**DĚTSKÁ ORTOPEDICKÁ ONEMOCNĚNÍ**

Jiří Záhorka

**VÝVOJOVÁ DYSPLAZIE KYČELNÍHO KLOUBU (VDK)**

**DEFINICE**

Jedná se o onemocnění postihující tvarovými změnami jamku kyčelního kloubu, proximální femur a kloubní pouzdro.

**ETIOLOGIE**

Je multifaktoriální, jedná se o vzájemnou kombinaci vlivů genetických, mechanických a hormonálních. Epidemiologicky lze vysledovat etnika a geografické regiony, v nichž je výskyt VDK statisticky vyšší. Nejznámějšími endemickými oblastmi jsou střední Evropa, Japonsko, dále pak oblasti obývané Indiány kmene Navajo. Na našem území je incidence vady asi 3-4 %, až 3-5krát častěji jsou postižena děvčata.

**DIAGNOSTIKA**

Právě vzhledem k častému výskytu vady na našem území byla vypracována zákonná norma, dle níž již od konce 60. let prochází každé dítě tzv. **„trojím sítem“**. Jedná se o systém tří vyšetření (první po narození v porodnici, druhé v 6. týdnu a třetí mezi 12.-16. týdnem věku dítěte). Vyšetření se provádí klinicky a od zavedení ultrazvuku do běžné praxe i sonograficky.

**Ultrasonografické vyšetření** **(USG)**

Pro svou neinvazivnost a nulovou radiační zátěž je v současné době nejpoužívanější zobrazovací technikou. Metodiku vyšetření rozpracoval v 70. letech 20. století rakouský ortoped Graf, zároveň vytvořil i dodnes používanou klasifikaci pro hodnocení nálezů. Klasifikace má čtyři stupně označované římskými čísly, závažnost nálezu narůstá s číslem stupně. Před zavedením USG bylo plošně používáno vyšetření rentgenové.

**KLASIFIKACE**

Nejlehčím stupněm VDK je **dysplázie**. Při ní je pouze strmější stříška, ale hlavice zůstává správně centrována. **Subluxace** je charakterizována decentrací hlavice, nejedná se však ještě o **luxaci,** při které se větší část hlavice ocitá mimo acetabulum (**marginální luxace**), nebo je zcela dislokována mimo jamku, tahem svalstva se proximalizuje a dochází ke zkratu postižené končetiny (**vysoká luxace**).

**TERAPIE**

Pro lehčí stupně zachycené v nejčasnější fázi často vystačíme s abdukčním balením, při kterém se snažíme větší vrstvou plen docílit a udržet postavení v kyčlích ve flexi a abdukci. U těžších stupňů přicházejí na řadu abdukční pomůcky, princip léčení je stejný jako u abdukčního balení, pouze pevnost pomůcky je větší (Frejkova peřinka a zejména Pavlikovy třmeny). Při léčbě luxace a při přípravě před operační repozicí luxovaných kyčlí se používá „over head“ trakce, která vyžaduje pečlivou ošetřovatelskou péči. Operační techniky používané při řešení VDK lze rozdělit do následujících skupin: 1. otevřená repozice luxované kyčle, 2. zastřešující operace (zvětšení kostěné stříšky nad hlavicí), 3. operace na proximálním femuru (změna orientace hlavice).

**MORBUS LEGG-CALVÉ-PERTHES**

**DEFINICE**

Je to aseptická nekróza hlavice femuru následkem porušeného prokrvení. Postiženi jsou více chlapci nejčastěji ve věku 3-8 let. Nekrózou zasažená hlavice projde postupně fází nekrózy, která je resorbována a nakonec nahrazena novou vitální kostí, která však bez léčby má změněný tvar oproti kosti původní.

**KLINICKÝ PRŮBĚH**

Většina pacientů zprvu začne kulhat, bolest lokalizují spíše než do kyčle do oblasti stehna či kolena. Mohou se i střídat bolestivá období s fázemi klidu. Onemocnění probíhá obvykle dlouho, není výjimkou 1 až 1,5 roku.

**DIAGNOSTIKA**

První místo zaujímá RTG vyšetření, obzvláště v posledních desetiletích se pro časná stadia choroby jako vysoce přínosná jeví magnetická resonance a scintigrafie skeletu.

**KLASIFIKACE**

Klasifikací je celá řada. V současnosti používané hodnotí rozsah postižení podle míry snížení nosné části hlavice.

**TERAPIE**

Všeobecně je zaveden tzv. „containment“ princip terapie, při které se doslova „zabalí“ nemocná část hlavice do acetabula. Toho lze dosáhnout konzervativně použitím abdukčních pomůcek nebo operačně (operace pánve zvětšující krytí hlavice nebo varizační osteotomie horní části femuru, která změní orientaci hlavice.

**TRANZIETNÍ SYNOVALITIDA KYČELNÍHO KLOUBU**

**DEFINICE**

Jedná se o onemocnění kyčelního kloubu nejčastěji dětského věku, které nastupuje většinou po proběhlém virovém či bakteriálním infektu v jiné tělesné lokalitě (dýchací cesty, zažívací trakt), typicky s odstupem 2-3 týdnů.

**DIAGNOSTIKA**

Je třeba se zaměřit již při odebírání anamnézy právě na recentně proběhlé infekční onemocnění. Obtíže nastupují náhle, rodiče popisují, že dítě ráno nemohlo vstát, protože se na bolavou nohu nemohlo postavit. Bolestí je doprovázena i pasivní hybnost při vyšetření v ambulanci. Diagnostika se může zkomplikovat v případě, že předchozí infekt ještě doznívá a objevují se subfebrilie. V akutní fázi je typicky přítomen kloubní výpotek, suverénní diagnostickou metodou pro jeho průkaz je **USG**. V případě, že se zároveň objeví febrilie a elevace zánětlivých parametrů, je indikována punkce postižené kyčle k odlišení případné infekční koxitidy, která by znamenala razantně odlišný terapeutický postup (nasazení antibiotik a nutností operační revize).

**TERAPIE**

Po nasazení antiflogistik (nejčastěji sirup) obtíže ve většině případů do několika až 14 dnů ustoupí. Do odeznění bolestí ordinujeme klid na lůžku, na nejnutnější chůzi pak odlehčení postižené končetiny o berlích.

**PES EQUINOVARUS CONGENITUS (PEC)**

**DEFINICE**

Jedná se o komplexní deformitu nohy, která je charakterizována ekvinozním postanením v hlezenním kloubu, addukcí přední části nohy, varozitou nohy a vyklenutím nohy ve střední části. Za tuto deformitu je s největší pravděpodobností zodpovědný zvýšený tonus *m. tibialis posterior*. Achillova šlacha je zkrácena.

**ETIOLOGIE**

Není dosud známa, nelze vyloučit multifaktoriální typ dědičnosti. Faktem zůstává, že deformita postihuje až dvojnásobně více mužské pohlaví.

**KLINICKÝ PRŮBĚH**

Noha vytváří typický „kornout“, takže nášlap se odehrává hlavně zevním okrajem chodidla. V místech největší zátěže vznikají otlaky. Achillova šlacha je zkrácena a napjatá. Chodidlo je zkráceno a svalstvo lýtka je hypotrofické.

**DIAGNOSTIKA**

K prvotní diagnostice většinou není potřebí zobrazovacích metod, klinický obraz je typický.

**KLASIFIKACE**

Podle Lehmanna rozlišujeme tři základní typy (polohový – lze pasivně korigovat, rigidní – nelze korigovat, rezistentní rigidní typ – vzdorující léčbě).

**TERAPIE**

Je obtížná zejména u rigidních typů. V současné době je nejčastěji používanou Ponsettiho metoda, která je založena na postupném redresním sádrování v případě potřeby doplněném operativními korekcemi (tenotomie Achillovy šlachy, uvolnění kloubního pouzdra, odstranění *os cuboideum*, valgizační osteotomie patní kosti). Při technice postupného redresního sádrování je třeba se zvýšenou pečlivostí přikládat sádru přesně, tak aby se eliminovalo riziko otlaků, popřípadě dekubitů. Samozřejmostí jsou i pravidelné kontroly. Velmi důležitá součást léčby je rehabilitace. Zprvu pod vedením fyzioterapeuta, po zaškolení provádějí rehabilitaci sami rodiče.