

## MEMLEKETİMİZDEKİ DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIĞI SORUNUNUN SOSYOEKONOMİK DURUMU

Zeki Korkusuz\*

Tarık Güngör\*\*

Normalde femur başı ile pelvis kemiğinin acetabulum denen çukurluğu arasında oluŐan kalça ekleminin travmatik çıkıkları ancak çok büyük zorlamalarla ve seyrek olarak meydana gelmektedir. Halbuki doğuştan kalça çıkığı intrauterin olarak çeşitli sebeplerle ve değişik zamanlarda ortaya çıkmaktadır (9).

Çıkık ya tam çıkık veya tama yakın çıkık (subluksasyon) halindedir. İlkin çocuk doğduğu zaman hiç bir sorun teşkil etmeyen doğuştan kalça çıkığı olan çocuklar, daha sonra arkadaşları arasında alay konusu olmakta, topal, sakat diye küçük düşürülmeye çalışılmaktadır. Gelinlik çağa gelince aile ve çocuk için bir sorun teşkil etmektedir (9).

Yaşları ilerledikçe çıkık olan kalça ekleminin hareketlerinde sınırlılık, ağrı olmakta, rahat yürüyememekte ve çalışamaz duruma gelmektedir. Bu ise sosyoekonomik bir sıkıntı oluŐurmakta, bir yönden Şahsın ruhsal yapısında sıkıntı ve çöküntü yaratması ve diğer yönden az çalışan ve çok yorulan kiŐilerin artması ile ekonomiye zararı dokunabilmektedir. Ailenin en kıymetli bir unsuru çocuk olduğuna göre sağlıklı bir nesil yetiŐmesi bakımından doğuştan kalça çıkığı, önlenilmesi ve erken tedavisi bakımından üzerinde titizlikle durulması gereken bir durumdur (8,9).

### GÖRÜLME SIKLIĞI

Bazı ülkelerde ve özellikle Akdeniz kıyısı memleketlerinde daha ziyade görülen doğuştan kalça çıkığı genellikle 1000 yeni doğan çocuktan 5 - 6 sinde görülmektedir (12).

Von Rosen, görölme sıklığına 31200 doğumda binde 2.18 olarak tesbit etmiştir (19).

\* Ankara Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Trav. Kl. Profesörü

\*\* Ankara Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Trav. Kl. BaŐasistanı

Barlow, İngiltere'de 9289 doğum üzerinde yaptığı çalışmaya göre doğuştan kalça çıkığının görülme oranını binde 14.97 olarak bildirmiştir (3).

5700 doğum üzerinde yapılan çalışmada 35 luksasyon ve sublüksasyonlu kalça görülmüştür. (20).

Görülme oranını, Stanisavljevic (16). 6000 kalçada binde 2.68; ve Smaill (18) ise binde 4.00 olarak bildirmiştir.

Severin, İsveç'te görülme oranını binde 1 olarak bildirmekte olup (17), Fredensborg ve Nillson 1956 - 1972 yılları arasında İsveç'in Malmö şehrinde 58759 canlı doğumda 548 doğuştan kalça çıkığı görmüştür (7).

Bazı ülkelerde ve özellikle Akdeniz kıyısı memleketlerinde daha ziyade görülen doğuştan kalça çıkığı genellikle bin yeni doğan çocuktan 5 - 6 sında rastlanmaktadır (12).

**CİNSİYETİ :** Doğuştan kalça çıkığı kız çocuklarında erkek çocuklarına nazaran 8 misli daha fazla görülmektedir (14).

**LOKALİZASYON :** Bilateral görülme oranı tek taraflı doğuştan kalça çıkığına nazaran 1/4 nisbetinde daha düşüktür.

İncelendiğimiz 532 hastanın 151 inde bilateral olduğu (% 39.7) tesbit edilmiştir.

Sol kalçada sağa nazaran 3 misli daha sık görülmektedir (6). Paterson'a göre sol kalçada sağa nazaran 2 defa daha sık görülmektedir (12).

**ETYOLOJİ :** Doğuştan kalça çıkığının kati sebebi bilinmemekle beraber ligament laksitesinin daha belirgin bir sebep olduğu bilinmektedir.

Andrén ve Borglin, kadın seks hormonlarının bu gevşemeye yol açtığını tesbit etmiştir (1,2).

Hama ve arkadaşları, estrogen metabolizma dengesizliğinin kalça eklemi kapsülünün gevşekliği ile ilgili olduğunu fakat bunun doğuştan kalça çıkığının primer etyolojik faktörü olmadığını bildirmişlerdir (10).

Scaglietti, İtalya'da tedavi ettiği vakalarda % 17.4 oranında ailevi orijin tesbit etmiştir. (15).

**COĞRAFİ DURUM :** Coğrafi bölgelere göre doğuştan kalça çıkığının görülme sıklığı değişiklikler göstermektedir.

Hollanda merkez olmak üzere 500 mil çapında bir daire çizildiğinde doğuştan kalça çıkığının görüldüğü memleketler bu dairenin içerisinde kalmaktadır. Bu-



na mukabil bebeklerini sırtlarında taşıyan yerli kavimlerde, Moğol ve zenci ırkında doğuştan kalça çıkığı vakalarına hemen hemen hiç rastlanmamaktadır (6).

Memleketimizde ise tedavi için kliniğimize başvuran doğuştan kalça çıkığı vakalarının büyük bir çoğunluğunun Karadeniz bölgesinden geldiği tesbit edilmiştir.

Paterson, takriben doğuştan kalça çıkığı olan çocukların % 40'ının Akdeniz orijinli olduğu ve Avustralya'da da doğuştan kalça çıkığı oranının çok yüksek olduğu bildirmiştir (12).

**YAŞ GRUPLARINA GÖRE VAKALARIN DAĞILIMI :** Vakaların büyük bir kısmı tedaviye ileri yaşlarda ve yürüdükten sonra gelmektedir. Nitekim bu vakalarda da çocuk geç olarak yürümeye başlamaktadır.

1 - 2 yaş arasında tedaviye gelen vakalar bütün doğuştan kalça çıkığı vakalarının % 1.5'unu, 2 - 3 yaş arasında gelenler % 8'ini, 3 - 4 yaş arasında gelenler % 20.3'ünü, 4 - 5 yaş arasında gelenler % 12.5'unu, 5 - 6 yaş arasında gelenler ise % 12.2'sini teşkil etmektedir. Bu nisbet 6 - 7 yaşları için % 3, 7 - 12 yaşları arasında gelen hastalar için % 2.2'dir.

Görülüyor ki 2 - 3 yaşından sonra tedaviye gelen vakaların sayısında bir artma olmaktadır. 6 - 7 yaşından sonra tedaviye gelenlerin sayısında bir azalma görülmektedir.

**HASTA REFAKATİ DURUMU :** Kliniğimize müracaat eden 0 - 12 yaş arasındaki hastaların % 99.7'si birer refakat edecek kişiyi gerektirmiştir. Bu kişiler hastaların yattığı günler içerisinde hastahane kalmışlardır. Ayrıca hastanın geldiği şehire taşınmasında da refakat eden kişi Emekli sandığı veya Sosyal Sigortalar kurumuna bağlı ise diğer masrafların yanı sıra gerekli ücreti almaktadır. Bunların gerektiğinde hava yolu ile veya ambulansla taşındıkları da gözönüne alınmalıdır.

Bu ödeme, hastaların ilk gelişi, ameliyattan sonra taburcu edildiğinde, 1.5 ay sonra yapılan kontrolünde ve daha sonraki 3 aylık, 6 aylık ve yıllık kontrollerinde de gidiş - dönüş ücretleri olarak ödenmektedir.

Ayrıca refakat eden kişinin hasta gibi tedavi ve ameliyat ücreti hariç diğer bütün masraflara katıldığı bir gerçektir.

Bu kişilerden çalışanların tedavi süresi boyunca iş ve gücünde istirahat almak suretiyle kaldığı, çalışma gücünü azalttığı ve evi ile ilgilenemediği ise olağandır. Boş yatak olmadığı zamanlar, özellikle Ankara dışından gelen hastalar, bir kaç gün ve hatta fazla süre hastahane dışında otelde kalmak zorunda olmaktadır.

**KLİNİKTE YATMA SÜRESİ** : Kliniğe yattıktan sonra ameliyat için hastaların hazırlanması ortalama olarak 2 - 3 günü bulmaktadır. Bazı vakalarda bu 5 - 7 günlük bir gecikme göstermektedir.

Ameliyattan sonra en erken 5. günde taburcu edilmektedir. Bu süre gerektiğinde daha fazla veya dikişi alınana kadar da uzatılabilmektedir. Enfeksiyon olduğu veya hastanın genel durumunun iyi olmadığı durumlarda bu süre daha da uzun olmaktadır.

Ameliyata karar verildiğinde hastanın ateşinin olması, üst solunum yollarında enfeksiyonun bulunması bu gecikmeye yol açan sebeplerdendir. Bütün bunların yanı sıra taburcu edildikten sonra hastanın Ankara dışındaki evine gitmek için memleketinden gelecek birini 2 - 3 gün belediği ve yatak işgali yaptığı bilinen hakikatlardandır. Görüliyoruz ki ortalama olarak hastahanedeki yatış süresi 10 gün olarak kabul edilebilir. Bu süre yukarıdaki faktörler göz önüne alındığında minimum olarak ta sayılabilir.

Her ay, 80 yataklı olan kliniğimizde ortalama 15 kadar doğuştan kalça çıkıklı hasta ameliyat edilmektedir. Bir ay içerisinde kliniğimizde ameliyat edilen vakaları % 25 ini doğuştan kalça çıkığı olan vakalar teşkil etmektedir.

**MÜKERRER YATIŞLAR VE NÜKS DURUMU** : Kapalı redüksiyon ve alçı tesbitleri ile tedavi edilen veya ameliyat edilen vakalarda nüks görülenleri yatırılarak ve çok kez cerrahi olarak tedavi edilmektedir. Bu ise zaman kaybına yol açtığı gibi yapılan masrafların tekrarlanmasına, komplikasyon nisbetinin artmasına yol açmaktadır.

## **DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIĞI OLAN HASTALARIN GELECEKTEKİ DURUMU**

1 — **AĞRI** : Doğuştan kalça çıkığı olan hastalar tedavi edilmedikleri takdirde kendilerini ileride çeşitli komplikasyonlar beklemektedir. Yaşı ilerlemiş olanlarda ağrıyı azaltmak maksadı ile fizik tedavi uygulanması, kaplıcaya gönderme zorunluğu ortaya çıkmaktadır. Bu ise iş ve gücünden en azından 3 - 4 hafta kadar kalmasına tedavi ve kaplıca masraflarının mükerrer olarak tekrarlanan tedavi ile artmasına yol açmaktadır.

Bu gibi geç kalınmış vakalara uygulanan osteotomilerle hasta en azından 2,5-3 ay kadar alçıda kalmakta ve bir 3 kadar süre de rehabilitasyonu için geçmektedir.

2 — **OSTEOARTRİTİS** : Sublukse ve lukse kalçası olanlarla bazı vaka-



larda redüksiyondan sonra ileri yaşlarda gelişen osteoartritis ağrı ve fonksiyon bozukluğu nedeniyle osteotomi, total protez ve fizik tedaviyi gerektirmektedir.

Halkın bilinçlenmesi ile bu gün için erken yaşta tedaviye gelen vakaların sayısında artma bulunmaktadır. Dolayısıyla 20 - 30 yaşlarında daha az sayıda hasta müracaat etmektedir.

3 — ASEPTİK NEKROZ - COXA PLANA : Doğuştan kalça çıkığı olan hastalarda tedavi sırasında ve tedaviden sonra femur başı epifizinin beslenmesinin bozulmasına bağlı olarak meydana gelen aseptik nekroz durumu, tedavinin tamamlanmasını geciktirdiği gibi çok iyi sonuç elde edilen vakalarda da kalça eklemi yerinde olmasına rağmen baştaki intizamsızlık sonucu ağrı ve fonksiyonel bozukluklar göstermesine yol açmaktadır.

Böyle bir durumun tedavisi, ameliyat veya ameliyatsız olarak kullanılan cihaz veya allarla veya ameliyatla yapılan intertrohanterik osteotomi ile sağlanmaktadır. şüphesizki Bu komplikasyon için % 9,8 nisbeti hiç te az değildir.

4 — RELUKSASYON : Bu nisbet tedavi edilen vakalarda % 7.3 olarak saptanmıştır. Böyle durumlar ya kapalı redüksiyon ile veya redükte edilmesi mümkün olmayanlar içinde açık redüksiyon ile tedavi edilmektedir. Böyle bir komplikasyonun olması ile bütün tedavi işlemlerine yeniden başlanılmış olmakta, prognoz kötüleşmekte, kalça ekleminde ankiloz sonucu hareket kısıtlığında artma nisbeti yükselmektedir.

Nitekim ankiloz olan vakalar tekrar ameliyat edilip artroliz ile eklem etrafında gerekli gevşetme sağlanmaya çalışılmakta, anestezi altında manüplasyon yapılmakta ve kliniğe yatırılıp ameliyat sonrasında 2 - 3 hafta süre ile Charnley traksiyonu ve egzersizler uygulanmaktadır.

### POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR

Tedavi sonucu görülen komplikasyonlar tedavi sırasında tedaviden hemen sonra ve daha geç zamanlarda görülebilmektedir. Konservatif tedavi sonucu görülen komplikasyonlardan başlıcaları aseptik nekroz ve reluksasyondur.

Ameliyat sonucu gelişen komplikasyonlardan enfeksiyon, reluksasyon en önemlileridir. Enfeksiyon % 3 nisbetinde görülmektedir. Teknik komplikasyonlar yapılan ameliyat tipi ve ekibe göre değişiklikler gösterebilir.

Geç olarak görülen komplikasyonlar arasında avasküler nekroz 9.8, reluksasyon % 7.3, ankiloz % 3.5, coxa vara % 4.9, asetabular epifizitis % 2.2, süperatif artrit % 1.5 nisbetlerinde görülmüştür.

Septik arthritis gelişen vakalar çok kez kaybedilmiş durumdadır. Diğerleri de değişik tedavileri ve masrafı gerektirmektedir.

### DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIĞI VE ASKERLİK SORUNU

Doğuştan kalça çıkığı vakaları erkeklerde kızlara nazaran daha az görülmektedir. Kliniğimize müracaat eden vakalarda erkek kız oranı 1/4 dır. Yani vakaların % 77.7 si kızlarda görülmektedir.

1000 yeni doğan bebekte 7 nisbetinde doğuştan kalça çıkığı görülmesi ve bunun 1/4 - 1/7 sinin erkeklerde görüldüğü düşünülürse ve Türkiye'de 1973 yılı için doğum oranı binde 40 olarak kabul edilirse (13), daha emin rakamlar elde etmek için 1973 yılında 25 sosyalizasyon bölgesinde olan 247991 doğum göz önüne alınırsa (4), doğuştan kalça çıkığı olan vaka sayısı 1925 ve erkek çocuklarında görülen nisbeti ise 275 - 481 arasında değişiyor demektir.

Bunların büyük bir çoğunluğu bir yaşından sonra ve daha geç yaşlarda tedavi için gelmektedir. Bütün yurt çapında düşünülürse ve her sene yenilerinin bu sakatlar ordusuna katıldığı hesap edilirse askerlik çağına gelen erkeklerde kalça çıkığı ve diğer komplikasyonları bakımından büyük bir grub askerlik şubelerince çürük kabul edilerek askere alınmamaktadır.

### DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIĞI VE SOSYO EKONOMİK DURUM

Şüphesizki küçük yaştan itibaren çocuğun sakat olması şahsın ruhsal yapısında sıkıntı ve çöküntü yaratmakta ve bu durum genç kızlı devrelerinde de kendisini bariz olarak belli etmektedir.

Hastahanelerimizde bu gün bir yatak için tedavi dışında 350 Tl ödenmektedir. Tek taraflı kalça çıkığı olan bir çocuk için tedavi ücreti olarak ortalama 7000 TL. ödenmektedir. Buna kan, kullanılan plak ve vida, ilaç, serum, abduksiyon ateli, ameliyat sonrası uygulanan anestezi ve manüplasyon ve diğer kontrol için film ve muayene için ödediği ücretler dahil bulunmamaktadır. Bunlarda eklenecek olursa bu 10000 TL. sınırı bulmaktadır. Bunun içine hasta ve refakat edecek kişinin yol parası, diğer ödenen ücretler, refakat ücreti ilave edilmemiştir. Eğer iki, taraflı doğuştan kalça çıkığı varsa bu ücret 20000 TL. olarak kabul edilebilir. Bu normal seyirli bir hastanın tedavisi için ödenen ücrettir. Komplikasyonların görülme nisbeti göz önüne alınırsa yapılan masraf hiçte küçümenecek kadar değildir.

Bugün için kullanılan ithal malı plak ve vidalar için 150 - 800 Tl arasında



döviz harcıyor demektir. Kısacası doğuştan kalça çıkığı her bakımdan memleketin ekonomik durumuna etki ediyor demektir.

1976 - 1977 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğimize 150 doğuştan kalça çıkığı olan hasta yatırılarak ameliyat edilmiştir. Buna göre 7000 TL sından 1050000 TL ve 10000 TL sından 1500000 TL. ödeniyor demektir.

Bir yatakta ortalama 10 günden üç hasta yattığı kabul edilirse 80 yataklı kliniğimiz için bu gün adedi olarak 28800 gün ediyor demektir. Yılda 150 doğuştan kalça çıkığı yattığı kabul edilirse bu 1500 gün ediyor demektir. Görüldüğü gibi diğer hastalıklar için tedavi için 27300 gün kalıyor demektir.

Kliniğimizde poliklinik ameliyatları dışında yılda ortalama 750 ameliyat yapıldığı ve bunların ortalama 10 gün süre ile yatırılarak tedavi edildiği göz önüne alındığında doğuştan kalça çıkığı olan hastaların dışında 600 hasta yatırılıp ameliyat ediliyor demektir. Yani bütün vakaların % 20 si doğuştan kalça çıkığı olan hastalar demektir.

Bir yatakta bir ay boyunca ortalama 3 hasta yattığı farzedilirse bütün yıl boyunca en azından 5 yatak doğuştan kalça çıkığı teşhisi olan hastalara ayrılmış demektir. Acil travma ve trafik kazası vakalarının artan çokluğu karşısında acil vakalar için boş yatak bulabilme zorluğu kendiliğinden ortaya çıkmış olmaktadır.

Memleketimizde 1974 yılına kadar 25 il sosyalizasyon kapsamına alınmış iken bu rakam şimdi 32 yi bulmuştur. Sosyalizasyon bölgesine dahil olan illerde her 8000 - 10000 nüfuslu yerleşme merkezlerinde bir sağlık ocağına bağlı 3 - 4 sağlık evi vardır. Her sağlık evi de 6 - 7 köy ve köy grubuna sağlık hizmeti götürmekle görevlidir. Sağlık ocaklarında doktor, sağlık memuru ve tıbbi sekreter, her sağlık evinde ise bir ebe görev yapmaktadır (5).

1973 yılında sosyalizasyon bölgesinde 247991 doğum olmuş olup (4) 100 de 7 üzerinde görülmesi muhtemel doğuştan kalça çıkığı sayısı 1750 yi buluyor demektir. 1974 te ise toplam doğum 239785 tir (5). Buna göre doğuştan kalça çıkığı ihtimali 1500 civarındadır denebilir.

Yine 1974 yılında kentte olan doğum 58489 ve kırsal bölgelerde olan ise 176126'dır. Kırsal bölgelerde olan doğum, kentlerden ortalama 118000 daha fazla demektir (5).

Konservatif metodlarla doğuştan kalça çıkığının tedavisi kolay ve ucuzdur. Böyle bir tedavi için kullanılan atel ortalama 500 TL civarındadır. Alçı ile olan tedavi ise azami 1000 TL civarındadır. Çocuk henüz bir yaşına geldiği zaman tüm tedavisi tamamlanmış olmaktadır. Ameliyatsız metodlarla olan tedavisinde ise hasta hastahane de yatırılmadan aynı gün evine gönderilebilmektedir.



Memleketimizde çocuk felcine karşı aşılama kampanyası yaygınlaşmadan önce poliomyelitis sekeli olan çocukların sayısı çok fazla idi. Bugün için bunların sayıları çok azalmış bulunmaktadır.

Aynı durumun çiçek hastalığı için geçerli olduğu ve memleketimizde bu gün için çiçek hastalığının bulunmadığı bu hastalıklar için kazanılmış bir fayda ve tecrübe olarak hatırlarımızdadır.

Nitekim gelişmiş ülkelerde büyük yaştaki doğuştan kalça çıkığı olan çocuklara o bölgeye göçmen olarak gelmiş bulunan başka memleketlerden gelenlerin ve yabancı işçilerin çocuklarında rastlanmaktadır.

Paterson, 1960 - 1964 te 18 aydan sonra gelenlerde doğuştan kalça çıkığı görülmesi 1000 de 1.2 iken, 1970 - 1973 yılları arasında bunun 0.2 kadar düştüğünü tesbit etmiştir (12).

Bu konu üzerine tıp fakültelerimizin toplum hekimliği kürsüleri ile sağlık ve sosyal yardım bakanlığının eğilmesi faydalı olacaktır. Bütün bunların yanı sıra gazete, radyo ve televizyon aracılığı ile ve doğuştan kalça çıkığı hakkındaki broşürlerle halkın eğitilmesi şarttır. Ana ve çocuk sağlığı müracaat eden her çocuğun doğuştan kalça çıkığı yönünden muayenesi, gerekirse kalça filminin çektilerilerek ortopedi uzmanı tarafından konsültasyonu faydadan uzak değildir.

## DOĞUMDA TEŞHİS

Hiç şüphe yokturki, bugün için Dünya'nın pek çok memleketlerinde doğum ve çocuk kliniklerindeki doktorlar, hemşireler, ebeler yeni doğan çocuğu doğuştan kalça çıkığı ve birlikte bulunması muhtemel doğuştan anomaliler bakımından muayene etmekte ve basit muayene metodlarını uygulayarak çok küçük yaşta teşhis edebilmektedirler.

Nitekim bu memleketlerde bir yaşından çok küçük aylarda teşhis edilen hastalarda ara bezini fazlalaştırma, bacaklarını abduksiyona getirici basit cihazları kullanma (Von Rosen ateli, Frejka yastığı veya Pavlik bandajı gibi) veya gerektiğinde alçı tesbitleri ile doğuştan kalça çıkığını tedavi etmek kolay ve ucuzdur.

Yeni doğan bebekte arabezinin değiştirilmesi sırasında bacaklar her iki tarafta yere değecek derecede yana açılmalıdır. Çıkık olduğu zaman bacağın iç tarafındaki adaleler gerilmekte ve tam olarak yana açılmamaktadır. Keza anne tarafından bebeğin uyluğunun iç tarafındaki cilt kıvrımlarının sayı ve derinlik bakımından simetrik olmaması da doğuştan kalça çıkığı bakımından dikkati çekmektedir.

Ortalani belirtisinin aranması teşhiste küçük yaşlarda filmde daha kıymetlidir. Hastanın dizi beş parmak içte, 3., 4., ve 5. parmaklar dışta ve işaret par-



mağı femur boyunca trokanter majora değecek şekilde kavranır. Femur istikame-  
tinde yukarı doğru itildiğinde başın asetabulumun postero - süperiorundan çıkması  
ile bir ses duyulur. Sonra dize yapılan tazyik gevşetilmeden uyluk abdüksiyona  
getirilir. Bu kez bir dirençle karşılaşılır. Abdüksiyona devam edildiğinde başın  
tekrar asetabulumun içerisine girmesi ile ikinci kez bir sese daha duyulur (11).

Ortalani belirtisinin bütün hekim, hemşire ve ebelere öğretilmesi ve bununla  
ilgili resimlerin muayene odalarına asılmasının faydası vardır.

Ayrıca Barlow testinden de istifade edilebilir. Bebeğin sol uyluğu; doktorun  
sağ eli ile baş parmak trokanter minörün ve diğer parmakları trokanter majorun  
üzerine gelecek şekilde kavranır. Doktor sol elinin dört parmağı sakrumun altına  
ve baş parmağı simfisis pubis üzerine olacak şekilde bebeğin pelvisini tesbit eder.  
Bebeğin uyluğunun abdüksiyona getirilmesi ile başın içeri girdiği, addüksiyona ge-  
tirilmesi ile dışarı çıktığı ve bir ses duyulduğu tesbit edilir. (3).

Şüphelenilen vakaların ortopedi uzmanı tarafından muayenesi, gerektiğinde  
radyolojik muayenenin yapılması şarttır.

## DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIĞI PROFLAKSİSİ VE ERKEN TEDAVİSİ BAKIMINDAN ÖNERİLERİMİZ

Hastahanede yapılan doğumlarda nüfus kağıdı almak için verilen doğum ka-  
ğıdında doğuştan kalça çıkığı bakımından ortopedi uzmanı tarafından muayene-  
nin yapıldığı ve kalça çıkığı olup olmadığını gösteren bir hanenin bulunması ge-  
reklidir. Ortopedi uzmanı tarafından muayene edilmedikçe doğum kağıdı geçerli  
olmadığı için nüfus kağıdı alamayacaklardır.

Evde doğum yapanlar için ortopedi uzmanı tarafından muayene edildiğine  
dair bir kağıt getirmeyenler için de nüfus kağıdı almak mümkün olmamalıdır.

Sosyalizasyon içine giren 32 il'de bunun uygulanması ile bütün yurt çapında  
bu yarı yarıya çözümleniyor demektir. Zira her sağlık ocağında bir doktor ve her  
sağlık evinde de bir ebe bulunmaktadır.

Gerekirse her sene ekip taraması yapılabilir. Veya Verem savaş taraması sı-  
rasında doğuştan kalça çıkığı ile ilgili broşür dağıtılabilirdiği gibi film de çekilebilir.

Gerekirse doktor ve ebe muayene ettiği çocuk için doğuştan kalça çıkığı olup  
olmadığını bildirir bir kart verebilir.

Nüfus daireleri tarafından nüfus kağıdı verilen aileye bir doğuştan çıkığı bro-  
şürü verilebilir.

Basınımızda bu konu ile ilgili çıkacak olan yazıların, radyo ve televizyon ko-  
nuşmalarının, kadın kolları tarafından yapılacak uygulamaların faydası küçümse-  
nemez.



Hastahanelere doğuştan kalça çıkığının teşhisi ile ilgili tablo ve broşürlerin gönderilmesi faydalı olacaktır. Zira memleketimizde her devlet hastahanesinde ortopedi uzmanı bulunmamaktadır.

### SONUÇ

Önemli bir hastalık olan doğuştan kalça çıkığı çocuk doğduğunda veya hiç değilse altın devir olarak kabul edilen en fazla başarının elde edildiği bir yaşından önce teşhis edilerek tedavisi yapılmalıdır. Böylelikle hem tedavisi çok kolay ve ucuz olmuş, hemde doğuştan kalça çıkığı problemi çocuk yürümeye başlamadan önce çözümlenmiş ve ortaya çıkabilecek sakatlıklar azaltılmış olacaktır.

Memleketimizde nasıl çiçek salgınlarına karşı milletlerarası bir disiplin dahilinde yapılan ve her nereye gidilirse gidilsin halen istenen çiçek aşısı belgesinin ne denli başarılı olduğu bilinen bir hakikattir. Görülüyorki doğuştan kalça çıkığı tedavi edilmediği takdirde bütün hayat boyunca kişiyi ve sonra toplumu ilgilendiren bir hastalık ve sakatlık olarak karşımıza çıkacaktır. Tedavisindeki gecikme ve tedavi edilmemesi ile memleketimizdeki doğuştan kalça çıkığı olan sakatlar ordusu her geçen gün yenilerinin de eklenmesi ile gittikçe artmaktadır.

Her yeni doğan çocuğun doğduğunda doğuştan kalça çıkığı yönünden muayenesinin yapılmasının ortopedi uzmanı tarafından konsültasyonunun yaptırılması ve gerektiğinde kalça filminin çekilmesinin faydası inkar edilemez.

Bunun yanı sıra bu konu ile ilgili tablo, broşür, konferans, basında çıkacak yazılar radyo ve televizyon konuşmaları ile halkımızın aydınlatılması gereklidir.

Doğum kağıtlarında ortopedi uzmanı ile ilgili bir hanenin bulunması ve burasının muayene sonrası imzalanmasından sonra nüfus kağıdının verilmesi mutlak bir şart olmalıdır.

Türkiye Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği tarafından bu konu ile ilgili bir komisyonun kurularak çalışmalara girişmesi arzulanan çalışmayı arttırabilir.

### ÖZET

Doğuştan kalça çıkığı memleketimizde çok sık olarak görülen doğuştan görülen anomaliler arasındadır. Modern tedavi metodları ile erken yaşlarda tedaviye gelen vakalarda başarı nisbeti oldukça yüksektir.

Yeni doğanın doğduğunda muayenesi ile doğuştan kalça çıkığının erken teşhisi mümkün olduğu gibi tedavisi basit ve ucuzdur.

Her hekimin, ebe ve hemşirelerin Ortalani belirtisini bilmesi ve bunu uygulaması hastaların erken teşhisi için şarttır.



## SUMMARY

### Congenital Dislocation of the Hip

Congenital dislocation of the hip joint is seen very frequently among newborn babies. The out come of the cases treated by modern and developed technics in very early ages is highly successful. Examination of the newborn after birth by doctor will certainly bedhelpfuldin diagnosing the cases as early as possible and the teratment is easy and inexpensive.

Ortalani's sign should be looked for and applied by doctors, and nurses to diagnose early.

## LİTERATÜR

- 1 - ANDREN, L., BORGLİN, N. E. : Disturbed Urinary Excretion Pattern of Oestrogens in Newborn with Congenital Dislocation of the Hip. I. Acta Endocr (Kbh). 37 : 423, 1961
- 2 - ANDREN, L., BORGLİN, N. E. : Disturbed Urinary Excretion pattern of Oestrogens in Newborns with Congenital Dislocation of the Hip. II. Acta Endocr (Kh). 37 : 427, 1961.
- 3 - BARLOW, T. G. : Early Diagnosis and Treatment of Congenital Dislocation of the Hip, J. of Bone and Joint Surg., 44 : 292, 1962.
- 4 - BAŞBAKANLIK DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ. : Sosyalizasyon Bölgelerinden Derlenen Doğum İstatistikleri - 1973 - Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası. Ankara. Yayın No. 798, 1977
- 5 - BAŞBAKANLIK DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ. : Sosyalizasyon Bölgelerinden Derlenen Doğum İstatistikleri - 1974 - Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası. Ankara Yayın No. 801, 1977
- 6 - ÇAKIRGİL, S. Ç. : Ortopedi ve Travmatoloji. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlarından No. 341, Ankara Üniv. Basımevi Ankara
- 7 - FREDENSBORG, N., NİLLSON, E. Bo. : Overdiagnosis of Congenital Dislocation of the Hip. Clinical Orthopaedics and Releated Research. 119 : 89, 1976.
- 8 - GÜNGÖR, T. : Doğuştan Kalça çıkığı ve Tedavisi. Yeni Tanin Gazetesi 18 Mayıs 1976, Ankara.
- 9 - GÜNGÖR, T. : Doğuştan Kalça çıkığı ve Tedavisi. Saklambaç Gazetesi 19 Mayıs 1976, İstanbul
- 10 - HAMA, H., YAMAMURO, T., TAKEDA T. : Experimental Studies on Connective Tissue of the Capsular Ligament. Acta Arthrop. Scand., 47 : 473, 1976.

- 11 - ORTALANI, M. : Un segno poco noto e sua importanza per la diagnosi precoce de prelussazione congenita dell'anca. *Pediatria* 45 : 129, 1937.
- 12 - PATERSON, C. D. : The Early Diagnosis and Treatment of Congenital Dislocation of the Hip. *Clinical Orthopaedics and Related Research.*, 119 : 28, 1976.
- 13 - SAĞLIK PROPAGANDASI VE TIBBİ İSTATİSTİK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ : Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1973 - 1974. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Başbakanlık Basımevi, Ankara, 1977.
- 14 - SALTER, R. B. : Innominate Osteotomy in the Treatment of Congenital Dislocation and Subluxation of the Hip. *The T. of Bone and Joint Surg.*, 43 - B : 518, 1961.
- 15 - SCAGLIETTI, O., CALANDRIELLO, B. : Open Reduction of Congenital Dislocation of the Hip. *The J. of Bone and Joint Surg.*, 44 - B : 257, 1962.
- 16 - STANISAVLJEVIĆ, S. : Examination of Hips in Newborn Babies and Results. *Henry Ford Hospital. Med. Bull.*, 9 : 215, 1961.
- 17 - SEVERİN, E. : Frekvens ve Luxatio Coxae Congenital och pes equina varus i sverige. *Nordisk Med.*, 55 : 221, 1956.
- 18 - CMAILL, G. B. : Congenital Dislocation of the Hip in the Newborn. *The J. of Bone and Joint Surg.* 50 - B : 524, 1968.
- 19 - VON ROSEN, S. : Diagnosis and Treatment of Congenital Dislocation of the Joint in the Newborn. *The J. of Bone and Joint Surg.*, 44 - B : 284, 1962.
- 20 - WILSON, W. D. : Congenital Dislocation of the Hip. *The J. of Bone and Joint Surg.* 46 - B : 163, 1964.