

Katedra i Klinika Ortopedii Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie  
Kierownik: prof. dr hab. Tomasz Karski

MARTA TARCZYŃSKA, TOMASZ KARSKI, SALEH ABOBAKER

*Zwichnięcie biodra u dzieci z mózgowym porażeniem –  
wyłączny skutek choroby czy także wynik błędów leczenia*

---

Paralytic hip luxation – the result of illness or also mistreatment

Mózgowe porażenie dziecięce (m.p.dz.) staje się coraz częstszą przyczyną hospitalizacji dzieci w klinikach pediatrycznych, oddziałach neurologii, a także w oddziałach i klinikach ortopedii dziecięcej (2, 5, 9, 10, 11). Przygotowanie ortopedów do leczenia dysfunkcji neurogennych często jest niedostateczne. Dzieci przeważnie są leczone przez zespoły rehabilitacyjne, często w różnych ośrodkach ze stosowaniem przeważnie metod czynnego usprawniania. Liczba ośrodków rehabilitacyjnych w ostatnich latach wyraźnie zwiększa się, rośnie bowiem liczba dzieci z mózgowym porażeniem (3). Jest to, niestety, negatywny obraz postępu w rozwoju społeczeństw i postępu w medycynie. Przykładem narastania liczby dzieci z mózgowym porażeniem są takie kraje, jak: Wielka Brytania\*, Niemcy, Francja\*\*, Izrael\*\*\*, a ostatnio także Polska.

W Klinice Ortopedii Dziecięcej w Lublinie w latach 1993–1996 leczylimy 326 dzieci z mózgowym porażeniem (m.p.dz.). Stanowi to 23,8% w stosunku do ogółu leczonych dzieci. Wśród leczonych było 149 dziewczynek i 177 chłopców. Wiek dzieci wahał się od 5 mies. do 15 lat (średni 8 lat i 9 mies.) Dzieci leczone w Klinice Ortopedii Dziecięcej przeważnie pochodziły z makroregionu środkowo-wschodniego (73,4%) ale część (26,6%) pochodziła z odległych regionów kraju.

---

\* Referat Carol Oviat–Ham: Współpraca rodziców dzieci niepełnosprawnych wieku przedszkolnego – wygłoszony 22.11.1996 r. w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

\*\* Obserwacje T. Karskiego w RFN w latach 1972–1973 oraz w czasie pobytu w Saint Pierre Dottin pod Tuluzą (1990).

\*\*\* Obserwacje A. Gregosiewicz i M. Okońskiego z Zespołu Kliniki Ortopedii Dziecięcej w roku 1989.

## NAJCZĘSTSZE TYPY DYSFUNKCJI CZYNNOŚCIOWYCH I STRUKTURALNYCH U DZIECI Z M.P.DZ.

Tradycyjny podział dzielił spastyczne niedowłady na mono-, di-, tri-, tetra-, para- i hemiparezy (4, 6), co bardziej uwzględniało punkt widzenia neurologii niż praktyczne potrzeby leczenia ortopedycznego. Zauważyliśmy, że istotne znaczenie praktyczne ma podział na trzy następujące grupy:

1. Spastyczne dysfunkcje i przykurcze kończyn dolnych, ale z zachowaną stabilizacją tułowia i głowy. Ta grupa obejmuje dzieci z najłagodniejszymi postaciami m.p.dz., dotyczącymi stóp i kolan, a czasami stóp, kolan i bioder. Dzieci z tej grupy uzyskują dobre lub bardzo dobre efekty leczenia ortopedycznego.

2. Spastyczne dysfunkcje i przykurcze nie tylko kończyn dolnych i górnych, ale także tułowia i głowy, co zaburza stabilizację ciała, utrudnia lub uniemożliwia stanie i chodzenie. Dzieci tej grupy stwarzają duże problemy terapeutyczne, a skuteczność leczenia jest zawsze ograniczona.

3. Postacie mieszane i na ogół ciężkie, kiedy obok dużej spastyczności współistnieje atetoza, płasawica lub ataksja mózdkowa. Próby leczenia usprawniającego, aparatowego lub operacyjnego tych dzieci zwykle nie przynoszą istotnej zmiany w ich losie. Jedynie niektóre dzieci nabywają umiejętności stania przy balkoniku i zwykle w aparatach.

Niezależnie od postaci ciężkich znane są postacie spastyczności izolowanej dotyczącej tylko niektórych grup mięśni. To może powodować powstanie wyłącznie takich deformacji, jak: stopa płasko-kośława lub kośława. Czasami wybiórcza spastyczność, dotycząca zginaczy lub prostowników bioder, może powodować wady postawy (8).

Obserwujemy także postacie wiotkie m.p.dz. (Thom, 12), które jednak w naszym materiale ambulatoryjnym nie obejmują więcej niż 5%.

Bardzo częstym problemem u dzieci z mózgowym porażeniem jest porażenne zwichnięcie biodra – wada wtórna, niestety nazbyt często obserwowana u dzieci przybywających do Kliniki Ortopedii Dziecięcej w Lublinie.

W mózgowym porażeniu dziecięcym spastyczność, a później przykurcze zwykle są symetryczne. Bywa jednak, że spastyczność jest asymetryczna, większa po jednej stronie i szczególnie wtedy brak leczenia abdukcyjnego w okresie niemowlęcym i późniejszych latach jest przyczyną porażennych zwichnięć stawów biodrowych. Jeśli w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym w biodrach wykształcą się głębokie panewki, to przeważnie takie stawy są stabilne. Jedynie wyjątkowo ciężka spastyczność i brak leczenia abdukcyjnego może prowadzić do wtórnej dysplazji lub podwichnięcia biodra.

Praca próbuje wyjaśnić, czy zwichnięcie bioder to wyłączny skutek spastyczności, czy też skutek błędnych koncepcji i przebiegu leczenia.

#### PORAŻENNE ZWICHNIĘCIE BIODRA

Materiał Kliniki Ortopedii Dziecięcej z lat 1993–1996 obejmuje 326 dzieci leczonych z powodu mózgowego porażenia dziecięcego. Z tej grupy 265 dzieci było leczonych operacyjnie. Wykonano 498 zabiegów operacyjnych, w tym 167 zabiegów dotyczyło stawów biodrowych. Najczęściej były to zabiegi otwartej tenotomii adduktorów jako wtórna profilaktyka podwichnięć i zwichnięć stawów biodrowych. U 67 dzieci obserwowaliśmy wyraźną dysplazję lub podwichnięcie i zwichnięcie biodra.

W tej ostatniej grupie u 35 dzieci wykonaliśmy pełne zabiegi rekonstrukcji stawów biodrowych. Polegały one na osteotomii detorsyjnej, detorsyjno–dewalgiacyjnej ze skróceniem o 5–10 mm większym, niż to wynikało z pomiarów wielkości górowania, otwartej repozycji (jeśli było już pełne zwichnięcie) oraz osteotomii miednicy według Degi, rzadziej Saltera.

Porażenne zwichnięcie biodra było najczęstszym powikłaniem u dzieci ze średnią i ciężką postacią mózgowego porażenia dziecięcego, szczególnie kiedy duży przykurcz adduktorów nie był leczony dość wcześnie i systematycznie (1).

#### ZWICHNIĘCIE PORAŻENNE BIODRA U DZIECI ZE WSPÓLISTNIEJĄCĄ WRODZONĄ DYSPLAZJĄ STAWU BIODROWEGO

Bywają porażenne zwichnięcia biodra „nakładające się” na wrodzoną dysplazję stawu biodrowego (3,4,6). Przypadki współistnienia dysfunkcji centralnego układu nerwowego u dzieci z dysplazją zauważyliśmy u blisko 6% dzieci z pierwotną wadą bioder. Pierwotnie istniejąca dysplazja powinna być wykryta w okresie noworodkowym lub wczesnoniemowlęcym, zaś mózgowie porażenie dziecięce również wcześnie zdiagnozowane i obie dysfunkcje wcześnie leczone. Leczenie tych dzieci musi być wyjątkowo poprawne, systematyczne i długotrwałe. Małe błędy terapii prowadzą do dużych następstw i łatwo do zaburzeń rozwoju panewki, w tym zwichnięcia jednego lub podwichnięcia obu stawów biodrowych. Wczesne leczenie jest bardzo proste, polega bowiem na stałym stosowaniu majątek Weickerta, poduszki Frejki lub rozwórki Koszli. Skuteczność leczenia należy kontrolować radiologicznie.

## ZWICHNIĘCIE PORĄŻENNE BEZ PIERWOTNEJ DYSPLAZJI BIODRA

W tych przypadkach już sama spastyczność przywodzicieli biodra, następujące rozwijające się przykurcze strukturalne są przyczyną zwichnięcia stawu biodrowego, szczególnie jeśli spastyczność i przykurcze są asymetryczne, to znaczy wyraźnie większe po jednej stronie. Jeśli przykurcz adduktorów jest „asymetryczny”, to po stronie większej spastyczności z upływem lat nawet przy pierwotnie poprawnych panewkach u dzieci w wieku 8–12–18 mies. może dojść najpierw do podwichnięcia, a następnie do zwichnięcia stawu. Rozwój wtórnej wady jest podstępny, ukryty i wieloletni.

Jeśli spastyczność jest symetryczna, to jedna kończyna „chroni” drugą przed zwichnięciem, ale wtedy często obserwuje się dysplazję dachu panewek lub obustronne podwichnięcie stawów biodrowych.

PROPOZYCJE PROFILAKTYKI ZAPOBIEGAJĄCEJ  
PORĄŻENNYM ZWICHNIĘCIOM BIODRA

Konieczna jest wczesna diagnostyka mózgowego porażenia dziecięcego i poprawne leczenie już w okresie noworodkowo–niemowlęcym. U dzieci małych nawet jeśli biodra są radiologicznie prawidłowe, zdiagnozowanie spastyczności nakazuje stałe leczenie abdukcyjne bioder aż do czasu wykształcenia się całkowicie prawidłowych panewek (w obrazie rtg– wklęsłe dachy, ostre krawędzie i poprawne wklęsłości w obrębie dna). Klinicznie biodra takie powinny zachować zawsze swobodny i pełny ruch abdukcji (7).

Bardzo ważne z punktu widzenia ortopedii jest więc długotrwałe stosowanie różnego rodzaju aparatów ortopedycznych, jak: pieluszki Frejki, majątek Weickerta, rozwórki Koszli, aparatu Grafa, gąbkowego klina abdukcyjnego i innych (8).

U dzieci z mózgowym porażeniem przez okres pierwszych 5 lat życia należy w prawidłowych odstępach czasu kontrolować radiologicznie biodra. Po piątym roku życia kontrole radiologiczne mogą być przeprowadzane co 2–3 lata. Zakończenie obserwacji bioder może nastąpić dopiero wtedy, kiedy stawy są radiologicznie całkowicie prawidłowe z prognostycznie korzystnymi cechami dalszego rozwoju.

Z naszej obserwacji klinicznej wynika, że zwichnięcia stawów biodrowych w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego mają często charakter jatrogenny. Los dziecka, które i bez zwichnięcia biodra ma trudności lokomocyjne – chodzi jedynie w balkoniku lub z laskami i tylko na małe odległości – zmienia się dramatycznie, jeśli nastąpi zwichnięcie. Dziecko przestaje chodzić. W naszym materiale zanotowaliśmy 7 takich przypadków.

## PRZYKŁADY Z MATERIAŁU KLINICZNEGO

## 1. Dorota K., nr hist. chor. 780409 (ryc. 1)

W wieku 1,5 roku rozpoznano m.p.dz. W wieku 3 lat samodzielnie siedziała z podparciem, zaś w wieku 5 lat rozpoczęła chodzenie z balkonikiem (do 13 roku życia). W r. 1981 operowana w ośrodku pozaklinicznym. Następnie kompleksowo usprawniana w miejscu zamieszkania oraz trzykrotnie w sanatorium. Od r. 1988 pozostaje pod opieką ortopedy w miejscu zamieszkania. W r. 1993 przyjęta do Kliniki Ortopedii Dziecięcej z wysokim zwichnięciem lewego stawu biodrowego i wobec wyjątkowo ciężkiej spastyczności już bez szans na samodzielne stanie, nawet z pomocą balkonika.

## 2. Patrycja O., nr hist. chor. 881104 (ryc. 2)

Mózgowe porażenie dziecięce rozpoznano w wieku 1,5 roku. Siadanie w wieku 2 lat. Rehabilitowana do 4 roku życia. W wieku 4 lat, badana w jednej z Klinik Rehabilitacji, gdzie stosowano metodę Vojty. Następnie rehabilitowana w miejscu zamieszkania. Od października 1996 r. pozostaje pod opieką Kliniki Ortopedii Dziecięcej z rozpoznaniem przykurczów bioder i kolan oraz podwichnięciem stawu biodrowego prawego. 15.11.1996 r. wykonaliśmy zabieg operacyjny: otwartą tenotomię adduktorów, fasciotomie zginaczy kolan i zabiegi według Vulpiusa. Obecnie kontynuowane jest leczenie usprawniające. Scentrowanie biodra poprawiło się. Dziewczynka rozpoczęła naukę stania i chodzenia z balkonikiem. Planowana jest rekonstrukcja stawu biodrowego (osteotomia detorsyjno–dewalgizacyjna i osteotomia miednicy według Degi).

## 3. Kamil N., nr hist. chor. 830425 (ryc. 3)

W 8 miesiącu rozpoznano m.p.dz. Dziecko rehabilitowane w ośrodku pozaklinicznym przez okres 2 lat. Następnie leczone w ośrodku dla dzieci niepełnosprawnych. Dwukrotny pobyt w sanatorium. W marcu 1996 r. przyjęty do Kliniki Ortopedii Dziecięcej z rozpoznaniem ciężkich przykurczów bioder, kolan i stóp. 22.03.1996 r. wykonano zabieg operacyjny: otwartą tenotomię adduktorów, zabieg według Thoma oraz tenofasciotomię mm. strzałkowych. Obecnie dziecko jest usprawniane, pionizowane oraz uczy się stania i chodzenia. Planowana jest rekonstrukcja stawu biodrowego (osteotomia detorsyjno–dewalgizacyjna i osteotomia miednicy według Degi).

## OMÓWIENIE

Wśród 326 dzieci leczonych w latach 1993–1996 aż u 67 zanotowaliśmy problemy dotyczące bioder, począwszy od wtórnej dysplazji aż do pełnych zwichnięć stawów biodrowych.

W piśmiennictwie ortopedycznym, a także rehabilitacyjnym tylko nieliczni autorzy zajmują się problemem bioder u dzieci z m.p.dz. Według nas przyczyną wtórnych zwichnięć stawów biodrowych są: a) niedostatki diagnostyki, b) nieprawidłowości leczenia, c) poleganie jedynie na sposobach czynnego usprawniania różnymi metodami rehabilitacyjnymi, jak metoda Vojty czy metoda Petö bez udziału redresji i aparatów a więc działań klasycznych dla ortopedii.

Nasz program leczenia, tzw. „metoda RAO”\* – od pierwszych słów: redresje, aparaty, operacje (nazwę wprowadził T. Karski 1994), chroni kolana i stopy przed utrwaleniem przykurczów, a biodra przed rozwojem dysplazji i zwichnięcia, co stwarza dobre szanse całościowego usprawniania. Jest to więc realizacja zaleceń prof. De gi w odniesieniu do dzieci z mózgowym porażeniem – potrzeby leczenia usprawniającego, aparatuowego i operowania w razie potrzeby.

## WNIOSKI

1. Konieczne jest już w okresie niemowlęcym wykrycie zagrożeń neurogenych narządu ruchu lub zdiagnozowanie w porę w pełni rozwiniętego mózgowego porażenia dziecięcego.

2. Ważne jest wczesne wykrycie i poprawne leczenie dysplazji stawów biodrowych. Dysplazja może współistnieć u dzieci z mózgowym porażeniem, a jej leczenie wtedy musi być odpowiednio długie i skuteczne. W diagnostyce wady u niemowląt i określeniu skuteczności leczenia bardzo pomocne jest badanie sonograficzne bioder.

3. Podczas leczenia mózgowego porażenia dziecięcego należy szczególnie u niemowląt i małych dzieci pamiętać o stymulacjach psychoruchowych, co ma bardzo korzystny wpływ na rozwój psychofizyczny dziecka, oraz o poprawnej pielęgnacji abdukcyjnej bioder, m.in. przez stosowanie różnego rodzaju aparatów ortopedycznych. Dla podkreślenia wagi stymulacji psychoruchowych taką formę pielęgnacji nazywamy „drugą ciężką” lub „ciężką zewnętrzną”.

---

\* Nazwę RAO wprowadzono dla ułatwienia porozumiewania się z rodzicami i zespołami leczącymi.

4. W metodzie Vojty i w innych należy unikać wszystkich elementów usprawniania, które narażają stawy biodrowe na zwicznienie, a jeśli usprawnianie jest stresem dla dziecka, należy zrezygnować z tych metod.

5. Wszystkie dzieci z mózgowym porażeniem powinny być leczone w pierwszym rzędzie przez ortopedów, a jeśli przez rehabilitantów – to zawsze z udziałem ortopedów.

6. Zdjęcia rentgenowskie bioder u dzieci ze średnią i ciężką spastycznością należy po 1 roku życia wykonywać co 6 – 12 miesięcy, szczególnie w sytuacjach, kiedy prowadzący lekarze mają trudności w diagnostyce klinicznej.

#### PIŚMIENNICTWO

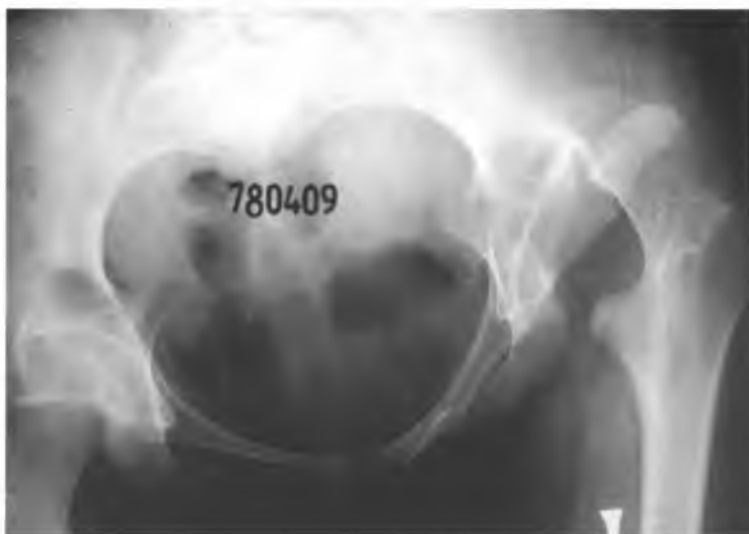
1. Anisimowicz Z. i wsp.: Zmiany patologiczne stawu biodrowego w spastycznej postaci mózgowego porażenia dziecięcego. *Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol.* 30, 663, 1965.
2. Czochańska-Kruk J.: Rozpoznawanie mózgowego porażenia dziecięcego w okresie niemowlęcym. *Ped. Pol.*, 47 (6), 703, 1972.
3. Dega W., Milanowska K. red.: *Rehabilitacja medyczna*, PZWL, Warszawa 1983.
4. Dega W. red.: *Ortopedia i rehabilitacja*, PZWL, Warszawa 1992.
5. Hagberg B. i wsp.: The changing panorama of cerebral palsy in Sweden, IV Epidemiological trends 1959–1978. *Acta Paediatr. Scand.*, 73, 4, 433, 1984.
6. Jankowicz E.: Klasyfikacja dziecięcego porażenia mózgowego. *Pol. Tyg. Lek.*, 22 (20), 743, 1967.
7. Karski T.: Wczesne leczenie dysplazji stawu biodrowego. *Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol.*, 53 (2), 91, 1988.
8. Konera W.: Badania nad patomechanizmem rozwoju wadliwych stereotypów czynnościowych i przykurczów stawów kończyn dolnych u dzieci z mózgowym porażeniem. *Rozprawa doktorska*. AM w Lublinie, Lublin 1990.
9. Michałowicz R.: *Mózgowe porażenie dziecięce* – red. PZWL, Warszawa 1986.
10. Mutch L. i wsp.: Cerebral palsy epidemiology—where are we now and where are we going. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 34, 547, 1992.
11. Robertson C. i wsp.: Province-based study of neurologic disability among survivors weighing 500 through 1249 grams at birth. *Paediatrics*, 93, 4, 636, 1994.
12. Thom H.: *Die infantilen Zerebralpareesen*. Thieme Verlag, Stuttgart–New York 1982.

Otrz.: 1997.10.28

### SUMMARY

The authors inform about dangerous complications in the children with cerebral palsy—secondary dysplasia, subluxation or luxation of the hip. Among 326 children treated in the Orthopaedic Paediatric Department in Lublin in the years 1993–1996, 67 children had problems with hips. Paralytic hip luxation leads to the loss of walking abilities among many children. The operative reconstruction of the hip luxation is very difficult and does not allow the complete rebuilding of the joint.





Ryc. 1. Dorota K., nr hist. chor. 780409. Porażenne zwichnięcie biodra lewego.  
Zdjęcie rentgenowskie bioder wykonane w chwili przyjęcia do Kliniki (13 rok życia)

Dorota K., case no 780409. Paralytic left hip luxation.

X-ray of the hips made at admission to the Clinic (13 years of age)



Ryc. 2. Patrycja O., nr hist. chor. 881104. Porażenne zwichnięcie biodra prawego.  
Zdjęcie rentgenowskie bioder wykonane w chwili przyjęcia do Kliniki (7 rok życia)

Patrycja O., case no 881104. Paralytic right hip luxation.

X-ray of the hips made at admission to the Clinic (7 years of age)



Ryc. 3. Kamil N., nr hist. chor. 830425. Porażenne zwichnięcie obu bioder.  
Zdjęcie rentgenowskie bioder wykonane w chwili przyjęcia do Kliniki (14 rok życia)  
Kamil N., case no 830425. Paralytic luxation of both hips.  
X-ray of the hips made at admission to the Clinic