

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

*Қўлёзма ҳуқуқида*

**УДК: 616. 728.2-001.6-053.1-085**

**АХМЕДОВ ЎЛУҒБЕК БОТИРАЛИЕВИЧ**

**ЧАНОҚ - СОН БЎҒИМИ ДИСПЛАЗИЯСИНИ ЧАҚАЛОҚЛАРДА  
ЭРТА АНИҚЛАШ, ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ**

14.00.22-Травматология ва ортопедия

**Магистр илмий даражаси олиш учун талабгорлик  
ДИССЕРТАЦИЯСИ**

**Илмий раҳбар: т.ф.н., доцент Ахтамов А.**

**Самарқанд-2023**

## МУНДАРИЖА

<b>КИРИШ</b> .....	3
<b>I-БОБ. СОННИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИНИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ ВА УЧРАШИ</b> (Адабиётлар таҳлили).....	5
§1.1. Соннинг туғма чиқишини этиопатогенези ва учраши.....	5
§1.2. Соннинг туғма чиқишини классификацияси ва эрта аниқлаш усуллари.....	9
§1.3. Кичик ёшдаги болаларда соннинг туғма чиқишини консерватив даволаш усуллари танлаш.....	12
§1.4. Антимерзияни сон бўғимининг шаклланишида ва туғма қолдиқ ярим чиқиш ривожланишига таъсири ва олдини олиш.....	15
<b>II-БОБ. МАТЕРИАЛ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ</b> .....	22
§ 2.1. Клиник материалларнинг умумий таснифи.....	22
§ 2.2. Тадқиқот усуллари.....	26
§2.2.1. Клиник текширувлар.....	26
§2.2.2. Соннинг туғма чиқишини рентгенологик текшириш усуллари.....	30
<b>III-БОБ. КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛШ УСУЛЛАРИ</b> .....	39
3.1. Чаноқ-сон бўғими дисплазияси ва туғма чиқишини даволаш алгоритми.....	38
3.2. Соннинг туғма чиқишини функционал даволаш усуллари.....	39
3.3. Асоратларни олдини олиш ва реабилитацияси.....	45
<b>IV-БОБ. Даволаш натижаларини таҳлил қилиш</b> .....	
4.1. Чаноқ-сон бўғими туғма чиқишини ва ярим чиқишини даволаш натижалари.....	48
4.2. Сонни туғма чиқишини консерватив даволашдан кейинги ривожланишни прагнозлаш.....	51
4.3. Чаноқ-сон бўғимининг консерватив даволашдан кейинги ривожланиши.....	55
4.4. Сон туғма чиқишини консерватив даволашдан кейин кузатилагн сон бошчасининг асептик некрозини даволаш ва олдини олиш.....	57
<b>ХОТИМА</b>	60
<b>ХУЛОСАЛАР</b>	62
<b>Фойдаланилган адабиётлар руйхати</b>	63

## КИРИШ

Бугўнги кунда чанок – сон бўғими дисплазияси таянч – ҳаракат аъзоларининг энг кўп тарқалган туғма касалликларидан бири бўлиб ҳар 100 – туғилган чақалоқнинг 7-25 тасида учрайди (Манушкин Б.Д. 2017) туғруқхоналарда эрта аниқлаш 2-16 % ни ташкил этади (Баиндурашвили А.Г. 2017).

Бугўнги кунда касалликнинг асосий патогенетик сабаблари чуқур урганилмаган булиб, асосий урғу касалликни эрта аниқлаш ва даволашга йуналтирилган. Касалликни олдини олиш ва бартараф этишга қаратилган профилактик чора - тадбирлар ортопедиянинг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Шу билан бирга соннинг туғма чиқишини эрта аниқлаб даволаш нафақат амалий тиббиётнинг, балки ижтимоий ва иқтисодий нуқтаи назардан ҳам муҳим аҳамиятга эга туғруқхона шароитида соннинг туғма чиқиши ташхисини ўрнатиш учун ҳомиладорлик ва туғруқнинг хусусияти, ҳомила ҳолати, онада кузатилган касалликлар, наслида туғма касалликларнинг кузатилганлиги ҳисобига олиниб таҳлил қилинади.

Бугўнги кунда туғруқхоналарда ортопедларнинг фаолият курсатмаётганликлари касалликни кеч аниқланиб даволаш муддатининг купайишига сабаб булмоқда (Кодиров М., Турсунова С.). Шунинг учун чанок – сон бўғими дисплазиясини эрта аниқлаш ва даволаш бугўнги куннинг долзарб муаммоларидан булиб, мавжуд текшириш ва даволаш усулларини такомиллаштиришни зарур қилиб қуймоқда.

Текширишдан мақсад сонографик текширувлар асосида касалликни эрта аниқлаш ва даволашнинг дифференциаллашган тактикасини ишлаб чиқиш.

Мақсуд мақсадни амалга ошириш учун қуйидаги вазифалар режалаштирилди:

1) Чақалоқларда чанок – сон бўғими дисплазиясининг учраш улушини аниқлаш ва таҳлил қилиш.

2) Чаноқ - сон бўғимининг дисплазияси, туғма ярим чиқиш ва туғма чиқиш эхтимоли бўлган болаларда сонографик манзарасини ўрганиш.

3) Клиник сонографик, рентгенологик текширув натижаларини солиштирма тахлил қилиб баҳолаш асосида даволаш усулини танлаш ва тавсия этиш.

4) Даволаш натижаларини урганиш.

#### **Ишнинг илмий янгилиги:**

1) Чаноқ-сон бўғимининг сонографик типларига кура консерватив даволаш усулларига курсатмалар ишлаб чиқиш.

2) Болаларда чаноқ-сон бўғими дисплазияси ва туғма чиқишини даволаш учун махсус ортопедик шина амалётга жорий этилади.

#### **Кутилаётган натижалар:**

Текшириш ва даволаш усуллари амалиётга жорий этилади .Амалиёт шифокорлари учун услубий тавсиянома тавсия этилади

#### **Диссертация тузилиши.**

Диссертация 72 саҳифа ва 4 қисмдан иборат. Кириш I-қисм. Илмий адабиётлар тахлили, II-қисмда материал ва текшириш усуллари. III-қисмда даволаш усуллари ва IV-қисмда даволаш натижалари баён этилган. Хотима, хулосалар ва фойдаланилган адабиётлар руйхати ҳам берилган. Диссертация материаллари 5та жадвал, 14 та расм ва схемалардан иборат. Илмий ишда 59 та ўзимизда ва МДХ давлатлардаги ҳамда 16 та хорижий давлатларда чоп этилган адабиётлардан фойдаланилган.

## **I БОБ. ИЛМИЙ АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ**

### **1.1. Соннинг туғма чиқишини этиопатогенези ва учраши.**

Соннинг туғма чиқишини пайдо булиш сабаблари бу мавзудаги илмий ишларнинг кўплигига қарамасдан тула-туқис урганилмаган. Мазкур касаллик туғрисида қадимдан илмий ишлар мавжуд.

Баъзи олимлар сонни туғма чиқишининг сабабини қуйидагча тушинтирадилар - ҳомиладор бачадоннинг жароҳатланиши билан.

- Ҳомила сувининг камлиги ҳамда ривожланиш жараёнида соннинг максимал буқилган ҳолатда булиши сон бошчасини қуймиқ косача орқа юзага тақалиб чиқишга мойил булиб қолади ва ҳатто осонлик билан чиқиши мумкин деб тушунтирадилар.

- Сонни туғма чиқишига сон бўғим деворининг ва бойламларининг бушлиги натижаси деб тушунтирадилар [9,18,20].

Бугўнги кунда кўпгина муаллифлар касалликнинг пайдо булишига кўпгина тератоген зарарли омиллар нурланиш, инфекция, витамин етишмовчилиги, эндокрин фаолятини бузилиши, вирусли касалликлар сабаб булиши мумкин деб тушинтирадилар. Экологик муҳитнинг бузилиши, атмосферада радиактив моддалар таъсирининг кўпайганлиги турли туғма нуқсонли касалликларнинг пайдо булишига сабаб булади. Бирлашган Миллатлар Ташкилоти Илмий Кенгашининг маълумотларига қараганда 1962 йилдан буён атмосферада тиббий радиактив ифлосланиш курсаткичи 0,1 бирликдан ошган [13,19,22].

Соннинг туғма чиқишининг сабаблари турли туман булиб кўплаб назариялар мавжуд. Мазкур назарияларнинг баъзилари тарихан қизиқарли булсада, лекин улар касаллик моҳиятини тушунтириб беролмайди. Шундай булсада, уларга гуруҳларга булиб тухталамиз.

1. Бирламчи муртак нуқсони - мазкур назарияга кура, бирламчи муртак хосил булиш жараёнида хромасомал патологик ҳолатда булгани учун тератоген – механиқ, физик, химиявий ва алиментар омиллар таъсирида ҳомила узаги ривожланиш жараёнига салбий таъсир этади. Соннинг туғма

чиқиши билан каттиқ танглайнинг нуқсони, туғма маймоқликнинг биргаликда учраши мазкур назариянинг нечоғлик ҳақиқатга яқинлигини курсатади.

2. Ирсий назария - оннинг туғма чиқишини 1,3-14% ҳолатларда оилавий миқёсда учрашини баъзи муаллифлар таъкидлашади. Мазкур назарияга кура генотип (ирсий)нинг кескин узгариши натижасида ирсий касаллика мойиллик курсатиб туғма чиқиш нуқсон билан туғилишга сабаб булади.

3. Чиқиш олди (перелюксация) ҳолати бўғим деворининг заифлашиб сон бошчасининг косачасидан чиқишга сабаб булади. Мазкур ҳолат хомиладорликнинг охирги ойларида оёқлари танасига яқин хомила (айниқса чаноқ ҳолатида) сиқилиб чиқишга мойил булиб қолади. Мазкур ҳолат бирламчи булиб, кейинчалик иккиламчи дисплазия ривожланади [20]

4. Чаноқ-сон бўғим дисплазияси чақалоқларда чаноқ-сон бўғимининг компонентларини суякланиш жараёни секинлашади, холбуки тоғайли қават элементлари миёрий ривожланади. Чақалоқлик давридаги парвариш қониқарли кечганда (кенг юргаклаш қўлланилганда) мазкур ҳолат ўз-ўзидан бартараф этиларди. Касалликнинг оғир даражасида профилактик чоратadbирлар ўз вақтида қўлланилмаса соннинг туғма чиқиши ривожланиши мумкин. Шундай қилиб, мазкур назарияга кура чаноқ-сон бўғими дисплазияси бирламчи, туғма чиқиш эса иккиламчи ҳисобланади.

5. Бўғим бойлам ва халтасининг заифлиги (релаксин).

Бир ёшгача булган болаларнинг сон бўғими стабиллиги яъни мустахкамлигини таъминловчи аппарат бўғим девори ва бойламларининг мустахкамлиги ҳисобланади. Бўғим девори заифлашиб қолганда бўғим ностабил ривожланади.

6. Гормонал назария - Мазкур назарияга кура, туғма чиқишнинг ривожланиш сабаби бўғим халтаси ва деворининг заифлашиб қолиши. Мазкур ҳолат она организмида гормонлар (масалан релаксин) етишмовчилиги сабаб булади. Онада кам қалқонсимон без гипофункциясида

хомилада кушувчи тўқималарнинг мъёрий ривожланиши издан чиқади яъни секинлашади ва энхондрал суякланиш ярим чиқиш ёки чиқишга олиб келади.

7. Нейро-мушакли назария - Мазкур назарияга кура организмда нерв-мушак етишмовчилиги таъсирида мушаклар кординацияси кузатилади. Ҳамад бўғим атрофи мушаклари заифлашиб туғма чиқиш ривожланади.

8. Механик ва травматик назария (Гипократ). Мазкур назарияга биноан туғилиш жараёнида хомила жарохатланади. Айниқса катта хомила тор чанок халқасидан утишда сиқилиши бундай ҳолатга мисол булади. Бачадон ичида хомиланинг нотўғри ривожланиши, думбаси билан туғилишлар туғма чиқишга сабаб булиш (55-70%) эхтимоли кўп [26].

9. Ортирилган статик деформация. Мазкур назарияга мувофиқ, чиқиш аста-секин, яъний бола 2-3 ёшга киргач ривожланади. Чиқиш аввалига мушаклар тонусининг заифлашуви ҳисобига руй берса, кейинчалик бола вазнининг оғирлашуви ҳисобига ривожланади [9,30,31,39].

Куришиб турибдики туғма чиқишни пайдо булишини тушунтирувчи назариялар жуда турли туман булиб, тулиқ урганилмаган ва био-генетик муоммолардан ҳисобланади.

Шу билан бирга мазкур назарияга кура, айнан бир омил-фактор эмас, балки бир неча омилларнинг биргаликдаги пренатал ва постнатал давирлардаги таъсири туғма чиқишнинг ривожланишига сабаб булади [10,15].

Чанок–сон дисплазияси–қуймич косачасининг ва сон суяги бошчасининг нуқсонли ривожланиши (ёки ривожланишдан орқада қолиш) булиб, қуймич косачаси пештоқининг яссиланиши, сон суяги бошчасини кеч такомиллашуви, бўғим компонентларининг бушашуви билан характерланади. Сон бўғимининг дисплазияси туғилган ҳар 1000 чақалоқнинг 16 таси, туғма чиқиш эса анна шу болаларнинг ҳар 1000 тасининг 5 тасида учрайди [3,6,19].

Кўпгина муаллифлар соннинг қуймич косачасидан чиқишини хомила давридаёқ вужидга келади деб ҳисоблашади. Чақалоқ бўғим халтаси

бушашиб чузилган ҳолатда туғилади ва шунинг учун унинг оёғи ёзилганда осон кириб, яқинлаштирилганда худ шундай осонлик билан чиқади ёхуд чиқишга мойил булади. Сон бўғимининг манна шундай номутаносиблик билан такомиллашуви кейинчалик сон суяги бошчаси ва қўймич косчасининг нотўғри ривожланишига сабаб булади [1,2,32].

Соннинг туғма чиқишида қўймич косчасининг пештоқини яссиланиши (дисплазияси) кўпроқ учрайди.

Қўймич косчаси ёғ тўқималар билан тулиб қолади, шу туфайли сон бошчаси косчасидан осон сакраб чиқади.

Дисплазия кузатиладиган сон бўғимида сон суяги бошчасининг шакли кичик, суякланиш (ядроти) узаги кеч пайдо булади. Сон бошчасининг шакли вақт утиши билан узғариб шакли япалоқлашиб боради. Сон суяги бошчасининг тула туғма чиқишида ёнбош суякнинг бошчаси таяниб турган соҳасида янги «сохта» косача ҳосил булади. Бўғим халтаси чузилиб сон бошчасининг хусусий бойлами ҳам чузилиб кетади ёки йўқолади [34,39,47].

Шу билан бирга соннинг диафизар – буйин соҳасида ҳам ўзига хос ўзгаришлар вужидга келади. Агар диафиз, буйин ва сон бошчасининг бир йула буралиши  $10^0$  дан кўп булса антеторисия, сон буйинчаси ва бошчаси олдинга буралган булса – антиверсия, орқага буралса – ретроверсия дейилади.

Бўғим мушаклари чузилиб, соннинг ёзувчи пайлари қисқариб, бўғим халтаси чузилиб юпқалашиб қолади.

Сон суягининг бошчаси бўғим косчасидан жуда юқорига силжиб чиққанда бўғим халтасини чузиб қисиб қуяди ва бўғимга кириш соҳасида бўғим халтаси «қум соат» шаклига кириб қолади [56,59].

Сон бўғимининг туғма дисплазияси (ярим чиқиш ҳолати) – сон бўғимининг оғир булмаган хасталикларидан булиб, чақалоқларда даволаш муолажалари қанча эрта бошланса хасталик шунча тез йўқолиб бўғим асл муътадил ҳолатига тикланиши мумкин.



Ярим чиқиш - сон бўғимининг дисплазияси омилида сон суяги бошчаси бўғим косачасидан ташқари ва юқори томонга силжийди. Лекин қуймиш косачасининг пештоқ лабидан (лимбусдан) ташқарига чикмайди, яъни бўғим ичига қолади. Лекин сон бошчасининг маркази қуймиш косачасининг марказига туғри келмайди.

Ҳомила ичида шакилланиб ривожланган соннинг чин туғма чиқиши жуда кам учрайди.

Соннинг туғма чиқиши асосан чаноқ – сон бўғими дисплазияси натижасида ривожланади.

Чаноқ–сон бўғимини дисплазияси учраши Украинада хар 1000 ахоли ўртасида 5,3 (0,53%), Шарқий Сибир зоналарида 0,79-0,15, Грузияда-3,4% Арманистонда 2-3%, Беларуссияда 1,1%, АҚШ да 1,1-1,33, Швецияда 1,0% Норвегияда 2,2%, Буюк Британияда- 0,07-0,1%, Италия ва Чехословакияда- 3,7%, Венгрияда 3,6% [60,64,67].

Дисплазия Африка мамлакатларида, Хитойда, Египетда жуда кам учрайди. Касаллик қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан кўпроқ учрайди. Бир тамонлама чиқиш ҳам икки тамонлама туғма чиқишга нисбатан кўпроқ учрайди [4,7].

## **1.2. Соннинг туғма чиқишини классификацияси ва эрта аниқлаш усуллари.**

Чаноқ-сон бўғими дисплазияси беморларнинг фаол ҳаракат ва меҳнат қобилиятини бузилишига сабаб булувчи таянч-ҳаракат аъзоларининг энг кўп тарқалган туғма хасталикларидан бири ҳисобланади.

Чаноқ-сон бўғими дисплазиясида бўғим хосил булишига қатнашувчи барча суяк-тоғайлар, бойлам, мушак, бўғим девори, қон-томир ва нерв толаларининг ривожланиш жараёни бузилади [12,21,26].

«Чаноқ-сон бўғими дисплазияси» иборасин биринчи бор Хильгенрейнер (Hilgenreiner) қўллади ва унинг фикрича туғма чиқиш дисплазия натижасида ривожланади. Холбуки, дисплазия туғма чиқишга айланмайди.

Кўпчилик мутахассислар томонидан мазкур концепция ўз тасдиғини топган булсада, лекин баъзи муаллифлар чаноқ-сон бўғими дисплазиясини туғма чиқиш натижаси деб таърифлайдилар [6,9,16,26].

Чаноқ-сон бўғими дисплазияси туғма чиқиш тушунчасига кура кенгрок маъно касб этади. Чунки дисплазия чаноқ-сон бўғими барча компонентларининг ривожланиш жараёнининг бузилишини ҳарактерлайди.

Чаноқ-сон бўғимининг етук ривожланишини баҳолашда турли классификациялар мавжуд. Амалиётда дисплазиянинг уч босқичли классификациясини кўллашни кўпгина мутахассислар маъқул курадилар.

1. Чаноқ-сон бўғими дисплазияси

2. Диспластик ярим чиқиш.

3. Диспластик туғма чиқиш.

Соннинг чин туғма чиқиши, яъни ҳомиладаёк шаклланиб туғма чиқиш билан туғилиш кам учрайди. Чиқишлар асосан чаноқ-сон бўғимининг диспластик хасталаниши натижасида постнатал (туғилишдан сўнги) даврда ривожланади [17,36].

Чаноқ-сон бўғимининг дисплазиясини даволаш самарадорлиги бемор ёшига тескари пропорционал.

Касалликни олти ойгача булган болаларда клиник ва рентгенологик текшириш ҳамда ташхис куйиб даволаш чора-тадбирларини эрта куллаш бугўнги кунда қоникарли деб булмайд ва 30-40% ни ташкил этади. Холбуки, касалликни бола уч ойлик булгунча аниқлаб даволаш 97% беморларда яхши натижа беради. Бола олти ойликдан сўнг касаллик аниқланиб даволанса фақат 30% беморда яхши натижаларга эришиш мумкин [1,2,5].

Даволаш муддати ва унинг давомийлиги ҳам бола ёшига боғлиқ. Бола 3 ойлик булгунча даволаш муддати 3-5 ой, 3-6 ойликда 10-12 ой, 6-12 ойлик булса 12-18 ой, бир ёшдан катта булса икки уч йилгача давом этиши мумкин [4].

Шундай қилиб, даволаш муолажалари қанча эрта бошланса, даволаш натижалари ҳам шунча яхши булади. Шунинг учун ҳам бола ёши, даволаш муддати ҳамда унинг давомийлиги қанчалик бир-бирига боғлиқ булса касалликни эрта аниқлаш ҳам шунчалик долзарб ва бугўнги кунда ечимини топиши зарур булган муаммолардан бири ҳисобланади.

Бемор болаларни клиник текширишга азалдан катта эътибор берилади.

Чаноқ-сон бўғими дисплазияси ва туғма чиқишида энг асосий аломатлардан бири «шилқиллаш» – Маркс Ортолани аломати булиб касалликнинг жуда ишончли белгиси ҳисобланади. Лекин бола бир ойлик булгунча мазкур аломат йуқолади ва бир ёшдан сўнг кузатилмаслиги ҳам мумкин. Бугўнги кунда баъзи мутахассислар мазкур аломат эхтимолдан холи эмас ва унча ҳам ишончли эмас деган фикрни билдиришмоқда [23,51].

Чунки дисплазиянинг оддий формасида мазкур аломат учрамайди. Чақалоқларда ва курак ёшдаги бола сон бўғимларининг ташқарига кериш ҳаракат ҳажмининг чекланиб қолишига мутахассислар катта эътибор берадилар.

Мазкур аломат бўғимни тулақонли текширишга ундайди. Лекин, жуда эътибор билан текшириш зарурки, мазкур аломат марказий нерв системасининг гипоксия билан кузатилган жарохатланишларида, тиреотоксик миопатияда ҳам кузатилиши мумкин.

V. Putti сонниг туғма чиқишида оёқ кафти ташқарига буралиб туришига эътибор берди [35,52].

Соғлом муътадил бўғимда 6 та тери бурмалари кузатилади. Соннинг олд-медиал юзасида чов аддуктор ва тизза юқорисида, орқа медиал юзада, думба, сон ва тизза ости тери бурмалари мавжуд.

Чаноқ-сон бўғими дисплазиясида мазкур тери бурмалари номутаносиб жойлашади ёки битта қушимча тери бурмаси кузатилиши мумкин. Шу билан бирга, мазкур ҳолат гипотрофик болаларда, неврологик касалликларда касаллик икки томонлама учраганда эхтимоли кам булади [33,57].

Одатда чақалоқларда бир томонлама нисбий калталиқ кузатилмайди. Кукрак ёшидаги болаларда бир томонлама туғма чиқишда мушаклар кучининг ошиши ва қўймич косача пештоқи томонидан таянч булмагач соннинг проксимал учлиги краниал юза буйлаб (ташқарига) силжийди [28,44].

Икки томонлама туғма чиқиш ва оддий дисплазия бор булган 3-4 ойлик болаларда ҳам нисбий калталиқ кузатилмайди.

Илмий адабиётларда касалликнинг яна кўплаб клиник аломатлари баён этилган. Булардан Peltesson, Luindloff, Joachimsahl, Ляндерс аломатлари мавжуд [2,7,33].

Шундай қилиб, юқорида кайд этилган аломатларнинг бирортаси ҳам абсолют белги булолмайди ва нисбийдир. Баъзи клиник белгилар дисплазиянинг оддий формасида ёки икки томонлама туғма чиқишда ўз қийматини йўқотса, бошқа бири иккинчи бир касалликда ҳам учрайди ва потогноматик белги була олмайди. Учинчиси эса соғлом болаларда ҳам кузатилиши мумкин. Фақат бир неча клиник белгиларнинг биргаликда кузатилиши касаллик эхтимоли борлигидан далолат беради ҳамда чуқурроқ текшириш заруратини туғдиради.

### **1.3. Кичик ёшдаги болаларда соннинг туғма чиқишини консерватив даволаш усуллари таниш.**

Бугўнги кунда ортопедлар тавсиясига кура, туғма чиқиш агар туғруқхонадаёқ аниқланса, дархол даволаш муолажаларини куллаш мақулроқ.

Консерватив даволаш усуллари қўлланилганлигига 100 йилдан ортик йил утган булсада асосий даволаш усули функционал усул ҳисобланади. Чунки бутун даволаш жараёнида сон бўғимида фаол ҳаракат сакланиб қолади. Натижада, мазкур ҳолат сон мушакларининг ҳаракати ва трофикасига ижобий таъсир курсатади. Мазкур мақсадда Фрейка ёстикчаси, Павлик узангиси, Скот рамаси, Розен, Велинский, Шнейдеров, ЦИТО

шиналари, Ганаусик, Гневковский, Мильгунов, Абакаров апаратлари қўлланилмоқда [14,16,59,65].

Баъзи муаллифлар комбинациялаштирилган даволаш усулларини қўллайдилар: Шнейдеров шинасида бошлаб, даволаш Павлик узангисида давом этирилади. Бир ёшдан катта болаларда даволашда лейкопластирли тортмалардан фойдаланиб кейинчалик некроз остида туғриланиб гипсли боғлам қўллайдилар [24,37,61].

Бўғим туғрилангач кейин этапларда Вилинский шинасидан кенг куламда қўллайдилар.

Лекин баъзи муаллифларнинг фикрича бир ёшдан катта болаларда мазкур шинани қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Чунки бола утирганда бола тиззалари вальгус ҳолатида булиб, уйноқи бўғим ривожланишига мойиллик курсатади [18,53].

Кўплаб махсус мосламалардан бугўнги кунда функционал даволаш мақсадида Павлик узангиси, Ситенко, Гневковский, Абакаров мосламаларидан кенг қўлланилмоқда.

Соннинг туғма чиқишини консерватив усулда даволаш самарадорлигини таҳлил қилиш бир мунча мураккаб муоммо булиб, илмий адабиётларда турли усуллар баён қилинади.

Бунинг мамлакатимизда бугўнги кунда даволаш натижаларини ЦИТОда ишлаб чиқилган клиник-рентгенологик махсус схемани қўллаш кенг қўлланилади.

Кўплаб муаллифларнинг фикрича, фақат ташхиснинг ўзи даволаш натижасига таъсир курсата олмайди. Туғма чиқишда ҳам, ярим чиқиш ёки ярим чиқиш олди ҳолатида ҳам мутаносиб ёки патологик ривожланиш жараёни кузатилиши мумкин. Бошқа бир муаллифлар эса даволаш натижаларида энг кўп қолдиқ асоратлар туғма чиқишда кузатилади деб таъкидлашади [21,43,49].

Даволаш натижалари даволаш бошлангандаги бола ёшига боғлиқлиги кўпгина муаллифлар томонидан таъкидланади.

Икки ёшгача булган болаларда соннинг туғма чиқишини даволашнинг асосий усули-консерватив функционал усул ҳисобланади.

Лекин қайси ёшда қандай ҳолатларда консерватив даволаш усулини тухтатиб, операция усулини қўллаш заруряти борлиги ҳақида аниқ фикрлар мавжуд эмас.

Баъзи муаллифлар даволаш усулини танлашда бола ёшини асос қилиб олсалар, бошқа бир гуруҳ муаллифлар чаноқ сон бўғимининг рентгенологик (артрографик) маълумотларни асосли деб ҳисоблайдилар. Лекин, муаллифларнинг консерватив ёки оператив усулни танлашдаги курсатмаларни ишончли равишда асослаб баён этмаганлар.

Шу билан бирга, қайта-қайта консерватив усулда туғрилашга уринишлар, узоқ муддатли нофизиологик ҳолатда гипсли иммобилизацияда тутиб туришлар асептик некроз-коксартроз каби оғир асоратлар ривожланиш таъкидланади [29,40,54].

2 ёшдан сўнг сонни туғма чиқишини консерватив усулда туғрилаш травматик усул ҳисобланади ва операция усулида даволашни тавсия этади [45,46].

Бир ёшдан катта болаларда соннинг праксимал учлигида патологик торция мавжуд бўлса бирламчи эрта операция усулини қўллашни тавсия этадилар [53,56].

Икки ёшгача функционал даволаш, кузатиладиган қолдиқ асоратлар (ярим чиқиш) бўғим очилмасдан бартараф этиш афзал деб таъкидлайди [55,58].

Функционал даволашда артрография курсаткичлари ҳал қилувчи курсатма деб ҳисоблайди. Бўғим ичи юмшоқ тўқима томонидан бўғимни туғрилашга тайзиқ курсатувчи омиллар аниқланса бирламчи жаррохлик усулини қўллаш зарур деб ҳисоблайди [23,58].

Туғма чиқишни консерватив усулда туғрилашда функционал артрография маълумотларига катта аҳамият беради. Муаллифлар

дистракцион аппаратлар ёрдамида туғрилашга карши ва муаллиф мазкур усул бўғимни стабил туғрилаш имкониятини беролмайди [27,63].

Баъзи муаллифлар эса оператив усулни консерватив усул қўлланилгандан сўнг релюксация кузатилганда қўллаш маъқул деб ҳисоблайди [61,66].

Яъна бир баъзи муаллифларнинг фикрича туғирланмайдиган туғма чиқишлар бир ёшгача 1% ни ташкил этса, 2 ёшгача булган болаларда бу курсаткич муаллифлар маълумотларига кура 13-15% ни ташкил этади (2009) [40,58].

Чаноқ-сон бўғимининг рентгенометрик курсаткичлари батафсил урганилган булсада лекин ўнга нисбатан тула-тукис асосланиб маълум бир усулни танлашга камроқ эътибор берилади. Ҳатто ультратовуш ва артрография маълумотларига кура фақат «қум соат» аломати кузатилганда операция усулини танлаш тавсия этилади.

Айрим олимларнинг фикрича, даволаш усулини танлашда артрографиядан ташқари врач интуицияси ҳам муҳим аҳамиятга эга деб таъкидлайди.

Кўпгина муаллифларнинг фикрича, бирламчи операция усулини қўллаш нисбатан кам булиб 34% ва бошқа муаллифлар маълумотларига кура 35% ни ташкил этади. Шу билан бирга, консерватив усулда туғрилангач сонни қандай ҳолатда тутиб туриш, имобилизациянинг оптимал муддатлари ҳақида маълумотлар кам. Шу билан консерватив усулда даволашдан сўнг кузатиладиган ярим чиқишлар ҳамда асептик некроз улушлари батафсил таҳлил қилинмаган.

#### **1.4. Антiveringзияни сон бўғимининг шаклланишида ва туғма қолдиқ ярим чиқиш ривожланишига таъсири ва олдини олиш.**

Сонларни туғма чиқишини даволашда Лоренц 1895 йилдан бошлаб узининг гипсли боғламасини тавсия қилгандан бошлаб даволовчи траматолог ва ортопедлар бу усулда даволашда сон суяги бошчасининг дистрофик узгаришлари ва сон суяги праксимал қисмининг диформацияларига олиб

келади. Кўпчилик олимлар томонидан йўқоридаги камчиликлар кайд қилинган. Кўпчилик авторлар сон суяги бошчасини қайта тикланиши аваскуляр некрозга олиб келади деб ҳисоблайдилар ва сон суяги бошчасини даволаш жараёнида нофизиологик турганлиги шужумлага киради. Бошқа авторлар эса сон суяги бошчаси суяк тўқимасини қайта тикланишини нормал физиологик ҳолат деб ҳисоблайдилар. Баъзи ҳолларда сон суяги бошчасини дистрофик узгариши бошланишидан оғир кечади, дистрофия барча эпифезар ва проксимал усиш зонасини эгаллаганда деформация оғир кечади, чунки сон суяги буйинчаси ва бошқа қисимлари бир-бирига номутаносиб усади. Хозирги вақтда сонларни туғма чиқишини даволашда сонларни кериб турувчи боғламалардан фойдаланилмоқда, даволашни бошланиш вақларида юқоридаги қўлланиладиган усуллар бемор ёшига қараб танланади. Барча юқоридаги даволаш усуллари Лоренц даволаш ҳолатига ухшаш булиб чаноқ-сон бўғимида ҳаракатлар сакланган булади. Сон суяги бошчаси эпифизи дистрофик тикланиши профилактикасида чаноқ-сон бўғимида ҳаракатнинг булиши муҳим рол уйнайди. Илмий адабиётлар маълумотларига асосланиб сонлани туғма чиқишини консерватив даволашда сон суяги бошчасини дистрофик узгаришларни икки хил сабаби булади: 1. Қон билан таъминланишнинг бузилиши, 2. Сон суяги бошчасини қуймич пештоғи босиши. Бола ҳаётининг биринчи йилларида сон суяги проксимал қисми юмалоқ бойлам артерияси ва ретикуляр система орқали қон билан таъминланади. Барча эпифезар ва метафизар шохчалар битта артериядан чиқиб бўғим капсуласида бирлашади [41,48].

D. Tonnis сон суягини туғма чиқишини консерватив даволаш методида сонни туғирланиши шуни курсатадики Лоренц ҳолатида сон суяги бошчасини асептик некрози кузатилади, сабаби сон суяги проксимал қисмида қон айланиш яхши эмаслиги чаноқ-сон бўғимида тоғай ва ёғ тўқимаси орқалигида қон томир компресияси натижасида ва сон суяги бошчаси чегарасида вужудга келади [15,42].



Ланг ҳолати (сон суяги ички ротацияси ва узоқлаштирган ҳолатда) m.Psoas мушак сабабли қон томир зарарланишига олиб келади. Сон бошчаси хусусий бойламида қон томирларни таъминлашларнинг йўқлиги 52-55% кузатилади. Латерал қон билан таъминлаш амалга оширилади. Шу қон томирларни босилиши Лоренц 1 ҳолатида сон суяги бошчасини эпифези суб тотал некроз келиб чиқади. Дорзамедиал гуруҳ қон томирлари Лоренц 1 ҳолатида компресия булади. Сон суяги бошчаси ядросида қон айланишларида паталогик узгаришлар булмайди. Шу уч та қон айланиш системаси (дорза медиал, дорза солатерал ва сон суги юмалоқ бойлами) қониқарли ҳолатда ишлаб турса Лоренц 1 ҳолатида шу учаласидан биттасининг босилиши қон айланишнинг қолган қолган сестималари орқали компенсация қилинади. Экстра медуляр текширишлар шуни курсатадики сон суяги бошчаси дистрофияси даволаш жараёни бошча ядроси ҳисобига жараён давом этади. Сон суяги жойига куйилгандан кейин босим камайтириш мақсадида хар-хил авторлар турли хил фикирлар билдиради Лоренц 1 ҳолатини узгартиришни таклиф қиладилар. Сон суяги бошчасини бўғим пештоғига ушлаш мақсадида утирган яъни тизза ва чаноқ-сон бўғимида букилган ҳолатда фиксация қилинади. Клиник белгилари сон суяги бошчасининг дистрофик узгариши билан бошланади. Консерватив даволаш жараёнида чонок-сон бўғимида оғриқларнинг пайдо булиши, оғриқли контрактураси булиши [25,38,50,59].

Рентгенологик дистрофиянинг кечиши бир неча фазалардан иборат. Бу фазалар сон суяги бошчасининг структураси, бошча ядросининг шакли ва сон суяги буйинчаси ҳолатига қараб боҳоланади.

Solter соннинг туғма чиқишини консерватив усулда даволанганда аваскуляр некроз ривожланишига сабаб булувчи омиллар такидланган:

1. Сонни туғма чиқиши туғирлангач бир йил давомида суякланиш ядросининг пайдо булмаганлиги;
2. Сон бошчаси эпифизи суякланиш узагининг йўқлиги микроэпифиз.
3. Йил давомида сон буйинчасининг аста секин калинлашуви;

4. Сон бошчасининг зичлигини кучайиши ва кейинчалик фрагментациянинг ривожланиши;

5. Туғма чиқиш туғирлангач сон бошчаси ва буйинчасида қолдиқ деформациялар қолиши [9,13,18].

Кўпчилик муалифлар фикрича қолдиқ асоратлар сон бошчаси суякланиш ядросининг касалланиши даражасига боғлиқ деб ҳисоблашади. Агар даволашнинг бошлангич даврида қисман касалланиш булса кейинчалик у тикланиб соннинг праксимал учлигида деформация кузатилмайди. Агар сон бошчасининг суякланиш ядроси оғир даражада касалланган булса сон бошчаси ва буйинчасида оғир асоратлар ривожланиб бўғим номутоносиблигига сабаб булиши мумкин [17,21,32].

Сон бошчаси эпифизи, буйинчаси ва қуймич косачасида ривожланадиган оғир деформациялар суякланиш ядросининг эпифизар тоғай пластинкасига нисбатан жойлашган ҳолатига боғлиқ деб таъкидлайди. Сон бошчаси суякланиш ядроси латерал ҳолатда жойлашган булса соха *valga* ривожланиши эхтимоли булади. Агар сон бошчаси суякланиш ядроси медиал юзада жойлашган булса соха *vara* ривожланиш эхтимоли бор. Соннинг праксимал қисмининг усиш жараёнида усиш зонаси ҳамда эпифиз ишемияси «осилган канот» курингишида намоён булади. Бу аломат биринчи бор Perkins томонидан таъкидланган. Мазкур рентгенологик аломат эпифизар зонанинг бузилиши натижасида уни қисман ёки бутунлай усишдан орқада қолишидан далолат беради. Мазкур ҳолат катта кустнинг юқорига усишига ва думба мушаклар заифлашиб функционал соха *vara* ривожланишига сабаб булади. Шундай қилиб эпифиз ядросида кузатиладиган узгаришлар, айниқса сон буйинчаси ва соннинг праксимал учда турли деформациялар ривожланишига ва бу ҳолат уз навбвтида бўғим номутоносиблигига сабаб булади [2,7,17,20].

Соннинг праксимал қисмидаги васкуляр бузилишлар ҳамда коллатерал кон таъминотининг кайдаржада тикланиши сон бошчаси дистрофик узгаришлар жараёнини белгилайди. Шу билан бирга, соннинг праксимал

учлиги усиш суръатини бузилиши усиш зонасининг (бола ривожланиши даврида) берқилиб қолишига боғлиқ.

Кўпгина муалифлар сон бошчаси аваскуляр некрозида усиш зонасининг бузилиши соннинг проксимал учлигида ривожланадиган узгаришларда мухим роль уйнайди [29,35].

Гепертрофияланган лимбус билан латерал эпифизар артерия шохи усиш зонасининг ташки зонасини жарохатлайди. Натижада сон бошчасини вальгусли деформацияси 3-10 йилдан сўнг намаён булади. Усиш зонасининг медиал юзасини жарохатланиши эса сон буйин бурчагининг варусли деформациясига олиб келади. Кўпгина муаллифлар соннинг туғма чиқишини консерватив усулда даволаш жараёнида Лоренц 1 ҳолатида яъни сонни максимал кериб тиззадан букиб узок муддатда гипсли боғламада тутиб туриш ҳолатлари ҳам соннинг проксимал учлигида деформациялар ривожланишига сабаб булади [15,46,51].

Сон бўғимида ривожланадиган деформацияларни сон бошчаси эпифизар зонасида, сон буйинчасида, катта куст эпифизар зонасида ривожланадиган патологик жараёнларга боғлиқ. Сон проксимал усувчи зонасининг ташки юзаси жарохатланса сон бошчасини ташқарига усишини кучайтириб ярим чиқишга сабаб булиши мумкин. Усиш зонасининг тулиқ жарохатланиши сон буйинчасининг варусли деформацияси ва катта кустнинг юқорида шакилланишига сабабчи булади. Проксимал усиш зонасининг ички юзасининг жарохатланиши сон бошчасини пастга қараб усиши ҳамда варусли деформациясини ривожланишига сабаб булади [28,42,45].

Соннинг проксимал учлигида ривожланадиган патологик жараёнларни тахлил қилиб соннинг туғма чиқишини консерватив усулда даволашда кузатиладиган асептик некроз жараёнининг патологик учогига қараб классификациялайдилар.

**1- гуруҳ.** Сон бошчаси ядросининг жарохатланишида усмир ёшга бориб соннинг проксимал учлигида паталогик жараён кузатилмайди.

**2- гурух.** Сон бошчаси суякланиш ядроси ташки юзаси ва праксимал усиш зонасида паталогик жараёнлар кузатилса сон буйинчасининг латерал сегменти усишни секинлаштириб усиш зонасининг эпифизеодезига сабаб булади. Кейинчалик бу ҳолат соха valga ривожланиб сон бошчасининг куймич пештоқ билан копланиш даражасини етишмовчилигига (нуқсонига) сабаб булади.

**3- гурухда** эса сон бошчаси эпифизар зонаси марказий қисмининг жароҳатланиши оқибатида сон буйин бурчаги узгармасдан буйинчаси қисқариб қолган: катта кууст узининг функционал миёрий усиши сакланиб қолган ҳамда функционал соха вага ривожланган; сон бошчаси сферик ва куймич пештоқ билан яхши копланган ҳолатлар кузатилади.

**4- гурухда** сон бошчасининг ва сон праксимал учлигининг суякланиш ядросининг тулиқ жароҳатланиши натижасида сон буйинчасининг варусли деформацияси, унинг қисқариб калинлашиб катта кустнинг юқорига усиши кузатилади.

Баъзи муаллифлар **5-гурухни** ҳам киритадилар уларнинг кузатишларича фақат сон буйинчаси узи жароҳатланиб буйинча қисқариб калинлашади ва энгил даражадаги соха вага кузатилади (1-Жадвал) [13,18,29].

Юқорида кайд қилинган барча муаллифлар соннинг праксимал учлигида кузатиладиган деформацияларни фақат бир текислик фронтал текисликда тахлил қилишган. Лекин праксимал усиш зонасининг дистрофик зарарланишида олд ва орқа сохалар ҳам узгармасдан қолмайди. Шунинг учун бир катор муаллифлар бугўнги кунда соннинг проксимал учлигида кузатиладиган деформацияларни уч текисликда: фронтал, горизантал ҳамда сагитал текисликда узига хос оригинал рентгенологик текшириш усулидан фойдаланиладилар [52,59].

Муаллифлар мазкур деформациялар кўп текисликли булиб сон буйинчасининг деформацияси ҳисобига фронтал текисликда праксимал эпифиз усиш зонасининг бузилиши сагитал ва горизантал текисликда аниқланади. Шунинг асосида соннинг праксимал учлигининг кўп

текисликдаги деформацияларнинг классификацияси ишлаб чиқилган. Ўнга кура, соннинг праксимал учлиги ва қаттиқ куст соҳасидаги усиш зонасининг бузилиш турлари характерланади. Мазкур мураккаб деформациялар эрта аниқланиб коксартроз ва бошқа ривожланиш эхтимоли булган деформацияларни консерватив ёки оператив усулда эрта бартараф этиш имконияти булади [5,12,19].

Қуймич пештоғининг иккиламчи деформацияларини R. Salter ва R. Vinter кузатиб, муаллифлар кон айланишнинг бузилиши усиш зонасига салбий таъсир этиб муътадил биологик стимуляциякушувчи децентрация ҳолатидаги сон бошчаси унинг ривожланиш жараёнини янада оғирлаштиради. Соннинг туғма чиқишини консерватив усулда даволаш жараёнида ривожланадиган дистрофик ҳамда аваскуляр жараёнлар сон бошчасининг ҳамда эпифиз усиш сатҳини мунтазам шакилланишини издан чиқаради. Агар мазкур жараён фақат сон бошчасининг суякланиш ядросида кузатилса бўғим кампонетлари миёрида тикланиб ривожланади. Агар патологик жараён усиш зонасини ҳам камраб олса унда соннинг праксимал учлигида оғир деформациялар ривожланади. Мазкур ҳолат усиш зонасининг медиал, латерал ёки марказий сатҳининг бузилишига кура узига хос деформациялар ривожланади. Шунинг учун усиш зонасининг кайси сатҳида патологик жараён борлигини аниқ баҳолаб сонни праксимал учлигини коррекцияловчи операциялар қуллашда ҳисобга олинади [24,41].

## **II-БОБ. МАТЕРИАЛ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.**

### **§2.1. Клиник материалларнинг умумий таснифи.**

Текшириш ва даволаш ишлари Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази Самарқанд филиалида бажарилди.

Режалаштирилган вазифаларни амалга оширишда поликлиника шароитида кузатувимизда 2019-2022 йиллар давомида соннинг туғма чиқиши билан даволанган ёши бир ойликдан 18 ойликкача бўлган 84 боланинг даволаш натижалари асос қилиб олинди.

Болаларнинг 63 таси (75%) қиз болалар бўлиб, 21 таси (25%) ўғил болалар.

Беморларнинг 24 таси (28,6%) да авлодида соннинг туғма чиқиши билан даволанганлар кузатилган. Уларнинг 67 таси (80%) боши билан туғилган, 9 таси (10,7%) думбаси билан туғилган, 8 таси (9,3%) да кесарево қўлланилган.

Даволанган барча беморлар уч гуруҳга бўлиниб ўрганилди. Биринчи гуруҳга бир ҳафталикдан тўрт ойликкача бўлган болалар бўлиб бугўнги кунда оммавийлашаётган Фрейка шинаси (Андижон “Макон Мирза” фирмаси) қўлланилган. Фрейка шинаси ёши бир ойликкача бўлган болаларда 4 ой, 2-3 ойлик болаларда 5-6 ой давомида қўлланилиб кейинги 3-4 ой давомида Виленский шинасига ўтказилиб даволанган. Мазкур усулда 16 бемор кузатилган (жадвал-1).

Ёши 4 ойликдан 12 ойликкача бўлган 44 беморга (52,4%) муаллифлар томонидан таклиф этилган ортопедик шина қўлланилган.

Кичик ёшдаги (1-3 ойликкача бўлган) болалар улуши кам (25%) бўлиб мазкур ҳолат туғруқхоналарда оропедларнинг мунтазам бирламчи кўригининг йўқлиги ва неонатологлар эса чаноқ-сон бўғими дисплазияси эҳтимоли билан болаларни ортопедлар кўригига йўлланма беролмасликлари натижасидир.

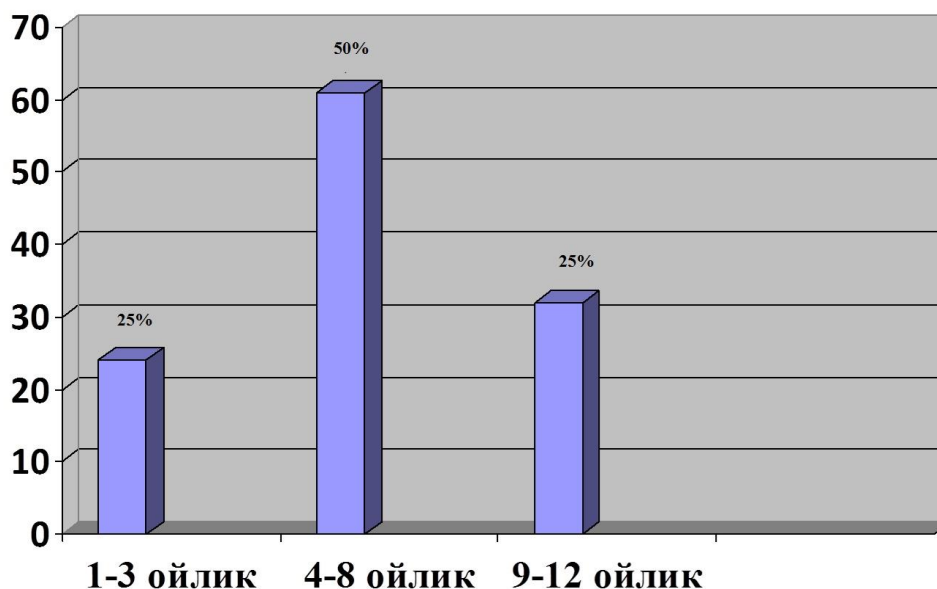
**Кузатувимиздаги бемор болаларнинг ёши ва жинсига кўра тақсимланиши.**

**Жадвал-2.1.**

Ёши (ойларда)	Жинси				Жами	%
	Ўғил болалар		Қиз болалар			
	Абс.	%	Абс.	%		
1-3 ойлик	2	2,4	19	22,6	21	25
4-8 ойлик	4	4,8	38	45,2	42	50
9-12 ойлик	3	3,6	18	21,4	21	25
Жами	9	10,8	75	89,2	84	100

2.1. жадвалдан кўришиб турибдики, даволанишга мурожоат қилган бир ёшгача бўлган беморларнинг асосий қисмини 4-8 ойликдаги қиз болалар ташкил этиб (90,5%), ўғил болалар улуши 9,5% ташкил этмоқда.

Туғруқхонадан чиққан биринчи ойликдан клиник ва сонографик текширувлар асосида 3 (2,5%) беморга соннинг туғма чиқиши, 2 ойликкача бўлган 6 (5,1%) беморга ва уч ойликкача бўлган 12 (12,8%) беморга аниқланган.



**Диаграмма-2.1. Беморларнинг касаллик аниқланиб даволаш муолажалари тавсия этилганда ёшига кўра тақсимланиши.**

Беморларнинг аксарият қисмида соннинг туғма чиқиш ташхиси 4-8 ойлик муддатларда ўрнатилган.

Туғруқхоналарда ва туман поликлиникаларида болалар ортопедлари штат бўйича қоникарли таъминланган бўлсада лекин етарли ортопедик кўникмаларга эга эмаслиги чаноқ-сон бўғими дисплазиясини дифференциялашган тартибда эрта клиник ташхислаш ва даволаш имкониятини бермайди.

Ҳатто ҳомиладорликнинг биринчи ярмида онада хавфли омиллар ҳолати кузатилган бўлсада лекин бола туғилган кундан бирламчи ортопедик кўрикдан (ўтказиш имконияти йўқ) ўтказилмайди. Ортопедик кўрикка яшаш жойидаги поликлиникадан йўлланма билан келаётганлар асосан 4-8 ойлик бўлган болалар ташкил этади. Ҳолбуки, ҳозир ҳам кўкрак ёшидаги болалар 5-6 ойлик бўлгандагина профилактик ортопедик кўрикдан ўтказиш оммавий характерга эга.

Шунинг учун ҳам туғруқхоналарда сонографик текширувлар ўтказилган ва фарқлаб таҳлил қилиб фаолят кўрсатаётган ортопедлар етишмаслиги кечикиб ташхис ўрнатишга ва бунинг оқибатида кечикиб даволашга ҳамда даволаш муддатининг узайишига сабаб бўлмоқда.

2020-2023 йилларда кафедра ходимлари томонидан Самарқанд шаҳар туғруқхоналарида чақалоқлар туғилган биринчи-иккинчи кундан ортопедик кўрикдан ўтказилиб клиник ва анамнестик маълумотларига кўра чаноқ-сон бўғими дисплазияси эҳтимоли бўлган болаларга даволаш муолажалари эрта қўлланилиб кузатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш имконият бўлди.

Чап томонлама туғма чиқиш кўпми ёки ўнг томонлама туғма чиқиш кўпроқ кузатиладими? Улар орасида маълум бир қонуният ёки боғланиш мавжуд эмас экан.

Аксарият беморларда бир томонлама туғма чиқиш кузатилган беморларда бўғимнинг иккинчи томони соғлом бўлмасдан дисплазия ҳолатида эканлиги кузатилди. Яъни иккинчи “соғлом” бўғимда куймич



пештоқ яссилиги, сон бошчасининг суякланишининг кечикканлик белгилари нисбатан кўпроқ кузатилди.

Бир томонлама туғма чиқишлар билан касалланган беморнинг рентген тасвири таҳлил қилинганда иккинчи “соғлом” бўғим томонида аксарият болаларда бўғим косачасида дисплазия ҳолати мавжудлиги кузатилди. Яъни кўймич пештоқ яссилиги, сон бошчаси эпифизи ўзагининг пайдо бўлиш муддатининг кечикканлиги кузатилди.

Бирламчи ташхис ўрнатишда онасининг ҳомиладорлик даврида ҳомила қандай ҳолатда ривожланганлиги муҳим омиллардан бири ҳисобланади. Кузатувимиздаги беморлар анамнези йиғилганда 93 таси (79,6%) да боши билан, 24 таси (20,4%) да думбаси билан туғилганлиги аниқланган. Шунинг учун думбаси билан туғилган барча чақалоқларга уч ойлик тўлиб клиник ва рентгенологик текширув ўтказилгунча доимий ортопедик назоратда бўлиши зарур.

**Беморларнинг касаллик аниқланиб даволаш муолажалари тавсия этилганда ёшига кўра тақсимланиши.**

**Жадвал-2.2.**

<b>Мурожоат қилганда ёши (ойларда)</b>	<b>Абс.</b>	<b>%</b>
<b>Бир ойлик</b>	3	2,6
<b>Икки ойлик</b>	6	5,2
<b>Уч ойлик</b>	12	12,8
<b>Тўрт-саккиз ойлик</b>	42	52,0
<b>Тўққиз-ўн икки ойлик</b>	21	27,4
<b>Жами</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Кузатувимиздаги беморларнинг 79,4% кеч аниқланиб даволаш муолажалари кеч қўлланилган туғруқхона шароитида 2,6%, икки-уч ойликкача бўлган ёшда 18% аниқланган. Бу ҳолат туғруқхоналарда ортопед томонидан бирламчи клиник кўриклар мунтазам ўтказиш қониқарли

эмаслиги натижасида касаллик кеч аниқланиб эрта даволашга имконият бўлмаслиги сабаб бўлган.

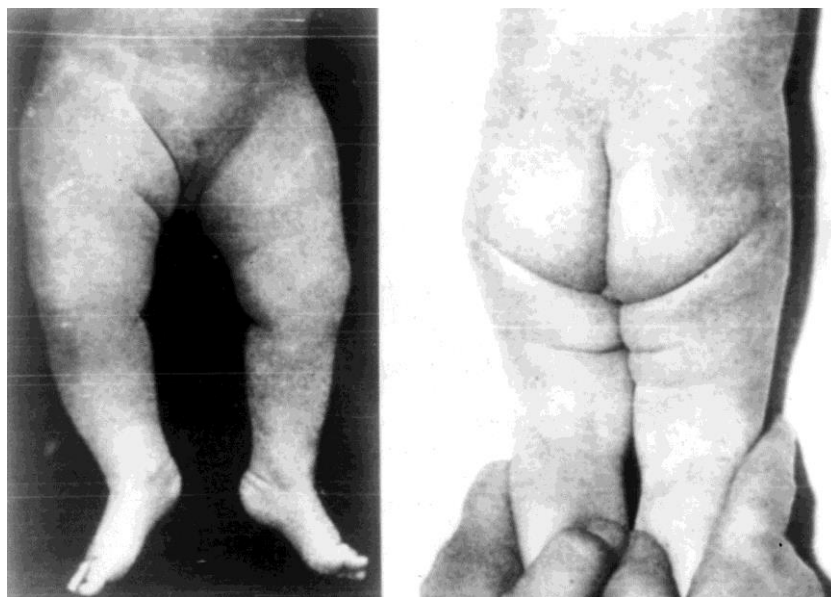
## §2.2. Тадқиқот усуллари

Чаноқ-сон бўғими туғма чиқишларида клиник баҳолаш мураккаб, фақатгина клиник аломатларга асосланмаслик лозим, чунки асосий клиник аломатлар нисбий, шу сабабли беморларни клиник-лаборатор усуллар ёрдамида ҳар тарафлама текшириш муҳим аҳамиятга эга.

### 2.2.1. Клиник текширувлар

Барча беморларда клиник текширувда куйидаги аломатларга катта этибор берилди.

1. Бола оёқ кафтини ташқарига бураб ётиши ва оёқ кафтини ичкарига бураш чекланган булади. Бу ҳолат бир томонлама чиқишларда аниқроқ кузатилади. Чунки иккала оёқни солиштириб бу ҳолатни пайкаш қийин эмас (1-расм).



**Расм 1.** *Оёқ кафтини ташқарига бураб ётиши.*

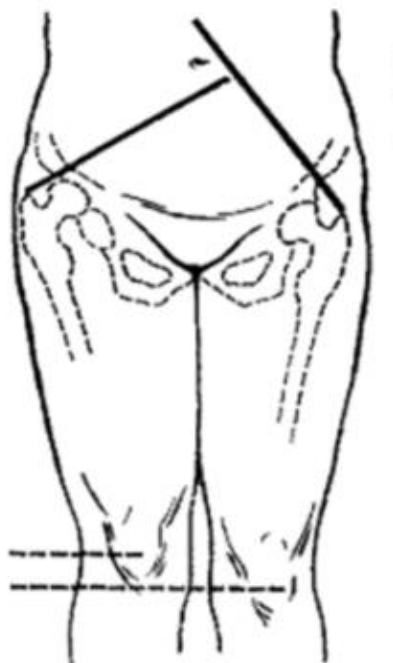
2. Тизза остида, сон ва думба ости тери бурмаларининг номутаносиблиги. Тери бурмалари бир томонда юқори, иккинчи томонда пастда жойлашган ёки чуқур жойлашган булиб, бу ҳолат болани корни билан ётқизганда кузатиш осон (2-расм).



**Расм 2.** Бир тафлама чиқишда тери бурмаларининг ассиметрияси.

3. Бир томонлама туғма чиқишларда оёқларда нисбий калталиқ булади. Бу ҳолатни болани елкаси билан ётқизиб оёқларини бир-бирига яқинлаштириб товон соҳасини солиштириб баҳолаш осон. Ёки бола оёғини тизза бўғимидан максимал букиб, сон бўғимида  $90^{\circ}$  букилган ҳолатда кузатилганда касалланган оёқда тизза копкоғи соғлом оёқга нисбатан паст жойлашган булади.

4. Сонни туғма чиқишида катта куст нисбатан буртиб чикиб туради ва юқорирок жойлашган булади. Розер, Ланг усулида аниқлашда ёнбош суяк олд киррасидан катта кустгача булган масофани аниқлаймиз. Ёки Розер-Нелатон чизигини этиборга оламиз. Ёнбош суяк олди киррасини «миямизда» чамалаб катта куст юқори нуктасига туғри чизик утказамиз. Бу туғри чизикни муътадил бўғимда давом эттирсак киндик устидан, туғма чиқишда киндик ости ва симфиз оралигидан утади. Бир тамонлама чиқишларда бу аломатни аниқлаш жуда осон (3-расм).



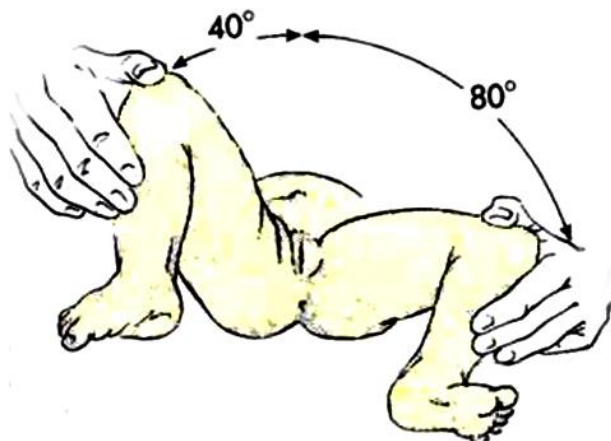
**Расм 3.** Шумахер чизиги: чап томондан норма, ўнг томондан паталогия.

5. Чақалоқларни елкаси билан ётқизиб тизза ва сондан  $90^{\circ}$  бурчак остида букиб орқа томондан қаралганда катта думба мушаклари муътадил йуналиши узгарганлиги натижасида катта куст ва утиргич дўнги оралигида узига хос тортилиб буртиб чикиб туради. (Пелтесон, Линдеман аломати). Бир томонлама чиқишларда бу аломат яккол кузга ташланади, икки томонлама чиқишларда бу аломатни аниқлаш учун мутахассисдан етарли малака талаб қилинади (4-расм).



**Расм 4.** Думбалари номутаносиб касалланган томонда катта думба мушаклари таранглашган.

6. Ёхимстал 1909 йил бу аломатга биринчи булиб эътибор қаратди. Лекин, янги туғилган чақалоқларда сонни ташқарига сон ва тиззадан букиб керилиш бурчаги  $90^{\circ}$ , 1 ойлик болада  $80^{\circ}$ , 9 ойлик болада  $60-70^{\circ}$  булиши муътадил ҳисобланади. Агар  $50-60^{\circ}$  булса дисплазия эхтимоли булишидан далолат беради (5-расм).



**Расм 5.** Ўнг сонни ташқарига керилишининг чекланиши.

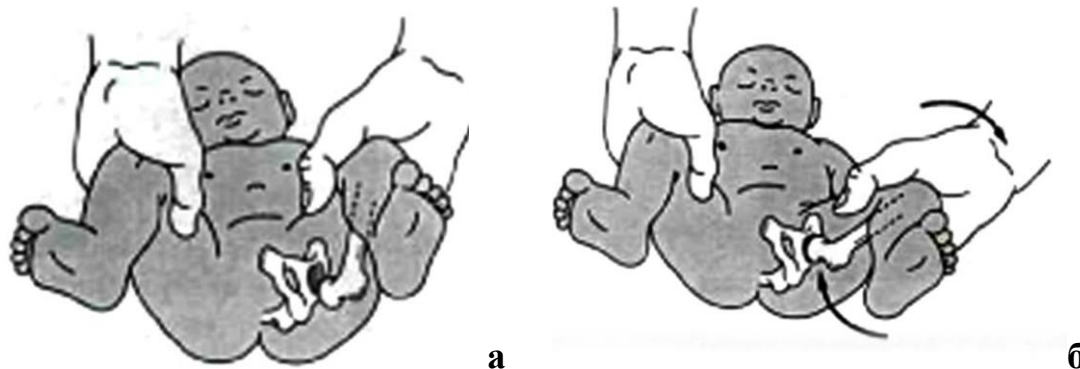
7. Копитс 1913 йил бир томонлама туғма ярим чиқишларда қарама-карши, яъни соғлом бўғимда абдукцион контрактура булишини кузатган. Муаллифнинг фикрича, абдукцион контрактура ҳолатидаги бўғим иккинчи томондаги сон бўғимида аддукция ҳолатини чакиради. Бу ҳолат дисплазия даражасини оғирлаштириши мумкин.

Чаноқ-сон бўғими абдукцион контрактураси массаж ва даволаш гимнастикаси муолажалари қўлланилганда осон бартараф этилади. Абдукцион контрактура кузатилганда қарама-карши томондаги бўғимда дисплазия эхтимоли бор булиши мумкин.

8. Соннинг туғма чиқишида аддукторлар тонусининг ошганлиги кузатилади. Чикқан томонда сон бўғимини туғри бурчак остида букиб ушлаганда тизза бўғими юзаси иккинчи оёқ сон соҳасини ташки юзасигача боради, соғлом бўғимда тизза юзаси иккинчи соннинг урта қисмигача келиши мумкин.

9. Ёхимстал аломати жуда муҳим аломатлардан ҳисобланади. Иккала сон бўғими бир хил ҳолатда туғри бурчак остида буқилиб ташқарига керилади. Муътадил ҳолатларда сонни буйлама уки қуймич косача уртасидан кесиб утади. Чиқиш кузатилганда маскур ук қуймич касачадан юқорига, думгаза томонга йуналган булади. Шу билан барча сонни аддуктор мушаклар пайлари ҳам торсимон транглашиб туради. Бу аломат бир томонлама чиқишларда яккол кузга ташланади.

10. Оёқлар Лоренц-1 ҳолатга келтирилганда енгил «шилқиллаш» аломати кузатилади – яъни сон бошчаси қуймич косачасига туғриланиши, оёқлар яқинлаштирилганда эса яна сон бошчаси қуймич косачадан «шилқиллаб» чиқиши кузатилади (6-расм а,б).



Расм 6. «Шилқиллаш» аломати.

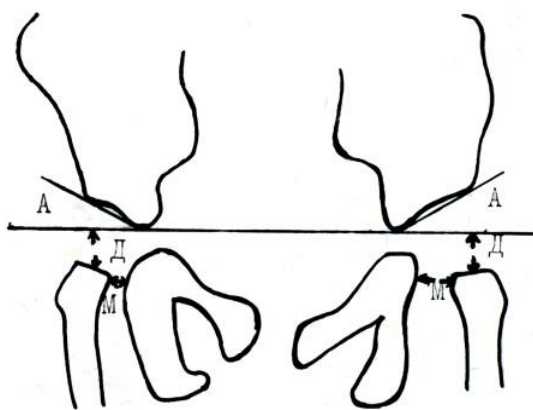
### 2.2.2. Соннинг туғма чиқишини рентгенологик текшириш усуллари.

Чаноқ-сон бўғими дисплазиясини аниқлашда абсолют клиник белгиларнинг йўқлиги объектив текшириш усулларини қуллашни зарур қилиб қуяди. Бугўнги кунда касалликни объектив текширишнинг асосий усули рентгенологик текшириш ҳисобланади.

Кўпгина муаллифлар касаллик эҳтимоли кузатилганда чаноқ-сон бўғимини олд-орқа проекцияда рентген тасвир қуллашни тавсия қилишади. Мазкур текшириш осон ва қулай булганлиги учун асосий текшириш усули ҳисобланади [32].

Шу билан бирга туғма чиқиш ва ярим чиқишни рентген тасвирдан фарк қилиш осон булсада, лекин дисплазиянинг оддий формаси билан муътадил бўғимни, айниқса касаллик икки томонлама ҳарактерда булгада бир-биридан фарк қилиш қийин. Шунинг учун ҳам чаноқ-сон бўғими компонентларини баҳолашда кўплаб схема ва сонлар ёрдамида ҳисоблаш усуллари турли муаллифлар томонидан тавсия этилган.

Амалиётда L. Ombredanne таклиф этган усул кўпроқ қўлланилади. Муаллиф У-симон тоғайлар орқали горизонтал йуналишда ҳамда қуймич пештоқ киррасидан вертикал йуналишда чизик утказиб бўғим ҳолатини баҳолайди. Муътадил бўғимда соннинг проксимал қисмининг суякланиш узаги горизонтал чизикдан пастда ва вертикал чизикдан ичкарида туриши лозим. Соннинг туғма чиқишида сон бошчасининг суякланиш узаги вертикал чизикдан ташқарида ва горизонтал чизикдан юқорида, ярим чиқишда – вертикал чизикдан ташқарида ҳамда горизонтал чизикдан пастда булади (7-расм).



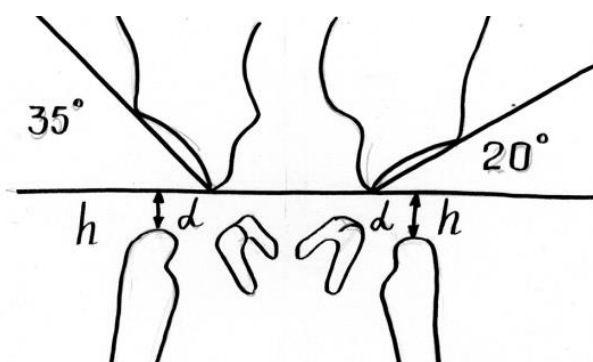
**Расм 7.** L. Ombredanne чизмаси.

L. Ombredanne чизмаси ёрдамида рентген тасвирда суякланиш узаги яккол куришиб латеропозицияда турган булса баҳолаш осон. Лекин, қуймич пештоқ яссиланиб қолганда, ташки вертикал чизикни утказиш ва бўғим ҳолатини баҳолаш қийинлашади. Шунинг учун ҳам мазкур чизма кукрак ёшидаги болаларда қуймич пештоқ яссиланиб қолиши кузатилганда қуллаш самарасиз. G. Perkins таклиф этган чизма ҳам худди шундай самарасиз [13, 22, 23].

V. Putti бир ёшгача булган болаларда рентген тасвирни баҳолаб тахлил қилиш чизмасини таклиф этди. Лекин мазкур усул бўғим компонентларининг диспластик ривожланишини баҳолаш усулини мушқуллаштиради. Айниқса, қуймич косача овалсимон шаклда булиб қуймич пештоқ яссиланган булса мазкур усулни куллаб бўғим пештоқини баҳолаб булмайди [9,32].

С.А. Рейнберг кукрак ёшидаги болалар чаноқ-сон бўғимининг рентген тасвирини баҳолаш усулини таклиф этди. Муаллиф маълумотларига кура, мазкур усулни бир томонлама чиқишларда куллаш маъқул. Лекин, қуймич пештоқ яссиланиб қолган ҳолатларда ва бир-уч ойлик болалар рентген тасвирини баҳолашда мазкур усул кул келмайди [18,31].

Н. Hilgenreiner соннинг туғма чиқишининг янада аниқроқ аниқлаш усулини тавсия этади. Мазкур усул ёрдамида қуймич пештоқ ривожланиш ҳолатини ҳамда соннинг проксимал учлигини силжиш даражасини бир вақтда баҳолаш мумкин. P. Erlacher Hilgenreiner чизмасини мувофиқлаштиради. Hilgenreiner-Erlacher чизмаси соннинг туғма чиқишини баҳолашда бугунги кунда кенг қуланилади. Лекин, икки томонлама туғма чиқишни баҳолашда мазкур усулни куллаш қийинчилик туғдиради. Чунки, ҳар бир бўғим элементини ва боланинг индивидуал ривожланиш хусусиятини ҳисобга олиб куллаб булмайди (8-расм) [18,33].



**Расм 8.** Hilgenreiner-Erlacher чизмаси.

L. Andren ва S. Rosen соннинг туғма чиқишини баҳолашнинг оддий усулини тавсия этишди. Мазкур усул соннинг туғма чиқишини сон бошчасини қуймич косачада жойлашган урнига баҳолаш имкониятини беради [4,9].



G. Kaiser (1958) таклиф этган чизма буйича сон бошчасининг юқорига силжиш даражасини баҳолаш мумкин. Кукрак ёшидаги болалар рентген тасвирида сон бошчаси ёпкич тешигининг юқори сахтада, чиқишда эса янада юқорига силжийди [14,15,33].

А. Редулеску 2-3 ойлик болалар чаноқ-сон бўғимининг рентген тасвири-ни баҳоланишнинг оддий усулини таклиф этдилар. Куймич суяги юқори сахтидан ёнбош суяк томон чизик утказилади. Соғлом болада мазкур чизик куймич пештоқ юқори чеккасидан утади. Туғма чиқиш ёки ярим чиқишда мазкур чизик куймич пештоқ киррасининг юқори ёки остидан утади. Лекин мазкур усул ёрдамида чаноқ-сон бўғимининг оддий дисплазиясини баҳолаб булмайди. В.И. Садофьева (1965) таклиф этган усул ёрдамида кукрак ёшидаги болалар рентген тасвиридан соннинг проксимал учлигининг силжиш даражасини баҳолаш мумкин. Сон буйинчасининг юқори ва пастки контуридан куймич пештоқ томон чизик утказилади. Муътадил бўғимда латерал чизик куймич пештоқ сахтидан ташқарига чикмайди, ярим чиқишда ташқаридан утади. Медиал чизик куймич пештоқининг медиал сахтидан утади. Туғма чиқишларда эса иккала чизик ҳам куймич пештоқ ташқарисидан утади. Мазкур усул ёрдамида номутаносиб бўғимларни баҳолашда самарали ҳисобланади [15,30,52].

М.Н. Гочарова, В.Е. Каленова ва В.И. Садофьева таклиф этган усулдан фойдаланишади [15, 32,51].

Мазкур усул ёрдамида куймич пештоқ бурчаги, вертикал мутаносиблик бурчаги сон бошчасининг куймич пештоқ билан копланиш даражаси, куймич пештоқ шакли, куймич пештоқ киррасининг шакли (ясси, илмоксимон ва х.к.) баҳоланади. Купинча мутахассисларнинг фикрича мазкур усул Helginreiner схемаси билан биргаликда қўлланилса чаноқ-сон бўғими дисплазияси ва туғма чиқишни баҳолашда энг кулай рентгенологик усул деб ҳисоблашади. Лекин мазкур усул кўплаб чизмалар чизиб сонлардан фойдаланишни талаб килади ҳамда мазкур курсаткичлар бир хил ёшдаги болаларда турли хил натижалар беради [18,19,32,33].

Чаноқ-сон бўғими дисплазияси ва туғма чиқишни рентгенологик текширишлар юқори самарадорлиги билан бирга маълум камчилик ва қийинчилик томонлари ҳам бор.

Биринчидан, бир-уч ойлик болалар чаноқ-сон бўғим элементлари тоғайли тўқималардан иборат булгани ва суякланмаганлиги учун рентген тасвирда куринмайди ва кулаш самарасиз ҳисобланади [27,51].

Иккинчидан, сон бошчаси ва қуймич пештоқининг ривожланишдан орқада қолиши ҳамда рентген тасвирда фақат суякли компонентларнинг курниши бўғимнинг тоғайли қаватини ривожланишдаги бузилишларини баҳолашга имконият беролмайди.

Уч ойлик булган болалар чаноқ-сон бўғимининг рентген тасвирдан муътадил бўғим ва дисплазиянинг кичик даражасидаги бузилишларини фарк қилиш қийин. Тавсия этилган рентген тасвирни баҳолаш усуллари бир-биридан мукамал ва ҳатто бир-бирига зид курсаткичларки, уни қуллаш кундалик амалиётда қийинчилик туғдиради [13,16,19].

Яна шуни таъкидлаш лозимки, рентген тасвир қилинадиган соҳада жинсий аъзолар жойлашган-ки улар рентген нурига жуда таъсирчан ва бу ҳолат динамикада такрорий рентген текширувлар утказишни маълум микдорда чеклаб қуяди [19,51,52].

Шунинг учун ҳам бўғим ҳолати туғрисида энг аниқ батафсил маълумотларни артрография қуллаш ёрдамида олиш мумкин.

Артрография сон бошчасининг ҳақиқий шаклини, бўғим халтасининг торайиш даражасини, лимбус ҳолатини, гипертрофияланган қушувчи ва ёг тўқималар борлиги ёки йўқлиги ҳақида аниқ маълумот беради [32,33].

Лекин кичик ёшдаги болалар бўғим ҳажмининг кичиклиги, деворининг нозиклиги унинг осон жарохатланишига мойиллик курсатади. Шу билан бирга артрографияда уч-турт ойлик болалар учун нурланиш даражаси катта. Шу билан бирга бўғимда яллигланиш жараёни ривожланиш хавфи ҳам булади [8,51,52].

Юқорида кайд этилган маълумотлар шуни курсатадики 3 ойликкача булган болаларда клиник ва 4 ойлигидан рентгенологик текширувларга асосланиб чаноқ-сон бўғими дисплазиясини аниқлаш ва баҳолаш усуллари самарасиз булиб қолади.

Охирги йилларда мутахассислар чаноқ-сон бўғими дисплазиясини эрта аниқлаш ва баҳолашда энг самарали ва кулай булган ультрасонграфия усулидан кенг фойдаланмоқдалар. Мазкур усул бўғимнинг юмшоқ ва тоғайсимон тўқималарининг ҳолатини аниқлашда жуда самарли ҳисобланади.

Компьютерли томография ва магнит-резонансли томография усулларида фойдаланиб бўғимнинг юмшоқ тўқималарини тасвирини олиш жуда кулай лекин қимматлиги учун оммавий равишда фойдаланиб булмайди.

Ультрасонографик текширувларда сохта маълумотлар улуши унча катта эмас. Солиштирма текширув маълумотлари шуни курсатадики, артрографияга нисбатан 0,78, компьютерли пневмоартрографияга нисбатан 0,75 коэффициентга эга. Шунинг учун кенг куллашда фойдаланишга тавсия этилади [22,51].

Ультратовуш текширувини Н. Kramps ва Е. Lenschov биринчи булиб ортопедияда кулладилар. Юмшоқ тўқималарнинг ультратовушли тулкинларини ютишини суяк тўқималарини эса акс товуш бериш хусусиятини R. Graf (1984) чаноқ-сон бўғими дисплазиясини эрта аниқлашда куллади. Кейинчалик эса чаноқ-сон бўғимини текшириш усуллари ҳамда диспластик бўғимнинг ультрасонографик классификациясини таклиф этди [14, 18,19]

Катта бўғимлар сонографиясига багишланган ишлар катта техник имкониятларга эга булишига қарамасдан, амалиётда қониқарли ахволда фойдаланилмоқда деб булмайди. Америка ва Европа давлатларида мазкур йуналишда 25 йилдан буён иш олиб борилаётган булса, бизда охирги 10 йилликда мазкур йуналишда анчагина илмий ишлар амалга оширилди.

Шўнга қарамасдан артросонография компьютер томография ва МРТдан фойдаланиб текшириш усулларининг самарадорлигини ошириш ва амалиётга кенгрок тадбик этишни такоза этади.

Ультрасонография усули собик итифок миқёсида 1980 йилдан буён кўлланилаётганлигига қарамасдан, амалиётда бугўнги кунда ортопедия соҳасида янада кенгрок тадбик этишни такоза этади.

Купинча муаллифларнинг маълумотларига қараганда R.Graf усулида артросонграфия бугўнги кунда текширишнинг энг арзон ва қулай ҳамда самарадор усули ҳисобланади [19,24].

R. Graf (1984) усулида чаноқ-сон бўғими бола ёнбош ҳолатда тизза бугими 20-30<sup>0</sup> буқилиб ётқизилган ҳолатда текширилади. Датчик катта куст орқали фронтал йуналишда текширилади. Олинган тасвирдан бўғим пештоқининг суяк ва тоғайли қаватларини яссилик даражаси сон бошчасининг тоғайсимон (суякли) шакли, жойлашган ҳолати, муътадил бўғим ёки дисплазия даражаси аниқ баҳоланади [18].

Бўғимнинг ривожланиш жараёнида ҳам сон бошчасининг шакилланиш жараёни шарсимон ёки овалсимон шакли бўғим мутаносиблигини динамикада текширилиб баҳолаш мумкин. Бўғим мутаносиблигини баҳолашда С. Morin ва бошқалар таклиф этган усулдан фойдаланиб баҳолаш мумкин. Мазкур усул ёрдамида бўғимнинг суякли ва тоғайли стабиллик коэффиценти баҳоланади. Коэффицентнинг ошуви даволашнинг самарадорлигидан далолат берса, коэффицентнинг узгармаслиги ёки камайиши даволашнинг самарасизлигидан далолат беради. Сон бошчасининг куймич косачасида жойлашув ҳолатини ва ташқарига силжиш даражасини Т. Terjesen усулида баҳолаш мумкин. Бунинг учун сон бошчаси марказидан ёнбош суяк ташки саҳти томон горизонтал йуналишда чизик утказиб баҳоланади (асосий чизик). Муътадил бўғимда сон бошчаси марказидан утувчи чизик асосий чизик остидан утади.

M. Zienger, R.D. Schulz чаноқ-сон бўғимининг стабиллик индексини аниқлашни таклиф килдилар. Муътадил бўғимда мазкур стабилликнинг

индекси 45-50 га тенг ёки катта булади. Ультрасонографик текширувларнинг устунлиги шундаки мазкур усул зарарсиз, нурланиш эхтимоли йўқ. Рентген тасвирда куринмайдиган тўқималарнинг куриниши, бир вақтада бир неча марта куриш мумкинлиги, оммавий курик утказиш имкониятини борлиги, карши курсатмалар ва йирингли асоратларнинг булмаслиги ҳамда аниқ маълумотлар олиш имкониятини беради [19,22,24,28,36].

Сонограммада бўғимнинг тоғайли элементларининг тула-тукис куринишига қарамасдан, муаллифлар бўғим компонентларининг анатомик номутаносиблигини баҳолаш билан чекланиб колмокдалар [28].

Чаноқ-сон бўғимининг ультрасонографик текширув усуларининг ҳеч бирида сифат ва микдор жихатдан баҳолашнинг метрик усуллари мавжуд эмас. Ундан ташқари, бўғим атрофида жойлашган периартикуляр тўқималар (мушак, пай, фасция, ёг тўқималари, кон томирлари) ҳолатининг тасвири олинмайди ва баҳоланмайди. Ҳатто, ультрасонографиянинг энг катта ютуқларидан ҳисобланадиган доплерография ёрдамида бўғимнинг гемодинамик ҳолати баҳоланмайди. Холбуки, соннинг туғма чиқишини даволашда энг куп кузатиладиган асептик некроз каби асоратлар патогенези кон айланишининг бузилиши билан боғлиқ.

Чаноқ-сон бўғими дисплазиясини сонографик классификацияси кўплаб тип ва кичик типилардан иборат. Холбуки, касалликни даволаш усуллари эса барча типлар учун қарийиб бир хил.

Хулоса қилиб айтганда, сонографик классификациялар бўғимнинг энхондрал ривожланишининг динамик жараёнини акс эттириб кўпроқ илмий аҳамиятга эга ва амалиётда кам қўлланилади.

Шуни хулоса қилиб айтиш мумкинки, юқорида кайд этилган барча муаллифлар томонидан таклиф этилган усулларнинг ҳар бири кенг куламда куриб чиқилиб таҳлил қилиниши, урганилиши ва амалиётга жорий этилиши мақсадга мувофиқ булади.

### **III БОБ. КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛШ УСУЛЛАРИ.**

#### **3.2. Чаноқ-сон бўғими дисплазияси ва туғма чиқишини даволаш алгоритми**

Соннинг туғма чиқишини консерватив усулда даволашда қуйидаги ҳолатларга эътибор берилди.

1. Клиник аломатлардан «шилқиллаш аломати, сонни ташқарига кериш ҳаракат ҳажмининг чекланганлиги, нисбий калталиқ» аниқланганда даволаш муолажадари қўллаш тавсия этилади.

2. Клиник аломатлар аниқланмасдан рентгенологик текширувда дисплазия аломатлари аниқланганда, ҳам даволаш муолажалари қўлланилади.

3. Чаноқ-сон бўғими девори ва бойламларининг заиф булиши ҳисобига клиник аломатлар кузатилмаслиги мумкин. Бундай ҳолатларда ҳам даволаш муолажалари тавсия этилади.

4. Клиник ва рентгенологик текширишларда касаллик аломати аниқланмаса лекин анамнезида яқин қариндош уруғлар орасида мазкур касаллик билан даволанганлар булса. Онасида токсикоз, абортлар, ҳомила тушиши, коксоартроз, туғруқ жараёни асоратли кечганда ҳам 4-5 ойлик булгунча клиник ва рентгенологик текширишлардан утказиш зарур.

5. Чаноқ билан туғилган барча чақалоқларда ортопедик назоратга олиниб уч ойлик булгунча кенг юргаклаш тавсия этилиб фақат назорат рентгендан сўнг ҳисобдан чиқариш мумкин (8-жадвал).

Чақалоқларда бола 3 ойлик булгунча даволашда қўлланиладиган шина ва мосламалар қуйидаги талабларга жавоб бериш лозим.

1. Оғриқсиз, мажбурламасдан эркин қуймиқ косачасига туғрилашга эришиш;

2. Оёқларини сон ва тиззадан  $90^{\circ}$  букилган ва керилган ҳолатда тутиб туриш;

3. Барча бўғимлар (сон ва тизза)да фаол ҳаракатни сақлаб қолиш;

4. Оёқларни тулиқ ёзиб яқинлаштиришга имконият бермаслик;
5. Болани парваришига катта этибор бериш.

### Жадвал-3.1.

#### Чаноқ-сон бўғими дисплазиясини даволаш алгоритми.

Ёши ой хисобида	Тип *	Муддати ой хисобида***				Ноортопедик даволаш****		
		Фиксация	Даволаш	Реабия	Диспя	Медик. даволаш	Физ. терапия	Хир. даволаш
3 ойгача	1-2	2-4	+2	+2	0	3	1	-
	3-4	4-5	+3	+4	+12	+2**	+2	-
	5-6	6-8	+4	+6	+60	+4	+4	-
≥3-6	1-2	3-5	+2	+2	+4	2	1	-
	3-4	5-6	+3	+4	+24	+3	+3	-
	5-6	6-8	+4	+6	+60	+6	+5	--
≥6-9	1-2	5-6	+3	+6	+12	3	2	-
	3-4	6-8	+6	+12	+60	+4	+2	+-
	5-6	7-9	+12	+24	+120	+8	+4	--
≥9-12	1-2	6-9	+4	+6	+24	4	3	--
	3-4	7-10	+8	+12	+36	+4	+3	+-
	5-6	8-12	+19	+36	+60	+8	+6	++-
≥12 ой (қолдиқ ярим чиқиш)	1-2	9-12	+5	+12	+36	+4	+6	+-
	3-4	12-14	+10	+24	+60	+4	+3	+-
	5-6	12-16	+18	+60	+90	+8	+6	+

### 3.3. Соннинг туғма чиқишини функционал даволаш усуллари.

Соннинг туғма чиқишини консерватив усулда даволашда ортопедик вазибалар куйидаги тартибда бажарилди.

1. Бўғим компонентларининг регенератив трофик жараёнларни стимуляция қилиш.
2. Чаноқ-сон бўғими мушакларининг функционал қувватини ошириш;
3. Туғма чикган сон бўғим компонентларини янги анатомик мухитга мослашувларини таъминлаш.
4. Бўғимнинг функционал ҳаракат қобилиятини яхшилашга қаратилди.

Соннинг туғма чиқишини консерватив даволашда реабилитацион чора-тадбирлар турт давирга булинди:

1 давр. Сон бошчасини аста-секинлик билан одатлантирилиб қўймич косчасига (пастга) тушириш.

Функционал тортмада ётиш жараёнида бола сон бўғимлари соҳасига массаж, парафин, электрофорез новакаин билан муолажалар тавсия этилади.

2 давр. Сон бошчасининг қўймич косчасига туғирлаш даври (9- расм).



**Расм 9.** Функционал усулда лейкопластирли тортмада даволаш.

Сон бошчаси қўймич косчасига эркин туғриланмаса қўл билан оғриқсизлантириш остида туғрилаш.

3 давр. Сон бошчасини туғрилангач қўймич косчасига гипсли боғламада ушлаб туриш даври (10-расм).



**Расм 10.** Лоренц-I гипсли боғламаси.



Мазкур давирда организмни умумий кувват оширувчи даволаш гимнастикаси, массаж, электрофорез новакаин билан, сўнг лидаза кальций хлорид билан тавсия этилади. Алоэ ёки ФБИС мушак орасига тавсия этилади.

Физиотерапевтик муолажалар ҳамда никотин кислота ва дибазол сон бўғимида кон айланишни яхшилаш мақсадида қўлланилади, УВЧ, парафин, озокерит тавсия этилади. Организмда минерал алмашинувини яхшилаш ва стимуллаш мақсадида фитопрепаратлар ва В гуруҳ витаминлар тавсия этилади.

Гипсли боғлама 3 ой утгач ечилгач Виленский шинаси тавсия этилади. (11-расм а,б). Мазкур давирда ҳам физиотерапевтик муолажаларни қўллаш тавсия этирилади.



**Расм 11. А.** *гипсли распорка.*

**Б.** *Виленский шинасида.*

Кейинчалик Виленский шинасида даволаш давом қилдирилади. Даволаш муддати ўртача 1 йилни ташкил қилади.

Учинчи давр. Мазкур даврда консерватив даволаш муолажалари бўғим ҳаракат ва таянч кучини муътадиллашувига қаратилган.

4 давр. Туртга этапга булинади.

I этапда сон ва тизза бўғимида ҳаракат фаолиятини тиклаш мақсадида пассив ҳаракатлар амалга ошириш даври.

II этап- пассив ва актив ҳаракат даври.

III этап- мустақил юришга ургатиш.

Биринчи этапда - сон бўғимида пассив ҳаракат хажми аста-секинлик билан купайтириб борилади. Бўғимда асосан индивидуал равишда даволаш

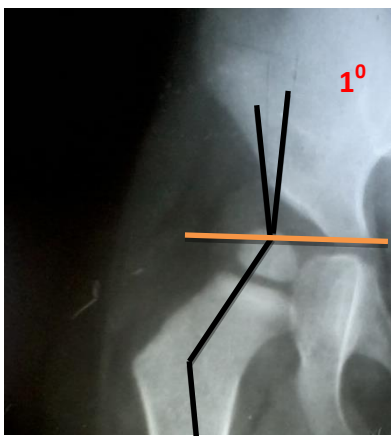
гимнастики машиқлари бажарилади. Мазкур машиқлар муолажаси кунига биринчи ойда 15-20 минут, сўнг 35-45 минутдан кунига 3-4 марта тавсия этилади. Иккинчи хафтадан сўнг 14-15 кундан болани қорни билан ётқизиб тизза бўғимига ҳам изометрик равишда пассив ҳаракатлар тавсия этилади.

Рентген тасвир натижаларига кура мушаклар дисбаланси ва ностабиллик бартараф этилади (12-расм).

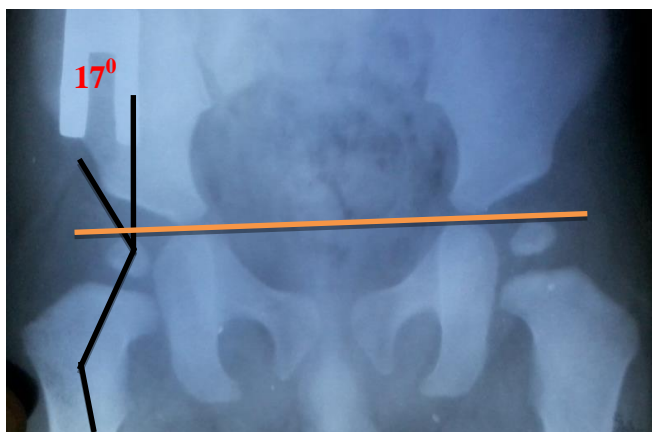
Агар соха *valga* кузатилса сонни яқинлаштирувчи мушаклар тонусини кучайтириш, агар антиверзия кузатилса – ички ротаторлар ҳамда сонни узоклаштирувчи мушаклар тонусини оширишга қаратилган муолажалар, яъни массаж, даволаш гимнастикиси, парафин, электрофарез билан тавсия этилади. Асосий вазифа мазкур этапда актив ҳаракат амплитудасини пассив ҳаракат амплитудасига тенглаштиришга қаратилган булади.

Учинчи этап болани мустақил юришга ургатиш, яъни нағрузка бериш.

Шина ечилгач бўғимларда чекланиб қолган ҳаракат ҳажмини тиклаш мақсадида массаж, даволаш гимнастикиси, парафин, озокерит, электрофорез калций хлорид билан тавсия этилади. Шу билан бирга бола оёқларини ерга таянтириб ушлаб аста-секин мустақил юришга ургатилади.



**12-расм. Консерватив даволаш жараёнида қолдик ярим чиқиш**



**Реабилитация даврида биз тақлиф қилган деротацион мослама билан**

### 3.2.3. Таклиф этилган янги функционал усулда даволаш.

Беморларнинг 26 таси биз таклиф этган янги функционал усулда даволанган (13-расм).



**Расм 13.** Таклиф қилинган функционал шина.

Амалиётга қўлланилаётган мазкур функционал шина сон бошчасини асата-секин оғриқсиз бўғимга тўғриланишига ва маҳкам тутиб туришга имконият беради. Шина енгил, қўллаш қўлай, сон ва тизза бўғимларида фаол ҳаракатни сақланиб туриши ривожланиш эҳтимоли булган асептик некроз улушини камайтиради ва яхши натижаларни кўпайтиради.

Даволаш натижалари бир йилдан уч йилгача булган мудатларда урганилди. Даволаш натижаларини таҳлил қилишда бўғим компонентларининг ривожланиш жараёни 1 йилдан сўнг (яқин муддатларда), 2 йилдан сўнг (оралик муддат) ва 3 йилдан сўнг узок муддатларда урганилиб беморлар уч гуруҳга булинди.

1 гуруҳ. Прогностик жихатдан биринчи гуруҳ яхши – қониқарли ривожланаётган, 2 гуруҳ секин ривожланаётган, 3 гуруҳ асоратли ривожланаётган яхши – қониқарли ривожланиб шакилланаётган гуруҳда туғри-

лангач бир йил утиб рентгенологик курсатгичлар мутоносиб бўғимдан  $5^0-2^0$  фарк килади.

Бўғим секин ривожланаётган гуруҳда мазкур курсатгич  $5^0-3^0$  дан катта.

3 гуруҳ асоратланган гуруҳга биз сон бошчасининг асептик некрози ривожланган бўғимларни киритдик. Биринчидан мазкур бўғимда кон айланишнинг бузилиши хисобига коксоартроз ривожланади. Иккинчидан, сон бўғим компонентларининг шаклланиш жараёни нафакат секинлашган, балки бузилиб сон бошчаси эпифиз кавати узининг муътадил шаклини йукотиб ҳатто шакли ёмонлашиб боради.

Қоникарли ривожланаётган (76,9%) беморларда реабилитация муолажалари даволаш гимнастикаси, массаж, физик ва медикаментоз муолажалар давом эттирилади. Секин ривожланаётган асоратли гуруҳларда қолдиқ ярим чиқиш (соха valga) ва асептик некроз кузатилгани туфайли бўғимдан ташқари асетабулопластика, деторсион варизацияли остеотомия ёки ҳар иккила усул бирга қўлланилди оператив даволаш усуллари консерватив даволашдан сўнг 1 йил 6 ойдан 3 йил мудат утиб сўнг қўлланилган.

Бўғимнинг ривожланиб шаклланиш жараёни секин кечганда кутиш тактикаси қўлланилган ва реабилитацион муолажаларни қўллаш давом эттирилган. Биз барча ота-оналарни бемор бола тула-туқис соғайиб кетмаслиги ва келажакда операция усулида даволаш эҳтимол борлиги ҳақида огохлантирамиз. Биз консерватив даволаш муолажаларини заиф ва секин ривожланиш кузатилган болаларда икки йилгача давом эттириб даволаш самарасиз булгандан сўнг операция усулини қўлладик.

Схема тавсия этилади. Бир беморнинг ҳар бир бўғим алоҳида баҳоланади. Чунки икки томонлама чиқишларда ўнг ва чап бўғимнинг ривожланиши турлича булади. Барча беморларда (туғма чиқиш ва ярим чиқишда ҳам) даволаш мудати бир йил (365-366 кун) булиб, шундан кейин мустақил юришга руҳсат берилади.

Соннинг туғма чиқишини 6 ойдан 2 ёшгача булган болаларда комплекс консерватив даволашда патогенетик асосланган оксил-минерал ва мушак нерв фаолиятини яхшилашга қаратилган медикаментоз, физиотерапевтик ва ортопедик реабилитацион муолажалар даволаш самарадорлигини янада оширишга имконият беради

Бўғим компонентларининг нечоғли даражада интенсив ривожланиш ва шаклланиш жараёни ҳамда рентгенометрик курсаткичлари бола ёшига, дисплазия даражасига, организмда минерал алмашинуви жараёнига қайта туғрилаб гипс боғламалар қўлланилмаганлигига утказилган даволаш муолажаларининг сифат ва самарадорлигига боғлиқ.

Бола организмнинг ҳолати нейрорефлектор ҳолат ва касаллик даражасини аниқлаш ҳамда даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида махсус объектив тест усуллари тадбиқ этилган.

#### **3.4. Асоратларни олдини олиш ва реабилитацияси.**

Функционал даволаш жараёнида, яъни гипсли боғлам ечилгач, рентген тасвирда туғриланмаган қолдиқ ярим чиқишлардан ташқари иммобилизацион контрактура ва оғир асоратлардан бири булган асептик некроз учрайди. Функционал рентген тасвир қилиниб даволаш усули танланади. Агар қолдиқ ярим чиқишлар ортиқча (патологик) торция ( $40-65^0$ ) ҳисобига ёки қуймич пештоқ дисплазияси ҳисобига ривожланган булса операция усулида даволаш тавсия этилади. Патологик торция кузатилмаса, қуймич пештоқ ривожланиши қониқарли булса физиотерапевтик муолажалар тавсия этилади. Гипсли боғлам ечилгач контрактура кузатилса барча беморларга парафин (озокерит) ионофорез калий йодат лидаза билан даволаш гимнастикаси ҳамда массаж муолажалари тавсия этилади.

Сон бошчасининг асептик некрози кузатилганда бўғимга разгрузка тавсия этилади. Шунинг учун барча беморларга тик туриш ва юриш ҳаракат фаолиятини чеклаш тавсия этилади. Ҳатто бир томонлама асептик некроз кузатилганда ҳам тик туриш ёки қултиқ таёқда юриш ман этилади. Чунки кичик ёшдаги болаларни бир оёғига босмасдан юришга ишонтириш ва

ургатиш қийин. Шунинг учун мазкур тоифадаги бемор болалар имконият булса санаторияда даволаниш мақсадга мувофиқ булади. Чунки радонли сув билан ванна қабул қилиш, гидромассаж, бассейнда чумилиш, манжетли тортмада ётиш самарали натижалар беради.

Агар асептик некроз ортиқча антеторсия ва қуймиш пештоқ дисплазияси билан биргаликда кузатилса, бўғим очилмасдан кустлар остидан коррекцияли остеотомия қилиниб пештоқ таъмирланади. Бажарилган остеотомия соннинг праксимал учлигида репаратив регенерация жараёнининг ва қон таъминотини стимуллади. Касаллик бартараф этилгач тушак режимидан мустақил юришга тавсия берилади. Бемор болага мустақил юриш бир йула тула қувват билан юриш ман этилади. Бола 4-6 ой давомида аста секинлик билан нагрузка бериш (юриш) тавсия этилади. Бу давр мобайнида интенсив равишда физиотерапевтик муолажалар массаж, ванна, аэротерапия, гидромассаж тавсия этилади. Фақат 4-6 ойдан сўнг контрол рентгенда бўғим компонентларининг анатомик мутаносиблиги қониқарли булса, Тренделенбург аломати кузатилмаса мустақил эркин юришга рухсат берилади.

Соннинг туғма чиқиши туғриланиб даволанганда кейинги давирларда реабилитацион муолажалар қабул қилиш ва ортопедик режим муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун барча беморларга кетма-кет узлуксиз равишда даволаш-профилактик муолажаларни тавсия этамиз. Барча ота-оналарга болаларни овқатлантиришнинг ўзига хос томонлари тушинтирилиб тавсияномалар берилади. Боланинг ортиқча семириб кетиши, натижасида камҳаракатчанлик ёки тулақонли витамин-оқсилларга бой озиқ овқатлар билан овқатланмаслиги касалликни ривожланиш омили ҳисобланади. Шу билан бирга ширинликлар ҳамда нордон-аччиқ таъмли егуликлар истеъмол қилиш ҳам чекланади. Мева-сабзавотлардан таёрланган овқат махсулотларни истеъмол қилиш мақсадга мувофиқ булади. Шу билан бирга оёқ мушаклар тонусини яхшилаш, ташқи ротаторлар оёқларни ташқарига узоқлаштириш фаолиятини тиклаш мақсадида онасига массаж муолажаларини бажариш

куникмалари ургатилади. Шунинг учун оёқларига манжетли тортма юк билан куйиб ётқизиблиб даволаш гимнастика машиқлари тавсия этилади. Мушакларнинг ҳаракатчан булиши ва тонусининг яхшиланишига имконият беради. Йил давомида 8-10 курс массаж. Қиш мавсумида 3-4 курс УФО, 3-4 курс тузли ванна, электрофорез кальций хлорид ва калий йодат билан тавсия этилади. Спорт машғулотлари (секциялар)да мунтазам равишда шуғилланиш ман этилади. Шу билан бирга бир йилда бир марта санатория шароитида болалар мениралли ванналар, балчиқли аппликациялар, сон думба мушаклари соҳасига эликтростимуляция, умумий қувват оширувчи дори-дармонлар қабул қилинади. Шу билан бирга бемор болалар ижтимоий аҳволининг ўзига ҳослиги, яшаш жойининг экологик ноқулай ҳолатдалиги. Санатория шароитида даволаниш зарурлигини тақозо этади.

Шундай қилиб бемор болалар даволанишдан сўнги 2-3 йил давомида реабилитация марказида санатория ва поликлиника шароитида узлуксиз физиотерапевтик муолажаларни қабул қилиш даволаш натижаларнинг самарадорлигини янада оширади.

## **IV-БОБ. Консерватив усулларда даволаш натижалари**

### **4.1. Чаноқ-сон бўғими туғма чиқишини ва ярим чиқишини даволаш натижалари**

Даволаш натижаларини баҳолашда клиник функционал ва рентгенологик маълумотлардан фойдаланилади.

Купчилик беморларда чаноқ-сон бўғимини муътадил шакилланиш жараёни нисбатан орқада колганлиги кузатилди. Даволашдан бир йил утгач чаноқ-сон бўғимининг муътадиллашуви 64 бемор (65%)да кузатилди. Яъни рентгенологик тасвирда қуймич пештоқ яхши шакилланиб ривожланган бўлиб сон бошчаси қуймич косача марказида жойлашган. Косача 40 беморда (41%)да қуймич пештоқ тула-тукис шакилланмай колган. Яъни, «Қолдиқ дисплазия» куринишида қуймич пештоқ латерал сатхи яссиланиб колган  $20-25^0$  ( $22,7 \pm 2,7^0$ ).

Мазкур беморларнингбарчасида даволаниш муолажалари 1 ёшдан сўнг кўлланилган.

«Қолдиқ дисплазия» қуймич пештоқ латерал кисмининг рентген тасвирида нисбатан яссиланиб колганлиги билан характерланади. Мазкур ҳолат қуймич пештоқнинг тоғайсимон кисмининг паталогии ёшига муносиб булсада, лекин суякланиш жараёни тугалланмаган, яъни суякланмаган. Чаноқ-сон бўғими компонентларининг мутаносиблиги бузилмаган. Виберг бурчак  $18-20^0$ , Шентон чизиги муътадил, яъни силжимаган.

Кейинги муддатларда яъни 1,5-2 ёшда мазкур беморларнинг 22 таси (23%)да рентгенологик параметирлар муътадиллашган.

ЦИТО усулида баллар буйича баҳолашда 8 та клиник аломатлар; чарчаш, оғриқ, нисбий калталиқ, ҳаракат амплитудаси, бураш, ёзиш, узоклаштириш, Тренделенбург аломати ҳамда 8 та рентгенологик аломат. Виберг бурчаги ацетабуляр бурчак, торсия, вертикал мутоносиблик. Сон бошчаси ва қуймич косача шакли, Шентон чизиги катталиги хар-бир белги баҳоланиб: 5 балл (аъла), 3 балл (қониқарли), 1 балл - касаллик мавжуд деб баҳоланади.



Барча жамланган баллар фойдаланилган белгилар сонига булиниб баҳоланади. Олинган интеграл балл клиник ва рентгенологик курсатгичлар булиб даволаш самарадорлигини курсатади.

Сонни туғма чиқишини даволашда қўлланилган хар кандай усул бола ёшига боғлиқ булади. Шунинг учун даволаш натижаларини уч гурухга булиб ургандик.

Ёши 10-12 ойлик булиб I даражали чиқиш билан даволанганлар  $76,3 \pm 3,6\%$ , II даражали чиқишда-  $51 \pm 4,1\%$  ва III даражали чиқиш билан-  $36 \pm 5,1\%$  аъло натижалар билан баҳоланган. Лекин 10-12 ойдан сўнг даволаш натижаларни баҳолаш бугумнинг кейинги реабилитация давирларда ривожланиш имкониятларини баҳолай олмайди. Бир ярим-икки йилдан сўнг аъло ва яхши баҳолар улуши купайган. Яъни 18-23 ойдан сўнг 5,0 балл баҳоланган бўғимлар улуши I даражали чиқишда  $85 \pm 3,2\%$ , II-  $66 \pm 4,0\%$ , III-  $48 \pm 4,4\%$ . Анатома-функционал жихатдан нормал бўғимга яқинлашиши 25-36 ойдан сўнг кузатилди. Яъни I даражали чиқишларда бу курсатгич-  $87 \pm 3,1\%$ , II-  $75 \pm 3,3\%$ , III-  $50 \pm 4\%$ .

Шундай килиб туғиллангач 2 йилдан сўнг даволаш натижалари хақида хулоса қилиш мумкин. Турли гурухларда даволаш натижаларини солиштирма тахлил қилишда 5,0 балл система буйича бўғимларнинг фоизларда улуши тахлил килинади.

Соннинг туғма чиқиши ёши олти-ун икки ойлик болаларда 9-12 ой муддатдан сўнг ( $68,5\%$ ) яхши натижалар  $80,6 \pm 3,3\%$ , 18-24 ойдан сўнг-  $87,5 \pm 3,0\%$ , 25-36 ойдан сўнг  $86,5 \pm 3,8\%$  кузатилган. Шундай килиб, даволаш 1 йилгача булган давирда бошланган булса, бир йилдан кейин хам натижалар стабил, яъни 2-3 йилдан сўнг хам узгаришсиз колади.

Даволаш ёши 13-24 ойлик булган болаларда эса туғрилангач 12-19 ой муддатдан сўнг 5,0 балл билан баҳоланганлар улуши  $50,8 \pm 4,1\%$ , 18-23 ой муддатдан сўнг-  $59,4 \pm 3,9\%$  ва 25-36 ой муддатдан сўнг-  $76,9 \pm 3,7\%$  кузатилган.

Даволаш 25-36 ойлик булганда туғрилангандан сўнг 9-12 ой утгач балл натижа кузатилганлар улуши 29,5%, 18-23 ой муддатдан сўнг 38,8±3,9%, 24-36 ой утгандан сўнг 46,4±3,9% ни ташкил этди (9-жадвал).

Келтирилган маълумотларга кура 13-36 ойлик (1-3 ёш) болаларда даволаш натижалари 12 ойликкача булган болаларда нисбатан кечроқ баҳоланди.

Ёши 13-24 ойлик булган болаларда даволаш натижалари 25-36 ойликдан сўнг нисбатан яхшиланганлиги 76,5% кузатилди.

#### Жадвал-4.1.

### 1-гурух 36-42 ойлик болаларда чаноқ-сон бўғимининг ривожланиши динамикаси

№	Ёш ойларда	Чиқиш даражаси	Бўғимлар сони	Туғирлашдан кейинги кузатув (ойларда)												
				Натижа		12-16				18-23						
				AB <sup>x</sup>	Шарп	Бўғимлар сони	AB	Шарп	Виберг	BC	Бўғимлар сони	AB	Шарп	Виберг	BC	
1	5-12	1	25	52	66	25	45	58	13	64	23	39	55	19	72	
		2	22	51	63	20	46	56	11	60	18	40	53	17	71	
		3	7	50	62	7	48	56	10	58	7	41	54	16	70	
		4	-													
		Уртгача	54	51	64	52	46	57	11	61	48	40	54	17	71	
2	13-24	1	6	55	61	6	43	50	18	69	5	33	47	21	80	
		2	18	24	60	15	44	51	17	71	13	34	48	22	80	
		3	37	53	60	31	45	52	17	70	24	33	46	22	81	
		4	2	Оператив давога курсатма												
		Уртгача	63	54	60	52	44	52	17	70	42	33	47	22	80	
3	25-36	1	3	55	56	3	42	49	13	71	3	34	49	17	81	
		2	18	54	55	15	44	50	13	72	12	35	49	18	80	
		3	23	54	55	18	44	51	12	72	13	36	50	18	80	
		4	6	Оператив давога курсатма												
		Уртгача	50	54	55	36	44	51	13	72	28	35	50	18	80	
Группада уртгача			167 P±M	53,1 ±5,2	59,2 ±3,3	140	45,2 ±2,7	54,2 ±3,6	13,6 ±2,6	68,4 ±2,0	118 ±	36,1 ±3,1	51,1 ±3,4	19,4 ±2,6	78,4 ±2,4	

<sup>x</sup>AB- антеверсия бурчаги <sup>xx</sup>BC-вертикал бурчакка нисбатан

<sup>xxx</sup>8 та беморда хирургик даво хисобга олинмайди

Шундай килиб, бўғим компонентларининг рентгенологик мутаносиб-лиги ва дистрофик узгаришларининг йуклиги, функционал ҳаракатининг сақланганлиги бўғимнинг кейинги давирларда қониқарли шакилланишидан

далолат беради. Лекин турли муддатларда даволаш натижаларининг уртача балли тахлил килинганда курсатгичлар бир, икки ва уч йилдан сўнг турлича катталикларга эга. Яъни даволашдан икки йилдан сўнг бемор иккинчи гуруҳдан учинчи гуруҳга утган булса ёки биринчи гуруҳдан иккинчи гуруҳга утган булса бу ҳолат сон бошчасига асептик некроз ривожланганлиги билан характерланади.

#### **4.2. Сонни туғма чиқишини консерватив даволашдан кейинги ривожланишни прагнозлаш.**

Даволаш жараёнида кузатилиб тахлил этилган материаллар шуни курсатдики, чаноқ-сон бўғими туғма чиқишини функционал усулда эрта даволанса диспластик бўғимнинг муътадил ривожланиши учун энг кулай имконият яратилади.

Лекин кузатувлар шуни курсатдики бирламчи туғма (тератоген) ҳамда нерв-мушак гепатонияси кузатилган бемор болаларда функционал даволаш усулларини эрта қўлланилса ҳам (1,5-2%) қониқарли натижаларга эришиб булмайди.

Шу билан бирга сон бошчасида дистрофик узгаришлар кузатилганда ҳам тула қонли функционал даволанишига қарамасдан бўғимда соннинг праксимал учлигини нотўғри шакилланиши хисобига соҳа vara, қолдиқ ярим чиқиш ёки асептик некроз қаби асоратлар ривожланиши мумкин.

Кузатувимизда ҳамда тахлил килинган касаллик тарихи асосида аниқланган маълумотлар буйича бир ёшгача булган болаларда функционал даволангандан сўнг 14% ярим чиқиш кузатилган булса икки ёшгача булган беморларда бу курсатгич 17,8%ни, уч ёшгача булган болаларда эса 24,9%ни ташкил этди.

Мазкур беморлар рентген тасвири тахлиллари шуни курсатдики, уларнинг барчасида сон бошчасида ва қуймиқ косачаси мутаносиблиги тикланмаган яъни децентрация ҳолатида булган муътадил тикланган-туғриланган бўғим рентген тасвирида Хильгенрейнер чизигидан сон бошчаси

марказигача булган масофа ёшига кура 10-14 мм ни ташкил этиши керак. Бизнинг фикримизча туғма чикган сон бўғим компонентлари муътадил равишда сон бўғимига туғрилансагина кейинчалик бўғимда ривожланиш мъёрида булиб қониқарли натижаларга эришиш мумкин. Биз кузатувимиздаги беморларда сон бўғимининг ривожланиш ва шакилланиш хусусиятларини урганиб уларни икки гуруҳга булиб ургандик.

Биринчи гуруҳ; бўғим компонентлари яъни сон буйин бурчаги, сон бошчаси ва қуймич косача пештоқи қониқарли ривожланаётган ҳамда иккинчи гуруҳ прогностик жихатдан қониқарсиз (яъни оператив таъмирлашга мухтож) бўғимлар гурихларига булдик. Беморлар икки йилдан беш йилгача кузатилган чаноқ-сон бўғими компонентлари консерватив даволашдан кейин прогностик жихатдан қониқарсиз ривожланиш кузатилган беморлар 2 ёшдан сўнг қуймич пештоқ курсатгичи  $0,20 \pm 0,01$ , қуймич косача юзасини вертикал йуналишда бурчаги  $35^0 \pm 4^0$ , сон бошчаси коэффиценти  $0,25 \pm 0,02$ ; сон буйин бурчаги  $145^0 \pm 3^0$ ; антеторция бурчаги  $35^0 \pm 3^0$  дан катта булганда; Виберг бурчаги  $6^0 \pm 1,5^0$  дан кичик булганда; вертикал мутаносиблик бурчаги  $75^0 \pm 1^0$  дан кичик булганда сон бошчасининг қуймич пештоқ билан копланиш коэффиценти  $0,65 \pm 0,15$  дан кичик булганда кузатилди.

Лекин 1 ёшдан катта ва 2 ёшдаги булган болаларда сон бўғим компонентларининг рентгенологик курсатгичларини куйидагича булди:

- қуймич косача коэффиценти 2 ёшдан сўнг 0,3 га камаяди;
- қуймич пештоқ 2 ёшдан сўнг 3-4 ёшга бориб катталашади;
- қуймич косачаси юзасининг вертикал текисликдаги киялик бурчаги 2 ёшдан сўнг  $40^0$ - $42^0$  дан кам булиши;
- сон бошчасининг баланлиги кутарилмасдан, диаметри катталашиб боради;
- сон буйин бурчаги 2 ёшдан сўнг  $140^0$  катта булиши;
- антеторсия бурчагининг 2 ёшдан сўнг  $40^0$  катта булиши;
- вертикал мутаносиблик 2 ёшдан сўнг  $70^0$  дан кичик булиши;

- сон бошчасини куймич пештоқ билан копланиш коэффициенти 0,60 дан кам.

Мазкур салбий курсатгичлар бола усиши билан йилдан йилга ёмонлашиб бораверади. Бу ҳолат кузатувимиздаги беморларда куйидагича булади:

Бўғим компонентлари прагностик жихатдан қоникарсиз ривожланаётганлиги ёшига кура куйидагича булади:

Консерватив усулда 1 ёшдан сўнг даволанган ва 2 ёшда 13,5% булса 3 ёшда шу гуруҳда 8,5% ва 5 ёшда 6,2% булди. Мазкур даволанган беморлар сон бўғимининг рентген тасвири шу ёшдаги соғлом болаларники билан солиштириб курилганда куйидагича куринишда булди:

Соғлом муътадил бўғимда 6-9 ойликда куймич пештоқ курсатгичи  $21,8^0$  дан  $20,3^0$  га яъни карийиб  $7^0$  га камаяди.

9 ойлик соғлом болаларда сон бошчаси ядроси 100% кузатилган булса, диспластик бўғимларда 62,8% кузатилди. 12 ойликда эса 81,4% ни ташкил этади.

Сон буйин бурчаги 9 ойлик соғлом болаларда 146,6% дан  $141^0$  га камайган булса диспластик бўғимларда  $156^0$  дан  $146,4^0$  га камайди. Яъни 12 ойлик диспластик бўғим компонентларининг рентгенологик курсатгичлари соғлом 9 ойлик болалар рентген курсаткичларига карийиб тенг курсатгичга эга булади.

Даволаш натижалари ЦИТО схемаси буйича баҳоланди.

Рентгин тасвирида сон-буйин бурчаги (СББ)нинг проекцион бурчаги. Ацетабуляр бурчак, Вибберг бурчаги, Вертикал мутаносиблик бурчаги катталиклари баҳоланади.

Антеверзия бурчаги эса Волков М.В. ва хаммуалифлари томонидан (1972) тавсия этилган усул ёрдамида баҳоланди. (19,20,21) Проекцион рентген тасвиридан балл хисобига баҳоланди: 5 балл  $10^0$  дан  $25^0$  градусгача:

3 балл –  $26^0$  дан –  $40^0$  гача.

1 балл –  $40^0$  катта ва х.к.

Консерватив даволаш натижаларини баҳолашда беморлар учта гуруҳга булиниб баҳоланди (10-11-Жадвал).

1-гуруҳ; қониқарли ривожланаётган яъни бўғим компонентлари мутаносиб бўғим курсаткичларига яқин:

2 гуруҳ; секин ривожланаётган бўғим компонентлари;

3 гуруҳ; асоратли ривожланиш кузатилган беморлар.

**Жадвал-4.2.**

**Даолаш натижалари бирламчи ташхисга боғлиқлиги.**

Гуруҳлар	Диагноз			
	Туғма чиқиш	Ярим чиқиш	%	Жами
Бўғим компонентлари қониқарли ривожланган. (I гуруҳ)	42	12	42%	54
Бўғим компонентлари секин ривожланаган бўғимлар. (II гуруҳ)	32	6	32%	38
Асоратлар ривожланган бўғим. (III гуруҳ).	26	6	26%	32
Жами	100	24	100%	124

**Жадвал-4.3.**

**Даволаш натижаларнинг бола ёшига боғлиқлиги.**

Ёши, ой хисобида	Даволаш натижаси буйича гуруҳлар.				
	I	II	III	%	Жами
1-6	14	9	2	20%	25
7-12	24	16	6	37%	46
13-19	10	9	9	22,5%	28
20-24	6	4	15	20,5%	25
Жами	54	38	32	100%	124

### 4.3. Чаноқ-сон бўғимининг консерватив даволашдан кейинги ривожланиши.

Қуймич косачасининг ривожланиш курсаткичларидан бири қуймич пештоқ ацетабуляр бурчак ҳисобланади. Мазкур бурчак қуймич пештоқ соҳасининг суякланиш жараёнини курсатади (12-Жадвал).

**Жадвал-4.4.**

**Қуймич косача ацетабуляр бурчагининг ёшга кура ўртача курсаткичлари.**

Ёш (йил)	Гуруҳлар		
	I	II	III
1	22,1±0,3	25,0±0,5	23,0±0,5
2	21,1±0,4	23,7±0,5	21,2±0,4
3	18,3±0,3	24,9±0,5	19,2±0,4
4	17,9±0,5	24,1±0,5	17,7±0,5
5	14,6±0,4	23,3±0,5	15,8±0,5
6	14,8±0,4	22,9±0,6	14,8±0,4
7	13,5±0,4	22,5±0,3	15,0±0,2
8	11,4±0,5	22,5±0,3	15,0±0,2
9	11,6±0,4	22,4±0,4	15,0±0,3
10	11,0±0,5	22,4±0,4	15,0±0,3
11	8,9±0,5	23,7±0,9	14,8±0,3
12	8,2±0,6	23,7±0,9	14,8±0,3

Жадвалдан куришиб турибдики турли ёшда даволаш муолажалари қўлланилганлигига қарамадан қуймич пештоқининг барча ёшдаги болаларда ривожланиш патенциал имкониятлари бир хил булиб камайиб боради.

Сон буйин бурчаги болаларда бўғим компонентлари муътадил равишда ривожланганда йил утиши билан камайиб боради. Қониқарсиз равишда ривожланганда эса мазкур бурчак бир яшар болада мазкур ёшга хос ўртача курсаткич ( $127^0 \pm 3^0$ )дан юқори ( $149^0 \pm 0,5$ ) булади. Натижада бола улғайган сари бола ёшига қарамадан антиторция бурчаги катталашиб бўғим ностабиллигига сабаб булади (13-Жадвал).

## Сон буйин бурчагининг динамикада ўртача проекцион курсаткичи.

Ёш (йил)	Гурухлар		
	I	II	III
1	146,4±0,5	149,8±0,6	149,7±0,7
2	144,7±0,6	149,7±0,5	149,2±0,6
3	143,3±0,5	151,3±0,9	151,8±0,7
4	144,5±0,9	152,8±1,0	154,7±0,8
5	143,4±0,7	153,8±1,0	153,1±1,2
6	142,1±0,7	153,3±0,9	154,6±0,9
7	140,5±0,5	153,1±0,6	156,0±0,6
8	139,4±0,7	153,1±0,6	156,0±0,6
9	139,4±0,7	151,6±0,7	154,7±0,7
10	139,7±0,8	151,6±0,7	154,7±0,7
11	138,4±0,6	155,9±1,0	155,9±1,0
12	137,2±0,8	155,9±1,0	155,9±1,0

Тахлил қилинаётган беморлар бўғим ностабиллигининг асосий сабаби антиверзиянинг катталиги ва сон буйин бурчагининг катталашуви (вальгизацияси) кузатилди. Муътадил ривожланаётган бўғим сон бошчаси сферик, сон бошчасини суякланиш ядроси тана вазни тушиш нуқтасига перпендикуляр.

Иккинчи ва учинчи гурух бемор болалар сон бўғимларининг рентген тасвирида, яъни бўғим компонентлари заиф ёки асоратли ривожланаётган бўғимлар усиш зонаси горизантал ҳолатда булиб антиверзия кучайиб сон буйин бурчаги катталашган. Натижада сон бошчасининг медиал юзаси калинлашиб латерал юзаси катталашган. Бола ёши улғайган сари вальгусли деформация кучайиб бўғим мутаносиблиги бузилади ва бўғим юзалари узлуксизлиги оралиғидаги фарқ 2 см дан катталашган.



Чаноқ-сон бўғимининг муътадил ривожланиш курсаткичларидан бири Виберг бурчаги булиб у сон бошчасини қуймич пештоқи билан қопланганлик даражасини курсаткичи ҳисобланади (14-Жадвал).

#### Жадвал-4.6.

#### Виберг бурчакнинг ёшга кура уртача курсаткичлари.

Ёш (йил)	Гурухлар		
	I	II	III
1	11,1±0,4	7,9±0,6	9,7±0,7
2	14,5±0,5	11,3±0,8	12,2±0,6
3	19,3±0,4	10,9±0,8	14,5±0,6
4	19,6±0,7	12,3±0,7	16,2±0,5
5	24,6±0,6	12,8±0,7	18,0±0,6
6	24,9±0,6	14,0±0,8	18,1±0,7
7	27,7±0,5	14,0±0,8	20,8±0,4
8	29,6±0,6	13,5±0,4	20,8±0,4
9	28,4±0,6	13,0±0,4	20,1±0,5
10	31,9±0,9	14,0±1,0	20,1±0,5
11	34,7±0,7	12,9±0,9	20,1±0,5
12	37,9±1,3	12,9±0,9	20,1±0,5

#### 4.4. Сон туғма чиқишини консерватив даволашдан кейин қузатилагн сон бошчасининг асептик некрозини даволаш ва олдини олиш.

1. Соннинг туғма чиқиши консерватив усулда даволангандан кейин сон бошчаси асептик некрози ривожланган бемор болаларда характеристикаси.

Соннинг туғма чиқиши консерватив усулда даволанган бемор болалар касаллик тарихи чуқур таҳлил қилиниб қониқарсиз натижалар сабаблари урганилди. Мазкур беморлар икки гурухга булинди.

Биринчи гурухга соннинг туғма чиқиши касаллиги кеч аниқланиб традицион усулда даволанган беморлар ва иккинчи гурухга туғридан-туғри асептик некроз ривожланган бемор болалар гурухига булдик.

**Клиник мисол №1:** Бемор Кудратуллаева Фарина, 1 ёш 11 ойлик (касаллик тарихи № 5068/2011 йил). Шикоятлари: ши foxонага онасининг сузича болани юрганда оёқларига оксокланиб юришига ва тери бурмаларининг нотекислигига шикояткилиб келди.

*Anamnesis morbi:* Анамнезидан касаллик сабабини билишмайди. Онасининг сузича касаллигини хеч нарса билан боғламайди. 1 ёш 7 ойлигида оксаб юра бошлаган ва ортопедга мурожаат қилишган.

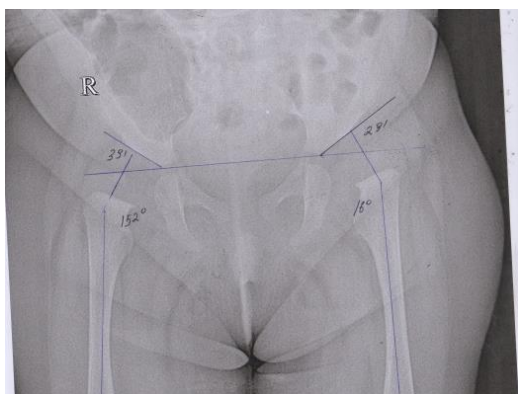
*Anamnesis vitae:* онасининг сузича 3-ҳомиладорликдан 3 фарзанд. Ҳомиладорлик ва туғруқ муътадил кечган. Уз вақтида туғилган. Туғруқ асоратларсиз кечган. Туғилганда вазни 2800 гр, буйи 48 см. Онаси яқин кариндошларида таянч-ҳаракат тизми ирсий касалликлари борлигини рад этади.

*Status praesens objectivus:* умумий ахволи қониқарли. Хуши узида. Териси ва қуринарли шиллик пардалари одатдаги рангда. Нафас олиши эркин, бурун оркали. Упкасида везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари муътадил. Пульс ритмик, 1 дақиқада 88 зарба. Тили нам, тоза. Корни юмшоқ, оғриқсиз. Тахоратлари меъёрида.

*Status localis:* Бемор мустақил узи юра олади. Юрганда иккала оёғига оксаб юради. Сон ва думба тери бурмалари чуқур ва асимметрик. Икки томондан ҳам катта кустлар Розер-Нелатон чизигидан юқорида. Икки тарафдан ҳам Шумахер чизиги киндикдан пастдан утади. Сонларни узоклаштириш (абдукция) чегараланган.

*Лаборатор тахлиллар:* узгаришсиз.

*Рентгенологик текиширишда:* **14-Расм.**



Бемор: Омонова Х. 22.09.2017 йил. 3 ойлик  
21.12.2017 йил «Сонларни тўғма чиқиши» билан.



58 4 ойдан сўнг, 2.04.2018 йил ортопедик  
шинада контрол рентген тасвири



6 ойдан сўнг, 7.06.2018 йил Виленский



12 ойдан сўнг, 10.12.2018 йил.



Икки йилдан сўнг, 31.01.2020 йил контрол рентген тасвири.



15 ойдан сўнг, 15.03.2019 йил. Бемор юриб кетгандан сўнг контрол рентген тасвири.

*Беморга функционал усулда жойлаштириш мақсадида биз таклиф қилган ортопедик шина қўлланилди. Сон бошчалари жойига аста секинлик билан узи жайлашади, шина енги, қулай, оёқларда ҳаракатлар сакланган шу сабабдан кузатилиши мумкин булган асептик некроз улушини камайтиради. Беш ойдан сўнг ортопедик шина ечилади ва Виленски шинага утказилади.*

## ХОТИМА.

Чаноқ-сон бўғими туғма чиқиш ва ярим чиқиш билан клиник текширилган 84 боланинг 30 тасида Трендиленбург аломати мусбат булган. 29 тасида сон-думба мушаклари гипотрофияси кузатилди. 25 беморда сон бўғимларида букиб-ёзиш ҳаракат хажми-  $110^0$ , 35 тасида соннинг ротацион ҳаракати чекланган.

Рентгенограммаларни таҳлил қилишда Рейнберг схемасидан фойдаландик. Ацетабуляр бурчак 35 беморда  $35^0$  дан  $45^0$  гача булиб қуймиш косача пештоқ контури ёнбош суяк контури (чекка сатхи давоми)га утган. Шентон чизиги 35 беморда мъеридан бузилган сон-буйин бурчагининг бузилганлиги 46 беморда аниқланди ( $150-169^0$ ). Виберг бурчаги 11 беморда ҳатто манфий курсатгичга эга, яъни 0 дан кичик, 12 беморда  $6-10^0$ , 16 беморда  $20^0$  ни ташкил этди. Беморларнинг 56% да сон бошчаси сферик шаклини йуқотиб яссилашиб, қалинлашиб деформацияга учраб ярим чиқиш (*carput valgum et magnum*). Антиторция 61 беморда  $35^0$ дан  $50^0$ гача булиб, 9 тасида  $50^0-70^0$ гача булган. Комплекс текширувлар даволаш натижалари бола ёшига, бўғим компонентларининг нечоғли узгарганлигига, даволаш характериға, реабилитацион чора-тадбирлар самарадорлигига боғлиқ булади. Бир ёшгача консерватив ва 2-3 ёшда операция қилинган беморларда яхши натижалар 72% беморда кузатилди.

Даволашда кузатилган қоникарсиз натижалар консерватив ва оператив даволаш усулини оптимал тактик жихатдан смарадор вариантларни танламасдан қўллаш натижасиз деб ҳисоблаймиз.

Консерватив даволашдан кейин кузатилган (қайта чиқиш ёки ярим чиқиш) асоратларини туғрилашда артротомия ва оддий туғрилаш усули самара бермайди. Чунки, оддий Багданов усулида туғриланган беморларнинг 74% да турли асоратлар кузатилган.

Сон суяк коррекцияли остеотомия килиб туғриланган беморларда эса 12% асорат кузатилган. Фақат катта (5-7 ёшда) эса мазкур курсатгич 29% ни ташкил этган. Ёши икки ёшгача булган, сон бошчалари эркин туғриланиб

яхши центрацияга эришилган болаларда бўғим янги биомеханик жихатдан кулай имкониятга эга булиб антиторция, латерал позиция туғриланиб сон бошчаси ва қуймич пештоқ суякланиш ядросининг ривожланиши жадаллашиб яхши натижалар улуши кўпайган. Физиологик антиторция 42%га, ўз-ўзидан туғриланиб тикланиш 30% беморларда кузатилди. Фақат яхши центрациягина сон бошчасини қуймич косачасида муътадил ривожланиб статик ва динамик жихатдан яхши прогнозга эга булади. Ундан ташқари қуймич пештоқ сфериклиги ҳам сон бошчасини яхши тутиб туришига имконият булади.

Агар мазкур бурчак катта булса прогностик жихатдан ноқулай булиб дистрофик узгаришлар ривожланиш эҳтимоли кўп булади.

Касалликнинг иккинчи зарур курсатгичи – бу соннинг праксимал учлигининг қуймич пештоқ суякланиш ядросининг ривожланиш жараёнига боғлиқ. Агар мазкур курсатгичлар рентген тасвирида яхши булса яъни қуймич пештоқ шунча сферик ва чуқур булиб диспластик жараён даволаш жараёнида қониқарли кечади.

## ХУЛОСАЛАР.

1. Амалиётга қўлланилаётган мазкур функционал шина сон бошчасини асата-секин оғриқсиз бўғимга тўғриланишига ва маҳкам тутиб туришга имконият беради. Шина енгил, қўллаш қўлай, сон ва тизза бўғимларида фаол ҳаракатни сақланиб туриши ривожланиш эҳтимоли булган асептик некроз улушини камайтиради ва яхши натижаларни кўпайтиради.

2. 2 ёшда қуймич пештоқ бурчаги  $35-36^0$  дан кўп бўлса, 2 ёшда сон буйин бурчаги  $140^0$  дан катта ва антеторсия  $40^0$  дан катта бўлса, Виберг бурчаги динамикада камайиб бориб 2 ёшда  $7^0$  дан кам бўлса, сон бошчасининг қуймич пештоқ билан қопланиш даражаси  $0,06^0$  дан кам бўлса бўғимнинг ривожланиш прогнози қониқарсиз бўлади яъни асоратлар улуши кўпаяди.

3. Ортопедик режимга риоя қилиш, физиотерапевтик ва медикаментоз муолажалардан оқилона фойдаланиш асоратлар улушини камайтиришга имконият яратади.

4. Сонни туғма чиқиши туғриланган бола улғайган сари қолдиқ ярим чиқиш ҳолати Виберг бурчагининг камайиши, вертикал мутаносибликнинг камайиши, сон бошчасининг қуймич пештоқ билан қопланиш даражасини камайиши билан ҳарактерланади.

5. Ацетабуляр индекснинг ва бўғимга кириш диаметрининг катталашуви сон буйин бурчагининг, антеверзиянинг, сон бошчаси диаметрининг катталашуви. Сон бошчаси эпифизи баландлигининг пасайиши эса бўғим ривожланишида ноқулай прогностик тест ҳисобланиб кейинчалик бўғим ностабиллиги ҳамда ярим чиқишга сабаб булади.

6. Соннинг туғма чиқишини консерватив усулда даволанганда сон бошчасининг асептик некрози 14,6%ни ташкил этади. Мазкур асоратлар ривожланиши бола ёшига, касаллик даражасига, бўғимга эркин ёки мажбурий (травматик) туғриланганлигига ва иммобилизация мудати ва характериға боғлиқ булади.

## Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абилова А.А., Дусйсенов И.Б., Дюсембаева А.Т., Муканова С.М., и др. Некоторые экологические аспекты врожденного вывиха бедра. // Вестник КазНМУ №2, 2015. С. 148-150.

2. Алпысбаев Х.Ш., Садыков А.А., Алимова Ш.Т., Носирова Н.И. Лечение врожденных вывиха бедра у детей до трех лет. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Материалы VIII съезда травматологов и ортопедов Узбекистана. Ташкент 2012. С. 355.

3. Асилова С.У., Ахмедов К.Б., Нуримов Г.К., и др. Лечение врожденного вывиха бедра у детей // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Материалы VIII съезда травматологов и ортопедов Узбекистана. Тошкент 2012. С. 357.

4. Ахтамов А. Чақалоқларда чаноқ-сон бўғими дисплазиясини сонографик текшириш афзалликлари ва ортопедик профилактикаси. Услубий кулланма. Тошкент – 2010. 23с.

5. Ахтамов А. Чақалоқларда чаноқ-сон бўғими дисплазиясини сонографик текшириш афзалликлари ва ортопедик профилактикаси. // Услубий қўлланма. Тошкент 2010.

6. Ахтамов А. Чаноқ-сон бўғими дисплазияси. Соннинг туғма чиқиши. Эрта аниқлаш, даволаш, олдини олиш. Ўқув услубий қўлланма. Тошкент - 2006, 15с.

7. Ахтамов А., Ахтамов А.А. Чақалоқларда ва кўкрак ёшдаги болаларда чаноқ-сон бўғимининг дисплазиясини клиник ва рентгенологик текшириш натижалари. // Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарқанд 2016. №4 (91). С. 129-133.

8. Ахтамов А.А. Ахтамов Азим. Ишанкулов Ш.З. «Сонларнинг туғма чиқишини консерватив даволашда кузатиладиган асоратлар ва уларни олдини олиш». Ўзбекистон травматология ва ортопедия VIII- сьезди. 2013 360-361 с.

9. Ахтамов А.А., Жураев А.М., Ахтамов А. Кичик ёшдаги болаларда соннинг туғма чиқишини функционал усулда даволаш натижалари // Травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммолари. Илмий амалий конференция материаллари. Жиззах 2019. С. 175-177.

10. Ахтамов А.А., Махмуров А.М., Муродов У.Қ. Чақалокларда чаноқ-сон бўғими дисплазиясини сонографик текшириш афзалликлари ва кузатиладиган камчиликлар // Травматология ва ортопедияда янги технологиялар. Республика илмий ва амалий анжуман материаллари. Хива 2010. С. 134.

11. Баиндурашвили А.Г., Волошин С.Ю., Краснов А.И. Врождённый вывих бедра у детей грудного возраста. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация. // СанктПетербург. Спец Лит 2016.

12. Баиндурашвили А.Г., Соловьёва К.С., Залетина А.В., Лапкин Ю.А. Врожденные аномалии (дефектное развитие) костно-мышечной системы у детей. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова №3. 2014. С. 15-20.

13. Бахтеева Н.Х., Коршунова Г.А., Зоткин В.В., Норкин И.А. Ортопедические и неврологические аспекты развития раннего коксартроза у детей с дисплазией тазобедренных суставов. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова №1. 2016. С. 55-61.

14. Вовченко А. Я., Лучко Р.В. Определение целесообразности и продолжительности профилактики и лечения детей первого года жизни с нарушением формирования тазобедренного сустава. // Вісник ортопедії, травматології та протезування. - 2013. № 3. С. 36-39.

15. Волошин С.Ю., Белоусова Е.А. Особенности реабилитации детей грудного возраста с врожденным вывихом бедра на этапах консервативного лечения. // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Том 3, Выпуск 2, 2015. С. 66-71.

16. Гулямов С.С., Ганиев А.К., Усмонхонов О.А. Лечение врождённого вывиха бедра у детей грудного возраста. // Ежегодная научно-



практическая конференция, посвященная актуальным вопросам травматологии и ортопедии детского возраста «Турнеровские чтения» 2020. С. 98-101.

17. Гуревич А.Б., Ватолин К.В., Шмиткова Е.В., и др. Комплексное ультразвуковое обследование детей с врожденным вывихом бедра. // Вопрос диагностики в педиатрии. 2011. Том 3. №3. С. 36-41.

18. Джалилов А.П. Ранняя диагностика, лечение и прогноз дисплазии тазобедренных суставов и врожденных вывих бедра у детей. // Автореферат дисс. д.м.н., Ташкент 2006. С. 38.

19. Джамолбекова Э.Д., Джурабекова С.А. Ультразвуковая диагностика дисплазии тазобедренного сустава у детей в грудном возрасте. // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №9. С. 78-83.

20. Джамолбекова Э.Ж., Байгараев Э.А. Комплексная диагностика и сравнительное лечение дисплазии тазобедренных суставов у детей. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. №2, 2018. С. 54-57.

21. Джураев А.М., Тилавов Р.Х., Рустамова У.М., и др. Диагностическое значение УЗИ в лечении врожденных вывиха бедра у детей раннего возраста. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Самарканд 2014. С. 285.

22. Джураев Х.М., Каримов К.К., Толибов Ш.М. Лечение врожденных вывих бедра у детей раннего возраста. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Материалы научно-практической конференции. Бухоро 2016. С. 298.

23. Долганов Д.В., Долганова Т.И., Тёпленький М.П., Олейников Е.В. Диагностика и коррекция постуральных нарушений, обусловленных дисплазией тазобедренного сустава у детей. // Гений ортопедии №1. 2013. С. 40-43.

24. Дубровина Л.И., Дерябина Г.И., Лернер В.Л. Структура и содержание физической реабилитации детей грудного возраста при

дисплазии тазобедренного сустава. // Медицина и физ. культура: наука и практика. - 2019. - № 2. - С. 88-96.

25. Ерекешов А.Е., Разумов А.А. Врожденный вывих бедра у детей. // Астана 2004. С. 184.

26. Ерофеев В.Н. Ранняя диагностика дисплазии тазобедренных суставов у детей первых месяцев жизни // Детская хирургия,- 2004,- № 2.- С. 46-49.

27. Жарова Е.Ю. Нарушения рефлекторно-двигательной сферы и проблема дисплазии тазобедренных суставов у новорождённых и детей раннего возраста. // Казанский медицинский журнал 2013, Том 94, №2. С. 193-198.

28. Кадурина Т. И., Аббакумова Л. Н. Метаболические нарушения у детей с синдромом гипермобильности суставов. // Лечащий врач. 2011. 5.

29. Каменских М.С., Стрелков Н.С., Шарпарь П.Н., Ислентев А.В. Комплексная диагностика и раннее функциональное лечение дисплазии тазобедренных суставов у недоношенных детей. // Ортопедия, травматология и протезирование. - Харьков, 2012. - №2 (587). - С. 35 -39.

30. Каменских М.С., Шарпарь А.Д., Стрелков Н.С., Ислентев А.В. Комплексная оценка факторов риска, способствующих развитию дисплазии тазобедренных суставов. // Гений Ортопедия. №4. 2012. С. 58-61.

31. Камоско М.М., Краснов А.И., Басков В.Е., и др. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей. // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2013. – Т. 1. – № 1. – С. 26–35.

32. Камоско М.М., Познович М.С. Консервативное лечение дисплазии тазобедренных суставов. // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2014. – Т. 2. - № 4. С. 51-60.

33. Кожевников В.В., Врончихин Г.В., Харамоненко Д.Ю., Буркова Н.Н. Лечение разнонаправленных деформаций бедра и остаточной дисплазии тазобедренного сустава у детей. // Материалы научно-практической

конференции по актуальным вопросам детской травматологии и ортопедии. Турнеровские чтения. Иркутск 2020. С. 156-160.

34. Кожевников В.В., Осипова А.А., Григоричева Л.Г., Ворончихин Е.В. Ультразвуковая доплерография тазобедренного сустава и коррекция выявленных нарушений у детей с дистрофическими изменениями головки бедренной кости. // Гений Ортопедии. №1. 2015. С. 47-52.

35. Крестьяшин В.М., Лозовая Ю.И., Гуревич А.И., и др. Современный взгляд на отдаленные результаты лечения дисплазии тазобедренного сустава. // Детская хирургия. №2. 2011. С. 44-48.

36. Лозовая Ю.И. Оценка динамического дисплазии тазобедренного сустава в условиях сохранения патологического процесса. // Автореферат дисс... к.м.н. 14.01.19. Москва, 2011. С. 24.

37. Лукаш Ю.В., Шамик В.Б. Ранняя диагностика дисплазии тазобедренных суставов у новорожденных. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6. [www.science-education.ru/106-7908](http://www.science-education.ru/106-7908).

38. Макушин В.Д., Тепленький М.П. Лечение дисплазии тазобедренных суставов у детей раннего возраста. // Новые технологии в травматологии и ортопедии. Материалы республиканской научно-практической конференции. Хива 2010. С.174.

39. Масликов А.В., Воловик В.Е. Осложнения в лечении врожденного вывиха и подвывиха бедра у детей. // Материалы научно-практической конференции по актуальным вопросам детской травматологии и ортопедии. Иркутск 2020. С. 244-246.

40. Меньшикова Т. И., Макушин В. Д., Тепленький М. П. Ультрасонографическая оценка структурно-пространственного состояния головки бедренной кости у детей с врожденным подвывихом и вывихом бедра. // Гений ортопедии. 2001. №4. С. 106-111.

41. Мицкевич В. А. Ортопедия первых шагов. // Москва. БИНОМ 2013. Стр-135-147.

42. Низомходжаев П.М., Бойкулов А.А., Эргашев Х.Х., Худойбердиев С.Х. Чаноқ-сон бўғими туғма нуқсонларини ривожланиши ва олдини олишда овқатланиш омилларини баҳолаш. // Педиатрия №2. 2001. С. 73-76.
43. Поздникин Ю.И., Басков В.Е., Волошин С.Ю., и др. Ошибки диагностики и начала консервативного лечения детей с врожденным вывихом бедра. // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2017. – Т. 5. – Вып. 2. С. 42-51.
44. Попович А.А., Вагайцева К.В., Бачарева А.В., Степанов В.А. Связь генетической структуры популяций человека с географическими и климатическими параметрами. // Медицинская генетика. 2018. №1 С. 37-40.
45. Сертакова А.В. Современные представления о механизмах развития дисплазии тазобедренных суставов у детей (обзор). // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Том 7, №3. С. 704-710.
46. Сертакова А.В., Морозова О.Л., Рубашкин С.Н., Гладкова Е.В. Новый метод диагностики степени тяжести дисплазии тазобедренных суставов у детей. // Вестник новых медицинских технологии-2012. Т. XIX. №4. С. 51-53.
47. Тилавов Р.Х. Лечение врожденного вывиха бедра у детей раннего возраста. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Самарканд 2014. С. 367.
48. Турсунов Б.С., Турсунова Г.Б., Турсунов Н.Б. Раннее выявление дисплазии тазобедренного сустава. // Новые технологии в травматологии и ортопедии. Материалы республиканской научно-практической конференции. Хива 2010. С. 211.
49. Турсунова С.А. Болаларда соннинг туғма чиқишини эрта аниқлаш ва даволаш. // Автореферат т.ф.н., илмий дараж. ол. уч. Тошкент 2002. С. 16.
50. Турсунова С.А., Арипов Ф.Э. Чаноқ-сон бўғими дисплазиясини рахитик ўзгаришларда дифференциал диагностикаси. // Травматология ва

ортопедияда янги технологиялар. Республика илмий ва амалий анжуман материаллари. Хива 2010. С. 212.

51. Усмонов Ш.У., Джураев А.М., Гулямов С.С. Соннинг туғма чиқиши билан касалланган болалар суягида минераллар зичлигининг кўрсаткичлари. // Травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммолари. Илмий ва амалий конференция материаллари. Бухоро 2016. С. 298.

52. Файзиматов М.А., Турсунова С.А., Арипов Ф.Э. Результаты консервативного лечения врожденных вывиха бедра. // Новые технологии в травматологии и ортопедии. Материалы республиканской научно-практической конференции. Хива 2010. Стр. 216.

53. Худойбердиев К.Т., Кулдошев К.А., Эшонхужаев К.О., ва бошқ. Чақалоқларда соннинг туғма чиқишини регионал даволаш муассасаларида эрта ташхислаш ва даволаш аспекти. // Травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммолари. Самарқанд 2014. С. 388.

54. Шабалов Н.П., Шабалова Н.Н. Современное состояние проблемы дисплазий соединительной ткани и значение данной патологии для клинической практики педиатра. // Педиатрия Том 92, №4. 2013. С. 6-11.

55. Шарпарь В.Д., Каменских М.С., Неганов О.А., Егоров В.А., и др. Комплексный подход в диагностике врожденного вывиха бедра у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде. // Гений ортопедии. №4, 2013. С. 30-34.

56. Швачкина А.А., Нуштаева О.В. Лучевая диагностика дисплазии тазобедренных суставов у детей первого года жизни. // Bulletin of Medical Internet Conferences. Педиатрия 2017. Volume 7, Issue 5. С. 742.

57. Юнусов И.А., Раззоков А.А., Бегматов Х.Ш. Кичик ёшдаги болаларда чаноқ-сон бўғими дисплазияси ва туғма чиқишини ташхислаш ва даволашда сонографиянинг аҳамияти. // Травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммолари. Илмий ва амалий конференция материаллари. Бухоро 2016. С. 346.

58. Blasise A., Nemeth and Vinay Narotam. Derelopmental Displasia of the hip. // American Academy of Pediatrics, vol. 33. №12, December. 2012. P. 553-561.
59. James T., Bennett M.D. and Dean Mac Even M.D. Congenital Dislocation of the Hip. // From the Section of Pediatric Orthopedics. Number 247. New Orleans I.A. 70118, 1989.
60. Mark T. McBride, MD, Michael P. et al. Protrusio Acetabuli: Diagnosis and Treatment. // Jurnal of the American of Orthopaedic Surgeons. Vol 9, №2, March/April 2001. P. 79-86.
61. Mitchell PD, Redfern RC. Brief communication: Developmental dysplasia of the hip in medieval London. Amer. J. Phys. Anthropol. 2011;144(3):479-484;
62. Mulpuri K, Schaeffer EK, Andrade J, et al. IHDI Study Group. What Risk Factors and Characteristics Are Associated With Late-presenting Dislocations of the Hip in Infants? Clin Orthop Relat Res. 2016;474(5):1131-7. doi: 10.1007/s11999-015-4668-0.
63. Narayanan U1, Mulpuri K, Sankar WN, et at. Reliability of a New Radiographic Classification for Developmental Dysplasia of the Hip. J Pediatr Orthop. 2015;35(5):478-84. doi: 10.1097/BPO.0000000000000318.
64. Nrethard F.U., Kempt H. Neurophysiologische Aspekte zur Abiologie und Pathogenese der kongenitalen Huftgelenksluxation. Z.Orthop, 125. 1987. P. 22-26.
65. Omar Q. Samarah, MD, CHSM Orth, Fadi A. Al Hadidi, MD, CHSM Orth, Mohammad Q. Hamdan, MD, CHSM Orth, Ashraf T. Hantouly, MD. Late-presenting developmental dysplasia of the hip in Jordanian males // www.smj.org.sa Saudi Med J 2016; Vol. 37 (2). P. 151-155.
66. Ömeroğlu H, Köse N, Akceylan A. Success of Pavlik Harness Treatment Decreases in Patients  $\geq$  4 Months and in Ultrasonographically Dislocated Hips in Developmental Dysplasia of the Hip. Clin Orthop Relat Res. 2015;474(5):1146-52. doi: 10.1007/s11999-015-4388-5.

67. Orak MM, Onay T, Cagirmaz T, et al. The reliability of ultrasonography in developmental dysplasia of the hip: How reliable is it in different hands? *Indian J Orthop.* 2015;49(6):610. doi: 10.4103/0019-5413.168753.
68. Ortiz-Neira CL, Paolucci EO, Donnon T. A metaanalysis of common risk factors associated with the diagnosis of developmental dysplasia of the hip in newborns. *Eur J Radiol.* 2012;81(3):e344-351. doi: 10.1016/j.ejrad.2011.11.003.
69. Palocaren T et al. High Failure Rate of the Pavlik Harness in Dislocated Hips: Is It Bilaterality? *Journal of Pediatric Orthopaedics.* 2013;33(5):530-535.
70. Schur MD, Lee C, Arkader A, et al. Risk factors for avascular necrosis after closed reduction for developmental dysplasia of the hip. *Journal of Children's Orthopaedics.* 2016;10(3):185-192. doi: 10.1007/s11832-016-0743-7.
71. Shorter D, Hong T, Osborn DA. Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(9):CD004595
72. Sibiński M, Adamczyk E, Higgs ZC, Synder M. Hip joint development in children with type IIb developmental dysplasia. *Int Orthop.* 2012 Jun;36(6):1243-6. doi: 10.1007/s00264-011-1447-8. Epub 2012 Mar 14.
73. Tomas Stuhler, Axel Feige *Ultraschalldiagnostik des Bewegungsapparats.* // Springer – Verlag Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo. 1986. P. 227.
74. Tonnis Dicitrich. *Die angeborene Hüftdysplasie und Hüftluxation* Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 1984. P. 534.
75. Vafaeian B, Zonoobi D, Mabee M, Hareendranathan AR, El-Rich M, Adeeb S, Jaremko J.L. Finite element analysis of mechanical behavior of human dysplastic hip joints: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage.* 2017 Apr;25(4):438-447. doi: 10.1016/j.joca.2016.10.023. Epub 2016 Nov 9.
76. Vital L, Alegrete N, Lucas R. Correlação clínica e ecográfica em displasia de desenvolvimento da anca. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia.* 2013;21(3):363-370.

77. Walbron P, Müller F, Mainard-Simard L, Luc A. Bone maturation of MRI residual developmental dysplasia of the hip with discrepancy between osseous and cartilaginous acetabular index. Journeau P. J Pediatr Orthop B. 2019 Sep;28(5):419-423. doi: 10.1097/BPB.0000000000000581.