

## БОЛАЛАР ОЁҚ ПАНЖАСИ МАЙМОҚЛИГИНИ ДАВОЛАШДАГИ БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ

Ж.З.Ўринов, Ж.Т. Тўхтаев, Б.Н. Давлатов, Қ.А. Қўлдашев, С.Б. Хотамов  
Андижон Давлат тиббиёт институти

### Аннотация

Мақолада хозирги кунда болаларда туғма оёқ деформациялари орасидаги энг долзарб муаммо бўлган маймоқлик касаллигига оид масалалар еритилган. Жумладан маймоқлик касаллигини даволашда замонавий, янги даво усуллари тadbiq қилинишига қарамай касалик туфайли ривожланган оёқ деформацияларни тўлиқ коррекция бўлишига кафолат берилмайди. Шу сабабли муалифлар томонидан болаларда даволаш усуллари: функционал даво усуллари, маҳкамлаш усуллари, физиотерапевтик даволаш усуллари, ортезлаш, медикаментоз ва оператив даволашлар таклиф қилинган.

*Калит сўзлар: туғма, маймоқлик, болалар.*

## OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF CHILDREN'S WITH CONGENITAL CLUBFOOT

J.Z.Urinov, J.T. Tukhtayev, B.N. Davlatov, K.A. Kuldashhev, S.B. Xotamov  
Andijan State Medical Institute

### Abstract

Currently, one of the topical issues of pediatric orthopedics is treatment and, to a greater degree, the development of relapses of congenital clubfoot. The authors, in order to prevent the development of relapses of surgical and conservative treatment of congenital clubfoot, offer a comprehensive treatment with the use of functional, correcting, drug and surgical treatment methods.

*Keywords: congenital, clubfoot, children.*

## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ

Ж.З. Уринов, Ж.Т. Тухтаев, Б.Н. Давлатов, К.А. Кулдашев, С.Б. Хотамов  
Андижанский государственный медицинский институт

### Аннотация

В настоящее время одним из актуальных вопросов детской ортопедии является лечение и в большей степени вопросы развития рецидивов врожденной косолапости. Авторами с целью профилактики развития рецидивов хирургического и консервативного

лечения врожденной косолапости предлагается комплексное проведение лечебных мероприятий с применением функциональных, корригирующих, медикаментозных и оперативных методов лечения.

*Ключевые слова: врожденная, косолапость, дети.*

**Мавзунинг долзарблиги:** Болаларда туғма маймоқликни даволашда замонавий, янги усуллар тадбиқ қилинаётганлигига қарамасдан, олинаётган натижалар баъзан ота-она ва мутахассисларни қониқтирмаётгани ва касалликнинг қайтовланиши, яъни рецидив ҳолатлари кузатилмоқда.

Туғма маймоқлик болаларда кўп учрайдиган ортопедик касалликлардан бири ҳисобланиб, туғма сон суяги чиқишидан сўнг 2-ўринда туради. Болалардаги маймоқликни даволашнинг бир катор консерватив ва оператив усуллари тадбиқ қилинган, лекин даволаш усуллариининг ҳеч бири касалликнинг тўлиқ коррекция бўлишига кафолат бера олмайди. Рецидив ҳолатлари 11-36% беморларда кузатилади [1].

**Изланишнинг мақсади:** Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази шароитида даволанган болаларда қўлланилган даво усуллариини бошқа ортопедия бўлимларига тадбиқ қилишдир.

**Текширув усуллари ва материаллари:** ВБКТТМ ортопедия бўлимида 2019-2024 йилларда 58 нафар беморлар оёқ панжасидаги турли хил этиологиядаги маймоқлик билан даволанди. Улардан ўғил болалар 31 (41.4%) нафар, қиз болалар 27 (46.6%) нафардан иборат. 1 ёшгача бўлган болалар 16 (27,6%) нафар, 1-3 ёшгача бўлган болалар 24 (41,4%) нафар ва 3 ёшдан катта бўлган болалар 18 (31%) нафарни ташкил қилади. Икки томонлама маймоқлик беморларнинг 34 (58.6%) нафарида, бир томонлама маймоқлик 24 (41,4%) нафарида кузатилди. Бир томонлама яъни ўнг ёки чап томонлама маймоқлик билан туғилган чақалоқлар бир хил нисбатда 12 (50%) нафардан иборат. Бу касаллик билан туғилган чақалоқлар туғруқ уйларида, АВБКТТМ шифохонасида стационар ва амбулатор равишда назорат қилинди.

Биз бундай болаларда кенг қамровли даволаш усулларидан: Функционал даво усуллари (коррекцияловчи уқалаш, даволовчи машқлар, функционал шиналар), маҳкамлаш усуллари (бинт билан боғлаш, босқичли гипсли бойламлар қўйиш), физиотерапевтик даволаш усуллари (электростимуляция, гидротерапия, ултратовуш, электрофорез, амплипульсотерапия ва х.к.), махсус даволаш усуллари: ортезлаш (брейс

тақиш, пластикли бойлам), медикаментоз (кальций, поливитамин ва вит Д3 препаратлари) ва оператив даволашдан фойдаландик.

**Натижалар ва муҳокама:** Олиб борилган тажрибалар даволашнинг у ёки бу турини тавсия этиш, оёқ панжа деформациясининг даражасига боғлиқлигини кўрсатди. Даволашни чакалоқнинг 6-7 кунлик даврида, агар чакалоқ тана вазни 3,0 кг дан юқори бўлса ва хамрох касалликлари бўлмаса бошлаш зарур, чунки шу даврда оёқ панжаси деформациясини коррекция қилиш осон кечади.

Болалардаги туғма маймоқликни стационар даволаниш даврини қисқартириш, рецидивлангандан сўнгги жаррохлик даволаниши ва оёқ панжаси анатомик ва косметик даражасини баҳолаш мақсадида Catterall Pirani шкаласи тадбиқ қилинган [2].

Ушбу баҳолаш усулини қўлланиши, маймоқликни консерватив ва оператив даволашдан кейинги даврларда олинган натижаларни баҳолаш, солиштириш ва яхшиланиш имконини берди.

Турли ёшдаги болаларда даволашдан кейинги натижалар шуни кўрсатдики, касалликни даволашда мусбат натижага эришиш учун оёқ панжасидаги бўғимлар мутаносиблигини тиклаш зарур. Чакалоқнинг илк кунлариданоқ касалликни даволаш ва профилактик чора-тадбирларини кўриш керак.

1 ёшгача бўлган 12 нафар болада ўз вақтида қўлланилган Ponseti даволаш усули циркуляр гипсли бойламни камрок қўлланишига ва даволаш муддатини 2 ойга қисқаришига олиб келди. Даволаш даврида оёқ панжасидаги *cavus*, *adductio*, *varus* компонентлари тўлиқ бартараф қилинган, «каминвазив ахиллотомия» ташрихи ўтказилди ва оёқ панжаси гиперкоррекция килиниб, қайта 3 ҳафтага циркуляр гипсли бойлам қўйилди. Даволашнинг сўнгги босқичларида болаларга брейс тақилди [3].

1-3 ёшгача ва 3 ёшдан катта бўлган болалар гуруҳини кеч ташхис қўйилган болалар ва консерватив даврдан сўнг рецидив ҳолати кузатилган болалар ва алоҳида гуруҳни эса оёқ панжаси артрогрипоз деформациялари ва марказий нерв тизимидаги патологик ўзгаришлар (МНТ аномалияси, болалар бош мия фалажи, травмадан сўнгги асоратлар) бор болалар ташкил қилди.

Назоратимизда бўлган аввал Ponseti усулида даволанган 1,5 ёшгача бўлган 21 нафар беморларимизда яхши натижаларга эришилди. Бу болаларда циркуляр гипсли бойлам оёқ бармоқлари учидан сон юқори қисмига қадар қўйилди. (1-расм).

Ёш болаларда тизза бўғимини  $90^{\circ}\text{C}$  бурчак остида катта ёшли болаларда  $110\text{-}120^{\circ}\text{C}$  бурчак остида букилган ҳолатда қўйилди. Сон юқори қисмига қадар гипсли бойлам қўйилганда мускуллар яхши бўшашади ва оёқ панжасини босқичли коррекция қилиш осон кечади.



1-расм. Бемор Б. 1,5 ойлик. Босқичли гипсли бойламда даволаниш даври

Ўз вақтида даволаниш бошланган 18 нафар болаларда ҳаётининг 6-7 ойларига қадар оёқ панжасидаги деформация тўлиқ бартараф қилинди. Сўнг бу болаларга сутка давомида брейс тақиш буюрилди. Бола оёқ панжаси тўлиқ центрация қилиниб, ҳолатдан чиқарилгач, одатда циркуляр гипсли бойлам қўйилмайди. Кейинчалик оёқ панжаси, болдир мушакларининг тонусини яхшилаш мақсадида болага ортопедик

қўлланмаларга қўшимча равишда физиотерапевтик даво муолажалари, витамин, кальций препаратлари билан қўлланилади.

Маймоқликнинг заминида асосий патология оёқ панжасини болдир–ошиқ бўғими сохасидан сагитал ва фронтал ўқ бўйича яқинлашишидир. Бу ҳолат асосан артрогрипоз оёқ панжа деформациясида кучли ривожланган бўлади. Артрогрипозда оёқ панжаси деформациясини даволаш мақсадида M.B.Dobbs усулидан фойдаланилади. Оёқ панжасига циркуляр гипсли бойлам қўйиш жараёнида, ошиқ суягига гипсли бойлам босилиб, оёқ панжасига коррекция берилади [4].

Артрогрипоз оёқ панжаси деформацияси мавжуд бўлган 8 нафар болаларга нисбатан бу усул қўлланилганда, ошиқ-қайиксимон бўғимидаги ярим чиқиқ ҳолати тўлиқ репозиция қилинади. 4 нафар беморга охириги босқичдаги гипсли бойламни қўйишдан аввал, маймоқлик қолдиқ компонентларини (оёқ панжаси олд қисмининг яқинлашиши, эквинус, варус ҳолати) бартараф этиш мақсадида «ахиллотомия» ташрихи ўтказилди [2].

Ахиллотомия ташриhini ўтказишда бемор умумий наркоз остида Ахилл пайи усти сохасидан шприц игнаси ёрдамида тушилиб, ахилла пайи кўндаланг кесилади ва оёқ панжаси тўлиқ гиперкоррекция қилинади. Жароҳатга асептик бойлам қўйилиб, циркуляр гипсли бойлам қўйилади. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, ташрихдан сўнгги чандиқ кичик ўлчамда (2-3 мм) бўлади, оёқ панжаси тўлиқ гиперкоррекция қилинади. Бу даво усули қўлланилганда беморлар социал реабилитацияси таъминланади, стационар ва гипсли бойламда даволаниш даври қисқаради, ногиронлик камаяди. Беморлар эрта активизация қилинади, оёқ панжаси анатомик ва эстетик етишмовчиликлари бартараф қилинади (2-расм).



2-расм. Бемор Б. Ахиллотомия жараёни.

Бироқ ҳар хил турдаги консерватив даволаниш усулларида ҳам маймоқлик қолдиқ компонентлари асорат сифатида учраб туради. Маймоқлик қолдиқ элементлари, консерватив даволашда тўлиқ коррекция бўлмаган ёки нерегуляр равишда даволаниб рецидив берган ҳолатлар оператив даволашга кўрсатма ҳисобланади[4].

Назоратимиздаги беморларнинг 36 нафарида маймоқлик компонентлари тўлиқ коррекция қилиниб яхши натижага эришилди, 5 нафарида 2-3 йил давомида маймоқлик элементлари қисман қайтовланиб, босқичли гипсли бойлам ёрдамида коррекция қилинди, 4 нафар беморда рецидив ҳолати кузатилиб, оёқ панжасини стабилизация қилувчи ташрихлар ўтказилди.

Маймоқликнинг рецидивланишига сабаб бўлувчи омиллардан бири бу оёқ панжасидаги пронатор ва экстензор мушакларининг етишмовчилигидир. Бу етишмовчилик маймоқлик оператив ва консерватив коррекция қилинган, узоқ вақт сақланиб қолади. Бизнинг ортопедия бўлимимизда маймоқликни коррекция қилингандан сўнг, рецидивнинг олдини олиш мақсадида, болдир ва оёқ панжа мушакларини мустаҳкамлашга қаратилган чора-тадбирлар қўлланилади (3-расм) [4].



3-расм. Бемор Б. Даволанишдан аввалги ва кейинги ҳолати.

### Хулоса:

1. Туғма оёқ панжаси маймоқлигини даволашни бола туғрук уйидан чиқарилган кунидан бошлаш зарур.
2. Касалликнинг рецидив беришини олдини олиш мақсадида оёқ болдир ва панжа мушакларини мустаҳкамловчи муолажалар буюрилиши керак.
3. 6 ойдан катта бўлган ва оёқ панжаси тўлиқ коррекция қилинмаган болалар оператив даволанишга кўрсатма ҳисобланади.

### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Кожевников О. В., Грибова И.Н, лечение тяжелых форм косолапости у детей. Материалы симпозиума детских травматологов ортопедов России с международным участием, «Совершенствование травматолого-ортопедической помощи детям», Казан 16-18 сентября 2008.
2. Ponseti I.V.Clubfoot management (Editorial).Journal of pediatric ortopedics.2000.№ 20 (6).P. 69-70.
3. Александров В. В., Тетюшев И.В., Коченов А. Г. Врожденная косолапость: результаты лечения по методу Понсети. Материалы симпозиума детских травматологов-ортопедов России с международным участием. «Совершенствование травматолого-ортопедической помощи детям». Казань 16-18 сентября 2008 изд. Санкт-Петербург, 2008.С242-243.
4. Александров В.В. Бескровное лечение тяжелых форм врожденной косолапости у детей до 3 лет аппаратом Иллизарова В.В.

- Александров. А.Г.Коченов 7-съезд травматологов-ортопедов России 2002.С.176.
5. Зацепин Т. С. ортопедия детского и подросткового возрастов. М.: Изд. Центр НИИ охраны здоровья детей и подростков, 1949. - С. 101-104.
  6. Лузина Е.В., Ходжаев Т.Т. Генетические исследования при артрогрипозе// Вопросы травматологии и ортопедии: Сборник трудов ТашМИ. Ташкент, 1978.-С.59-60.
  7. Меженина Е.П. Врожденные пороки развития и перспективы решения этой проблемы// Ортопедия, травматология и протезирование. Киев, 1977.-Вып.7.-С.3-7.