. Бундан ташқари, ушбу болага эътибор юқори бўлиши учун қолган болалар соғлом бўлиши керак. Оилада бошқа болалар соғлиғи тахлили соғлом болалар- 96,8% (104 ҳолат) ва соғлигида нуқсонни бор болалар 3,2% (4 ҳолат) да аниқланди. Ушбу маълумот бола оиласида бошқа бемор фарзанд бўлмаслиги онанинг муайян болага эътиборни максимал қарата олишига кўмаклашади.

Юқоридагилардан кўриниб турибдики, тадқиқотда иштирок этадиган оилаларнинг аксариятида, қолган болалар соғлом.

БМФ болаларнинг бошқа тенгдошларига ва унга бегона одамларга муносабати айниқса муҳимдир. Болалар бошқалар билан қанчалик осон мулоқот қилишса, у ҳаётдаги муваффақиятчиликларни шунчалик осон қабул қилади. Бу унинг кундалик реабилитация ҳаракатларида фойдали

бўлади. Ўрганилган болалар қолган болалар билан мулоқот қиладиган болалар 20,3%% (22 ҳолат), оз мулоқот 50% (54 ҳолат) ва мулоқот қилмайдиган болалар 29,6% (32 ҳолат)далиги маълум бўлди. Сўров ўтказилган барча муассасаларда бошқа болалар билан кам алоқада бўлган болалар сони юқори. Аммо бу умуман мулоқот қилмайдиган болаларга қараганда ижобийроқ, чунки вақт ўтиши билан улар билан мулоқот қилишни ўргатиш мумкин. Ўрганилган барча гуруҳлар орасида бегоналар билан мулоқот қилишни истамайдиган болалар жуда оз.

Комплекс реабилитацияда, айтиб ўтилганидек, ота-оналарнинг роли жуда муҳимдир, чунки узок муддатли уй гимнастикасиз юқори самарага эришиш мумкин эмас. Бунинг учун ота-оналарнинг саводхонлиги керак. Малака талаб қиладиган машқлар мавжуд ва усиз реабилитациянинг ижобий натижаларини четлаб ўтиш қийин. Шундан келиб чиқиб, оналарнинг қайсидир маънодаги саводхонлиги муҳим бўлди, чунки уйдаги реабилитация онанинг елкасида. Бола тарбиясида ва савияли шуғулланишида онанинг ўрни бекиёслиги инобатга олиниб онанинг маълумоти таҳлил қилинганда ўрганилган болаларнинг оналари 29,6% (31 ҳолат) маълумотга эга эмас, 70,3% (76 ҳолат) ўрта маълумотга эга; олий маълумот фақатгин 1 та онада қайд этилди-0,92%. Асосий ҳолатларда БМФ билан оғриган болаларнинг оналари ўрта маълумотга эга, бу ҳам таълимсиз бўлишдан ёмон эмас.

БМФ болаларни тарбиялаётган оилаларда ўзларини хусусий уйлари бўлиши муҳим, қандайки қўшимча харажатлар камайиб бемор болага кўпроқ маблағ жратилга имкон яратилади. Шу муносабат билан бу оилалар ўз уйларига эга эканликлари ҳам ўрганиб чиқилди. Ўрганилган болаларнинг ота-оналари 80,5% (87 ҳолат) ўз уйларига эга ва 19,5% (21 ҳолат) ўз уйларига эга эмаслиги аниқланди. Кўпгина ҳолларда, ногирон боланинг ота-оналари ўзларининг уйларига эга. Аммо, афсуски, ўз уйига эга бўлмаган ота-оналар ҳам бор. Ногирон болага эга бўлиб, оилани таъминлаш ва бошқа бировнинг уйида яшаш ёлғиз ота-она учун жуда қийин жараён.

Оиладаги моддий шароитлар мия фалажига чалинган болаларни даволаш ва реабилитация қилиш жараёнида ҳам алоҳида рол ўйнайди.

Бизнинг тадқиқотларимизда аксарият ҳолларда туғма асаб патологияси бўлган болалар аниқ ва ёмон таъминланган оилада туғилиши аниқланди. Бу ота-оналарнинг асабий стресслари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Тадқиқотда қатнашадиган БМФ билан касалланган 9,2% яхши таъминланганлар, ўртача таъминланган оилалар 73,1% ни ташкил қилади ва кам таъминланган, бу 17,6% ни ташкил қилади. Мия фалажини реабилитация қилишда оиладаги оилавий муҳитни ўрганиш жуда муҳимдир. Агар онада салбий ҳиссий стресс бўлса, у бемор боласи билан муомала қила олмайди. Шу билан бирга, унинг ҳиссий ҳолати касал болага юқадди ва ҳатто улар уйда машқлар терапияси билан шуғулланишганда онаси узининг ички ҳис-туйғуларини қўлига олмагунча ҳеч қандай шуғулланишдан маъно бўлмайди. Ушбу тадқиқот бемор боланинг ота-оналарга психологик ёрдамни ҳам ўз ичига олади. Психологик курсдан сўнг, ота-оналар касал боланинг келажагига умид қилишди. Оналар ўзларига ва боланинг соғлиғига ишонишни бошладилар. Мия фалажига чалинган бола учун ўта зарур бўлган ижобий ҳис-туйғуларнинг етишмаслиги, онанинг меҳр-оқибати, кўзгалувчан салбий ҳаракатларни, ёрдамсизлик ва фойдасизликни келтириб чиқаради. Психологик реабилитациядан сўнг, ота-онанинг болага таъсири ўз самарали натижаларини берди. Меҳрибон юз билан ҳиссий жиҳатдан тайёр бўлгандан сўнг оналарнинг мароқ билан шуғулланиши қотиб қолган болаларга завқ билан машқларни бажара бошладилар. Шунини таъкидлаш керакки, ота-она ва бола ўртасидаги муносабатларни баҳолашда бир қатор тадқиқотчилар оналарнинг шахсий хусусиятларини ҳал қилувчи сифатида кўрсатадилар. Шу муносабат билан муаммоли боласи бўлган оилаларни психологик қўллаб-қувватлаш доирасида, аввало, оналарнинг психологик ҳолатига эътибор қаратиш лозим [104; 2726., 105; 20-216].

Ушбу тадқиқот учун жуда муҳим нуқта - ота-оналар ўз фарзандлари билан уйда ишлашга рози бўлишлиги ҳисобланади. Психологик реабилитация олдида ҳамма ота-оналар ўз фарзандлари билан уйда ишлашга рози бўлмайдилар, бундан ташқари, узок вақт давомида мунтазам равишда дарсларни аста-секин мураккаблаштирилиши уларда

табний ҳадикни оширади. Бир овоздан психологик кўмакдан сўнг, барча ота-оналар ўз фарзандларини реабилитация қилиш тадбирларида иштирок этишга келишди.

Шундай қилиб, мия ярим фалажли болаларнинг анамнетик маълумотларини ўрганиш неврологик патологиялар билан касалланган болаларни тарбиялаётган оила ҳаётини кўриб чиқиш имкониятини берди. Ошлавий аҳвол, моддий шароит ва ота-оналарнинг муносабати баҳоланди. Бемор бола туғилгандан кейин мослаштирилган ота-оналар ва уларга бу жараёнда ёрдам бериш, кейинги этап қандай бўлишни, реабилитацияни уйда давом эттириш масалаларини ҳал қилинди. Кенг қамровли реабилитация курсидан сўнг ота-оналар ҳам, бемор болалар ҳам келажакка турли хил умидли кўзлар билан қарай бошладилар. Ота-оналар ўзларининг ичида таянч нуқтасини топдилар. Энди улар учун худди шундай ўтириш мантиқсиз, улар аллақачон бола билан кундалик ишларга ўрганиб қолишган ва энди уларга ўз фарзандлари билан шуғулланиш бундай қийин вазифа бўлиб туюлмапти. Ота-оналар болани ота-она қарамоғига муҳтожлигини ижобий аниқ олишди ва бу вазифа уларга аста-секин одат бўлиб қолди. Психологик реабилитациядан сўнг, бош мия фалажи билан касалланган болаларнинг ота-оналари улар учун янги шароитларда яшашни бошладилар ва ўз фарзандлари билан ишлаш учун етарли кучга эга эканликларини аниқладилар. Ота-оналарга атайлаб касаллик борлиги, қочадиган жой йўқлиги ва уни даволаш мумкин эмаслиги тушунтирилди. Аммо мунтазам равишда, аста-секин машқ қилиш боланинг ҳолатини яхшилаштириши мумкин. Ота-оналарда онгли равишда ноаниқ ҳиссиётлар ғойиб бўлди, улар болани итаришни тўхтатдилар, билъакс бемор болани бағрларига босиб қайта қайта давомли шуғулланишга киришишда ўзларида янги кучни топа олдилар.

Шундай қилиб, болалар бош мия фалажи - бу жиддий касаллик бўлиб ҳаракат фаолиятини бузилиши билан бирга кечеди ҳамда бола ва унинг ота-онасининг нормал ҳаётини мураккаблаштиради. "Болалар бош мия фалажи" (БМФ) атамаси ҳаракат бузилишлари гуруҳи сифатида талқин қилинади ва миянинг полиэтиологик касаллиги сифатида

қаралади, унда асаб, рухий касалликларнинг мураккаб сурати кузатилади, бу ҳаракат, визуал, эшитиш ва аклий фаолият, нутқ етишмовчилиги сифатида намоён бўлади[25]. Болалар асаб касалликлари нчида энг юкори даражада ногиронликга олиб келувчи касаллик бу - бу болалар мия фалажидир. Популяция бўйича ўтказилган эпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатадики, саноати ривожланган мамлакатларда БМФ 1000 аҳолига 2 - 2,5 ни ташкил этади [120;284-2886;, 123;2506;, 142;18-306]. Баъзи муаллифлар[127;113-1146] сўнгги йилларда акушерлик техникаси, профилактика ва даволаш чоралари яхшиланганлиги сабабли БМФ билан касалланиш даражасининг пасайиши тенденциясини қайд этишди, аммо аксарият муаллифлар касаллик анча кенг тарқалганлигини таъкидлайдилар ва буни эрта ва кам вазн билан туғилган болалар ўртасида ўлимнинг пасайиши билан изохлайдилар. Бундай болаларда болалар мия ярим фалажини ривожланиш хавфи жуда катта[97;768-7696;,119;3-126;,133;93-966;,134;45-666]. Кўпгина мамлакатларда, шу жумладан чет элларда, мутахассислар узок вақт давомида ихтисослашган реабилитация марказларида малакали натижаларга эришмоқдалар. Ҳар бир бола учун тўғри танланган комплекс реабилитация тадбирлари ушбу бемор болалар танасига индивидуал равишда ижобий таъсир кўрсатади. Рад этиш, ғазабланиш, тушкунлик ва вазиятни борича қабул қилиш азобланишнинг ҳар бир босқичида ота оналар учун ҳам психологик ёрдам зарур. Давлат ва ўқув реабилитация муассасалари мия фалажига чалинган болаларнинг ота-оналарига ёрдам кўрсатишга ҳаракат қилмоқда. Ота-оналарнинг ўз фарзандларини реабилитация қилишда иштирок этишининг аҳамияти жуда катта, ишончли рол ўйнайди, чунки болалар бошқа ҳар қандай реабилитация муассасаларига караганда уйда кўпроқ вақт ўтказадилар. Шундан келиб чиқиб, бош мия фалажи бўлган бемор бола ота-оналари билан қўшимча психологик иш олиб бориш мақсадга мувофиқ бўлади. Болалар бош мия фалажига чалинган болаларни тарбиялаётган оилаларда одатдаги ҳаётда моддий, психологик, стресс омиллари сифатида алоҳида қийинчиликлар мавжуд. Ота-оналарга машғулотлар, тарбиялаш, реабилитация, жисмоний реабилитация бўйича ўтказилинса, шунда ота-

оналар ўз фарзандлари билан уйда узок вақт мустақил равишда ўқиб, узок вақт давомида машқлар терапияси машғулотларини бажара оладилар, ва мустақил равишда бу машқларни мураккаблаштирадилар.

Маҳаллий тиббиётнинг узок йиллик тажрибаси шуни кўрсатадики, реабилитация канча эрта бошланган бўлса, натижалар шунчалик самарали бўлади. Реабилитация ҳар томонлама, шу жумладан психологик, ижтимоий, педагогик ва тиббий бўлиши керак [32;208-2166].

Клиник ва амбулатория шароитида кўп йиллик даволанишига қарамай, бош мия фалажи бўлган болалар сезилмайдиган терапевтик таъсирга эга эдилар, бу эса энг сўнгги комплекс ёндашувни талаб қилди. Бу ҳақиқат бош мия фалажига чалинган болалар ҳаётини енгиллаштирадиган янги реабилитация чораларини излаш заруриятини туғдирди. Бу мултидисциплинар ёндашувни талаб қилди, шу жумладан бу жараёнда бош мия фалажига чалинган болаларнинг ота-оналари иштироки алоҳида қайд этилди.

## ХОТИМА

Комплексли мултидисциплинер ёндашувлардан фойдаланиш статик-динамик функцияларни ва уларнинг хатти-ҳаракатлари устидан назоратни тиклайди. Бола ва ота-оналарга мотивация бериш учун барча реабилитация процедураси завқ билан ва самарадорликка ишонич билан амалга оширилди. Муаллифлик усулларидан фойдаланиш [118; 507-5156., 79; 105-1076., 80; 473-4746., 81; 475-476] ва машқлар терапияси, массаж, эрготерапия, гидрокинезиотерапия, логопед машғулотлари, физиотерапияни ўз ичига олган мураккаб терапия боланинг аҳволини сезиларли даражада яхшилаб, ўзини мустақил ҳис қилишига имкон берди.

Ушбу тадқиқотнинг ўрганишда биринчи босқич илмий ва услубий адабиётларни йиғиш ва таҳлил қилиш эди, барча тадқиқот муассасаларида даволаш ишлари ўрганилиб, кузатувлар олиб борилди. Иккинчи босқичда аниқ функционал реабилитация дастури ишлаб чиқилди. Шундан сўнг, тадқиқот натижалари қайта ишланади, маълумотларни таҳлил қилгандан сўнг, улардан диссертация матнини тайёрлашга киришилди. Болалар бош мия фалажи ташхиси қўйилган беморларни ретроспектив ўрганиш орқали дастлабки тиббий ёзувлар таҳлил қилинди. Мия фалажига чалинган болаларнинг ота-оналари А.А. Баранов, В.Ю. Албицкий, И.В. Винярскаянинг “Педиатрияда ҳаёт сифатини ўрганиш” усули бўйича ва биз ишлаб чиққан махсус анкеталар ёрдамида сўроқ қилинди. Тадқиқот СамДТИнинг 1-клиникаси, болалар неврологияси бўлими ва Тошкентдаги Республика ихтисослаштирилган болалар ва ўспиринларнинг ижтимоий мослашуви марказининг Самарқанд шаҳридаги филиали негизида олиб борилди. Мия фалажига чалинган турли хил шаклларга эга бўлган 108 нафар бола кўрикдан ўтказилди. Ёши 4 ёшдан 15 ёшгача бўлган. ўртача ёши  $8,57 \pm 0,5$  ёш. Тадқиқотга киритилган барча болалар стандарт бўйича асосий даво терапиядан ўтдилар.

СамДТИ болалар неврологик бўлими қуйидаги даволаш ва реабилитация хизматларини кўрсатади: 15 стол, магнезия 25% 2-5 мл + новокаин 0,5% м/о, витамин комплекслари., пироцетам кунига 3 марта

0,2 г (кунига 0,8 г гача), никотин кислотаси 6 ойдан бир йилгача - 6 мг; парафин-озокерит оркали иссиқлик билан таъсир ўтказиш (харорати 45-48 даража, давомийлиги 15-20 минут) пайпоқ шаклида 1 ёшдан 3 ёшгача 9 мг, 3-5 ёшдан 13 мг, 7-10 ёшдан 15 мг гача ва 19 мг дан катталарда қўлқоп шаклида. Қўшимчалар контрактура, кисталар ва оёқлар соҳасига динамик терапияси 10-15 минут давомида қўлланилади, машқлар терапияси: енгил жисмоний машғулотлар 10 дақиқадан № 10, ёши, оғирлиги ва касаллик даражасига қараб 10-дақиқадан силлаш, сийпалаш, уқалаш ва тебраниш техникаси билан массаж; физиотерапия: парафин-озокерит шаклида 45-46° ҳароратда иссиқлик билан ишлов бериш. 15-20 дақиқа давом этадиган спастик мушакларнинг пастки ва юқори қисмларига электростимуляция, электрофорез: Шербак бўйича, Вермел усулига кўра, оёқ-қўл мушакларида электрофорез-галваник ёқа; гипотоник мушаклардаги электростимуляция, магнит терапия, лазер терапияси.

GMFCS шкаласи бўйича 4-7 ёш баҳоланганда 1-даражада беморлар ташқи ёрдамсиз ўтириб тура олади. Ҳар қандай нарсаларга таянмасдан ерга ёки стулга ўтириш ҳолатидан туриб, мустақил равишда уй атрофида ва кўчада юриб, зинапояларга чиқишади. Югуриш ва сакраш қобилияти бор. Ушбу даража фақат гемиплегик шакл беморларнинг 17,8% да қайд этилди. 2-даражада болалар қўл билан нарсаларни ушлай олиб, лекин ўтириб туришда қўшимча ёрдамга муҳтожлик сезишади. Бу беморлар текис сиртда қўшимча ёрдамсиз ҳаракатлана олишади. Спастик диплегик ва атоник формадаги беморларда ушбу ҳаракатлар имконсиз булиб 0% натижа берган бўлса, гиперкинетик шаклда 25% бемор ушбу даражага киритилди. Гемипаретик шаклда эса 67,8% беморда 2-даража қайд этилди. 3- даражада беморлар ўтира олишади, лекин турли манипуляцияларни бажариш қийин. Беморлар эркин ўтириб тура олишмайди. Гиперкинетик шаклда ушбу даража 75%, гемипаретик шаклда-67,8%ни ташкил этади. 4- даражада эса спастик диплегик шакл - 71,5% ва атоник шакл 50% ни ташкил этди. Ушбу беморларда мувозанат сақлаш анча қийин, эркин ҳаракат қила олмайдилар. Электр ғилдиракли ускуна ёрдамида ҳаракат қилишади. 5-даража эса ҳаракат бутунлай



чегараланган, беморлар ўз-ўзидан ҳаракат қилиш имкониятига эга эмаслар-улар кўчириб юриладилар. Ушбу даражада спастик диплегик шакл -28,4%ни, атоник шакл эса 50% ни ташкил этди.

GMFCS шкаласи бўйича 8-15 ёшда 1-даражада ушбу беморлар ўз-ўзига хизмат кўрсата олишади. Бу даражага спастик диплегик, гиперкинетик ва атоник шаклдаги беморлар кўрсаткичи тўғри келмади. Гемипаретик шакл-29%ни ташкил этди. 2-даража беморлар текис сиртда юра олишади, аммо бир оз тўскинлик бўлса ҳаракатларида чегараланиш кузатилади. Ушбу даражага гиперкинетик шакл-40%, гемипаретик шакл-50%ни ташкил этди. 3-даражада спастик диплегик шакл -35,7%ни, гиперкинетик шакл-60%ни, гемипаретик шакл- 21%ни ташкил этди. 4-даражада эса спастик диплегик шакл- 50%ни, атоник шакл эса-60%ни ташкил этди. 5-даражада эса спастик диплегик шакл-14,2%ни, атоник шакл эса-40%ни ташкил этди.

MACS ўлчови - бу тадқиқотдан олдин ҳар бир гуруҳ учун қўлда ишлаш қобилиятларини таснифлаш тизимини баҳолаш орқали қуйидагилар аниқланди. 4-7 ёш кўрсаткичлари: 1-даража бўйича нарса ва жихозларни эркин ушлаб ҳаракатлантира олиш гемипаретик шакл-25% беморда қайд этилди. 2-даража гиперкинетик шакл беморларда -50% ва гемипаретик шакл беморларда- 64,3%да қайд этилди. 3-даража гиперкинетик шакл-37,5% ва гемипаретик шакл-10,75%. 4-даража спастик диплегик шакл 40%, гиперкинетик шакл-12,5% ва атоник шакл-50%. 5-даража спастик диплегик шакл -71,5% ва атоник шакл 50% ни ташкил этди.

8-15 ёш кўрсаткичлари: 1-даража бўйича нарса ва жихозларни эркин ушлаб ҳаракатлантира олиш гемипаретик шакл-36,8% беморда қайд этилди. 2-даража гиперкинетик шакл беморларда -40% ва гемипаретик шакл беморларда- 47,3%да қайд этилди. 3-даража эса гиперкинетик шакл-40% ва гемипаретик шакл-15,7% 4-даража спастик диплегик шакл 50%, гиперкинетик шакл-20% ва атоник шакл-40% ва 5-даражада спастик диплегик шакл -50% ва атоник шакл 60% ни ташкил этди.

Маълумки, БМФ кўпинча контрактураларга олиб келади. Беморлардаги контрактура даражасини аниқлаш орқали олиб борилган

реабилитация самарадорлигига баҳо бериш имкони ҳосил бўлади. Беморларда контрактура даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, 4-7 ёшда спастик диплегик шакл бўйича 85,7%(6та бемор)да 2 та бўғимда ва 14,3%(1та бемор)да 3та ва ортик бўғимда кузатилди. Гиперкинетик шаклда 75%(6та бемор)да 2 та бўғимда ҳамда 25%(2та бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда кузатилди. Гемиплегик шакл бўйича 50%(14 бемор)да контрактура кузатилмаган. 25%(7 бемор)да эса 2та бўғимда ва 25%(7 бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда контрактура кузатилган. Атоник шакл бўйича эса 100%(2 та бемор) да 1та бўғимда контрактура кузатилган. Беморларда контрактура даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, 8-15 ёшда спастик диплегик шакл бўйича 35,7%(5 бемор)да битта бўғимда, 42,8%(6та бемор)да 2 та бўғимда ва 21,4%(3та бемор)да 3та ва ортик бўғимда кузатилди. Гиперкинетик шаклда 60%(6та бемор)да 2 та бўғимда ҳамда 40%(4та бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда кузатилди. Гемиплегик шакл бўйича 50%(19 бемор)да контрактура кузатилмаган. 31,6%(12 бемор)да эса 2та бўғимда ва 18,4%(7 бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда контрактура кузатилган. Атоник шакл бўйича эса 40%(2 та бемор)да 1та бўғимда контрактура кузатилган ҳамда 60% (3та бемор)да 2 та бўғимда контрактура кузатилган.

Модифицирланган Эшурт шкаласи мушаклар тонусини даражасини ўлчаш орқали баҳолаш қуйидаги натижаларни берди: Спастик диплегик шакл бўйича барча ҳаракатларда муътадил мушак тонуси ошиши кузатилган 2 даража беморлар 4-7 ёшда 4(57%) ҳамда 8-15 ёшда 5(35,8%)ни ташкил этди. Мушак тонуси сезиларли ошган ва пассив ҳаракатлар қийинлашган 3- даража 4-7 ёшда 2(28,5%) ҳамда 8-15 ёшда 7(50%)ни ташкил этди. 4- даража оёқ кўллардаги ригидлик, контрактуралар 4-7 ёшда 1(14,2%) ҳамда 8-15 ёшда 2(14,2%)ни ташкил этди. Гиперкинетик шакл бўйича 2-даража 4-7ёш 2(25%) ва 8-12 ёш 4(40%)ни ташкил этди. 3-даражада 5-7 ёш 5(62,5%) ҳамда 8-15 ёш 4(40%); 4 даража 5-7 ёш 1(12,5%) ва 8-12 ёш 2(20%). Гемиплегик шакл бўйича биринчи даража 8-15 ёш 18(47,3%); 2-даража 4-7 ёш 20(52,6%), ҳамда 3-даража 4-7 ёш 18(47,3%). Атоник шакл бўйича 1-даража 4-7 ёш 2(100%), 8-15 ёш 2(40%); 2- даража 3(60%)

Тадкикот муассасаларида стандарт даволанишдан сўнг, барча болалар амбулатория шароитида ва уйда ота-оналари билан биргаликда реабилитацияни давом эттирдилар. Болалар билан комплекс реабилитация бошланишидан олдин, ота-оналар психологик машғулотлардан ўтдилар. Мураккаб реабилитация тизими қуйидаги йўналишда давом этди: йўналтирилган ҳаракатлар билан махсус жисмоний машқлар, гимнастика билан жисмоний машқлар, очик ўйинлар билан машқ қилиш, ривожланиш ўйинлари ва психологик гимнастика. Аввалги тадқиқотларнинг аксарияти БМФ беморларни тиббий реабилитация қилишга бағишланган эди; оёқ-қўлларнинг скелет функцияси бузилган болаларни комплекс кўп тармоқли реабилитация қилиш муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда эди. Тадқиқот мезонлари ота-оналарнинг ихтиёрий розилиги билан 4 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларнинг ёшини ўз ичига олган. Ота-оналар ўз фарзанди учун барча уқалаш усулларини ўргандилар. Уқалашдан фойдаланиш қон айланишини яхшилайдди, таъсирланган мушакларнинг тонусини пасайтиради ва кучини оширади, спастикасини яхшилайдди (Белая, 1994; Бортфелд, Рогачева, 1986; Васичкин, 1991; Дюкова, Лерява, 1985; Куничев, 1985; Куничев, 1985; Семенова, 1976 ; Семенова, Штеренгерц, Полский, 1986; Штеренгерц, 1986). Ота-оналарга касал болага ёрдам бериш, рухиятини кўтариш тушунтирилди. Ота-оналар болаларнинг муваффақиятсиз уриниши ва чарчашига одатланишлари керак. Ота-оналарнинг энг муҳим ютуғи - бу ўз фарзандига бўлган мухаббати, ишончи ва қўллаб-қувватлашидир. Бола бу кучни ҳис қилганда, эркалик пайдо бўлади ва болага ҳар қандай машқни бажариш осонроқ бўлади. Бош мия фалажига чалинган болаларнинг асосий гуруҳи реабилитациянинг ҳар хил турларидан фойдаланган ҳолда: классик терапевтик массаж, физиотерапия машқлари (Кабот, Боттов, Семенов, Тардье, Штеренгерц усули бўйича), бўғимларни мустаҳкамлаш машқлари, гидрокинезиотерапия, ота-оналар билан ўйин машқларидан фойдаланишди. Ҳар бир бемор учун индивидуал равишда ишлаб чиқилган комплекс реабилитация ижобий натижалар берди. Шу билан бирга, бир вақтнинг ўзида бир нечта усуллардан фойдаланиш боланинг

фаровонлигини оширди. Тўғри танланган машқлар мувофиқлаштириш ва ҳаракат жараёнларини сезиларли даражада яхшилади. Ушбу техникаларнинг барчаси патологик ҳаракатни камайтиришга қаратилган мултидисциплинар ёндашувнинг ажралмас қисмини таъминлади. Реабилитация жараёнида реабилитологлар, невропатологлар, машқлар терапияси бўйича ўқитувчилар, массаж терапевтлари, логопедлар, касб-ҳунар терапевтлари, сув процедуралари бўйича инструкторлар, оила аъзолари ва болалар бош мия ярим фалажли болалар ўзлари қатнашдилар. Мия фалажига чалинган болалар учун асосий гуруҳ беморлар танасидаги тўқималар мустаҳкамланди, ҳолати яхшиланди ва соғлиғининг яхшиланишига ҳисса қўшилди.

Комплекс реабилитация олдидан барча иштирок этаётган болаларда сустлик, иштаҳани пасайиши, кайфият, уйқунинг бузилиши, ноаниқлик ва бошқаларга қарамлик кузатилди. Узок муддатли комплекс терапиядан сўнг, асосий гуруҳ болаларида ўзига бўлган ишонч ва ўзини ёқтириш қобилияти шаклланди. Болалар бегоналар билан фаол мулоқот қилишни бошладилар. Аста-секин болалар ўз-ўзини парвариш қилиш кўникмаларини ривожлантира бошладилар. Реабилитация самарадорлиги натижаларини шкалалар орқали баҳолашдан билиш мумкин.

GMFCS шкаласи бўйича 4-7 ёш баҳоланганда 1-даражада гиперкинетик шакл 25%, гемиплегик шакл беморларнинг 28,5% да қайд этилди. 2-даражада Гиперкинетик шакл 75%, гемипаретик шакл 67,8%. Спастика диплегик ва атоник шаклдаги беморларда ушбу ҳаракатлар имконсиз булиб 0% натижа берган бўлса, гиперкинетик шаклда 25% бемор ушбу даражага киритилди. Гемипаретик шаклда эса 67,8% беморда 2-даража қайд этилди. 3- даражада спастик диплегик шакл 28,4%, гиперкинетик шаклда ушбу даража 25%, гемипаретик шаклда-3,57%ни ташкил этади. 4- даражада эса спастик диплегик шакл - 42,8% ва атоник шакл 50% ни ташкил этди. 5- даражада спастик диплегик шакл -42,8%ни, атоник шакл эса 50% ни ташкил этди. GMFCS шкаласи бўйича 8-15 ёшда 1-даражада спастик диплегик, гиперкинетик ва атоник шаклдаги беморлар кўрсаткичи тўғри келмади. Гемипаретик шакл-50%

ни ташкил этди. 2-даража беморлар текис сиртда юра олишади, аммо бир оз тўскинлик бўлса ҳаракатларида чегараланиш кузатилди. Ушбу даражага гиперкинетик шакл-60%, гемипаретик шакл- 29% ни ташкил этди. 3-даражада спастик диплегик шакл -50%ни, гиперкинетик шакл-40%ни, гемипаретик шакл- 21%ни, атоник 40% ташкил этди. 4-даражада эса спастик диплегик шакл- 42,8% ни, атоник шакл эса-40%ни ташкил этди. 5-даражада эса спастик диплегик шакл-7,2%ни, атоник шакл эса-20%ни ташкил этди.

Шундай қилиб ушбу шкала бўйича тадқиқот олди ва кейинги натижалар солиштирилганда бемор ҳаракат фаолиятида ижобий натижалар қайд этилганини ушбу даражалар орқали билишимиз мумкин.

MACS ўлчови - 4-7ёшни тадқиқотдан кейин ҳар бир гуруҳ учун кўлда ишлаш қобилиятларини таснифлаш тизимини тадқиқотдан кейинги баҳолаш қуйидаги натижаларни берди: 1-даража бўйича нарса ва жиҳозларни эркин ушлаб ҳаракатлантира олиш гемипаретик шакл-32% беморда қайд этилди. 2-даража гиперкинетик шакл беморларда -62,5% ва гемипаретик шакл беморларда- 67,8%да қайд этилди.3-даража эса спастик диплегик-28,5 гиперкинетик шакл-37,5%. 4-даража спастик диплегик шакл 28,5% ва атоник шакл-50%, 5-даражада спастик диплегик шакл -42,8% ва атоник шакл 50%ни ташкил этди. Ушбу шкала бўйича 8-15 ёш тадқиқот кейинги натижалар: 1-даража бўйича нарса ва жиҳозларни эркин ушлаб ҳаракатлантира олиш гемипаретик шакл-42% беморда қайд этилди. 2-даража гиперкинетик шакл беморларда -60% ва гемипаретик шакл беморларда- 55,2%да қайд этилди. 3-даража эса гиперкинетик шакл-40% ва гемипаретик шакл-2,6%. 4-даража спастик диплегик шакл 64,3% ва атоник шакл-60%. 5-даражада спастик диплегик шакл -35,7% ва атоник шакл 40% ни ташкил этди.

БМФ беморларда контрактура кузатилгани боис тадқиқот олди ва кейинги контрактура даражаларини солиштириб реабилитация бахоланди. Беморларда контрактура даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, 4-7 ёшда спастик диплегик шакл бўйича 1 та бўғимда 14,2%(1бемор), 71,4%(5та бемор) да 2 та бўғимда ва 14,3%(1та бемор) да 3та ва ортиқ бўғим да кузатилди. Гиперкинетик шаклда

87,5%(7та бемор)да 2 та бўғимда ҳамда 12,5%(1та бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда кузатилди. Гемиплегик шакл бўйича 50%(14 бемор)да контрактура кузатилмаган. 32,4%(9 бемор)да эса 2та бўғимда ва 17,8%(5 бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда контрактура кузатилган. Атоник шакл бўйича эса 100%(2 та бемор) да 1та бўғимда контрактура кузатилган. 8-15 ёшда спастик диплегик шакл бўйича 42,8%(6 бемор)да битта бўғимда, 50%(7та бемор) да 2 та бўғимда ва 7,1%(1та бемор) да 3та ва ортик бўғимда кузатилди. Гиперкинетик шаклда 70%(7та бемор)да 2 та бўғимда ҳамда 30%(3та бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда кузатилди. Гемиплегик шакл бўйича 50%(19 бемор)да контрактура кузатилмаган. 36,8%(14 бемор)да эса 2та бўғимда ва 13%(5 бемор)да 3 ва ундан ортик бўғимда контрактура кузатилган. Атоник шакл бўйича эса 40%(2 та бемор) да 1та бўғимда контрактура кузатилган ҳамда 60% (3та бемор)да 2 та бўғимда контрактура кузатилган.

Эшуорт шкаласи бўйича танадаги мушаклар тонуси бахоланди. Спастик диплегик шакл бўйича барча ҳаракатларда муътадил мушак тонуси ошиши кузатилган 1 даража 4-7 ёш 1(14,2%), 8-15 ёш 2(14,2%), 2 даража беморлар 4-7 ёшда 4(57%) ҳамда 8-15 ёшда 5(35,8%) ни ташкил этди. Мушак тонуси сезиларли ошган ва пассив ҳаракатлар қийинлашган 3- даража 4-7 ёшда 2(28,5%) ҳамда 8-15 ёшда 5(35,8%) ни ташкил этди. Гиперкинетик шакл бўйича 1-даража 4-7 ёш 1(12,5%), 8-15 ёш 2(20%) 2-даража 4-7ёш 4(50%) ва 8-12 ёш 4(40%)ни ташкил этди. 3-даражада 4-7 ёш 3(37,5%) ҳамда 8-15 ёш 4(40%); 4 даража 5-7 ёш 1(12,5%) ва 8-12 ёш 2(20%) Гемиплегик шакл бўйича биринчи даража 4-7ёш 3(10,7%) 8-15 ёш 5(13%); 2-даража 4-7 ёш 23(82%), 8-15 ёш 26(68,4%), ҳамда 3-даража 4-7 ёш 2(7,1%) ва 8-15 ёш 7(18,4%) Атоник шакл бўйича 1-даража 4-7 ёш 1(50%), 8-15 ёш 1(20%); 2- даража 4-7 ёш 1(50%), 8-15 ёш 4(80%).

Ногиронлиги бўлган болалар хаёт сифатини PedsQL 4.0. Generic Core Scales сўровномаси ёрдамида ўрганиш тадқиқот олди ва кейинги натижалар таҳлил қилинди. Соғлик ва ҳаракат активлиги бўйича олинган таҳлилда 4-7 ёш орталиғи беморларда тадқиқот олди умумий кўрсаткич юриш қийин 17,2±1,7 ва тадқиқотдан кейин 20,6±1,4; югуриш кўрсаткичи бўйича тадқиқот олди 6,7±1,7 ва кейин 14,4±1,9; кейинги таҳлил олдин

19,4±1,6 ва кейин 21,1±1,4; навбатдаги таҳлилда олдин 20,0±1,7 ва кейин 22,2±1,8; бемор кундалик машғулоти олдин 13,3±1,9 ва кейин 13,3±1,9; қўшимча машғулоти олдин 22,2±1,2 ва кейин 31,7±2,3; бемор кайфияти олдин 34,4±1,8 ва кейин 47,2±1,8 ҳамда қувват кўрсаткичи олдин 19,4±1,6 ва кейин 29,4±1,8.

Ушбу ёшда хиссий кўрсаткичлар 1-таҳлил тадқиқот олди 23,3±1,2 ва кейин 40,0±1,8; 2-таҳлил 25,6±2,4 олдин бўлган бўлса 32,2±1,9; кейинги кўрсаткич 27,2±1,7 олдин ҳамда кейин- 40,0±2,0; уйқуси тўғрисидаги кўрсаткич 22,2±2,3 ва кейин 38,3±2,0; ҳамда охириги кўрсаткич 31,1±2,0 ва кейин 38,9±2,0.

4-7 ёш да бошқалар билан мулоқот қилиш кўрсаткичлари тадқиқот олди ва кейин қуйидаги натижаларни берди. 1- кўрсаткич 23,3±2,2 ва кейин 43,9±1,6; навбатдаги кўрсаткич 20,0±2,0 ва кейин 37,2±1,9; кейинги кўрсаткич 27,8±1,6 ва кейин 35,0±2,2; ёшига нисбатан ҳаракат 16,7±1,80 тадқиқот олди ва кейинги 35,6±2,0; кейинги таҳлил 24,6±1,7 ва кейин 36,1±2,0.

Ушбу ёшда тўлим беморнинг ўрганиш даражаси таҳлили бўйича 1- кўрсаткич 34,4±2,5 олди ҳамда кейин 18,9±2,9; кейинги кўрсаткич 42,2±1,7 ва кейин 22,2±2,0; машғулотларни бажариши олдин 23,9±1,9 ҳамда кейин 38,3±1,9; навбатдаги кўрсаткич бўйича 23,3±1,8 кейин 30,6±1,6, кейинги таҳлил 21,1±2,2 олдингиси ҳамда тадқиқотдан кейинги- 37,8±1,9.

Соғлиқ ва ҳаракат активлиги бўйича олинган таҳлилда 8-12 ёш оралиғи беморларда тадқиқот олди умумий кўрсаткич юриш қийин 15,8±2,1 ва тадқиқотдан кейин 32,6±2,9; югуриш кўрсаткичи бўйича тадқиқот олди 14,1±2,0 ва кейин 32,1±2,7; кейинги таҳлил олдин 21,2±1,5 ва кейин 42,4±2,0; навбатдаги таҳлилда олдин 18,5±1,6 ва кейин 46,0±3,0; бемор кундалик машғулоти олдин 25,5±2,3 ва кейин 54,7±3,2; қўшимча машғулоти олдин 15,2±2,0 ва кейин 53,3±3,8; бемор кайфияти олдин 25,5±2,0 ва кейин 58,7±1,8 ҳамда қувват кўрсаткичи олдин 19,0±1,6 ва кейин 46,0±3,0.

8-12 ёшда хиссий кўрсаткичлар 1-таҳлил тадқиқот олди 26,6±1,4 ва кейин 62,0±2,9; 2-таҳлил 24,5±2,5 олдин бўлган бўлса 56,5±1,6; кейинги

кўрсаткич  $16,8 \pm 2,1$  олдин ҳамда кейин-  $61,4 \pm 2,2$ ; уйқуси тўғрисидаги кўрсаткич  $16,8 \pm 2,1$  ва кейин  $67,9 \pm 1,7$ ; ҳамда охириги кўрсаткич  $15,8 \pm 2,0$  ва кейин  $64,1 \pm 1,8$ .

8-12 ёш да бошқалар билан мулоқот қилиш кўрсаткичлари тадқиқот олди ва кейин қуйидаги натижаларни берди. 1- кўрсаткич  $23,9 \pm 1,3$  ва кейин  $66,8 \pm 2,6$ ; навбатдаги кўрсаткич  $19,6 \pm 1,7$  ва кейин  $58,7 \pm 2,7$ ; кейинги кўрсаткич  $21,7 \pm 1,8$  ва кейин  $59,8 \pm 2,7$  ёшига нисбатан ҳаракат  $17,4 \pm 1,7$  тадқиқот олди ва кейинги  $35,3 \pm 3,0$ , кейинги таҳлил  $26,6 \pm 1,4$ , ва кейин  $60,3 \pm 2,0$ .

Ушбу ёшда беморнинг ўрганиш даражаси таҳлили бўйича 1- кўрсаткич  $16,8 \pm 2,1$ , олди ҳамда кейин  $59,2 \pm 2,7$ , кейинги кўрсаткич  $16,8 \pm 2,1$  ва кейин  $52,2 \pm 2,6$ ; машғулотларни бажариши олдин  $16,8 \pm 2,1$  ҳамда кейин  $52,7 \pm 2,8$ ; навбатдаги кўрсаткич бўйича  $16,8 \pm 2,1$  кейин  $64,2 \pm 2,9$ , кейинги таҳлил  $25,5 \pm 1$ , олдингиси ҳамда тадқиқотдан кейинги-  $69,3 \pm 3$ .

13-15 ёш беморлар соғлиқ ва ҳаракат активлиги бўйича олинган таҳлилда тадқиқот олди умумий кўрсаткич юриш кийин  $11,8 \pm 3,1$  ва тадқиқотдан кейин  $19,1 \pm 3,4$ ; югуриш кўрсаткичи бўйича тадқиқот олди  $2,9 \pm 2,0$  ва кейин  $10,3 \pm 3,1$ ; кейинги таҳлил олдин  $11,8 \pm 3,1$  ва кейин  $19,1 \pm 3,4$ ; навбатдаги таҳлилда олдин  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $19,1 \pm 2,7$ ; бемор кундалик машғулоти олдин  $10,3 \pm 3,1$  ва кейин  $17,6 \pm 2,8$ ; қўшимча машғулот  $13,2 \pm 3,1$  олдин ва кейин  $25,0 \pm 0$ ; бемор кайфияти олдин  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $29,4 \pm 3,9$  ҳамда қувват кўрсаткичи олдин  $19,1 \pm 3,4$  ва кейин  $44,1 \pm 4,6$ .

Ушбу ёшда хиссий кўрсаткичлар 1-таҳлил тадқиқот олди  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $35,3 \pm 3,1$ ; 2-таҳлил  $17,6 \pm 2,8$  олдин бўлган бўлса кейингиси  $36,8 \pm 3,8$ ; кейинги кўрсаткич  $17,6 \pm 2,8$  олдин ҳамда кейин-  $38,2 \pm 3,1$ ; уйқуси тўғрисидаги кўрсаткич  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $33,9 \pm 3,0$ ; ҳамда охириги кўрсаткич  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $38,2 \pm 3,1$ .

13-15 ёш да бошқалар билан мулоқот қилиш кўрсаткичлари тадқиқот олди ва кейин қуйидаги натижаларни берди. 1- кўрсаткич  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $29,4 \pm 3,2$ ; навбатдаги кўрсаткич  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $38,2 \pm 3,1$ ; кейинги кўрсаткич  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $36,8 \pm 3,1$ ; ёшига нисбатан



ҳаракат  $16,2 \pm 3,0$  тадқиқот олди ва кейинги  $29,4 \pm 2,4$ ; кейинги таҳлил  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $29,4 \pm 2,4$ .

13-15 ёшда тълим, беморнинг ўрганиш даражаси таҳлили бўйича 1-кўрсаткич  $17,6 \pm 2,8$  олди ҳамда кейин  $29,4 \pm 2,4$ ; кейинги кўрсаткич  $17,6 \pm 2,8$  ва кейин  $17,6 \pm 2,8$ ; машғулотларни бажариши олдин  $17,6 \pm 2,8$  ҳамда кейин  $30,9 \pm 3,4$ ; навбатдаги кўрсаткич бўйича  $17,6 \pm 2,8$ , кейин  $33,9 \pm 3,0$ , кейинги таҳлил  $14,7 \pm 3,1$  олдингиси ҳамда тадқиқотдан кейинги-  $27,9 \pm 2,9$ .

Тадқиқот муассасаларида стандарт даволанишдан сўнг, барча болалар амбулатория шароитида ва уйда ота-оналари билан биргаликда реабилитацияни давом эттирдилар. Болалар билан комплекс реабилитация бошланишидан олдин, ота-оналар психологик машғулотлардан ўтдилар. Мураккаб реабилитация тизими қуйидаги йўналишда давом етди: йўналтирилган ҳаракатлар билан махсус жисмоний машқлар, гимнастика билан жисмоний машқлар, очик ўйинлар билан машқ қилиш, ривожланиш ўйинлари ва психологик гимнастика. Ота-оналар ўз фарзандига қандай уқалаш усулларини ўргандилар. Уқалашдан фойдаланиш қон айланишини яхшилайдди, таъсирланган мушакларнинг тонусини пасайтиради ва кучини оширади, спастикасини яхшилайдди (Белая, 1994; Бортфелд, Рогачева, 1986; Васичкин, 1991; Дюкова, Лернва, 1985; Куничев, 1985; Куничев, 1985; Семенова, 1976; Семенова, Штеренгерц, Полский, 1986; Штеренгерц, 1986). Ота-оналарнинг энг муҳим ютуғи - бу ўз фарзандига бўлган муҳаббат, ишончи ва қўллаб-қувватлашидир. Бола бу кучни ҳис қилганда, эркаклик пайдо бўлади ва болага ҳар қандай машқни бажариш осонроқ бўлади. Бош мия фалажига чалинган болаларнинг асосий гуруҳи реабилитациянинг ҳар хил турларидан фойдаланган ҳолда: классик терапевтик массаж, физиотерапия машқлари (Кабот, Боттов, Семенов, Тардье, Штеренгерц усули бўйича), бўғинларни мустахкамлаш машқлари, гидрокинезиотерапия, ота-оналар билан ўйин машқларидан фойдаланишди. Ҳар бир бемор учун индивидуал равишда ишлаб чиқилган комплекс реабилитация ижобий натижалар берди. Шу билан бирга, бир вақтнинг ўзида бир нечта усуллардан фойдаланиш боланинг

фаровонлигини оширди. Тўғри танланган машқлар мувофиқлаштириш ва ҳаракат жараёнларини сезиларли даражада яхшилади. Ушбу техникаларнинг барчаси патологик ҳаракатни камайтиришга қаратилган мултидисциплинар ёндашувнинг ажралмас қисмини таъминлади. Реабилитация жараёнида реабилитологлар, невропатологлар, машқлар терапияси бўйича ўқитувчилар, массаж терапевтлари, логопедлар, касб-ҳунар терапевтлари, сув процедуралари бўйича инструкторлар, оила аъзолари ва болалар бош мия ярим фалажли болалар ўзлари қатнашдилар. Мия фалажига чалинган болалар учун асосий гуруҳ беморлар танасидаги тўқималар мустаҳкамланди, ҳолати яхшиланди ва соғлиғининг яхшиланишига ҳисса қўшилди.

Психологик ёрдамдан сўнг, ота-оналар фарзандлари билан жисмоний машқлар эрта босқичда эмас, балки умр бўйи бажарилиши кераклигини англадилар. Касал бола ҳаётининг дастлабки ойларида эрта ташхис қўйиш, босқичма-босқич кетма-кетлигини ва комплекс реабилитацияни таъминлаш билан етарли даражада ретроспектив терапияни эрта бошлаш зарурати этилмаган мия тузилмаларининг қон томир ва ҳужайра касалликларини тиклашга имкон беради [42,90]. Қайта тиклаш учун кўп қиррали ёндашув, шу билан бирга, узок вақт давомида мунтазам ва мажбурий равишда уйда бажарилган машғулотлар ўрни муҳимдир. Массажнинг терига доимий таъсири туфайли оёқ-қўлнинг спастикаси камайди. Шунингдек, массаж ёрдамида ҳаракатланиш қобилияти тикланди ва сақланиб қолди, болалар юрак-қон томир ва нафас олиш функцияларини қўллаб-қувватланди.

Физиотерапевтик усуллардан фаол фойдаланиш яхши терапевтик самара берди. Эрготерапияни қўллаш кундалик ишларда стрессни камайтирди, кундалик ҳаётда хавотирни пасайтирди ва чекланган ҳаракатларни тиклади. Гидрокинезиотерапияни қўллаш ҳаракат тизимига ижобий таъсир этди ва оғриқ синдромини камайтиришга терапевтик таъсир кўрсатди. Сув муолажалари, шунингдек, бўғинлар ҳаракати ва бўшашган мушакларни кучини сезиларли даражада оширди. Комплекс реабилитациянинг муҳим жиҳати - бу бутун ҳаёт давомида ретроспектив восита кўникмаларини сақлашдир.

## ХУЛОСАЛАР

1. Клиник, амбулатор, уй шароитидаги реабилитация усулларини ўрганиб, киёсий таҳлил килинганда уччала боскичда ҳам болалар церебрал фалажининг спастик диплегик ва гемиплегик шаклларида ижобий натижа (42,4% ва 46,5%) бошқа шаклларига нисбатан статистик юкори кўрсаткичларни кўрсатди. Уччала боскичда ҳам ҳар бир беморга индивидуал ёндашиб, бу халқанинг узлуксиз реабилитацион давомийлигига эришилди.

2. Болалар бош мия фалажлиги бўлган беморлар ижтимоий ҳаёт сифат кўрсаткичлари умумий ёшга боғлиқ ҳолда таҳлил килинганда, 8-12 ёшли болаларда, бошқа ёшдаги болаларга нисбатан юкори натижа қайд этилган бўлса, жинс бўйича ушбу кўрсаткичлар таҳлилида киз болаларда, ўғил болаларга нисбатан ижобий натижа юкорилиги кузатилди.

3. БМФ беморларни ташхислашда ва реабилитацион даво муолажаларини динамикаси таҳлилида катта мотор функциялар баҳолаш тизими бўйича тадқиқотдан олдин беморларда ушбу шкала бўйича 4, 5 даражадаги ўзгаришлар 57%ни, тадқиқотдан сўнг 21%ни ташкил қилиб, ўз навбатида беморларда 2,3-даражалар кўрсаткичини ошиши 31% кузатилди. Ижобий натижа спастик диплегик шаклда 28,4%ни ташкил қилган бўлса, атаксик ва дискинетик шаклларда статистик ижобий натижа қайд этилмади.

4. Болалар бош мия фалажи реабилитациясида, тиббий, педагогик ва психологик мультидисциплинар ёндашувлар комплекс реабилитация тизимининг самарадорлигини кўрсатиб, беморларда статик, динамик функцияларни ва уларни ҳатти ҳаракатлари устидан назоратни тиклайди.

## АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

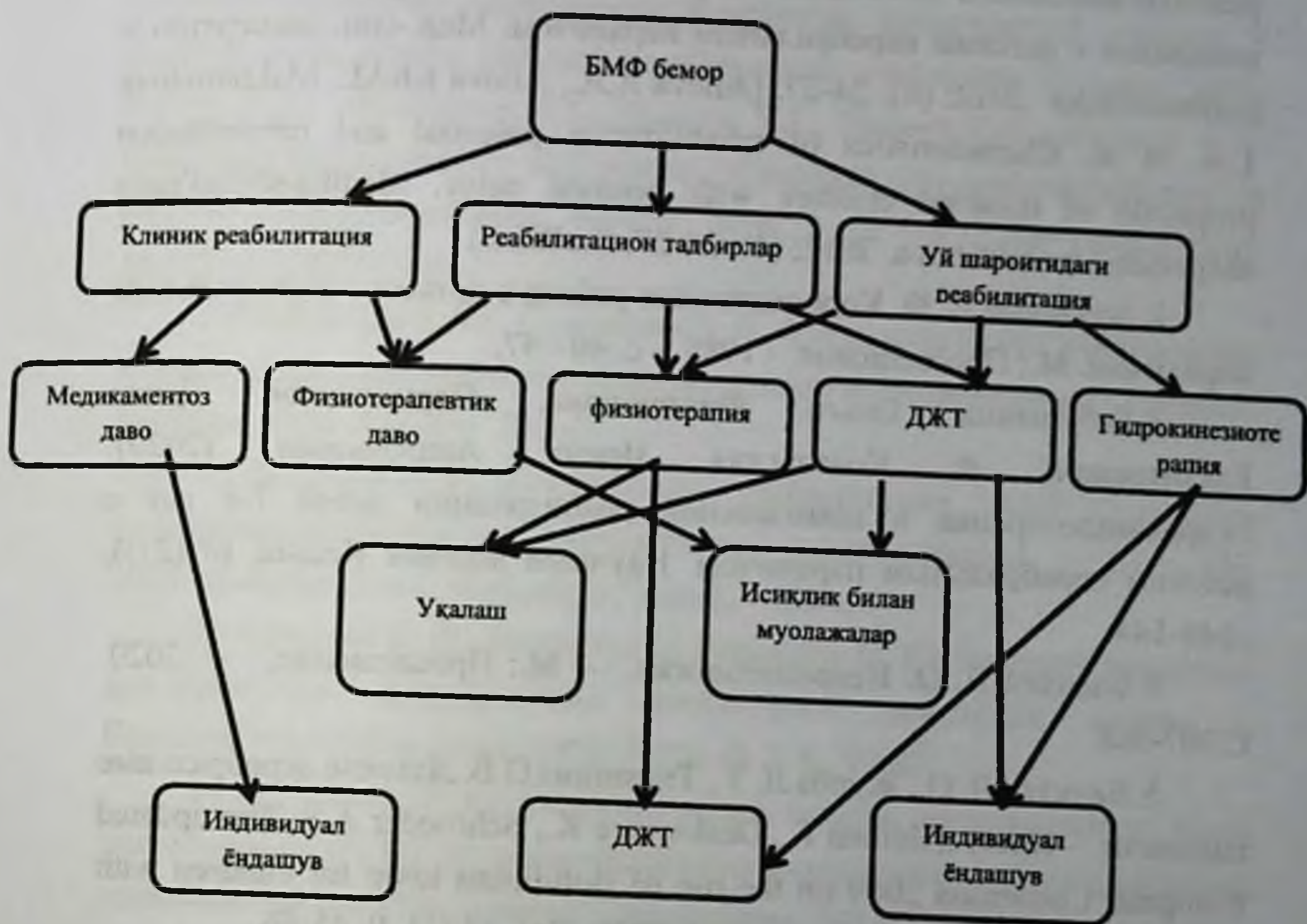
1. Болалар бош мия фалажини реабилитация қилишда реабилитациянинг психологик, педагогик, ижтимоий, тиббий жиҳатлари каби комплекс ёндашувни узлуксизлигини таъминлаш муҳим аҳамият касб этади.

2. Жараёнда бош мия фалажи беморларнинг ота-оналари иштирок этиши шарт ҳисобланади. Шу билан бирга, ота-оналар психологик ёрдам курсидан ўтишлари керак. Ота-оналарнинг онгли, мунтазам, узок муддатли меҳнати иштирокида максимал ижобий таъсирга эришиш мумкин.

3. Мия фалажини ташхислашда катта мотор функциялари ўлчовларини киритиш келгусидаги комплекс реабилитация ва уни самарадорлигини баҳолашда амалий ёрдам беради. Халқаро тасдиқдан ўтган шкалалар қўлланиши ҳам реабилитация ишини ва баҳолашни енгиллаштиради.

# ОЛИБ БОРИШ АЛГОРИТМИ

1-илова



## АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ

1. Алиева А.А., Алиева Х.М., Махмудова Т. А. и др. Характеристика реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза детей-инвалидов с детским церебральным параличом. Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2012; (4): 24-27. [Alieva A.A., Alieva Kh.M., Makhmudova T.A. et al. Characteristics of rehabilitation potential and rehabilitation prognosis of disabled children with cerebral palsy. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya. 2012; (4): 24-27. (In Russ.)]

2. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М.: Просвещение. - 1989. - с. 40 - 47.

3. Бабушкина Ольга Филипповна, Парманкулов Денис Бахтиярович, & Ковальская Ирина Анатольевна (2020). гидрокинезотерапия в комплексной реабилитации детей 7-8 лет с детским церебральным параличом. Научный вестник Крыма, (4 (27)), с140-144

4. Бадалян Л. О. Невропатология. — М.: Просвещение, . — 2020. С.307-308

5. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. - Киев, .(Heinen F., Desloovere K., Schroeder A.S. The updated European Consensus 2009 on the use of Botulinum toxin for children with cerebral palsy // Eur. J. Pediat. Neurol. 2010. Vol. 14 (1). P. 45-66.

6. Баранов А.А., Кучма В.Р., Намазова-Баранова Л.С. и др. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). – М., 2018 г – 108 с.

7. Барбаева С.Н. Применение нейроэлектростимуляции в комплексной реабилитации больных ДЦП. 2015г №2-С 43-45.

8. Батышева Т.Т. ДЦП- современные представления о проблеме Рус.мед журн-2012- Т.20 №8- С. 401-405.

9. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Тюрина Е.М., Виноградов А.В. Детский церебральный паралич — актуальное обозрение. Доктор.ру. 2012; (5): 40-44. [Batysheva T.T., Bykova O.V., Tyurina E.M., Vinogradov

A.V. Up-to-Date review of cerebral palsy in children. Doktor.ru. 2012; (5): 40-44. (In Russ.)]

10. Батышева Т.Т., Гузева В.И., Гузева О.В., Гузева В.В. Совершенствование доступности и качества медицинской помощи и реабилитации детей с детским церебральным параличом. Педиатр. 2016; 7 (1): 65-72. [Batysheva T.T., Guzeva V.I., Guzeva O.V., Guzeva V.V. Improving the availability and quality of medical care and rehabilitation in children with cerebral palsy. Pediatr. 2016; 7 (1): 65-72. (In Russ.)] DOI: 10.17816/PED7165-72.

11. Бикметов Е. Ю., Сизоненко З. Л., Юлдашева О. Н. Социализация в семье детей с ограниченными физическими возможностями: условия и факторы. Уфа: Арканм, 171 с.

12. Богданова Т.М. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом (методические рекомендации). — М.; СПб, 1998. Москва-Санкт-Петербург, Том 2, - 439 с.

13. Брутман В. И., Варга А. Я., Хамитова И. Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000. Т. 21, № 2. С. 79-87.

14. Буторина, О. Ю. Педагогическая модель организации клубной деятельности детей с церебральным параличом и их семей в учреждении дополнительного образования. Диссертация. 2011, Екатеринбург

15. Быковская, Е.Ю. О повышении эффективности физиотерапии для уменьшения отставания физиологического развития детей с диагнозом ДЦП // Росс. физиол. журнал. им. И.М. Сеченова. Приложение. Часть 2. Тез. докл. XIX съезда физиологов в Екатеринбурге, № 8. С. 356-358

16. Валеев Н, Захарова Л, Ганзина Н "Поиск новых форм физкультурно-рекреативной деятельности в процессе реабилитации инвалидов с последствиями детского церебрального паралича". 2021г 108-120

17. Ватомина М.И. О роли различных перинатальных факторов в развитии ДЦП. Материалы V Всесоюзного съезда неврологов и психиатров. —М, -Т. 2.- С.394

18. Вахрушсва Л., Никонорова В., & Суворов М. (2017). Остеомед Форте В Реабилитации Детей С Детским Церебральным Параличом. Врач, (8), 22-24.

19. Власовой Т.А, М. С. Певзнер. Дети с временными задержками развития. -М.: Педагогика. - с. 7- 15.

20. Высогорцева О. Н. Комплексная физическая реабилитация с применением магниторезонансной терапии больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом. 2008. 47ст

21. Газалиева А. М. Автореферат диссертации по медицине на тему Инвалидность и комплексная реабилитация детей с ДЦП. Сент.2008 ст 28

22. Газалиева, А. М. Инвалидность и комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом тема диссертации и автореферата по ВАК, к. м. н. 2008

23. Гайнетдинова Д.Д Клинико эпидемиологическая характеристика и анализ некоторых факторов риска ДЦП по данным госпитального реестра республики Татарстан Казань мед.журнал-2011-Т.92, №6-С.823-827

24. Гарбузов В. И. Воспитание ребенка в семье: советы психотерапевта. СПб.: КАРО, 2006. 295 с.

25. Гарбузова В.И. Захарова А.И, Исаева Д.Н, Петровского А.В, Сага-товской, Г.Л, Эйдемиллера Э.Г, Юстицкиса В.В.

26. Гильбо И. С., Егоров В. Я., Кузнецов А. И. Нормативы физического развития детей дошкольного и раннего школьного возраста. СПб.: ЛГОУ. . - с. 5 - 18.

27. Гогузева Т. С. Особенности процесса социализации в современном российском обществе // Вестник ВЭГУ. 2010. № 4. С. 91-96.

28. Горелова Л.В. Краткий курс лечебной физической культуры и массажа: Учеб. пособ. Ростов н/Д: Феникс, 2007. 224 с.

29. Гребенникова Е. В., Шелехов И. Л., Берестнева О. Г. Психолого-педагогическая компетентность родителей, воспитывающих детей-инвалидов // Интернет-журнал «Науковедение». Т. 7, № 2 (2015). URL: <http://naukovedenie.ru/PDF/18PVN215c.pdf>.



30. Гросс Н.А. Проблемы двигательной реабилитации детей с отклонениями в развитии // Специальная Олимпиада России-2005: материалы 6-ой Всерос. науч.-практ. конф., г. Челябинск, 2005. С. 56-59.

31. Гузева В.И., Куренков Л.Л., Змановская В.А., и др. Детская неврология : Клинические рекомендации / под ред. В.И. Гузевой.- М.: ООО «МК», 2014.- Вып. 1.-С. 74-100. [Guzeva VI, Kurenkov LL, Zmanovskaya VA, et al. Detskaya nevrologiya : KLinicheskie rekomendatsii. Ed by V.I. Guzevoj. Moscow: ООО «МК»; 2014;1:74-100. (In Russ).]

32. Денисова Р. В., Алексеева Е.И., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В., Валиева С.И., Бзарова Т.М., Лисицин А.О., Гудкова Е.Ю., Психометрические характеристики русских версий опросников PedsQL Rheumatology Module и PedsQL Generic Core Scale для оценки качества жизни детей в возрасте 2-4 лет, страдающих ювенильным ревматоидным артритом 2008

33. Джангавадзе Н.Д., Ковалева Ю.А., & Солодова Е.Л. (2018). Новые технологии реабилитации детей дошкольного возраста с церебральным параличом в центре восстановительного лечения. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения, 13 (2), 1117-1125.

34. Диамант И. И., Чуйко Ю. А. Коррекция двигательных нарушений у детей с детским церебральным параличом с помощью инновационных методик лфк Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение».

35. Дмитриева Е.Н., Левицкая Т.Е. Половозрастная идентификация детей и подростков с детским церебральным параличом. Вестн. Томского гос. ун-та. 2007; (295): 164-165. [Dmitrieva E.N., Levitskaya T.E. Sexual and age identification of children and teenagers with the children's cerebral paralysis. Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. 2007; (295): 164-165. (In Russ.)]

36. Доценко В.И. 2008 методологические и практические аспекты сенсорной терапии и нейромоторного перевоспитания в современной нейрореабилитации. 58-64с

37. Дремова Г.В. Комплексное использование иппотерапии и спартанской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП/ Г.В.Дремов, П.Л.Соколов, В.И.Столяров// Спорт, духовные ценности, культура.-М., - вып8.-С.130-174

38. Дутикова Е.М., Евкушева с соавт., Сатары В.В., Расула, А.Т. с соавт. (Дутикова Е.М. Детский церебральный паралич как сфера реабилитационной работы будущих специалистов // Детская и подростковая реабилитация, 2006. № 2 (7). С. 48-53; Евкушева Е.В., Шавловская О.А.

39. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура: Учеб. пособие для высш. и сред. проф.учеб. заведений / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. М.: Изд-во «Советский спорт». 2004. 239

40. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник. М.: ГЭОТАР - МЕД, 2009. 506 с.

41. Кадыкова А.С-проф, к.м.н. Л.В. Манвелова. М. Тесты и шкалы в неврологии: руководство для врачей: : МЕДпресс-информ, 2015. С. 17-18.

42. Казарина А. П., Бейсембинова Н. О., & Соколова Ю. (2021). Лечение И Реабилитация Детского Церебрального Паралича. Медицина и экология, (2 (99)), 19-32.

43. Каладзе Н.Н., & Урсина Е.О. (2017). Характеристика структурно-функционального состояния костной ткани и минерального обмена у детей, больных церебральным параличом. Вестник физиотерапии и курортологии, 23 (3), 50-57.

44. Каптелин А. Ф и др.]; Под ред. А. Ф. Каптелина, И. П. Лебедевой. - М. : Медицина, - 399,[1] с.; 22 см.; ISBN 5-225-02007-0 (В пер.) : Б. ц."Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации": Руководство для врачей.

45. Каркашадзе Г.А., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С.Актуальные проблемы диагностики и лечения легких когнитивных нарушений у детей // Педиатрическая фармакология. – 2011; 8 (5): 36-41.

46. Карпов В.Ю., Бакулина Е.Д., Пилосян Н.А., & Еремин М.В. (2017). Реабилитация детей 4-6 лет со спастической формой

церебрального паралича средствами иппотерапии. Вестник РМАТ, (3), 84-89.

47. Карякин Н.Н., Шейко Г.Е., Воловик М.Г., & Белова А.Н. (2020). Технологии виртуальной реальности в комплексной медицинской реабилитации пациентов с детским церебральным параличом. Бюллетень сибирской медицины, 19 (2), 142-152.

48. Клеменов Алексей Викторович (2018). Обратная ходьба как новая методика физической реабилитации. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 17 (1), 4-8.

49. Кожанова Д.К, магистрант, Реабилитация детей с детским церебральным параличом, Россия, г. Челябинск, Международный журнал гуманитарных и естественных наук. — 2016. — №3. — С. 30-32.

50. Кожанова Д.К. (2016). Реабилитация детей с детским церебральным параличом. Международный журнал гуманитарных и естественных наук, (3), 30-32.

51. Крышова Н.А., Крутинова Э.Г//Журнал невропатол. И психиатрия- №10.- с.1433

52. Кузянков А.Л Применение ботулинотоксического токсина типа А при спастических формах ДЦП // -2013.-№3.-С 14-20

53. Левченко И.Ю, Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорнодвигательного аппарата. М.: Издательский центр «Академия», — 192 с.

54. Легкая Е.Ф., & Ходасевич Л.С. (2017). Современные технологии в реабилитации больных детским церебральным параличом в условиях курорта. Вестник физиотерапии и курортологии, 23 (4), 176-177.

55. Ли Ю Сан. "Практические рекомендации по физическому воспитанию при детском церебральном параличе". 1999.-№1-2.- С.16-17

56. Лильин, Е.Т., Степанченко, О.В. Литература детский церебральный паралич реабилитация, с98.А.Г. Бриль. // Журн. Детский Доктор. — 1999.- № 2.

57. Ломчицкая С.И., & Чернова А.В. (2019). Особенности реабилитации детей с детским церебральным параличом. FORCIPЕ, (Приложение), 766-767.

58. Луиза Л. Хей. Исцели свою жизнь. Сила внутри нас. Исцели своё тело / Пер. с англ. Рига: Литик. - с. 191 - 197.

59. Люкшина Н. Система классификации больших моторных функций при церебральном параличе GMFCS - E & R © Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston, 2007 CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University GMFCS © Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Stephen Walter, Dianne Russell, Ellen Wood, Barbara Galuppi, 1997 CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University (Reference: Dev Med Child Neurol ;39:214-223)  
Русский перевод: кандидат медицинских наук, невролог, Городская детская больница №1 города Тольятти, Российская Федерация, 2012

60. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии/ Под ред. В.И. Селиверстова. М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС. — с. 303—335.

61. Мирзаева. Ш. Г. Дифференцированный подход к хирургическому лечению эквинусных деформаций стоп у больных с ДЦП. Диссертация. Ташкент 2011 24-27ст

62. Муромов Д.С., Муромова Е.Н. Особенности организации медико-педагогической реабилитации детей с детским церебральным параличом. Вестн. Самарского гос. ун-та. 2006; (6-2): 25-32. [Murovov D.S., Murovova E.N. Aspects of organizing of medical and pedagogical rehabilitation of children with infantile cerebral paralysis. Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo universiteta. 2006; (6-2): 25-32. (In Russ.)]

63. Немкова С.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И. и др. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: Учебно-методическое пособие. – М.: Союз педиатров России, 2012. – 45 с

64. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб.: Элби, . — С. 140,

65. Новикова Татьяна Владимировна (2018). Применение ишпотерапии в физической реабилитации детей 7-9 лет с детским церебральным параличом. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта, (11 (165)), 230-232.

66. Носко, Н.А. Влияния средств гравитационных взаимодействий на состояние биомеханических свойств мкшц больных церебральным параличом. Н.А. Носков, В.И. Пасечник., В.И. Синиговец// Физическое воспитание студентов творческих специальностей /ХГАДИ(ХХПИ).- Харьков, 2020.-№ 2.- С. 70-75

67. Нурматова Ш.О. Современные подходы к длительной коррекции мышечного тонуса в резидуальной стадии ДЦП. Диссертация. Ташкент 201г. 26-29с

68. Няньковский С.Л., Пышный А.И., & Куксенко О.В. (2017). Особенности соматической патологии у детей с детским церебральным параличом (обзор литературы). Здоровье ребенка, 12 (1), 54-62.

69. Отинов М.Д., Корсунская Л.Л., Голубова Т.Ф., Савчук Е.А., Кушнир Г.М., Османов Э.А., Власенко С.В., & Ларина Н.В. (2021). Дифференцированное применение дельфинотерапии в комплексе с двигательной реабилитацией у детей с детским церебральным параличом в зависимости от выраженности двигательных и психоэмоциональных нарушений. Таврический медико-биологический вестник, 24 (1), 52-57.

70. Павлова Д.Н. Актуальные вопросы современной педагогике Самара 2015

71. Первичко Е.И., довыш д.в. личностный смысл болезни ребенка как фактор приверженности семьи лечению (исследование семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом). // национальный психологический журнал. – 2016. – № 2(22). – с. 61-72.

72. Петровский Б.В Большая Медицинская Энциклопедия под ред.: <http://бмз.орг> Т. 7, 27.

73. Пономаренко Ю. Н. (2019). Нейротрофины в санаторно-курортной реабилитации детей с детским церебральным параличом. Вестник физиотерапии и курортологии, 25 (1), 78-83.

74. Попова О.Ф., Попова Е.С. Технологии медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом. Доктор.ру. 2012; (10): 65-68. [Popova O.F., Popova E.S. Medical rehabilitation techniques for pediatric patients with cerebral palsy. Doktor.ru. 2012; (10): 65-68. (In Russ.)]

75. Пятакова Г. В. Некоторые психические аспекты внутренней картины болезни детей, страдающих ДЦП / Актуальные проблемы практической психологии: Сб. науч. трудов. СПб., - с. 85 – 97

76. Рогов А. В. Комплексная коррекция ограничений жизнедеятельности ребенка 13 лет с детским церебральным параличом // Педиатрия. 2010. Т. 89, № 4. С. 146-147.

77. Рогов А. В. Способ реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата // Детская и подростковая реабилитация. 2008. № 2 (11). С. 47-49.

78. Рогов А. В. Физическая реабилитация больных детским церебральным параличом со спастической диплегией // Медицина и образование в Сибири. 2012. № 6. Translit

79. Рогов А. В. Реабилитация больных ДЦП с применением тренажера. 2013. 105-107с

80. Рогов Артём Валерьевич (2019). Комплексная коррекция двигательных ограничений у больных детским церебральным параличом. Медицина: теория и практика, 4 (S), 473-474.

81. Ростачева Елена Александровна (2019). Рефлексотерапия в комплексной реабилитации детей со спастической формой детского церебрального паралича. Медицина: теория и практика, 4 (S), 475-476.

82. Рузиев Н. К. Сравнительная характеристика антропометрических показателей у детей первого второго периода детства с ДЦП. Диссертация. Ташкент 2012

83. Самойлова Е. Я. (2020). Влияние физической реабилитации на психозмоциональную сферу детей с детским церебральным параличом. FORCIPE, 3 (S), 756-757.

84. Семенова К. А. // Журнал невропатол. и психиатр.- №10-С1445-1450

85. Семенова Е. В., Коршикова Е. В., Морозова, Трухачева А. В., Заблоцкис Е. Ю. "Реабилитация детей с ДЦП. Обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам"- М., 2018 146-147с

86. Семёнова Е. В., Ключкова А. Е., Коршикова-морозова А. В., Трухачёва Е. Ю. Заблоцкис реабилитация детей с дцп, 2018. – 584 с

87. Семёнова К. А. Детский церебральный паралич. М.: Медицина. 2006. 260с,

88. Семёнова К.А, Левченкова В.Д. Особенности патогенетической терапии ДЦП, обусловленные характером патогенеза каждой из трех стадий этого заболевания// Социальные проблемы роста детского инвалидности М 2012 S 129-131с

89. Семенова К.А. "восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом"- М., 2007

90. Семенова К.А. Клиника и реабилитационная терапия ДЦП.- М,

91. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия ДЦП. - М.: Медицина, 2010. 465p [Semёnova KA, Mastyukova EM, Smuglin MY. Clinics and rehabilitation treatment of cerebral palsy. Moscow: Meditsina; 2010. (In Russ).]

92. Скоромца А.А. Справочник врача невролога.- М.МЕД прессинформ.2008-576с

93. Смирнова. И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП-СП 6:» Детство-Пресс» 2003-160с

94. Солонец И.Л. Оценка качества жизни больных с нарушением функции движения в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта в процессе комплексной реабилитации. Диссертация 2016 стр 60-61

95. Таланова. Н // Журн. Мама и малыш. – 2005.-№ 4. 91с

96. Ткаченко Е. С.Медико-социальный портрет семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение» 2017 Казань ст234-236

97. Турсункулов О.А. (2019). Влияние физической реабилитации на двигательные нарушения у детей с детским церебральным параличом. FORCIPE, (Приложение), 768-769.

98. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия 3-изд.: учебник. Минск.: Книжный дом, 2008. 512 с.

99. Хельмут Кнупфер, Фридрих Вильгельм Ратке. Как помочь ребёнку, больному церебральным параличом. Руководство для родителей, педагогов и физиотерапевтов. Марбург: Карл Вагнер. - - с. 97 - 105.

100. Чоговадзе А. В., Поляев Б. А., Бажев К. А. Координаторная гимнастика у детей, занимающихся спортивными единоборствами. // Вестник спортивной медицины России. -М., . Вып. 2. - с. 98 - 99.

101. Шалькевич Л.В. (2020). Эффективность использования технологий виртуальной реальности в комплексной реабилитации мануальной активности у детей с детским церебральным параличом. Журнал Гродненского государственного медицинского университета, 18 (6), 716-721.

102. Шелехов И. Л., Берестнева О. Г. Репродуктивное здоровье женщины: психологические и социальные аспекты: монография. Томск: Изд-во Томского политехн. ун-та, 2013. 366 с.

103. Шелехов И. Л., Уразаев А. М. Психологическая коррекция девиантных форм материнского поведения. Томск: Изд-во Томского гос. пед. ун-та, 2009. 128 с.

104. Шишицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. СПб.: Дидактика Плюс, . 272 с.

105. Шомансуров Ш.Ш, Матмуродов А.Т, Тургунова Г.Л К этиологии и клинике мозжечковой формы ДЦП. Тез.доклад I Респ.конф по детс.невропотоллю- Казань - С20-21

106. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология семьи и психотерапия семьи. СПб.: Питер, . 656 с.

107. Akhbari Ziegler S, Hadders-Algra M. Coaching approaches in early intervention and paediatric rehabilitation. Dev Med Child Neurol. 2020 May;62(5):569-574. doi: 10.1111/dmcn.14493. Epub 2020 Feb 17. PMID: 32065385;PMCID: PMC7187136.

108. Araneda R, Sizonenko SV, Newman CJ, Dinomais M, Le Gal G, Nowak E, Guzzetta A, Riquelme I, Brochard S, Bleyenheuft Y; Early HABIL-ILE group. Functional, neuroplastic and biomechanical changes induced by early Hand-Arm Bimanual Intensive Therapy Including Lower Extremities (e-



HABIT-ILE) in pre-school children with unilateral cerebral palsy: study protocol of a randomized control trial. *BMC Neurol.* 2020 Apr 14;20(1):133. doi: 10.1186/s12883-020-01705-4. PMID:32290815; PMCID: PMC7155331.

109. Bell KL, Benfer KA, Ware RS, Patrao TA, Garvey JJ, Arvedson JC, Boyd RN, Davies PSW, Weir KA. Development and validation of a screening tool for feeding/swallowing difficulties and undernutrition in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2019 Oct;61(10):1175-1181. doi: 10.1111/dmcn.14220. Epub 2019 Apr 1. PMID: 30937885; PMCID: PMC6850582.

110. Bisegger C., Cloetta B, Von Rueden U. et al., 2005; E.K. Svavarsdottir, B. Orlygsdottir, 2006; J.W. Varni, T.M. Burwinkle, M. Seid, 2006; H.L. Wee, H.X. Chua, S.C. Li, 2006; U. Norrby, L. Nordholm, B. Andersson-Gare, 2006; L. Rajmil, J. Alonso, S. Berra et al., 2007; S. Saigal, B. Stoskopf, J. Pinelli et al., 2007

111. Boel L, Pernet K, Toussaint M, Ides K, Leemans G, Haan J, Van Hoorenbeeck K, Verhulst S. Respiratory morbidity in children with cerebral palsy: an overview. *Dev Med Child Neurol.* 2019 Jun;61(6):646-653. doi: 10.1111/dmcn.14060. Epub 2018 Oct 15. PMID: 30320434.

112. Brandenburg JE, Fogarty MJ, Sieck GC. A Critical Evaluation of Current Concepts in Cerebral Palsy. *Physiology (Bethesda).* 2019 May 1;34(3):216-229. doi: 10.1152/physiol.00054.2018. PMID: 30968751; PMCID: PMC7938766.

113. Brandenburg JE, Fogarty MJ, Sieck GC. Why individuals with cerebral palsy are at higher risk for respiratory complications from COVID-19. *J Pediatr Rehabil Med.* 2020;13(3):317-327. doi: 10.3233/PRM-200746. PMID: 33136080.

114. Brunner Hermine I., Edward H., Giannini. Health-related quality of life in children with rheumatic diseases // *Current Opinion in Rheumatology..* — V. 15, № 5. — P. 602-612.

115. Chiu HC, Ada L, Bania TA. Mechanically assisted walking training for walking, participation, and quality of life in children with cerebral palsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Nov 18c;11(11):CD013114.

doi:10.1002/14651858.CD013114.pub2. PMID: 33202482; PMCID: PMC8092676.

116. Christmas PM, Sackley C, Feltham MG, Cummins C. A randomized controlled trial to compare two methods of constraint-induced movement therapy to improve functional ability in the affected upper limb in pre-school children with hemiplegic cerebral palsy: CATCH TRIAL. *Clin Rehabil.* 2018 Jul;32(7):909-918. doi: 10.1177/0269215518763512. Epub 2018 Mar 19. PMID: 29552921.

117. Curtis DJ, Woollacott M, Bencke J, Lauridsen HB, Saavedra S, Bandholm T, Sonne-Holm S. The functional effect of segmental trunk and head control training in moderate-to-severe cerebral palsy: A randomized controlled trial. *Dev Neurorehabil.* 2018 Feb;21(2):91-100. doi: 10.1080/17518423.2016.1265603. Epub 2017 Jan 3. PMID: 28045553.

118. Elnaggar RK, Elbanna MF, Mahmoud WS, Alqahtani BA. Plyometric exercises: subsequent changes of weight-bearing symmetry, muscle strength and walking performance in children with unilateral cerebral palsy. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2019 Dec 1;19(4):507-515. PMID: 31789302; PMCID: PMC6944802.

119. Elnahas AM, Elshennawy S, Aly MG. Effects of backward gait training on balance, gross motor function, and gait in children with cerebral palsy: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2019 Jan;33(1):3-12. doi: 10.1177/0269215518790053. Epub 2018 Jul 25. PMID: 30043634.

120. Fayers P.M., Machin D. *Quality of life: assessment, analysis, and interpretation.* — New York: Wiley,

121. Flanigan M, Gaebler-Spira D, Kocherginsky M, Garrett A, Marciniak C. Spasticity and pain in adults with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2020 Mar;62(3):379-385. doi: 10.1111/dmcn.14368. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31602643.

122. Fletcher N.A. Marsden C.D.//Comment in:*Dev Med Child Nevrol.*-  
- Vol.38-P. 871-872

123. Fosdahl MA, Jahnsen R, Kvalheim K, Holm I. Effect of a Combined Stretching and Strength Training Program on Gait Function in Children with Cerebral Palsy, GMFCS Level I & II: A Randomized Controlled Trial.

Medicina (Kaunas). 2019 Jun 6;55(6):250. doi: 10.3390/medicina55060250. PMID: 31174397; PMCID: PMC6630432.

124. Fosdahl MA, Jahnsen R, Kvalheim K, Holm I. Stretching and Progressive Resistance Exercise in Children With Cerebral Palsy: A Randomized Controlled Trial. *Pediatr Phys Ther.* 2019 Jul;31(3):264-271. doi:10.1097/PEP.0000000000000616. PMID: 31220010.

125. Goodwin J, Lecouturier J, Basu A, Colver A, Crombie S, Smith J, Howel D, McColl E, Parr JR, Kolehmainen N, Roberts A, Miller K, Cadwgan J. Standing frames for children with cerebral palsy: a mixed-methods feasibility study. *Health Technol Assess.* 2018 Sep;22(50):230-232. doi: 10.3310/hta22500. PMID:30234480; PMCID: PMC6174326.

126. Grebennikova E. V., Shelehov I. L., Konovalova O. V. Famiglie socio-psicologici bambini disabili // *Italian Science Review.* 2014. № 12 (21). P. 119

127. Green MM, Gaebler-Spira D. Cerebral Palsy. *J Pediatr Rehabil Med.* 2019;12(2):113-114. doi: 10.3233/PRM-190008. PMID: 31282438.

128. Gulati S, Sondhi V. Cerebral Palsy: An Overview. *Indian J Pediatr.* 2018 Nov;85(11):1006-1016. doi: 10.1007/s12098-017-2475-1. Epub 2017 Nov 20. PMID:29152685.

129. Guyatt G.H., Juniper E.F., Griffith L.E. et al. Children and adult perceptions of childhood asthma // *Pediatrics.* — № 99. — R 165-168.

130. Haberfehlner H, Goudriaan M, Bonouvrié LA, Jansma EP, Harlaar J, Vermeulen RJ, van der Krogt MM, Buizer AI. Instrumented assessment of motor function in dyskinetic cerebral palsy: a systematic review. *J Neuroeng Rehabil.* 2020 Mar 5;17(1):39. doi: 10.1186/s12984-020-00658-6.p334-340 PMID: 32138731; PMCID: PMC7057465.

131. Hagberg B., Hagberg G., Olow I. // *Acta Paediatr.* - - Vol.82. - P. 387-393

132. Haverkamp F., Kramer A., Fahnenstich H., Jerres K. // *Kiln Padiatr.* 1996.-Vol.208.- P.93-96

133. Haverkamp F., Kramer A., Fahnenstich H., Zerres K. // *Kiln.Padiatr.* - - Vol. 208. - P.93- 96.

134. Heinen F., Desloovere K., Schroeder A.S. The updated European Consensus 2009 on the use of Botulinum toxin for children with cerebral palsy // *Eur. J. Pediatr. Neurol.* 2010. Vol. 14 (1). P. 45-66).

135. Hoare BJ, Wallen MA, Thorley MN, Jackman ML, Carey LM, Imms C. Constraint-induced movement therapy in children with unilateral cerebral palsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Apr 1;4(4):CD004149. doi:10.1002/14651858.CD004149.pub3. PMID: 30932166; PMCID: PMC6442500.

136. Howard M, Bickley C, Linton J, Northcutt L, Lux M, Scott A, Stephenson L, Barnes D. Early Mobilization Rehabilitation Program for Children With Cerebral Palsy Undergoing Single-Event Multilevel Surgery. *Pediatr Phys Ther.* 2020 Jul;32(3):218-224. doi: 10.1097/PEP.0000000000000709. PMID: 32604364.

137. Hussein ZA, Salem IA, Ali MS. Effect of simultaneous proprioceptive-visual feedback on gait of children with spastic diplegic cerebral palsy. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2019 Dec 1;19(4):500-506. PMID: 31789301; PMCID: PMC6944808.

138. Johnson RW, Williams SA, Gucciardi DF, Bear N, Gibson N. Evaluating the effectiveness of home exercise programmes using an online exercise prescription tool in children with cerebral palsy: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018 Jan 23;8(1):e018316. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018316. PMID: 29362255; PMCID: PMC5786075.

139. Jonsson U, Eek MN, Sunnerhagen KS, Himmelmann K. Cerebral palsy prevalence, subtypes, and associated impairments: a population-based comparison study of adults and children. *Dev Med Child Neurol.* 2019 Oct;61(10):1162-1167. doi: 10.1111/dmcn.14229. Epub 2019 Apr 5. PMID: 30950519.

140. Keles MN, Elbasan B, Apaydin U, Aribas Z, Bakirtas A, Kokturk N. Effects of inspiratory muscle training in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Braz J Phys Ther.* 2018 Nov-Dec;22(6):493-501. doi: 10.1016/j.bjpt.2018.03.010. Epub 2018 Apr 4. PMID: 29636305; PMCID: PMC6235748.

141. Klawonn MA, Klamar K, Turk MA. Trends in publications about cerebral palsy 1990 to 2020. *J Pediatr Rehabil Med.* 2020;13(2):107-117. doi: 10.3233/PRM-200697. PMID: 32568124.
142. Ko EJ, Sung IY, Moon HJ, Yuk JS, Kim HS, Lee NH. Effect of Group-Task-Oriented Training on Gross and Fine Motor Function, and Activities of Daily Living in Children with Spastic Cerebral Palsy. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2020;40(1):18-30. doi: 10.1080/01942638.2019.1642287. Epub 2019 Jul 24. PMID:31339403.
143. Koike T., Minakami., Sasahi M., Sayama M., Tamada T., Sato I //Arch Gynecol. Obstet- 1996 Vol.258.- P. 119-123
144. Kwon CY, Lee B, Chang GT, Yoon SH. Efficacy of acupotomy for cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2019Jan;98(4):e14187. doi: 10.1097/MD.00000000000014187. PMID: 30681588; PMCID: PMC6358392.
145. Langevell J.H., Loonen M.C.B. et al. A quality of life instrument for adolescents with chronic headache // Cephalalgia. — № 16. — R 183-196.
146. Lee MJ, Yun YJ, Yu SA, Shin YB, Kim SY, Han JH. Integrative medicine rehabilitation for children with cerebral palsy: a study protocol for a multicenter pragmatic randomized controlled trial. *Trials.* 2020 Aug 17;21(1):723. doi: 10.1186/s13063-020-04639-x. PMID: 32807229; PMCID:PMC7430116.
147. Lintanf M, Bourseul JS, Houx L, Lempereur M, Brochard S, Pons C. Effect of ankle-foot orthoses on gait, balance and gross motor function in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2018 Sep;32(9):1175-1188. doi: 10.1177/0269215518771824. Epub 2018 May 1. PMID:29714066.
148. Lopes JBP, Duarte NAC, Lazzari RD, Oliveira CS. Virtual reality in the rehabilitation process for individuals with cerebral palsy and Down syndrome: A systematic review. *J Bodyw Mov Ther.* 2020 Oct;24(4):479-483. doi:10.1016/j.jbmt.2018.06.006. Epub 2018 Jun 28. PMID: 33218550.
149. MacLennan AH, Lewis S, Moreno-De-Luca A, Fahey M, Leventer RJ, McIntyre S, Ben-Pazi H, Corbett M, Wang X, Baynam G, Fehlings D, Kurian MA, Zhu C, Himmelmann K, Smithers-Sheedy H, Wilson Y, Ocaña

CS, van Eyk C, Badawi N, Wintle RF, Jacobsson B, Amor DJ, Mallard C, Pérez-Jurado LA, Hallman M, Rosenbaum PJ, Krueger MC, Gecz J. Genetic or Other Causation Should Not Change the Clinical Diagnosis of Cerebral Palsy. *J Child Neurol*. 2019 Jul;34(8):472-476. doi: 10.1177/0883073819840449. Epub 2019 Apr 9. PMID: 30963790; PMCID: PMC6582263.

150. Mattern-Baxter K, Looper J, Zhou C, Bjornson K. Low-Intensity vs High-Intensity Home-Based Treadmill Training and Walking Attainment in Young Children With Spastic Diplegic Cerebral Palsy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2020 Feb;101(2):204-212. doi: 10.1016/j.apmr.2019.09.015. Epub 2019 Nov 1. PMID:31678223.

151. Matusz PJ, Key AP, Gogliotti S, Pearson J, Auld ML, Murray MM, Maitre NL. Somatosensory Plasticity in Pediatric Cerebral Palsy following Constraint-Induced Movement Therapy. *Neural Plast*. 2018 Nov 8;2018:1891978. doi:10.1155/2018/1891978. PMID: 30532772; PMCID: PMC6250030.

152. Matza L., Swensen A., Flood E. et al. Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological, and regulatory issue // *Value in Health*. — 2004. — V. 7. — P. 79-92.

153. McGillivray J., Gfmpbell D.M. // *Paediatr, Perinat. Epidemiol.*-- Vol.9-P 146-155

154. Mlodawski J, Mlodawska M, Pazera G, Michalski W, Domanski T, Dolecka-Slusarczyk M, Gluszek S, Rokita W. Cerebral palsy and obstetric-neonatological interventions. *Ginekol Pol*. 2019;90(12):722-727. doi: 10.5603/GP.2019.0124. PMID: 31909467.

155. Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, Langdon K, Namara MM, Paton MC, Popat H, Shore B, Khamis A, Stanton E, Finemore OP, Tricks A, Te Velde A, Dark L, Morton N, Badawi N. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2020 Feb 21;20(2):3. doi: 10.1007/s11910-020-1022-z. PMID: 32086598; PMCID: PMC7035308.

156. Nygaard T.G., Waran S.P., Levine R.A., Naini A.B. Chutorian A.M. // *Paediatr. Neural.* - Vol. 11. - P. 236-240.

157. Ostojic K, Paget S, Kyriagis M, Morrow A. Acute and Chronic Pain in Children and Adolescents With Cerebral Palsy: Prevalence, Interference, and Management. *Arch Phys Med Rehabil.* 2020 Feb;101(2):213-219. doi: 10.1016/j.apmr.2019.08.475. Epub 2019 Sep 12. PMID: 31521713.

158. Parnell Prevost C, Gleberzon B, Carleo B, Anderson K, Cark M, Pohlman KA. Manual therapy for the pediatric population: a systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 2019 Mar 13;19(1):60. doi: 10.1186/s12906-019-2447-2. PMID:30866915; PMCID: PMC6417069.

159. Pin TW, Butler PB, Purves S. Use of whole body vibration therapy in individuals with moderate severity of cerebral palsy- a feasibility study. *BMC Neurol.* 2019 May 1;19(1):80. doi: 10.1186/s12883-019-1307-5. PMID: 31043157; PMCID: PMC6495512.

160. Putri DE, Srilestari A, Abdurrohik K, Mangunatmadja I, Wahyuni LK. The Effect of Laser Acupuncture on Spasticity in Children with Spastic Cerebral Palsy. *J Acupunct Meridian Stud.* 2020 Oct;13(5):152-156. doi:10.1016/j.jams.2020.09.001. Epub 2020 Sep 25. PMID: 32980558.

161. Rasmussen HM, Pedersen NW, Overgaard S, Hansen LK, Dunkhase-Heinl U, Petkov Y, Engell V, Holsgaard-Larsen A. Gait analysis for individually tailored interdisciplinary interventions in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Dev Med Child Neurol.* 2019 Oct;61(10):1189-1195. doi:10.1111/dmcn.14178. Epub 2019 Feb 10. PMID: 30740658.

162. Reis J., Schambra H.M., Cohen L.G., Buch E.R., Fritsch B., Zarahn E. Noninvasive cortical stimulation enhances motor skill acquisition over multiple days through an effect on consolidation // *Proc Natl Acad Sci USA.* Vol. 106. P. 1590-1595

163. Ruiz Brunner MLM, Cieri ME, Rodriguez Marco MP, Schroeder AS, Cuestas E. Nutritional status of children with cerebral palsy attending rehabilitation centers. *Dev Med Child Neurol.* 2020 Dec;62(12):1383-1388. doi: 10.1111/dmcn.14667. Epub 2020 Sep 6. PMID: 32893359.

164. Rumeau- Pouquette C.// *Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. Pares.--* Vol.25.-P.119-123

165. Salazar AP, Pagnussat AS, Pereira GA, Scopel G, Lukrafka JL. Neuromuscular electrical stimulation to improve gross motor function in children with cerebral palsy: a meta-analysis. *Braz J Phys Ther.* 2019 Sep-Oct;23(5):378-386. doi:10.1016/j.bjpt.2019.01.006. Epub 2019 Jan 23. PMID: 30712812; PMCID: PMC6823719.
166. Schneider H. //Geburtshilfe.Frauenheilkd. - - Vol. 53. - P. 369 -378.
167. Schwabe AL. Comprehensive Care in Cerebral Palsy. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2020 Feb;31(1):1-13. doi: 10.1016/j.pmr.2019.09.012. PMID: 31760983.
168. Seung Mi Y, Ji Young L, Hye Yeon S, Yun Sik S, Jeong Yi K. Factors Influencing Motor Outcome of Hippotherapy in Children with Cerebral Palsy. *Neuropediatrics.* 2019 Jun;50(3):170-177. doi: 10.1055/s-0039-1685526. Epub 2019 Apr 22. PMID: 31009955.
169. Sigurdardottir S. et al. Cognitive profile in young Icelandic children with cerebral palsy // *Dev. Med. Child Neurol.* № 50 (5). P 357-362.
170. Spilker B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. — Philadelphia: Lippincott-Raven,
171. Spinillo A., Fazzi E. Stronati M., Ometto A., Iasci A., Guaschino S. // *Early Hum.Dev.* - - Vol. 35. -P. 45-54.
172. Subspecialty Group of Rehabilitation, the Society of Pediatrics, Chinese Medical Association. [Rehabilitation strategy and recommendation for motor dysfunction in children with cerebral palsy]. *Zhonghua Er Ke Za Zhi.* 2020 Feb 2;58(2):91-95. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2020.02.005. PMID: 32102143.
173. Thomas SP, Addison AP, Curry DJ. Surgical Tone Reduction in Cerebral Palsy. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2020 Feb;31(1):91-105. doi:10.1016/j.pmr.2019.09.008. Epub 2019 Nov 8. PMID: 31760996.
174. van Balen LC, Dijkstra LJ, Dirks T, Bos AF, Hadders-Algra M. Early Intervention and Postural Adjustments During Reaching in Infants at Risk of Cerebral Palsy. *Pediatr Phys Ther.* 2019 Apr;31(2):175-183. doi: 10.1097/PEP.0000000000000585. PMID: 30865144.



175. Vargus-Adams JN. Outcome Assessment and Function in Cerebral Palsy. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2020 Feb;31(1):131-141. doi: 10.1016/j.pmr.2019.09.011. Epub 2019 Nov 8. PMID: 31760986.

176. Varni J.W. Screening for behavioral and emotional problems in children and adolescents with congenital or acquired limb deficiencies // *Art. J. Dis. Child.* — № 146. — R 103-107.

177. Varni J.W., Katz E.R., Colegrove R. et al. Adjustment of children with newly diagnosed cancer: cross-informant variance // *J. Psychosoc. Oncol.* — № 13, — R 23-38.

178. Varni J.W., Seid M., Castro C.M, et al. The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (PCQL). I. Instrument development, descriptive statistics and cross-informant variance // *J. Behav. Med.* — № 21. — P. 179-204.

179. Varni J.W., Seid M., Kurtin P.S. Pediatric health-related quality of makers // *J. Clin. Outcomes Meas.*— № 6. — P. 33-40.

180. Varni W., Burwinkle T.M., Sherman S.A. et al., ; L.A. Sleeper, P. Anderson, D.T. Hsu et al, 2006; M. Bullinger, U. Ravens-Sieberer, 2006; C. Ramirez, P. Gonzalez, L. del Castillo, 2006; H.I. Brunner, J. Taylor, M.T. Britto et al., 2006; N.N. Yossef, T.G. Murphy, A.L. Langseder et al., 2007; H. Stam, E.E. Hartman, J.A. Deurloo et al., 2007

181. Veelhen. N., Schopf M., Dammann O., Schulte F.Z// *Neuropediatrics*- - Vol.24.-P. 74-76

182. Veelken N., Schopf M., Dammann O., Schulte F.J. // *Neuropediatrics*. - . - Vol. 24. - P.74 -76.

183. Wang J, Lang YB, DU JH, Chen Z, Zhu DN, Zhang Y, Li MY, Tong P. [Effect of suspension exercise training on motor and balance functions in children with spastic cerebral palsy]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.* 2018 Jun;20(6):465-469. Chinese. doi: 10.7499/j.issn.1008-8830.2018.06.007. PMID: 29972120; PMCID:PMC7389949.

184. Yazıcı M, Livanelioğlu A, Gücüyener K, Tekin L, Sümer E, Yakut Y. Effects of robotic rehabilitation on walking and balance in pediatric patients with hemiparetic cerebral palsy. *Gait Posture.* 2019 May;70:397-402. doi: 10.1016/j.gaitpost.2019.03.017. Epub 2019 Mar 30. PMID: 30974395.

## МУНДАРИЖА

МАТНДА ИШЛАТИЛГАН ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ .....	5
КИРИШ .....	6
I БОБ. БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАР ЁНДАШУВЛАРНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ .....	9
§1.1. Болалар миё фалажлиги таснифи, этиология масалалари .....	9
§1.2. Болалар миё фалажлиги кечишининг клиник-неврологик хусусиятлари .....	12
§1.3. Болалар миё фалажлиги таъхисиди асосий нейрореабилитацион мезонлар .....	13
§1.4. Тиббиётда “ҲАЁТ СИФАТИ” тушунчаси .....	16
§1.5. Болалар миё фалажлигини даволашда нейрореабилитацион йўналиш ва дифференциаллашган медикаментоз коррекция .....	17
§1.6. Болалар миё фалажлиги реабилитациясида комплекс- мультидисциплинар ёндашув .....	22
§1.7. Болалар миё фалажлигида жисмоний реабилитация аҳамияти. ДЖТ усуллари, вазифаси ва мақсади .....	25
II БОБ. БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАР ЁНДОШУВЛАРНИ БАҲОЛАШ МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАРИ .....	30
§2.1. Тадқиқот усулларининг амалий аҳамияти .....	30
§2.2. Тадқиқот олиб борилаётган контингентнинг ҳаёт сифатини ўрганиш .....	31
§2.3. Тадқиқотга киритилган ташкилот ва муассасалар даво, реабилитация усуллари, уларни қиёсий таҳлили .....	33
§2.4. Олинган натижалар статистик таҳлили .....	34
§2.5. Экспериментал маълумотларни статистик қайта ишлаш .....	35
III БОБ. БОЛАЛАР МИЯ ФАЛАЖЛИГИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИНинг КЛИНИК ЖИҲАТЛАРИНИ БАҲОЛАШ .....	36

§ 3.1. Ҳар бир тадқиқот муассасасида даволаш ва реабилитация қилиш усуллари. Самарқанд тиббиёт институти биринчи клиникасининг болалар неврологик бўлимида даволаш ва реабилитация қилиш усуллари .....	37
§3.2 РИБММ Самарқанд филиалининг даволаш ва реабилитация усуллари .....	39
<b>IV БОБ. ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОН ТАҲЛИЛ. БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИДА ҚўЛЛАНИЛГАН КОМПЛЕКС ТЕРАПИЯ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯНИ БАҲОЛАШ .....</b>	<b>46</b>
§4.1. Тадқиқотни ташкил этиш. Беморларнинг умумий хусусиятлари	47
Бемор стационар даволаниш кўрсаткичи .....	55
<b>V БОБ. ТАДҚИҚОТ ДИНАМИК ТАҲЛИЛИ. ҲАЁТ СИФАТИ ВА ШКАЛАЛАР ДИНАМИКАСИ. ....</b>	<b>58</b>
§5.1 Болалар бош мия фалажлиги ҳаёт сифати кўрсаткичлари натижалари .....	58
§5.2 Функционал шкалалар ёрдамида баҳолаш динамикаси .....	71
<b>ХОТИМА .....</b>	<b>87</b>
<b>ХУЛОСАЛАР .....</b>	<b>99</b>
<b>АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР .....</b>	<b>100</b>
<b>АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ .....</b>	<b>102</b>

**УСМАНХОДЖАЕВА А.А., МАТМУРАДОВ Р.Ж., ЭГАМОВА М.Т.**

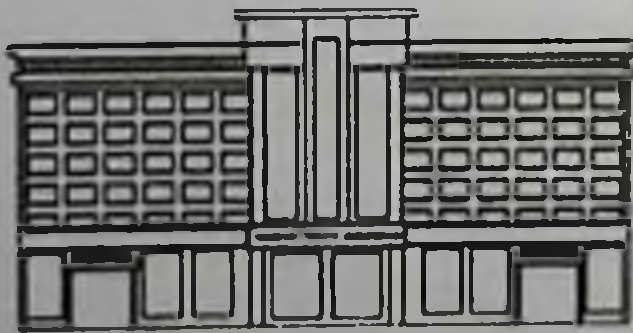
**БОЛАЛАР БОШ МИЯ ФАЛАЖЛИГИ  
РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА  
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАР ЁНДАШУВЛАР**

**Монография**

Бош муҳаррир	<b>О.Козлова</b>
Бадий муҳаррир	<b>Ж.Хамдамов</b>
Компютерда саҳифаловчи	<b>С.Султанова</b>

---

НАШ.лист. АА № 8798  
«ТИББИЙОТ НАШРИЙОТИ МАТБАА УЙИ» МЧЖ  
Тошкент шаҳри, Олмазор тумани, Шифокорлар, 21



**ТИББИЙОТ НАШРИЙОТИ МАТБАА УЙИ**

---

Объем – 5,0 а.л. Тираж – 50. Формат 60x84. 1/16. Заказ № 2538 -2023.  
Отпечатано «ТИББИЙОТ НАШРИЙОТИ МАТБАА УЙИ» МЧЖ  
100109. Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-80-64, e-mail: [rio-tma@mail.ru](mailto:rio-tma@mail.ru)  
№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 7716

ISBN 978-9943-6007-9-9



9 789943 600799 >