



# خلع الورك الولادي

16

S.P 96

06

06

د. رستم مكية

محتوى مجاني غير مخصص للبيع التجاري

2020/6/7

RB Medicine Orthopedic Surgery | الجراحة العظمية

## السلام عليكم

نقدّم لكم أصدقاءنا محاضرة جديدة في قسم الدكتور رستم، المحاضرة سهلة نسبياً ومفيدة للحياة العملية إذ أنّ خلع الورك الولادي حالة شائعة كما سنرى..  
نأمل أن تنال إعجابكم وأن تصل لكم الفائدة المرجوة..

### الفهرس

الصفحة	الفقرة	الفقرة	الصفحة
6	التشخيص	التصنيف	2
12	العلاج	الأسباب	3

## Congenital Hip Dislocation الولادي خلع الورك

### مقدّمة تشريحية ولغوية \* \_\_ \*

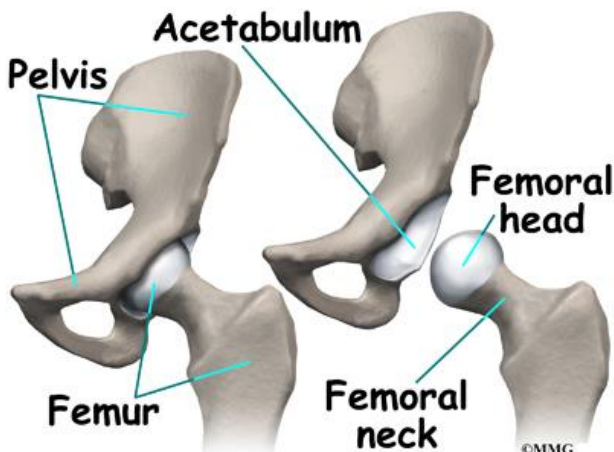
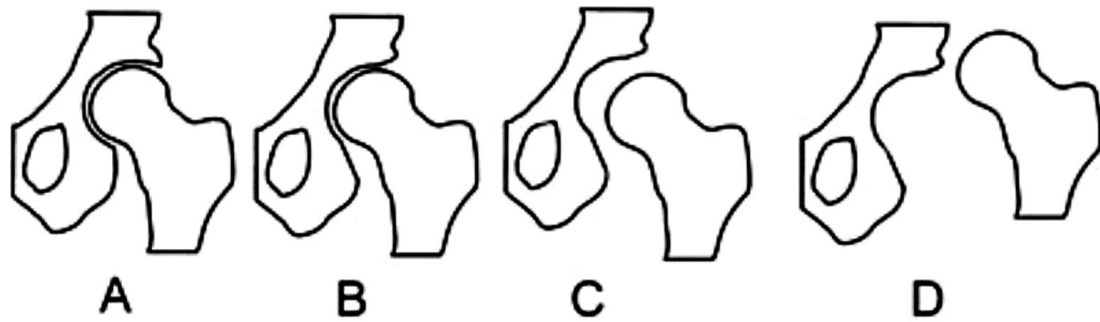
- ❖ يتألّف مفصل الورك كما نعلم من النهاية العلوية لعظم الفخذ وجوف الحقّ.
- ❖ يتكوّن الجوف الحقّي من التقاء 3 عظام تشكّل معاً حرف Y هي:
  - الحرقفة من الأعلى.
  - العانة من الأنسي.
  - الإسك من الأسفل.
- ❖ وبالتالي دراسة الخلع تعني دراسة العلاقة بين رأس الفخذ وجوف الحقّ (فكرة هامة).
- ❖ ونقصد بالولادي أنّ سببه خلقيّ (منذ الحياة الجنينية) ولا علاقة له بظروف الولادة، فالأسباب المتعلقة بالولادة تسمى توليدية أو قبالية (وليس ولادية) وهي تؤدي إلى رضوض والخلع الولادي ليس رضياً، وعليه فإنّ الفكرة الشائعة عند العوام بأنّ خلع الورك سببه شدّ المولّد للجنين أثناء الولادة خاطئة تماماً، و نذكر مثلاً عن الرضوض التوليدية (القبالية) شلل الضفيرة العضدية الناتج عن تمطيط العنق أثناء سحب الجنين.

## التعريف

- ❖ خلع الورك الولادي هو حالة يكون فيها رأس الفخذ غير متوضع بشكل مثالي ضمن الجوف الحقي.
- ❖ وبالتالي لن يحصل رأس الفخذ على التحريض الكامل للنمو الناتج عن الضغط الطبيعي الذي يتعرض له وبالتالي سيبقى رأس الفخذ صغيراً، كما من الممكن أن يكون الجوف الحقي سطحياً.
- ❖ يمكن القول أيضاً أنه خلل تطابق مفصلي بين رأس الفخذ والجوف الحقي.
- ❖ يحدث قبل الولادة أو في فترة ما حول الولادة، وقد يتظاهر بعد الولادة مباشرة أو بعد فترة طويلة، لذا يُنصح بفحص الطفل بشكل مبكر بعد الولادة.
- ❖ أطلق حديثاً تسمية جديدة على خلع الورك الولادي هي عسرة تصنع الورك التطورية، وهي المتداولة حالياً في أغلب المراجع.

## التصنيف

- ❖ يُصنّف خلع الورك إلى 4 درجات أو أنواع (تابع مع الصورة في الأسفل):
- A. ورك متمركز: توافق كامل بين رأس الفخذ والجوف الحقي.
- B. عسرة تصنع الجوف الحقي: يوجد تطابق تام بين رأس الفخذ والجوف الحقي، ولكن الجوف الحقي غير مُتصنع بشكل كافي حيث يكون قليل التقعر (مسطح أو مائل) مما يمنع تمركز رأس الفخذ فيه.
- C. تحت الخلع (الخلع الجزئي): رأس الفخذ منزاح بشكل جزئي خارج الجوف الحقي.
- D. الخلع الكامل: رأس الفخذ خارج الجوف الحقي.



الصورة في الأيسر تُظهر تشريح مفصل الورك وعلاقة رأس الفخذ مع الجوف الحقي.

## الحدوث

- ❖ تبلغ نسبة الحدوث الحقيقية 1-2 لكل 1000 ولادة (فهي عالية نوعاً ما).
- ❖ نسبة مشاهدة الورك غير الثابت 5-20 لكل 1000 ولادة، وفي بعض الدراسات وصلت النسبة حتى 30 بالألف لديهم علامة الطقة إيجابية، ولكن 90٪ من هذه الحالات تشفى تلقائياً خلال أسبوع إلى عشرة أيام، بغياب وضعيات العناية بالوليد الخاطئة (القندقة مثلاً).
- ❖ إصابة الإناث أكثر من الذكور وفق النسبة 5 إلى 1.
- ❖ إصابة الورك الأيسر أكثر من الورك الأيمن.
- ❖ تغلب الإصابة أحادية الجانب على الإصابة ثنائية الجانب.
- ❖ تشاهد الإصابة ثنائية الجانب بـ 20-30٪ من الحالات وهي تطرح مشكلة هامة حيث غالباً ما يتم فحص الطفل من قبل طبيب الأطفال فيجد التباعد متناظراً في الطرفين فينفي الخلع (ولكنه في الواقع يكون محدوداً في الطرفين)، لذا غالباً ما يتأخر تشخيص خلع الورك ثنائي الجانب حتى سن 1.5 - 2 سنة مع بدء الطفل بالمشي<sup>1</sup>.

## الأسباب وعوامل الخطورة

### أولاً: العوامل الوراثية:

- ❖ هي عوامل مُبرمجة مُسبقاً (جينياً).
- ❖ نسبتها قليلة لا تتجاوز 5-10٪.
- ❖ تشمل كلاً مما يلي:
  - السوابق العائلية: تفسرها كثرة الإصابة عند بعض العائلات، داء تنكسي بدئي عند الأم.
  - جنس المولود: تغلب إصابة الإناث 80٪ أما الذكور 20٪. هام
  - العرق: شائعة عند العرق الأبيض، وتقل الإصابة عند بعض شعوب الصين وهونغ كونغ ( BANTOUS 0.01%)، كما أنه يكثر عند شعوب شرقي البحر المتوسط.
  - العوامل الاجتماعية: ونقصد بها طقوس العناية بالطفل الوليد في مختلف المجتمعات (لاحظ الأمثلة في الجدول في الصفحة التالية):

<sup>1</sup> ستلاحظ في فقرة التشخيص أن تحدد حركة الطرفين بالتباعد هي أحد دلائل خلع الورك.

بعض شعوب آسيا	سوريا
تحمل الأم طفلها وهي تعمل في الحقول بحيث يكون معلّقاً على كتفها مُباعداً ساقيه (وضعية تبعيد).	توجد في سوريا عادة تدعى "القندقة" وهي بسط طرفي الطفل ولفّه بقطعة قماش وشدّها على الجسم (وضعية تقريب).
تساعد هذه الوضعية على ردّ الخلع إن كان موجوداً، لذلك نلاحظ أنّ الإصابة تكون أقل شيوعاً في هذه المناطق.	تزيد هذه الوضعية نسبة الخطورة لخلع الورك.



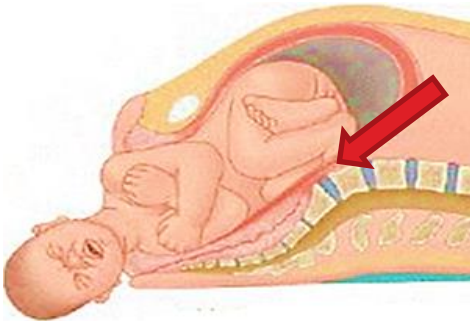
لاحظ إلى اليمين الطريقة التي يُلفّ بها الطفل في وضعية القندقة، وإلى اليسار طريقة حمل الطفل على الظهر مع تبعيد الساقين.



### ثانياً: العوامل الميكانيكية:

- ✧ يزداد حجم الجنين في أشهر الحمل الأخيرة مما يزيد ضغط الرحم عليه، وكذلك تزداد الهرمونات الأنثوية التي تقوم بإرخاء الأنسجة والأربطة مما قد يؤدي لخروج رأس الفخذ من مكانه.<sup>2</sup>
- ✧ إذا يحدث الخلع بوجود عوامل وراثية (ذكرناها بالفقرة السابقة) أو **أحد هذه العوامل الميكانيكية:**

#### 7. تعرّض الورك الأيسر للخلع بالضغط على المدور الكبير:



- ✧ من المعروف أنّ المجيء الرأسي القمي الأيسر هو الأشيع.
- ✧ بالتالي ورك الجنين الأيسر يكون مضغوطاً بالقسم البارز للعمود الفقري للأم (الطنف) في هذا المجيء، وبالتالي يكون مؤهّباً لحدوث الخلع بنسبة أكبر من الورك الأيمن، ولذلك نجد أنّ 80% من حالات الخلع تكون على حساب الورك الأيسر.

#### 2. الانضغاطات داخل الرحم: يجب (السؤال عنها):

- ✧ **المجيء المقعدي:** نسبة حدوث خلع الورك فيه كبيرة تصل إلى 25-45%.

<sup>2</sup> يساعد هرمون الريلاكسين على ارتخاء الأربطة وبالتالي يؤهب لحدوث الخلع في الأشهر الأولى من عمر الطفل (بسبب الريلاكسين الذي يعبر المشيمة إلى الجنين ويحتاج بضعة أشهر حتى ينفذ من جسم الطفل).

- ✘ **كبر حجم الجنين:** خاصة إذا كان فوق 3500 غ فذلك يزيد الضغط عليه.
- ✘ **التوائم** (يزداد الضغط).
- ✘ **الخرّوس** أكثر من الولود: الرحم في الحمل الأول ما زال صغيراً.
- ✘ **العوامل الهرمونية:** الريلاكسين المُفرز من جسم الأم يرخي أربطة المفصل لدى الجنين.
- ✘ **قلّة السائل الأمنيوسي:** السائل يحمي الجنين من الصدمات والرضوض، وقلّة السائل تعيق حركة الجنين وبالتالي يزداد ضغط الرحم عليه.

3. سوء التموضع داخل الرحم (المترافق مع بعض التشوهات) (المظاهر) عند الولادة:

- ✘ ميلان العنق (الأجل الولادي).
- ✘ سوء وضعية الأقدام كالأقدام العقباء (ظهر القدم قريب جداً من الساق).
- ✘ انحناء الأطراف (الطرف بحالة عطف كامل مع فرط بسط للركبة).
- ✘ تشنج العضلات المقربة.
- ✘ فرط بسط الطرفين السفليين.



نسأل الأهل عن وجود قصة وراثية لدى أقرباء الطفل: تبادل مفصل، حمل عكاز بعمر مبكر يوجهنا إلى خلع ورك.

## التشريح المرضي والتبدلات المرضية

التبدلات المرضية المُشاهدة على حساب كل مما يلي تشمل:

### 7. عظم الفخذ:

- ✘ زاوية عنق الفخذ الطبيعية 130، تزداد في خلع الورك ويسمى **الورك الأروح coxa valga**.
- ✘ رأس الفخذ المخلوع يكون بوضعية **انقلاب أمامي أو خلفي + فحج**.
- ✘ تأخر في تعظم مشاش الرأس.
- ✘ أي يوجد تشوّه في النهاية العلوية للفخذ.

## 2. جوف الحق:

- ✘ تسطح الجوف أو عسرة تصنع أو زيادة ميلان سقف الجوف الحقي.
- ✘ امتلاء الجوف المفصلي بنسيج ليفي شحمي.
- ✘ ضخامة الرباط المدور (وهو رباط يمتد من قاع الجوف الحقي إلى ذروة رأس الفخذ) وبالتالي عدم توضع رأس الفخذ داخل الجوف بشكل تام.

## 3. المحفظة (المفصليّة):

- ✘ نلاحظ ضخامة في المحفظة حيث تكون ممتدة وواسعة.

## 4. العضلات:

- ✘ لمفصل الورك عدّة حركات: تقريب، تبعيد، عطف، بسط، دوران للأنسي والوحشي وهذا بفضل العضلات المحيطة به والتي تصنف إلى:

عضلات مبعّدة	عضلات مقربة
الألويات والعضلة المستقيمة من مربعة الرؤوس.	تشمل البسواس والحرلفية.
وتساهم في تثبيت الورك.	تساهم هذه العضلات في إحداث الخلع.
	نلاحظ أنها تكون متقاصرة في حالة خلع الورك الولادي.
يفسر ذلك علاج خلع الورك بخزع العضلات المقربة وتبعيد الفخذ، لزيادة ثباتية المفصل.	

## التشخيص

✚ لدينا قاعدة هامة في خلع الورك الولادي:

- التشخيص الباكر: يؤدي إلى شفاء باكر وعلاج سهل وبسيط.
- التشخيص المتأخر: يصبح احتمال العجز كبير بسبب تأذي المفصل.

## التشخيص الباكر

✚ واجب وطني (على الأهل والكادر الطبي)، وذلك بوضع سياسة صحيّة للكشف الباكر خلال الأشهر الأولى الثلاثة من العمر.

- ✚ يعتمد التشخيص الباكر على الفحص السريري الدقيق بعد الولادة مباشرة والطفل غير متشنج ولا يبكي، ثم يُعاد الفحص بعد أسبوع للتأكد، ويُعاد في كلّ زيارة لطبيب الأطفال.
- ✚ إذا نعتد على الفحص السريري بشكل أساسي والفحص بالإيكوغرافي عند وجود عوامل خطورة.

## العلامات الأهم:

- ✧ **علامة الطقة:** طقة مجسوسة أو مسموعة في الأشهر الثلاثة الأولى، وتدل على عدم ثبات الورك بسبب مرور رأس الفخذ فوق الحوية الحقيقية.
- ✧ **علامة المدحج:** بتحريك الفخذ بالمستوى الأفقي للأعلى والأسفل فنلاحظ رخاوة مفصليّة شديدة، وغياب الحوية الحقيقية وبالتالي غياب التثبيت مما يؤدي لحركة حرّة لرأس الفخذ.

العلامات الأقل أهمية:<sup>3</sup>

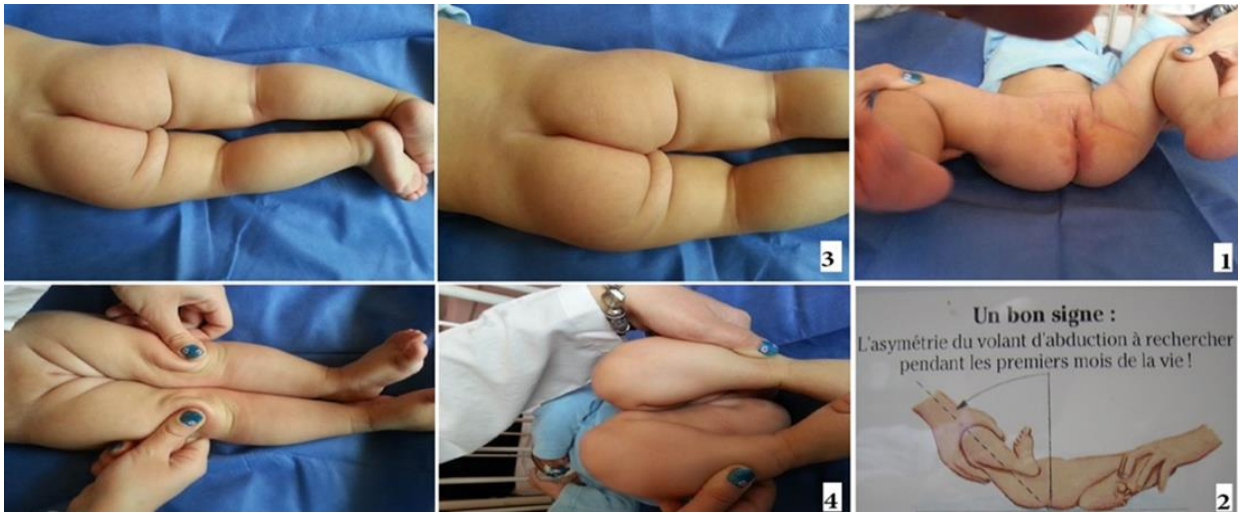
- ✧ **تحدّد الحركة:** نقصد بها تحدّد بالحركة أثناء تبعيد الوركين بشكل غير متناظر.
- ✧ **عدم تناظر الثنيات الجلدية:** الألوية والمأبضية، ولا تهمنا الثنيات الفخذية الأمامية.
- ✧ **الانطباع بقصر أحد الطرفين السفليين.**

## الفحص السريري

❖ نتحرى **علامة الطقة** باثنين من الاختبارات: بارلو – أورتولاني (في الأسابيع الأولى).

اختبار أورتولاني (ردودية الورك المخلوع)	اختبار بارلو Barlow
هو عكس الاختبار السابق حيث يكون الورك في حالة خلع "رأس الفخذ خارج جوف الحق".	يفيد في تحديد مفصل الورك غير الثابت، حيث يكون الورك بوضعية الرد "رأس الفخذ داخل جوف الحق" لكنه قابل للخلع بشكل فاعل.
يفيد في تحديد مفصل الورك المصاب بالخلع وقابليته للرد.	تدل إيجابيته على الرخاوة وعدم الاستقرار، لكن هذه حالة أبسط من الخلع الحقيقي.
نقوم بعطف الورك وتبعيد ودفع جذر الفخذ للأمام والأنسي.	نقوم به كما يلي: مسك الفخذ بوضع الإبهام على جذر الفخذ الأنسي والأصابع على المدور الكبير، ثم نقوم بعطف الورك والركبة 90 درجة وتقريب ودفع جذر الفخذ للخلف والوحشي. فنسمع طقة عند مرور رأس الفخذ فوق الحوية الحقيقية، فيكون الاختبار إيجابياً.
كلا الاختبارين السابقين مفيدان في الأسابيع الأولى بعد الولادة وحتى 3 أشهر، ويكونان إيجابيان بسماع الطقة.	

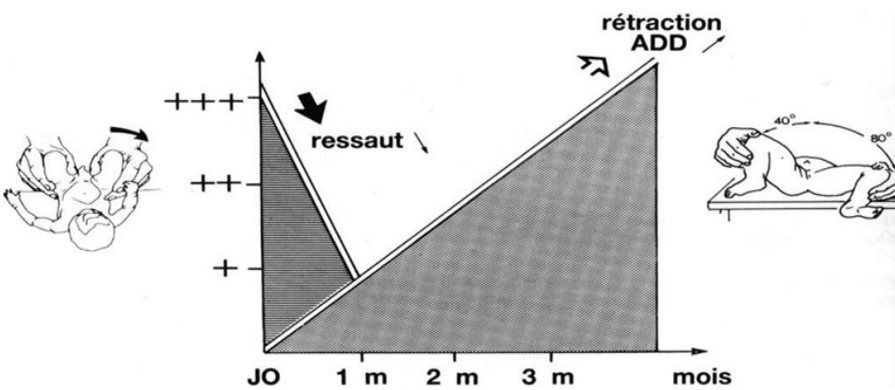
<sup>3</sup> وهي جميعها علامات متأخرة نراها بعد عمر الثلاثة أشهر لذا تعتبر قليلة الأهمية.



1,2: تحدد في حركة التباعد. 3: عدم تناظر الثنيات الجلدية.  
4,5: تفاوت في طول الطرفين السفليين.

### ملاحظات هامة:

- التحدّد في حركة تباعد الوركين بشكل غير متناظر، يُشاهد بعد الشهر الثاني أو الثالث، أي بعد غياب العلامتين السابقتين (بارلو واورتلاني).
- العلامة النوعية الأهم في التشخيص بعد الشهر الثالث هي تحدد حركة تباعد الوركين.
- العلامات السريرية تتغير مع الزمن، تابع على المخطط: (هام)
  - مع نمو الطفل يزداد التحدّد في حركة التباعد.
  - في أول شهرين أو ثلاثة (كشف مبكر)، تلاحظ علامة الطقة حيث يكون الطفل رخوًا، لتختفي بعد ذلك حيث تقل هذه المرونة، ويحل محلها تحدد حركة التباعد.



فيديو هام جداً لفهم طريقة إجراء اختبار بارلو واورتلاني يُفضّل جداً أن تشاهده\*\_\*، امسح الكود جانباً أو اضغط [هنا](#)

## التشخيص بالايكوغرافي

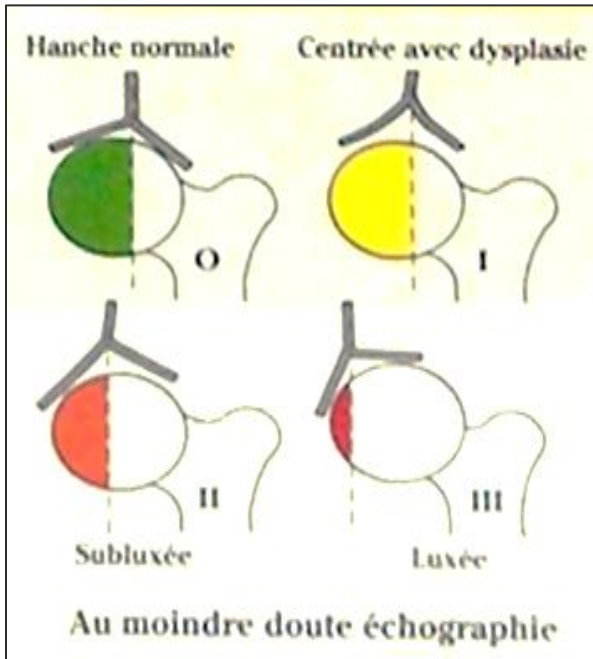
- ❖ فحص متمم هام جداً لسهولة القيام به وعدم وجود أضرار جانبية على الطفل بالإضافة لسرعته وقلة تكلفته.
- ❖ نعتمد عليه في التشخيص الباكر حيث نقوم به بتمام الشهر الأول وحتى الستة أشهر.

## فوائده

- ✍ يظهر تشريح وبنية الورك الغضروفية غير المرئية على الأشعة.
- ✍ دراسة توضع رأس الفخذ في الجوف الحقي.
- ✍ يسمح بدراسة ديناميكية الورك أي دراسة ثبات رأس الفخذ، حيث يمكننا أن نرد وأن نخلع الورك ثم ندرسه على الإيكو بمناورات التقريب والتباعد.
- ✍ طريقة غير مؤذية، لكنها تحتاج لأيدي خبيرة.
- ✍ أفضل من المرنان في دراسة خلع الورك، ويمكن بواسطتها إجراء مقاطع مثل المرنان.

## درجاته

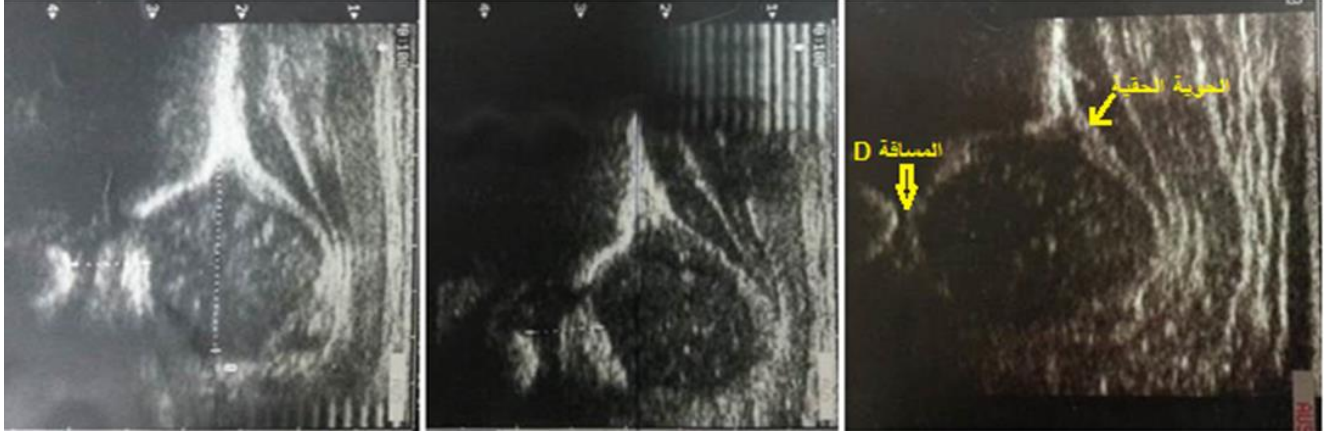
✍ للتشخيص بالإيكو أربع درجات كما هو موضّح بالشكل الترسيمي:



درجات الخلع	
أكثر من 50% من رأس الفخذ متمركز داخل الجوف الحقي، وسقف الجوف غير مائل (أي أفقي)، وهي الحالة الطبيعية.	0. طبيعي:
أكثر من 50% من رأس الفخذ متمركز داخل الجوف الحقي، ولكن هناك زيادة في ميلان سقف الجوف الحقي بالتالي الورك غير مستقر.	1. عسر تصنع مفصل الورك:
التغطية أقل من 50% مع ميلان شديد في سقف الجوف الحقي.	2. تحت خلع:
التغطية قليلة جداً (10%)، والميلان شديد.	3. خلع تام:

## المعايير التي نبحث عنها في الإيكو:

- ميلان سقف الجوف الحقي: كلما كان أقرب للأفقي كان التصنع بحالة جيدة.
- ونقوم بإنزال خط وهمي من الحرقفة (الخط المنقط في الصورة السفلى اليسرى) لنرى القسم من رأس الفخذ المغطى ضمن الجوف الحقي: يجب أن يزيد عن 50% في الحالة الطبيعية.



تحت خلع

خلع تام

ورك طبيعي

## ملاحظة:

البروب بشكل عمودي فيظهر بدءاً من الوحشي: كتلة العضلات الألوية ورأس الفخذ، ثم الحوية الحقية ودرجة ميلانها حيث تلامس الرأس بشكل جيد وقد تتخلع للأعلى، ثم المسافة D وهي تمثل قاع الجوف الحقي، عندما تكون هذه المسافة قليلة فهي تدل على عدم وجود خلع.

## التشخيص الشعاعي

- ❖ نعتمد على صورة الأشعة في **التشخيص المتأخر** بعد 6 أشهر ولمتابعة العلاج بشكل أساسي.
- ❖ أما في المراحل الباكرة فهو غير مفيد، لأنه حتى تظهر العلامات المشخصة نكون قد وصلنا لمراحل متقدمة من غير المقبول الوصول لها.
- ❖ حيث نطلب صورة حوض أو ما تسمى: **صورة بسيطة للوركين أمامية خلفية**، نلاحظ فيها نواة رأس الفخذ **ذات تعظم قليل**، أي الرأس صغير ومُنزاح للوحشي.
- ❖ نقوم بأخذ صورة شعاعية بالوضعية التشريحية وبوضعية التباعد.

## قراءة صورة الحوض في خلع الورك:

- ✎ نقسم ناحية الورك إلى 4 أجزاء في كل جانب، 2 علويين و2 سفليين وذلك عن طريق خطوط هامة يجب معرفتها:
- **خط هيلجنراينر Hilgenreiner**: خط أفقي يصل بين مركزي غضروف y في الجهتين (مركزي مفصل الورك)، ويقطع الحافة الأنسية للجوف الحقي.

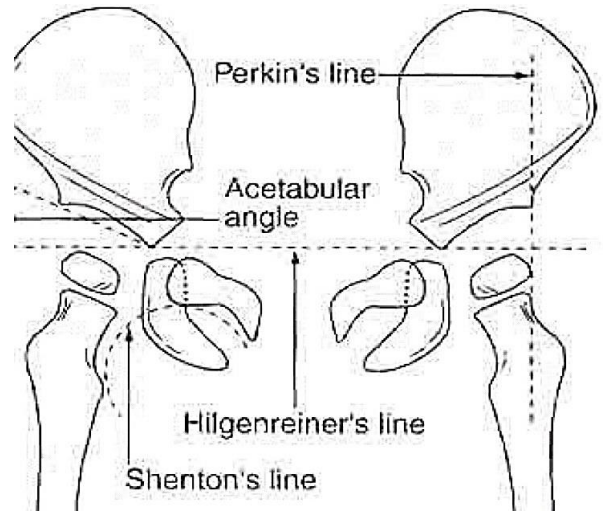
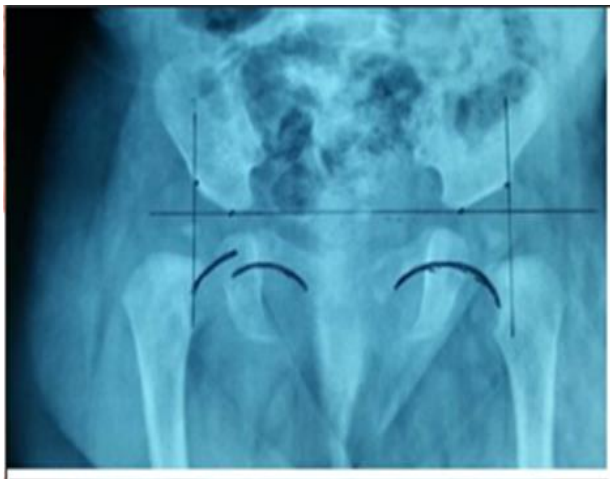
• **خط بيركن Perkin**: خط عمودي على الأول يمر مماساً للحافة الوحشية للجوف الحقي (مماس لسقف جوف الحق).

• **خط شنتون Shenton**: عبارة عن قوس متصلة (مستمرة) في الحالة الطبيعية تصل بين الحافة السفلية الأنسية لعنق الفخذ والحافة السفلية للشعبة العانية العلوية، يشاهد في الأعمار الصغيرة.

✧ في الحالة الطبيعية يكون رأس الفخذ في الربع السفلي الأنسي أي داخل الجوف الحقي، أما في الخلع فيصبح علوي أو وحشي (كما نلاحظ في الصورة الشعاعية بالأسفل رأس الفخذ في الربع السفلي الوحشي وخط شنتون مكسور).

✧ اختبار خط شنتون ذو نتائج غير دقيقة لأن الطفل عند وضعه على طاولة التصوير الباردة يرتكس ويثني الفخذ، كما أنه قد يميل إلى إحدى الجهتين مما يغيث المعالم التشريحية حيث يجب أن تكون الصورة متناظرة.

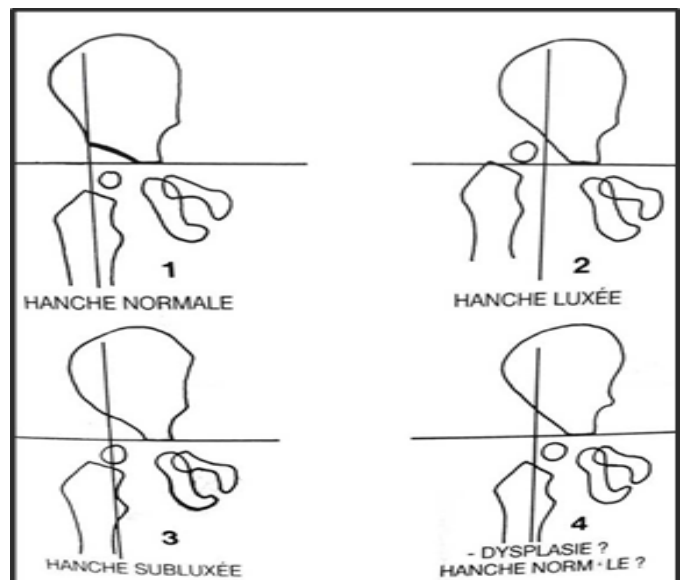
✧ ليس له فائدة بالنسبة لأطباء الجراحة ولكنه شائع ومحبوب عند أطباء الأشعة.



تظهر الصورة في الأعلى والأيمن الخطوط التي تقسم ناحية الورك، وفي الأيسر منظر خلع ورك على الصورة الشعاعية.

لاحظ توضع رأس الفخذ (الدائرة المنفصلة الصغيرة) بأي ربع في الصورة المجاورة:

1. ورك طبيعي.
2. خلع كامل.
3. تحت خلع.
4. عسرة تصنع الجوف الحقي.



## معايير التشخيص الشعاعي:

- ✧ **انكسار في خط شنتون:** مُشخص وحده.
- ✧ **توضع الرأس:** يتوضع بشكل طبيعي في الربع السفلي الإنسي، ويُعتبر غير ذلك خلعاً.
- ✧ **مشعر الجوف الحقي:** نعتمد فيه على الزاوية بين الحافة العلوية للجوف الحقي، مع الخط المركزي (هلجنراينر)، (الطبيعي 28 درجة عند الولادة، وتتناقص تدريجياً مع النمو حيث تكون 22 درجة بعمر 6 أشهر وأقل من 20 بعد السنة الأولى)، أما أكبر من ذلك فهو **عسرة تصنع**.

## ملاحظة:

✧ إذاً للتشخيص الباكر أول 3 شهور نعتمد على علامة الطقة (بارلو وأورتولاني) الأهم والمدحم والايكو (حتى 6 أشهر) والثنيات قليلة الأهمية، وقد نعتمد على تحدّد حركة التباعد بينما بعد ذلك فالتأكد بتحدّد حركة التباعد الأهم، والصورة الشعاعية متأخرة جداً.

## العلاج

✧ يجب أن نعلم أن العلاج غير المناسب يزيد خطورة حدوث اختلاطات.

## الهدف من العلاج:

- ✧ الحصول على ردّ مركزي ثابت لرأس الفخذ.

## توقيت العلاج:

- ✧ **حتّى عمر السنة:** العلاج **مُحافظ** عادةً، وينتهي إلى ورك طبيعي.
- ✧ **بعد عمر السنة:** العلاج **جراحي**، وإذا تمّ قبل عمر 4 سنوات قد يؤدي إلى ورك طبيعي.

## طرق العلاج قبل عمر المشي

- ❖ العلاج مُحافظ.
- ❖ مبدأ العلاج هام جداً وهو عبارة عن إجراء ردّ مركزي للخلع بوضعية التباعد وعطف للورك بشكل باكر، والطرق الممكنة هي (تابع مع الصور في الصفحة التالية):

7. جهاز بافليك هارنرز *Pavlik Harness*:

- ✧ قبل عمر 6 أشهر، عبارة عن أربطة تحدّث تبعيداً وعطفاً للفخذين مع توجيه القدم للخارج، رقم واحد في بلاد الغرب لكن لا يُستخدم كثيراً في بلادنا حيث يحتاج إلى معايرة أسبوعية، ومساعدة فريق طبي متخصص فلا يحظى بتقبل الأهل إضافة إلى سوء تصنيع الأربطة فنستخدم بدلاً عنه وسادة التباعد.

## 2. وسادة التباعد:

- ✘ قبل عمر 6 أشهر لإجراء عطف وتباعد للورك.
- ✘ ونقصد بها تعريض الحفاض.
- ✘ من الأخطاء الشائعة في بلدنا حتى من قبل أطباء الأطفال قول: تسميك الحفاض أي وضع اثنتين أو ثلاثة من الحفاضات فوق بعضها وهذا لا يفي بالغرض فالمطلوب تعريض الحفاض وليس تسميكه (هذه الطريقة الأشيع في بلدنا).

## 3. جهاز تباعد:

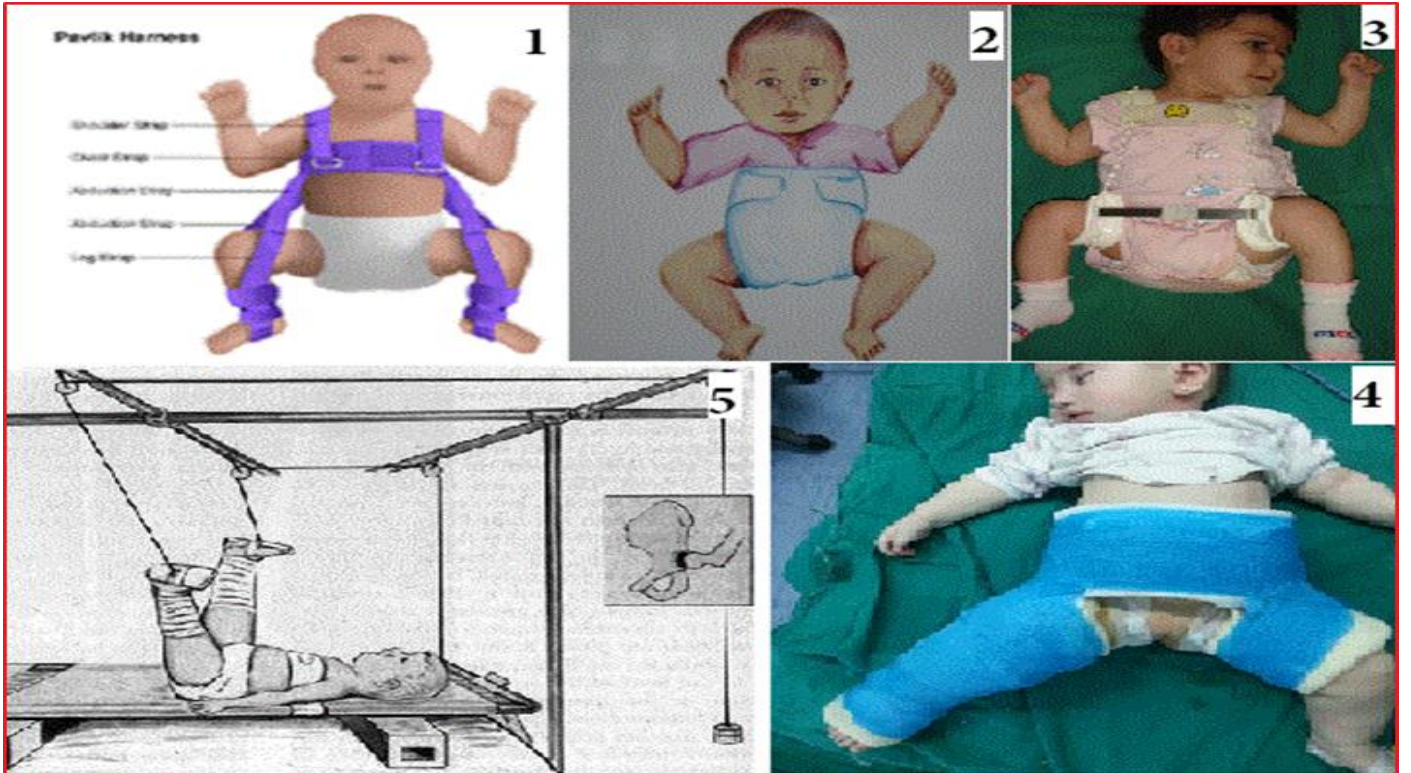
- ✘ يُجرى تعديله مع الوقت بحيث يحافظ على تباعد الفخذين.

## 4. البنطال الجبسي:

- ✘ بعد عمر 6 أشهر، حيث يأخذ الجزء السفلي للبطن والحوض والطرف المخلوع، طريقة غير مريحة وتحملها صعب.

## 5. التمديد الجلدي وخزع المقربات:

- ✘ بعد عمر 6 أشهر، تمدد شاقولي بحيث نشد الطرف ويرد الخلع، ثم نجري تباعد للطرف بعد ذلك، نسبة الشفاء عالية في حال تطبيق الطريقة بعمر باكر، وتحتاج لتعاون الأهل (تحتاج إلى بقاء الطفل ممدداً لمدة أسبوع إلى عشرة أيام)، مكلف، يحتاج لمراقبة، صعب التطبيق وغير عملي، انقرضت هذه الطريقة تقريباً.



## طرق العلاج بعد عمر المشي

❖ العلاج بعد عمر السنة جراحي بشكل أساسي، ويتضمن إحدى الطرق الآتية حسب كل حالة:

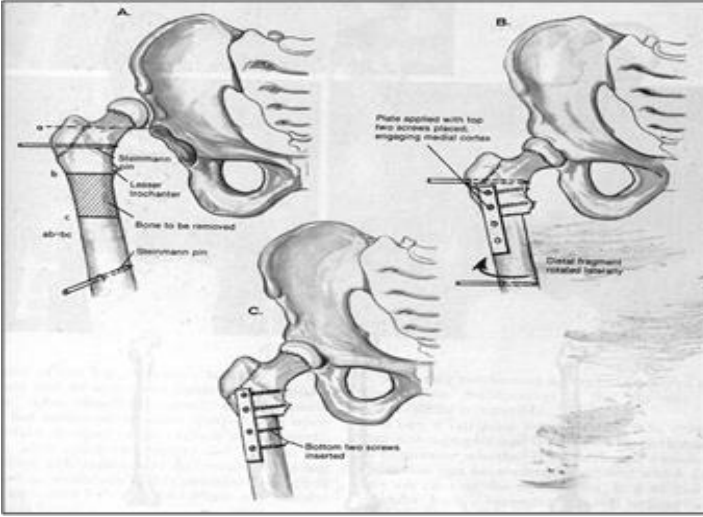
1. الرد الجراحي المفتوح مع تصنيع المحفظة: عندما يكون رأس الفخذ خارج الجوف الحقي وتكون المحفظة متمددة ومرتخية، لذلك نقوم بطيها وتصغيرها مع استئصال الشحم وبعض الأربطة من قاع الجوف الحقي.
2. عملية سالتر: خزع الحوض وإعادة توجيه الجوف الحقي من خلال إجراء كسر في الحوض مع كسر في الجوف الحقي، وتصحيح زاوية ميلان السقف مما يؤدي إلى إعادة التغطية الطبيعية للورك.
3. خزع المقربات: التي تساهم في الخلع وتعيق الرد.
4. خزع تروحي للنهاية العلوية للفخذ: تذكر بخلع الورك يحدث فحج.
5. تقصير وتدوير الفخذ في الأعمار المتقدمة لتحقيق تمرکز رأس الفخذ.

### مميزات العلاج الجراحي بعد عمر المشي:

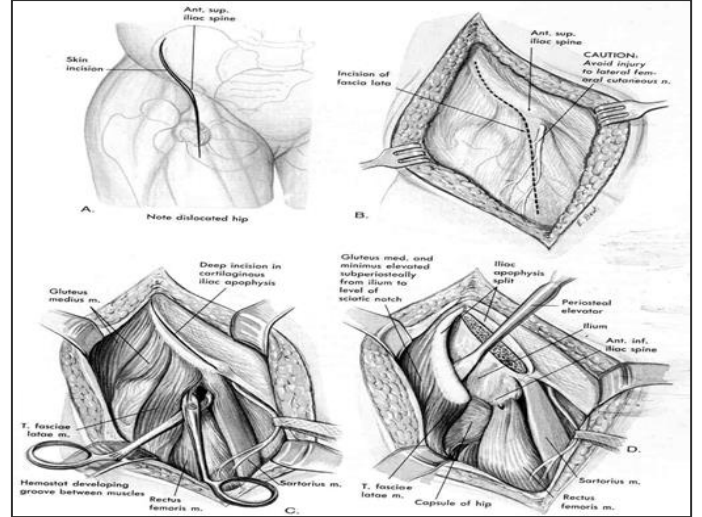
- 1) الحصول على مفصل طبيعي من الناحية التشريحية والوظيفية غير ممكن بالطريقة المحافظة بعد عمر السنة والنصف.
- 2) علاج سهل التطبيق وبزمن أقل بكثير من العلاج المحافظ، وما يتبع من زيادة في التكاليف.
- 3) قلة الاختلالات التي كانت تحصل سابقاً بشكل كبير، أصبحت الاختلالات ضئيلة نسبياً بسبب: (المعرفة - الخبرة - الدراسة ثلاثية الأبعاد D3).

### ملاحظات:

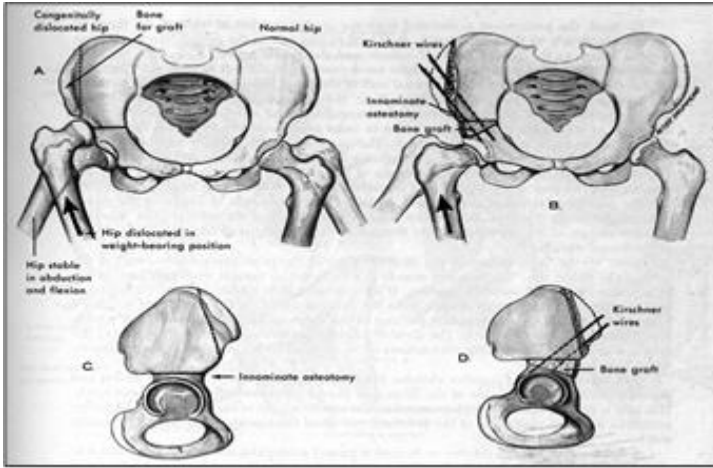
- المهم في العمل الجراحي هو إصلاح عسر التصنع في الجوف الحقي حتى نحمي المفصل من الأذية ونقل نسبة النكس، حيث لوحظ أن الأشخاص الذين لم يخضعوا للجراحة عانوا من مشاكل مفصالية في أعمار متقدمة.
- الرد الجراحي المفتوح مع تصنيع المحفظة وعملية سالتر في حال الطفل صغير بالعمر لحدود سنتين ونصف تقريباً، في حال أكبر يمكن أن نلجأ لعملية تقصير الورك.
- بعد إجراء العمل الجراحي لابد من إجراء صورة بسيطة لرؤية النتائج والمتابعة.



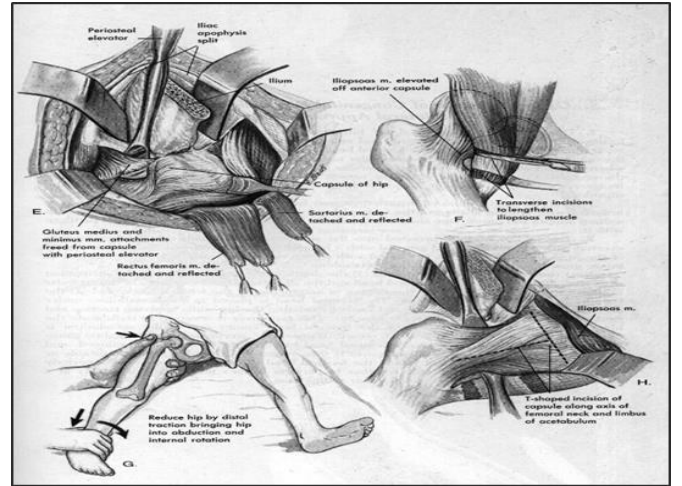
تقصير وتدوير الفخذ



خزع المقربات



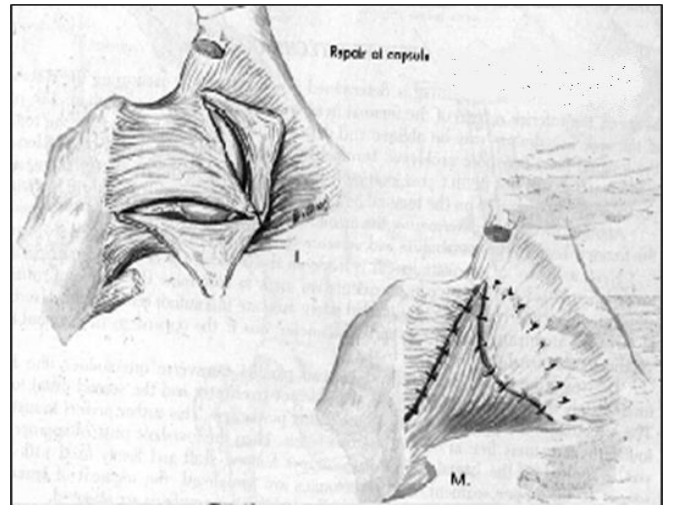
عملية سالتر



رد مفتوح لخدع ورك ولادبي عبر مدخل أمامي جانبي



صورة شعاعية لطفل تبين نواة تعظم صغيرة في الناحية اليمنى نتيجة نقص تطور رأس الفخذ.



تصنيع المحفظة



علاج جراحي لخلع ورك ولادبي



متابعة علاج خلع الورك بجهاز تبعيد للوركين

وصلنا إلى ختام محاضرتنا الجميلة.. نأمل أن تكون قد نالت إعجابكم..

