

БОЛДИР СУЯКЛАРИНИ ТУҒМА ЧИҚИШИ: ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ*Шомуқимов Шухрат Абдушукурович**Файзиматов Музаффар Агзамович**Жалолов Хабибулло Абдинаби ўғли.**Содиқов Сардор Абдунабиевич**Республика болалар ортопедия маркази**Тошкент шаҳри*

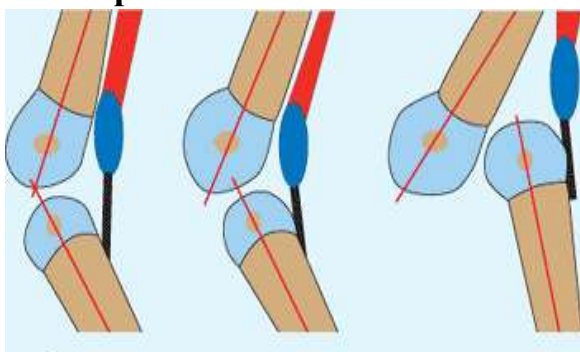
Болдир суякларини туғма чиқиши жуда кам учрайдиган касаллик хисобланади. Янги туғилган чақалоқларда учраш ниисбати юз мингта янги туғилган чақалоқлардан биттасида учрайди. Бу касаллик алохида ёки бириктирувчи тўқима дисплазияси, наслий касалликлар яни Элерса-Данло, Ларсен, марфансимон бўғимларни бўшлиги ва хокозалар билан бирга қўшилиб келиши мумкин. Бу касаллик кўпинча таянч ҳаракат системасини бошқа туғма аномалиялари билан қўшилиб келади булар чаноқ сон бўғимларини дисплазияси, туғма маймоқлик, туғма вертикала ошиқ суяги каби касалликлар.

Мақсад: болдирларни туғма чиқишини даволашни таҳлил қилиш.

Текшириш усули ва материаллари 2016 йилдан 2023 йиллар давомида бизни кузатувимизда болдирларни туғма чиқиши билан 14 нафар (24 бўғим) бемор бўлди. Шулардан 4 нафар бемор ўғил бола 10 нафар бемор қиз бола. Ёши 1 кунликдан 4 ёшгача.

10 нафар беморда икки томонлама (71.4%), 4 нафар беморда бир томонлама болдирларни туғма чиқиши (28.6%) кузатилди. Ўнг томонлама 1 нафар бемор (25%), 3 нафар бемор чап томонлама болдирларни туғма чиқиши (75%) кузатилди..

Based on Curtis and Fisher (1969). Таснифига кўра:

1-расм.

1. Рекурвация – катта болдир суягини бўғим юзаси сон суягини эпифизига нисбаттан биров олдинга силжийди ва сон суяги эпифизи юқорига тизза қопқоғи бўғим юзаси томонга юналади.

2. Чала чиқиш - катта болдир суяги бўғим юзасини орқа қирғоғи сон суягини

бўғим юзасини олдинги қирғоғига таянади.

3. Чиқиш - ҳаракат вақтида болдир суяги олдинга ва юқорига ҳаракати кузатилади.

Тизза бўғимини туғма патологиясини эрта ва доимий клиник белгиси тизза бўғимидаги ортиқча ёзилиш харакатини чекланиши ва харакат вақтида оғриқ сезиши. Тизза бўғими сохаси зинасимон шаклни олади. Тизза бўғмини чиқишида ортиқча ёзилиш холати бўлганлиги сабали букилиш харакати кескин чекланади. Тизза бўғими тақим ости сохаси пайпасланганда сон суягини бўртиқлари болдир суяги билан бирлашганлиги аниқланади. Бўғим юзалари чуқурлашган, ушбу соха териси таранглашган, бўғим олд юзасида тери бир нечта тери бурмалари аниқланади. Тизза бўғимини букишда болдир букишга бермайди. Бўғимда харакат кескин чегараланиб 15-20 градусни ташкил қилади.

Юқоридаги симптомларни барсачи бир вақтда кузатилади ва бир сохада. Тизза бўғимини чиқиши билан келган болаларда учрайдиган асосий симптом тизза бўғимини олдинга нистабиллиги, чиқиш холатида тизза бўғими ён бойламларини бўшашидан келиб чиқади.

3 нафар беморда чиқиш ёки чала чиқиш холати. 5 нафарида кичик болдир суягини гипоплазияси. Шулардан 3 нафарида кичик болдир суягини гипоплазияси натижасида болдир ошиқ бўғимини ташқарига чала чиқиши кузатилди.

Болдирларни туғма чиқишини даволаш.

Янги туғилган чақалоқларда даволаш ташхис қўйилиши билан боиланади. Тўрт бошли мушакни контрактурасига қараб пассив букилади, букиш холатига келтирилиб, болдир суяги жойига солинади.

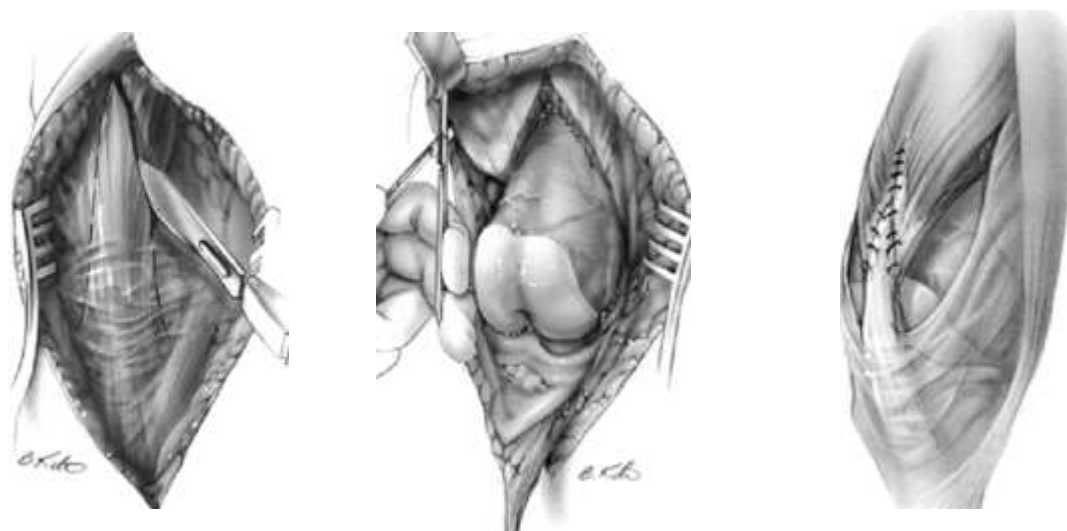
Букилиш холати 90° келтирилса шу холатда фиксациялаб 2-4 хафта давомида коррексияланади. Агарда букилиш холати 30° дан 90° гача бўлса хар хафта гипс ечилиб 4 хафта давомида 90° дан ўтганча гипсли боғламда коррексияланади.

2-расм.



Агарда гипсли боғламдан кейин хам тизза бўғимида букилиш 90° дан кам бўлса, оператив даво тавсия қилинади. Оператив даво сонни тўрт бошли мушагини V–Y-пластикаси артротомия билан биргаликда.

3-расм.



Агарда ушбу амалиёт билан коррексияланмаси сон суягини калталаштирувчи остеотомияси амалга оширилади. Бу малиёт сонни тўрт бошли чандиклашиш асоратини хисобга олган холда бажарилади. Операциядан сўнг тизза бўғими 70-85 градус бурчак остида букилган холатда 6 хафтага гипсли боғлам қўйилади. Гипсли боғлам ечилгандан сўнг беморга сонни турт бошли мушагини мустахкамловчи машқлар қилиниб, ортезда юришга рухсат берилади, ортез кечаси ва кундузи тақилади. Агарда беморда таянч харакат системасини бошқа касалликлари учраса аввал тизза бўғимини чиқиши даволаниб кийин бошқа патологиялар даволанади.

Эришилган натижалар. 24 та тизза бўғимини чиқиши аниқланиб, шулардан 13 нафар бўғимда ташхис қўйилиши биланоқ чиқиш вақтида жойига солиниб, 90° дан зиёд букилган холатда 2 хафта давомида фиксация қилинди, 6 нафар тизза бўғимини букилиш 30°–90° гача келди ва 4 хафта поғонали гипсда даволаниб 100% натижага эришилди. 5 нафар 2 гуруппа (30°–90°) тизза қопқоғини туғма чиқиши ташхиси билан 5 нафарида V–Y-пластикаси ва артротомия жаррохлик муолажаси ўтказилди. Жаррохлик муолажаси ўтказилган беморларни ўртача ёши 24 ойлик (8-60 ой).

Кузатувда бўлиш даври ўртача 3 ёшгача (ўртача 2 ёшдан 6 ёшгача).

Даволаниш даври тугагандан сўнг кузатувда бўлган беморларни 16 нафар тизза бўғимида харакат 100% тикланди ва соғ тизза бўғими билан бир хил холатда. 8 нафар тизза бўғимини чиқиши билан даволангани беморда букилиш 120° ни ташкил этади. (соғлом тизза бўғимиа нисбаттан тикланиш 90% натижага эришилди)

Хулоса. Касалликни эрта ташхислаш (туғруқхонада туғилгандан 1 кунликкача) касалликни даволашда асосий рол ўйнайди. Касалликни биринчи соатлардан бошлаб даволаш даволаш самарадорлиги ошириб даволаш вақтини қисқартиради. Болаларда тизза бўғимини туғма чиқишини даволамаслик тизза

бўғимида ҳаракат чекланишига ва барқарорликка сабаб бўлади.

Адабиётлар рўйхати:

1. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:609-11.
2. Chatelain quoted in Potel, G. F.: Etude sur Les Malformations Congenitales du Genu. These de Lille; 1897.
3. Jacobsen K, Vopalecky F. Congenital dislocation of the knee. Acta Orthop Scand. 1985;56:1-7. doi: [10.3109/17453678508992968](https://doi.org/10.3109/17453678508992968).
4. Curtis BH, Fisher RL. Congenital hyperextension with anterior subluxation of the knee. Surgical treatment and long-term observation. J Bone Surg. 1969;51-A:255-269. doi: [10.2106/00004623-196951020-00005](https://doi.org/10.2106/00004623-196951020-00005).
5. Johnson E, Audell R, Oppenheim WL. Congenital dislocation of the knee. J Pediatr Orthop. 1987;7:194-200. doi: [10.1097/01241398-198703000-00017](https://doi.org/10.1097/01241398-198703000-00017).
6. Curtis BH, Fisher RL. Heritable congenital tibiofemoral subluxation. Clinical features and surgical treatment. J Bone Joint Surg Am. 1970;52:1104-1114. doi: [10.2106/00004623-197052060-00003](https://doi.org/10.2106/00004623-197052060-00003).
7. Mac Farland B. Congenital dislocation of the knee. J Bone Surg. 1929;11:281-5.
8. Provenzano F. Congenital dislocation of the knee. N Engl J Med. 1947;236:360. doi: [10.1056/nejm194703062361003](https://doi.org/10.1056/nejm194703062361003).
9. Uthoff HK, Ogata S. Early intrauterine presence of congenital dislocation of the knee. J Pediatr Orthop. 1994;14:254-257. doi: [10.1097/01241398-199403000-00023](https://doi.org/10.1097/01241398-199403000-00023).
10. Katz MP, Grogono BJ, Soper KC. The etiology and treatment of congenital dislocation of the knee. J Bone Joint Surg. 1967;49-B:112-120.
11. Bell MJ, Atkins RM, Sharrard WJW. Irreducible congenital dislocation of the knee. Aetiology and management. J Bone Surg. 1987;69-B:403-406.
12. Laurence M. Genu recurvatum congenitum. J Bone Surg. 1967;49-B:121-134.
13. Ferris B, Aichroth P. The treatment of congenital knee dislocation: a review of nineteen knees. Clin Orthop Rel Res. 1987;216:135-140. doi: [10.1097/00003086-198703000-00021](https://doi.org/10.1097/00003086-198703000-00021).
14. Lage JA, et al. Intrauterine diagnosis of congenital dislocation of the knee (case report). Journal of Pediatric Orthopedics. 1986;6:110-1. doi: [10.1097/01241398-198601000-00023](https://doi.org/10.1097/01241398-198601000-00023).
15. Shih JC, Peng SS, Hsiao SM, et al. Three-dimensional ultrasound diagnosis of Larsen syndrome with further characterization of neurological sequelae. Ultrasound Obstetr Gynecol. 2004;24(1):89-93. doi: [10.1002/uog.1080](https://doi.org/10.1002/uog.1080).
16. Elchalal U, et al. Antenatal diagnosis of congenital dislocation of the knee: a case report. American Journal of Perinatology. 1993;10(3):194-196.

17. Gorincour G, Chotel F, Rudigoz RC, et al. Prenatal diagnosis of congenital genu recurvatum following amniocentesis complicated by leakage. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;22:643-645. doi: [10.1002/uog.884](https://doi.org/10.1002/uog.884).
18. Ana Monteagudo, et al. Real-time and 3-dimensional sonographic diagnosis of postural congenital genu recurvatum. *J Ultrasound Med.* 2006;25:1079-1083. doi: [10.7863/jum.2006.25.8.1079](https://doi.org/10.7863/jum.2006.25.8.1079).
19. Miguel A. Barber, et al. Prenatal features of genu recurvatum and genu flexum. *International federation of gynecology and obstetrics.* 2009;0020-7292. doi: [10.1016/j.ijgo.2009.01.015](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.01.015).
20. Haga N, Nakamura S, Sakaguchi R, et al. Congenital dislocation of the knee reduced spontaneously or with minimal treatment. *J Pediatr Orthop.* 1997;17;59-62. doi: [10.1097/01241398-199701000-00014](https://doi.org/10.1097/01241398-199701000-00014).
21. Bensahel H, Dal Monte A, Hjelmstedt A, et al. Congenital dislocation of the knee. *J Pediatr Orthop.* 1989;9:174-177. doi: [10.1097/01202412-198909020-00011](https://doi.org/10.1097/01202412-198909020-00011).
22. Rampal V, Mehrafshan M, Ramanoudjame M, et al. Congenital dislocation of the knee at birth-Part 2: Impact of a new classification on treatment strategies, results and prognostic factors. *Ortjop Traumatol Surg Res.* 2016;102(5):635-638. doi: [10.1016/j.otsr.2016.04.009](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.04.009).
23. Jih-Yang Ko, et al. Congenital dislocation of the knee. *Journal of Pediatric Orthopaedics.* 1999;19:252-259. doi: [10.1097/01241398-199903000-00023](https://doi.org/10.1097/01241398-199903000-00023). Chun-Chien Cheng, Jih-Yang Ko. Early reduction for congenital dislocation of the knee within twenty-four hours of birth. *Chang Gung Med J.* 2010;33: 266-73.