

tej povezavi prevzela važno vlogo. Seveda pa ima prednost povezava teren-kega kadra samega v dispanzerskem delu.

Še nekaj besed o raziskovalnem delu na področju zdravstvene zaščite ma-tere in otroka. Tudi študij ~~zdravstvenega stanja~~ nrehivalstva področja in raz-mer, ki vplivajo na zbol-  
socialnih razmer v druž-  
žena, vse to je bistveni c  
in otroka na terenu. L  
naše delo; najsi bo to de  
posvetovalnice ali pa kc  
babice v okraju. V neka  
stavile prvi korak. Poleg  
jih je ugotovil dispanze:  
polnjevanja statističnih  
mrtvorodnosti, zgodnje  
zaščite in oskrbe žene p  
jevno babico in povezav  
cinske sestre po enotnem obrazcu podatke o porodu, o predporodni in poporodni  
oskrbi matere, o novorojenem otroku, o socialnih razmerah družine, za vsakega  
živorojenega, mrtvorojenega ter v zgodnji dobi umrlega otročiča na njihovem  
področju, da tako prispevajo svoj delež k razjasnitvi teh vprašanj v svojem  
okraju in s tem posredno v Sloveniji sploh.

Razjasnitev teh vprašanj pa bo ob organizacijsko pravilno urejeni službi  
zdravstvene zaščite matere in otroka v okraju ter pripravljenosti medicinskega  
kadra za to delo prav gotovo doprinesla k zboljšanju predporodne zdravstvene  
zaščite žene in tako tudi k znižanju še vedno dokaj visoke smrtnosti dojenčkov  
pri nas, v Sloveniji.

## Ortopedija prve življenjske dobe

Prof. dr. Bogdan Breclj

### I. Prirojen izpah v kolku

Med najpogostnejše prirojene okvare štejemo pri nas prirojen izpah v kolku (*Luxatio coxae congenita*). Čeprav nimamo točnih statističnih podatkov, kažejo mnogi znaki, da smo mi dežela z relativno visokim odstotkom prirojenih izpahov kolka in celo, da nam v povojnih letih to število občutno narašča. Tako je bilo n. pr. l. 1938 sprejetih na Ortopedski odsek Splošne bolnice v Ljubljani 32 primerov prirojenega izpaha v zdravljenje, l. 1952 pa je to število znašalo 69. Tega več kot stodontotnega porasta ne moremo pripisovati le okolnosti, da je teritorij, ki gravitira na našo ortopedsko ustanovo, sedaj nekoliko povečan, prav tako ne more to biti posledica boljšega in hitrejšega odkrivanja takih primerov v povojni dobi; verjetnejše je, da imamo opravka z absolutnim naraščanjem takih primerov.

Poleg omenjenih 69 primerov prirojenega izpaha kolka pa smo v istem letu 1952 opazovali še 5 delnih izpahov in 55 slabo ali nedokončno razvitih kolčnih sklepov, ki so prav tako zahtevali ustrezajoče ortopedsko zdravljenje.

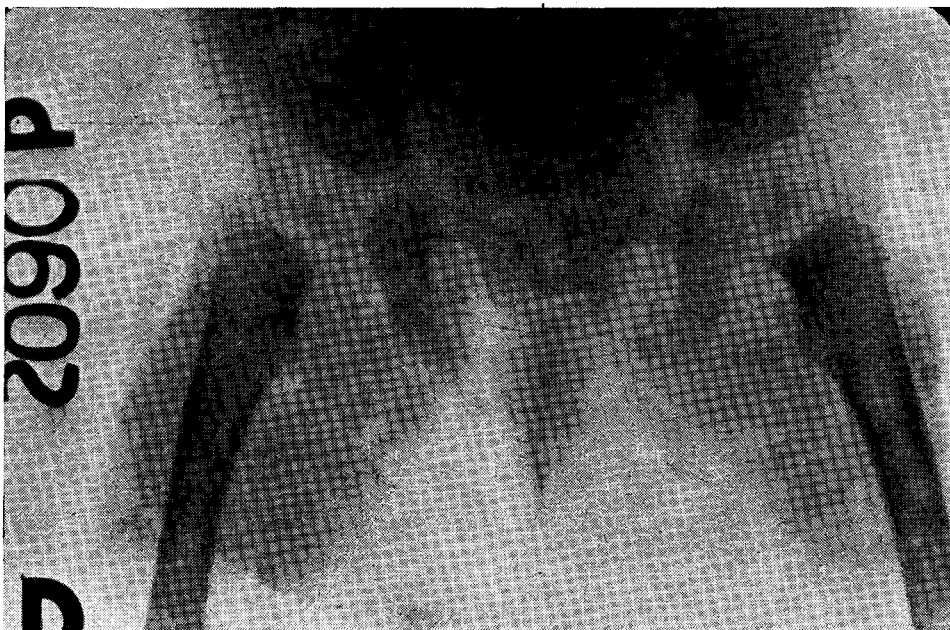


*Slika 1. Obojestranski prirojeni izpah kolčnih sklepov pri 6-letni deklici. V oči udarja ogromno povečana lumbalna lordoza*

Tudi ti podatki govore v korist mišljenju, da gre za absoluten porast prirojenih izpahov kolka v povojni dobi, kar ima verjetno globlje vzroke v smislu opažanj, ki smo jih omenili v uvodu teh poglavij.

### **Znaki prirojenega izpaha**

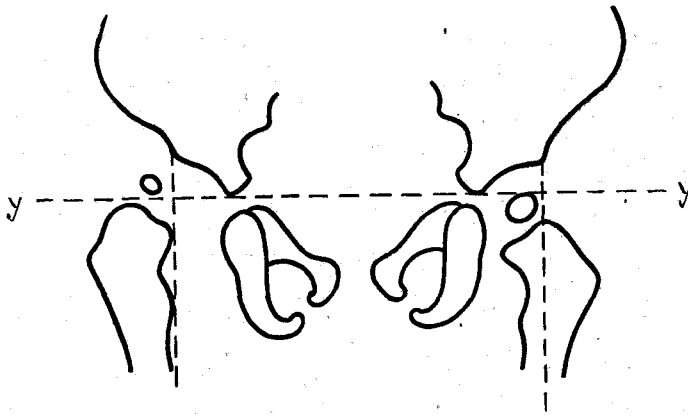
Znano je, da je prirojen izpah v kolku lahko enostranski ali obojestranski, lahko je popoln ali pa samo delen (Subluxatio). Od tega so v veliki meri odvisni znaki, ki jih opažamo pri otroku. Taki otroci navadno kasneje shodijo in njihova *hoja je zibajoča v eno* (enostranski izpah) ali *v obe strani* (obojestranski izpah). Taki hoji pravijo tudi »racanje«. Izpahnjena nogica je vselej *krajša* od zdrave. Razumljivo je, da je skrajšanje ekstremitete opazno le pri enostranskem izpahu, kjer lahko primerjamo dolžino ene ekstremitete z dol-



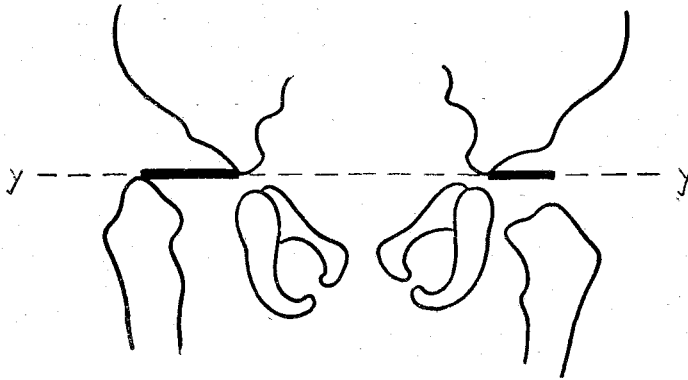
*Slika 2. Rentgenogram prikazuje prirojeno displazijo desnega kolka s plitvim acetabulom in majhnim jedrom. Levi kolk kaže normalno stanje.*



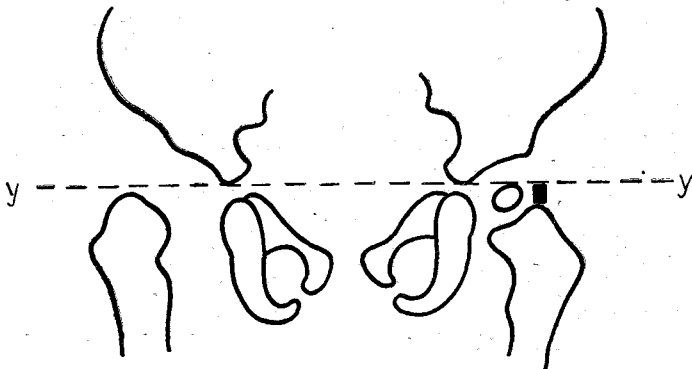
*Slika 3. Rentgenogram kaže prirojen izpah desnega kolka: jedro glavice leži izven ponvice. Levi kolk normalen*



Slika 4. Na skici je razvidna razlika med normalnim in izpahnjnim kolkom. Horizontala  $y - y$  in vertikala, ki jo potegnemo skozi zgornji rob ponvice, delita sklep v 4 kvadrante. Pri normalnem kolku leži jedro v notranjem spodnjem kvadrantu, na izpahnjni strani leži jedro v zgornjem zunanjem kvadrantu



Slika 5. Na sliki je prikazana razlika v horizontalni distanci. Na izpahnjni strani je horizontalna distanca med zgornjim robom femorja in dnom ponvice povečana



Slika 6. Na skici vidimo razliko v vertikalni distanci. Na izpahnjni strani se zgornji rob femorja skoraj dotika črte  $y - y$

žino druge, odpade pa pri obojestranskem izpahu, kjer nimamo možnosti take primerjave.

Za obojestranski izpah v kolku je poleg hoje predvsem značilna otrokova drža: *medenica* je močnejše nagnjena, *lumbalna lordoza* je pojačena, *kolka* sta štrleča, *medstegenje* je prazno, *kolena* se pri stoji ne dotikajo, *zgornji trup* je nagnjen nazaj. Pri enostranskem izpahu opazujemo mesto povečane lumbalne lordoze in nagnjenosti medenice na izpahnjeno stran *izbočeno hrbtenico* in na isto stran *povešeno medenico*.

Vsi naštetih znaki so že na zunaj in od daleč vidni in diagnoza je povečini jasna, še preden otroka slečemo in preiščemo. Z vsakim letom se znaki stopnjujejo, otrok zaostaja pri hoji in igri za zdravimi, hitreje se utruja, nima pa običajno nobenih bolečin. Te se pojavijo praviloma šele v puberteti, ko so na izpahnjem kolku že resne patološke spremembe in so koščeni deli sklepa spričo nastalih deformacij izgubili svoje prvotne oblike. Taka zastarela luksacija je nepopravljiva in povzroča pri človeku trajno invalidnost.

Poleg omenjenih, na zunaj vidnih znakov, ki govore za prirojen izpah v kolku, uporabljamo za ugotovitev in potrditev naše diagnoze še rentgensko sliko. Znake izpaha bomo na rentgenu z lahkoto ugotovili, če le pomislimo, da imamo opravka z otroškim skeletom, pri katerem zakostenitev še ni končana in so rastne cone še hrustančaste. Spričo tega je ponvica (acetabulum) kolčnega sklepa v sredini prekinjena, od bodoče glavice femorja pa vidimo od sedmega meseca dalje le jedro. Na priloženih skicah in rentgenogramih vidimo razliko med normalnim in izpahnjem kolkom. Pri slednjem je *ponvica plitva*, *streha* je *strma*, *jedro* je *manjše* kot na zdravi strani in leži bolj *odmaknjeno in višje*. Na skici je dalje prikazano, kako si za boljšo orientacijo začrtamo dvojce črt, horizontalno skozi oba presledka v ponvicah, vertikalno pa skozi zgornji rob ponvice in na ta način razdelimo prostor v štiri kvadrante. *Pri normalnem kolku leži jedro v spodnjem notranjem kvadrantu*.

Ako najdemo jedro v spodnjem zunanem kvadrantu, govorimo o *delnem izpahu* ali *subluksaciji*. Kadar pa leži jedro v zgornjem zunanem kvadrantu, imamo pred seboj *popoln izpah* kolka.

### Osnove rane diagnoze

Vse, kar smo povedali v prejšnjem odstavku, je jasno in razumljivo, vzbuja upanje in celo prepričanje, da odkrivanje prirojenih izpahov ne bo tako težko in zamotano, kot smo morda mislili. Za otroka s prirojenim izpahom, ki je že shodil, še celo pa za odraslega z zastarelo luksacijo to tudi v polni meri velja.

Vprašanje pa je, ali je odkritje prirojenega izpaha pri otroku, ki je že shodil, dovolj rano, ali je še pravočasno in ali je tako odkritje sploh to, kar sodobna medicina v teh primerih zahteva?

To vprašanje moramo odločno zanikati in takoj priznati, da smo si s tako pozno postavljenjo diagnozo pridobili kaj malo zaslug za pogoje otrokovega zdravljenja in njegove ozdravitve. Resnici na ljubo moramo povedati, da je v takem poznem stadiju ugotavljal prirojene izpahe že Hipokrat pred 2000 leti — in to seveda brez rentgena.

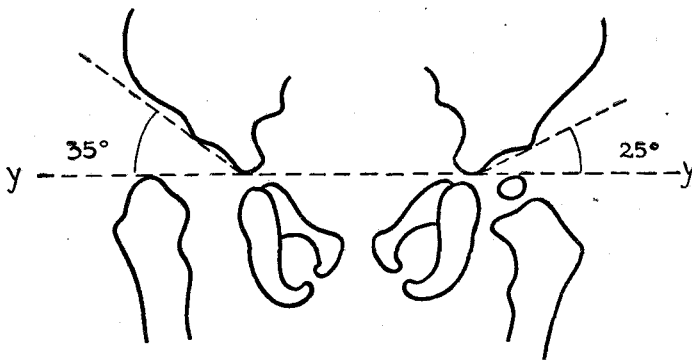
Kakor je po eni strani diagnoza popolnega izpaha v kolku lahka in nedvomljiva, tako je po drugi strani v tem stadiju že zamujen nadvse dragoceni čas za zdravljenje, *zamujenega je prav toliko časa, kolikor je otrok star*.

Naša naloga ni potemtakem *ugotavljati prirojene izpahe* takrat, ko so vsi njegovi znaki že v klasični meri razviti, marveč *čimprej po rojstvu*, ko so pogoji za zdravljenje neprimerno boljši. Videli bomo, da je *zgodnje zdravljenje ena najvažnejših zahtev*, ki jih postavlja sodobna medicina ne le v primeru prirojenega izpaha v kolku, marveč tudi pri večini drugih prirojenih napak skeleta.

Pogoj vsakemu zdravljenju pa je predhodna in pravočasna ugotovitev bolezni oziroma napake. Vprašanje je, ali imamo osnovo za rano odkrivanje prirojenega izpaha v prvih dnevih ali tednih po rojstvu, vsekakor v prvih življenjskih mesecih? V tej rani dobi si seveda ne bomo mogli pomagati z znaki, ki smo jih spoznali v prejšnjem odstavku in ki jih z drugo besedo nazivamo tudi direktne (neposredne) znake. Večinoma si moramo v tej fazi pomagati z indirektnimi (posrednimi) znaki, ki nas navajajo k pravočasnemu odkrivanju okvare, če le na njo tudi pomislimo.

Množični klinični in rentgenološki pregledi novorojenčkov so v novejši dobi bistveno spremenili nekatera ustaljena mišljenja o prirojenem izpahu. Ti pregledi so namreč pokazali, da se novorojenček le redkokdaj rodi s popolnim izpahom in da je torej »prirojen izpah« v resnici redkost. V večini primerov opazujemo ob rojstvu le slabo razvit ali *nedokončno razvit sklep — displazijo*. V pravem smislu prirojena je torej neka *dispozicija* k luksaciji, luksacija sama se razvije šele pozneje, običajno v prvih šestih mesecih po rojstvu.

Iz navedenega smemo sklepati, da prirojen izpah kolka ni neko definitivno stanje, marveč je to proces, ki ima svoje prenatalne vzroke in svojo postnatalno evolucijo in da je prirojena le *nerazvitost sklepa v celoti ali pa posameznih njegovih delov*, ki jo imenujemo displazijo. Znaki prirojene displazije so potemtakem osnove za rano diagnozo.



Slika 7. Na skici je prikazan acetabularni kot, ki je na izpahnjeni strani večji od 30°

Pri količkaj vestnem pregledu novorojenčka ne bomo spregledali znakov, ki vzbujajo sum na nerazvitost kolčnega sklepa: *asimetrične kožne gube na stegnih, nekoliko skrajšana ekstremiteta, stopalce v zunanji rotaciji, zmanjšana aktivna gibljivost ekstremitete*. Našteti znaki nas, kot rečeno, opozarjajo na možnost displazije, niso pa še dokaz zanjo. Dejansko okvaro kolka lahko ugotovimo šele na *rentgenski sliki*, ki jo ob takih primerih moramo vselej napraviti.

Čitanje rentgenograma je nekoliko težje, ker pri novorojenčku osifikacijska jedra še niso vidna in zaradi tega ne moremo uporabljati že poznanih nam kvadrantov. Kako si v takih primerih pomagamo, nam najboljše pojasnjujejo skice. Mesto jedra nam služi za orientacijo zgornji rob femorja in njegova odmaknjenost od dna ponvice (*horizontalna distanca*) ter razdalja do spojne črte med obema ponvicama (*vertikalna distanca*). Obliko ponvice razvidimo na *acetabularnem kotu* (glej skico), katerega normalna vrednost je pri novorojenčku do 30°. Ako je kot večji, imamo pred seboj *plitvo ponvico s strmo streho*, kar nam da misliti, da gre za displazijo.

Na možnost prirojenega izpaha bomo pomislili vselej tudi tedaj, če iz familiarne anamneze izvemo, da je v rodu že bil tak ali podoben primer; znano je namreč, da je ta prirojena okvara v približno 20% dedna. Novorojenčke iz takih družin moramo obvezno poslati na rentgenski in ortopedski pregled, tudi če ne opazimo znakov, ki smo jih pravkar opisali.

### Zdravljenje izpaha nekdanj in sedaj

Čeprav je zdravljenje izpaha v kolku in drugih prirojelih okvar naloga specialista ortopeda, je vendar potrebno, da principe tega zdravljenja pozna tudi medicinska sestra, predvsem pa, da spozna, kolikega pomena za otrokovo nadaljnjo usodo je *zgodnje zdravljenje*. *Uspehi zdravljenja so odvisni namreč od pravočasnega pričetka in so tem boljši, čim prej je tako zdravljenje uvedeno*. Tega ne bi še posebej poudarjali, ako ne bi vedno znova naleteli na ugovor, češ da je novorojenček že prešibak, da je bolje počakati, da se okrepi, morebiti se bo izpah sčasoma celo sam po sebi »urastel«. Kako zmotno je tako naziranje, smo dodobra spoznali, ko smo v prejšnjih odstavkih opisali prirojeno nerazvitost kolka in ugotovili, da pri rojstvu niti nimamo opravka še s pravim izpahom. Z odlašanjem zdravljenja pravzaprav omogočimo, da se iz displazije razvije pravi in popolni izpah.

Tem ugotovitvam pripisujemo daljnosežen pomen, saj so odprle nove možnosti v zdravljenju kongenitalnih luksacij ter nam pokazale boljšo in zanesljivejšo pot do zaželenega cilja. *S pravočasnim zdravljenjem prirojene displazije preprečimo namreč nastanek luksacije*, kar je nedvomno največja pridobitev na tem področju medicine. Način tega zdravljenja je kaj preprost in izvedljiv v še tako skromnih razmerah. Da zagotovimo pravilno rast slabo razvite glavice in da dosežemo zadostno poglobitev ponvice, pričvrstimo novorojenčku obe spodnji ekstremiteti na *abdukcijsko opornico* in že sam tak položaj zadošča, da preprečimo izpah in da se sklep odslej nadalje normalno razvija.

Na sliki vidimo novorojenčka v taki abdukcijski opornici, ki omogoča normalno nego otroka z vsakdanjim kopanjem, za kar mati sama opornico sname in jo nato zopet namesti. Otrok se tej legi kmalu privadi, ker mu ne povzroča nikakih bolečin in ker mu dopušča nekaj gibljivosti v kolkih. Opornica prav tako dopušča poljubno menjanje otrokove hrbtna lege z ležanjem na trebuhu.

Na vprašanje, koliko časa bo trajalo tako zdravljenje, ne moremo vnaprej odgovoriti in je različno od primera do primera. Otroka obdržimo v tem položaju vse dotlej, dokler na rentgenski sliki ne opazimo dovolj razvitega jedra glavice in zadostno poglobljene ponvice, za kar je navadno potrebna doba



*Slika 8. Na sliki je otrok v abdukcijski opornici, katero mu mati vsak dan lahko sname in zopet namesti*

3 do 6 mesecev, včasih pa tudi več. Na splošno vidimo, da otroci ta način zdravljenja kaj dobro prenašajo brez kakršnih koli motenj v njihovem siceršnjem razvoju, veliko slabše pa ga prenašajo starši. Nestrpne matere, še bolj pa razburjeni očetje ne vidijo kraja »trpinčenju otroka«. V takih primerih je naša naloga poučiti starše o nujnosti takega zdravljenja, o njihovi soodgovornosti za nadaljnjo usodo otroka, skratka pridobiti jih moramo in prepričati jih o tem, da nam je njihova pomoč pri zdravljenju ne le zaželena, marveč potrebna. Vse zdravljenje se namreč vrši ambulantno in zdravnik vidi otroka le vsakih 6 tednov na kontrolnem pregledu. — Vsa ostala skrb za redno negovanje in oskrbovanje otroka je prepuščena materi.

Način zdravljenja, ki smo ga pravkar opisali, je v svojem bistvu *profilaktično zdravljenje* in razumljivo je, da so uspehi takega zdravljenja v tej rani dobi neprimerno boljši od onih, ko moramo zaradi starosti otroka uporabljati drugačne metode. Kot rečeno, najidealnejši čas za pričetek takega



zdravljenja so prvi tedni po rojstvu. Z vsakim nadaljnjim mesecem pa se stanje v sklepu slabša in je upanje na uspešnost profilaktičnega zdravljenja manjše. Po šestem mesecu starosti, še celo pa po dovršenem prvem letu se je iz displazije razvil že popoln izpah in pogoji za zdravljenje so bistveno drugačni.

Tak otrok mora v bolniško oziroma klinično zdravljenje in potrebne so bodisi nekrvave repozicije, bodisi krvave operacije, ki zahtevajo leto dni, pa tudi dve, da otrok prične obremenjevati operirano ekstremiteto. Še resnejše so sevede okoliščine pri tako imenovanih zastarelih luksacijah, to je v tistih primerih, ko je otrok že več let hodil z izpahnjnimi kolki in so na sklepih nastale hude deformacije skeleta, ki zahtevajo plastično rekonstrukcijo posameznih delov sklepa s pomočjo notranjih protez. Ne glede na to, da pomenijo tovrstne operacije za otroški organizem težko preizkušnjo, se tudi najbolj uspele plastike ne morejo meriti z rezultati profilaktičnega zdravljenja, kjer nam je ob pravem času uspelo preusmeriti razvojno anomalijo v pravilno rast in ostvariti fiziološke pogoje v sklepu.

Ko smo se tako po močno skrajšani poti in v poenostavljeni obliki dokopali do bistvenih spoznanj v obširni problematiki prirojenega izpaha v kolku in spoznali velike možnosti, ki so nam na razpolago z doslednim izvajanjem profilaktičnega zdravljenja, se moramo zavedati, da uvajanje vsake novosti ni niti lahka niti enostavna zadeva. Težja od zdravljenja samega je često borba z nepoučenostjo, zaostalostjo in predsodki, ki še vedno vladajo med našimi preprostimi ljudmi, še težja pa je naloga mlajših generacij zdravstvenih delavcev v uveljavljanju novodobnih principov nasproti starejšim generacijam, ki čvrsto vztrajajo na svojem. Zgodnje odkrivanje in rano zdravljenje kongenitalnih displazij je velik uspeh sedanjosti, na katerem se krhajo klasične metode preteklosti — uspeh, ki more občutno zmanjšati invalidnost med našo mladino.

---

Kontracepcija je r  
prečimo zanositev. Že  
tomcev. Pri zavestnem  
in kontracepcijo. Kon  
važnih vprašanj, saj je

Ko danes govorim  
gar nič novega. Ne g  
mernih postopkov s s  
žene, ki so je najbolj

žena, ki imajo po 15 in več otrok. Zelo malo. Če izvzamemo sterilne in starejše zakonce, uporabljajo torej kontracepcijo malone vsi. Ker ne poznajo in nimajo sodobnih sredstev, si pomagajo, kakor vedo in znajo.

Urejeno spolno življenje je eden prvih pogojev za srečen zakon. Abortus je prepovedan, in sicer po pravici, ker je škodljiv. Mimo teh ugotovitev ne smemo, ker ni pričakovati, da se bodo stvari že kako uredile same od sebe. Tako ravnanje vodi ženo, ki je prepuščena sama sebi, v roke mazačem in izkoriščevalcem. Tako se vsak dan začenjajo številne nesreče. Z vprašanjem

spolnem občevanju pre-  
al odločiti o številu po-  
rabljjal detomor, abortus  
vati ločeno od nekaterih

vedati, da ni to za niko-  
več za zamenjavo nepri-  
a nekatere zelo zaostale  
oliko je danes poročenih