

# PÉČE O RIZIKOVÉHO NOVOROZENCE S ORTOPEDICKOU PROBLEMATIKOU

Lucie Huťová, Kateřina Swierková

II. dětská klinika LF MU a FN Brno

Neonatologie je multidisciplinární obor, a proto se na péči o novorozence podílí také celá řada specialistů jiných odborností. Jednou z nich je i ortopedie. Jen zřídka je ortopedický problém příčinou hospitalizace novorozence na jednotce intenzivní péče. Ortopedická diagnóza je často stanovena v souvislosti s vrozenou vývojovou vadou dítěte nebo v rámci celkového onemocnění. Jedná se tedy většinou o pacienty polymorbidní, s řadou různých zdravotních potíží, z nichž některé vedou k hospitalizaci na JIP; nezřídka tyto potíže mohou být limitující z hlediska náročnější ortopedické léčby.

Pediatr. pro Praxi, 2007; 1: 50–51

## Nejčastější ortopedické diagnózy na novorozeneckém oddělení

1. Polydactylie – jde buď o rudimenty přídavných prstů, nebo celé přídavné prsty včetně jejich skeletu. Tato vada je obvykle součástí některých chromozomálních aberací, resp. jasně definovaných genetických syndromů, a obvykle se řeší podvazem nebo chirurgicky v pozdějším věku.
2. Redukční deformity – chybí, příp. ještě navíc jsou srostlé některé prsty na horních anebo dolních končetinách. Navíc může chybět i příslušný paprsek předloktí nebo bérce.
3. Torticollis – jde o zkrácení musculus sternocleidomastoideus. Příčinou může být abnormální poloha plodu v děloze nebo traumatický porod, kdy dochází k prokrvácení tohoto svalu. Postižení může být oboustranné.
4. Deformity nohou – např. pes equinovarus, kdy noha je stočena dovnitř. I tato polohová abnormalita může být oboustranná, někdy ji provází zkrácení Achillovy šlachy.
5. Osteomyelitidy a coxitidy – jedná se o hnisavý zánět kloubu nebo kosti. Na rozdíl od předchozích diagnóz se jedná o onemocnění získané a jeho závažnost je vždy indikací k intenzivní péči. Infekce se často neomezuje pouze na kostní systém, ale vede k rozvoji závažného septického stavu, který novorozence bezprostředně ohrožuje na životě. Postižené kostní partie mohou být zánětem zcela nenapravitelně poškozeny tak, že dochází k poruchám růstu v dalším období života dítěte.
6. Vrozené vykloubení kyčlí/kyčelní dysplázie – jde o nejčastější vrozenou vadu u dětí v naší republice, která se vyskytuje u 5–10 % dětské populace. Častěji bývají postiženy dívky. Příčina onemocnění není dodnes plně objasněna, značný význam se přisuzuje genetickým vlivům; stále se však diskutuje také o podporném významu polohy plodu koncem pánevním při vzniku této vady. Příznakem onemocnění bývá nejčastěji odchýlné postavení dolních končetin novoro-

zence – zejména asymetrie, omezení hybnosti v různých směrech, odchylky ve svalovém napětí, nestejná délka končetin nebo luxační a repoziční fenomény (při nestabilitě kloubu je možné vyskočení hlavičky z jamky nebo naopak její vklouznutí do jamky kyčelního kloubu).

Česká ortopedická škola se po celém světě proslavila principem abdukčního polohování při prevenci i léčbě vrozených vad kyčelních kloubů u dětí v prvním roce života. Významné osobnosti naší ortopedické historie – profesoři Pavlík, Frejka, Zahradníček a Hanousek – již v první polovině minulého století pochopili, jak důležitá je poloha dolních končetin pro zdravý vývoj kyčelních kloubů, a navrhli preventivní balení dětí v abdukčním postavení, tj. roznožení dolních končetin. Pojmy jako Frejkova peřinka nebo Pavlíkovy třmeny vešly do ortopedického povědomí a ve všech zemích světa jsou stále používány. Vývoj dětské ortopedie jde samozřejmě kupředu a probíhá diskuze, zda je trvalé abdukční polohování a balení ještě nutné. Je také důležité připomenout, že naše republika jako jedna z prvních ve světě zavedla ultrazvukové vyšetřování kyčelních kloubů jako rutinní screening, který pomáhá odhalovat vrozené vývojové odchylky kyčelních kloubů již v novorozeneckém věku a umožňuje přesnou a cílenou terapii patologických stavů. Tento screening probíhá ve třech fázích – ještě za pobytu v porodnici, v šesti týdnech a ve čtyřech měsících věku.

## Kazuistika

Je září 2006 a na našem oddělení očekáváme předem ohlášený příjem z mimobrněnské nemocnice. Jednalo se o kojence, který byl z první gravidity 38leté matky. Chlapec měl již šest týdnů a už se mohl „pyšnit“ hned několika závažnými diagnózami – vrozený hrtanový stridor, trombóza transverzálního sinu, vrozená dysplázie kyčelních kloubů, respirační selhávání a anémie. Při příjmu jsme zjistili, že jde o hypotrofického kojence, dobře prokrveného, dýchal se středně těžkou dyspnoí, velice hlasitým inspiračním stridorem a extrémně se potil. Po přijetí

byl chlapec uložen do postýlky; postupně však u něho narůstaly známky dušnosti, a proto bylo nezbytné zahájit podávání kyslíku nosními brýlemi. Ortopedické vyšetření potvrdilo oboustrannou luxaci kyčelního kloubu a v rámci ORL vyšetření byla stanovena diagnóza laryngomalacie. S přihlédnutím k celkovému stavu dítěte a po domluvě s ortopedem bylo u kojence zahájeno balení do abdukční Frejkovy peřinky s plánovanou kontrolou za měsíc. Po týdnu však došlo u chlapce k respiračnímu selhání s nutností intubace a umělé plicní ventilace (UPV). Po dvou dnech UPV byla provedena extubace, ale dítě vydrželo spontánně dýchat v kyslíkové atmosféře pouhých pět dnů a byla nezbytná opětovná intubace. Po dalších třech týdnech pobytu na oddělení, kdy se stále prováděla UPV, bylo rozhodnuto o provedení tracheostomie. Po zákroku se dařilo parametry UPV jen pozvolna snižovat. Úspěšné ukončení UPV se zdařilo teprve 19. října 2006; až do konce tohoto měsíce však dítě vyžadovalo průběžnou dodávku kyslíku, a to s příkládáním masky k ústí tracheotomické kanyly. Uběhl tedy již měsíc od přijetí kojence na naše oddělení. Chlapec byl stále balen do Frejkovy peřinky. Po ultrazvukové a ortopedické kontrole byl nález na obou kyčlích stále velmi neuspokojivý. Ortopedem byla proto indikována vertikální trakce, kterou však z důvodu přetrvávající závažné dechové nedostatečnosti pacienta nebylo možno realizovat. Frejkova peřinka se proto vyměnila za Coxaflex ortézu (obrázek). Jedná se o strojek se třmeny, který může být snímán pouze na půlhodinu denně. Po týdenní kontrole takto pozměněné léčby bylo zjištěno, že ortéza zcela vyhovuje, byla upravena abdukce v kyčelních kloubech a kontrola ortopedem byla domluvena za další týden.

Během celé hospitalizace byl náš malý pacient navštěvován rodiči. V době, kdy byl vysazen kyslík, přicházela maminka na celý den a učila se o své dítě pečovat sama. Vzhledem ke zdravotním problémům chlapce jsme navíc maminku dítěte učili manipulovat s Coxaflex ortézou, odsávat z tracheotomické kanyly a pečovat o její okolí, zkoušet krmit dítě savičkou.

Obrázek 1. Kojenec s přiloženou Coxaflex ortézou a zavedenou tracheostomií



Nejen maminka, ale i dítě byly se vzájemným kontaktem spokojeny.

V průběhu hospitalizace proběhlo vyšetřování stavu průchodnosti trombotizovaného transversálního splavu vpravo; při léčbě s použitím prep. Clexan došlo k částečné rekanalizaci této části mozkového

žilního řečiště. Antitrombotická léčba byla pravidelně laboratorně monitorována a upravována podle ordinace hematologa. Pro anémii byla u dítěte opakovaně podána krevní transfuze. Při další ortopedické kontrole však nález na kyčelních kloubech zůstal nevyhovující, a proto vedle trakce s použitou ortézou

byla v celkové anestézii provedena repozice obou kyčelních kloubů a přiloženy sádrové dlahy. Ve věku tří měsíců při stabilizovaném stavu byl chlapec přeložen na kojenecké oddělení, kde se v léčbě pokračovalo. Po třítydenním pobytu na tomto oddělení byl pacient propuštěn domů a zůstal ve sledování dětského ortopeda.

### Závěr

Popisem našeho případu jsme chtěli upozornit na nezbytnost vzájemné spolupráce hned několika odborníků. Případná předčasně zahájená ortopedická léčba ve smyslu vertikální trakce by v našem případě mohla vést nejen ke zhoršení stavu pacienta se všemi psychosociálními důsledky, ale i k úplnému respiračnímu selhání, které bychom vzhledem k extrémní poloze dítěte a přidruženým potížím s velkou pravděpodobností jen obtížně zvládli. Současně jsme však chtěli vyzvednout význam včasné přítomnosti rodičů u dítěte. Zejména pak v těch případech, kde se předpokládá déleodobá hospitalizace a kde je nezbytné vhodným způsobem rodiče edukovat a pomoci jim zvládnout celou řadu těžkostí v ošetřování dítěte.

### Lucie Huřová

II. dětská klinika LF MU a FN  
Černopolská 9, 625 00 Brno  
e-mail: luciepls@seznam.cz