

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Νοσηλευτική Φροντίδα

ασθενούς με

Συγγενές Εξάρθημα του Ισχίου

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σπουδάστριάς Κουμούτσου Αγγελικής

Υπεύθυνος Καθηγητής

Δημόπουλος Παναγιώτης



Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα Οκτώμβριος 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	317α
----------------------	------



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1η	Σελίδα
Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου	1
Ανατομία. Παθολογική-Ανατομική του ΣΕΙ	3
Συχνότητα-Κατανομή	5
Αιτιολογία	6
<u>Κλινική Έκδοxa</u>	7
1. Σημείο του Ortolani	7
2. Μετάωση της απαγωγής	10
3. Ανισοσκελία	12
4. Σημείο Trendelenburg-Χωλότητα	12
Λοξή Λεκάνη	13
Τερατογενές Εξάρθρωμα	14
<u>Ακτινολογική Διάγνωση</u>	16
Ακτινολογική Διάγνωση νεογέννητου	20
Ακτινολογική Διάγνωση σε μεγαλύτερα βρέφη και παιδιά	22
Αρθρογράφημα	23
<u>Θεραπεία</u>	26
Anteversion	26
Οστεοτομία του μηριαίου	28
Θεραπεία Δυσπλασίας κοτύλης	30
Θεραπεία υπεξάρθρωματος	30
1. Συντηρητική θεραπεία	31
2. Χειρουργική θεραπεία	33

Θεραπεία πλήρους εξάρθρωματος	34
1.0-2 μηνών	34
2.2 μηνών-1 έτους	35
Σταθερά Ανάταξη	37
Οστεοχονδρίτιδα	39
3.1-2 ετών	40
Ανοικτή Ανάταξη	42
Εμπόδια Ανατάξεως	42
4.2-3 ετών	44
5.3 ετών και άνω	44
Ανοικτή ανάταξη και υποτροχανθήριος οστεοτομία	45
Οστεοτομία λεκάνης κατά Salter	45
Οστεοτομία λαγόνιου κατά Pemberton	46
Εγχείρηση της στέγης της οροφής της κοτύλης	46
Οστεοτομίας λεκάνης κατά Chiari	47
Αρθροπλαστική κατά Colonna	47
Τριπλή οστεοτομία του ανωνύμου οστού κατά Steele	47
Επιπλοκές Θεραπείας	48
Οστεοχονδρίτιδα	48
Διπλή μηριαία κεφαλή	52
ΕΝΟΤΗΤΑ 2η	
Γενική φροντίδα ασθενούς με ορθοπαιδικό πρόβλημα(ΣΕΙ)	53
Εγκαιρή ανακάλυψη του ΣΕΙ	53
Νοσηλευτική φροντίδα	53
Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος	54
Επικοινωνία	56
Διατροφή	57
Περιορισμός	57

Προσωπική καθαριότητα και ενδυμασία	58
Κινητοποίηση	59
Εργασία και παιχνίδι	60
Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με γύφο	61
Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού που πρόκειται να χειρουργηθεί	62
Προεγχειρητική ετοιμασία	62
Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος	62
Επικοινωνία	63
Μετεγχειρητική φροντίδα	64
Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος	64
Διατροφή	64
Προσωπική καθαριότητα και ενδυμασία	64
ΕΝΟΤΗΤΑ 3η	65
Ιστορικό χειρουργημένου ΣΕΙ	66
Σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας	69
Ιστορικό συντηρητικού ΣΕΙ	78
Σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας	79
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο σκελετός αποτελεί τη βάση του ανθρώπινου μηχανισμού. Τα οστά που τον αποτελούν είναι τόσο σοφά τοποθετημένα και λειτουργούν με απaráμιλλη τεχνική ώστε δικαίως προκαλούν τον θαυμασμό μας. Παρόλα τα βιβλία που έχουν γραφτεί με το θέμα αυτό, η μελέτη των οστών και των αρθρώσεων εξακολουθεί να μας συναρπάζει και να μας αφήνει άφωνους η τέλεια, συγχρονισμένη λειτουργία τους.

Η άρθρωση του ισχίου είναι από τις σημαντικότερες του ανθρώπινου σκελετού και οι εργασίες που επιτελεί έχουν μεγάλη σπουδαιότητα. Μέσω αυτής, επιτυγχάνεται η κίνηση. Μέσω αυτής, ο άνθρωπος μπορεί να κάνει άλματα.

Η μελέτη του Συγγενούς Εξαρθρήματος του Ισχίου, αποτελεί ένα από τα πιο ενδιαφέροντα θέματα της ορθοπεδικής και της ιατρικής γενικότερα. Η αδυναμία του ισχίου να εκτελέσει τις λειτουργίες για τις οποίες υφίσταται και οι προσπάθειες που κάνει η ιατρική για να υπερνικήσει την αδυναμία αυτή, είναι το θέμα της εργασίας αυτής, που ο απώτερος σκοπός της είναι να κεντρίσει το ενδιαφέρον του αναγνώστη και να τον οδηγήσει μέσα στο θαυμαστό κόσμο της λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού.

ΕΝΟΤΗΤΑ 1η:

ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Με τον όρο Συγγενές Εξάρθρωμα του Ισχίου(Σ.Ε.Ι.) περιγράφεται παθολογική κατάσταση, κατά την οποία η κεφαλή του μηριαίου οστού έχει την τάση να παρεκτοπίζεται έξω από την κοτύλη. Η πάθηση αυτή είναι γνωστή από τα χρόνια του Ιπποκράτη, όμως, ακόμα και σήμερα, εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα όσον αφορά την αιτιολογία και μερικές φορές την αντιμετώπισή της.

Σε πολλά συγγράμματα ορθοπαιδικής αναφέρονται οι έννοιες της "δυσπλασίας της κοτύλης", του "υπεξάρθρηματος" και του "συγγενούς εξάρθρηματος" του ισχίου. Οι έννοιες αυτές εκφράζουν το διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας μιας ανωμαλίας, την πλημμελή κατασκευή της αρθρώσεως του ισχίου, την οποία αποτελούν η κοτύλη και η μηριαία κεφαλή και οποία έχει ως συνέπεια την πλημμελή λειτουργία αυτής. Είναι ανάγκη να γίνει σαφής διαχωρισμός των εννοιών αυτών για καλύτερη κατανόηση των γραφόμενων.

Με τον όρο "δυσπλασία της κοτύλης" εννοούμε ότι στην άρθρωση του ισχίου το πάσχον μέρος είναι μόνο η κοτύλη και ότι η θέση της μηριαίας κεφαλής εντός αυτής βρίσκεται εντός του φυσιολογικού. Οι σχέσεις δηλ. κοτύλης-μηριαίας κεφαλής δεν έχουν διαταραχτεί. Μιλούμε δηλαδή περί δυσπλαστικής κοτύλης και φυσιολογικού άνω άκρου του μηριαίου, αν και τούτο θεωρητικώς δεν είναι απόλυτα ορθό, διότι πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι η δυσπλασία της κοτύλης είναι αποτέλεσμα της αυξημένης προς τα μπρος παρεκκλίσεως του άνω άκρου του μηριαίου (anteversion).

Με τον όρο "υπεξάρθρωμα ισχίου" εννοούμε ότι στο ισχίο εκτός της δυσπλασίας της κοτύλης υπάρχει παρεκτόπιση της μηριαίας

κεφαλής, άλλοτε άλλου βαθμού, αλλά διατηρείται μια σχετικά καλή επαφή κοτύλης-μηριαίας κεφαλής. Η άρθρωση δηλαδή εξακολουθεί κατά κάποιο τρόπο να είναι σταθερή.

Στο Σ.Ε.Ι. , εκτός της δυσπλασίας της κοτύλης υπάρχει και η πλήρης παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής, οι σχέσεις δηλαδή κοτύλης-μηριαίας κεφαλής έχουν τόσο διαταραχθεί, ώστε η άρθρωση καθίσταται ασταθής. Η μηριαία κεφαλή δεν καλύπτεται επαρκώς ή και καθόλου από την κοτύλη. Είναι βέβαια σαφές, ότι τα όρια δυσπλασίας κοτύλης-υπεξαρθρήματος και πλήρους εξαρθρήματος δεν είναι δυνατόν να είναι πάντοτε σαφή και αυτό αναφέρεται τόσο στη κλινική, όσο και στη ακτινολογική διάγνωση.

ANATOMIA

Παθολογική-Ανατομική του Σ.Ε.Ι.

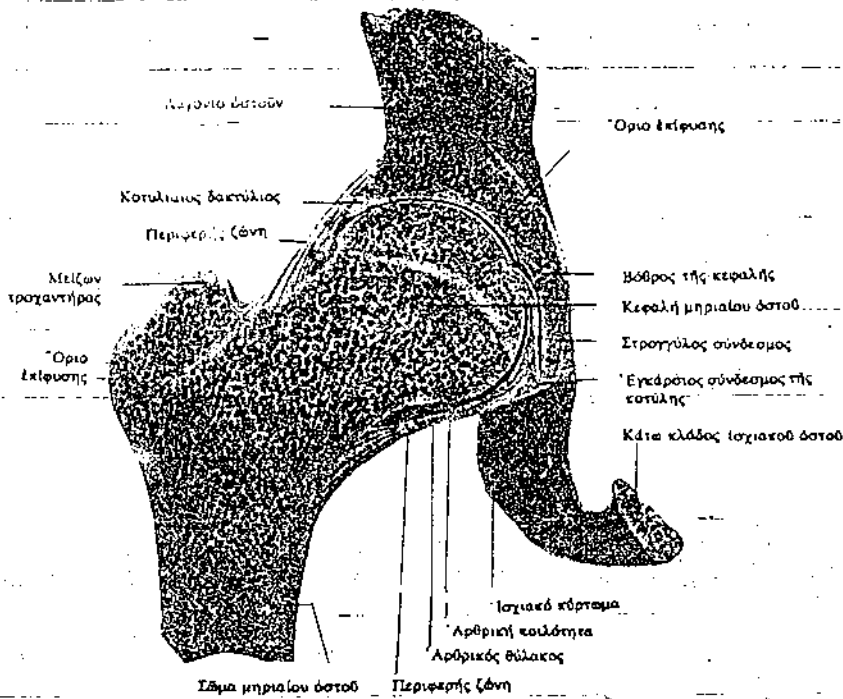
Όλα τα οστά του οργανισμού αναπτύσσονται σύμφωνα με την αρχή πίεση-διαμόρφωση. Έτσι για να διαπλασθεί φυσιολογικά η κοτύλη χρειάζεται τη φυσιολογική πίεση της κεφαλής του μηριαίου.

Η κοτύλη είναι αβαθής και ο προσανατολισμός αυτής περισσότερο προς τα πρόσω και έξω. Με την πάροδο του χρόνου αποκτά τριγωνικό σχήμα με τη βάση προς τα μπρος και κάτω και τη κορυφή προς τα άνω και πίσω. Ο πυθμένας αυτής είναι πλήρης από ινολιπόδη σάρκια, ενώ ο περιχείλιος χόνδρος πολλές φορές ανευρίσκεται υπερτροφικός και ανεστραμμένος.

Ο στρογγύλος σύνδεσμος μπορεί να είναι υπερτροφικός και να εμποδίζει την ανάταξη του εξαρθήματος, ενώ άλλοτε παρουσιάζει μεγάλου βαθμού ατροφία ή είναι πλήρως διατετμημένος.

Η μηριαία κεφαλή ενώ στην αρχή πολύ λίγο διαφέρει από την φυσιολογική, βαθμηδόν μεταβάλλει σχήμα και ο πυρήνας οστεώσεως αυτής αρχεί να εμφανισθεί. Πολλές φορές, παρατηρούμε εκτύπωμα επί του λαγόνιου οστού και άνωθεν της κοτύλης στο οποίο εγκαθίσταται η μηριαία κεφαλή (ψευδοκοτύλη). Η μηριαία κεφαλή παρουσιάζει επίσης άλλοτε άλλου βαθμού ατροφία.

Ο θύλακας είναι υπερτροφικός και παρουσιάζει πολλές φορές σχήμα κλεψύδρας, η μέση της οποίας περισφίγγεται από το τένοντα του λαγονοφοίτου, ο οποίος κατ'αυτόν τον τρόπο εμποδίζει την ανάταξη της εξαρθρωμένης μηριαίας κεφαλής. Το άνω τμήμα της κλεψύδρας περιέχει τη μηριαία κεφαλή, ενώ το κάτω την κοτύλη. Το φαινόμενο άλλωστε της ανωμάλου περίξ της μηριαίας κεφαλής προσφύσεως του



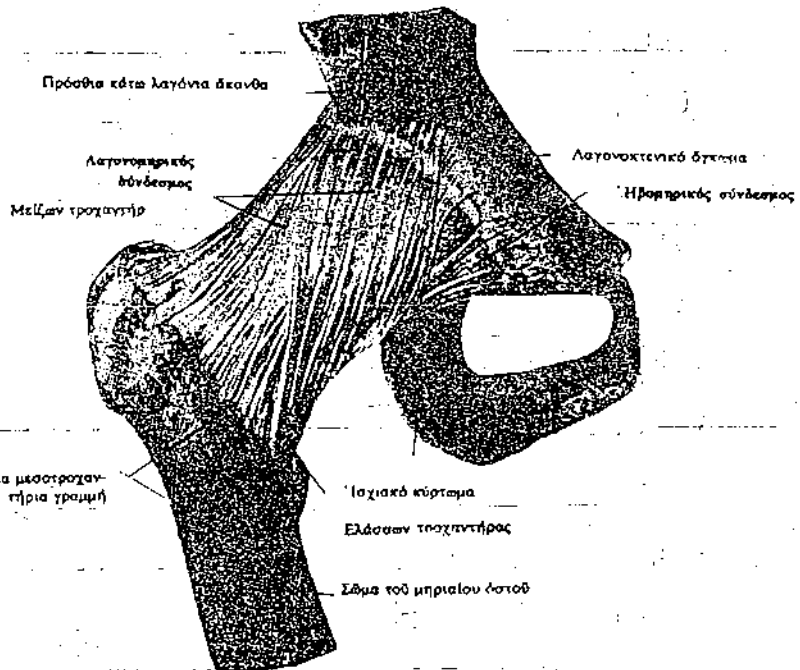
θυλάκου είναι πολύ συχνό.

Ο αυχένας του μηριαίου είναι βραχύτερος, με αυξημένη προς τα μπρος παρέκκλιση (anteversion) στις περισσότερες περιπτώσεις.

Όσον αφορά τους περίξ της άρθρωσης μύες, παρατηρούμε βράχυνση

Φωτ.1. Δεξιά διάρθρωση του ισχίου σε κατά μέτωπο διατομή.

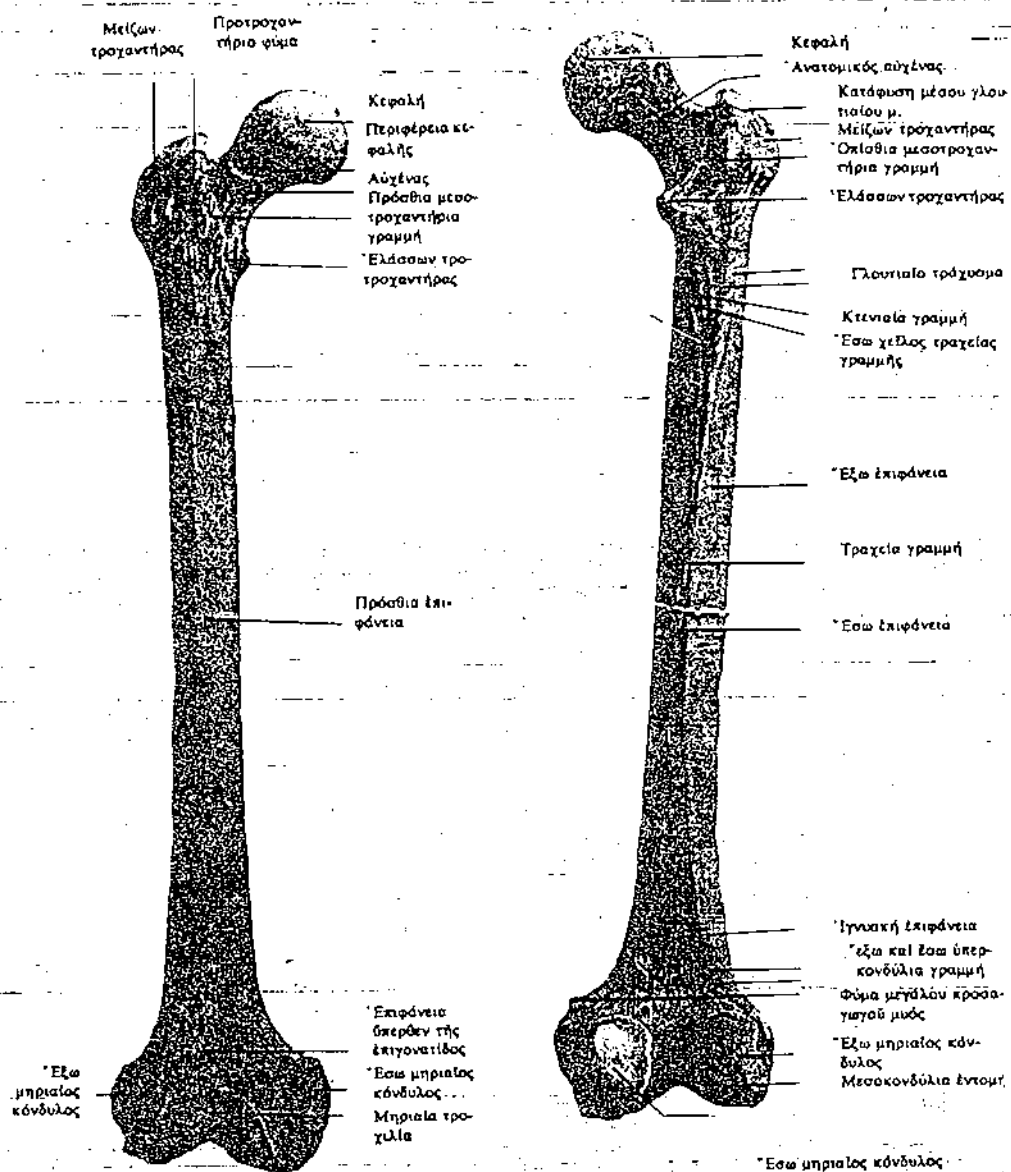
των προσαγωγών, του ορθού μηριαίου, του ραπτικού και του τένοντος, της πλατειάς περιτονίας, των οπισθίων μηριαίων, του μέσου και μικρού γλουτιαίου.



Φωτ.2. Δεξιά διάρθρωση του ισχίου.

(Φωτ.1,2,3)

Πρόσθια επιφάνεια-



Φωτ.3. Δεξιό μηριαίο οστό από εμπρός (αριστερά) και από πίσω (δεξιά).

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ-ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Το Σ.Ε.Ι. είναι μια αρκετά γνωστή πάθηση στην Ευρώπη και μάλιστα σε ορισμένες χώρες αυτής, όπως Βόρεια Ιταλία, Νότια Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα κ.ά. Είναι συχνό στη λευκή φυλή, παρατηρείται όμως και στην κίτρινη ενώ στη μαύρη είναι σπάνιο.

Χαρακτηριστικά στοιχεία της πάθησης είναι ότι τα κορίτσια

προσβάλλονται πιο συχνά από τα αγόρια σε ποσοστό 6:1, ότι το ετερόπλευρο είναι πιο συχνό από το αμφοτερόπλευρο σε ποσοστό 2:1 και ότι το αριστερό ισχίο προσβάλλεται πολύ πιο συχνά από το δεξιό (4:1).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία της παθήσεως είναι και σήμερα ακόμη αμφιλεγόμενη. Υπάρχουν οπωσδήποτε γενετικοί επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση της παθήσεως, γιατί στατιστικά έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος να εμφανισθεί Σ.Ε.Ι. στα δευτερότοκα παιδιά μιας οικογένειας, που έχει ήδη ένα παιδί με Σ.Ε.Ι., είναι 6% όταν οι γονείς είναι φυσιολογικοί, ενώ όταν ένας από τους γονείς έχει επίσης ΣΕΙ το ποσοστό ανέρχεται σε 36%.

Υπάρχουν επίσης και άλλοι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της παθήσεως, όπως μηχανικοί που δρουν κατά τους τελευταίους τρεις μήνες της κύησης, όταν η λεκάνη του εμβρύου εγκλωβίζεται μέσα στη λεκάνη της μητέρας και παρεμποδίζονται οι φυσιολογικές κινήσεις του εμβρύου, όπως και η αντίσταση που προβάλλουν οι μύες της κοιλιάς και της μήτρας της μητέρας παρεμποδίζοντας τις κινήσεις του εμβρύου. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από στατιστικά δεδομένα, γιατί έχει βρεθεί ότι το 60% των παιδιών με Σ.Ε.Ι. είναι πρωτότοκα και ασφαλώς πρωτότοκες μητέρες έχουν καλύτερο μυϊκό σύστημα από τις δευτερότοκες. Επίσης είναι γνωστό ότι το 30-50% από τα παιδιά με Σ.Ε.Ι. έχουν γεννηθεί με ισχιακή προβολή.

Τα τελευταία χρόνια, η υπόθεση ότι το συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου οφείλεται στη χαλαρότητα του θυλάκου της αρθρώσεως αποκτά όλο και περισσότερους οπαδούς. Ερευνητές βρήκαν σε νεογέννητα βρέφη αυξημένη ποσότητα οιστρογόνων κατά τις πρώτες μέρες της

γεννήσεώς τους. Διαπίστωσαν λοιπόν, ανικανότητα του ήπατος των βρε-
φών, με Σ.Ε.Ι. να εξουδετερώνουν τις κυκλοφορούντες στο αίμα οισ-
τρογονικές ορμόνες. Η εργασία τους, έδωσε άφορμή σε πολλούς να ταχ-
θούν με την άποψη ότι η χαλαρότητα της αρθρώσεως, οφειλόμενη σε ο-
ρμονικά αίτια προκαλεί το εξάρθρημα.

Άλλοι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της παθή-
σεως είναι οι μητρικές ορμόνες που εκκρίνονται λίγο πριν από τη
γέννηση για να προκαλέσουν χαλάρωση του πυελικού δακτύλιου και
τέλος διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

1. Σημείο του Ortolani

Το σημείο αυτό συνίσταται στην κατά την απαγωγή του σκέ-
λους ανάταξη του εξάρθρηματος και τοποθέτηση της μηριαίας κεφα-
λής εντός της κοτύλης. Η έκλυση του σημείου αυτού επιτελείται ως
εξής: με το ισχίο σε κάμψη συλλαμβάνεται ο μηρός με τον αντίχει-
ρα στην έσω επιφάνεια αυτού και τα υπόλοιπα δάκτυλα στην έξω ε-
πιφάνεια και βαθμιαία απάγεται το ισχίον, ενώ συγχρόνως ασκείται
προς τα άνω πίεση επί του μείζονος τροχαντήρος δια του μέσου και
παραμέσου δακτύλου. Στην περίπτωση θετικότητας του σημείου αισθα-
νόμεθα ένα "γδούπο" πληρώσεως κενού. Τον αντιλαμβανόμαστε και με
την αφή και με την ακοή και πολλές φορές με την όραση. Κατά την
προσαγωγή του σκέλους από τη θέση ανατάξεως, αντιλαμβανόμαστε την
έξοδο της μηριαίας κεφαλής από την κοτύλη, δηλαδή το "σημείο εξό-
δου" όπως περιγράφεται στα διάφορα συγγράμματα ορθοπεδικής.

Το σημείο του Ortolani αποτελεί το σπουδαιότερο διαγνωστι-
κό μέσο ενός πλήρους εξάρθρηματος και είναι δυνατόν να είναι θε-
τικό τόσο σε νεογέννητο βρέφος, όσο και σε βρέφος μηνών ή ακόμα

και πέρα την ηλικία του ενός έτους. Αυτό πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα, διότι επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη ότι το σημείο του Ortolani είναι θετικό μόνο σε βρέφη ημερών, βδομάδων ή λίγων μηνών. Το θετικό σημείο σε βρέφη σχετικά μεγάλης ηλικίας, πολλές φορές έχει διαπιστωθεί στην πράξη. Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν βρέφη με σχετική χαλαρή άρθρωση, άγνωστης αιτιολογίας.

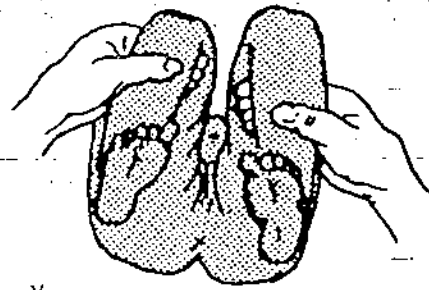
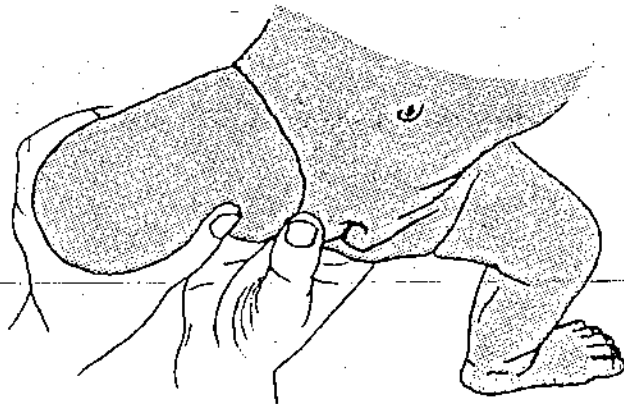
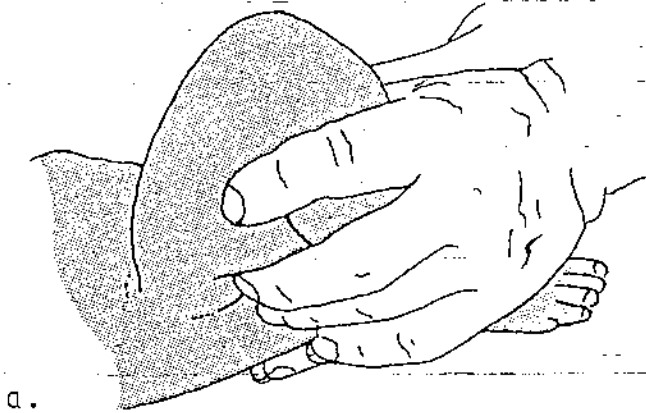
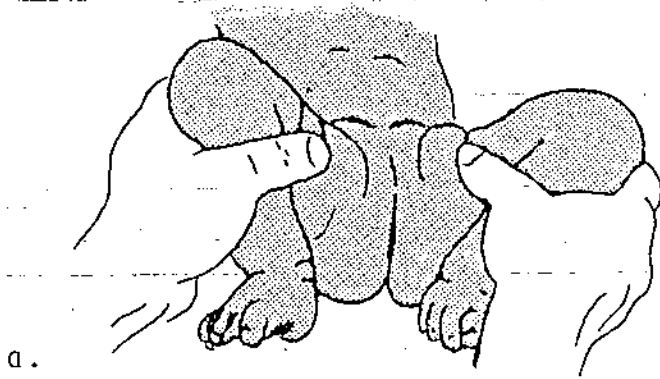
Το σημείο του Ortolani είναι δυνατόν να είναι αρνητικό και εντούτοις να πρόκειται για πλήρες εξάρθρημα στις εξής περιπτώσεις:

α. Σε περιπτώσεις που το εξάρθρημα δεν ανατάσσεται. Αυτό συμβαίνει π.χ. σε "τερατογενών" καλούμενων εξαρθημάτων, στα οποία συνυπάρχει μεγάλη μείωση της απαγωγής και η ανάταξη επιτυγχάνεται μόνο χειρουργικώς, παρά το μικρό της ηλικίας του ασθενούς. Σ' ένα τυπικό Σ.Ε.Ι. το εξάρθρημα είναι δυνατόν να μην ανατάσσεται λόγω μεγάλης παρεκτόπισης της μηριαίας κεφαλής και βραχύνσεως των πέριξ μαλακών μορίων και μάλιστα των προσαγώνων μυών. Η μη ανάταξη ενός πλήρους τυπικού Σ.Ε.Ι. είναι δυνατόν να αφορά βρέφη μικράς ηλικίας, ακόμη και ηλικίας 4-5 μηνών.

β. Σε περιπτώσεις που η παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής είναι τόσο μικρή, ώστε κατά την απαγωγή του σκέλους να μην αντιλαμβανόμαστε επαρκώς το χαρακτηριστικό γδούπο της ανατάξεως.

Κατά την προσπάθεια έκλυσης του σημείου του Ortolani δεν πρέπει να γίνεται σύγκυση μ' ένα άλλο θόρυβο, ο οποίος οφείλεται πολλές φορές σε πρόσκρουση της μηριαίας κεφαλής στο στρογγύλο σύνδεσμο σ' ένα φυσιολογικό ισχύο.

Η αυτόματη εξαφάνιση του σημείου του Ortolani, λόγω αυτομάτου δηλ. άνευ θεραπείας, ανατάξεως του εξαρθήματος ενός νεογέννη-



α. ο έλεγχος διά τὸ σημεῖον τοῦ Ortolani.
 β. ο έλεγχος διά τὸ «σημεῖον ἐξόδου» (σημεῖον τοῦ Barlow). Διά τῆς μιᾶς χειρὸς ἀκίνητοποιοῦμεν τὴν λεκάνην, ἐνῶ διά τῆς ἄλλης ἐξωθεῖται ἡ μηριαία κεφαλὴ πρὸς τὰ ὀπίσω καὶ ἔξω.
 γ. διάγνωσις ἀνισοσκελίας.

του βρέφους είναι δυνατόν να αποτελέσει την αιτία γενέσεως αμβλυωπειών, ως προς την ορθότητα της διαγνώσεως. Είναι δυνατό κατά την εξέταση ενός νεογέννητου βρέφους ν' ανευρίσκεται θετικό το σημείο αλλά μετά παρέλευση ημερών ή μηνών ν' ανευρίσκεται αρνητικό και ο εξεταστής να αμφιβάλλει για την ορθότητα της αρχικής του κρίσης. Η αυτόματη ανάταξη ενός εξαρθρήματος και η αρνητικοποίηση του σημείου του Ortolani είναι γεγονός αναμφισβήτητο και σ' αυτό όλοι συμφωνούν.

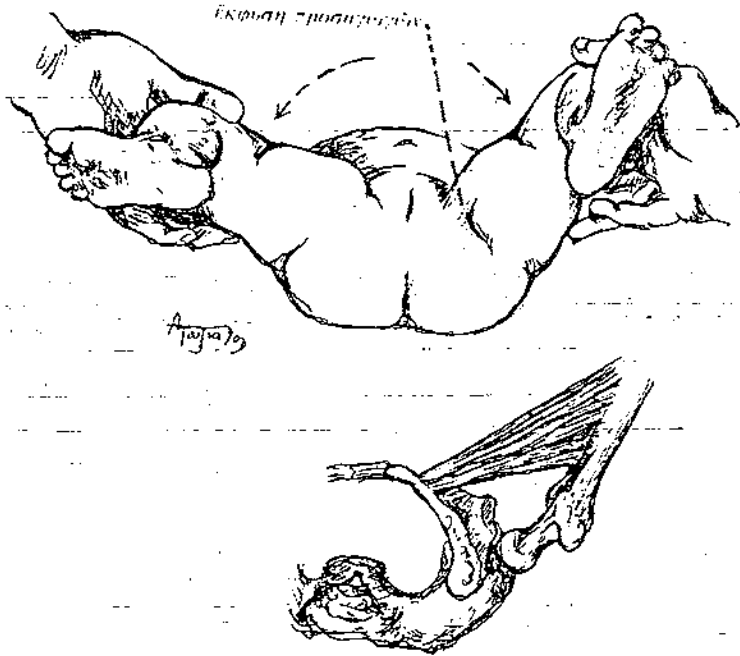
Ο Barlow (1962) δεν εφάρμοσε θεραπεία για ένα χρόνο σε διαπιστωθέντα κλινικώς πλήρη εξαρθρήματα σε νεογέννητα βρέφη μέχρι την ηλικία των 2 μηνών. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η ανάταξη του εξαρθρήματος επήλθε εντός ημερών ή βδομάδων από τη γέννηση του βρέφους. Οι Thieme και Wynne-Davis (1968) αναφέρουν ότι 50% των κλινικώς διαπιστωθέντων πλήρων εξαρθρημάτων ανατάχθηκαν αυτόματα μέσα στην πρώτη εβδομάδα της γέννησης.

Σε κάθε περίπτωση διαπιστώσεως θετικού του σημείου του Ortolani, πρέπει να εφαρμόζεται θεραπεία αλλά και σε κάθε περίπτωση αυτόματης ανατάξεως ενός Σ.Ε.Ι. Η αυτόματη ανάταξη ενός πλήρους εξαρθρήματος σημαίνει τη μετάπτωσή του σε απλή δυσπλασία της κοτύλης ή υπεξάρθρημα. Αν δεχθούμε την εξελικτική σχέση δυσπλασίας κοτύλης-υπεξαρθρήματος-πλήρους εξαρθρήματος, τίποτα δεν μας εμποδίζει να πιστέψουμε τη μετάπτωση της δυσπλασίας της κοτύλης ή του υπεξαρθρήματος που προέρχεται από αυτόματη ανάταξη, σ' ένα πλήρες πάλι εξάρθρημα αν δεν εφαρμόσουμε θεραπεία.

2. Μείωση της παραγωγής

Το εόρημα αυτό (φωτ. 4) δεν είναι σταθερό σ' όλες τις περιπτώσεις πλήρους εξαρθρήματος. Σε νεογέννητο βρέφος, δεν διαπιστώνεται

μείωση της απαγωγής του ισχίου στις περισσότερες περιπτώσεις. Το φαινόμενο της ανυπαρξίας μειωμένης απαγωγής σε βρέφη με πλήρες εξάρθρημα μεγαλύτερης ηλικίας δεν είναι σπάνιο. Εξήγηση του φαινομένου αυτού δεν υπάρχει. Θα μπορούσε να ενόχοποιηθεί ο παράγοντας



γενική χαλαρότητα των αρθρώσεων, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις Σ.Ε.Ι. με όχι μειωμένη απαγωγή δεν διαπιστώνεται η χαλαρότητα αυτή.

Καταστάσεις που μπορεί να παρατηρηθεί μείωση της απαγωγής του ισχίου, που δεν έχει σχέση με το Σ.Ε.Ι. είναι:

- α. Συγγενές ραιβό ισχίο
- β. Εγκεφαλική παράλυση

Φωτ. 4. Περιορισμένη απαγωγή στο πάσχον ισχίο, ενώ προβάλλουν ταυτόχρονα οι προσαγωγοί μύες.

που προκαλεί σπαστικότητα των κάτω άκρων.

γ. Τραυματισμός του ισχίου κατά τον τοκετό (κάταγμα, σύνθλιψη των μαλακών μορίων κλπ) ή σε μεγαλύτερη ηλικία (κάταγμα, εξάρθρημα κλπ)

δ. Αρθρίτιδα του ισχίου (πυώδης, ΤΒC, ρευματοειδής αρθρίτιδα, κλπ).

Στις περιπτώσεις αυτές βέβαια συνυπάρχει περιορισμός και άλλων κινήσεων.

ε. Πολυμυελίτιδα, η οποία μπορεί να προκαλέσει βράχυνση των προσαγωγών.

Η μεγάλη σε κάθε περίπτωση μείωση της απαγωγής του ισχίου

πρέπει να μας βάζει σ' ανησυχία και περίπτωση να ερευνάται για τυχόν υπεξάρθρημα ή εξάρθρημα του ισχίου.

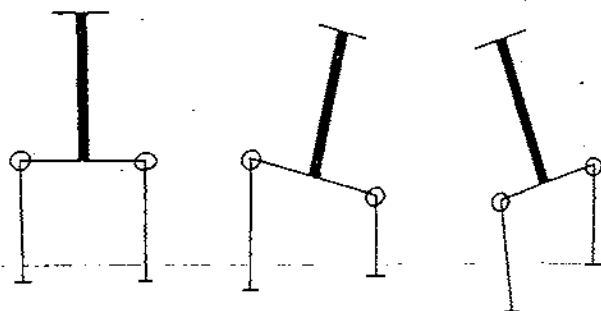
3. Ανισοσκελία

Αυτή είναι πλέον εμφανή σε πλήρες εξάρθρημα.

4. Σημείο Trendelenburg-Χωλότητα (φωτ. 5)

Αυτό οφείλεται σε αδυναμία των απαγωγών του ισχίου μών να συγκρατήσουν την λεκάνη όταν ο ασθενής στέκεται όρθιος στο πάσχον σκέλος. Η ελαττωμένη ισχύς των απαγωγών οφείλεται στην προς τα άνω παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής και συνεπώς μετατόπιση του υπομοχλίου της δύναμews. Όταν ο ασθενής στέκεται όρθιος επί του πάσχοντος σκέλους, η λεκάνη δεν ανυψώνεται στο αντίθετο πλάγιο, όπως

θα έπρεπε αλλά αντιθέτως πέφτει (φωτ. 6). Αυτό γίνεται περισσότερο εμφανές αν προηγουμένως σημειώσουμε τη θέση και των δύο οπισθίων άνω λαγόνιων ακρολοφιών. Κατά τη βάρδιση του



φωτ. 5. Σημείο Trendelenburg

ασθενούς για να αντιρροπήσει

αυτός την προς το αντίθετο πλάγιο κλίση της λεκάνης και να επιτρέψει έτσι την καλή λειτουργία του αντίθετου σκέλους, κλίνει τον κορμό προς το πάσχον ισχίο και κατ' αυτό το τρόπο μετατοπίζει το κέντρο βάρους του σώματος, ενώ συγχρόνως δίνει την ευκαιρία στους πλάγιους μύες του κορμού ν' ανυψώσουν τη λεκάνη στο αντίθετο πλάγιο. Κατά τη βάρδιση συνεπώς και όσες φορές ο ασθενής στηρίζεται στο πάσχον σκέλος, το σώμα του ασθενούς κλίνει προς το πάσχον πλάγιο και δημιουργεί έτσι το βάρδισμα Trendelenburg. Το βάρδισμα αυτό γίνεται περισσότερο εμφανές σε ετερόπλευρες περιπτώσεις Σ.Ε.Ι. και η διάγνωση είναι πλέον εύκολη. Σ' αμφοτερόπλευρες περιπτώσεις έ-



Φωτ. 6. Έλεγχος για το σημείο Trendelenburg

χουμε το χαρακτηριστικό χήναιο βάδισμα.

Σε περιπτώσεις ετερόπλευρου ΣΕΙ και εφ' όσον ο μικρός ασθενής δεν έχει ακόμα αποκτήσει το βάδισμα Trendelenburg, καθίσταται εμφανώς μια ιδιαίτερη μορφή χωλότητας: ο μικρός ασθενής όταν στέκεται στο πάσχον σκέλος φέρνει το άκρο πόδι σε πλήρη επαφή με το έδαφος, δηλαδή δεν παρουσιάζει ιππιισμό, ενώ κάμπτει το γόνατο του αντίθετου σκέλους.

Λοξή Λεκάνη

Πολλές φορές, κατά τη μελέτη μιας κατά μέτωπο ακτινογραφίας επί υποψίας ΣΕΙ, παρατηρούμε κλίση της λεκάνης προς το ένα πλάγιο. (Φωτ. 7). Αυτό μπορεί να οφείλεται:

1. Στη μη καλή τοποθέτηση του ασθενούς κατά τη στιγμή της λήψης της ακτινογραφίας.
2. Στην παρουσία ιδιοπαθούς ή συγγενούς σκολιώσεως, αποτέλεσμα της οποίας είναι η ανόρθωση της λεκάνης στο ένα πλάγιο.
3. Σε βράχυνση των απαγωγών του ισχίου μύων συνέπεια ανωμάλου μάλλον θέσεως του εμβρύου εντός της μήτρας. Στην περίπτωση αυτή το ένα από τα ισχία βρίσκεται σε απαγωγή και το άλλο σε προσαγωγή. Στο ένα από τα ισχία διαπιστώνεται μείω-



Φωτ. 7. Λοξή λεκάνη σε βρέφος 5 μηνών.

της προσαγωγής, ενώ στο άλλο μείωση της απαγωγής λόγω δευτερογενούς βραχύνσεως των προσαγωγών μυών. Σε περίπτωση κατά την οποία η βράχυνση των απαγωγών έχει εγκατασταθεί για μακρό χρονικό διάστημα, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί δυσπλασία της κοτύλης στο σε προσαγωγή ισχίο, όπως και υπεξάρθρωμα αυτού.

Είναι επίσης δυνατό να παρατηρήσουμε και αντιρροπιστική σκώλιωση της σπονδυλικής στήλης. Η θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται όσο το δυνατό συντομότερα και συνίσταται στην εφαρμογή εκτάσεως και ήπιων ασκήσεων ή σε σοβαρότερες περιπτώσεις εφαρμογή γύψου με το ένα ισχίο σε προσαγωγή, έκταση και έσω στροφή και το άλλο σε κάμψη, απαγωγή και έξω στροφή.

Τερατογενές Εξάρθρωμα

Με τον παραπάνω όρο χαρακτηρίζουμε το εξάρθρωμα εκείνο, το οποίο παρουσιάζει αμέσως μετά τη γέννηση του βρέφους μεταβολές ό-



μοτες μ' εκείνες ενός προκεχωρημένου τυπικού συγγενούς εξαρθρώματος (φωτ. 8α, β). Οι μεταβολές αυτές αφορούν τόσο την παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής, όσο και τη δυσπλασία της κοτύλης.

φωτ. 8α, β. Τερατογενές εξάρθρωμα σε βρέφος 10 μηνών (άνω) και 3½ μηνών (δεξιά)



Κλινικά διαπιστώνεται μεγάλη μείωση της απαγωγής, το δε εξάρθρωμα δεν ανατάσσεται παρά

μόνο χειρουργικώς. Η χειρουργική ανάταξη ενός τέτοιου εξαρθρήματος είναι πολλές φορές τόσο δύσκολη, όσο ενός τυπικού συγγενούς εξαρθρήματος ασθενούς μεγάλης ηλικίας πχ 3-4 ετών. Κατά τη διάρκεια της ανοικτής ανατάξεως διαπίστώνεται μεγάλη δυσπλασία της κοτύλης. Η anteversion (παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής) δεν είναι συνήθως αυξημένη, ο δε σπχέννας του μηριαίου είναι βραχύς. Το τερατογενές εξαρθρημα αναπτύσσεται εντός της μήτρας και πολλές φορές συνυπάρχει μαζί με άλλες συγγενείς παθήσεις, όπως αρθρογρύπωση, συγγενή πλατυποδία κλπ.

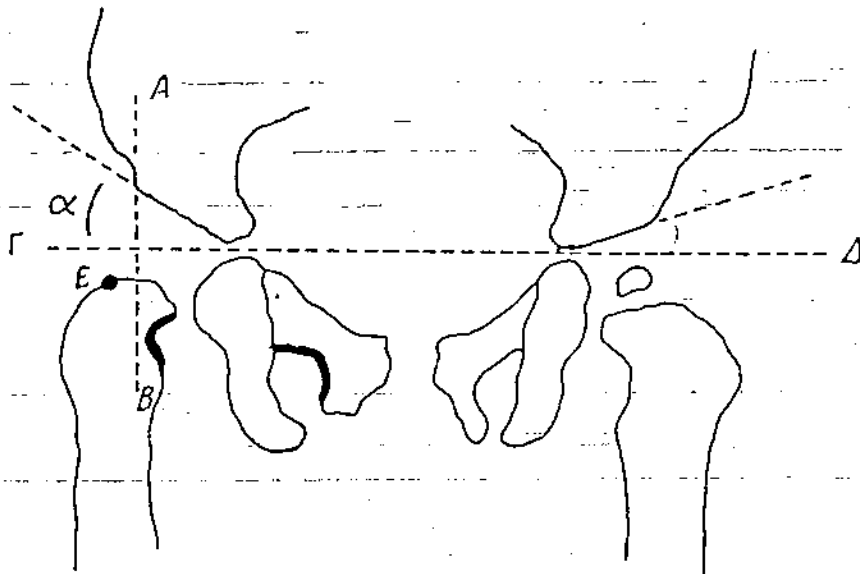
Ως προς την συχνότητα του τερατογενούς εξαρθρήματος δεν υπάρχουν αξιόλογες στατιστικές. Ο Somerville (1953) αναφέρει ότι από τα 35 ισχία στα οποία έκανε ανοικτή ανάταξη, τα 3 ήταν τερατογενή.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ακτινολογική διάγνωση του πλήρους εξαρθρήματος συνίσταται στη διάγνωση : α. της δυσπλασίας της κοτύλης και β. της παρεκτοπίσεως της μηριαίας κεφαλής από την κοτύλη.

Η τυχόν υπάρχουσα δυσπλασία της κοτύλης ακτινολογικώς εμφανίζεται με τη μορφή της οροφής αυτής. Δυστυχώς, δεν είναι γνωστό άλλο αξιόλογο ακτινολογικό εύρημα, ενδεικτικό της δυσπλασίας της κοτύλης. Η κοτυλιαία γωνία, που σχηματίζεται από μια οριζόντια γραμμή, η οποία ενώνει τα δύο σημεία συνενώσεως των τριών οστών της λεκάνης και της ευθείας, η οποία άπτεται της οροφής της κοτύλης, εκφράζει το βαθμό δυσπλασίας της κοτύλης. Σε πολλά συγγράμματα ορθοπαιδικής αναφέρεται ότι σε περιπτώσεις στις οποίες η κοτυλιαία γωνία είναι μεγαλύτερη των 30° , τότε πιθανώς πρόκειται για δυσπλασία της κοτύλης ή πλήρους εξαρθρήματος, εφ' όσον συνυπάρχει και παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής και πρέπει να εφαρμοσούμε θεραπεία.

Η ακτινολογικώς μετρούμενη κοτυλιαία γωνία δεν είναι δυνατόν εκ του ασφαλούς να εκφράσει το βαθμό δυσπλασίας μιας κοτύλης. Είναι πχ. δυνατόν η κοτυλιαία γωνία να είναι η ίδια σε δύο διαφορετικά ισχία και εν τούτοις πραγματική δυσπλασία της κοτύλης υπάρχει μόνο στο ένα. Ο Coleman εξηγώντας την ανεπάρκεια της κοτυλιαίας γωνίας για να εκφράσει τυχόν υπάρχουσα δυσπλασία της κοτύλης, λέει τα εξής: " η κοτυλιαία γωνία αποτελεί μόνο ένδειξη της καταστάσεως της οστεοποιήσεως της οροφής της κοτύλης και δείχνει μόνο την προς τα άνω κλίση της και έχει σχέση μόνο μ' ένα τμήμα της κοτύλης. Στην περίπτωση πολύ μεγάλης κοτυλιαίας γωνίας, σε κλινικά παθολογικά ισχία αυτό μάλλον σημαίνει γενική δυσπλασία της κοτύλης. Αν όμως η δυσπλασία της κοτύλης εντοπίζεται κυρίως στο οπίσθιο τείχος αυτής ή



Φωτ. Β.

Μέτρησης τῆς κοτυλιαίας γωνίας α. Ὑπολογισμός τῆς παρεκτοπίσεως τῆς μηριαίας κεφαλῆς: τὸ σημεῖον Ε, τὸ πλέον προπετές σημεῖον τοῦ ἀγκύρονος τοῦ μηριαίου, κεῖται ἐπὶ τῆς ἐκτός τῆς καθέτου ΑΒ (γραμμῆ Perkins). Ἴδὲ διακοπὴν τοῦ θυροαυχενικοῦ τόξου ἀριστερά.



Φωτ. Γ.

Ἀμφοτερόπλευρον Σ.Ε.Ι. Ὑπολογισμός τῆς παρεκτοπίσεως τῆς μηριαίας κεφαλῆς διὰ δύο γραμμῶν: μιᾶς εὐθείας διερχομένης διὰ τοῦ κέντρου ἀμφοτέρων τῶν κοτύλων καὶ μιᾶς καθέτου ἐπ' αὐτῆς, ἀρχομένης ἐκ τῆς ἄνω ἔξω γωνίας τῆς ὄροφης τῆς κοτύλης (γραμμῆ Perkins). Ἴδὲ διακοπὴν τοῦ θυροαυχενικοῦ τόξου (γραμμῆ τοῦ Shenton) ἀμφω.

το αβάθος αυτής ή και τα δύο, τότε είναι δυνατό η κοτυλιαία γωνία να είναι μικρή και παρά ταύτα να πρόκειται για δυσπλαστική κοτύλη'.

Η μικρή κοτυλιαία γωνία σε πλήρες εξάρθρημα, με σαφώς θετικό το σημείο του Ortolani δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Επειδή βεβαίως δεν υπάρχει άλλο σημείο για την ακτινολογική διάγνωση μιας δυσπλαστικής κοτύλης και επειδή πολύ μεγάλη κοτυλιαία γωνία, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, πράγματι συμβαδίζει με πραγματική δυσπλασία της κοτύλης, κατεβλήθει προσπάθεια για την ανεύρεση του ορίου εκείνου, η υπέρβαση του οποίου μπορεί να χαρακτηρίσει μια κοτύλη δυσπλαστική. Η πέραν συνεπώς των 30-40° κοτυλιαία γωνία, πρέπει να μας βάζει σε ανησυχία και το βρέφος να υποβάλλεται σε θεραπεία ή τουλάχιστον να παρακολουθείται. Η κάτω των 30-40° κοτυλιαία γωνία κατ'ουδένα τρόπο αποκλείει την ύπαρξη δυσπλασίας της κοτύλης ή πλήρους εξάρθρηματος.

Ός προς την παρέκτόπιση της μηριαίας κεφαλής πρέπει να γνωρίζουμε τα εξής:

α. Οι εν χρήσει ακτινολογικές μέθοδοι δεν είναι απολύτως ασφαλείς.

β. Ακριβή όρια μεταξύ υπεξάρθρηματος και πλήρους εξάρθρηματος δεν υπάρχουν.

Η δυσκολία στην ακτινολογική διάγνωση ενός πλήρους εξάρθρηματος είναι πολύ μεγάλη σε ένα νεογέννητο βρέφος. Η δυσκολία της ακτινολογικής διάγνωσης σε βρέφη μικρής ηλικίας, ιδιαίτερα σε νεογέννητα, οφείλεται στο ότι ο πυρήνας οστεώσεως της μηριαίας κεφαλής δεν έχει ακόμα εμφανιστεί, αλλά και στο ότι ο αυχέννας του μηριαίου δεν έχει επαρκώς αναπτυχθεί, ώστε να αποτελεί οδηγό σημείο για την καθ' υπόθεση εντόπιση της θέσεως της μηριαίας κεφαλής.



Φωτ. Δ

Λανθασμένος τρόπος
λήψεως ακτιφίας ισχί-
ων. Ἡ λεκάνη λοξή.
Ἴδὲ ἀσυμμετρίαν μεγέ-
θους λαγονίων ὀστέων.
Τὰ σκέλη εὐρίσκονται
εἰς ἀκωγήν. Τὸ ἀρι-
στερόν ισχίον δίδει τὴν
ἐντύπωσιν δυσπλασίας
κοτύλης μεθ' ὑπεξαρ-
θρήματος.



Φωτ. Δα.

Ὁ ἴδιος ἀσθενής, ἀλλὰ
μετὰ ἀπὸ ὀρθωτέραν λή-
ψιν τῆς ακτιφίας. Οὐ-
δεμία τώρα ὑποψία δυσ-
πλασίας κοτύλης ἢ ὑπε-
ξαρθρήματος. Ἡ λήψις
τῆς ακτιφίας θὰ ἐθεω-
ρῆτο ἀκόμη ὀρθωτέρα
ἐὰν δὲν ὑπῆρχεν ἡ μι-
κρὰ ἔστω ἀσυμμετρία
τῶν λαγονίων.

Για πρακτικούς λόγους θα διακρίνουμε την ακτινολογική διάγνωση του ΣΕΙ, όσον αφορά την παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής, σε δύο κατηγορίες:

1. Την του νεογέννητου βρέφους και μέχρι της ηλικίας των 1-2 μηνών.

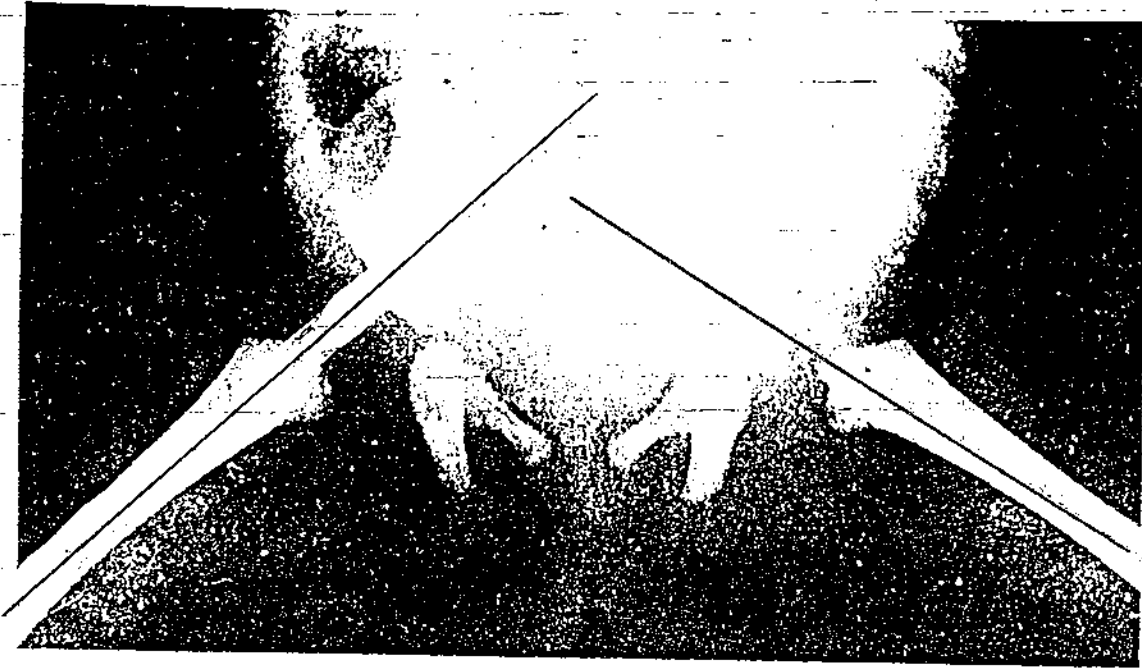
2. Την του μεγαλύτερου βρέφους ή του παιδιού στο οποίο υπάρχει πυρήνας οστεώσεως, αλλά και αν δεν υπάρχει, η ανάπτυξη του αυχένος του μηριαίου αποτελεί σημαντικό βοηθητικό στοιχείο για τη διάγνωση.

Η ορθή λήψη μίας κατά μέτωπο ακτινογραφίας είναι μεγάλης σημασίας. Πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια ώστε η λεκάνη να βρίσκεται σε τελείως οριζόντια θέση στο ακτινολογικό τραπέζι: δεν πρέπει να είναι κεκλιμένη προς τα μπρος ή προς τα πίσω. Τα σκέλη να βρίσκονται σε έκταση, αλλά σ' αυστηρά ουδέτερη θέση από άποψη στροφής, με τις επιγονατίδες σε παράλληλο προς την οροφή του δωματίου επίπεδο. Τα σκέλη δεν πρέπει να βρίσκονται σε απαγωγή ή προσαγωγή ή απόσταση αυτών από τη μέση γραμμή να είναι συμμετρική.

Ακτινολογική διάγνωση νεογέννητου

Μέθοδος von Rosen

Κατ' αυτή η λήψη της ακτινογραφίας επιτελείται με τα σκέλη σ' έκταση, απαγωγή τουλάχιστον 45° και έσω στροφή. Σ' εξάρθρωμα, οι επιμήκεις άξονες της διαφύσεως των μηριαίων κατευθύνονται προς την άνω λαγόνια άκανθα. Σε φυσιολογικό βρέφος οι άξονες αυτοί κατευθύνονται προς την άνω έξω γωνία της ορόφης της κότύλης. Κατά την εκτέλεση της ακτινογραφίας καταβάλλεται προσπάθεια για να μην αναταχθεί το εξάρθρωμα, διότι αλλιώς η διάγνωση θα είναι λανθασμένη. Η απαγωγή του σκέλους δεν πρέπει να είναι μικρότερη των 45° διότι



ΦΩΤ. Ε.

Άκτι/φία βρέφους 4 ημερών κατά την μέθοδο von Rosen. Εικών φυσιολογικών ισχίων ἄμφω. Δέν ἐγένετο θεραπεία. Τό βρέφος δέν ἐξητάσθη ὑφ' ἡμῶν. Ὑπό τῶν Andren καί von Rosen (1958) σαφῶς ἀναφέρεται ὅτι ἐπί ἐξαρθρίματος ὁ ἄξων τῆς διαφύσεως φέρεται ἐκτός τῆς κοτύλης καί μέ κατεύθυνσιν πρὸς τήν προσθίαν ἄνω λαγόνιον ἄκανθα, ἐνώ ἐπί φυσιολογικοῦ ισχίου κατευθύνεται πρὸς τήν ἄνω ἔξω γωνίαν τῆς ὀροφῆς τῆς κοτύλης.



ΦΩΤ. Εα.

Μετά πάροdon 7 μηνῶν. Ἐξάρθρωμα δεξιᾶ. Ἡ μέθοδος von Rosen ἀφορᾶ εἰς τήν διάγνωσιν τοῦ Σ.Ε.Ι. ἐπί νεογεννήτου βρέφους.

και στην περίπτωση αυτή τα συμπεράσματα είναι δυνατόν να είναι λανθασμένα. Είναι προφανές ότι η μέθοδος αυτή υπόκειται σε μεγάλη πιθανότητα λάθους.

Η μη ανάταξη του εξαρθρήματος κατά την στιγμή της ακτινογραφίας αποτελεί το πλέον επικίνδυνο σημείο. Αυτό σημαίνει ότι κατά την στιγμή της ακτινογραφήσεως τα σκέλη πρέπει να βαστάζονται από ορθοπεδικό. Η μέθοδος αυτή δεν έχει αξία σε περιπτώσεις αμφιβολιών κατά πόσο το σημείο του Ortolani είναι πράγματι θετικό και συνεπώς είναι δύσκολο να εκτιμηθεί αν κατά την απαγωγή και την έσω στροφή του σκέλους επέρχεται ανάταξη ή όχι του εξαρθρήματος. Η σε 45° απαγωγή εξ'άλλου του σκέλους δεν είναι πάντοτε εφικτή.

Ακτινολογική διάγνωση σε μεγαλύτερα βρέφη και παιδιά

1. Η γραμμή του Perkins AB μετά της οριζόντιας ΓΔ η οποία διέρχεται δια του κέντρου αμφοτέρων των κοτυλών σε μια κατά μέτωπο ακτινογραφία αποτελεί ίσως το καλύτερο βοηθητικό μέσο για την διάγνωση ενός ΣΕΙ. Σε φυσιολογικό ισχίο η μηριαία κεφαλή ευρίσκεται αμέσως κάτω της οριζόντιας γραμμής και επί τα εντός της καθέτου γραμμής.

Η συμμετρική διαγραφή και των δύο λαγονίων αποτελεί ένδειξη της ορθής τοποθέσεως της λεκάνης κατά τη λήψη της ακτινογραφίας.

2. Η γραμμή του Shenton ή το καλούμενο θυροαυχενικό τόξο, αποτελεί τμήμα κύκλου που σχηματίζεται από το άνω χείλος του θυροειδούς τρήματος και το κάτω χείλος του αυχένος του μηριαίου. Σε περιπτώσεις ΣΕΙ, το τόξο αυτό διακόπτεται.

Η καλή διαγραφή του τόξου αυτού απαιτεί καλό σχετικώς σχηματισμό του αυχένος του μηριαίου.

3. Ο πυρήνας οστεώσεως της μηριαίας κεφαλής είναι μικρότερος του συνήθους και η εμφάνισή καθυστερεί. Σ'ένα φυσιολογικό ισχίο ο πυρήνας οστεώσεως εμφανίζεται συνήθως κατά το 2ο-3ο μήνα αλλά πολλές

— φορές καθυστερεί ακόμα περισσότερο. Η καθυστέρηση στην εμφάνιση του πυρήνα οστεώσεως αποτελεί πολλές φορές την αιτία λανθασμένης διάγνωσης. Δεν είναι ασυνήθιστο να στέλνονται στον ειδικό βρέφη με καθόλα φυσιολογική άρθρωση, αλλά με καθυστέρηση στην εμφάνιση της επιφύσεως, με την υποψία ΣΕΙ. Η πέρα του συνηθισμένου καθυστέρηση της εμφάνισης της μηριαίας επιφύσεως, σε μια φυσιολογική κατά τα άλλα άρθρωση, μπορεί να οφείλεται σε υπολειτουργία του θυρεοειδούς αδένου.

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

Η εκτέλεση αρthroγραφήματος σί ένα πλήρες εξάρθρημα αποτελεί αναμφισβήτητα αξιόλογο βοηθητικό μέσο για την εκλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής αγωγής. Ο συσχετισμός των κλινικών, απλών ακτινογραφικών και αρthroγραφικών ευρημάτων μας βοηθά στη λήψη της ορθής αποφάσεως για την τύχη του ΣΕΙ.

Οι πληροφορίες που μας δίνει ένα αρthroγράφημα αφορούν:

1. Το μέγεθος και το σχήμα της μηριαίας κεφαλής, όπως και την έκταση του χόνδρινου τμήματος της κοτύλης.
2. Τις σχέσεις κοτύλης και μηριαίας κεφαλής.
3. Στην παρουσία εμποδίου για την καλή επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής.

Μέγεθος και σχήμα της μηριαίας κεφαλής

Η πληροφορία αυτή είναι μεγάλης σημασίας όταν δεν έχει εμφανιστεί ο πυρήνας οστεώσεως της μηριαίας κεφαλής. Στην περίπτωση αυτή το αρthroγράφημα δίνει μια πλήρη εικόνα των διαστάσεων και του σχήματος της μηριαίας κεφαλής. Σε περίπτωση οστεοχονδρίτιδος το αρthroγράφημα μας πληροφορεί για το μέγεθος και της παραμορ-



ΦΩΤ. ΣΤ.: Άρθρογράφημα με σαφή την εικόνα του ανεστραμμένου έπιχειλίου χόνδρου δεξιά, το όποιον διεπιστώθη κατά την διάρκεια ανοικτής ανατάξεως.



φώσεως ολόκληρης της μηριαίας κεφαλής, συμπεριλαμβανομένου και του χόνδρινου τμήματος αυτής.

Σχέσεις κοτύλης-μηριαίας κεφαλής

Με το αρθρογράφημα ελέγχουμε με τον καλύτερο τρόπο τις σχέσεις κοτύλης και μηριαίας κεφαλής, ιδιαίτερα σε ετερόπλευρο ΣΕΙ. Πρέπει να τονιστεί ότι η μη καλή επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής δεν σημαίνει οπωσδήποτε την ύπαρξη ενδοαρθρικού εμποδίου. Μπορεί αυτή να οφείλεται σε εξωαρθρικό κώλυμα, όπως π.χ. σε βεβραχυσμένους προσαγωγούς μετά την εξουδετέρωση των άνω εξωαρθρικών εμποδίων. Είναι δυνατόν να παρουσιάσει καλύτερες τις σχέσεις κοτύλης-μηριαίας κεφαλής.

Παρουσία ενδοαρθρικού κωλύματος

Το κατ'έξοχή κώλυμα το οποίο ελέγχεται με το αρθρογράφημα είναι ο ανεστραμμένος επιχείλιος χόνδρος. Η παρουσία του κωλήματος αυτού, όχι μόνο εμποδίζει την καλή επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής, αλλά και την καλή ανάπτυξη της κοτύλης, ενώ πολλές φορές ευθύνεται και για την ανάπτυξη οστεοχονδρίτιδας, λόγω ασκήσεως πίεσεως μεταξύ μηριαίας κεφαλής και επιχείλιου χόνδρου. Αναφέρεται ακόμα η λίμναση του αρθρογραφικού υγρού στον πυθμένα της κοτύλης, λόγω μη καλής επικεντρώσεως της μηριαίας κεφαλής εντός αυτής.

Τη αξία του αρθρογραφήματος ως βοηθητικού διαγνωστικού μέσου για την εκλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής δεν μπορούμε οπωσδήποτε να αγνοήσουμε, αλλά δεν πρέπει να λησμονάμε ότι η κλινική εξέταση εξακολουθεί να παραμένει ο κατ'έξοχήν παράγων για την εκτίμηση της καταστάσεως σε κάθε περίπτωση ΣΕΙ.

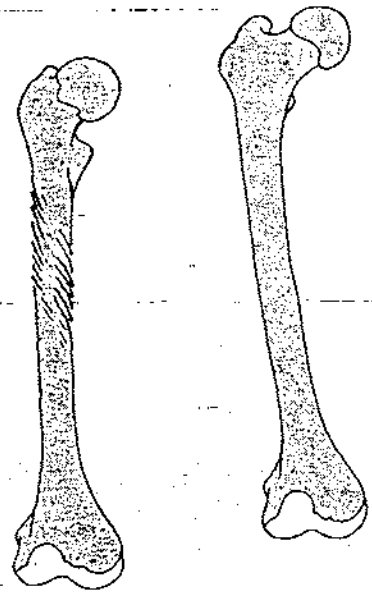
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για να γίνει περισσότερο κατανοητή η θεραπεία πρέπει να αναφερθώ πρώτα σε δύο θέματα μεγάλης σπουδαιότητας:

- α. Την πρόσθια παρέκκλιση του αυχένος του μηριαίου και
- β. Την οστεοτομία του μηριαίου.

Πρόσθια παρέκκλιση αυχένος μηριαίου (anteversion)

Με τον όρο αυτό εννοούμε την γωνία, η οποία σχηματίζεται από τη συνάντηση δύο ευθειών, μιας παράλληλης προς τον επιμήκη άξονα του αυχένος του μηριαίου και μιας άλλης παράλληλου προς την ευθεία, η οποία ενώνει τους δύο μηριαίους κονδύλους. Αντίληψη της πρόσθιας παρεκκλίσεως του αυχένος μπορούμε να έχουμε αν φανταστούμε το άνω άκρο του μηριαίου συστρεφόμενο προς τα έξω επί του υπολοίπου ακινήτου τμήματος του μηριαίου (φωτ. 9). Για πολλούς ερευνητές η προς τα άνω παρέκκλιση παράγεται πράγματι με την έξω συσττροφή του άνω άκρου του μηριαίου, ενώ αντιθέτως κατ' άλλους με την προς τα έσω συσττροφή του κάτω άκρου του μηριαίου. Κατά τη γέννηση η πρόσθια παρέκκλιση του αυχένος του μηριαίου είναι αυξημένη, περίπου 25° , αλλά ελαττώνεται καθώς το άτομο αναπτύσσεται φθάνοντας στις $5-15^\circ$. Η αυξημένη anteversion κλινικώς εκφράζεται με τη αυξημένη έσω στροφή του εν κάμψη ευρισκομένου ισχίου. Σε anteversion

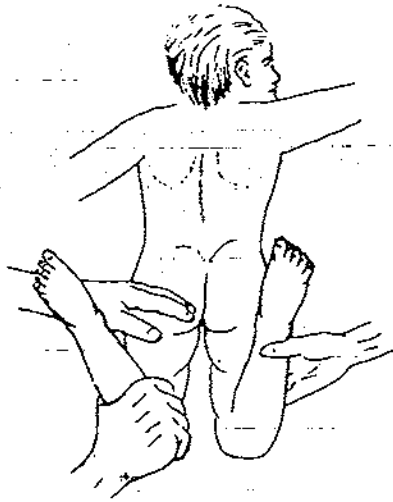


φωτ. 9 Πρόσθια παρέκκλιση αυχένος μηριαίου

15% η έσω στροφή του εν κάμψη-ευρισκομένου ισχίου φθάνει τις 45°.

Μεγάλη anteversion επιτρέπει πολλές φορές έσω στροφή μέχρι και 90°.

Ιδέα της αυξημένης anteversion μπορούμε να έχουμε ακτινολογικώς με τη λήψη δύο ακτινογραφιών: μιας κατά μέτωπο με τα ισχία σε αυστηρά ουδέτερη θέση από απόψεως έσω-έξω στροφής και μιας άλλης με τα ισχία σε έσω στροφή. Με την δεύτερη ακτινογραφία σκιαγραφείται καλύτερα ο αυχέννας του μηριαίου και η σύγκρισή αυτού με τον αυχένα του μηριαίου της πρώτης ακτινογραφίας μας δίνει το μέτρο της πρόσθιας παρεκκλίσεως του αυχέννας του μηριαίου. Με τη λήψη ακτινογραφίας με τα σκέλη σε απαγωγή και έσω στροφή ελέγχουμε και την τυχόν συνυπάρχουσα βλαισότητα του ισχίου. Η ακριβώς μέτρηση της anteversion είναι αδύνατη στην πράξη άν και πολλές μέθοδοι έχουν προταθεί μέχρι σήμερα. Ο καλύτερος τρόπος μετρήσεως της anteversion είναι ίσως ο υπολογισμός αυτής κατά τη διάρκεια ανοιχτής ανατάξεως του ισχίου, παρ'όλο ότι και τότε η πιθανότητα του λάθους εί-



ναι μεγάλη. Οι Müller και Seddon προτείνουν την εξής πρακτική μέθοδο: τοποθετούν τον ασθενή σε πρηνή θέση με τα γόνατα κεκαμμένα σε 90° και στρέφουν το ισχίο προς τα έσω, με βαθμιαία απαγωγή της κνήμης, ενώ συγχρόνως με την άκρη του χεριού ψηλαφούν από τα πλάγια τον μείζονα τροχαντήρα (φωτ. 10). Η γωνία την οποία σχηματίζει η κνήμη με την κατακόρυφο κατά την στιγμή την οποία η προπέτεια του μείζονος τροχαντήρα καθίσταται πλέον εμφανής, εκφράζει το βαθμό της πρόσθιας παρεκκλίσεως του αυχέννας. Αν η γωνία αυτή είναι άνω των 45°, τότε

φωτ. 10. Πρακτική μέθοδος μέτρησης της anteversion.

κατ'αυτούς η πρόσθια παρέκκλιση είναι παθολογική.

Η παρουσία αυξημένης anteversion στο ΣΕΙ αποτελεί συχνό φαινόμενο, αλλά δεν αποτελεί κανόνα. Οι Müller και Seddon (1953) αναφέρουν την παρουσία αυξημένης anteversion σε 55° των ετερόπλευρων περιπτώσεων ΣΕΙ.

Οστεοτομία του μηριαίου

Η οστεοτομία του μηριαίου για τη διόρθωση της τυχόν συνυπαρχουσας αυξημένης anteversion του άνω άκρου του μηριαίου, ως συμπλήρωμα της θεραπείας του ΣΕΙ, αποτελεί θέμα για το οποίο οι απόψεις διίστανται. Πλην της οστεοτομίας στροφής, για την εξουδετέρωση της αυξημένης anteversion, πολλές φορές είναι αναγκαίο να εκτελέσουμε και οστεοτομία ραιβότητας για την καλύτερη επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής. Η καλύτερη επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής εντός της κοτύλης επιτυγχάνεται με απαγωγή και έσω στροφή του ισχίου. Η λήψη ακτινογραφίας με το ισχίο στη θέση αυτή μας επιτρέπει να υπολογίσουμε το βαθμό της απαιτούμενης ραιβότητας τον οποίο πρέπει να δώσουμε κατά τη στιγμή εκτέλεσης της οστεοτομίας. Η έσω στροφή που δίνουμε για την καλύτερη επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής, μετρούμενη κλινικά, μας βοηθά στον υπολογισμό του βαθμού της εκτέλεσης της οστεοτομίας.

Το σοβαρό ερώτημα το οποίο πολλές φορές τίθεται είναι κατά πόσο πρέπει η υποτροχανθήριος οστεοτομία να εκτελείται νωρίς ή να παρακολουθείται η εξέλιξη της anteversion όταν διαπιστώνεται πλέον ότι η περαιτέρω βελτίωση αυτών είναι μάλλον απίθανη. Το πρόβλημα έχει δύο σκέλη, το ένα είναι η κοτύλη και το άλλο η μηριαία κεφαλή. Η καλή επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής ασκεί ερέθισμα για την καλή ανάπτυξη της κοτύλης, όπως είναι παραδειγματικό. Συνεπώς μια καλύτε-

ρη επικέντρωση αυτής εντός της κοτύλης, όσες φορές είναι δυνατή, μπορεί να εξασφαλίσει μια καλύτερη εξέλιξη αυτής ως προς το μέγεθος και το σχήμα.

Είναι αναμφισβήτητο συνεπώς ότι το θέμα εκτελέσεως οστεοτομίας αποτελεί αντικείμενο σοβαρής σκέψης για τον ορθοπεδικό προκειμένου να λάβει μια απόφαση. Οι παράγοντες που θα πρέπει να λάβει υπόψιν του προκειμένου να αποφασίσει είναι: α. η ηλικία του ασθενούς β. η κατάσταση της κοτύλης όπως εμφανίζεται ακτινολογικά, γ. αν έχει προηγηθεί κλειστή ή ανοικτή ανάταξη του εξάρθρωματος και δ. αν υπάρχει συγχρόνως οστεοχονδρίτις της μηριαίας κεφαλής.

α. Ηλικία ασθενούς

Η δυνατότητα περαιτέρω αναπτύξεως της κοτύλης είναι συνάρτηση της ηλικίας του ασθενούς. Αν σε μια δεδομένη περίπτωση η κοτύλη είναι ατελώς αναπτυγμένη, αλλά ο ασθενής είναι μικρής ηλικίας, τότε μπορούμε να περιμένουμε με την προσδοκία της αυτόματης, με την πάροδο του χρόνου, διόρθωσης της anteversion. Αν όμως η ατελής ανάπτυξη της κοτύλης παρατηρείται σ' ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας πέραν πχ της ηλικίας των 18 μηνών, δεν πρέπει να διοτάσουμε να προβούμε σε οστεοτομία στροφής και ραιβότητας.

β. Ακτινολογική εμφάνιση κοτύλης

Εφόσον η κοτύλη είναι καλώς σχηματισμένη, τότε επιτρέπεται η αναμονή, η οποία όμως δεν πρέπει να διαρκεί πολύ.

γ. Κλειστή ή ανοικτή ανάταξη

Αν έχει προηγηθεί ανοικτή ανάταξη τότε σημαίνει ότι το πρόβλημα του ισχίου ήταν σοβαρότερο απ' ό,τι αν η ανάταξη ήταν κλειστή και συνεπώς η ένδειξη υποτροχαντηρίου οστεοτομίας, ως βοήθημα για την αποκατάσταση μιας σοβαρότερης φύσεως εξάρθρωσεως, είναι περιο-

σότερο επιβεβλημένη.

δ. Υπαρξη οστεοχονδρίτιδος

Στην περίπτωση αυτή η ένδειξη υποτροχαντήριου οστεοτομίας είναι περισσότερο σαφής και δεν πρέπει να αναβάλλεται. Η καλύτερη επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής ασκεί ευεργετική επίδραση στην εξέλιξη της οστεοχονδρίτιδας, ενώ ενδεχόμενα και αυτή καθαυτή η οστεοτομία ως βιολογικό φαινόμενο ασκεί ευεργετική επίδραση στην καλύτερη επαναγγείωση της μηριαίας επιφύσεως.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ΚΟΤΥΛΗΣ

Αυτό που απαιτείται είναι η διατήρηση του ισχύου σε απαγωγή. Τούτο είναι δυνατό να επιτευχθεί με διάφορους κηδεμόνες όπως πχ του κηδεμόνα OFrejka, Svon Rosen κλπ ή ακόμα και με γύψινο επίδεσμο. Σε βρέφη μικράς ηλικίας, ημερών, βδομάδων ή ακόμη και μηνών και εφόσον η δυσπλασία δεν είναι μεγάλη, αρκεί να διδαχθεί η μητέρα να χρησιμοποιεί πολλές πάνες για να κρατά τα σκέλη σε απαγωγή και το αποτέλεσμα είναι δυνατόν να είναι ικανοποιητικό. Η διάρκεια της θεραπείας ποικίλει, ανάλογα της σοβαρότητας της καταστάσεως, φθάνει όμως μέχρι τους 3-4 μήνες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ

Οι παράγοντες "δυσπλασία κοτύλης", "παρεκτόπιση μηριαίας κεφαλής", και "ηλικία του ασθενούς" συμβάλλουν αποφασιστικά στην εφαρμογή της κατάλληλης αγωγής. Αν πχ πρόκειται για βρέφος μηνών, τότε όσο σοβαρά και αν είναι η δυσπλασία της κοτύλης είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί με τη συντηρητική αγωγή. Αν όμως πρόκειται για ασθενή ηλικίας πέρα των 2-3 ετών, τότε η χειρουργική αγωγή είναι η :

περισσότερο ενδεδειγμένη, γιατί οι δυνατότητες περαιτέρω αναπτύξεως της κοτύλης είναι περιορισμένες.

Συντηρητική θεραπεία

Η θεραπεία αυτή αφορά ασθενείς μικρής ηλικίας, από μηνών μέχρι περίπου 2 ετών. Σκοπός της αγωγής αυτής είναι η καλύτερη επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής εντός της κοτύλης. Αυτό επιτυγχάνεται είτε με τοποθέτηση του ισχίου σε απαγωγή, κάμψη και έξω στροφή, είτε με τοποθέτηση του ισχίου σε απαγωγή και έσω στροφή. Η πρώτη επιτυγχάνεται με την χρήση του κηδεμόνος Frejka, S. von Rosen ή με την εφαρμογή γύψου (φωτ. Ζ). Η δεύτερη θέση επιτυγχάνεται με την εφαρμογή γύψου ή κηδεμόνος Denis Browne και των διαφόρων παραλλαγών αυτού.

Αν ο ασθενής είναι ηλικίας κάτω του έτους, τότε είναι δυνατό με την χρήση του κηδεμόνος Frejka να έχουμε καλό τελικό αποτέλεσμα.

Αν ο ασθενής είναι ηλικίας άνω του έτους, η διατήρηση των οσκέων με τον κηδεμόνα Frejka είναι δύσκολη και η ανάγκη εφαρμογής γύψινου επιδέσμου είναι περισσότερο ενδεδειγμένη. Στην περίπτωση εφαρμογής γύψου ο ασθενής τοποθετείται με τα σκέλη σε απογωγή, κάμψη και έξω στροφή, δηλαδή στην Α θέση Lorenz. Με την θέση αυτή, επιτυγχάνεται καλή επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής, αλλά όπως έδειξαν πρόσφατες έρευνες και εξουδετέρωση της τυχόν συνυπάρχουσας αυξημένης anteversion του αυχένος του μηριαίου. Η μέχρι των γονάτων εφαρμογή του γύψου επιτρέπει κινήσεις της μηριαίας κεφαλής εντός της αρθρώσεως, απαραίτητο οπωσδήποτε για την καλύτερη ανάπτυξη της κοτύλης αλλά και της μηριαίας κεφαλής.

Σε ανυπαρξία αυξημένης anteversion ικανοποιητικό αποτέλεσμα,



α.



β.



γ.



δ.

Φωτ. Ζ.

α κηδεμών Barlow.

β κηδεμών von Rosen.

γ πλαστικός ρυθμιζόμενος κηδεμών.

δ κηδεμών Frejka.

(εκ του Journal of Bone and Joint Surgery).

μπορούμε να έχουμε με εφαρμογή γύψου με το ισχίο σε απαγωγή και έσω στροφή.

Κατά την λήψη της δια Frejka ή γύψου αποφάσεως για την αντιμετώπιση μιας περιπτώσεως, ο παράγοντας "μειωμένη απαγωγή" του ισχίου πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη. Η άσκηση βίας για την αύξηση της τυχόν μειωμένης απαγωγής του ισχίου είναι δυνατόν να έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη οστεοχονδρίτιδας του ισχίου. Αν ο κηδεμόνας Frejka είναι μεγάλος, το φαινόμενο αυτό είναι συχνό, η πίεση που ασκεί στα σκέλη είναι δυνατό να είναι μεγάλη και έτσι να απόγει τα ισχία στο μεγαλύτερο του δέοντος βαθμό, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη της οστεοχονδρίτιδας.

Ο καλύτερος τρόπος αποφυγής βίας για την εξουδετέρωση της μειωμένης απαγωγής του ισχίου είναι η εφαρμογή γύψου με γενική νάρκωση. Το σκέλος τότε τοποθετείται σε απαγωγή όσο το επιτρέπει ο ασθενής. Αν η απαγωγή είναι μειωμένη, τότε δεν έχουμε παρά να αλλάξουμε το γύψο μετά 2-3 εβδομάδες, οπότε με έκπληξη πολλές φορές βλέπουμε ότι ο ασθενής μας επιτρέπει πολύ μεγαλύτερη αύξηση της απαγωγής του ισχίου χωρίς για τούτο να απαιτηθεί καμμία άσκηση βίας. Η εφαρμογή συνεπώς γύψου σε ύπαρξη μειωμένης απαγωγής δεν πρέπει να αποφεύγεται, ακόμα και για ασθενείς κάτω της ηλικίας του 1 έτους.

Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αγωγή αφορά ασθενείς άνω της ηλικίας περίπου των 2 ετών. Το είδος της εγχειρήσεως θα εξαρτηθεί από το βαθμό της δυσπλασίας της κοτύλης, το βαθμό της παρεκτοπίσεως της μηριαίας κεφαλής και την ηλικία του ασθενούς. Οι εγχειρήσεις οι οποίες συνήθως χρησιμοποιούνται είναι:

1. Η υποτροχαντήριος οστεοτομία στροφής ή στροφής και ραιβοδότητας.

2. Οι εγχειρήσεις που αποσκοπούν στην αύξηση των δυνατοτήτων της κοτύλης για καλύτερη κάλυψη της μηριαίας κεφαλής, όπως η εγχείρηση στέγης της οροφής της κοτύλης, η οστεοτομία λεκάνης κατά Chiari, Pemperton, Salter.

Θεραπεία πλήρους εξάρθρωτος

Για πρακτικούς λόγους θα αναφερθούμε στην θεραπεία των κάτωθι ηλικιών:

1. από 0-2 μηνών
2. από 2 μηνών μέχρι 1 έτους
3. από 1-2 ετών
4. από 2-3 ετών
5. από 3 ετών και άνω.

Η θεραπεία των κατηγοριών 1 και 2 είναι συντηρητική, της κατηγορίας 3 τόσο συντηρητική όσο και χειρουργική, της κατηγορίας 4 κυρίως χειρουργική και της κατηγορίας 5 αποκλειστικά χειρουργική.

1.0-2 μηνών

Το κύριο χαρακτηριστικό των ασθενών αυτών, το οποίο και απλουστεύει την θεραπεία, είναι ότι η ανάταξη του εξάρθρωτος επιτυγχάνεται με καλή απαγωγή του ποσίου. Η ανάταξη είναι εύκολη, εκτός βεβαίως των τερατογενών εξάρθρωτων - στα οποία η ανάταξη είναι ανέφικτη και επιτυγχάνεται μόνο χειρουργικώς.

Το πρόβλημα αρχικά συνίσταται στο μέσο το οποίο θα χρησιμοποιήσουμε για τη διατήρηση των οστέων σε απαγωγή μέχρι ότου η ανάταξη σταθεροποιηθεί, δηλαδή το σημείο Ortolani καταστεί αρνητικό.

Η σταθεροποίηση της ανατάξεως είναι δυνατόν να επιτευχθεί με

τους κηδεμόνες Frejka, S. von Rosen, Barlow, κλπ αλλά ακόμα και με τη χρήση υπερarίθμων πανών κατάλληλα τοποθετημένων.

Η σταθεροποίηση της ανατάξεως είναι δυνατόν να επιτευχθεί εντός ημερών ή βδομάδων. Αν επιτευχθεί εντός ημερών ή 2-3 βδομάδων, τότε μπορούμε να συνεχίσουμε την θεραπεία με τον κηδεμόνα με την προϋπόθεση όμως ότι η απαγωγή του ισχίου εξακολουθεί να είναι ικανοποιητική, άλλως η θεραπεία συνεχίζεται με γύφο. Αν η σταθεροποίηση της ανατάξεως δεν επιτευχθεί εντός 2-3 βδομάδων, τότε πρέπει να εξετάσουμε το ενδεχόμενο ανεπάρκειας του κηδεμόνα ή τυχόν άλλα αίτια, τα οποία εμποδίζουν την σταθεροποίηση της ανατάξεως. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής πρέπει να εξετάζεται με γενική νάρκωση και συγχώνως ακτινολογικό έλεγχο. Αν ο κηδεμόνας είναι ανεπαρκής, τότε η εφαρμογή γύφου είναι επιβεβλημένη. Στην περίπτωση που άλλα αίτια εμποδίζουν την σταθεροποίηση της ανατάξεως, τότε το πρόβλημα είναι σοβαρό και θα πρέπει να διαλέξουμε ανοικτή ανάταξη ή δοκιμή εφαρμογής γύφου, με την προσδοκία σταθεροποίησεως της ανατάξεως.

Η εφαρμογή κηδεμόνος Frejka, S. von Rosen κλπ, για τις ηλικίες 0-1 μηνών, δεν πρέπει οπωσδήποτε να αποτελεί τον κανόνα. Η χρήση των κηδεμόνων αυτών θα εξαρτηθεί από τον βαθμό απαγωγής του ισχίου. Αν η απαγωγή του ισχίου είναι ικανοποιητική, όπως πχ συνήθως συμβαίνει σε νεογέννητο βρέφος, τότε η χρήση κηδεμόνος επιτρέπεται. Στην περίπτωση αισθητώς μειωμένης απαγωγής, η καλύτερη απάντηση είναι η εφαρμογή γύφου, γιατί αλλιώς διατρέχουμε τον κίνδυνο αναπτύξεως οστεοχονδρίτιδος.

2.2 μηνών-1 έτους

Στις περισσότερες περιπτώσεις η θεραπεία είναι συντηρητική,

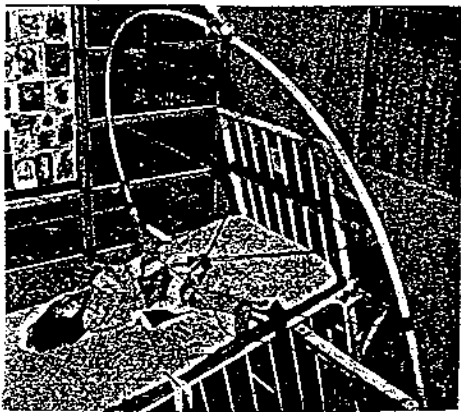
αλλά δεν πρέπει να παραγνωρίζεται ο ρόλος της ανοικτής ανάταξης.

Συντηρητική θεραπεία

Η εφαρμογή κηδεμόνος στους ασθενείς είναι επικίνδυνη γιατί:

α. σε πολλές περιπτώσεις αποδεικνύεται ανεπαρκής για τη διατήρηση και σταθεροποίηση της ανατάξεως και β. εγκυμονεί κινδύνους για την ανάπτυξη οστεοχονδρίτιδας.

Η διατήρηση και σταθεροποίηση της ανατάξεως σε βρέφος πέρα της ηλικίας των 2 μηνών είναι δυσκολότερη απ' ότι στην ηλικία 0-2 μηνών γιατί το εξάρθρημα είναι περισσότερο "εκσεσημασμένο", το βρέφος ζωηρό, η μείωση της απαγωγής του ισχίου μεγαλύτερη. Η συχνή αλλαγή του κηδεμόνος Frejka για την περιποίηση του βρέφους εμποδίζει την διατήρηση και σταθεροποίηση της ανατάξεως, πλην του γε-



φωτ. 11α. Μέθοδος συνεχούς έλξης.

γονότος ότι αυτός καθ' αυτός ο κηδεμόνας είναι πολλές φορές ανεπαρκής για τη διατήρηση των οσέλων στην πρόπουσα θέση. Η εφαρμογή μεταλλικών κηδεμόνων τύπου von Rosen, Barlow, κλπ δεν αποτελεί επίσης λύση γιατί εκ φύσεως του υλικού τους εύκολα μεταβάλλουν σχήμα.



φωτ. 11β. Μηχάνημα για την βαθμιαία ανάταξη του ΣΕΙ.

Η εφαρμογή γύψου με γενική νάρκωση επιτυγχάνει ασφαλέστερη διατήρηση και σταθεροποίηση της ανατάξεως και με μικρότερη τάση από ότι η εφαρμογή κηδεμόνα. Η αλλαγή του γύψου μετά παρέλευση λίγων εβδομάδων επιτυγχάνει πολλές φορές την επιθυμητή αύξηση της απαγω-

γής και καλύτερη σταθεροποίηση της ανατάξεως άνευ ασκήσεως βίας.

Η μέθοδος της συχνής αλλαγής γύφου με την βαθμιαία αύξηση της απαγωγής του ισχίου έχει αποδώσει εξαιρετικά αποτελέσματα και έχει αισθητικώς περιορίσει το ποσοστό οστεοχονδρίτιδος.

Η σταθερότερη ανάταξη επιτυγχάνεται με την Α θέση Lorenz, αλλά πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια, ώστε η απαγωγή να μην υπερβαίνει τις 70° περίπου. Η θέση διατηρείται όλο το διάστημα της θεραπείας, το οποίο δεν υπερβαίνει συνήθως τους 5-6 μήνες. Με την θέση αυτή αποφεύγεται η μετάβαση από την Α στη Β θέση και συνέπεια αυτού συστροφή των τροφοδοτούστων την επίφυση αγγείων.

Η προ της ανατάξεως εφαρμογή συνεχούς έλξεως (φωτ. 11.) επιβάλλεται για την καλύτερη και υπό μικρότερη τάση ανάταξη του εξάρθρατος. Η συνηθισμένη δερματική οριζόντια έλξη είναι ικανοποιητική. Η διάρκεια της έλξεως να μην υπερβαίνει τις 2 εβδομάδες. Ο γύφος είναι καλό να φθάνει μέχρι τα γόνατα, ώστε να επιτρέπονται μικρές κινήσεις στην άρθρωση του ισχίου για την καλύτερη ανάταξη αυτής.

Χειρουργική θεραπεία

Κλειστή ή ανοικτή ανάταξη;

Το ερώτημα αυτό μας απασχολεί σε βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους με πλήρες εξάρθρομα. Για τις ηλικίες 1-2 ετών το δίλημμα δεν είναι τόσο μεγάλο, γιατί οι ενδείξεις είναι περισσότερο σαφείς, ενώ για τις περιπτώσεις των άνω των 2 ετών η ανοικτή ανάταξη αποτελεί ίσως τον κανόνα.

Σταθερά ανάταξη

Ο καλύτερος τρόπος ελέγχου της σταθερότητας της ανατάξεως είναι αυτός, που ο χειρουργός αντιλαμβάνεται με τα χέρια του. Η σταθερότητα της ανατάξεως ελέγχεται καλύτερα με τον ασθενή σε γενική νάρκωση, γιατί πολλές φορές ο μυϊκός τόνος του εν εγρήγορη ευρισ-

κομένου ασθενή δε μας αφήνει να εξάγουμε συμπεράσματα, ιδιαίτερα όταν το βρέφος είναι ανήσυχο. Η εφαρμογή ελξεως είναι δυνατόν να προκαλέσει μυϊκή διατάση, αλλά δεν πρέπει να λησμονείται ότι μετά την αφαίρεση αυτής σύντομα ο μυς επανακτά το προηγούμενο μήκος, ισχύ και τόνο. Αν η ανάταξη ελέγχεται σταθερά πριν την εφαρμογή της ελξεως, αυτό αποτελεί ενδεικτικό σημείο ότι το αναμενόμενο αποτέλεσμα θα πρέπει να είναι πλέον ευνοϊκό.

Η σταθερότητα της ανατάξεως ελέγχεται κατά την προσπάθεια του εξετάζοντος να φέρει τα εις απαγωγή ευρισκόμενα σκέλη του βρέφους σε βαθμιαία προσαγωγή. Τότε αντιλαμβάνεται το πόσο εύκολα ή δύσκολα η μηριαία κεφαλή επανεξαρθρούται. Είναι πχ δυνατόν, μετά έστω και ελάχιστη μείωση της απαγωγής, το ισχίο να επανεξαρθρούται οπότε η ένδειξη ανοικτής ανατάξεως είναι σαφής. Δεν υπάρχουν βέβαια κανόνες, για το βαθμό της ελαττώσεως της απαγωγής από τη θέση της ανατάξεως, για να χαρακτηρίσουν την ανάταξη σταθερή ή ασταθή. Η πείρα του χειρουργού έχει τον κύριο λόγο για την εκτίμηση της κατάστασεως, είναι προτιμότερο σε περιπτώσεις αμφιβολιών ο χειρουργός να προχωρεί σε ανοικτή ανάταξη, γιατί αλλιώς διατρέχει τον κίνδυνο:

α. της απώλειας πολύτιμου χρόνου, στην περίπτωση που διαπιστώσει ότι όλα απέβησαν μάταια. Η απώλεια του χρόνου δεν σημαίνει μόνο ότι καθιστά την θεραπεία μακροχρόνια, αλλά και η δυνατότητα καλύτερης ανάπτυξης της άρθρωσης ελαττώνεται, γιατί καλούμε να αντιμετωπίσουμε το εξάρθημα σε ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας. Ακόμα, η ανώμαλη άσκηση πιέσεως στην μηριαία κεφαλή, εφόσον βρίσκεται σε πληθμελή θέση, κατά τη διάρκεια της ανεπιτυχούς συντηρητικής θεραπείας, ασκεί μεγαλύτερη παραμόρφωση αυτής. Η πολλές φορές παρατηρούμενη δυσκαμψία της αρθρώσεως μας αναγκάζει να αναβάλλουμε την ανοικτή ανάταξη μέχρι ότου το ισχίον επανακτήσει καλή κινητικότητα.

β. της οστεοχονδρίτιδος.

Οστεοχονδρίτιδα

Τα αίτια της οστεοχονδρίτιδος του ισχίου, σαν επιπλοκή του ΣΕΙ, δεν είναι απολύτως γνωστά. Οι περισσότεροι ερευνητές ενοχοποιούν δύο παράγοντες: 1. την διάταση ή συστολή των αγγείων κατά την ανάταξη του εξαρθρώματος, 2. την άσκηση πίεσεως μεταξύ κοτύλης-μηριαίας κεφαλής.

1. Διάταση ή συστολή των αγγείων

Είναι φυσικό, κατά την ανάταξη ενός ΣΕΙ στην Α θέση Lorenz, δηλαδή σε κάμψη, απαγωγή και έξω στροφή, τα τροφοδοτούντα την μηριαία επίφυση αγγεία υφίστανται διάταση ή και συστολή. Η μετάπτωση από την Α στη Β θέση Lorenz, είναι για πολλούς ερευνητές επικίνδυνη για την ανάπτυξη οστεοχονδρίτιδος, γιατί δημιουργεί συστολή των αγγείων και γι' αυτό πολλοί ορθοπεδικοί προτιμούν κατά την διάρκεια της συντηρητικής αγωγής, τη διατήρηση του ισχίου σε Α θέση.

Όταν σ' ένα ΣΕΙ, η απαγωγή του ισχίου είναι μειωμένη, αυτό σημαίνει ότι τα αγγεία της επιφύσεως έχουν προσαρμοσθεί σε μια κατάσταση οποία δεν επιτρέπεται να παραβιαστεί πέρα ενός σημείου άνευ συνεπειών. Κατά την ανάταξη του εξαρθρώματος στην Α θέση Lorenz, τα αγγεία αυτά καλούνται να εκτελέσουν το έργο τους προσαρμοζόμενα σε μια νέα κατάσταση, η οποία συνεπάγεται διάταση ή συστολή αυτών. Κατά την ανάταξη του εξαρθρώματος η απαγωγή δεν πρέπει να υπερβαίνει αυτήν την οποία το πάσχον ισχίο μπορεί να προσφέρει. Κάθε προσπάθεια αύξησεως της απαγωγής αυτής δι' ασκήσεως βίας, δηλαδή με χειρισμούς, εγκυμονεί τον κίνδυνο οστεοχονδρίτιδος. Υπό την έννοια αυτή, η συνήθεια της τυφλής ή ανοικτής διατομής των προσαγωγών για την αύξηση της απαγωγής του ισχίου δεν στερείται κινδύνους και απαιτείται λελογισμένη χρήση αυτής.

Η προ της ανατάξεως εφαρμογή συνεχούς έλξεως μειώνει την πιθανότητα αναπτύξεως οστεοχονδρίτιδος, γιατί έτσι κατορθώνεται βαθμιαία διάταση των αγγείων για την καλύτερη προσαρμογή αυτών στη νέα θέση του ισχίου. Σε καμμία περίπτωση, οι δυνατότητες της συνεχούς έλξεως δεν πρέπει να υπερεκτιμώνται.

2. Άσκηση πίεσεως

Η ανάταξη ενός εξαρτημάτος υπό τάση είναι δυνατόν πολλές φορές να είναι σταθερή και μπορεί να παρασύρει το χειρουργό μέχρι του σημείου να αγνοήσει τον παράγοντα "τάση". Ο χειρουργός αντίλαμβάνεται την αναπήδηση της μηριαίας κεφαλής και την τοποθέτηση αυτής εντός της κοτύλης, ελέγχει την ανάταξη σαν σταθερά. Αλλά μια προσεκτικότερη εκτίμηση δείχνει ότι, ενώ προσάγει το σκέλος, η μηριαία κεφαλή βίαια εξέρχεται από την κοτύλη, πράγμα που σημαίνει ότι βρίσκεται εντός της κοτύλης υπό τάση.

Η εφαρμογή έλξεως ελαττώνει την πίεση κοτύλης-μηριαίας κεφαλής μετά την αφαίρεση της έλξεως. Ο μύς ταχέως επανακτά το προηγούμενο μήκος και ισχύ του. Η έλξη δηλαδή επιτυγχάνει ανάταξη του εξαρτημάτος υπό μικρότερη τάση, η μείωση όμως είναι παροδική.

Κάθε υπό τάση επιτυγχανόμενη ανάταξη συνεπάγεται τον κίνδυνο της οστεοχονδρίτιδος. Η ανοικτή ανάταξη, με την εξουδετέρωση όλων των εξωαρθρικών και ενδοαρθρικών εμποδίων, επιτυγχάνει την καλή και άνευ τάσεως επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής.

3.1-2 ετών

Η θεραπεία των ασθενών των ως άνω ηλικιών είναι τόσο συντητική όσο και χειρουργική. Οι ενδείξεις της χειρουργικής αγωγής είναι ίδιες με τους ασθενείς ηλικίας 2 μηνών-1 έτους. Η ακτινολογική εικόνα και το αρθρογράφημα αποτελούν οπωσδήποτε στοιχεία βοηθητικά για την εκτίμηση μιας ανατάξεως, αλλά η εκτίμηση αυτή πρέπει να

στηρίζεται κυρίως σε κλινικές βάσεις.

Κατά την εξέταση του ασθενούς υπό γενική νάρκωση καταβάλλεται προσπάθεια ανατάξεως του εξαρθήματος με απλή απαγωγή του σκέλους, με σύγχρονη πίεση προς τα άνω στο μείζονα τροχαντήρα. Κατά την εκτέλεση του χειρισμού αυτού δεν πρέπει να ασκείται βία. Αν με την απλή απαγωγή του σκέλους δεν επιτυγχάνεται η ανάταξη, τότε επιτρέπεται η άσκηση πιέσεως επί του μείζονος τροχαντήρα προς τα άνω με σύγχρονη απαγωγή του σκέλους. Η πίεση δεν πρέπει να είναι μεγάλη, τόση ώστε η ανάταξη να επιτυγχάνεται υπό τάση.

Η υπό γενική νάρκωση εξέταση του ασθενούς, είναι δυνατόν να μας φέρει ενώπιον μιας των κάτωθι καταστάσεων:

α. Η ανάταξη επιτυγχάνεται εύκολα, άνευ τάσεως και είναι σταθερή. Σ' αυτή την περίπτωση, προχωρούμε στην συντηρητική θεραπεία αφού προηγουμένως εφαρμόσουμε συνεχή έλξη, για την ακόμα ευκολότερη, άνευ τάσεως και σταθερότερη ανάταξη.

β. Η ανάταξη επιτυγχάνεται σχετικά εύκολα, αλλά δεν είναι αρκούντως σταθερή. Στην περίπτωση αυτή, επιτρέπεται η εφαρμογή συνεχούς έλξεως με την προσδοκία της επιτεύξεως σταθερότερης ανατάξεως. Αν πετύχουμε σταθερή και άνευ τάσεως ανάταξη, τότε προχωράμε στην συντηρητική θεραπεία. Αν όμως δεν είμαστε ευχαριστημένοι με την σταθερότητα της ανατάξεως τότε επιτρέπεται η διατομή των προσαγωγών με περιορισμούς. Αν παρόλα αυτά ο χειρουργός αμφιβάλλει κατά πόσο η ανάταξη είναι σταθερά και άνευ τάσεως, τότε είναι προτιμότερο να προχωρεί σ' ανοιχτή ανάταξη.

γ. Η ανάταξη είναι ανέφικτη. Στην περίπτωση αυτή η λύση είναι η ανοικτή ανάταξη.

Σαν συντηρητική αγωγή, επιλέγεται η Α θέση Lorenz διότι κάθε άλλη θέση επιτυγχάνει μικρότερη κάλυψη της μηριαίας κεφαλής, λόγω

του προς τα μπρος και έξω προσανατολισμού της κοτύλης.

Ανοικτή ανάταξη

Η ευρέως εφαρμοζόμενη ανοικτή ανάταξη συνίσταται στην εξουδετέρωση όλων των εξωαρθρικών και ενδοαρθρικών αιτιών, τα οποία εμποδίζουν την καλή και άνευ τάσεως επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής εντός της κοτύλης. Αυτό επιτυγχάνεται:

α. με την αποκόλληση από το λαγόνιο οστό των προσαγωγών του ισχίου μυών,

β. με την αποκόλληση του αρθρικού θυλάκου από τις συμφύσεις του με το λαγόνιο και των περίξ μαλακών μορίων,

γ. με την διατομή ή επιμήκυνση του καταφυτικού τένοντος του λαγονοφοίτου,

δ. με την διατομή ή επιμήκυνση, οπότε η τάση είναι μεγάλη, του ορθού μηριαίου ή και των από την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα εκφυόμενων μυών,

ε. με την αφαίρεση του υπερτροφικού και ανεστραμμένου επιχρυσίου χόνδρου,

στ. με την αφαίρεση των ινολιπωδών σαρκίων από τον πυθμένα της κοτύλης και του τυχόν εμποδίζοντος την καλή επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής, εγκαρσίου συνδέσμου και

ζ. με την διατομή των προσαγωγών μυών από τις εκφύσεις τους, όσες φορές αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Εμπόδια ανατάξεως

Κοτύλη

Αυτή είναι αβαθής και δυσπλαστική, αδυνατώντας να καλύψει επαρκώς την μηριαία κεφαλή. Η δυσπλαστικότητα της κοτύλης αυξάνει με την πάροδο του χρόνου.

Θύλακας

Αυτός συμφύεται με το λαγόνιο σε άλλοτε άλλο βαθμό και ανάλογα του βαθμού παρεκτοπίσεως της μηριαίας κεφαλής. Ο θύλακος παίρνει την μορφή κλεψύδρας. Το άνω τμήμα της, περιλαμβάνει τη μηριαία κεφαλή και το κάτω την κοτύλη. Η διαμόρφωση αυτή επιτείνεται από το τένοντα του λαγονοφοΐτου, ο οποίος περισφίγγει τον θύλακο και εμποδίζει την ανάταξη.

Η ανώμαλη περικεφαλική πρόσφυση του θύλακου αποτελεί για πολλά πολλούς σοβαρό εμπόδιο ανατάξεως.

Επιχειλίου χόνδρος

Οι γνώμες για την σπουδαιότητα του επιχειλίου χόνδρου ως εμπόδιο για την ανάταξη διίστανται.

Λαγονοφοΐτης

Η σπουδαιότητα του λαγονοφοΐτου ως εμπόδιο για την ανάταξη του εξαρθήματος, διαρκώς και περισσότερο αναγνωρίζεται με την πάροδο του χρόνου. Ο υπό τάση ευρισκόμενος τένοντας πιέζει το θύλακο και εμποδίζει την ανάταξη.

Στρογγύλος σύνδεσμος

Ο στρογγύλος σύνδεσμος βρίσκεται πολλές φορές υπερτροφικός αλλά σε πολλές περιπτώσεις διαπιστώνεται ατροφία όπως επίσης και λύση της συνέχειας αυτού. Η ατροφία του στρογγύλου συνδέσμου δυνατόν να αφιάνει μέχρι σχεδόν πλήρους ελλείψεως αυτού.

Ινολιπώδη σαρκία

Η πλήρωση του πυθμένα της κοτύλης από ινολιπώδη σαρκία αναμφίβολα εμποδίζει την καλή τοποθέτηση της μηριαίας κεφαλής εντός της κοτύλης και γι' αυτό πρέπει να αφαιρούνται.

Άλλα εμπόδια

Στο ΣΕΙ διαπιστώνεται βράχυνση των εξής μυών: μέσου και μικρού γλουτιαίου, προσαγωγών, ορθού μηριαίου, ραπτικού, τείνοντος την πλα-

τεία περιτονία, οπίσθιων μηριαίων.

4.2-3 ΕΤΩΝ

Η καλύτερη θεραπεία των ηλικιών αυτών είναι η χειρουργική. Καθίσταται αναγκαία για τους εξής λόγους:

- α. Τα εξωαρθρικά και ενδοαρθρικά εμπόδια είναι περισσότερο εκσεσημασμένα και η χειρουργική αγωγή επιτυγχάνει την εξουδετέρωση αυτών.
- β. Οι δυνατότητες περαιτέρω ανάπτυξης της κοτύλης είναι περισσότερο περιορισμένες λόγω ηλικίας.

Οι χειρουργικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι κυρίως:

- α. ανοικτή ανάταξη
- β. ανοικτή ανάταξη ακολουθούμενη από οστεοτομία στροφής ή στροφής και ραιβότητας.
- γ. ανοικτή ανάταξη ακολουθούμενη από οστεοτομία λεκάνης κατά Pemberton ή Salter.

5.3 ΕΤΩΝ και άνω

Η θεραπεία των ως άνω ασθενών είναι μόνο χειρουργική. Το είδος των χειρουργικών επεμβάσεων που προσφέρονται για την αντιμετώπιση ασθενών των ηλικιών αυτών είναι:

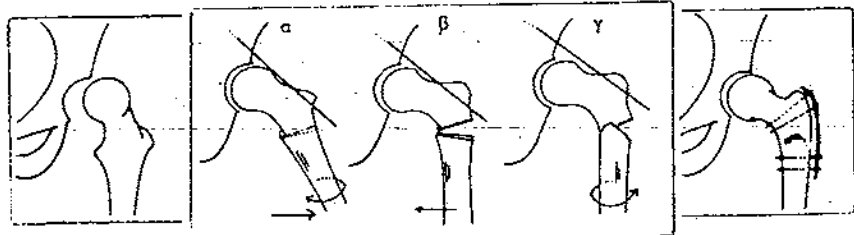
- α. ανοικτή ανάταξη και υποτροχανθήριος οστεοτομία στροφής και ραιβότητας.
- β. ανοικτή ανάταξη και οστεοτομία λεκάνης κατά Salter.
- γ. ανοικτή ανάταξη και οστεοτομία λεκάνης κατά Pemberton.
- δ. ανοικτή ανάταξη και τεχνητή στέγη της οροφής της κοτύλης.
- ε. ανοικτή ανάταξη και οστεοτομία λεκάνης κατά Chiari.

στ.αρθροπλαστική κατά Collona.

ζ.ανοικτή ανάταξη και οστεοτομία λεκάνης κατά Steele.

Ανοικτή ανάταξη και υποτροχανθήριος οστεοτομία

Η ανοικτή ανάταξη σ'ένα πλήρες εξάρθρημα μετά την ηλικία των



Φωτ.12.Υποτροχανθήριος οστεοτομία στροφής και ραιβότητας.

3 ετών δεν είναι πάντοτε επικτική, αλλά σήμερα επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών απ'ότι στο παρελθόν. Αυτό οφείλεται

στην βελτίωση των χειρουργικών μεθόδων ανατάξεως.

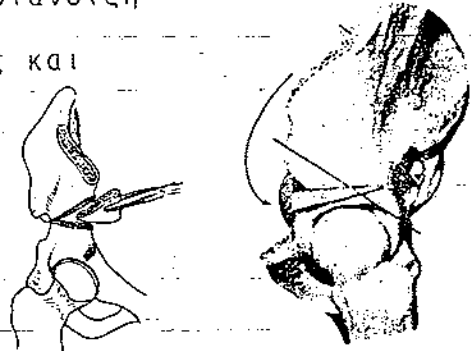
Η υποτροχανθήριος οστεοτομία (φωτ.12) για ασθενείς άνω της ηλικίας των 3 ετών, μ'ανοικτή ανάταξη, έχει βεβαίως μικρότερη αξία απ'ότι στις μικρότερες ηλικίες, όσον αφορά την περαιτέρω βελτίωση της κοτύλης. Τα περιθώρια στενεύουν επικίνδυνα. Σε μεγάλο βαθμό δυσπλασίας πρέπει να αναζητείται άλλη λύση για την καλύτερη κάλυψη της μηριαίας κεφαλής όπως πχ.οστεοτομία κατά Salter ή Pemberton.

Η υποτροχανθήριος οστεοτομία σ'ασθενείς άνω της ηλικίας των 3 ετών συνδυάζεται πολλές φορές μ'άλλη επέμβαση, οστεοτομία Salter, Chiari, κλπ.

Οστεοτομία λεκάνης κατά Salter

Η οστεοτομία λεκάνης κατά Salter αφορά ασθενείς από 18 μηνών μέχρι 6 ετών, όπως ο Salter αναφέρει. Η διαφορά της εγχείρησης του Salter από άλλες αρθροπλαστικές συνίσταται στο ότι με αυτή δεν μεταβάλλεται το σχήμα ή η χωρητικότητα της κοτύλης, αλλά απλώς μεταβάλλεται ο προσανατολισμός αυτής. Η εγχείρηση συνίσταται σε πλήρη οστεοτομία της λεκάνης υπέρθεν της κοτύλης, κατάσπαση του

κάτω οστεοτμηθέντος άκρου με σφηνοειδή διάνοιξη της οστεοτομίας με τη βάση προς τα μπρος και συγκράτηση της μετατοπίσεως με μόσχευμα που έχει ληφθεί από το λαγόνιο οστό με βελόνες Kirschner.



Ανεξάρτητα από τις διαφορετικές απόψεις και δυσκολίες ως προς τις ενδείξεις της οστεοτομίας Salter - τά Salter.

η εγχείρηση αυτή αποτέλεσε ένα από τους μεγαλύτερους σταθμούς στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΕΙ και μπορεί να δώσει πολύ καλά αποτελέσματα σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων.

Οστεοτομία λαγόνιου κατά Pemberton

Με την οστεοτομία αυτή επιτυγχάνεται η αλλαγή της κατευθύνσεως της οροφής της κοτύλης προς τα κάτω και έξω και έτσι καλύπτεται καλύτερα η μηριαία κεφαλή.

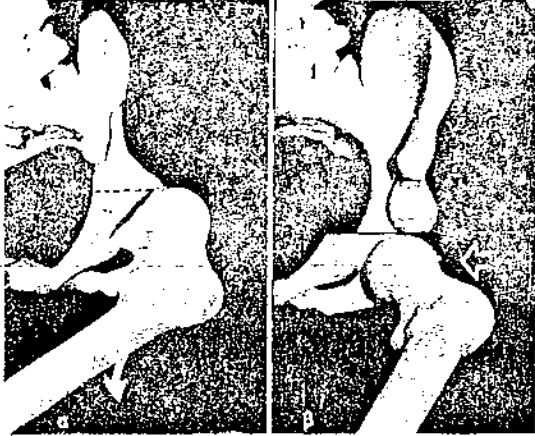
Ο Pemberton συνιστά την εγχείρηση αυτή σ' ασθενείς ηλικίας από 1 έτους μέχρι 12-14 ετών. Πολλοί ορθοπεδικοί όμως εκφράζουν την απογοήτευσή τους για τα αποτελέσματα της εγχείρησης αυτής.

Εγχείρηση της στέγης της οροφής της κοτύλης

Αυτή συνίσταται στην κατάσπαση οστού ύπερθεν της κοτύλης ή στην τοποθέτηση τεμάχιου οστού με το σκοπό αυτό να ενσωματωθεί στο λαγόνιο. Έτσι εμποδίζεται η προς τα έξω και άνω παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής, δεν λύνεται όμως το πρόβλημα της δυσπλασίας της κοτύλης κατά το πρόσθιο τμήμα αυτής. Η εγχείρηση στέγης της οροφής της κοτύλης έχει ακόμα θέση στην θεραπεία του εξαρθρήματος αλλά έχει περιορισθεί πάρα πολύ, μετά τη χρήση των άλλων τρόπων οστεοτομίας.

Οστεοτομία λεκάνης κατά Chiari

Με την οστεοτομία αυτή (φωτ. 14) αυξάνουμε την χωρητικότητα της



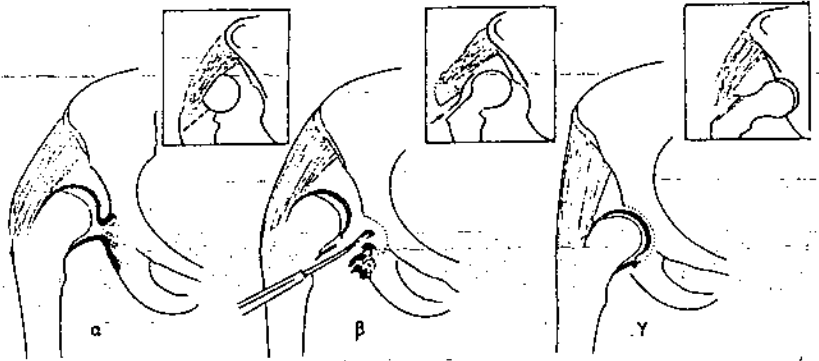
κοτύλης για την καλύτερη κάλυψη της μηριαίας κεφαλής. Η οστεοτομία Chiari έχει σήμερα περιορισμένη εφαρμογή, αλλά εξακολουθεί να αποτελεί λύση για περιπτώσεις μεγάλης δυσπλασίας της κοτύλης σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας, πέρα ίσως της ηλικίας των 8 ετών.

φωτ. 13. Οστεοτομίας λεκάνης κατά Chiari.

Ένα μειονέκτημα της οστεοτομίας Chiari είναι ότι με αυτή μειώνεται η χωρητικότητα της λεκάνης και αυτό πιθανώς δυσχεραίνει την κύηση και τον τοκετό στις γυναίκες.

Αρθροπλαστική κατά Collona

Συνίσταται στην εμφύτευση της κοτύλης, η οποία συνεπάγεται καταστροφή του χόνδρου αυτής, κάλυψη της μηριαίας κεφαλής από το θύλακο και τοποθέτηση αυτής εντός της



φωτ. 14. Αρθροπλαστική κατά Collona

κοτύλης. Η εγχείρηση αυτή (φωτ. 14), για τις ηλικίες από 3-8 ετών, ήταν στο παρελθόν πολύ σε χρήση, αλλά σήμερα η εφαρμογή της έχει σημαντικά περιοριστεί.

Τριπλή οστεοτομία του ανωνύμου οστού κατά Steele

Ο Steele περιγράφει τα αποτελέσματά της εγχειρήσεώς του σε 52 περιπτώσεις υπεξαρθρήματος ή πλήρους εξαρθρήματος, συνέπεια ΣΕΙ,

μυελοδυσπλασίας, εγκεφαλικής παραλύσεως και πολυσπυελίτιδος. Η εγχείρηση συνίσταται σε οστεοτομία του λαγόνιου κατά την μέθοδο Salter, με σύγχρονη οστεοτομία του ισχιακού και ηβικού κλάδου. Με την μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται ευχερέστερη αλλαγή της κατευθύνσεως της κοτύλης, για καλύτερη κάλυψη της μηριαίας κεφαλής. Η ηλικία των ασθενών ήταν από 7-17-ετών, ο μετεγχειρητικός χρόνος παρακολουθήσεως ήταν από 2-10-έτη. Δεν είναι γνωστό αν η εγχείρηση αυτή χρησιμοποιείται και από άλλους χειρουργούς, αλλά σποραδικά, τουλάχιστον θεωρητικά, στηρίζεται σε υγιή βάση και είναι πιθανόν στο μέλλον να βρει μεγαλύτερη εφαρμογή.

Επίπλοκές Θεραπείας

Η δυσκαμψία της αρθρώσεως, η οστεοπόρωση, η πρόιμη αναστολή της λειτουργίας της επιφύσεως του γόνατος μετά από εφαρμογή συνεχούς έλξεως για μακρύ χρονικό διάστημα κλπ. είναι επίπλοκές που συναντώνται κατά την διαδρομή της θεραπείας του ΣΕΙ. Η οστεοχονδρίτιδα αποτελεί τη σοβαρότερη των επιπλοκών της θεραπείας του ΣΕΙ και γι' αυτό πρέπει να αναφερθούμε εκτενέστερα.

Οστεοχονδρίτιδα

Συχνότητα. Η επίπλοκή αυτή, αποτελεί πραγματικό πονοκέφαλο για τον ορθοπεδικό. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές ως προς το ποσοστό της οστεοχονδρίτιδος μεταξύ των διαφόρων εργασιών. Οι διαφορές αυτές οφείλονται στη διαφορετική θεραπευτική αγωγή, αλλά και στη διαφορετική γνώμη των συγγραφέων, ως προς τα κριτήρια χαρακτηρισμού μιας δεδομένης περιπτώσεως ως οστεοχονδρίτιδος. Ο Ponseti (1944) αναφέρει ποσοστό οστεοχονδρίτιδος 46,2%, ο Judet (1958) 51% μετά από κλειστή ανάταξη και 22% μετά από ανοικτή, ο Dooley (1964) 50%, ο Ortolani (1948) 2%, ο Somerville (1967) 2%, κλπ.

Αυτό που είναι αναμφισβήτητο είναι ότι η εφαρμογή συνεχούς

φωτ. Ηα
Μικροῦ βαθμοῦ δυσπλασία κοτύλων εἰς
βρέφος 5 μηνῶν. Ἐφημερίσθη κηδεμῶν
Grejka.



φωτ. Ηβ
Ἀνεπτυχθῆ βαρεία
ὀστεοχονδρίτις δε-
ξιᾶ, μετρίου βαθμοῦ
ἀριστερά. Ἡ ἡλικία
τοῦ ἀσθενοῦς τώρα
3 1/2 ἐτῶν.

φωτ. Ηγ.
Μετὰ τὰ ἰσχία εἰς
βατραχοειδῆ θέσιν.



έλεγχος και ακόμα περισσότερο η ανοικτή ανάταξη στη θεραπεία του ΣΕΙ, ελαττώνει την πιθανότητα της επιπλοκής της οστεοχονδρίτιδος.

Αίτια Οστεοχονδρίτιδος. Είναι δυνατόν να εμφανιστεί και σ' ένα υγιές ισχίο κατά τη διάρκεια θεραπείας σ' ετερόπλευρο ΣΕΙ. Η διάταση και συστολή των τροφοδοτούντων την επίφυση αγγείων κατά την διαδρομή της θεραπείας, αποτελεί ίσως το σπουδαιότερο αίτιο πρόκλησης οστεοχονδρίτιδος (φωτ. 15). Η άσκηση πίεσης μεταξύ μηριαίας κεφαλής και κοτύλης αποτελεί το δεύτερο παράγοντα.

Ο Massie (1951, 1956) αναφέρει ότι η επιπλοκή αυτή μπορεί να εμφανιστεί 3-12 μήνες μετά την ανάταξη του εξάρθρηματος, ακόμα αναφέρεται μεγαλύτερο ποσοστό οστεοχονδρίτιδος στα αγόρια, που είναι δύσκολο να ερμηνευτεί. Η επιπλοκή αυτή είναι λιγότερο συχνή μετά την ηλικία των 3 ετών.

Ταξινόμηση. Ο Massie διακρίνει δύο ομάδες: 1. την ομάδα εκείνη, στην οποία παρατηρείται κατακερματισμός της μηριαίας επιφύσεως, όμοιας με εκείνη της ιδιοπαθούς οστεοχονδρίτιδας και 2. την ομάδα στην οποία δεν παρατηρούμε κατακερματισμό.



φωτ. 15. Βαριά οστεοχονδρίτιδα

αριστερά μετά από θεραπεία ΣΕΙ

1. Η πρώτη ομάδα υποδιαιρείται σε α. ήπια, β. μέτρια και γ. βαριά μορφή. Η ήπια μορφή μπορεί να δώσει ικανοποιητική άρθρωση στον ενήλικα.

Στην ομάδα αυτή παρατηρούμε α. κατακερματισμό του πυρήνα οστεώσεως, β. αποπλάτυση ή πλήρη έλλειψη της επιφύσεως, γ. κοίλωση του έσω μεταφυσικού άκρου του του εγγύς της επιφύσεως ευρισκόμενου και δ. αύξηση του πλά-

τους της μεταφύσεως.

2. Η δεύτερη ομάδα, η οποία για τις περιπτώσεις του Massie αποτελεί το 40%, διαφέρει της πρώτης κατά το ότι δεν παρατηρείται κατακερματισμός και ο έσω πόλος της επιφύσεως είναι αποπεπλατωμένος. Η μετάφυση παρουσιάζει επίσης αύξηση του πλάτους της. Το τελικό αποτέλεσμα για ασθενείς της ομάδας αυτής είναι πολύ καλύτερο απ' ό,τι της πρώτης.



Θεραπεία. Η θεραπεία

συνίσταται στην αποφυγή φορτίσεως του σκέλους.

φωτ. 16. Ακτ/φία με τα ισχία σε βατραχοειδή θέση.

Οι συντηρητικές μέθοδοι συνίστανται στην ακινητοποίηση στο κρεβάτι, εφαρμογή έιδικού κηδεμόνα, κλπ. Η υποτροχανθήριος οστεοτομία ασκεί ευεργετική επίδραση στην εξέλιξη της οστεοχονδρίτιδος όσον αφορά τόσο τη χρονική διάρκεια της νόσου, όσο και το τελικό αποτέλεσμα. Το τελικό αποτέλεσμα είναι τόσο καλύτερο, όσο η νόσος βρίσκεται στα αρχικά της στάδια κατά τη στιγμή της εκτελέσεως της οστεοτομίας.

Η ευεργετική δράση της οστεοτομίας οφείλεται:

- α. στην καλύτερη επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής και πιθανώς εξουδετερώσεως του παράγοντα "πίεση" μεταξύ κοτύλης και μηριαίας κεφαλής
- β. στην ταχύτερη επανάγγειωση της μηριαίας επιφύσεως.

Η ένδειξη εκτελέσεως υποτροχανθήριου οστεοτομίας σε οστεοχονδρίτιδα ισχίο, αποκτά ακόμη μεγαλύτερη αξία, σε περιπτώσεις συνυπάρχουσας δυσπλασίας της κοτύλης, γιατί τότε το όφελος είναι διπλό.

Διπλή μηριαία κεφαλή

Κατά την μελέτη της οστεοχονδρίτιδος, μας εδόθει η ευκαιρία να διακρίνουμε μια ιδιαίτερη μορφή βαρύτατης οστεοχονδρίτιδος. Κατ' αυτήν η μηριαία κεφαλή παρουσιάζει την εικόνα διαχωρισμού της σε 2 τμήματα. Η παραμόρφωση αυτή σαφώς απεικονίζεται κατά την λήψη ακτινογραφίας με τα πόδια σε βατραχοειδή θέση, ενώ στην κατά μέτωπο ακτ/φία διακρίνουμε βέβαια έκδηλη παραμόρφωση ολόκληρης της μηριαίας κεφαλής, αλλά χωρίς τα γνωρίσματα εκείνα που καθιστούν την παραμόρφωση ιδιαίτερα σοβαρή (φωτ. 16)

Ακόμα, πρέπει να τονίσουμε ότι η μελέτη της οστεοχονδρίτιδας απαιτεί οπωσδήποτε τη λήψη ακτ/φίας με τα σκέλη σε βατραχοειδή θέση. Η εκτέλεση επίσης αρθρογραφήματος είναι μεγίστης σπουδαιότητας βοήθημα για την σκιαγράφιση των ορίων του χόνδρινου τμήματος και της μηριαίας κεφαλής και των σχέσεων αυτής προς την κοτύλη. Το πλεονάζον τμήμα της μηριαίας κεφαλής εκτός του ότι περιορίζει την κινητικότητα της αρθρώσεως, ιδιαίτερα την κάμψη, παρεμποδίζει τη καλή εντός της κοτύλης επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής.

Η θεραπεία των μορφών αυτών της οστεοχονδρίτιδος συνίσταται στην αφαίρεση του πλεονάζοντος τμήματος. Το πρόβλημα βέβαια δεν λύνεται με την επέμβαση αυτή, αλλά οπωσδήποτε ορασθενής βοηθείται.

ΕΝΟΤΗΤΑ 2η:

ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΕΙ

ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ (ΣΕΙ)

Έγκαιρη ανακάλυψη του ΣΕΙ

Κατά την εκτέλεση λουτρού στο νεογνό ή κατά την περιποίηση αυτού πρέπει να είμαστε προσεκτικοί για να παρατηρήσουμε μερικά από τα παρακάτω σημεία:

1. Δυσχέρεια της κινήτικότητας, μερική ή ολική της αρθρώσεως.
2. Υπερκινητικότητα της αρθρώσεως.
3. Ασύμμετρες αναδιπλώσεις του δέρματος εμφανίζονται στους γλουτούς και στις κνήμες.
4. Συσπάσεις μυών,
5. Δυσμορφία ή στατική ανωμαλία του σκελετού.
6. Ογκώματα ή οιδήματα.
7. Το περίναιο φαίνεται μεγαλύτερο του συνηθισμένου.
8. Σε μεγαλύτερα παιδιά το βάδισμα είναι ως νήσσειο. Η κάμψη της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι αυξημένη, οι γλουτοί διευρυσμένοι και η κοιλιά προέξχει.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην έγκαιρη ανακάλυψη του προβλήματος είναι σημαντικότερος. Αυτή με τις γνώσεις της θα αντιληφθεί άμεσα την κατάσταση και θα εξηγήσει στους γονείς το πρόβλημα και δεν θα διστάσει να τους παροτρύνει να επισκεφθούν τον ειδικό γιατρό. Γιατί όπως είναι γνωστό, όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωση τόσο καλύτερα αποτελέσματα θα έχει η θεραπεία.

Νοσηλευτική φροντίδα

Τα παιδιά με ορθοπεδικά προβλήματα είναι σπάνια βαριά άρρωστα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Η ορθοπεδική νοσηλεύτρια μαθαί-

νει νέες επιδεξιότητες για να προγραμματίσει μαζί με τα παιδιά την φροντίδα τους, όπως πώς να κάνει τις ασκήσεις ρουτίνας παιγνίδι και πώς να διδάξει στους γονείς την φροντίδα του παιδιού τους στο σπίτι.

Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος

Η διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος μέσα σ'ένα παιδικό θάλαμο(φωτ.



φωτ.17.Παιδικός θάλαμος.

φωτ.17)είναι πρωτίστης σημασίας. Τα παιδιά με ορθοπαιδικά προβλήματα δεν είναι τόσο κίνητικα όσο οι συνομηλικοί τους σ'ένα γενικό νοσοκομείο αλλά παρόλα αυτά μπορούν να σηκώνονται, κάνοντας όλων των ειδών τα τεχνάσματα, όταν δεν έχει ληφθεί η απαραίτητη προσοχή.

Η τοποθέτηση πόμολων στις πόρτες, πιο ψηλά από το κεφάλι των παιδιών, η εφαρμογή γλιστερών πορτών στα ντουλάπια εμποδίζει τα μικρά δακτυλάκια να κοπούν και οι στρογγυλλεμένες γωνίες στην τοποθέτηση των ραφιών, είναι μερικά από τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να ληφθούν.

Φωτεινά χρώματα πρέπει να έχουν οι θάλαμοι γιατί τα παιδιά έχουν ανάγκη να ζουν σ'ένα ζωντανό και ευχάριστο περιβάλλον. Είναι

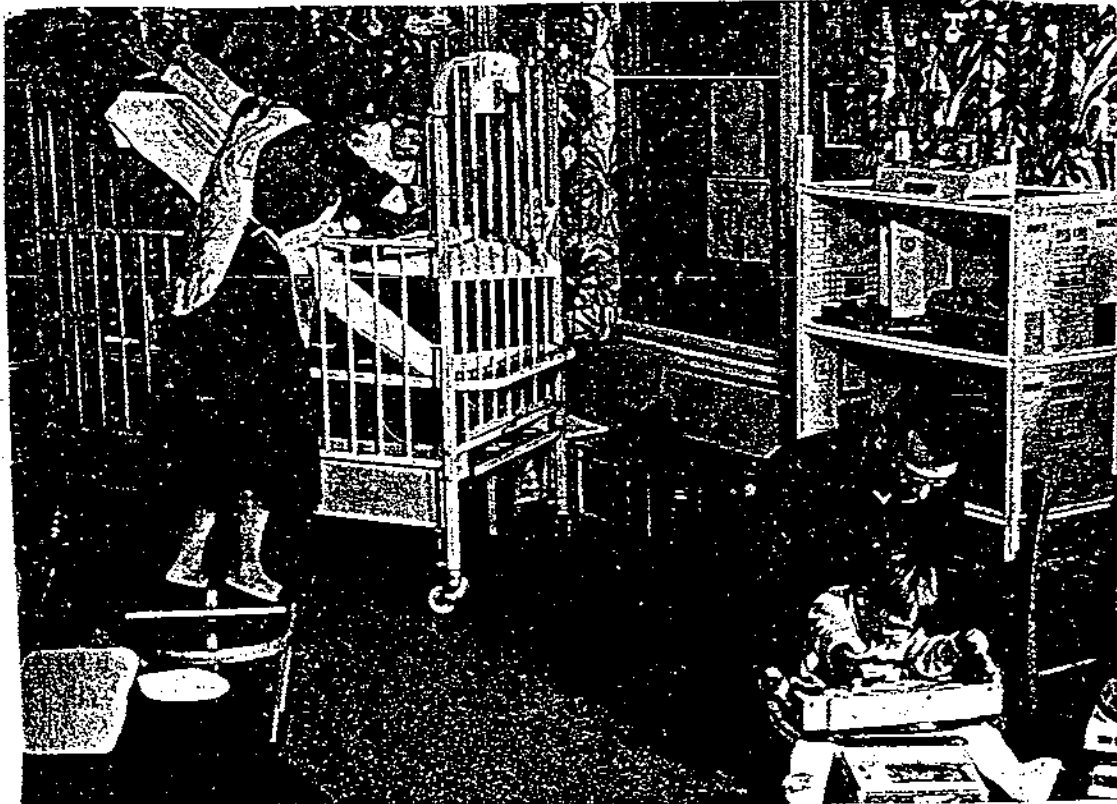
17)είναι πρωτίστης σημασίας. Τα παιδιά με ορθοπαιδικά προβλήματα δεν είναι τόσο κίνητικα όσο οι συνομηλικοί τους σ'ένα γε-

ζωτικής σημασίας να χρησιμοποιούνται κρεβάτια ανάλογου μεγέθους. μ'αποτέλεσμα οι μικροί ασθενείς να νιώθουν άνετα μέσα σ'αυτά. Τα παιδιά δεν είναι ενήλικοι σε μικρογραφία και γι'αυτό χρειάζονται και τον ανάλογο εξοπλισμό.

Οι παιδικοί θάλαμοι δεν πρέπει ποτέ να μένουν αφρόντιστοι. Οι τεράστιοι θάλαμοι δεν χρησιμοποιούνται πια και 4 ή 6 κρεβάτια είναι αρκετά. Πρέπει να υπενθυμίζεται στους επισκέπτες να ανεβάζουν πάντα τα κάγκελα ασφαλείας από την κούνια όταν αφήνουν το παιδί. Τα παιχνίδια που φέρνονται από το σπίτι πρέπει να ελέγχονται γι'ασφάλεια.

Ειδικοί χώροι για παιχνίδι και διδασκαλία (φωτ.18) πρέπει να είναι χωριστά από το θάλαμο. Η επικεφαλής του παιχνιδιού παίζει με τμήματα παιδιών όλων των ηλικιών αλλά λαμβάνει ιδιαίτερη φροντίδα για τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας.

Οι ανάγκες μητέρας και παιδιού πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μέσα



φωτ.18. Η επικεφαλής του παιχνιδιού παίζει με το ένα παιδί στο νοσοκομείο. Η χρήση χρωματι-
στών πα-
νοφοριών

μέσα
στο θά-
λαμο. Οι
στολές
μπορεί
να φο-
βίζουν
το παι-
δί στο
νοσοκο-
μείο. Η
χρήση
χρωματι-

για να καλύπτουν την στολή αρχίζει να βρίσκει εφαρμογή στους παιδικούς θαλάμους. Τα πανωφόρια πρέπει να είναι αρκετά ώστε να επιτρέπει ν' αλλάζει συχνά όταν αυτά λερώνονται.

Η επίσκεψη δεν πρέπει να είναι περιορισμένη αλλά βέβαια αυτό, μέσα σ' επιτρεπτά όρια. Οπωσδήποτε, ένα παιδί που δεν νιώθει καλά, δεν μπορεί να υποδεχτεί πολλούς επισκέπτες. Οί επισκέψεις της οικογένειας και των φίλων πρέπει να ενθαρρύνονται. Αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα μωρά. Ο δεσμός μεταξύ γονιού και μωρού είναι ζωτικός. Χρόνος για τρυφερότητα και αγκαλιές και για το μωρό και για το παιδί πρέπει να υπάρχει πάντα. Οι γονείς πρέπει να νιώθουν ικανοί να πάρουν ενεργό μέρος στη φροντίδα του παιδιού τους κάτω από την καθοδήγηση της εκπαιδευμένης νοσηλεύτριας.

Επικοινωνία

Η επικοινωνία σ' όλες τις βαθμίδες είναι σημαντική για να μας δώσει πληροφορίες για την κατάσταση του παιδιού. Το παιδί πρέπει να περιλαμβάνεται σε συζητήσεις μαζί με τους γονείς του όποτε είναι κατάλληλο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας δίνεται η ευκαιρία στη νοσηλεύτρια να γνωριστεί καλύτερα και επίσης ν' αναπτύξει ένα είδος επαγγελματικής σχέσης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού. Η φροντίδα σχεδιάζεται με τους γονείς και με τη βοήθεια του παιδιού. Το σχέδιο της φροντίδας πρέπει να είναι προσιτό στους γονείς και σ' όλα τα μέλη της ομάδας. Αυτό σημαίνει, ότι όλοι αυτοί που σχετίζονται με την περιποίηση του παιδιού ξέρουν τι περιμένουν απ' αυτούς.

Είναι σημαντικό να γνωρίζει η νοσηλεύτρια την ειδική ομιλία του παιδιού για τα πράγματα καθημερινής χρήσεως. Αυτό μπορεί να γραφτεί στο πρόγραμμα της φροντίδας. Με την αποκλειστική φροντίδα αυτό δεν είναι πρόβλημα για τη νοσηλεύτρια.

Η πλειοψηφία των ορθοπεδικών είναι σχετικά ίδια. Συχνά ζητούν

ένα διάστημα ανάπαυσης από ένα ειδικό μέρος του κηδεμόνα. Για αυτό πολλά παιδιά θα σηκωθούν από το κρεβάτι και θα ντυθούν με τα καθημερινά τους ρούχα. Η εμμονή στη ρουτίνα του σπιτιού τους, όπως η ώρα του ύπνου είναι σημαντική και αν δεν υπάρχει λόγος, θα πρέπει να συνεχιστεί και στο νοσοκομείο.

Διατροφή

Η διατροφή των παιδιών του νοσοκομείου πρέπει να είναι προσεκτικά σχεδιασμένη από την υπεύθυνη του θαλάμου από κοινού με το τμήμα τροφοδοσίας του νοσοκομείου. Η τροφή πρέπει να είναι όμορφα σερβιρισμένη ώστε να ανοίγει την όρεξη του παιδιού και σε μικρές μερίδες.

Η τροφή που φέρουν από το σπίτι οι γονείς δεν πρέπει ποτέ να την αφήνουν στο κομοδίνο του κρεβατιού γιατί αυτό είναι επικίνδυνο για το παιδί και για τους υπόλοιπους ασθενείς στο θάλαμο. Ειδική μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για τα παιδιά με φτωχή όρεξη, όπως το σερβίρισμα φαγητών της αρεσκείας τους.

Η χορήγηση υγρών πρέπει να ενθαρρύνεται, ιδιαίτερα κατά την μεταχειρητική περίοδο, για να εξασφαλίσουμε ισοζύγιο υγρών. Το γάλα πρέπει να δίνεται αφού έχει προστεθεί μια επαρκής ποσότητα θερμίδων και βιταμίνων.

Οι ώρες των γευμάτων πρέπει να είναι τακτικές και όσο είναι δυνατόν ήρεμες χωρίς διακοπές από τους άλλους ασθενείς.

Είναι συχνά αδύνατο ο θηλασμός του μωρού από τη μητέρα του να συνεχίζεται και ιδιαίτερα να ενθαρρύνεται αυτό. Ένα ήσυχο μέρος πρέπει να υπάρχει για να διευκολύνει το θηλασμό.

Περιορισμός

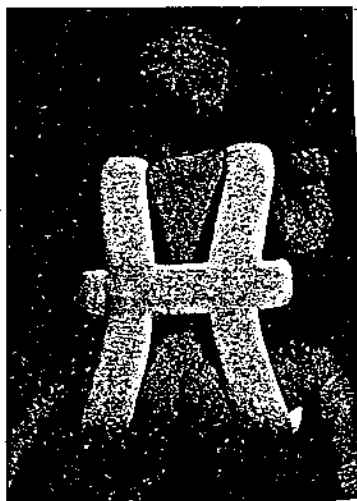
Ο περιορισμός μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στο παιδί.

Το παιδάκι που μόλις άρχισε να περπατά και που κατάφερε να φτάσει το εύκολο στάδιο εκπαίδευσης μπορεί να παλινδρομήσει. Μια νοσηλεύτρια πρέπει να το κατανοήσει αυτό και πρέπει να βοηθήσει τους γονείς να το καταλάβουν και αυτού χωρίς να προκαλέσουν ανησυχία στο παιδί. Κατά τη διάρκεια των διαστημάτων της ακινητοποιήσεως, το παιδί μπορεί να χρειαστεί μια πάνα για να καλύψει τα γεννητικά του όργανα και αυτό μπορεί να προκαλέσει μεγάλη αναστάτωση. Ακόμα, και στο νεότερο παιδί είναι σημαντικότερο ο περιορισμός να είναι πετυχημένος.

Προσωπική καθαριότητα και ενδυμασία

Η προσωπική καθαριότητα για μερικά παιδιά είναι ένα καθήκον που πρέπει να αποφεύγεται. Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να βεβαιωθεί ότι όλα τα παιδιά διατηρούν ένα καλό όριο υγιεινής κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Οι γονείς ενθαρρύνονται να βοηθήσουν το παιδί όσον αφορά την καθαριότητα, αλλά όχι να ενθαρρύνονται ώστε να γίνουν αυτά ολοκληρωτικά εξαρτημένα από τους άλλους για αυτή τη δραστηριότητα. Η διδασκαλία στο παιδί σχετικά με τη φροντίδα των δοντιών και καθαριότητά τους, μπορεί να ενσωματωθεί στην ώρα του παιχνιδιού. Η έκθεση σχετικών αφισών στα μπάνια και στις αίθουσες παιχνιδιού μπορεί να βοηθήσει τη διδασκαλία. Το ντύσιμο παιδιού με ορθοπεδικά προβλήματα έχει ιδιαίτερη σημασία. Τα ρούχα πρέπει να είναι κατάλληλα ώστε να χωράνε τα άχαρα υποστηρίγματα και οι νάρθηκες. Αυτοί πρέπει να είναι στο σωστό ύψος για να προστατεύουν το παιδί από απρόσεκτο πέσιμο. Τα παπούτσια πρέπει να εφαρμόζουν καλά και να είναι υποστηρικτικά. Τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται να ντύνονται μόνο τους αν βέβαια μπορούν να το κάνουν. Μπορεί να είναι κουραστικό βέβαια για την νοσηλεύτρια να το κάνει μόνη της αλλά αυτό μπορεί να προκαλέσει κακό στο παιδί με το να το ενθαρρύνει να

γίνει εξαρτημένο. Μοντέρνα ρούχα για ένα νέο κορίτσι είναι πολύ σημαντικό. Η συμβουλή από τη νοσηλεύτρια σ' ένα νέο ασθενή να φορά ένα αθέατο υποστήριγμα μπορεί να είναι καλοδεχούμενη. Παρόλ' αυτά μπορεί το παιδί να ενθαρρύνεται να ντύνεται με τα συνηθισμένα του ρούχα όταν σηκώνεται από το κρεβάτι. Τα ρούχα του χειρουργείου μπορούν να φοβίσουν ένα παιδάκι. Αν ένα παιδάκι πρόκειται να πάει στο χει-



ρουργείο, καλύτερα να ντύνεται με τα δικά του καθαρά ρούχα (φωτ. 19).

Κινητοποίηση

Οι φυσιολογικοί σταθμοί ανάπτυξης για ένα παιδί πρέπει να γνωρίζονται από το νοσηλεύτη. Στην ηλικία των 12-16 μηνών το

παιδί πρέπει να περπατά. Ανεξαρτηता από την ορθοπεδική κατάσταση που έχει το παιδί, αυτοί οι σταθμοί είναι σημαντικοί. Οι προσπάθειες που επιτρέπουν στο παιδί με παράλυση του κάτω άκρου να σταθεί στους 12-16 μήνες είναι ζωτικές. Υποστηρικτικοί κηδεμόνες, φτιαγμένοι σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες του παιδιού, βοηθούν πολύ σ' αυτό. Η κινητοποίηση παρέχει ανεξαρτησία στο παιδί. Αυτό, μπορεί να



φωτ. 19. Παιδί σε κηδεμόνα von Rosen.

βοηθήσει στην φυσιολογική πνευματική, κοινωνική και ψυχολογική ανάπτυξη.

Εργασία και παιχνίδι

Το παιχνίδι, όπως έχει ήδη καθοριστεί, είναι ένα σημαντικό τμήμα της ημέρας του παιδιού στο νοσοκομείο. Όπου είναι δυνατό, το παιχνίδι μπορεί να βοηθήσει το παιδί να γνωρίσει τις μεθόδους του νοσοκομείου και το προσωπικό, ιδιαίτερα πριν την εισαγωγή του. Το παιχνίδι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να γνωρίσει το παιδί ασκήσεις ρουτίνας σαν ένα κομμάτι της φυσιολογικής εκπαίδευσης και πνευματικής του ανάπτυξης.

Η υπηρεσία διδασκαλίας του νοσοκομείου παρέχει ένα σύνδεσμο μεταξύ σχολείου και νοσοκομείου. Πολλά παιδιά αφήνουν το νοσοκομείο εκπαιδευτικά ίσοι με τους συνομήλικούς τους. Ο παιδαγωγός και ο νοσηλευτής πρέπει να εργάζονται στενά και οι δύο οφείλουν να εκτιμήσουν το ρόλο του καθενός μέσα στην ομάδα. Τα καθήκοντα του νοσηλευτή πρέπει να περιορίζονται τις ώρες της διδασκαλίας για να μην διακόπτεται το εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Καθορισμένες εξετάσεις μπορούν να γίνονται στο νοσοκομείο με συνεργασία μεταξύ των δασκάλων του νοσοκομείου και των δασκάλων της δημόσιας εκπαίδευσης.

Η παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο μπορεί να δημιουργήσει πολλά προβλήματα στ' αδέρφια του. Μπορεί να νιώθουν παραμελημένα από τους γονείς τους και το που υπάρχει ορθοπεδική ανωμαλία μπορεί να νιώθουν ένοχοι που αυτοί είναι φυσιολογικοί. Είναι σπουδαίο να περιλαμβάνονται και τ' αδέρφια στις επισκέψεις στο νοσοκομείο και στη βοήθεια όσον αφορά την φροντίδα του προσβεβλημένου παιδιού. Εξάλλου είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ενθαρρύνονται να ζήσουν μια φυσιολο-

γική ζωή για τους εαυτούς τους.

Το προσβεβλημένο παιδί μπορεί να αισθάνεται τον εαυτό του περιττό ανάμεσα στους ομοίους του, ιδιαίτερα αν φορά κηδεμόνα σαν μέρος της θεραπείας. Πρέπει να ενθαρρύνονται οι φίλοι να επισκέπτονται το παιδί και να συζητούν σχετικά με τη θεραπεία του. Τα συνηθισμένα καθημερινά συμβάντα στο σχολείο και στο σπίτι πρέπει να συζητούνται και όχι να αποφεύγονται σαν ταμπού.

Νοσηλευτική φροντίδα Παιδιού με Γύφο

Το παιδάκι τοποθετείται στην κούνια του, πάνω σε τρία αδιάβροχα μαξιλάρια καλυμμένα με πετσέτες. Αυτά τοποθετούνται για να στηρίξουν τον γύφο όσο είναι βρεγμένος. Ένα ουροδοχείο τοποθετείται ανάμεσα στα μαξιλάρια στο κρεβάτι, για να συγκρατεί τα ούρα και έτσι να προφυλάσσει το γύφο από το να λερωθεί, όσο είναι υγρός. Μια πάνα μπορεί να τοποθετηθεί στα γεννητικά όργανα και να διπλωθεί κάτω από το γύφο. Αυτή πρέπει να αλλάζεται πολύ συχνά.

Το παιδάκι γυρνάει κάθε τρεις ώρες ώσπου να στεγνώσει τελείως ο γύφος. Αυτό μπορεί να διαρκέσει 48 ώρες. Όταν γυρνά το παιδί, πρέπει να προσέχουμε να μην πιέζονται τα πόδια του από κανένα αντικείμενο.

Κανονικές παρατηρήσεις όπως σε κάθε ασθενή με γύφο πρέπει να λαμβάνονται. Παρατηρείται το χρώμα των δακτύλων για κυάνωση, η αισθητικότητα και η κινητικότητα του σκέλους. Ακόμα, παρακολουθείται για οίδημα και δυσχέρεια της φλεβικής κυκλοφορίας. Γίνεται φροντίδα του δέρματος γύρω από την περιοχή του γύφου για πρόληψη δερματοπάθειας.

Οι γονείς ενθαρρύνονται να αγκαλιάζουν το παιδάκι και να του φέρονται με αγάπη και τρυφερότητα, ακόμα και όταν ο γύφος είναι υ-

γράφος.

Είναι σημαντικό να ελέγχεται συχνά ο γύψος για να βεβαιωθούμε ότι είναι σε καλή κατάσταση και εφαρμογή. Δίνονται οδηγίες στους γονείς πώς θα περιποιούνται το παιδάκι με το γύψο όταν φύγουν από το νοσοκομείο. Η επαφή με τα άλλα παιδάκια είναι σημαντικό για τη φυσιολογική ανάπτυξη και πρέπει να συνεχιστεί.

Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού που πρόκειται

να χειρουργηθεί

Προεγχειρητική ετοιμασία

Η προοπτική της εγχειρήσεως τρομάζει τους ενήλικους ασθενείς ακόμα περισσότερο ένα παιδάκι και την οικογένειά του. Είναι πολύ σημαντικό η νοσηλεύτρια να αφιερώνει αρκετό χρόνο μαζί με τον ασθενή και την οικογένειά του κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου ώστε να εκφράσουν τα αισθήματά τους και να τους διαφωτίσει σ' οτιδήποτε δεν καταλαβαίνουν. Συναισθηματική υποστήριξη και για τους δυο, το παιδί και την οικογένειά του είναι ιδιαίτερα σημαντική αυτή την περίοδο.

Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος

Προληπτικά μέτρα ασφαλείας πρέπει να λαμβάνονται κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου με τον ίδιο τρόπο όπως ακριβώς με ένα ενήλικα.

Ένας από τους κινδύνους που η νοσηλεύτρια πρέπει να προσέχει είναι ότι το παιδί μπορεί να ταϊστεί από άλλο παιδάκι στο θάλαμο κατά τη διάρκεια του χρόνου που η διατροφή από το στόμα έχει σταματήσει. Αν το παιδί είναι πολύ μικρό για να καταλαβαίνει και οι

γονείς του δεν είναι ικανοί, τότε η νοσηλεύτρια πρέπει να διατηρήσει μια συνεχή παρακολούθηση στο παιδί για να βεβαιωθεί ότι τίποτα δεν έχει παρθεί από το στόμα.

Επικοινωνία

- Μεγάλη κατανόηση για τις μεθόδους της εγχειρήσεως πρέπει να δίνονται στους γονείς από το γιατρό. Η μέθοδος της προεγχειρητικής νοσηλείας πρέπει να εξηγείται από την νοσηλεύτρια και κάθε υλικό που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει να επιδειχνεται στους γονείς και στο παιδί, οπότε αυτό είναι κατάλληλο.

- Συζητώντας οι γονείς μ' ένα άλλο παιδί που έχει κάνει παρόμοια εγχείρηση, μπορούν να καθηχαστούν.

- Συχνά το παιδί μπορεί να παίρνει το αγαπημένο του παιχνίδι στο χειρουργείο. Το παιχνίδι μπορεί να ετοιμαστεί με τον ίδιο τρόπο όπως το παιδί, ώστε να καθησυχάσει τον ασθενή.

- Όποτε το παιδί νιώθει την ανάγκη, οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να κάθονται μαζί του μέχρι να είναι έτοιμο να πάει στην αίθουσα αναισθησίας.

- Μπορεί να μεταφερθεί το παιδί στην αίθουσα μ' έναν από τους γονείς του. Ειδικά, οι γονείς πρέπει να έχουν την άδεια να συνοδεύουν το παιδί και τη νοσηλεύτρια στην αίθουσα και να μένουν μέχρι το παιδί να αναισθητοποιηθεί, αν αυτό επιθυμούν.

- Η αίθουσα αναισθησίας μπορεί να τρομάξει το μικρό ασθενή. Αν είναι δυνατό, χαρούμενα χρώματα στους τοίχους μπορούν να περιορίσουν μερικούς από τους φόβους του παιδιού.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος

- Η ασφάλεια για το παιδί, όπως και στον ενήλικα είναι σημαντική. Είναι ιδιαίτερα καθησυχαστικό για το παιδί, όταν οι γονείς είναι παρόντες όταν αυτό ξυπνήσει από την αναισθησία.

- Οι γονείς θέλουν να καθησυχαστούν ότι όλα πήγαν καλά γι' αυτό επιθυμούν να δούν το χειρουργό όσο το δυνατό πιο γρήγορα.

- Οι βαθμίδες του πόνου του παιδιού είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ένα κατσούφικο παιδί, όπως είναι συνήθως, δεν νιώθει άνετα. Αυτό συχνά σημαίνει πόνο.

Διατροφή

- Είναι σημαντικό ότι οι γονείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι το να ταΐσουν το παιδί τόσο σύντομα, μετά την αναισθησία, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τον έμμετο. Δεν πρέπει να δοκιμάσουν να δίνουν πολλά υγρά στο παιδάκι, τόσο γρήγορα.

Προσωπική καθαριότητα και ενδυμασία

- Οι γονείς ενθαρρύνονται να πλένουν το πρόσωπο του παιδιού και τα χέρια του και ν' αλλάξουν την ρόμπα με το νυχτικό του όσο νωρίτερα είναι πρακτικώς δυνατό. Το αγκάλιασμα του παιδιού από τους γονείς του, τ' αγαπημένα χέρια μπορούν να βοηθήσουν να ηρεμήσει τους φόβους του.

- Οι παρατηρήσεις στα άκρα του σώματος του παιδιού και των ζωτικών σημείων εξακολουθούν να είναι χρήσιμες.

ΕΝΟΤΗΤΑ 3η:

ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Σ.Ε.Ι.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΣΕΙ

Όνοματεπώνυμο: Αβάπτιστο Θήλυ

Αίτια εισόδου: Συγγενείς ανωμαλίες κάτω άκρων

Τελική διάγνωση: Πολλαπλά εξαρθρήματα κάτω άκρων

Οικογενειακό αναμνηστικό: Δεύτερο παιδί στην οικογένεια. Το πρώτο αγόρι είναι 7 ετών και φυσιολογικό. Γονείς υγιείς.

Ατομικό αναμνηστικό: Τον 1ο μήνα της εγκυμοσύνης η μητέρα προσβλήθηκε από έρπητα ζωστήρα με υψηλό πυρετό που διήρκεσε 1 μήνα. Η υπόλοιπη εγκυμοσύνη φυσιολογική. Ο τοκετός έγινε με ισχιακή προβολή. Η γέννηση έγινε στον 9ο μήνα. Β.Σ. 2000γρ.

Παρούσα νόσος: Νεογνό ελλειποβαρές. Γεννήθηκε με ανωμαλίες των κάτω άκρων, όπως ανάκυρτα γόνατα και πτερνοβλαισοποδία άμφω. Έμεινε στη θερμοκοιτίδα επί ένα μήνα. Κατά την εισαγωγή του, το βάρος του είναι 2500 γρ.

Αντικείμενική εξέταση: Ανάκυρτα γόνατα με βλαισότητα και κάμψη παθητική μέχρι 60° περίπου κλινικά. Τα όκέλη φέρονται σ' απαγωγή και έξω στροφή, η απαγωγή δεξιά είναι μέτρια περιορισμένη σε σχέση με του αριστερού ισχίου. Ανίσοπύχωση.

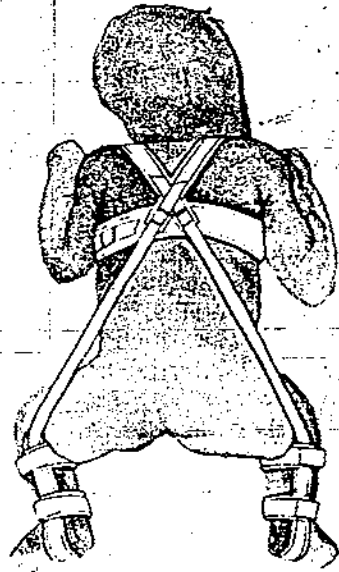
Στα γόνατα δεν ανιχνεύεται συρταροειδή κίνηση από έλλειψη χιαστών συνδέσμων. Άκρα πόδες, τυπική εικόνα Rocker bottom foot.

Ακτινολογικά ευρήματα: Ακτινογραφικώς τερατογενές ΣΕΙ δεξιά (συνοδεύεται από εκσεσημασμένη δυσπλασία κατύλης), στη βατραχοειδή θέση. Δυσπλασία αρ. ισχίου με υπεξάρθρημα. Κάθετοι άστράγαλοι άμφω.

Μετά από εφαρμογή γύψου για ένα μήνα σχεδόν, οι άκρες πόδες δεν παρουσιάζουν την εικόνα Rocker bottom foot. Η πτέρνα εξακολου-

θεί να είναι ψηλά και το πόδι έχει την εικόνα της ραιβοίπποποδίας. Γίνεται έντονη προσπάθεια να διορθωθεί η ραιβότητα των γονάτων. Εφαρμόζονται διορθωτικοί γύφοι και παρουσιάσε μεγάλη βελτίωση. Οι πτέρνες έχουν κατέβει αρκετά, λίγο υπολείπεται από τη φυσιολογική τους θέση. Με γενική νάρκωση, έγινε προσπάθεια ανάταξης του (Δ) ισχίου και μ' ακτινολογικό έλεγχο, διαπιστώθηκε ότι τα ισχία είναι σε καλή θέση. Τοποθέτηση γύφου και τοποθέτηση Pavlik κηδεμόνα. Μετά από 4 μήνες γίνεται αιματηρή ανάταξη (Δ) ισχίου. Τα ευρήματα είναι: 1. πολύ χαλαρός θύλακος, 2. υπό τάση ευρισκόμενος λαγονοφοίτης που εμποδίζει την κεφαλή, 3. anteversion της κεφαλής του μηριαίου που περνά τις 90°, 4. υπερτροφικός στρογγύλος σύνδεσμος, 5. αφθονία κυτταρολιπώδους ιστού στην κοτύλη.

Αφαιρέθηκαν ο στρογγύλος και ο κυτταρολιπώδης ιστός. Ανατάχθηκε η κεφαλή σ' έσω στροφή 70° και κάμψη του ισχίου 30°. Συρρίκνωση του θύλακα με το οποίο διασφαλίζεται η ανάταξη. Διατομή και συρρα-



Φωτ. 20. Κηδεμόνας Pavlik.

φή του λαγονοφοίτου στο πρόσθιο τμήμα του θύλακου. Τοποθέτηση γύφου

και μετά από 4 μήνες εφαρμογή κηδεμόνα.

Τα ισχία είναι άριστα. Τα γόνατα έχουν πλήρη κινητικότητα, έχουν συρταροειδή κίνηση. Οι άκρες πόδες φυσιολογικοί. Παρατηρείται ανισοσκελία 1,75 εκ. Το παιδάκι αρχίζει να βαδίζει με υποστήριξη (πιάνεται από καρέκλα). Ακούγεται ελαφρό κλικ στην αριστερή κοτύλη. Μετά από 2 μήνες, η κεφαλή του αριστερού μηριαίου είναι ακάλυπτη κατά 50°. Γίνεται οστεοτομία λεκάνης και αριστερού λαγόνιου. Είχε καλή μετεγχειρητική πορεία χωρίς προβλήματα. Τοποθέτηση γύψου. Μετά από 20 μέρες, ευρέθει ακτινολογικώς πολύ καλή επικέντρωση του ισχίου. Έφυγε από το νοσοκομείο αφού πρώτα δόθηκαν οδηγίες για τον τρόπο αλλαγής του τραύματος.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ Σ.Ε.Ι.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣ-	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
α. Έντονη αγωνία και ανησυχία του μικρού ασθενή και της οικογένειάς του, βρογχίτιδα, ψυχολογική υπερ-ένταση. Η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας σύνη να ξεπεράσουν το στάδιο της ευχει-βους τους και να επι-πανακτήσουν την ε-μπιστοσύνη στο για-τρό και στο επιστη-μονικά εκπαιδευμένο προσωπικό.	Η καθυστέρηση του άρρωστου παιδιού ώστε να είναι ή-ρεμο και όχι σε ψυχολογική υπερ-ένταση. Η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας σύνη να ξεπεράσουν το στάδιο της ευχει-βους τους και να επι-πανακτήσουν την ε-μπιστοσύνη στο για-τρό και στο επιστη-μονικά εκπαιδευμένο προσωπικό.	Ενίσχυση του ηθικού του άρρωστου και ανακούφιση από τους φόβους του. Ενημέρωση της οικογένειας του, ώστε με ηρεμία και εμπιστο-σύνη να ξεπεράσουν το στάδιο της ευχει-βους τους και να επι-πανακτήσουν την ε-μπιστοσύνη στο για-τρό και στο επιστη-μονικά εκπαιδευμένο προσωπικό.	Συζητή η νοσηλεύτρια με το παιδί και την οικογένειά του. Τους εξηγεί το είδος της ευχειρήσεως και επι-δίδκει μέσα από την συνομιλία τους να α-ποβάλλουν τους φό-βους τους και να επι-πανακτήσουν την ε-μπιστοσύνη στο για-τρό και στο επιστη-μονικά εκπαιδευμένο προσωπικό.	Το παιδί ήρεμο μπαίνει στην αί-θουσα του χει-ρουργείου. Η οι-κογένεια καθ-ήρως συχασμένη περι-μένει με υπομο-νή την έκβαση της ευχειρήσεως.

β. Διδασκαλία και ενημέρωση του άρρωστου και της οικογένειάς του
 Η καλύτερη διαφώ-τιση και ενημέρωση του άρρωστου και της οικογένειάς του είναι η προετοιμασία του άρρωστου και της οικογένειάς του για την επέμβαση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ρψτου παιδιού και της οικογένειάς του.	τοιμασία του αρρώστου και της οικογένειάς του. μπροστά στο γεγονός της εγχείρησης.	γένειάς του για την φύση της ασθένειάς του. Διδασκαλία του τρόπου αποβολής του ναρκωτικού και προετοιμασία για τον πόνο και τ'άλλα προβλήματα που μπορεί να έχει, μετά την εγχείρηση.	του για το είδος της επεμβάσεως, για το γύψο που θα πρέπει να φορά για ένα χρονικό διάστημα και προπαθεί να τους εξηγήσει ότι δεν καταλαβαίνουν. Διδάσκει το παιδί πώς θα αναπνέει για να αποβάλλει το ναρκωτικό γρηγορότερα του εξηγεί ότι ενδεχόμενα θα πονά και θα διψά μετά την εγχείρηση.	κατάλληλα για την επέμβαση. Η οικογένειά του με τις απαραίτητες γνώσεις και χωρίς απορίες μπορεί να προετοιμαστεί ανάλογα.
γ.Επιμελής καθαριότητα	με την επιμέληση	Κένωση οισοδόχου	Γίνεται λουτρό καθέναν	Το έντερο και η

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
νανήφως.	στάδιο του πό- νου όσο γίνει- ται πιο ανώδυ- να.	πως με τα χάρδια και με την αγά- πη τους να ηρεμή- σουν και να εφηου- χάσουν το παιδάκι.	βαθιές αναπνοές για να ανακουφι- στεί από τον πό- νο. Ενθαρρύνονται οι γονείς να αγκα- λιάζουν, να χαϊδεύουν, και να του μιλούν με με τρυφερά λόγια για να μπορέσουν να το ησυχάσουν.	ση προσώπου και λι- γότερη κούραση, δηλώ- σεις που δείχνουν ότι ο πόνος απουσιάζει.
Μεγάλη ανησυχία και ανασφάλεια που οφείλεται στην τρομερή εμπειρία της εγχείρησης	Να μειώθούν οι φόβοι του παι- διού. Να περιορι- στεί η ανασφα- λεία του και να	Παρακαλούνται οι γονείς ώστε να πε- ριστοιχίσουν το παιδί με αγάπη και τρυφερότητα. Η νοσηλεύτρια με	Οι γονείς με υπομονή, με τρυφερά λόγια και με τα αγκαλιόματά, που τήρη- μαστά έχουν για ένα παι- δάκι, μπορούν να το καθη- συχάσουν, να το ηρεμήσουν	Το παιδάκι ή- συχο πια και χωρίς φόβους ξαπλώνει στο κρεβατάκι του και παίζει αμέ-

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
που ακόμα και ένα ενήλικο τρομοκρατεί.	επανακτίζει την εμπιστοσύνη του στους γιατρούς και στις νοσηλεύτριες.	αγάπη και υπομονή εξηγεί στο παιδάκι ότι άτι απορία είναι όλοι το αγαπούν και με τις γνώσεις της το βοηθά ώστε ν' αποβάλλει τις φοβίες του.	και να το κάνουν να νιώθει ασφαλής μέσα σ' ένα περιβάλλον που όλοι το αγαπούν και το προσέχουν.	ριμνο με τα παιδιά του.
στο Νηαυτία. Εμετοί. Μπορεί να αποτελούν παρενέργεια από την αναισθησία ή ακόμα από ευαισθησία από το φάρμακο.	Να ληφθεί πρόνοια ώστε να ελευθερωθεί η αναπνευστική οδός και να προληφθεί ο κίνδυνος εισροής από το φάρμακο.	Η τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση. Χορήγηση αντιεμετικών.	Ο ασθενής τοποθετείται σε πλάγια θέση που εξασφαλίζει επαρκή παροχέτευση του λαιμού και περιορίζει τις εισροφές ε-κινήσεις της γλώσσας προς το φάρυγγα, οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα τον ερεθισμό αυτού και την α-	Η αναπνευστική οδός ελευθερώθηκε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

πύφραξη των αεροφόρων οδών.

Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο.

Σε συνεχείς εμετούς και μετά από οδηγίες του γιατρού δίνονται αντιεμετικά.

Εφόρραση του στομάτος.

Σε απώλεια υγρών τότε γίνεται παρεντερική χορήγηση υγρών.

Ζάιφα που οφείλεται στην ξηρότητα του στόματος και του φάρυγγος που προκαλείται α-ναστολή της εκκρίσεως βλέννης μετά τη χορήγηση

Εφόρραση του στομάτος.

Σε απώλεια υγρών τότε γίνεται παρεντερική χορήγηση υγρών.

Σε απώλεια υγρών τοποθετείται ορρός.

ναν από την νοσηλεύτρια, ανακουφίστηκε από τους εμετούς.

Μ' αυτές τις ενέργειες το αίσθημα της δίψας μειώθηκε.

Με την παρεντερική χορήγηση υγρών αποφεύγεται ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ **ΣΚΟΠΟΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ση ατροπίνης προ-
εγχειρητικά.

κίνδυνος της
διαταραχής του
ισοζυγίου υγρών.

η. Εξασφάλιση καλής
λειτουργίας του
εντέρου και της
ουροδόχου κύστης.

Η φυσιολογική
λειτουργία του
εντέρου και της
ουροδόχου κύστης
στης, συντελεί
στην ταχύτερη
ανάρρωση του α-
σθενή μας και
χωρίς προβλήμα-
τα.

Αλλάζουμε συχνά τη θέ-
ση του αρρώστου στο
κρεβάτι, όταν αυτό εί-
ναι δυνατόν, ώστε να αυ-
ξηθούν οι περισταλτικές,
κινήσεις του εντέρου.
Φροντίζουμε, ώστε να
παίρνει ελαφρά γεύματα
που δεν βαρύνουν το
στομάχι.

Ο ασθενής μας
ούρρησε καθώς
και επιτεύχθη-

κε η φυσιολογι-
κή λειτουργία
του εντερικού
σωλήνα χωρίς να
προβούμε σε υ-

ποκλιισμό.

Τον ενθαρρύνουμε να πι-
νει άφθονα υγρά.

Συχνός έλεγχος
ζωτικών σημείων.
Τακτική παρακο-
αιμορραγίας.

Η αποφυγή του
κινδύνου της
αιμορραγίας.

Λήψη αρτηριακής πίεσης και
σφυγμού κάθε 3 ώρες, την πρώ-
τη μετεγχειρητική μέρα και
τηρούνται

Τα ζωτικά

σημεία δια-

τηρούνται

τη μέρα και

τηρούνται

τη μέρα και

τηρούνται

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Κίνδυνος κακής εφαρμογής του γύψου.	Η άγκαιρη ανακάλυψη κακής εφαρμογής του γύψου και η άμεση αντιμετώπιση των δυσμενών επιπλοκών στην υγεία του αρρώστου.	Λούθηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου για πρόληψη της αιμορραγίας.	κάθε 6 ώρες τις επόμενες Προσεκτική μελέτη του αρρώστου για συμπτώματα που υποδηλώνουν αιμορραγία, όπως ανησυχία, πτώση της ΑΠ, ταχύπνοια.	φυσιολογικά επίπεδα. Η γενική κατάσταση είναι καλή και δεν υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας.
Κίνδυνος κακής εφαρμογής του γύψου.	Η άγκαιρη ανακάλυψη κακής εφαρμογής του γύψου και η άμεση αντιμετώπιση των δυσμενών επιπλοκών στην υγεία του αρρώστου.	Συχνός έλεγχος ζωτικών σημείων και παρακολούθηση στην περιοχή του οίδημα για οίδημα, ουδεύωση και παρακολούθηση στην περιοχή του σκέλους.	Ο νοσηλευτής παρατηρεί το χρώμα των δακτύλων, την κίνησή τους και την κίνηση του σκέλους.	Δεν παρατηρείται οίδημα, ούτε πιαστικά φαινόμενα. Ο γύψος έχει τοποθετηθεί σωστά. Διατηρείται καθαρό και με την επιμέλεια. Με την επόμενη σταμένη φροντίδα αποφεύχ-

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

δερματοπαθειών. Θηκε ο κίνδυνος
Ο γύψος καλύπτεται δερματοπάθειας.
με αδιάβροχο στην
περιοχή των γεννητι-
κών οργάνων για να
μην λερωθεί.

Ιστορικό συντηρητικού ΣΕΙ

Όνοματεπώνυμο: Αβάπτιστο Θήλυ

Αιτία εισόδου: ΣΕΙ (δεξιό), Δυσπλασία δεξιού ισχίου

Ατομικό ιστορικό: Κύηση, τοκετός φυσιολογικά (υποβοήθηση με βεντούζες). ΒΣ: 3050γρ.

Παρούσα νόσος: Από ηλικίας 4-5 μηνών, φόρεσε γύψο για ένα μήνα με τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή.

Κεφαλή, άνω άκρα, θώρακας και κοιλιά ελέγχονται εντός φυσιολογικών ορίων.

Διαπιστώνεται κλινική ανίσοσκελία A>Δ. Μειωμένη απαγωγή δεξιού ισχίου 60°, πλήρης το αριστερό. Δεν παράγεται κλικ. Στροφικές κινήσεις εντός φυσιολογικών ορίων.

Η ακτινογραφία δείχνει τα ισχία σε ουδέτερη θέση, διαπιστώνεται ΣΕΙ (δεξιό), με λοξότητα κοτύλης, διακοπή της γραμμής του Shenton και προς τα έξω θέση της μηριαίας κεφαλής. Μπαίνει σε δερματική έλξη μέχρι να κατασκευαστεί ορθοπεδικός κηδεμόνας απαγωγής και έξω στροφής των ισχίων. Ο κηδεμόνας Pavlik (φωτ. 21) τοποθετείται και συνιστάται επανεξέταση σε 2 μήνες. Ο μικρός ασθενής ήρθε μετά από 2 μήνες και παρουσιάζει καλή βελτίωση της κοτύλης.



Φωτ. 21 .Κηδεμόνας

Pavlik

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24ωρης ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΟΥ Σ.Ε.Ι.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣ-	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜ-	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΝΟΣ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ώρα 9:00 πμ.				
Κίνδυνος δερματοπάθειας και πιεστικών φαινομένων στην περιοχή του δέρματος που καλύπτεται από τον ορθοπαιδικό κηδεμόνα.	Η αποφυγή της δερματοπάθειας. Της καλής λειτουργίας του ορθοπαιδικού κηδεμόνα. Παρατήρηση για συμπτώματα δερματοπάθειας, όπως ερυθρότητα, πόνος, αύξηση της θερμοκρασίας στην περιοχή.	Τακτικός έλεγχος της καλής λειτουργίας του ορθοπαιδικού κηδεμόνα. Παρατήρηση για συμπτώματα δερματοπάθειας, όπως ερυθρότητα, πόνος, αύξηση της θερμοκρασίας στην περιοχή.	Ελέγχεται συχνά ο κηδεμόνας για να μην εμφανίσει την φυσιολογική κυκλοφορία του αίματος. Η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε το δέρμα να καθαρίζεται με προσοχή, ώστε να παραμένει υγιές και να απομακρύνονται οι παθογόνοι μικροοργανισμοί.	Αποφεύχθηκε ο κίνδυνος της δερματοπάθειας. Ο κηδεμόνας λειτουργεί σωστά χωρίς να προκαλεί όσες επιπλοκές.

Ώρα 10:30 πμ

Διδασκαλία και επεξεργασία του τρόπου λειτουργίας των γονιών ως προς την διαφύλαξη της υγείας των γονιών μετά από τη

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

που τοποθετή- στε να εφαρμόζουν ορθοπεδικού κη- μέρη του κηδεμόνα,ε- προσπάθεια που σεως του ορθο- τον ορθοπεδικό κη- δεμόνα των γο- ξηγεί τον τρόπο λει- κατέβαλαν είναι πεδικού κηδεμ- δεμόνα σωστά χωρίς νιών. τουργίας του και τους ικανοί να εφαρμό- μόννα. τή βοήθεια του για- Η επεξεργασία του δείχνει όσες φορές ζουν μόνοι τους τρού ή της νοσηλεύ- τρόπου εφαρμογής χρειάζεται το σωστό τον κηδεμόνα στο τριας. του, ώστε να προ- τρόπο εφαρμογής του, παιδί τους. ληφθούν λάθη στη Κατόπιν ζητά από τους γονείς να το επαναλά- βουν μέχρι να σιγουρευ- τούν ότι γνωρίζουν τον σωστό τρόπο εφαρμογή του.

Ώρα 11:15 πμ

Διαπαιδαγώγηση Η επιμελής καθα- Γίνεται επεξεξ- Η νοσηλεύτρια δείχνει τον Οι γονείς των γονιών για ριότητα προστα-επι- γηση του τρόπου τρόπο εκτελέσεως του λου- κατανοούν τη τρον τρόπο καθα- τεύει από μολύνσεις κάτω από τέτοιες τρού επί κλίνης και εξηγεί σημασία του ριότητας και εν- και δερματοπάθειες. συνθήκες ώστε να πόσο μεγάλη σημασία έχει. μπάνιου και δυμασίας του Συντελεί ακόμα, μπορούν να ικα- Δίνεται η απαραίτητη προ- θαριότητας παιδιού με ορ- στην ψυχική ευε- νοποιήσουν τις σοχή στους χειρισμούς και στην υγεία. πεδικό κηδεμό- ξία του παιδιού. φυσιολογικές α- ιδιαίτερα στα οπίσθια και και ψυχική να. νάγκες του παι- τους μηρούς του. δίδεση του

δίου τους.

Το λουτρό μετά την αλλαγή της λερωμένης πάνας είναι ανακουφιστικό και αναζωογονεί. Με την διδασκαλία της ανακούφιστικής μεθόδου καθα-

Το παιδάκι μπορεί να φορέσει κανονικά ρούχα από τον κηδεμόνα. Για να ξεπεραστούν τα πρόβλημα αυτά που

συγκρατείται από τα οπίσθια και όχι τους αστραγάλους. Η διαδικασία του ταίμα-

Ώρα 12:00μ

Το πρόβλημα της επιστροφής του παιδιού με κηδεμόνα είναι να οφθαλμολογηθεί το παιδάκι όπως και πριν από τον κηδεμόνα. Η ενθάρρυνση των γονιών να ταΐζουν το παιδάκι όπως και πριν από τον κηδεμόνα. Η δόξα είναι να είναι η ίδια με άλλων παιδιών της ηλικίας του θα απο-

Το παιδί όταν αλλάζεται συγκρατείται από τα οπίσθια και όχι τους αστραγάλους. Η διαδικασία του ταίματος που ακολουθείται πριν την τοποθέτηση του ορθοπεδικού κηδεμόνα μπορεί να συνεχιστεί χωρίς κάνα πρόβλημα αλλά με περισσότερη προσοχή τώρα. Η τροφή πρέπει να είναι δευτέρα.

ηλικίας του.

φεύγονται οι δύο-
πεπτες τροφές.

εγυεστή και ευπαρουσία-
στη ώστε να ελκύει τη ό-
ρεξη του παιδιού.

Τα γεύματα συχνά και μικρά.

Ώρα 18:00

Ψυχολογική υπο- Η ομαλή και χω-
στήριξη της οι- ρές προβλήματα
κογένειας και προσαρμογής του
του παιδιού στην κα- παιδιού στην κα-
όταν αυτό αρ- τάστασή του ώστε
χίζει να ανα- να μπορεί να
γνωρίζει την ζήσει μια απολύ-
κατάστασή του. τως φυσιολογική
ζωή.

Ψυχολογική ενίσχυ-
ση του παιδιού.
Γνωριμία του με άλ-
λα παιδάκια με το
ίδιο ορθοπαιδικό πρό-
βλημα.

Ενθαρρύνονται οι
συγγενείς και οι φί-
λοι να το επισκέπτο-
νται συχνά για να
μην απομονώνεται.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει Έγινε η αρχή
ώστε να γνωριστεί με άλ- ώστε το παιδί
λα παιδάκια στην ίδια κα- να κατορθώσει
τάσταση μ' αυτό, ώστε να η να προσαρμο-
μην νιώθει περιττό. στεί στην κατά-
Η αγάπη και οι διάφο- σταση αυτή αλ-
ρες εκδηλώσεις της μο- λά πρέπει να
ρεί να ξεπερδάσει τα προ- γίνουν αμέτρη-
βλήματα αυτά. τες προσπά-
Οι φίλοι και τα αδέρφια θείες ακόμα.

μπορούν με την συχνή εν-
θάρρυνση και ενδιαφέρον να
κάνουν το παιδί να μη νιώ-
θει ότι είναι διαφορετικό.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με την εργασία αυτή, φιλοδοξούμε ότι ο αναγνώστης θα αποκτήσει μια μικρή εικόνα του τι σημαίνει Συγγενές Εξάρθρημα του Ισχίου και ποιές είναι οι μέθοδοι θεραπείας του. Επιδιώκουμε να εισχωρήσουμε στο σκοτεινό και δύσκολο κόσμο των συγγενών δυσμορφιών. Ακόμα επιθυμούμε να δείξουμε τον αγώνα που κάνουν τα παιδιά αυτά, με τις ανεπάλληλες επιχειρήσεις, τις εφαρμογές επιδιορθωτικών κηδεμόνων και γύψων για μήνες και χρόνια και τις ορθοπεδικές ασκήσεις που εκτελούν συνεχώς, με μοναδικό τους σκοπό να μην διαφέρουν, να είναι ίδιοι με τους άλλους συνομήλικούς τους, τους φυσιολογικούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Asley R.K., Larsen L.N., James P.M. 'REDUCTION OF DISLOCATION OF THE HIP IN OLDER CHILDREN', J. Bone and Joint Surgery, Vol. 54:545-564, USA April 1972.
- Βανδώρας Ν. 'Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΚΟΥΥΛΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΣΕΙ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΧΑΝΘΗΡΙΑ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΣΤΡΟΦΗΣ ΡΑΙΒΟΤΗΤΑΣ', Διατριβή επί Διδακτορία, 1η Έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1982.
- Barlow I.G. 'EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP', J. Bone and Joint Surg. Vol. 31:341-398, USA 1962.
- Barlow I.G. 'CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP', British Journal of Hospital Medicine, Vol. 2:571-596, England 1968.
- Γαροφαλλίδης Θ., Χαρτοφυλακίδης-Γαροφαλλίδης Γ., Ρηγόπουλος Χ. 'ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ', 2η Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάδος, Αθήνα 1965.
- Carter G.O., Wilkinson J. 'GENETIC AND ENVIRONMENTAL FACTORS IN THE ETIOLOGY OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP', Clinical Orth. Vol. 119:33-56, USA Sept. 1960.
- Carter G.O., Wilkinson J. 'CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP', J. Bone and Joint Surg. Vol. 42-B:669-749, USA June 1964.
- Γερεδάκη Θ. 'ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ SALTER ΤΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΙ', Διατριβή επί διδακτορία, 1η Έκδοση, Αθήνα 1966.
- Coleman S.S. 'CONGENITAL DYSPLASIA AND DISLOCATION OF THE HIP IN INFANT', J. Bone and Joint Surg. Vol. 47-A:590-631, USA May 1965.
- Collona P.C. 'CAPSULAR ARTHROPLASTY FOR CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP: INDICATION AND TECHNIQUE. SOME LONG TERM RESULTS', J. Bone and Joint Surg. Vol. 47-A:437-513. USA May 1965.
- Corbett D. 'INFORMATION NEEDS OF PARENTS OF A CHILD IN A PAVLIK - HARNESS', Orthopaedic Nursing By National Association Of Ortho-

paedic Nurses, Vol. 7-2:20-24, March-April 1988, England.

Δημητρίου Ι. 'Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟΥ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΕΙΣ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΝ ΤΟΥ ΥΨΗΛΟΥ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΕΠΙ ΠΑΙΔΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 3 ΕΤΩΝ', Διατριβή επί διδακτορία, 1η Έκδοση, Αθήνα 1975.

Δημητρίου Ι., Καββαδία Α., Μοράκη Α., Φαρδύς Δ. 'ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΜΟΡΦΗ ΒΑΡΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΕΩΣ ΤΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΚΕΦΑΛΗΣ (ΔΙΠΛΗ ΚΕΦΑΛΗ) ΜΕΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕΙ', Ελληνική Χειρουργική-Ορθοπεδική και Τραυματιολογία, Τεύχος 24:204-231. Αθήνα Φεβρουάριος 1973.

Dunn P.M. 'THE ANATOMY AND PATHOLOGY OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP', Clin. Orthop. Vol. 119:23-35, USA Jan. 1976.

Foother A. 'CARE OF THE CHILD WITH AN ORTHOPAEDIC PROBLEM', Orthopaedic Nursing, Vol. 3, Bailliere Tindall, USA 1980.

Καμπέρογλου Κ. 'Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΕΙ ΕΙΣ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 3 ΕΤΩΝ', Ελλ. Χειρ. Ορθ. Τραυμ. Τεύχος 16-17:96-120. Αθήνα Ιούνιος 1967.

Καμπέρογλου Κ. 'ΠΡΩΙΜΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΕΙ', Ιατρική, Τόμος 2, Τεύχος 3, Αθήνα Απρίλιος 1962.

Last J.R. 'ANATOMY' 6th Edition, Churthill Livingstone, USA 1978.

Lindstrom J.R., Ponseti V.I., Wenger R.D. 'ACETABULAR DEVELOPMENT AFTER REDUCTION IN CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP' J. Bone and Joint Surg. Vol. 61-A:112-121. USA March 1979.

Lloyd-Roberts G.C., Rarllief A.H.C. 'HIP DISORDERS IN CHILDREN', Vol. 3rd, Butterworth, USA 1978.

Μαλαγαρινού Μ.Α. Κωνσταντινίδου Σ.Φ. 'ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ' Τόμος Β, Μέρος 2ο, 9η Έκδοση, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων 'Η ΤΑΒΙΘΑ', Αθήνα 1987.

Μαριακάκης Ν., Καμπέρογλου Κ., Σμόρνης Π., Τσιμπούκης Β. 'ΥΠΟΤΡΟΧΑ-
ΝΗΡΙΟΣ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΣΤΡΟΦΗΣ ΡΑΙΒΟΤΗΤΟΣ ΕΙΣ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ
ΣΕΙ', Ελλ. Χειρ. Ορθ. Τραυμ. Τεύχος 24, Τομ. 2: 180-191. Αθήνα Μάρ-
τιος 1973.-

Ματσανιώτης Ν. Σ. 'ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ', Τομ. Β, 1η Έκδ. Επιστημονικές Εκδ.
Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1973.

Μητσίου Α. 'ΣΕΙ', θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας, Χαρτοφυ-
λακίδη-Γαροφαλίδη, Επιστημ. Εκδ. Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1981.

Mau H. Dörr W. M. Henkel L. Lutsche J. 'OREN REDUCTION OF CONGENITAL
DISLOCATION OF THE HIP BY LUDLOFF'S METHOD' 'J. Bone and Joint
Surg. Vol. 54-B:4-30, USA Nov. 1971.

Mitchel G. P. 'ARTHROGRAPHY IN CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP',
J. Bone and Joint Surg. Vol. 45-B:88-102, USA Aug. 1963.

Mitchel G. P. 'PROBLEMS IN THE EARLY DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF
CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP', J. Bone and Joint Surg.
Vol. 54-B:4-38, USA April-1972.-

Mitchel G. P. 'CHIARI MEDIAL DISPLACEMENT OSTEOTOMY' 'Clin. Orthop.
Vol. 98:146-171, USA Febr. 1974.

Ορθοπαιδικά Χρονικά Ασκληπείου Βούλας ΕΕΣ 'ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΤΟΥ
ΙΣΧΙΟΥ' Συζήτηση στρογγυλής Τραπέζης. Συντονιστής καθ. Γαροφαλί-
δης Ι. Τεύχος 1ο, Αθήνα 1965.

Ortolani M. 'CONGENITAL HIP DISPLASIA IN THE LIGHT OF EARLY AND
VERY EARLY DIAGNOSIS' 'Clin. Orthop. Vol. 119:28-58, USA Jan 1976.

Paterson C. D. 'THE EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL
DISLOCATION OF THE HIP' 'Clin. Orthop. Vol. 119:6-25. USA Jan 1976.

Pemberton P. A. 'PERICAPSULAR OSTEOTOMY IN THE TREATMENT OF CONGE-
NITAL SUMLUXATION AND DISLOCATION OF THE HIP' 'J. Bone and Joint
Surg. Vol. 47-A:65-86. USA May 1965.

Platt H. 'CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP. ITS EARLY RECOGNITION AND TREATMENT' British Journal of Surgery, Vol. 45:438-465, Engl. Oct. 1958.

Ponseti V.I. Frigerio E.R. 'RESULTS OF TREATMENT OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP' J. Bone and Joint Surg. Vol. 41-A:823-867, Jan. 1959.

Σάββας Α. 'ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ', 1η Έκδοση, Εκδόσεις Αφών Κυριακίδη, Θεσ/νίκη 1959.

Sallis J.G. Smith R.G. 'A STUDY OF THE DEVELOPMENT OF THE ACETABULAR ROOF IN CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP' J. Bone and Joint Surg. Vol. 52-A:44-63, USA May 1965.

Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. 'ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ' Τόμος 2ος, Μέρος Β, 1η Έκδοση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.

Somerville E.W. 'A LONG TERM FOLLOW UP OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP' J. Bone and Joint Surg. Vol. 60-B:25-36, USA Jan. 1978

Weintraub S. Green I. Terdiman R. Weißman L.S. 'GROWTH AND DEVELOPMENT OF CONGENITALLY DISLOCATION HIPS REDUCED IN EARLY INFANCY' J. Bone and Joint Surg. Vol. 61-A:125-132, USA March 1979.

