

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

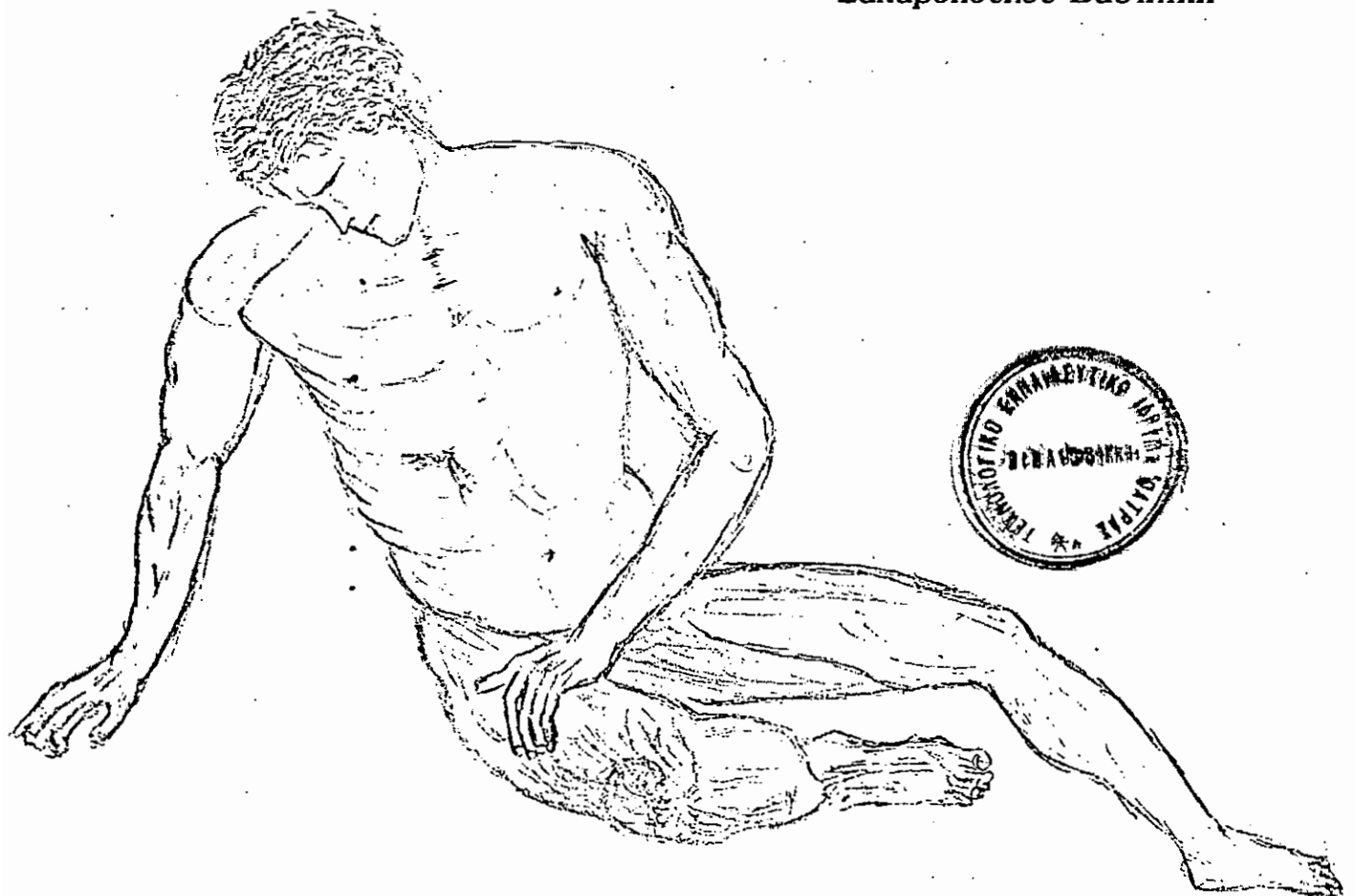
"Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με συγγενές εξάρθημα
ισχίου"

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Κα. Γεωργούση Παρασκευή

Σπουδάστρια

Ζαχαροπούλου Βασιλική



ΠΑΤΡΑ 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1964
----------------------	------

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 το θαυμασμό μας.

Η μελέτη των οστών και των αρθρώσεων αποτελεί αντικείμενο της Ορθοπεδικής.

Αρχικά η ορθοπεδική ήταν ένας περιορισμένος κλάδος της χειρουργικής, όπως δηλώνει και η ετυμολογία της λέξεως "Ορθός πούς", δηλαδή περιοριζόταν στη διόρθωση παιδικών δυσμορφιών. Τα τελευταία χρόνια η ορθοπεδική χειρουργική εξελίχθηκε, όσο ίσως κανένας άλλος κλάδος της γενικής χειρουργικής. Σήμερα αυτή ασχολείται με την πρόληψη, αιτιολογία και διόρθωση των δυσμορφιών του μυοσκελετικού συστήματος καθώς και με τη χειρουργική των οστών και των αρθρώσεων.

Παράλληλα με την ειδικότητα της ορθοπεδικής αναπτύχθηκε και η Ορθοπεδική Νοσηλευτική, που και αυτή με τη σειρά της υποδιαιρέθηκε στην ορθοπεδική νοσηλευτική ενηλίκων, παιδιών κ.τ.λ. Οι ορίζοντες της ορθοπεδικής νοσηλευτικής συνέχεια διευρύνονται ακολουθώντας τον αυξανόμενο δείκτη μυοσκελετικών κακώσεων, δυσμορφιών και αναπηριών καθώς και την εξέλιξη της ορθοπεδικής και τραυματιολογίας.

Στην εργασία αυτή γίνεται μία προσπάθεια περιληπτικής παρουσίασης του Συγγενούς Ξεαρθρήματος του Ισχίου, που αποτελεί ένα από τα πιο ενδιαφέροντα θέματα της Ορθοπεδικής και της Ιατρικής γενικότερα.

Η άρθρωση του ισχίου είναι από τις σημαντικότερες του ανθρώπινου σκελετού και οι εργασίες που επιτελεί έχουν μεγάλη σπου-

δαιδότητα. Μέσω αυτής επιτυγχάνεται η κίνηση.

Η αδυναμία του ισχίου να εκτελέσει τις λειτουργίες που πρέπει (Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου), είναι γνωστή από τα χρόνια του Ιπποκράτη, όμως ακόμη και σήμερα, εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα όσον αφορά στην αιτιολογία και μερικές φορές στην αντιμετώπισή της.

Με τη συγκεκριμένη εργασία γίνεται, όσο το δυνατόν καλύτερη προσπάθεια προσέγγισης της αναπηρίας. Αρχικά προηγείται ένα κεφάλαιο που δίδει γενικές πληροφορίες για την παθοφυσιολογία, τη συχνότητα, την αιτιολογία, την κλινική εικόνα. Ακολουθούν πληροφορίες για τις γενικές θεραπευτικές μεθόδους των ασθενών όπως έλξεις, γύψινοι επίδεσμοι, νάρθηκες και κηδεμόνες καθώς και για την χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση.

Τέλος, σαν κατακλείδα του όλου μέρους, αναφέρονται επιγραμματικά τα Νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται για το πρόβλημα αυτό.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην πρώιμη διάγνωση, γιατί η φυσιολογική ανάπτυξη της αρθρώσεως εξαρτάται βασικά από το χρόνο που γίνεται η επικέντρωση της κεφαλής μέσα στην κοτύλη. Επειδή η πρώιμη διάγνωση του Συγγενούς Εξάρθρωματος του Ισχίου γίνεται πάντοτε από την κλινική εξέταση, είναι ζωτικής σημασίας τα πρόσωπα που θα έχουν την πρώτη επαφή με το νεογέννητο να είναι ενήμερα και να έχουν την εμπειρία να ανακαλύπτουν τα θετικά σημεία της παθήσεως.

Απώτερος σκοπός λοιπόν της εργασίας αυτής, είναι να εκθέσει και να περιγράψει τις Ιατρικές και Νοσηλευτικές προσπάθειες που γίνονται, για να υπερνικηθεί η αδυναμία του ισχίου να εκτελέσει τις λειτουργίες για τις οποίες υφίσταται.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΕΝΟΤΗΤΑ I	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ	1
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	12
ΕΥΓΓΕΝΕΣ ΒΕΑΡΦΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ	14
ΕΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΚΑΤΑΝΟΜΗ	16
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	17
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ	19
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	24
ΕΝΟΤΗΤΑ II	
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΒΡΕΨΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΤΑ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΡΓΟΤΕΡΑ	26
Σημεία πριν τη βάδιση	26
1. Δοκιμασία ORTOLANI	26
2. Δοκιμασία BARLOW	30
3. Περιορισμός στην απαγωγή των μηρών	31
4. Σημείο PETER BADE	32
5. Βράχυνση του μηρού	34
Σημεία μετά τη βάδιση	34
1. Σημείο TRENDLEBURG	34
2. Χωλότητα σε μονόπλευρο εξάρθρωμα	36
3. Βάδισμα "χήναιο" σε αμφίπλευρο εξάρθρωμα	36
4. Χαρακτηριστική λάρδωση	36
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	37

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΗΜΑ	44
ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙΙ	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	47
Θεραπεία πλήρους εξαρθρήματος	49
1. Από 0-2 μηνών	49
2. Από 2 μηνών - 1 έτους	51
Συντηρητική θεραπεία	51
Χειρουργική θεραπεία	54
Σταθερά ανάταξη	54
3. Από 1-3 ετών	55
Συντηρητική θεραπεία	56
Εμπόδια ανατάξεως	57
4. Από 3 ετών και άνω	60
Α. Οστεοτομία του ανωνύμου οστού κατά SALTER	61
Β. Περικοτυλική οστεοτομία κατά PEMBERTON	62
Γ. Οστεοτομία του λαγόνιου κατά CHIARI	62
Δ. Αρθροπλαστική κατά COLLONA	64
Ε. Τριπλή οστεοτομία του ανώνυμου οστού κατά STEELE	64
ΣΤ. Ανοικτή ανάταξη και τεχνητή στέγη της οροφής της κοτύλης	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	66
ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ	69
Χαλάρωση ολικής αρθροπλαστικής ισχίου	71
Αίτια της χαλάρωσης	72
Διάγνωση χαλάρωσης	73
Επιπλοκές κατά την ολική αρθροπλαστική του ισχίου	74

α. Επιπλοκές κατά την διάρκεια της εγχείρησης	74
β. Οι αμέσως μετά την εγχείρηση επιπλοκές	75
γ. Έμμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές	76
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	77
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	79
1. Οστεοχονδρίτιδα	79
Αίτια	79
1. Διάταση ή συστολή των αγγείων	80
2. Άσκηση πλεισης'	81
Στάδια οστεοχονδρίτιδος	81
Θεραπεία	82
2. Οστεοαρθρίτις	84
Θεραπεία	86
3. Οστεοπόρωση	88
Θεραπεία	88
ΕΝΟΤΗΤΑ IV	
"	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΒΕΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ	90
ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΒΕΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	91
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΑΝΑΤΑΞΗΣ Η ΜΕ	
ΓΥΨΟ	92
I. Νοσηλευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με	
την εφαρμογή γύψου και τη φροντίδα του παιδιού .	92
A. Φροντίδα παιδιού σε γύψο σώματος	92
B. Φροντίδα παιδιού μετά την αφαίρεση του γύψου	99
II. Φροντίδα παιδιού σε συσκευή ανάταξης	100
III. Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού σε έλξη	101

Φροντίδα παιδιού σε έλξη	102
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΡΙΤΑΙ ΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗ-	
ΘΕΙ	106
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	106
Γενικά	106
Γενική Νοσηλευτική παρέμβαση στην προεγχειρητική	
φροντίδα	107
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	111
Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα	111
Μετά την ανάνηψη	112
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΑ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΒΕΑΡΦΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ	116
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	117
Ψυχολογική προετοιμασία	117
Φυσική προετοιμασία	118
Βιδικές εξετάσεις	119
Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου	119
Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία	120
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	122
Δωμάτιο ανάνηψης	122
Τα καθήκοντα της Νοσηλεύτριας μέχρι την ανάνηψη	
του ασθενούς	122
Ανάγκες ασθενούς μετά την πλήρη ανάνηψη	123

ΕΝΟΤΗΤΑ V

"

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΒΕΑΡΦΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1 ^ο	124
-------------------------------	-----

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΟΥ
ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΒΕΑΡΘΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2^ο 126

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΣΙΡΟΦΡΕΣΙΜΕ-
ΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΒΕΑΡΘΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΝΟ-
ΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΛΟΓΕΣ 129

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 130

Στους γονείς μου
Παναγιώτη - Κωνσταντίνα
και
στην αδελφή μου
Γεωργία
με σεβασμό και αγάπη

ENOHTA I

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Για το σχηματισμό της άρθρωσης του ισχίου συμμετέχουν:

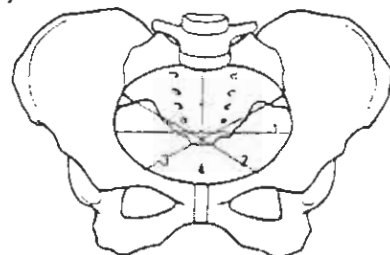
1. Η κοτύλη (ανατομικό μόρφωμα της έξω επιφάνειας του ανώνυμου οστού).
2. Η κεφαλή του μηριαίου οστού.

1. Κοτύλη: Αυτή έχει σχήμα κίλλο σφαιροειδές και τοπογραφικά βρίσκεται στην έξω επιφάνεια του ανώνυμου οστού, στο σημείο της συνάντησης των τριών συζευκτικών χόνδρων (του λαγόνιου, του ισχιακού και του ηβικού οστού).

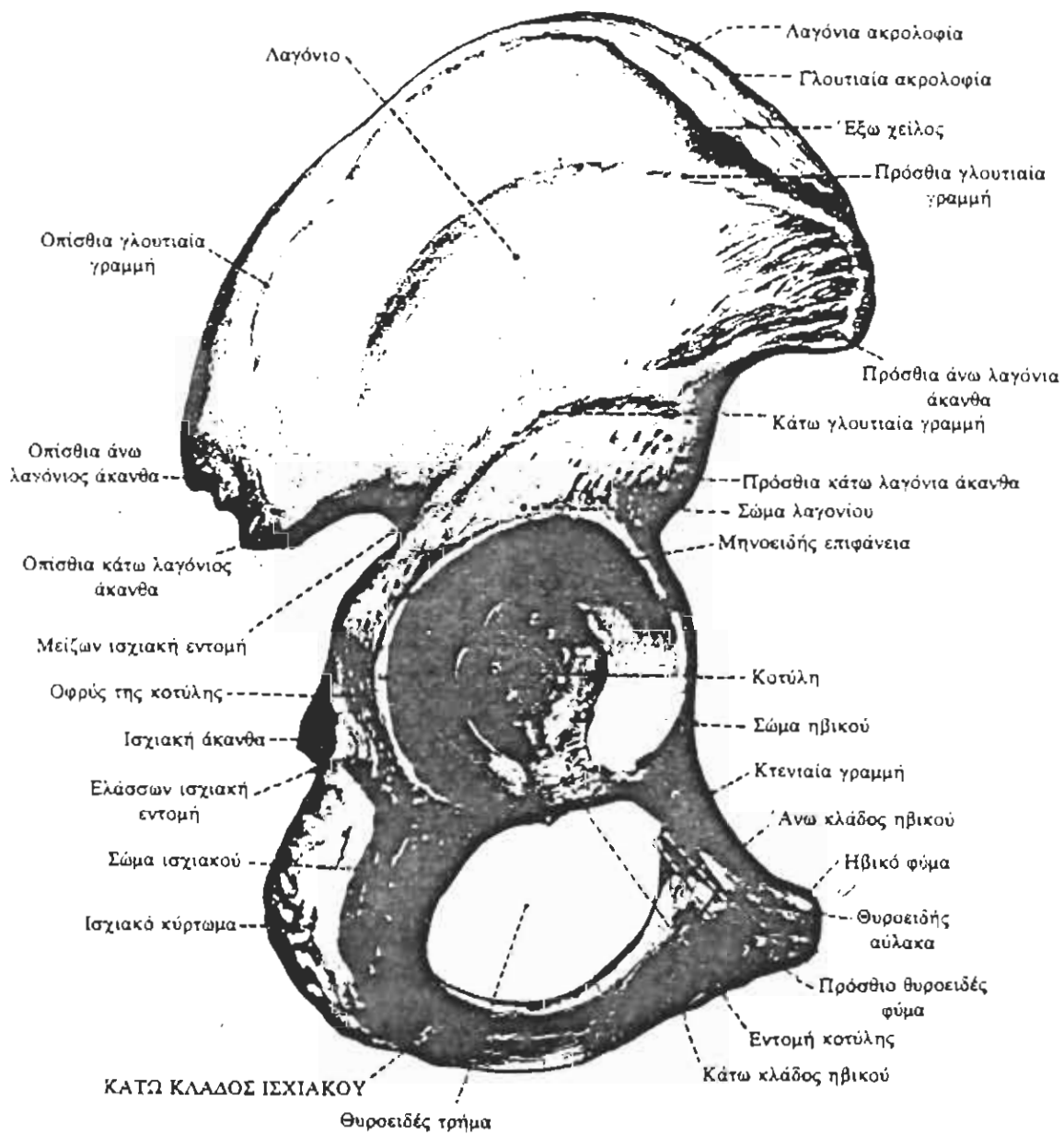
Γύρω από την κοτύλη υπάρχει μία προεξοχή, η οφρύ της κοτύλης με τις τρεις εντομές: πρόσθια, οπίσθια και κάτω. Η κάτω εντομή είναι βαθύτερη και μεγαλύτερη από τις άλλες δύο και ονομάζεται κοτυλιαία εντομή. Αυτή εκτείνεται μέχρι την εσωτερική επιφάνεια της κοτύλης, τον κοτυλιαίο βόθρο, όπου και παριστά το βαθύτερο και χωρικό χόνδρο τμήμα του εσωτερικού της κοτύλης.

Η ένωση της κοτύλης με την κεφαλή του μηριαίου, γίνεται με την περιφέρεια αυτής η οποία είναι περιχονδρωμένη και παριστά την μηννοειδή επιφάνεια.

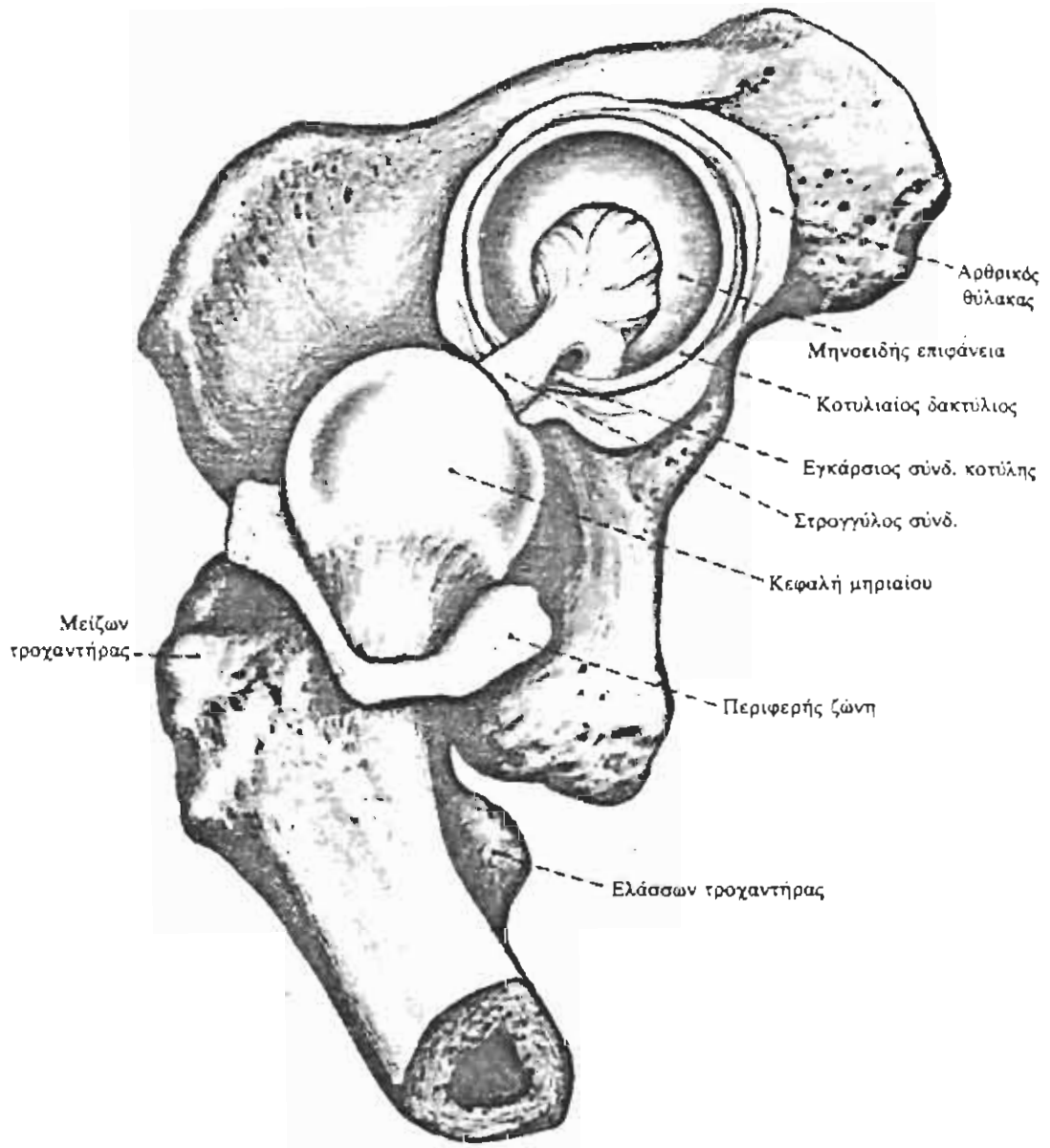
Ο κοτυλιαίος βόθρος δέχεται τον στρογγύλο σύνδεσμο. Στην οφρύ της κοτύλης έχει τις προσφύσεις του ένας ινοχόνδρινος δακτύλιος (ο επιχειλίου χόνδρος). Αυτός χρησιμεύει για την αύξηση της χωρητικότητας της κοιλότητας της κοτύλης.



Εικόνα ανατομική της άρθρωσης
του ισχίου.



Εικ 2. ΔΕΞΙΑ ΙΣΧΥΝΤΗΣ - ΔΕΞΗ ΣΙΓΗ ΚΑΙ ΑΛΤΗ



Εικ. 3 ΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΑΤ' ΙΣΧΙΟΝ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

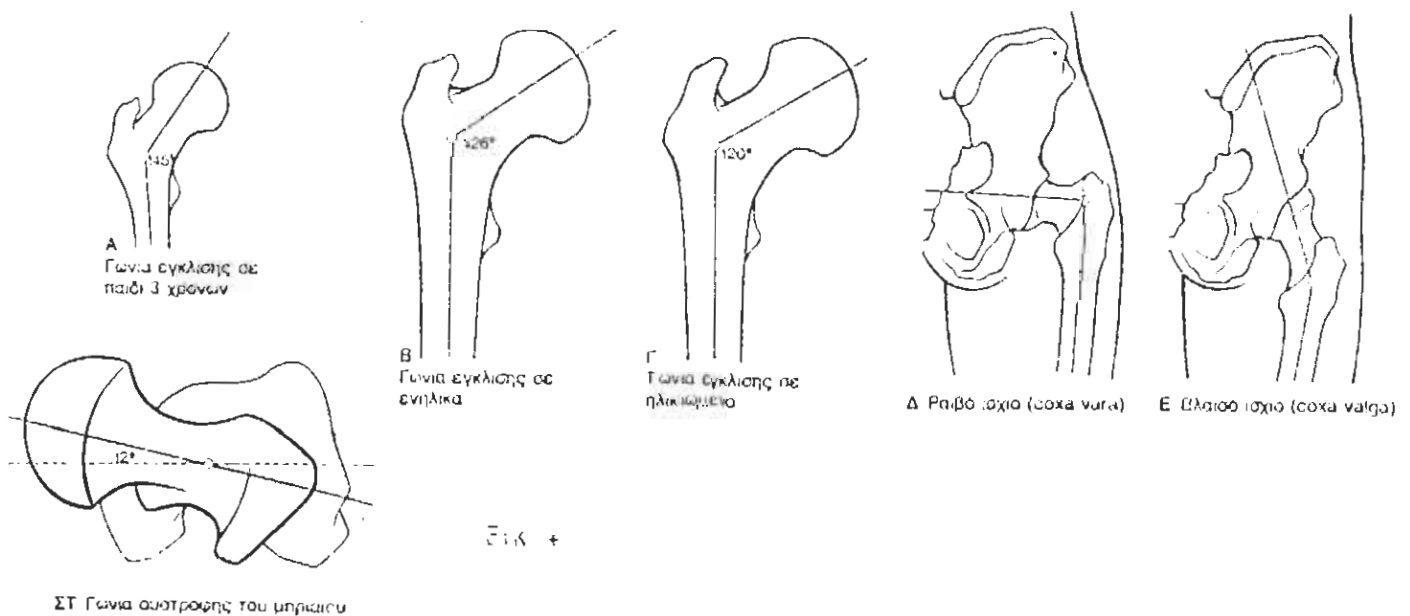
2. Κεφαλή του μηριαίου οστού: Το μηριαίο οστό είναι το μακρότερο οστό του σώματος. Διαιρείται στο σώμα ή διάφυση και στο άνω και κάτω άκρο. Το άνω άκρο του είναι η "στρογγυλή" κεφαλή η οποία είναι περιχονδρωμένη και αποτελεί τα $2/3$ σφαίρας με διάμετρο 4,6 εκ. και στρέφεται δε προς τα έξω άνω και εμπρός.

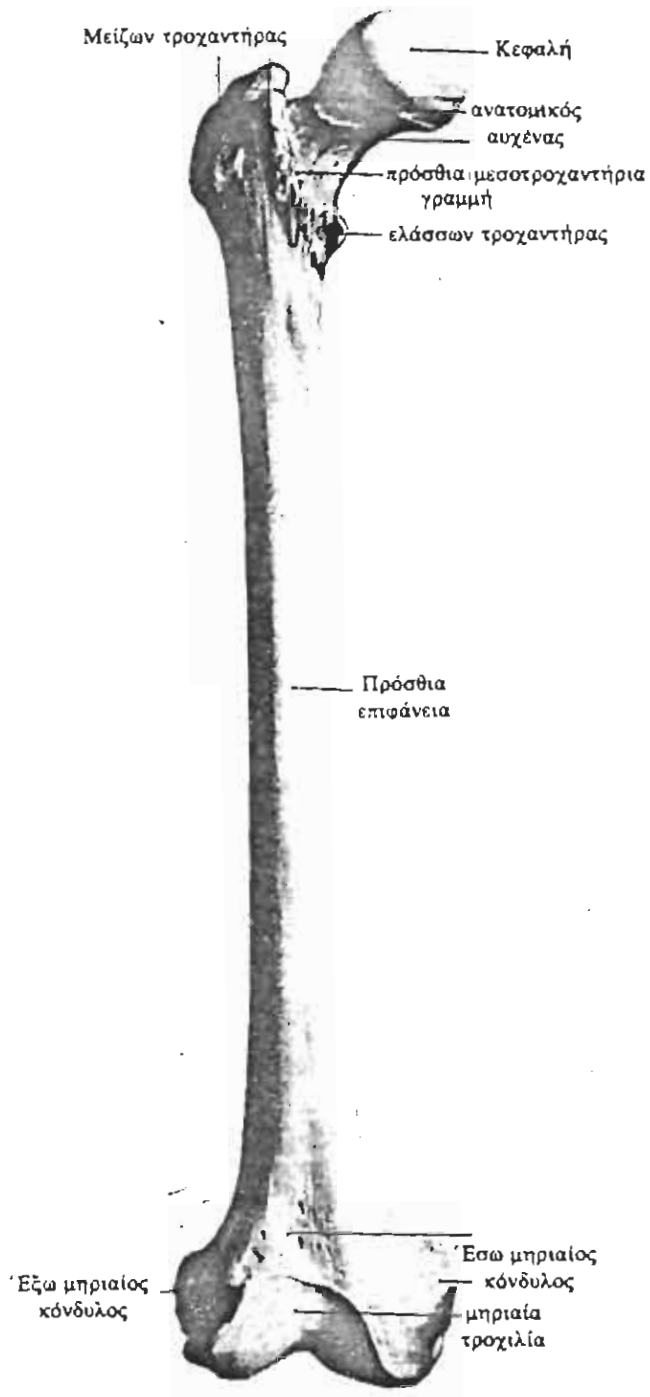
Στο κέντρο περίπου της κεφαλής βρίσκεται ένα βοθρίο που χρησιμεύει για την πρόσφυση του στρογγύλου συνδέσμου.

Ο ανατομικός αυχένας αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια της κεφαλής, έχει δε σχήμα κυλίνδρου, πεπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω (από πλάτος).

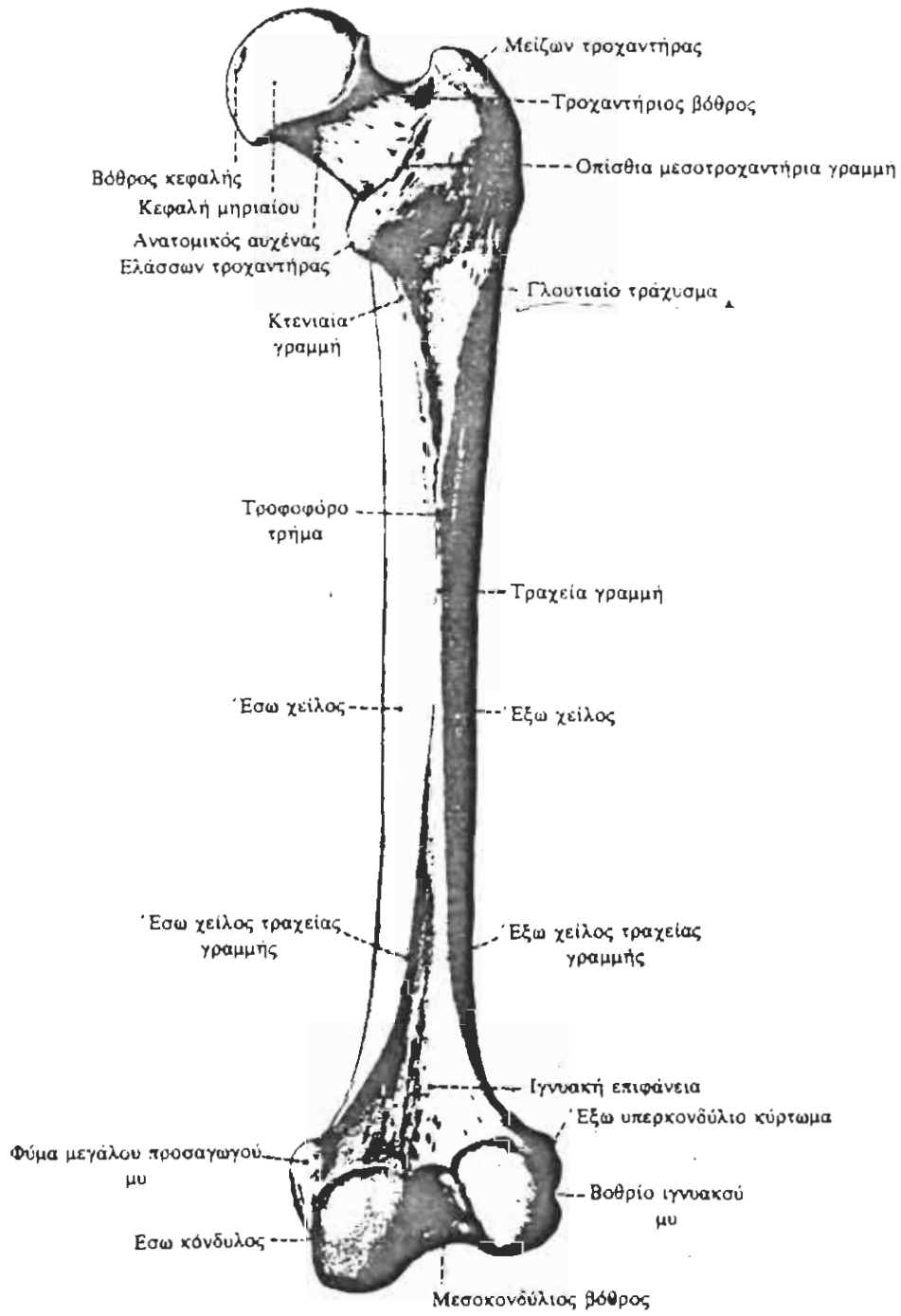
Η γωνία που σχηματίζεται μεταξύ του ανατομικού αυχένα και του σώματος του μηριαίου, καλείται γωνία έγκλισης ($120-130^{\circ}$).

Το μηριαίο οστό επέσης εμφανίζει γωνία συστροφής περί τον επιμήκη αξονά του, έτσι ώστε ο εγκάρσιος άξονας του άνω άκρου του, που διέρχεται από τον ανατομικό του αυχένα, και φέρεται λοξά προς τα εμπρός, και έξω, σχηματίζει με τον κατά μέτωπο φερόμενο εγκάρσιο άξονα, του κάτω άκρου του που διέρχεται από τους μηριαίους κονδύλους, γωνία ανοικτή προς τα εμπρός και προς τα έξω.^{1,2,3}



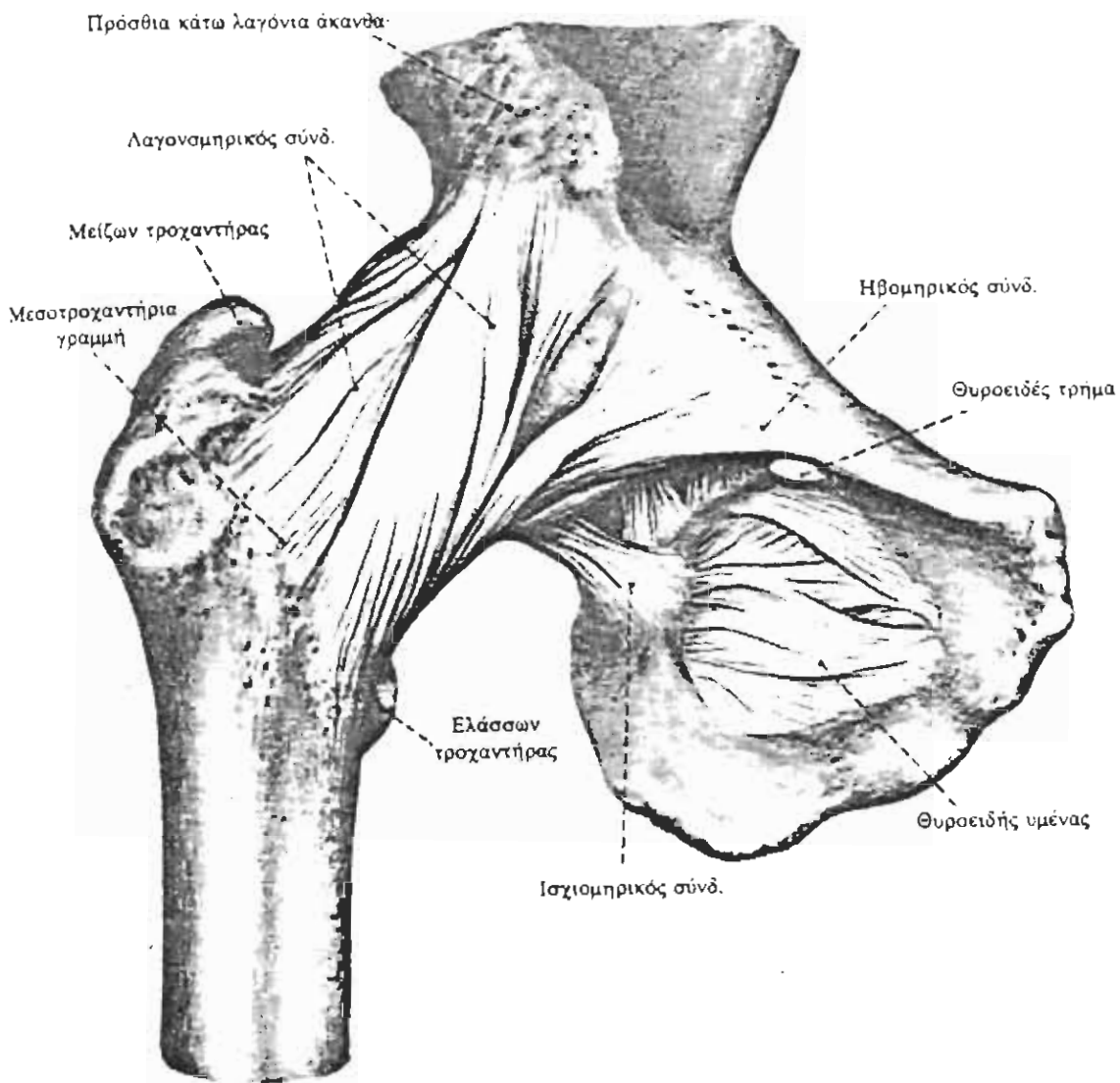


Ση. 5. ΜΗΡΙΑΙΟ — ΠΡΟΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ



Εικ. 6 ΤΟ ΔΕΞΙΟ ΜΗΡΙΑΙΟ ΑΠΟ ΠΙΣΩ

Η διάρθρωση του ισχίου ενισχύεται και προστατεύεται από ισχυρούς συνδέσμους: α. Τον λαγονομηριακό (από εμπρός)
 β. Τον ισχιομηριακό (από πίσω)
 γ. Τον ηβομηριακό (από μέσα)
 δ. Τον στρογγύλο σύνδεσμο



Επι 7 ΔΕΞΙΑ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΑΠΟ ΜΠΡΟΣΤΑ

Οι κινήσεις που γίνονται στην άρθρωση του ισχίου είναι:

- κάμψη (Εικ. 8Α)
- έκταση (» 8Β)
- απαγωγή (» 8Γ)
- προσαγωγή (» 8Δ)
- έσω στροφή (» 8Ε)
- έξω στροφή (» 8Ζ)
- περιαγωγή

Τις κινήσεις αυτές τις κάνουν οι εξής μύες:

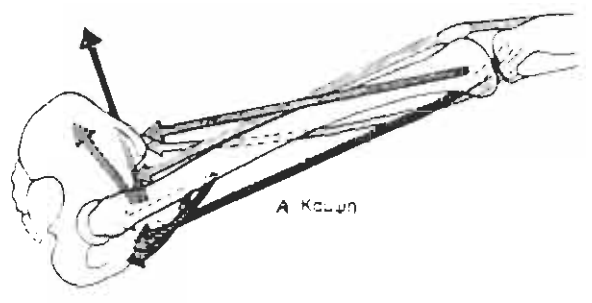
- η κάμψη από:
- λαγονοφοίτη
 - ραπτικό
 - κτενίτη
 - ορθό μηριαίο
 - τένων την πλατεία περιτονία

- η έκταση από:
- μεγάλο γλουτιαίο
 - δικέφαλο
 - ημιτενοντώδη
 - ημιυμενώδη

- η απαγωγή από:
- μέσο γλουτιαίο
 - μικρό γλουτιαίο
 - τένων την πλατεία περιτονία

- η προσαγωγή από:
- μεγάλο προσαγωγό
 - βραχύ προσαγωγό
 - ισχνό και μακρό προσαγωγό
 - κτενίτη

ΕΙΚ 8



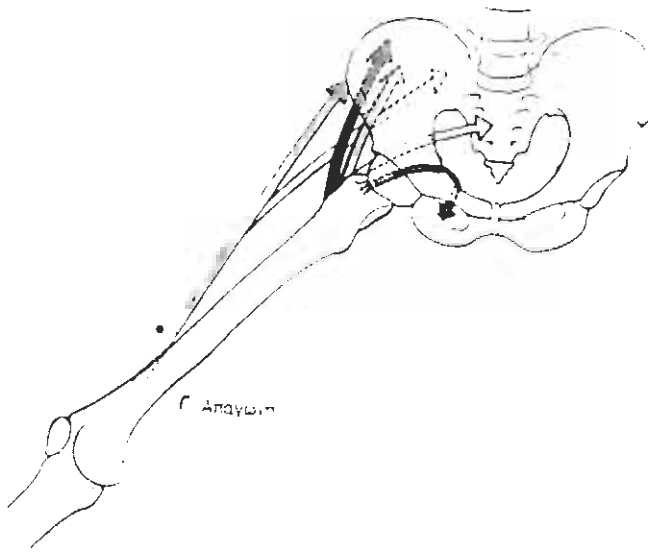
A ΚΑΘΩΝ

Λαγονοστής : ΚΟΚΚΙΝΟ
 Ραπτικής : ΚΙΤΡΙΝΟ
 Επεντής : ΠΡΑΣΙΝΟ
 Οσός κνήμης : ΜΠΛΕ
 Τέντ. τ.κ. π.α. δεξ : ΣΥΛΟΧΑΛ.

Μ. γαστρίκος : ΚΟΚΚΙΝΟ
 Διέσχατος : ΜΠΛΕ
 Ημιτεροκνήμης : ΠΟΡΤΟΚΑΛ.
 Τετοκνήμης : ΚΙΤΡΙΝΟ

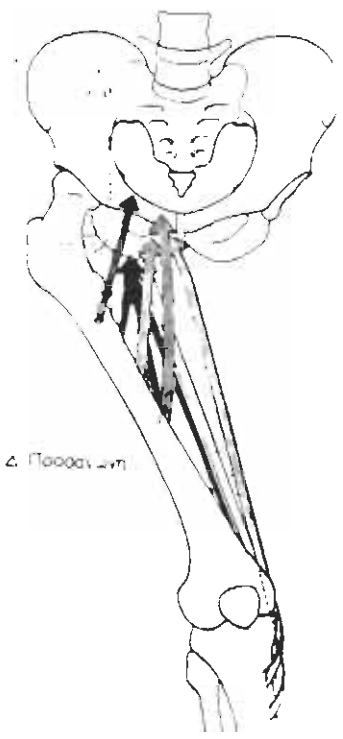


B ΕΥΤΑΤΗ



Γ ΑΠΛΩΣΗ

Μέσος γαστρίκος : ΚΟΚΚΙΝΟ
 Μικρός » : ΠΟΡΤΟΚΑΛ.
 Τέντ. τ.κ. π.α. δεξ : ΜΑΥΡΟ



Δ ΠΡΟΩΣΗ

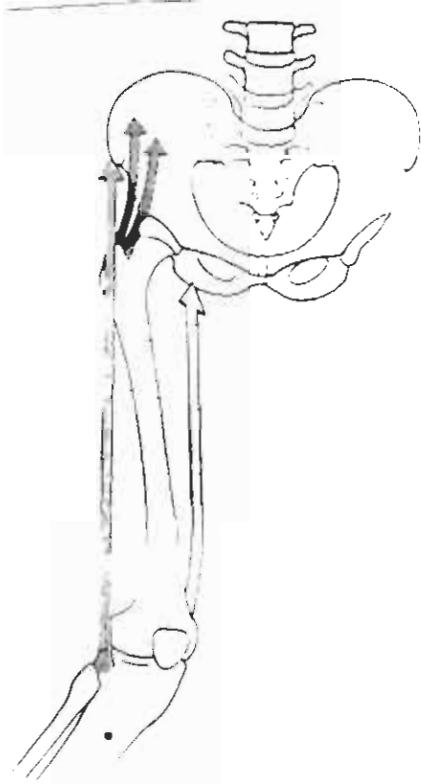
Μέγ. προσαγ. : ΚΟΚΚΙΝΟ
 Μ. προσ. » : ΜΠΛΕ
 Κοκκ. » : ΠΟΡΤΟΚΑΛ.
 Μαυρο » : ΜΑΥΡΟ
 Επεντη » : ΚΑΡΦΕ.

η έσω στρόφι από:

- μικρό γλουτιαίο
- τένων την πλατεία περιτονία

η έξω στρόφι από:

- τους 6 έξω στροφείς^{4,5}



Σ Έσω στρόφι

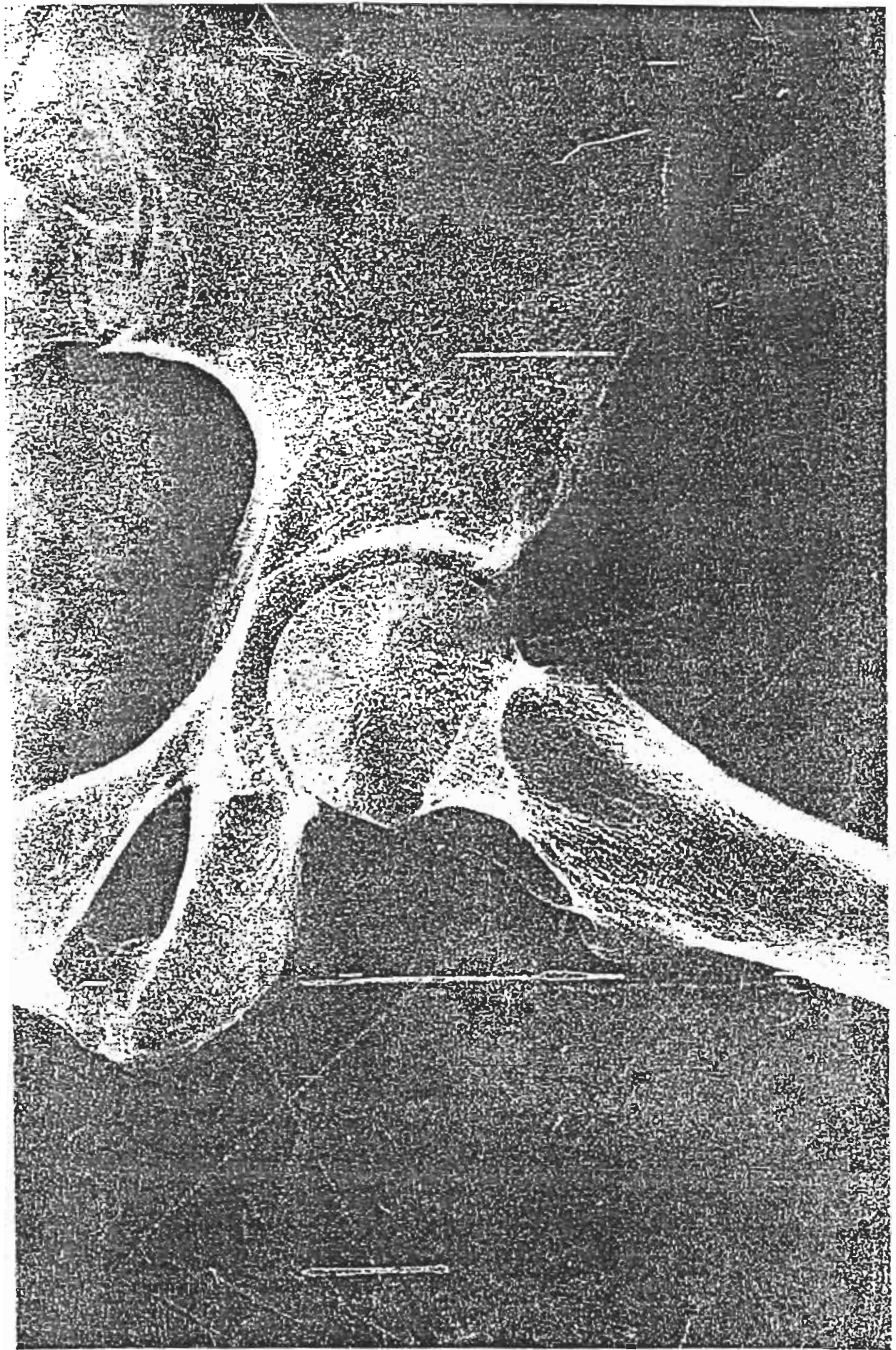
Μεσο-μικρο γλουτιαίο : έσω κείνο
 Τένον της ΠΣ ΠΣ
 Μεγάλο Πλατείο



ΣΓ Έξω στρόφι

Ξετραγυρισμένες : μικρο
 εσω : έσω κείνο
 έξω : κάθε
 Απλάσιος : μωβ.

Βοηθητικοί: { λαχνογυριστής : ηράκινο
 Μεγ γλουτιαίο : έσω κείνο



Εικ.9 'Αριστερά κατ' ισχίον άρθρωσις. Τό άκρο σέ άπαγωγή και έξω στροφή

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιμάτωση της άρθρωσης του ισχίου και συγκεκριμένα του αρθρικού θυλάκου γίνεται με κλάδους της έσω και της έξω περισπώμενης μηριαίας αρτηρίας και από κλάδους της κάτω γλουτιαίας αρτηρίας, ενώ η συμμετοχή της θυροειδούς αρτηρίας είναι ελάχιστη.

Η αιμάτωση της κεφαλής του μηριαίου γίνεται φυσιολογικά από τρεις ομάδες αγγείων :

α) από την αρτηρία του στρογγύλου συνδέσμου, που είναι κλάδος της θυροειδούς αρτηρίας και αποτελεί την πιο ασήμαντη από τις τρεις πηγές,

β) από τις αρτηρίες του θυλάκου που προέρχονται από την έσω περισπώμενη μηριαία και αποτελούν τη σπουδαιότερη πηγή αιμάτωσης, και

γ) από κλάδους της τροφοφόρου αρτηρίας που ανεβαίνουν από τη διάφυση προς τον αυχένα του μηριαίου και αναστομώνονται με τις αρτηρίες του θυλάκου.



Εικ 10 Αγγείωση κεφαλής μηριαίου.

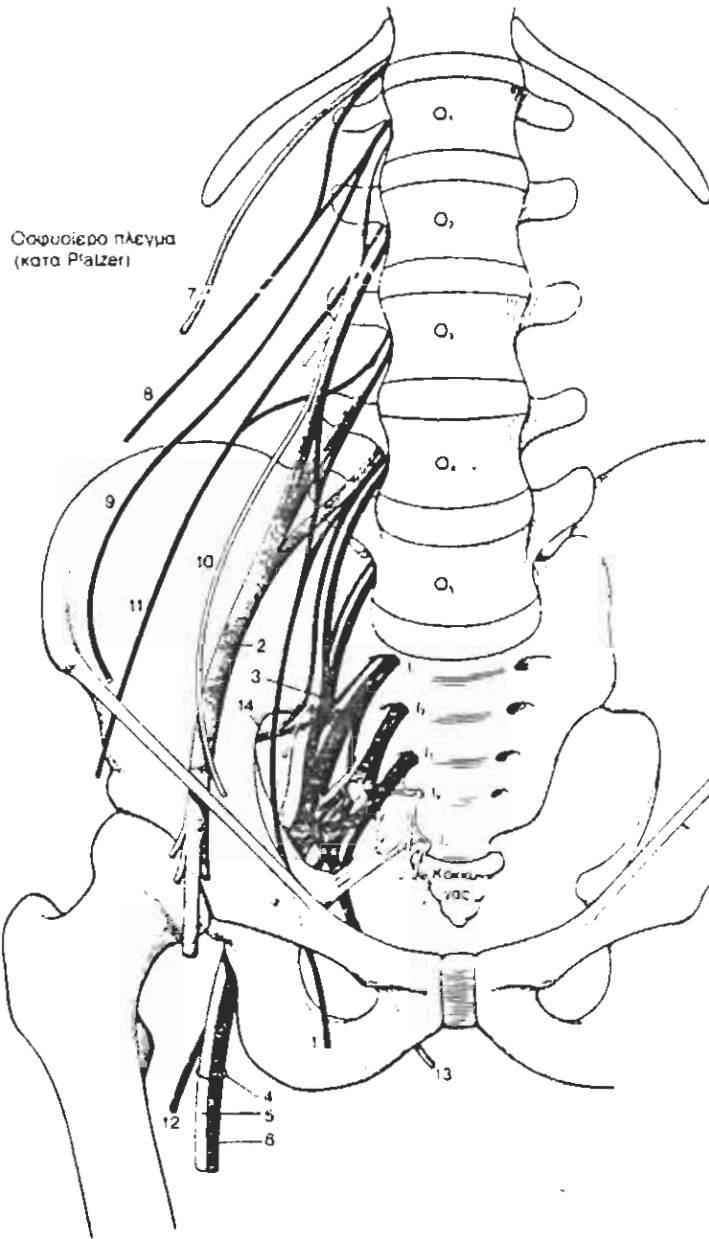
Νεύρωση των μυών του ισχίου :

Η νεύρωση των μυών του ισχίου γίνεται :

α) από το οσφυϊκό πλέγμα το οποίο δίνει το μηριαίο και το θυρο-

ειδές νεύρο, καθώς και κλάδους για το δέρμα.

β) από το ιερό πλέγμα το οποίο περιλαμβάνει τα γλουτιαία νεύρα (άνω και κάτω) και το ισχιακό νεύρο.



ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Το συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των συγγενών δυσμορφιών, και χαρακτηρίζεται εκ' του ό-τι, από της γεννήσεως η μηριαία κεφαλή δεν ευρίσκεται εις την φυσιολογική της θέση εντός της κοτύλης. Δηλαδή η κεφαλή του μηριαίου οστού έχει την τάση να παρεκτοπίζεται έξω από την κοτύλη. Η παρεκτόπιση αυτή μπορεί να είναι μερική ή ολική, μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη.⁶

Σε πολλά συγγράμματα ορθοπεδικής αναφέρονται οι έννοιες της "δυσπλασίας της κοτύλης", του "υπεξάρθρωματος" και του "συγγενούς εξάρθρωματος" του ισχίου.

Οι έννοιες αυτές εκφράζουν το διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας μιας ανωμαλίας, την πλημμελή κατασκευή της άρθρωσεως του ισχίου, την οποία όπως αναφέρθηκε αποφελούν η κοτύλη και η μηριαία κεφαλή, και η οποία έχει ως συνέπεια την πλημμελή λειτουργία αυτής.

Είναι λοιπόν ανάγκη να γίνει σαφής διαχωρισμός των εννοιών αυτών για την καλύτερη κατανόηση του θεματός μας.

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 δηλαδή κοτύλης - μηριαίας κεφαλής δεν έχουν διαταραχθεί.

Με τον όρο "υπεξάρθρωμα του ισχίου" εννοούμε ότι στο ισχίο εκτός της δυσπλασίας της κοτύλης, υπάρχει παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής, άλλοτε άλλου βαθμού, αλλά διατηρείται μία σχετικώς καλή επαφή κοτύλης - μηριαίας κεφαλής. Η άρθρωση δηλαδή εξακολουθεί κατά κάποιο τρόπο να είναι σταθερή.

Στο συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου, εκτός της δυσπλασίας της κοτύλης υπάρχει και η πλήρης παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής, οι σχέσεις δηλαδή κοτύλης και μηριαίας κεφαλής έχουν τόσο διαταραχ-

θεί 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 στην κλινική όσο και στην ακτινολογική διάγνωση.⁷

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Η συχνότητα του συγγενούς εξαρθρήματος του ισχίου είναι πολύ μεγάλη σε ορισμένες περιοχές της γης, ενώ σε άλλες είναι σπάνια ή δεν υπάρχει. Ακόμη και στην ίδια χώρα μπορεί να υπάρχουν διαφορές στη συχνότητα.

Παρατηρείται κυρίως εις την λευκήν φυλήν, και είναι σπάνιον εις τους εγχρώμους, είναι δε συχνότατον εις τους κατοίκους των μεσογειακών χωρών Ιταλίας, Ελλάδος και Γαλλίας κυρίως. Στην Γαλλία εμφανίζεται κατά αναλογία 3/1000⁹.

Στην Ευρώπη το ποσοστό κυμαίνεται από 1,5⁰/100 - 5,7⁰/100.

Στην χώρα μας παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου στην Κρήτη και στην Ήπειρο, στην Καλαμάτα και γενικά στη Δυτική Ελλάδα, ενώ είναι σπάνιο στην περιοχή Κοζάνης και Πτολεμαΐδας.

Τα κορίτσια προσβάλλονται συχνότερα από τα αγόρια, και παρατηρείται εικοσιπέντε - τριάντα φορές πιο συχνά στους συγγενείς πρώτου βαθμού από ότι στο γενικό πληθυσμό.

Παρατηρείται συχνότερα στα πρωτότοκα παιδιά και σε παιδιά που γεννιούνται κατά τους χειμερινούς μήνες.

Στο 1/4 των περιπτώσεων συμμετέχουν και τα δύο ισχία. Όταν όμως συμμετέχει μόνο το ένα ισχίο, το αριστερό προσβάλλεται τέσσερις φορές συχνότερα από το δεξιό⁹.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής αιτιολογία εξακολουθεί να παραμένει άγνωστη. Οι έρευνες όμως, που έγιναν τα τελευταία χρόνια, συγκλίνουν στην ενοχοποίηση των παρακάτω παραγόντων:

Α. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ:

1) Γενετικοί επιβαρυντικοί παράγοντες: Η οικογενής εμφάνιση της πάθησης είναι αναμφισβήτητη. Στατιστικά έχει αποδειχθεί, ότι ο κίνδυνος να εμφανισθεί συγγενές βξάρθημα Ισχίου στα δευτερότοκα παιδιά, μιας οικογένειας που έχει ήδη ένα παιδί με συγγενές βξάρθημα Ισχίου, είναι 6^ο/ο όταν οι γονείς είναι φυσιολογικοί, ενώ όταν ένας από τους γονείς, έχει επίσης συγγενές βξάρθημα Ισχίου, το ποσοστό ανέρχεται σε 36^ο/ο.

Η μεταφορά γίνεται με κυρίαρχο γονίδιο και συνίσταται:

- α) σε γενικευμένη χαλάρωση των αρθρώσεων, και
- β) σε δυσπλασία του ισχίου (ελαττωματική ανάπτυξη), της κοτύλης και της κεφαλής του μηριαίου.

Οι ανωμαλίες αυτές μπορεί να συνυπάρχουν ή να δρουν μεμονωμένα.

Β. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ:

1) Στις γυναίκες αμέσως πριν από τον τοκετό, εκκρίνεται ορμόνη (η ρηλαξίνη), που προκαλεί χαλάρωση των αρθρώσεων, για να υποβοηθήσει τον τοκετό. Εάν η ορμόνη αυτή, περάσει μέσα από τον πλακούντα στο έμβρυο, τότε η τάση προς χαλάρωση των αρθρώσεων στο έμβρυο αυξάνεται. Είναι δύσκολο βέβαια να εξηγηθεί χωρίς τη συνύπαρξη κάποιου άλλου τοπικού παράγοντα (πχ δυσπλασία), η αιτιολογική δράση της ρηλαξίνης.

2) Η προβολή του εμβρύου κατά τον τοκετό έχει επίσης σημασία.

Έχει βρεθεί ότι σε 30⁰/ο των περιπτώσεων Συγγενούς Εξαρθρήματος του Ισχίου, τα παιδιά γεννήθηκαν με Ισχιακή προβολή. Είναι πολύ πιθανό ότι κατά την προβολή αυτή, η εφαρμογή έλξης στα ισχία που βρίσκονται σε πλήρη κάμψη, με τα γόνατα τεντωμένα, και στη συνέχεια η απότομη έκτασή τους, ιδιαίτερα όταν υπάρχει και χαλάρωση των συνδέσμων, είναι υπεύθυνη για ένα ποσοστό Συγγενούς Εξαρθρήματος του Ισχίου.

Γ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ:

1) Παραδοσιακές συνήθειες στον τρόπο περίδεσης του παιδιού, παίζουν ρόλο στην αύξηση ή τη μείωση του ποσοστού Συγγενούς Εξαρθρήματος Ισχίου.

Έτσι στην Κίνα, το Χογκ Κογκ και την Ινδία, η περίδεση των μηρών του παιδιού που γεννιέται (φάσκιωμα), γίνεται σε κάμψη και απαγωγή, γεγονός που μπορεί να δώσει εξήγηση στη χαμηλή συχνότητα του Συγγενούς Εξαρθρήματος στις χώρες αυτές.

Αντίθετα στη Βόρεια Ιταλία και στην Ελλάδα, το φάσκιωμα των παιδιών, γίνεται με τα πόδια τεντωμένα αλλά σε προσαγωγή, συνήθεια που θα μπορούσε ως ένα σημείο να ενοχοποιηθεί για τη μεγάλη συχνότητα του Συγγενούς Εξαρθρήματος Ισχίου στις χώρες αυτές.

Εκτός όμως από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν, υπάρχουν ασφαλώς και άλλοι, που παραμένουν ακόμη άγνωστοι.^{8,9}

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

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

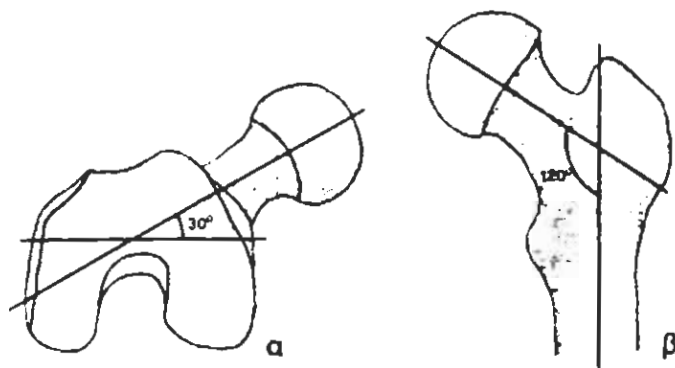
Οι παθολογοανατομικές ανωμαλίες που μπορεί να υπάρχουν σε ένα συγγενές Εξάρθημα Ισχίου, είναι οι ακόλουθες:

1. Η κοτύλη έχει μικρότερο βάθος (αβαθής) και το άνω τμήμα της δεν έχει κανονική ανάπτυξη (υπολείπεται). Η όροφή της κοτύλης αντί να έχει φορά οριζόντια, έχει λοξή προς τα άνω και έξω, και πληρούται δε από χόνδρο ή χαλαρό συνδετικό ιστό με λίπος (το ινολιπώδες σώμα).

2. Ο πυρήνας οστέωσης της κεφαλής του μηριαίου παρουσιάζεται αργότερα σε σχέση προς το φυσιολογικό και εφόσον παραμένει έξω από την κοτύλη, εμφανίζει καθυστέρηση στην ανάπτυξή του^β

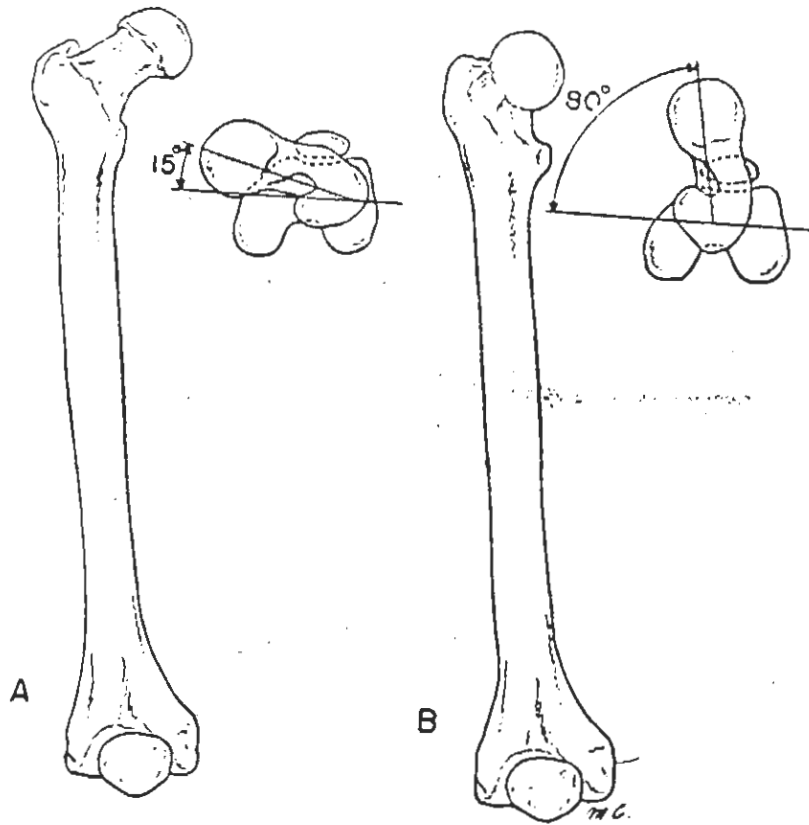
3. Η γωνία αποκλίσεως ή συστροφής (ANTEVERSION) του μηριαίου αυχένα στα νεογνά, ανέρχεται στις 35° φυσιολογικά, και προοδευτικά μειώνεται ώστε στους ενήλικες είναι $20^\circ - 30^\circ$.

Επί Συγγενούς Εξάρτηματος η γωνία αποκλίσεως δύναται να φτάσει στις $50^\circ - 90^\circ$, δηλαδή αυξάνεται. Σε σπάνιες περιπτώσεις μειώνεται κάτω του φυσιολογικού, μέχρι και αρνητικές τιμές, οπότε μιλάμε για γωνία οπισθίας αποκλίσεως ή οπισθίας συστροφής του αυχένος:^γ



Εικ. 22: α) Πρόσθια απόκλιση του αυχένα του μηριαίου (anteversion), β) Φυσιολογική γωνία αυχένα - διάφυσης μηριαίου.

^γ Πρόσθια απόκλιση του αυχένου είναι η διεθρη γωνία που σχηματίζεται μεταξύ του μετωπικού κατακόρυφου επιπέδου που διέρχεται δια του επιμήκη άξονα της διάφυσης του μηριαίου και του κατακόρυφου επιπέδου που διέρχεται δια του επιμήκη άξονα του αυχένου.



Εικ. 13 Σχηματική απεικόνιση προσθίας συστολής του αγκύου. Α. Φυσιολογική τιμή 25 %
 Β. Επί συγγενούς εξαρθρήματος υπεραίνει τα 30° και εξισώνει μέχρις 90° (Ferguson).

4. Ο επιχελίλιος χόνδρος παρεκτοπίζεται μερικές φορές μέσα στην κοτύλη και μπορεί να εμποδίσει την ανάταξη του εξαρθρήματος.

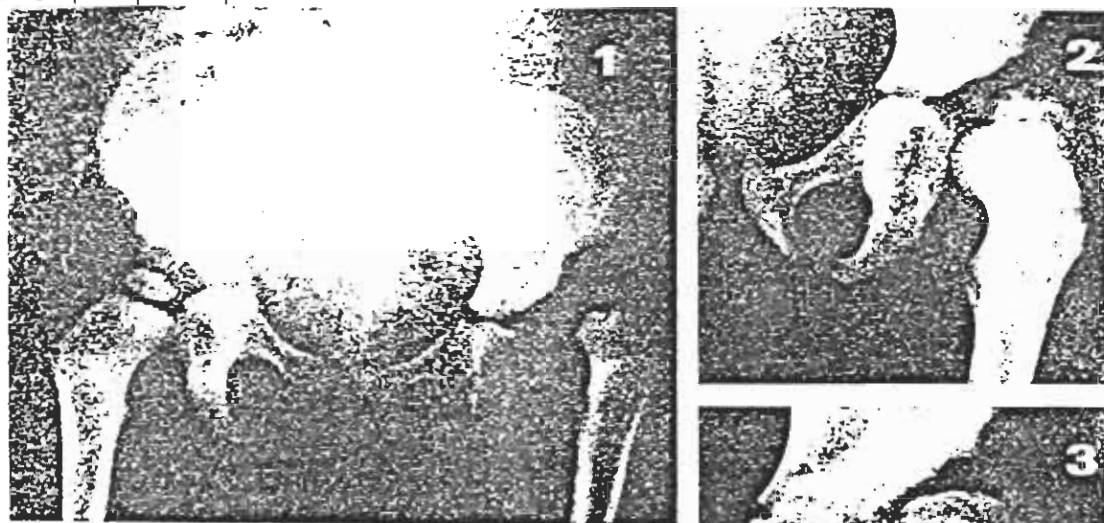
5. Ο αρθρικός θύλακος παχύνεται, επιμηκύνεται και στενεύει στο μέσον του, από τον τένοντα του λαγονοφοΐτη, όμοιος με κλεψύδρα, ενώ στα σημεία επαφής του προς το λαγόνιο οστό, εμφανίζει στερεές συμφύσεις. Η στένωση αυτή στο μέσο του θυλάκου δεν υπάρχει τους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους, η δε κλεψυδροειδής μορφή του θυλάκου γίνεται αργότερα. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο τους πρώτους μήνες η συντηρητική θεραπεία επιτυγχάνεται, ενώ αργότερα και ιδίως μετά το δέκατο μήνα η ανάταξη της μηριαίας κεφαλής εντός της κοτύλης δεν είναι πάντοτε εφικτή.

6. Ο στρογγύλος σύνδεσμος επιμηκύνεται, αποπλατύνεται και η αρτηρία αυτού, αποφράσσεται.

7. Η μηριαία κεφαλή είναι μικρή με ανώμαλο σχήμα, και χάνει το

ημισφαιρικό της σχήμα, με τον μηριαίο αυχένα βραχύ και πεπαχυσμένο.

8. Όσον αφορά τους πέριξ της αρθρώσεως μύες, παρατηρούμε βράχυνση των προσαγωγών, του ορθού μηριαίου, του ραπτικού και του τείνοντος την πλατεία περιτονία, των οπίσθιων μηριαίων, του μεγάλου και μικρού γλουτιαίου.^{6,7}



Εικόνα 11. Παραμελημένο συγγενές εξάρθημα άριστερου ισχίου σε πάσχουσα ηλικίας 18 μηνών (1), που αντιμετώπιστηκε με χειρουργική ανάταξη. Δύο χρόνια αργότερα είναι έμφανη τα ακτινολογικά σημεία βλάβης της μηριαίας επιφύσεως (άσηπτη νέκρωση), ενώ η κοτύλη παραμένει υποπλαστική, και η άρθρωση βρίσκεται σε υπεξάρθημα (2).



Ανάλογα με τη βαρύτητα των ανωμαλιών αυτών διακρίνουμε τρεις τύπους Συγγενούς Ξεαρθρήματος Ισχίου που μπορεί να αποτελούν και τρία διαδοχικά στάδια του Ξεαρθρήματος:

α) Ξεαρθρώσιμο Ισχίο (DISLOCATABLE): Αρχίζει αμέσως μετά από τη γέννηση, και η κοτύλη και το άνω τμήμα του μηριαίου είναι φυσιολογικά. Υπάρχει όμως παθολογική χαλάρωση του αρθρικού θυλάκου που επιτρέπει στην κεφαλή να γλιστρά έξω από την κοτύλη.

β) Υπεξαρθρωμένο Ισχίο (SUBLUXATED): Εδώ αρχίζουν να εμφανίζονται και να εγκαθίστανται οι δευτεροπαθείς αλλοιώσεις της κοτύλης, της κεφαλής και του αυχένα, καθώς επείσης και των μαλακών μορίων που περιβάλλουν την άρθρωση. Η κοτύλη αρχίζει να γίνεται αβαθής και να αλλάζει προσανατολισμό. Η κεφαλή δεν είναι εντελώς σφαιρική, ο αυχέννας αρχίζει να εμφανίζει υπερβολική πρόσθια κλίση, και να αυξάνεται παθολογικά η αυχενομηριαία γωνία, η οποία φυσιολογικά είναι 120° . Ο στρογγύλος σύνδεσμος έχει επιμηκυνθεί, αλλά συγκρατεί την κεφαλή μερικώς, μέσα στην κοτύλη. Παρατηρείται επείσης ρίκνωση του λαγυνοφοΐτη μυός, και επιμήκυνση του αρθρικού θυλάκου.

γ) Ξεαρθρωμένο Ισχίο (DISLOCATED): Στο τρίτο στάδιο οι δευτεροπαθείς αλλοιώσεις έχουν παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα και έχουν επιταθεί. Η κεφαλή εδώ βρίσκεται έξω από την κοτύλη (άνω ή άνω και πίσω), ο επιχέλλιος χόνδρος έχει αναστραφεί και βρίσκεται συνήθως μέσα στην κοτύλη. Δυναμικό αναπτύξεως ή διαπλάσεως της άρθρωσης δεν υπάρχει και οι βλάβες θεωρούνται πλέον μόνιμες.

Σιδικότερα, μετά την πάροδο του πρώτου έτους, και με την έναρξη της βαδίσσεως, η κεφαλή του μηριαίου οστού, στερούμενη του φυσιολογικού υποστηρίγματος της οροφής της κοτύλης, παρεκτοπίζεται και ξεαρθρούται. Εάν η κεφαλή μετακινηθεί προς τα πάνω, χωρίς να απολέσει τελείως την επαφή της προς την κοτύλη, προκαλείται το υπεξάρθρωμα. Εάν ξεαρθρωθεί τελείως προς τα πίσω και άνω της κο-

τύλης, προκαλείται το πρωτοπαθές οπίσθιο εξάρθρημα. Εάν εξαρθρωθεί προς τα εμπρός και άνω της κοτύλης, προκαλείται το πρωτοπαθές πρόσθιο εξάρθρημα.

Η παθολογοανατομική εικόνα του δυσπλασικού ισχίου, του υπεξάρθρηματος και του εξάρθρηματος, έχει κοινό χαρακτήρα, διαφέρουσα μόνο κατά την έκταση των αλλοιώσεων, και τις λεπτομέρειες.^{3,8}

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η βάδιση φυσιολογικά άρχεται το δωδέκατο μήνα. Παιδιά εμφανίζοντας Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου, βαδίζουν αργότερα, δέκατο τέταρτο, δέκατο έκτο, ή δέκατο όγδοο μήνα.

Κατά την προ της βαδίσσεως περίοδο, η κλινική εικόνα της νόσου βασίζεται σε ορισμένα κλινικά σημεία, τα οποία χαρακτηρίζουν το προεξάρθρωμα.

Μετά τη βάδιση η διάγνωση είναι σχετικά εύκολη λόγω της παρατηρούμενης χωλότητας.

Έτσι λοιπόν η πρώιμη παρατήρηση των παρακάτω παθολογικών σημείων, που θα οδηγήσουν στην έγκαιρη διάγνωση, είναι συνήγορος ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

Κλινικά σημεία πριν από τη βάδιση:

1. Ασυμμετρία των μηρογλουτιαίων πτυχών και των πτυχών του μηρού (σημείο PETER BADE).
2. Ατροφία του σύστοιχου γλουτού.
3. Περιορισμένη ικανότητα απαγωγής του ισχίου.
4. Βμφανής βράχυνση του μηρού (φαινομενική).
5. Η άρθρωση του γόνατος του προσβεβλημένου σκέλους εμφανίζεται ψηλότερα από ότι του υγιούς.

Κλινικά σημεία μετά τη βάδιση:

1. Σημείο TRENDLENBURG.
2. Αυξημένη οσφυϊκή λόρδωση.
3. Καθυστερημένη βάδιση: Η κλινική εικόνα της παθήσεως, μετά τη βάδιση, εξαρτάται από τον τύπο αυτής. Διακρίνουμε τρεις τύπους: α) το άπαθές οπίσθιο εξάρθρωμα, που είναι και συχνότερο, β) το άπαθές πρόσθιο εξάρθρωμα, και τέλος, γ) το υπεξάρθρωμα. Ανάλυτικότερα: - Σε ετερόπλευρο άπαθές οπίσθιο εξάρθρωμα έχω θετικό ση-

μελο TRENDLEMPURG όταν στέκεται στο πάσχον πόδι, ενώ όταν στηρίζεται στο υγιές ο κορμός ανατάσσεται τελείως και ο μικρός ασθενής φαίνεται ευθυτενής.

Σε αμφοτερόπλευρο εξάρθρημα εμφανίζει χήναιο βάδισμα. Η κίνηση των ώμων είναι αμφοτερόπλευρη και περισσότερο έκδηλη. Εκτός της λικνιστικής βαδίσσεως, οι τροχαντήρες ορώνται αλληλοδιαδόχως ανερχόμενοι κατά την στήριξη των σκελών επί του εδάφους. Η βάδιση δυσχεραίνεται και είναι κοπιαστική. Επιπρόσθετα παρατηρείται αυξημένη λδρδωση και χαρακτηριστική προπέτεια των γλουτών.

- Σε άπαθές πρόσθιο εξάρθρημα η χωλότητα είναι μικρότερη, δεν παρατηρείται οσφυϊκή λδρδωση, και δεν προέχει ο γλουτός.

- Τέλος, σε υπεξάρθρημα η χωλότητα συνήθως δεν υπάρχει, οσφυϊκή λδρδωση δεν παρατηρείται, ο γλουτός είναι φυσιολογικός, βράχυνση του σκέλους δεν παρατηρείται, ο μείζων τροχαντήρας κατέχει φυσιολογική θέση. Αμφίβολο σημείο TRENDLEMPURG.

4. Βάδιση κοπιαστική^{5,7,10,11}

ENOHTA II

ΓΡΟΑΗΥΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΤΑ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΡΓΟΤΕΡΑ

Όπως είναι κοινά αποδεκτό, σε όλες τις παθήσεις, έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη διάγνωση και η πρόωπη έναρξη της θεραπείας. Ειδικότερα όμως στο Συγγενές Εξάρθρημα Ισχίου η όσο το δυνατόν πρωιμότερη διάγνωση και η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας, είναι ζωτικής σημασίας.

Η όψιμη θεραπεία έχει πενιχρά αποτελέσματα, και αφήνει στις περισσότερες περιπτώσεις μία σημαντικού βαθμού αναπηρία.

Υπάρχουν διάφορες δοκιμασίες ή σημεία που εφαρμόζονται στα βρέφη προκειμένου να διαπιστωθεί η παρουσία Συγγενούς Εξάρθρηματος του Ισχίου.

Πολλά βρέφη με Συγγενές Εξάρθρημα Ισχίου, φεύγουν από το νοσοκομείο χωρίς να έχει πέσει κάτι στην αντίληψη των γιατρών. Βέβαια γίνεται αργότερα αντιληπτό από τους γονείς του, όταν τα παιδιά αρχίζουν να περπατούν με το γνωστό παθολογικό βάδισμα.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας είναι σημαντικός, λοιπόν, και στη βοήθεια προς το γιατρό, όσον αφορά τη διάγνωση, καθώς και στην εξονυχιστική παρατήρηση αν κάτι ξεφύγει της αντίληψης του γιατρού.

Η διάγνωση λοιπόν, του Συγγενούς Εξάρθρηματος του Ισχίου γίνεται με δοκιμασίες - σημεία, που φέρουν το όνομα αυτών που πρώτοι τις περιέγραψαν:

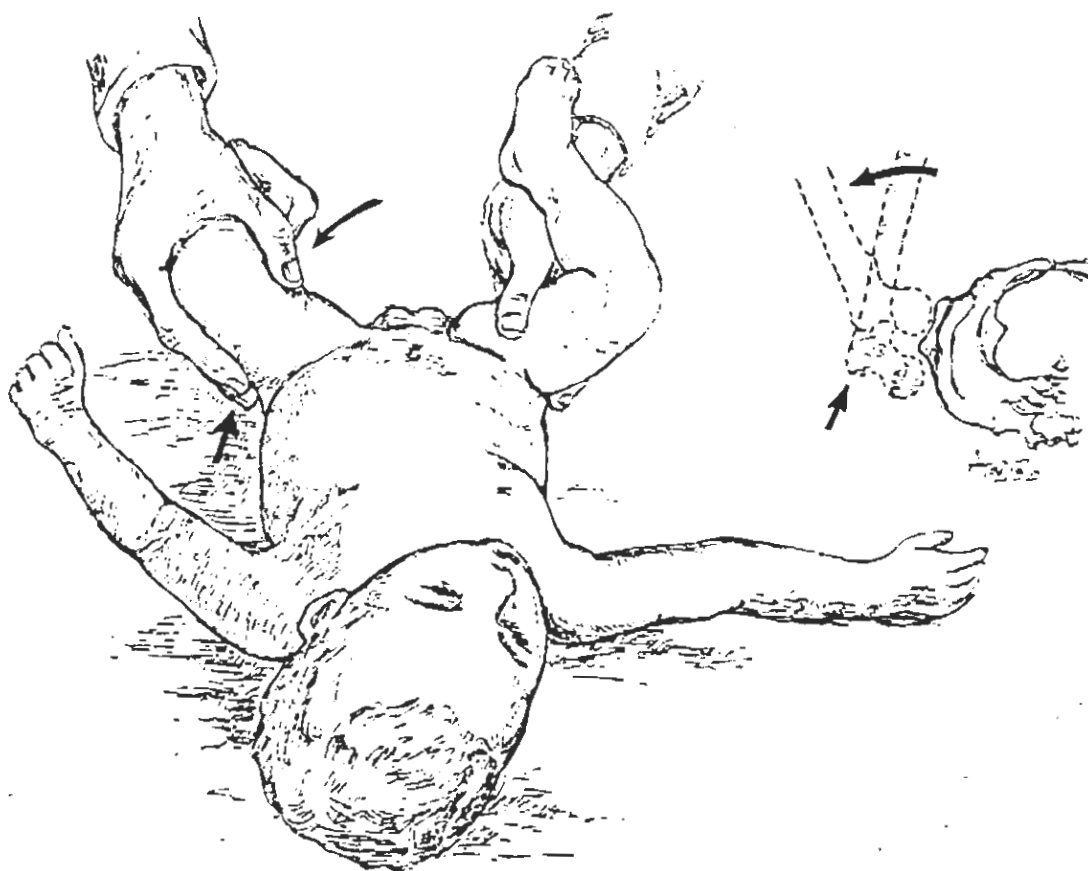
ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΙΝ ΤΗ ΒΑΔΙΣΗ :

1) Δοκιμασία ORTOLANI: Το νεογνό ή το βρέφος τοποθετείται σε ύπτια θέση πάνω σε σκληρή επιφάνεια.

Η θερμοκρασία των χεριών του εξεταστή πρέπει να είναι ίδια με αυτή του βρέφους (κρύα χέρια προκαλούν σύσπαση του βρέφους και δεν θα είναι χαλαρό για να γίνει η εξέταση), και όλοι οι χειρι-

σμοί να γίνονται με προσοχή και ευαισθησία.

Ο εξεταστής πιάνει μαλακά τα γόνατα του βρέφους, έχοντας τον αντίχειρα στην έσω επιφάνεια των μηρών, και τα άλλα δάκτυλα στην έξω επιφάνεια αυτών, με τρόπο ώστε ο παράμεσος να ψηλαφεί το μέλζωνα τροχαντήρα.

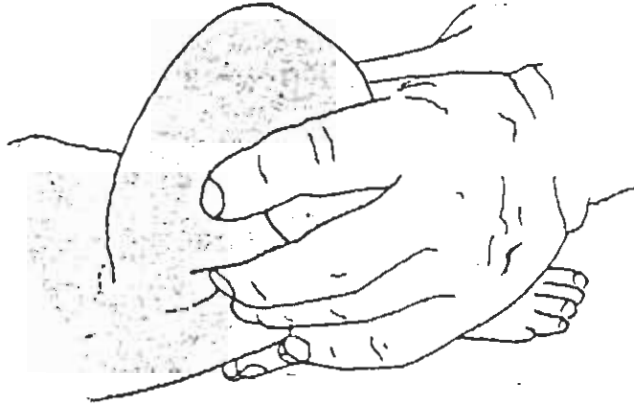


Εικ. 16

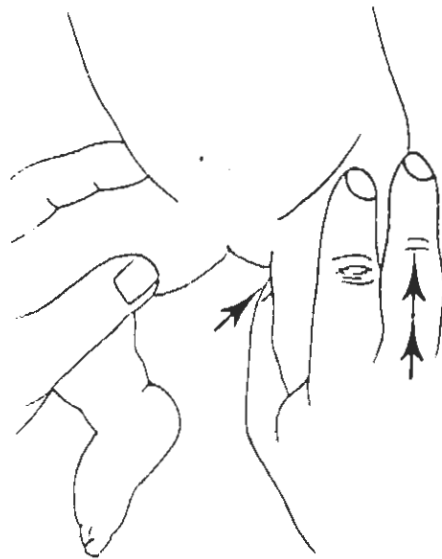
Κατόπιν, οι μηροί κάμπτονται προς την κοιλιά σε ορθή γωνία (90°) και τα γόνατα προς τους μηρούς, πάλι σε γωνία 90° , και αρχίζει η απαγωγή των σκελών ήπια, ενώ ο παράμεσος δάκτυλος που αγγίζει το μέλζωνα τροχαντήρα τον σπρώχνει προς τα μέσα.

Με τον χειρισμό αυτό, παράγεται χαρακτηριστικό αίσθημα τιναγμού ή γδούπου που είναι, απτικό, οπτικό και ακουστικό, εξαιτίας της απότομης εισαγωγής της κεφαλής του μηριαίου μέσα στην κοτύλη.

Στη διεθνή βιβλιογραφία επικράτησε να αναφέρεται με τον όρο
CLICK.



Εικ. 17



Εικ. 18 Χειρουργός Ορθοπαθ.

Η δοκιμασία του ORTOLANI δεν πρέπει να γίνεται πολλές φορές γιατί με τους χειρισμούς ανατάξεως μπορεί να πάθουν βλάβη τα αγγεία της κεφαλής, με αποτέλεσμα τη νεκρωσή της.

Το σημείο του ORTOLANI αποτελεί το σπουδαιότερο διαγνωστικό μέσο ενός πλήρους εξάρθρωτος, και είναι δυνατόν να είναι θετικό, τόσο σε νεογέννητο βρέφος, όσο και σε βρέφος μηνών ή ακόμα και πέραν της ηλικίας του ενός έτους. Αυτό πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα, διότι επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη, ότι το σημείο του ORTOLANI είναι θετικό μόνο σε βρέφη ημερών, εβδομάδων ή λίγων μηνών.

Το σημείο του ORTOLANI είναι δυνατόν να είναι αρνητικό, και εν τούτοις να πρόκειται για πλήρες εξάρθρημα στις εξής περιπτώσεις:

- Σε περιπτώσεις που το εξάρθρημα δεν ανατάσσεται. Αυτό συμβαίνει πχ σε "τερατογενή" καλούμενα εξάρθρηματα, στα οποία συνυπάρχει μεγάλη μείωση της απαγωγής και η ανάταξη επιτυγχάνεται μόνο χειρουργικώς, παρά το μικρό της ηλικίας του ασθενούς.

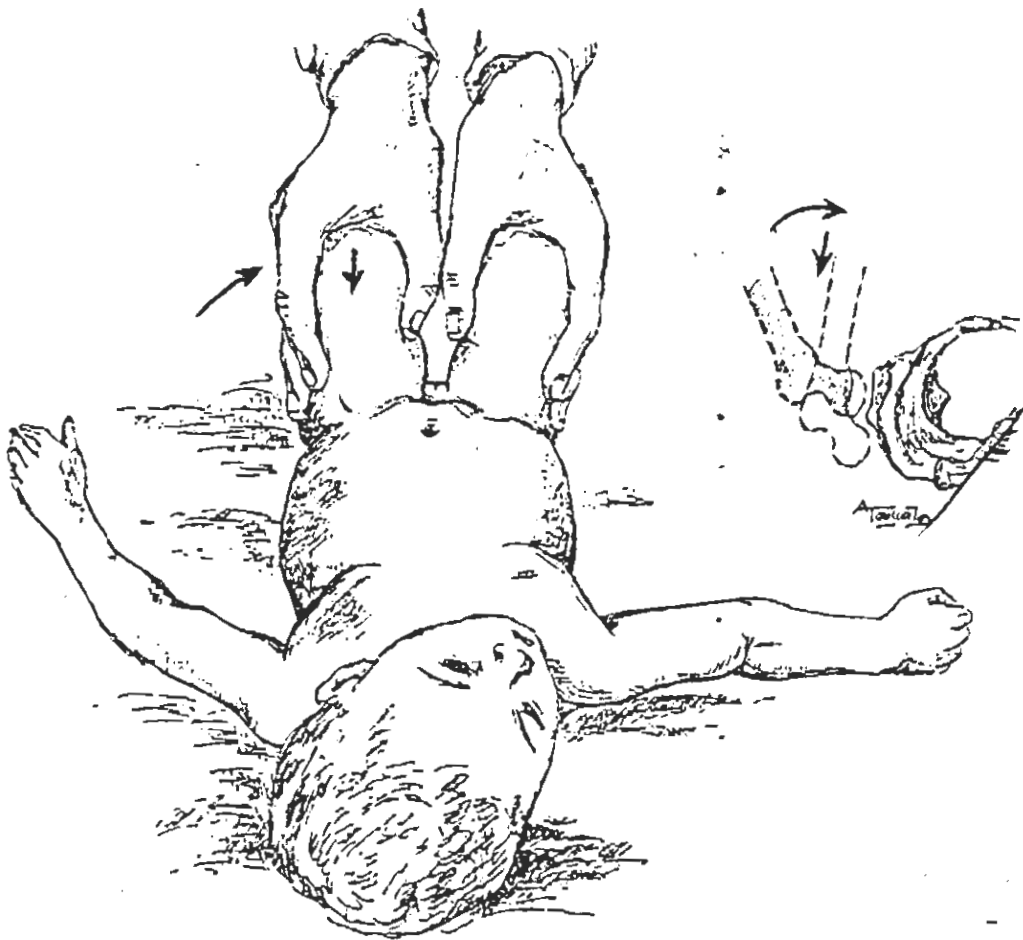
Σε ένα τυπικό Συγγενές Εξάρθρημα του Ισχίου, το εξάρθρημα είναι δυνατόν να μην ανατάσσεται, λόγω μεγάλης παρεκτόπισης της μηριαίας κεφαλής, και βράχυνση των πέριξ μαλακών μορίων και μάλιστα των προσαγωγών μυών.

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

Κατά την προσπάθεια έκλυσης του σημείου ORTOLANI, δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση με έναν άλλο θόρυβο, ο οποίος οφείλεται πολ-

λές φορές σε πρόσκρουση της μηριαίας κεφαλής στο στρογγύλο σύνδεσμο, σε ένα φυσιολογικό ισχίο.^{6,7}

2) Δοκιμασία BARLOW: Τα ισχία και τα γόνατα, είναι στη θέση υπερκάμψεως και προσαγωγής. Ο εξετάζων εφαρμόζει πίεση στην περιοχή του ελάσσονα τροχαντήρα με τον αντιχειρά του. Αν το ισχίο είναι ασταθές, η κεφαλή εξέρχεται από την κοτύλη, ενώ εν συνεχεία με τους χειρισμούς του ORTOLANI ανατάσσεται.^{10,11}



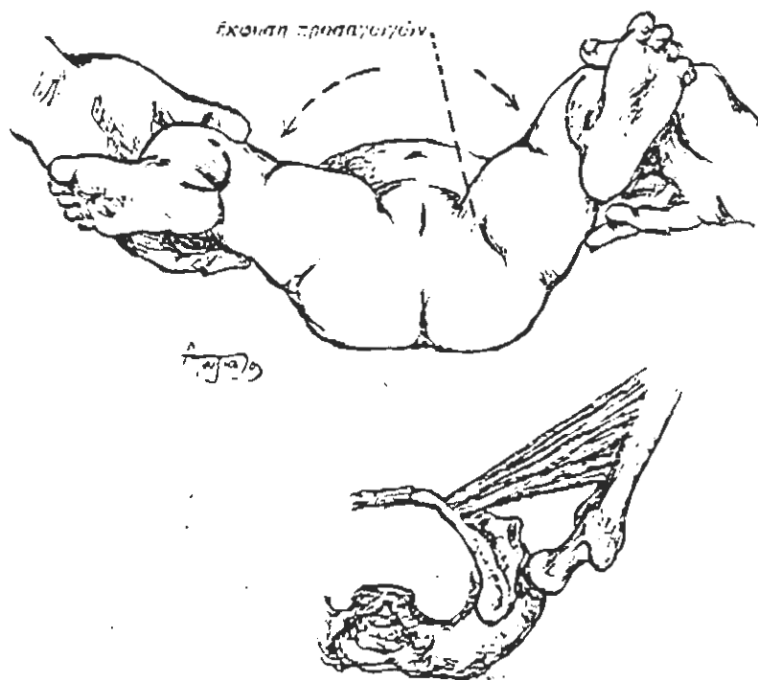
Εικ. 19. Δοκιμασία Barlow. Τα ισχία και τα γόνατα του εξεταζόμενου νεογνού φέρονται σε θέση υπερκάμψεως και προσαγωγής, ενώ ο αντιχειράς του εξεταστή πιέζει την περιοχή του ελάσσονα τροχαντήρα. Αν το ισχίο είναι ασταθές, τότε η κεφαλή μ' αυτές τις κινήσεις εξέρχεται από την κοτύλη.

3) Περιορισμός στην απαγωγή των μηρών: Το βρέφος εξετάζεται ύπτια, με τους μηρούς σε κάμψη ορθής γωνίας προς το σώμα, και τις κνήμες σε κάμψη και επαφή προς τους μηρούς. Ο Ιατρός πιάνει τους μηρούς με τον αντίχειρα στην εσωτερική επιφάνεια, και τα υπόλοιπα δάκτυλα στην εξωτερική με τρόπο που να φθάνουν στο μελζωνα τροχαντήρα.



Εικ. 20 Τρόπος εξέτασης βρέφους για Σ.Ε.Ι.

Κατά την προσπάθεια απαγωγής διαπιστώνεται περιορισμός στην πλευρά που έχει την πάθηση, σε σύγκριση προς τη φυσιολογική, σε μονόπλευρο εξάρθρημα.



Εικ. 21 Στο πάσχον ισχίο η απαγωγή είναι περιορισμένη, ενώ ταυτόχρονα προβάλλουν έντονα οι προσαγωγοί μύς.

Σε αμφίπλευρο υπάρχει περιορισμός και στις δύο πλευρές.

Στα φυσιολογικά ισχία η απαγωγή φτάνει μέχρι 80° - 90° σε σχέση προς το μέσο επίπεδο. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις, η απαγωγή είναι περιορισμένη συμμετρικά και στα δύο ισχία, χωρίς να υπάρχει εξάρθρημα (σφικτά ισχία).

Καταστάσεις που μπορεί να παρατηρηθεί μείωση της απαγωγής του ισχίου, που δεν έχει σχέση με το Συγγενές Εξάρθρημα Ισχίου είναι:

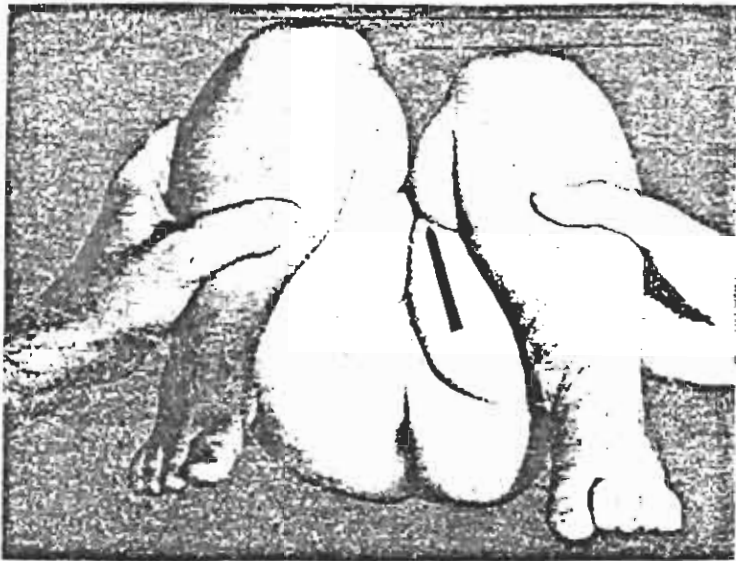
- Συγγενές ραιβό ισχίο.
- Εγκεφαλική παράλυση που προκαλεί σπαστικότητα των κάτω άκρων (αύξηση μυϊκού τόνου).
- Τραυματισμός του ισχίου κατά τον τοκετό (κάταγμα, κτλ), ή σε μεγαλύτερη ηλικία κάταγμα, εξάρθρημα κτλ.
- Αρθρίτιδα ισχίου (TBG (φυματίωση), ρευματοειδής, κτλ). Στις περιπτώσεις αυτές βέβαια, υπάρχει περιορισμός και άλλων κινήσεων.
- Πολυομυελίτιδα, η οποία μπορεί να προκαλέσει βράχυνση των προσαγωγών.

4) Σημείο PETER BADÉ: Ασυμμετρία στις πτυχές του μηρού: Είναι το πρώτο σημείο που τραβάει την προσοχή της μητέρας.

Οι φυσιολογικές δερματικές πτυχές στην έσω επιφάνεια του μηρού, είναι ψηλότερα ή είναι περισσότερες, στο σκέλος με το εξάρθρημα.

Το σημείο αυτό έχει σημασία μόνο σε μονόπλευρο εξάρθρημα, και αποτελεί ένδειξη για αναζήτηση εξαρθήματος, και όχι απόδειξη ότι υπάρχει.

Αρκετά συχνά υπάρχει ανωμαλία στις πτυχές, χωρίς εξάρθρημα.



Εικ. 22 Οι πτυχές του αριστερού μηρού είναι πλησιέστερο προς τη πύελο (βέλος). Συγγενες εξάρθρωμα αριστερού ισχίου.



Εικ. 23 Ασυμμετρία στις δερματικές πτυχές των μηρών. Η πτυχή του αρ. μηρού είναι ψηλότερα από την αντίστοιχη του δεξιού, ενδεικτική Σ.Ε.Ι.

5) Βράχυνση του μηρού (φαινομενικά): Με το βρέφος ύπτια, πάνω σε οριζόντιο κρεβάτι, και τα γόνατα και τα ισχία σε ορθή γωνία, διαπιστώνεται ότι το επίπεδο του γόνατος βρίσκεται χαμηλότερα στην πλευρά του εξάρθρωματος (φαινομενική βράχυνση του μηριαίου).



Εικ. 24 Βράχυνση (φαινομενική) του δεξ. μηρού σε σχέση προς τον αριστερό ενδεικτική για Σ.Ε.Ι.

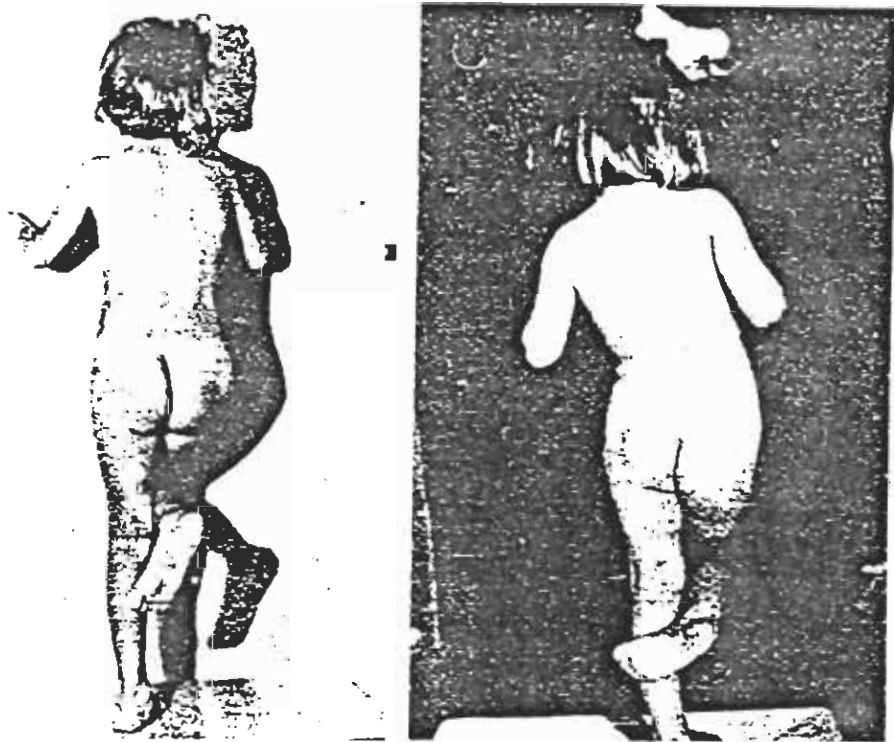
6) Εμβολοειδείς κινήσεις: Ελέγχονται με το βρέφος σε ύπτια θέση, και το μηρό σε έκταση ή κάμψη. Εφαρμόζεται διαδοχικά με το ένα χέρι έλξη και πίεση του μηρού προς τα πίσω κατά τον επιμήκη άξονα, ενώ με το άλλο σταθεροποιείται η λεκάνη του βρέφους. Το εύρος κίνησης είναι μεγαλύτερο στην πλευρά με το εξάρθρημα.

ΣΗΜΕΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΒΑΔΙΣΗ :

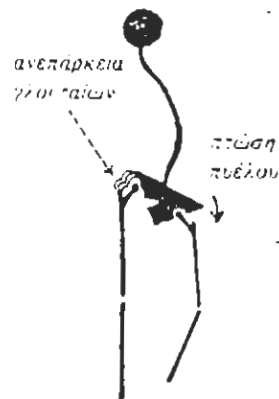
1) Σημείο TRENDLENBURG: Κανονικά όταν ένα άτομο στηρίζεται στο ένα σκέλος -το φυσιολογικό- ο γλουτός της αντίθετης πλευράς, ανεβαίνει προς τα πάνω. Σε συγγενές Εξάρθρημα Ισχίου, και μάλι-

στα όταν αυτό είναι ετερόπλευρο, στην προσπάθεια του ασθενούς να στηριχθεί στο πάσχον σκέλος, παρατηρείται πτώση της πυέλου προς το υγιές μέρος, ενώ ταυτόχρονα η σπονδυλική στήλη κλίνει προς το πάσχον μέρος. Αυτό συμβαίνει λόγω της λειτουργικής ανεπάρκειας του μέσου γλουτιαίου μυός, ο οποίος δεν μπορεί να συγκρατήσει την πύελο οριζόντια.

Η πλάγια παρέκλιση της σπονδυλικής στήλης είναι αντιρροπιστική προσπάθεια, ώστε το κέντρο βάρους του σώματος να μετατοπιστεί προς το πάσχον, για να εξισορροπήσει την κλίπτουσα πύελο:



Αγία



2) Χωλότητα σε μονόπλευρο εξάρθρωμα.

3) Βάδιση χίλιουτ σε αμφίπλευρο εξάρθρωμα.

4) Χαρακτηριστική λόρδωση, όταν το παιδί στέκεται όρθιο σε αμφίπλευρο εξάρθρωμα. Το σημείο αυτό πρέπει να μας βάζει σε υπονοίες για εξάρθρωμα και επομένως, να μας οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο, επειδή η βάδιση πολλές φορές είναι τόσο ικανοποιητική, ώστε είναι δυνατόν να εξαπατήσει εκτός από τους γονείς, και τον Ιατρό.



Αύξηση της όσφουικής λορδώσεως σε άμφοτερόπλευρο συγγενές εξάρθρημα του ισχίου.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

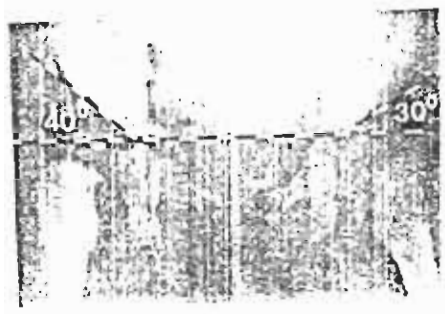
Ακτινογραφία λεκάνης στις έξη πρώτες εβδομάδες μετά τη γέννηση δεν χρειάζεται, γιατί δεν προσφέρει τίποτα στην πρώιμη διάγνωση· απεναντίας, πολλές φορές η ακτινολογική εικόνα ερμηνεύεται ως φυσιολογική, σε περιπτώσεις που κλινικώς έχει διαπιστωθεί Συγγενές Εξάρθρημα Ισχίου.

Το πιο σύντομο χρονικό διάστημα, που ο εξεταστής πρέπει να ζητήσει ακτινογραφία, είναι η 6^η - 8^η εβδομάδα, γιατί τότε συνήθως αρχίζει να εμφανίζεται το δευτερογενές κέντρο οστεώσεως της μηριαίας κεφαλής, δηλαδή δεν έχουμε μία οργανωμένη άρθρωση και μεσάρθριο διάστημα, για να μελετήσουμε.

Για τους λόγους αυτούς, η ακτινολογική διάγνωση, στηρίζεται στη μελέτη γραμμών και γωνιών που τραβάμε πάνω στην ακτινογραφία:

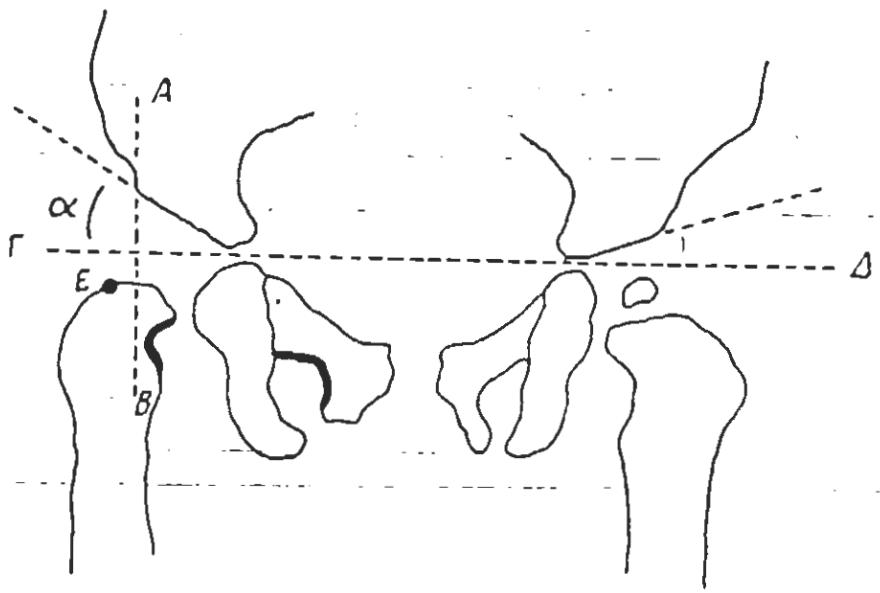
Έτσι λοιπόν, πριν από την εμφάνιση του πυρήνα οστεώσεως της μηριαίας κεφαλής, τα ακτινολογικά ευρήματα, στα οποία θα στηριχθεί η διάγνωση, είναι:

1) Ατελής ανάπτυξη και λοξότητα του άνω έξω τμήματος της οροφής της κοτύλης. Σε προσθιοπίσθια ακτινογραφία, με σκέλη σε ουδέτερη θέση (έκταση, προσαγωγή) και μέση θέση, όσον αφορά τη στροφή του ισχίου, αν φέρομε ευθεία η οποία ενώνει τα κέντρα των δύο κοτυλών, και μία άλλη λοξή, από το κέντρο της κοτύλης κατά μήκος της οροφής της, οι δύο γραμμές σε φυσιολογική κοτύλη, σχηματίζουν γωνία -την κοτυλιαία γωνία- η οποία είναι 20° - 30° . Σε Συγγενές Εξάρθρημα ή υπεξάρθρημα η γωνία αυτή είναι μεγαλύτερη από 30° (100-110).

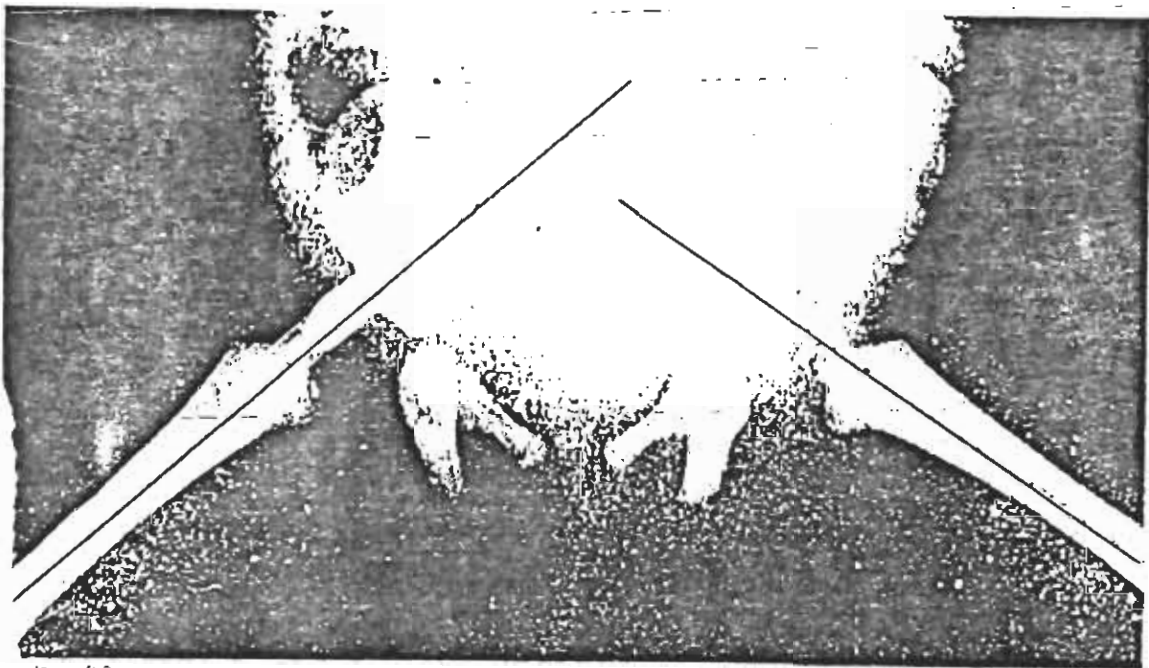


Εικόνα Γ Λοξωμένη λοξότητα της κοτύλης δεξιά που σχηματίζει με την οριζόντια γραμμή που ενώνει τα κέντρα των δικοτύλων γωνία 40° σε αντίθεση με την αριστερή που σχηματίζει 30° (φυσιολογική).

Εικόνα Δ Μέτρηση της κοτυλιαίας γωνίας.



2) Σημείο VAN ROSEN: Μετα ισχία σε απαγωγή 45° , και έσω στροφή, βγάζουμε μία προσθιοπίσθια ακτινογραφία, που να περιλαμβάνει σε ένα φιλμ, τις διαφύσεις των μηριαίων, τη λεκάνη, και την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Αν φέρουμε μία γραμμή κατά μήκος του άξονα της διάφυσης του μηριαίου, αυτή, εφόσον το ισχίο είναι φυσιολογικό, θα συναντήσει το έξω μέρος της κοτύλης και θα διασταυρωθεί με την ιερολαγόνια άρθρωση. Αντίθετα, στο εξαρθρωμένο ισχίο θα περάσει από την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα, και θα συναντήσει την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης.



Εικ. 23

Ακτινογραφία βρέφους 4 ημερών κατά την μέθοδο VAN ROSEN. φυσιολογικό ισχίο άμφω. Δεν έγινε θεραπεία. Το βρέφος δεν εξετάσθη. Υπό των ANDREN και VAN ROSEN (1958) σαφώς αναφέρεται ότι επί εξαρθρήματος ο άξονας της διαφύσεως φέρεται εκτός της κοτύλης και με κατεύθυνση προς την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα, ενώ επί φυσιολογικού ισχίου κατευθύνεται προς την άνω έξω γωνία της οροφής της κοτύλης.

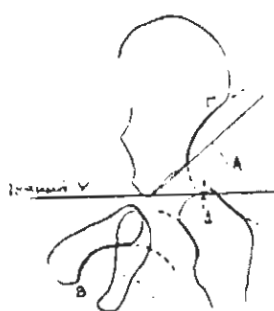


ΕΙΚ. 30

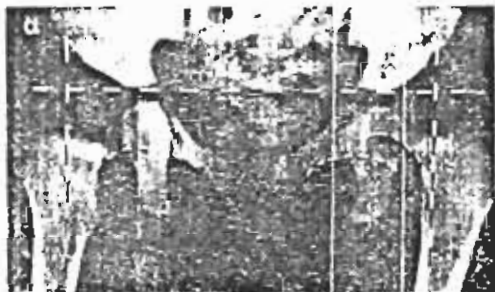
Μετά την πάροδο επτά μηνών. Εξάρθρημα δεξιά. Η μέθοδος VAN ROSEN αφορά την διάγνωση του συγγενούς Εξάρθρηματος Ισχίου επί νεογέννητου βρέφους.

3) Διακοπή του θυροαυχενικού τόξου (της γραμμής του SHENTON): Φυσιολογικά η γραμμή αυτή είναι μία συνεχής καμπύλη, που σχηματίζεται από το κάτω χείλος του ανατομικού αυχένα του μηριαίου οστού, και από το άνω όριο του θυροειδούς τμήματος.

Όταν υπάρχει Εξάρθρημα ή υπεξάρθρημα, η γραμμή αυτή διακόπτεται, διότι, ο αυχέννας του μηριαίου παρεκτοπίζεται προς τα πάνω. Διακοπή μπορεί να παρουσιασθεί και σε φυσιολογικό ισχίο, εάν η ακτινογραφία γίνει σε προσαγωγή και έξω στροφή.



Εικ. 31. Μελέτη τῶν ἰσχίων γιὰ διαπίστωση συγγενοῦς δυσπλασίας. Ἡ γραμμὴ Y εἶναι ἡ βασικὴ γραμμὴ ποὺ χρησιμεύει γιὰ μελέτη τῆς κατυλιαίας γωνίας (A στὴν πάνω εἰκόνα). Ἡ γραμμὴ Shenton (B) εἶναι συνεχῆς στὰ φυσιολογικὰ ἰσχία καὶ διασπᾶται στὰ παθολογικὰ (κατῶ εἰκόνα).



Εικ. 32. Συγγενῆς δυσπλασία καὶ τῶν δύο ἰσχίων, μὲ ἐκδηλωμένο ἐξάρθρημα. Οἱ κατύλες εἶναι πολὺ ἀβαθεῖς, οἱ μηριαῖες κεφαλές βρίσκονται ἐξω ἀπὸ τὶς κατύλες καὶ ἡ γραμμὴ τοῦ Shenton ἔχει διασπασθεῖ καὶ στὰ δύο πλάγια.

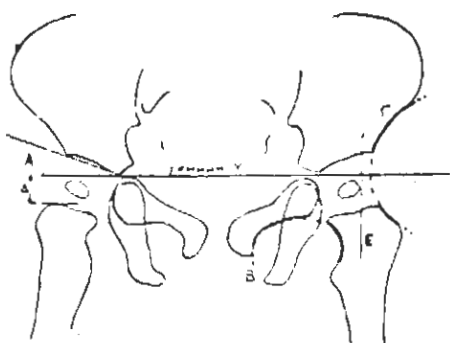
4) Καθυστέρηση στην εμφάνιση του πυρήνα οστέωσης της κεφαλής πέρα από τον πέμπτο με έκτο μήνα.

5) Καθυστέρηση στην οστεοποίηση της ηβοΐσχιακής συγχόνδρωσης, στην πλευρά του συγγενούς υπεξαρθρήματος, σε αρκετές περιπτώσεις.

Μετά την εμφάνιση του πυρήνα οστέωσης τα ακτινολογικά ευρήματα είναι τα εξής:

1) Ο πυρήνας οστέωσης της κεφαλής, είναι μικρότερος στην πλευρά της πάθησης.

2) Αν φέρουμε μία ευθεία γραμμή που περνά από τα πιο χαμηλά σημεία των δύο λαγονίων οστών στην περιοχή της κοτύλης, και μία άλλη από το άνω χείλος της κοτύλης, κάθετη προς την προηγούμενη, σχηματίζεται σταυρός που χωρίζει την περιοχή του ισχίου σε τέσσερα ίσα μέρη. Η φυσιολογική θέση της μηριαίας κεφαλής αντιστοιχεί στο μέσα κάτω τεταρτημόριο, ενώ σε δυσπλασία αντιστοιχεί στο άνω και έξω τεταρτημόριο.



ΕΙΚ. 35
Φυσιολογικό ισχίο



ΕΙΚ. 36
Δυσπλασία και στα δύο ισχία.

Όταν το παιδί αρχίσει να περπατάει και δεν έχει διορθωθεί η

ανωμαλία, τότε εγκαθίσταται εξάρθρομα. Η ακτινολογική διάγνωση είναι τότε σχετικά εύκολη, γιατί μπορεί κανείς να διαπιστώσει τη διαταραχή των σχέσεων των οστών, που δημιουργούν την άρθρωση του ισχίου.

Το παθολογικό ισχίο οδηγεί σε πρόιμη εμφάνιση εκφυλιστικών αλλοιώσεων. Αν διαταραχθεί η τροφοδοσία με αίμα, της μηριαίας κεφαλής, λόγω συμπύεσης της αρτηρίας του στρογγύλου συνδέσμου, τότε μπορεί να εγκατασταθεί άσηπτη νέκρωση της κεφαλής.^{8,13}

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

Η εκτέλεση αρθρογραφήματος σε ένα πλήρες εξάρθρωμα αποτελεί αναμφισβήτητα αξιόλογο βοηθητικό μέσο για την εκλογή της κατάλληλότερης θεραπευτικής αγωγής. Ο συσχετισμός των κλινικών, απλών ακτινογραφικών και αρθρογραφικών ευρημάτων μας βοηθά στη λήψη της ορθής απόφασης για την τύχη του Συγγενούς Ξεαρθρήματος του Ισχίου.

Γίνεται σε δύσκολες περιπτώσεις, δεν είναι μέθοδος καθημερινής πρακτικής, και σπάνια χρησιμοποιείται για βρέφη κάτω των τριών μηνών.

Τεχνική του αρθρογραφήματος

Η τεχνική του αρθρογραφήματος είναι η εξής: δια της προσθιας οδού (εις το δριον μέσου και έξω τριτημορίου, νοητής γραμμής ενούσης την προσθίαν λαγόνιαν άκανθα και το ηβικό φύμα), και με διεύθυνση αρχικώς κάθετη και ακολούθως προς τα έσω και κάτω, εισερχόμεθα εις την κάτω ισχίον άρθρωση. Ενίομε λίγο φυσιολογικό ορό προς επιβεβαίωση της εισόδου μας εντός της αρθρώσεως. Ακολούθως ενίομε 200 περίπου σκιαγραφικό διαλύματος UROGRAFIN (DIOLONE ή άλλη παρόμοια ουσία) 75⁰/ο αραιωθέντος κατά το ήμισυ με φυσιολογικό χλωριούχο ορό.⁴

Οι πληροφορίες που μας δίνει ένα αρθρογράφημα 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 αρθρογράφημα δίνει μία πλήρη εικόνα των διαστάσεων και του σχήματος της μηριαίας κεφαλής. Σε περίπτωση οστεοχονδριτιδίου το αρθρογράφημα μας πληροφορεί για το μέγεθος και της παραμορφώσεως 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 Συγγενές Ξεάρθρημα Ισχίου.

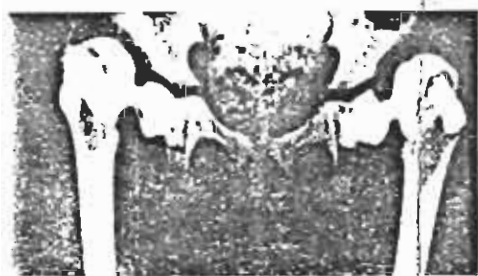
Πρέπει να τονιστεί ότι η μη καλή επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής δεν σημαίνει οπωσδήποτε την ύπαρξη ενδοαρθρικού εμποδίου. Μπορεί αυτή να οφείλεται σε εξωαρθρικό κώλυμα, όπως π.χ. βεβραχυσμένους προσαγωγούς μετά την εξουδετέρωση των άνω εξωαρθρικών εμποδίων είναι δυνατόν να παρουσιάσει καλύτερες τις σχέσεις κοτύλης-μηριαίας κεφαλής.

Παρουσία ενδοαρθρικού κωλύματος

Το κατ'εξοχήν κώλυμα το οποίο ελέγχεται με το αρθρογράφημα είναι ο ανεστραμμένος επιχείλιος χόνδρος. Η παρουσία του κωλύματος αυτού, όχι μόνο εμποδίζει την καλή επικέντρωση της μηρι-

αίας κεφαλής, αλλά και την καλή ανάπτυξη της κοτύλης, ενώ πολλές φορές ευθύνεται και για την ανάπτυξη οστεοχονδρίτιδος, λόγω ασκήσεως πιέσεως μεταξύ μηριαίας κεφαλής και επιχέλιου χόνδρου.

Αναφέρεται ακόμα η λιμναση του αρθρογραφικού υγρού στον πυθμένα της κοτύλης, λόγω μη καλής επικεντρώσεως της μηριαίας κεφαλής εντός αυτής.



Σίγ. 24 Αρθρογράφημα ισχίων σε αμφοτερόπλευρο Σ.Ε.Ι. Διακρίνεται η επιμήκυνση του αρθρικού θυλάκου που πήρε σχήμα κλειψίδας.

Την 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'εξοχήν παράγων για την εκτίμηση της καταστάσεως σε κάθε περίπτωση Συγγενούς Εξαρθρήματος του Ισχίου.¹⁵

ENOTHTA III



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν σε όλες τις παθήσεις η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας επηρεάζει το τελικό αποτέλεσμα, στο Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου η σημασία του παράγοντα αυτού είναι αποφασιστική. Όσο νωρίτερα αρχίσει η θεραπεία, τόσο καλύτερο είναι το αποτέλεσμα και ασφαλώς η πιο κατάλληλη περίοδος είναι αμέσως μετά τη γέννηση.

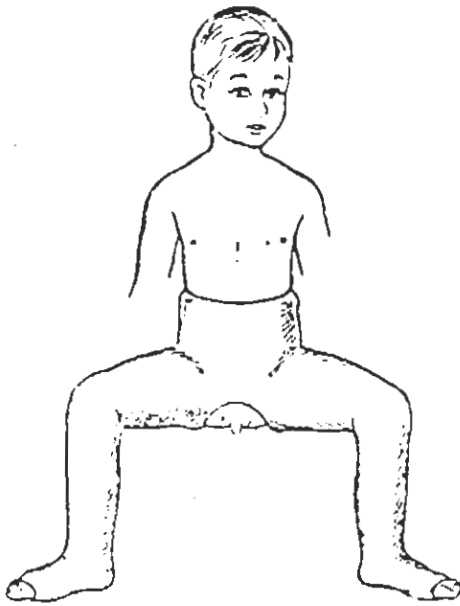
Η θεραπεία είναι διαφορετική ανάλογα με την ηλικία που γίνεται η διάγνωση του εξάρθρωματος.²

Σκοπός της θεραπείας είναι η έγκαιρη επικέντρωση της κεφαλής μέσα στην κοτύλη στη φυσιολογική της θέση, ώστε να υπάρχει το ερέθισμα της κεφαλής που χρειάζεται η άρθρωση για να διαπλασθεί φυσιολογικά. Όσο πιο πρώιμα γίνει αυτό τόσο και το τελικό αποτέλεσμα είναι καλύτερο.⁴

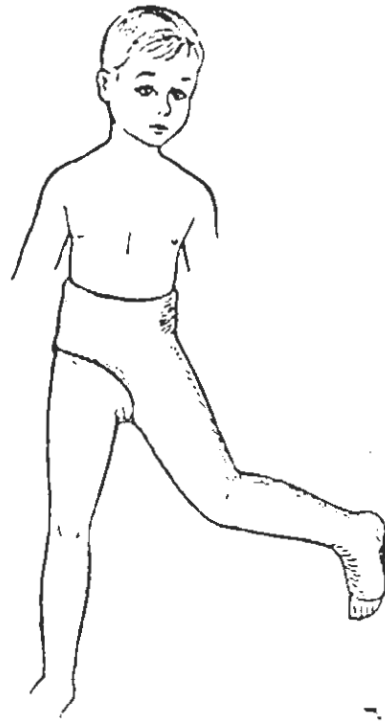
Όπως είπαμε παραπάνω, η θεραπεία του Συγγενούς Εξάρθρωματος του Ισχίου μεταβάλλεται αναλόγως της ηλικίας του ασθενούς. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία, τόσο δυσκολότερη η θεραπεία και μικρότερο το ποσοστό επιτυχίας.

Επί σειρά ετών εμεσουράνησε η μέθοδος LORENZ. Κατ'αυτήν η ανάταξη επιτυγχάνεται, κατόπιν γενικής ναρκώσεως, κυρίως διά δύο χειρισμών, της κάμψεως του μηρού προς τη λεκάνη, και της απαγωγής του σκέλους, μετά από εξωτερική τούτου στροφή. Ο δεύτερος αυτός χειρισμός είναι ο επιτυγχάνων την ανάταξιν, οφείλει δε να γίνεται ήπια, άνευ βίας, συγκρατούμένης της λεκάνης του παιδιού από βοηθό.


Η θέση αυτή καλείται βατραχοειδής, διότι οι μηροί μετά τους χειρισμούς ακινητοποιούνται σε κάμψη και απαγωγή 90° και σε ορθή γωνία οι κνήμες προς αυτούς (εκεί).



Εικόνα Ο.Μ.Κ.Π. γύψινος επίδεσμος
είς θέσιν φουζοειδή (ιδία).



Εικόνα Ο.Μ.Κ.Π. γύψινος επίδεσμος με τὸ
σκέλος ἐν ἀπαγωγῇ καὶ ἐσωτερικῇ στρόφῃ (ιδία).

Ἡ ἀκίνητοποίησις τελείται διὰ γύψινου ἐπιδέσμου Ο.Μ.Κ.Π. (οσφυο-
μηρο-κνημο-ποδικός), ὁ ὁποῖος ἀφαιρεῖται μετὰ ἀπὸ ἓνα τρίμη-
νο. Ἐν συνεχείᾳ τοποθετεῖται νέος γύψινος ἐπίδεσμος Ο.Μ.Κ.Π. με-
τὸ σκέλος σε ἔκτασι, ἀπαγωγῇ 50° καὶ ἐσωτερικῇ στρόφῃ, με τρί-
μηνη διάρκειᾳ ἀκίνητοποιήσεως (ἐκ .

Μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν καὶ τοῦ τελευταίου αὐτοῦ ἐπιδέσμου ἐκτελεῖ-
ται κινήσιοθεραπεία καὶ βαθμιαία στήριξις τοῦ σκέλους.

Ἡ μέθοδος LORENZ, ἐν τούτῃ, οδήγησε σε ἀποτυχία. Πιθανῶς ἡ
ἀποτυχία αὕτη νὰ οφείλεται ἀφ' ἑνὸς μὲν στοῖς ὅτι ἀπὸ τὴν ἀπότομη
ἀλλαγῇ θέσεως τῆς ἡμριαίας κεφαλῆς ἀναπτύσσονται ἰσχυρές μυϊκές τά-
σεις οἱ ὁποῖες προκαλοῦν ὀστεοχονδριτικές ἀλλοιώσεις, ἀφ' ἑτέρου
δὲ στὴν παραγνώρισιν τῆς σχεδὸν κατὰ κανόνα συνυπάρχουσας πρὸ-

σθιας αποκλίσεως του αυχένου (ANTEVERSION), ένεκα της οποίας η εσωτερική στροφή του ισχίου και όχι η εξωτερική είναι εκείνη, η οποία εξασφαλίζει την καλύτερη και περισσότερο άνετη τοποθέτηση της μηριαίας κεφαλής εντός της κοτύλης.^f

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΗΡΟΥΣ ΞΕΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ

Οι παραπάνω διαπιστώσεις, οδήγησαν στην τροποποίηση της δόλης θεραπευτικής αγωγής, η οποία σήμερα οφείλει να ακολουθεί το κάτωθι σχήμα:

1. Από 0-2 μηνών
2. Από 2 μηνών μέχρι ενός έτους
3. Από 1-3 ετών
4. Από 3 ετών και άνω.

1. Από 0-2 μηνών

Το κύριο χαρακτηριστικό των ασθενών αυτών, το οποίο και απλουστεύει τη θεραπεία, είναι ότι η ανάταξη του εξαρθρήματος επιτυγχάνεται με καλή απαγωγή του ισχίου. Η ανάταξη είναι εύκολη, εκτός βεβαίως των τερατογενών εξαρθρημάτων στα οποία η ανάταξη είναι ανέφικτη και επιτυγχάνεται μόνο χειρουργικώς.

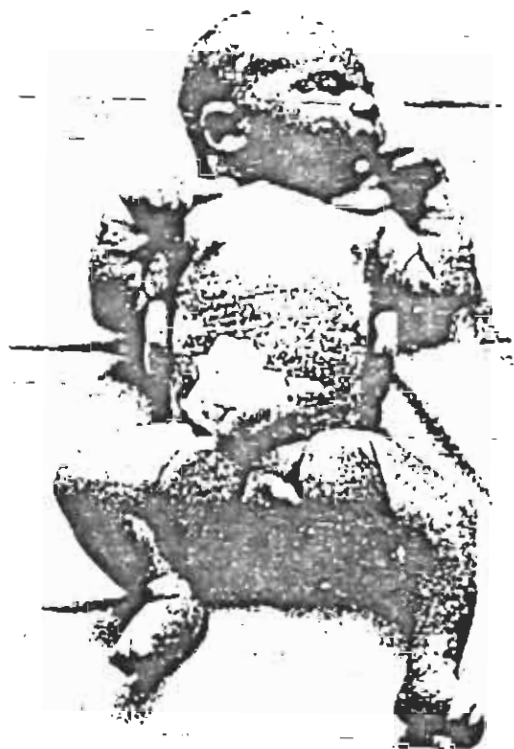
Το πρόβλημα συχνά συνίσταται στο μέσο το οποίο θα χρησιμοποιήσουμε για τη διατήρηση των σκελών σε απαγωγή μέχρις ότου η ανάταξη σταθεροποιηθεί, δηλαδή το σημείο ORTOLANI καταστεί αρνητικό.

Η σταθεροποίηση της ανατάξεως είναι δυνατόν να επιτευχθεί με

τους κηδεμόνες FREJKA, VON ROSEN, BARLOW, κτλ, αλλά ακόμα και με τη χρήση υπεράριθμων πάνων κατάλληλα τοποθετημένων.



Εικ. 304. κηδεμών Frejka.



Εικ. 305. κηδεμών von Rosen.



Εικ. 306. κηδεμών Barlow.



Εικ. 307. πλαστικός ρυθμιζόμενος κηδεμών.

Η σταθεροποίηση της ανατάξεως είναι δυνατόν να επιτευχθεί εντός ημερών ή εβδομάδων. Αν επιτευχθεί εντός ημερών ή 2-3 εβδομάδων, τότε μπορούμε να συνεχίσουμε τη θεραπεία με τον κηδεμόνα με την προϋπόθεση όμως ότι η απαγωγή του ισχίου εξακολουθεί να είναι ικανοποιητική.

Αν η σταθεροποίηση της ανατάξεως δεν επιτευχθεί εντός 2-3 εβδομάδων, τότε πρέπει να εξετάσουμε το ενδεχόμενο ανεπάρκειας του κηδεμόνα ή τυχόν άλλα αίτια τα οποία εμποδίζουν τη σταθεροποίησή της.⁴⁶

Έτσι λοιπόν, σε περίπτωση εξαρθρήματος που η ανάταξη είναι δύσκολη, αυτή γίνεται με κάμψη και ήπια απαγωγή των μηρών, υπό γενική νάρκωση ή επάνω σε ειδικό πλαίσιο (OXFORD FRAME) με έλξη και προοδευτική απαγωγή. Για την συγκράτηση στη θέση ανάταξης χρησιμοποιείται γύψος Ο.Μ.Κ.Π., ή σπάνια ειδικός νάρθηκας.⁴⁷

Εξάλλου στην περίπτωση αισθητώς μειωμένης απαγωγής, η καλύτερη απάντηση είναι η εφαρμογή γύψου, γιατί αλλιώς διατρέχουμε τον κίνδυνο αναπτύξεως οστεοχονδρίτιδος.

2. Από 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 δια-

τήρηση και σταθεροποίηση της ανατάξεως,

β) εγκυμονεί κινδύνους για την ανάπτυξη οστεοχονδρίτιδος.

Η διατήρηση και σταθεροποίηση της ανατάξεως σε βρέφος πέρα της ηλικίας των 2 μηνών είναι δυσκολότερη από ότι στην ηλικία 0-2 μηνών, γιατί το εξάρθρημα είναι περισσότερο "εκσεσημασμένο", το βρέφος ζυγοδ, η μείωση της απαγωγής του ισχλίου μεγαλύτερη. Η συχνή αλλαγή του κηδεμόνος FREDKA για την περιποίηση του βρέφους εμποδίζει τη διατήρηση και σταθεροποίηση της ανατάξεως, πλην του γεγονότος ότι αυτός καθ'αυτός ο κηδεμόνας είναι πολλές φορές ανεπαρκής για τη διατήρηση των σκελών στην πρόπουσα θέση.

Η εφαρμογή μεταλλικών κηδεμόνων τύπου VON ROSEN, BARLOW, κτλ δεν αποτελεί επίσης λύση γιατί εκ φύσεως του υλικού τους εύκολα μεταβάλλουν σχήμα.

Η εφαρμογή γύψου με γενική νάρκωση επιτυγχάνει ασφαλέστερη διατήρηση και σταθεροποίηση της ανατάξεως και με μικρότερη τάση από ότι η εφαρμογή κηδεμόνα.

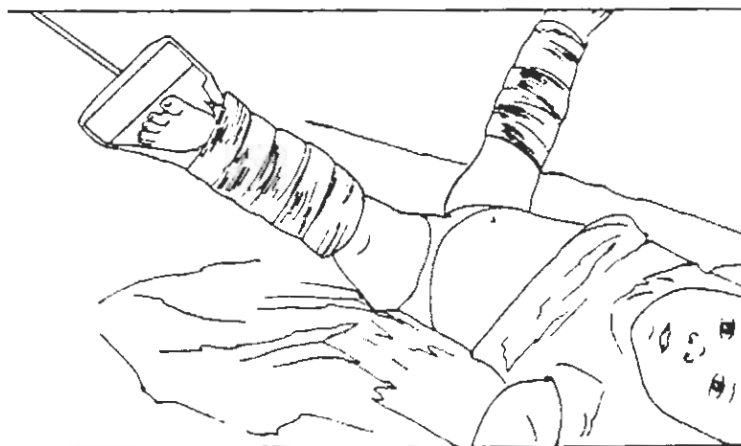
Η αλλαγή του γύψου μετά παρέλευση λίγων εβδομάδων επιτυγχάνει πολλές φορές την επιθυμητή αύξηση της απαγωγής και καλύτερη σταθεροποίηση της ανατάξεως άνευ ασκήσεως βίας. Η μέθοδος της συχνής αλλαγής γύψου με τη βαθμιαία αύξηση της απαγωγής του ισχλίου, έχει αποδώσει εξαιρετικά αποτελέσματα και έχει αισθητώς 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 τη θέση αυτή αποφεύγεται η μετάβαση από την Α στη Β θέση LO-

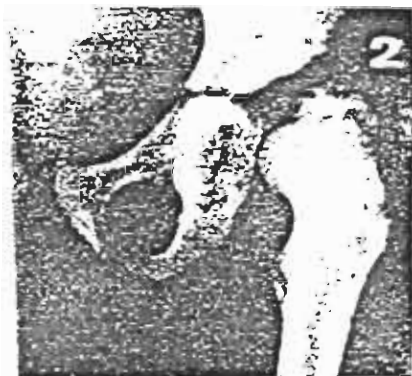
RENZ και συνέπεια αυτού, συστροφή των τροφοδοτούντων την επίφυση αγγείων.

Η προ της ανατάξεως εφαρμογή συνεχούς έλξεως, επιβάλλεται, για την καλύτερη και υπό μικρότερη τάση ανάταξη του εξαρθρήματος. Η διάρκεια της έλξεως δεν πρέπει να υπερβαίνει τις δύο εβδομάδες. Ο γύφος είναι καλό να φθάνει μέχρι τα γόνατα, ώστε να επιτρέπονται μικρές κινήσεις στην άρθρωση του ισχίου, για την καλύτερη ανάταξη αυτής.

Η έλξη είναι απαραίτητη, γιατί υπάρχει πάντοτε σύσπασση μαλακών μορίων, και αν επιχειρηθεί απευθείας ανάταξη, υπάρχει φόβος να υποστούν βλάβη τα αγγεία της κεφαλής, και να νεκρωθεί τόσο η κεφαλή όσο και ο συζευκτικός χόνδρος, από την πίεση που θα ασκήσουν τα μαλακά μέρη ¹⁰ (Εικ. 37).



Εικ. 37 Δερματική έλξη.



Εικ. 38 Αποτομή του ισχίου.

Χειρουργική θεραπεία:

Κλειστή ή ανοικτή ανάταξη;

Το ερώτημα αυτό μας απασχολεί σε βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους με πλήρες εξάρθρωμα. Για τις ηλικίες 1-2 ετών το δίλλημα 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.

Αν κλειστή ανάταξη δεν είναι εφικτή, τότε συνίσταται ανοικτή (χειρουργική) ανάταξη. Βέβαια στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να προηγηθεί αρθρογράφημα του ισχίου με ειδική σκιερή ουσία, που θα δώσει πληροφορίες σχετικά με την αιτία που παρεμποδίζει την κλειστή ανάταξη.

Μετά από την κλειστή ή ανοικτή ανάταξη, τοποθετείται γύψινος επίδεσμος Ο.Μ.Κ.Π. για 3-6 μήνες.¹⁰

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 ευρισκομένου ασθενή, δε μας αφήνει να εξαγάγουμε συμπεράσματα, ιδιαίτερα όταν το βρέφος είναι ανήσυχο.

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 από 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 καταστάσεως, είναι όμως 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 καλούμεθα να αντιμετωπίσουμε το εξάρθρημα σε ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας. Ακόμα η ανώμαλη άσκηση πιέσεως, στην μηριαία κεφαλή, εφόσον βρίσκεται σε πλημελή 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 μέχρις ότου το ισχίον επανακτήσει καλή κινητικότητα, (με φυσικοθεραπεία).

β) της οστεοχονδρίτιδος.⁴⁶

3. Από 1-3 ετών

Η θεραπεία των ασθενών, αυτών των ηλικιών, είναι τόσο συντηρητική 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 εξάρθρηματος, 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.¹⁶

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι ενώ η ανάταξη δεν είναι δύσκολο να γίνει με χειρισμούς υπό γενική νάρκωση, αυτό όμως μπορεί να βλάψει την κυκλοφορία της κεφαλής του μηριαίου.

Έτσι είναι προτιμότερο η ανάταξη να γίνει βαθμιαία, πράγμα που επιτυγχάνεται με εφαρμογή έλξης, με βάρος, και προοδευτική απαγωγή των σκελών, σε διάστημα τριών περίπου εβδομάδων, όπως και στην προηγούμενη κατηγορία. Η κεφαλή κατεβαίνει σιγά σιγά στο ύψος της κοτύλης και με την προοδευτική απαγωγή συνήθως πηγαίνει στη θέση της.¹⁷

Αν αυτό δε γίνει, τότε προσπαθούμε να την ανατάξουμε με ήπιους χειρισμούς και γενική νάρκωση. Αν η προσπάθειά μας πετύχει, τότε εφαρμόζεται γύψος Ο.Μ.Κ.Π. Αν δεν πετύχει η ανάταξη ή δεν είναι σταθερή, τότε εφαρμόζεται χειρουργική θεραπεία.

Αναλυτικότερα η συντηρητική και χειρουργική θεραπεία γίνονται ως εξής:

Συντηρητική θεραπεία:

Μετά την ανάταξη του εξάρθρηματος εφαρμόζεται γύψος Ο.Μ.Κ.Π. με τα ισχία σε μικρή κάμψη, απαγωγή 70° ως 80° και εσωτερική

στροφή, αν και μερικοί εξακολουθούν να προτιμούν την εξωτερική στροφή (βατραχοειδής θέση). Η ακινητοποίηση διατηρείται από έξι μέχρι εννέα μήνες, με σκοπό την καλή ανάπτυξη της κοτύλης και τη σταθεροποίηση της ανάταξης. Στη συνέχεια γίνεται φυσικοθεραπεία και το παιδί αρχίζει να σηκώνεται και να βαδίζει, εξακολουθεί όμως να παρακολουθείται με περιοδικές ακτινογραφίες για ένα χρόνο ακόμη.

Αν δεν πετύχει η ανάταξη ή πετύχει, αλλά δεν διατηρείται, τότε εφαρμόζεται χειρουργική θεραπεία, η οποία συνίσταται σε διάνοιξη της άρθρωσης και ανάταξη της κεφαλής ύστερα από καθαρισμό της κοτύλης από τα στοιχεία που καλύπτουν την κοιλότητά της (ανεστραμμένος επιχέλιος χόνδρος, παχύς στρογγύλος σύνδεσμος, ινολιπώδης ιστός κτλ).⁶

Εδώ είναι σημαντικό να αναφέρουμε αναλυτικότερα στα εμπόδια της ανοικτής ανατάξεως:

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.

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

Επιχειλλιος 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 εξάρθρηματος, 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 φτάνει μέχρι σχεδόν πλήρους ελλείψεως αυτού.

Ινολιπώδη σαρκία: Η πλήρωσή 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 Συγγενές εξάρθημα ισχίου διαπιστώνεται βράχυνση των εξής μυών:

- μέσου και μικρού γλουτιαίου,
- = προσαγωγών (κυρίως),
- ορθού μηριαίου (κυρίως),
- ραπτικού,
- τείνοντος την πλατεία περιτονία.

Η εξουδετέρωση όλων αυτών των ενδοαρθρικών και εξωαρθρικών αιτιών, τα οποία, όπως αναφέραμε, εμποδίζουν την καλή και άνευ τάσεως επικάντρωση της μηριαίας κεφαλής εντός της κοτύλης, επιτυγχάνεται:

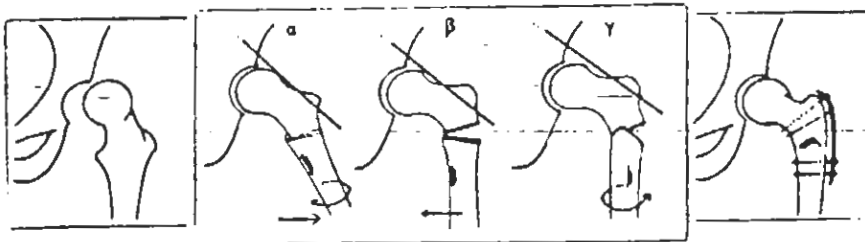
- με την αποκόλληση από το λαγόνιο οστό των προσαγωγών του ισχίου μυών,
- με την αποκόλληση του αρθρικού θυλάκου από τις συμφύσεις του με του λαγόνιου και των πέριξ μαλακών μορίων,
- με την διατομή ή επιμήκυνση του καταφυτικού τένοντος του λαγονοφοίτου,
- με την διατομή ή επιμήκυνση, οπότε η τάση είναι μεγάλη, του ορθού μηριαίου ή και των από την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα εκφυδμένων μυών,
- με την αφαίρεση του υπερτροφικού και ανεστραμμένου επιχειλίου χόνδρου,
- με την αφαίρεση των ινολιπωδών σαρκίων από το πυθμένα της κοτύλης και του τυχόν εμποδίζοντος την καλή επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής, εγκαρσίου συνδέσμου και
- με τη διατομή των προσαγωγών μυών από τις εκφύσεις τους, δύο φορές αυτό κρίνεται αναγκαίο.¹⁷

Πριν από την εγχείρηση γίνεται συνήθως αρθρογράφημα με το οποίο επιβεβαιώνεται, αν η κοιλότητα της κοτύλης είναι κατειλημμένη. Αν κατά την εγχείρηση διαπιστωθεί ότι υπάρχει και αυξημένη πρόσθια απόκλιση του αυχένα (ANTERVERSION), όπως συνήθως συμβαίνει, τότε το σκέλος ακινητοποιείται με γύψο σε μεγάλη εσωτερική στροφή και μετά ένα έως τρεις μήνες ακολουθεί υποτροχαντήρια οστεοτομία.

Κατ'αυτήν, ενώ το σκέλος διατηρείται σε εσωτερική στροφή και η κεφαλή σε ανάταξη, το μηριαίο κόβεται στην υποτροχαντήρια πε-

ριοχή και το περιφερικό τμήμα στρέφεται προς τα έξω μέχρις ότου το πόδι έλθει σε ουδέτερη θέση. Συγχρόνως δίνεται και ελαφρά ραιβότητα στο κεντρικό τμήμα του μηριαίου και η οστεοτομία συγκρατείται με μεταλλική πλάκα και βίδες.

Η ακινητοποίηση συνεχίζεται με γύψο μέχρις ότου συμπληρωθούν 2-3 μήνες περίπου από την τελευταία εγχείρηση.



Εικ. 33. Υποτροχαντήριος οστεοτομία στροφής και ραιβότητος.

Η οστεοτομία αυτή γίνεται σχεδόν πάντοτε σε παιδιά πάνω από 18 μηνών. Οστεοτομία στροφής και ραιβότητας γίνεται επίσης σε ένα ποσοστό στους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, αν μετά την αφαίρεση του γύψου ύστερα από τους εννέα μήνες η κεφαλή του μηριαίου, η οποία ήταν καλά επικεντρωμένη σε εσωτερική στροφή, δεν ικανοποιεί ακτινολογικά ή έχει τάση υπεξαρθρήματος, όταν το οκέλος έρθει σε ουδέτερη θέση.

4. Από 3 ετών και άνω

Η θεραπεία των ασθενών αυτών είναι μόνο χειρουργική. Αυτό

ισχύει και για τους ασθενείς που δεν έχουν αντιμετωπιστεί ούτε συντηρητικά ούτε χειρουργικά, αλλά και για τους ασθενείς που μετά από συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία, η οροφή της κοτύλης δεν αναπτύχθηκε καλά και υπάρχει τάση υπεξαρθρήματος στην κεφαλή του μηριαίου.

Το είδος των χειρουργικών επεμβάσεων που προσφέρονται για την αντιμετώπιση ασθενών των ηλικιών αυτών είναι:

- α. Οστεοτομία του ανώνυμου οστού κατά **SALTER**.
- β. Περικοτυλική οστεοτομία κατά **PENBERTON**.
- γ. Οστεοτομία του λαγόνιου κατά **CHIARI**.
- δ. Αρθροπλαστική κατά **COLLONA**.
- ε. Ανοικτή ανάταξη και οστεοτομία λεκάνης κατά **STEELE**.
- στ. Ανοικτή ανάταξη και τεχνητή στέγη της οροφής της κοτύλης.

α. Οστεοτομία του ανώνυμου οστού κατά **SALTER**

Η διαφορά της εγχειρήσεως του **SALTER** από άλλες, συνίσταται στο ότι με αυτή δεν μεταβάλλεται το σχήμα ή η χωρητικότητα της κοτύλης, αλλά απλώς μεταβάλλεται ο προσανατολισμός αυτής.¹⁰

Προϋποθέτει καλή επικέντρωση της κεφαλής μέσα στην κοτύλη. Γίνεται οστεοτομία του ανώνυμου πάνω από την κοτύλη και στη συνέχεια το περιφερικό τμήμα που περιέχει την κοτύλη έλκεται προς τα κάτω και έξω, ενώ κινείται πάνω στην ηβική σύμφυση. Έτσι η κοτύλη προσανατολίζεται περισσότερο προς τα κάτω και παρέχει μεγαλύτερη σταθερότητα στο ισχίο. Γίνεται σε ηλικία ενάμισι έως έξι ετών.¹¹

Ανεξάρτητα από τις διαφορετικές απόψεις και δυσκολίες ως προς

τις ενδείξεις της οστεοτομίας SALTER, η εγχείρηση αυτή αποτέλεσε έναν από τους μεγαλύτερους σταθμούς στη θεραπευτική αντιμετώπιση του Συγγενούς Ξεαρθρήματος του Ισχίου, και μπορεί να δώσει πολύ καλά αποτελέσματα σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων.



Εικ. 40 Σχηματική παράσταση Οστεοτομίας κατά SALTER

β. Περικοτυλική οστεοτομία κατά PEMBERTON

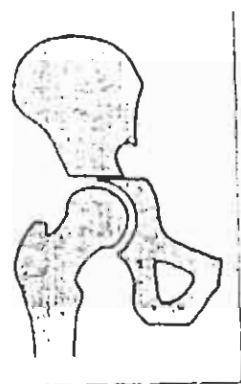
Γίνεται ακόμη και αν η σχέση κοτύλης - κεφαλής δεν είναι τέλεια. Στην εγχείρηση αυτή η οστεοτομία είναι κυκλική γύρω από την κοτύλη, η οποία κατασπάται, για να καλύψει την κεφαλή. Κατά συνέπεια με την οστεοτομία αυτή, επιτυγχάνεται η αλλαγή της κατευθύνσεως της οροφής της κοτύλης προς τα κάτω και έξω και έτσι καλύπτεται καλύτερα η μηριαία κεφαλή.

Η μέθοδος εφαρμόζεται σε παιδιά δυόμισι έως δώδεκα ετών.⁶

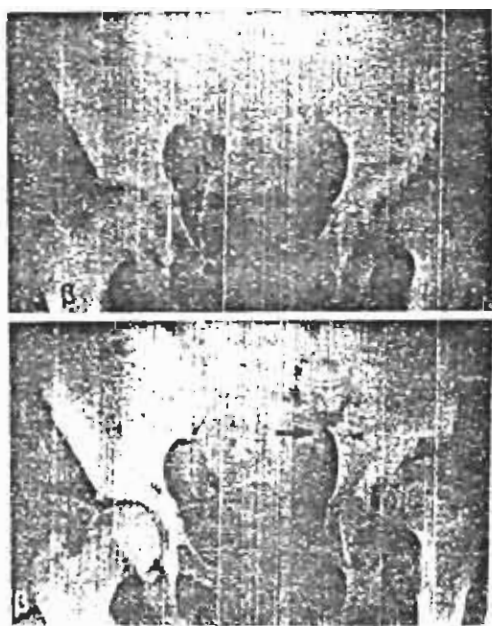
γ. Οστεοτομία του λαγόνιου κατά CHIARI

Με την οστεοτομία αυτή αυξάνουμε τη χωρητικότητα της κοτύλης για την καλύτερη κάλυψη της μηριαίας κεφαλής.

Το ανώνυμο οστούν κόβεται αμέσως πάνω από την κοτύλη και στο ύψος της ισχιακής εντομής και το περιφερικό τμήμα που περιέχει την κοτύλη παρεκτοπίζεται προς τα μέσα με απαγωγή του σκέλους και πλεση διάτου μηριαίου. Έτσι το έξω μέρος του κεντρικού τμήματος δημιουργεί ένα είδος προέκτασης της κοτύλης προς τα έξω, που καλύπτει την κεφαλή, η οποία προστατεύεται από τον θύλακο.



Εικότη Σχηματική παράσταση οστεοτομίας κατά CHIARI



Εικότη
και ακτινογραφίες υπεζωρθήματος αρ. ι-
σχίου πριν και μετά την οστεοτομία κατά
Chiari.

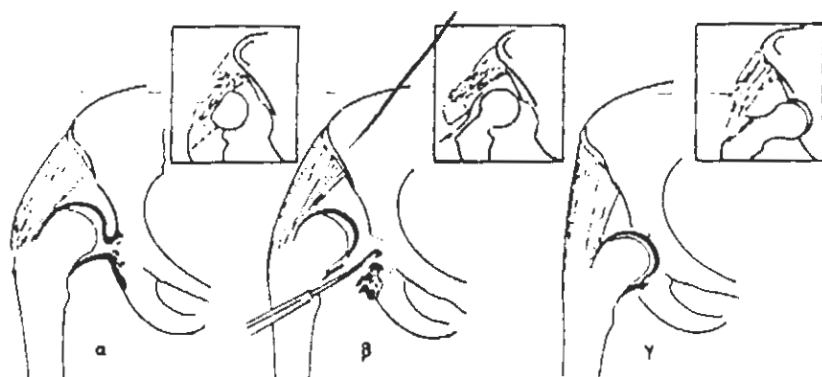
Η οστεοτομία CHIARI έχει σήμερα περιορισμένη εφαρμογή, αλλά εξακολουθεί να αποτελεί λύση για περιπτώσεις μεγάλης δυσπλασίας της κοτύλης σε ασθενείς πέραν της ηλικίας των έξι ετών.

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.

δ. Αρθροπλαστική κατά COLLONA

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

Η εγχείρηση αυτή, για τις ηλικίες από 3-8 ετών, ήταν στο παρελθόν πολύ σε χρήση, αλλά σήμερα η εφαρμογή της έχει σημαντικά περιοριστεί.²⁴



Εικ 43 Αρθροπλαστική κατά COLLONA

ε. Τριπλή οστεοτομία του ανώνυμου οστού κατά STEELE

C STEELE περιγράφει τα αποτελέσματα της εγχειρήσεώς του σε 52 περιπτώσεις υπεξαρθρήματος ή πλήρους εξαρθρήματος, συνέπεια Συγγενούς Εξαρθρήματος Ισχίου, μυελοδυσπλασίας, εγκεφαλικής παραλύσεως και πολυομυελίτιδος.

Η εγχείρηση συνίσταται σε οστεοτομία του λαγόνιου κατά την μέθοδο SALTER, με σύγχρονη οστεοτομία του ισχιακού και ηβικού κλάδου.

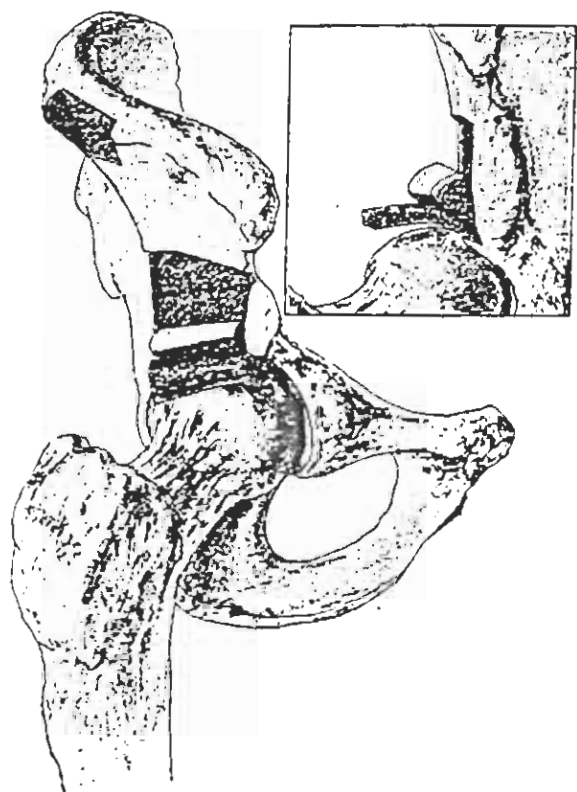
Με την μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται ευχερέστερη αλλαγή της κατευθύνσεως της κοτύλης, για καλύτερη κάλυψη της μηριαίας κεφαλής. Η ηλικία των ασθενών ήταν από 7-17 ετών, ενώ ο μετεγχειρητικός χρόνος παρακολουθήσεως από 2-10 έτη.

Δεν είναι γνωστό αν η εγχείρηση αυτή χρησιμοποιείται και από άλλους χειρουργούς, αλλά οπωσδήποτε, τουλάχιστον θεωρητικώς, στηρίζεται σε υγιή βάση και είναι πιθανόν στο μέλλον να βρεί μεγαλύτερη εφαρμογή.

στ. Ανοιχτή ανάταξη και τεχνητή στέγη της οροφής της κοτύλης

Αυτή συνίσταται στην κατάσπαση οστού υπέρθεν της κοτύλης ή στην τοποθέτηση τεμάχιου οστού με το σκοπό 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 στη θεραπεία του εξαρθρήματος αλλά έχει περιοριστεί πάρα πολύ, μετά τη χρήση των άλλων τρόπων οστεοτομίας.⁷



Εικ 4+ Τεχνητή οροφή της κοτύλης
 διά κατασπάσεως οστικού ε-
 πικαλύμματος εκ του λαγονί-
 ου, συγκρατούμενου διά τρι-
 γωνικού μοσχεύματος, το ο-
 ποίο ελήφθει από τη λαγό-
 νια ακρολοφία.

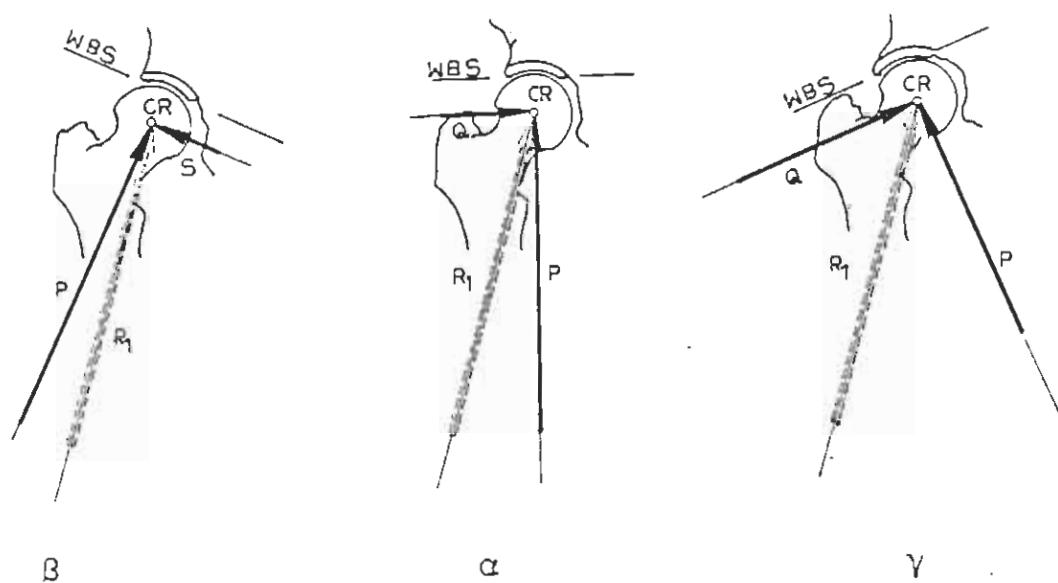
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υπερβολική φόρτιση του αρθρικού χόνδρου (ιδιαίτερα του ισ-
 χλου), ενοχοποιείται σαν ο κυριώτερος παράγοντας που οδηγεί στην
 εκφύλιση του. Είναι κατά συνέπεια λογικό να επιδιώκεται με χει-
 ρουργικά μέσα (οστεοτομίες) ελάττωση της εσωτερικής τάσης, που
 επιτυγχάνεται στο ισχίο, με ελάττωση της συνολικής φόρτισης, της
 άρθρωσης και αύξηση της φορτιζόμενης επιφάνειας.

Έχει αποδειχθεί ότι η αύξηση της φορτιζόμενης επιφάνειας εί-

ναι πολύ πιο σημαντική και σε αυτή πρέπει κύρια να εστιάζεται η προσοχή μας.

Αύξηση της επιφάνειας φόρτισης επιτυγχάνεται με αποκατάσταση επαλληλίας μηριαίας κεφαλής-κοτύλης και ακόμη οριζοντιοποίηση της φορτιζόμενης επιφάνειας.



Εικόνα 15 Σημασία του προσανατολισμού της φορτιζόμενης επιφάνειας.

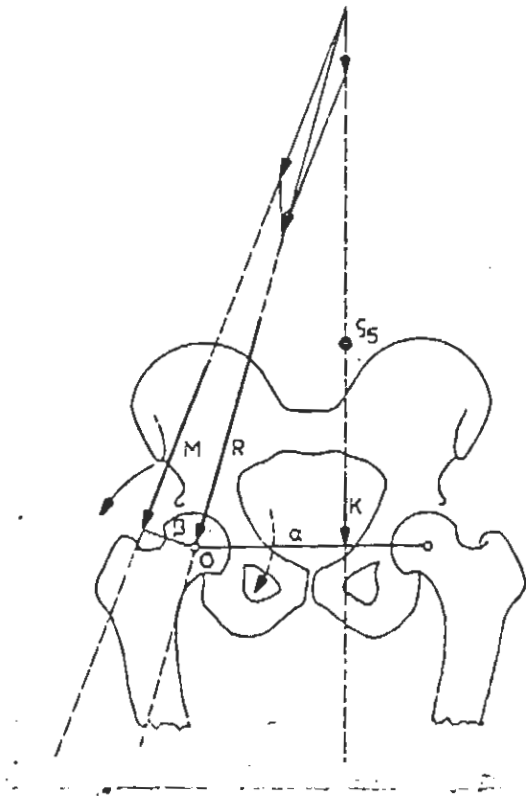
Η οστεοτομία που θα επιλεγεί θα πρέπει να γίνει μετά από μελέτη ακτινογραφιών ισχύου σε ουδέτερη θέση - προσαγωγή - απαγωγή - και πλάγια σε κάμψη και έκταση.

Υπάρχουν πολλών τύπων οστεοτομίες π.χ. βλαισότητας, ραιβότητας, παρεκτόπισης (έσω-έξω), κάμψης, έκτασης, στροφής και συνδυασμού τους.

Η ένδειξή τους θα εξαρτηθεί από το κατά πόσο αυξάνουν τη φορτιζόμενη επιφάνεια κατά πρώτο λόγο και δευτερευόντως μειώνουν την συνολική ενδοαρθρική φόρτιση.

Είναι τέλος αυτονόητο ότι απαιτείται άψογη κατά το δυνατόν ατραυματική χειρουργική με σταθερή οστεοσύνθεση σε θέση άριστης

διδραση 29



Εικ.46. Η φόρτιση του φυσιολογικού ισχίου.

ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ

Οι ενδείξεις της οστεοτομίας περιορίζονται σε ασθενείς σχετικά νέους που η ακτινολογική εικόνα δείχνει ελαφρές ή μέτριες αλλοιώσεις και η κινητικότητα του ισχίου είναι καλή.

Στις περιπτώσεις που ακτινολογικά παρατηρούνται βαριές αλλοιώσεις, η κινητικότητα είναι πολύ περιορισμένη και η ηλικία προχωρημένη, η ολική αρθροπλαστική αποτελεί την καλύτερη λύση.

Η επαναστατική πρόοδος στο χώρο της Ορθοπαιδικής η οποία συντελέστηκε με τη μαζική εφαρμογή της ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου πριν τριάντα περίπου χρόνια, είχε σαν αποτέλεσμα την απελευθέρωση έκτοτε εκατοντάδων χιλιάδων ανθρώπων από τον αναπηρικό πόνο και τη δυσλειτουργία της σημαντικής αυτής άρθρωσης.

Η εγχείρηση αυτή συνίσταται σε αντικατάσταση της κοτύλης συνήθως με πλαστικό κύπελλο και της μηριαίας κεφαλής με μεταλλική πρόθεση. Τα δύο τμήματα της προθέσεως προσαρμόζονται στο οστόν με ακρυλικό πολυμερές (χειρουργικό τσιμέντο).

Τα κλινικά αποτελέσματα της ολικής αρθροπλαστικής είναι πάρα πολύ καλά όσον αφορά στην εξάλειψη του πόνου, στη λειτουργικότητα και στη σταθερότητα της άρθρωσης.

Παρ'όλα αυτά, επειδή είναι εγχείρηση ριζική, πολύ βαριά, με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και ιδιαίτερα της φλεγμονής και επειδή επίσης η βιωσιμότητα δεν είναι απεριόριστη, η εφαρμογή της πρέπει να περιορίζεται στις απολύτως απαραίτητες περιπτώσεις και να θεωρείται ως εγχείρηση ανάγκης.

Η τοποθέτηση ολικής αρθροπλαστικής στο ισχίο, οσοδήποτε επιτυχής και αν θεωρηθεί με τα θεσπισμένα κριτήρια (πιν. 1), ασφα-

λώς δεν συνεπάγεται και την ενιαία μηχανική συμπεριφορά του συστήματος ενδοπρόθεση-οστούν. Θεωρούμε ως δεδομένο ότι η ποιότητα και το σχήμα των βιο-υλικών που χρησιμοποιούνται είναι τα καλύτερα δυνατά και διασφαλίζουν τη μικρότερη φόρτιση, την περιττή φθορά και κόπωση και την κατάλληλη διασπορά και κατανομή των δυνάμεων που ασκούνται. Η ύπαρξη μετάλλου, πλαστικού και ακρυλικού εκθέτει τους πέριξ ιστούς σε νέες μηχανικές συνθήκες, που οδηγούν σε βιολογική-ανατομική αναπροσαρμογή, που με τη σειρά της διαφοροποιεί το αρχικό "περιβάλλον".⁵

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κριτήρια επιτυχούς ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου

Κλινικά

- Απαλλαγή από τον πόνο
- Διόρθωση της παραμόρφωσης
- Αποκατάσταση της λειτουργικότητας
- Υποκειμενική ικανοποίηση

Ακτινολογικά

- Ορθός προσανατολισμός και τοποθέτηση των υλικών
- Απουσία αλλοιώσεων του υποκείμενου οστού

Τεχνικά-εγχειρητικά

- Επιλογή του κατάλληλου υλικού (σχήμα, μέγεθος, σύσταση)
 - Τήρηση συγκεκριμένων εγχειρητικών αρχών (ασηψία, προσπέλαση, προσανατολισμός, στερέωση)
-

Χαλάρωση ολικής αρθροπλαστικής ισχίου

Το συχνότερο αίτιο αποτυχίας των ολικών αρθροπλαστικών παραμένει η μηχανική χαλάρωσή τους διότι υπολογίζεται με τα σημερινά δεδομένα ότι μετά την πρώτη δεκαετία το 5-10^ο/ο αυτών, θα πρέπει να αναθεωρηθεί λόγω άσηπτης χαλάρωσης.

Ποιά όμως θεωρείται χαλαρή πρόθεση; Λειτουργικά η χαλάρωση παρουσιάζεται σαν σχετική κίνηση μεταξύ της προθέσεως και του περιβάλλοντος οστού, υπό σχετικά μικρή φόρτιση. Η κίνηση αυτή, όπως διαπιστώνεται κατά τις επεμβάσεις αναθεώρησης των χαλαρών προθέσεων, κυμαίνεται από δέκατα του χιλιοστού έως και μερικά χιλιοστά.

Τα ακτινολογικά κριτήρια βεβαίας χαλάρωσης είναι η μετατόπιση της τεχνητής κοτύλης πάνω από δύο χιλιοστά και η εμβύθιση του μηριαίου στυλεού πάνω από 4 χιλιοστά.



Εικ. 47. Ακτινολογική εικόνα χαλαρωμένης ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου τύπου Bousquet 5 χρόνια μετά την τοποθέτησή της. Παρατηρείται μεγάλη εμβύθιση και ραιβοποίηση του μηριαίου στυλεού και μεγάλης εκτάσεως οστική απορρόφηση του μηριαίου. Το ακριλικό πολυμερές που χρησιμοποιήθηκε για τη στερέωση της αρθροπλαστικής αυτής δεν περιέχει σκιαγραφικό και δεν είναι ορατό στην ακτινογραφία.

Ιστολογικά η χαλάρωση χαρακτηρίζεται από την παρουσία ινώδους συνδετικού ιστού με στοιχεία φλεγμονώδους αντιδράσεως. Η παρουσία αυτής της αντιδραστικής μεμβράνης οδήγησε πολλούς ερευνητές στην υπόθεση ότι η άσηπτη χαλάρωση είναι ένα καθαρό βιολογικό φαινόμενο το οποίο προηγείται της μηχανικής αποτυχίας των ενδοπροθέσεων.

Στο άλλο άκρο βρίσκονται απόψεις που θεωρούν ότι η μηχανική αποτυχία του συστήματος πρόθεση-περιβάλλον οστού πυροδοτεί τη δημιουργία βιολογικής αντίδρασης.

Αίτια της χαλάρωσης

Η χαλάρωση της αρθροπλαστικής μπορεί να αποδοθεί σε ποικίλα αίτια. Τις περισσότερες φορές ενοχοποιούνται περισσότερα του ενός. Άλλοτε, δεν είναι δυνατόν να καθορισθεί με ακρίβεια το αρχικό αίτιο και δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που οι παράγοντες που οδηγούν στη χαλάρωση παραμένουν τελικά αδιευκρίνιστοι.

Τα αίτια, αυτά όπως ήδη αναφέραμε, διακρίνονται σε μηχανικά και σε βιολογικά (πιν. 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αίτια χαλάρωσης

Μηχανικά

- Αυξημένο σωματικό βάρος
- Έντονη φυσική δραστηριότητα του ατόμου
- Μικροκινήσεις της ενδοπρόθεσης
- Ανεπαρκής χειρουργική τεχνική (κακός προσανατολισμός, ανεπαρκής στερέωση κ.α.)

Βιολογικά

- Βιολογική αντίδραση στα υλικά (ακρυλικό τσιμέντο κ.α.)
 - Βιολογική αντίδραση σε προιόντα φθοράς (π.χ. στο πολυεθυλένιο)
 - Φλεγμονή
 - Οστεοπόρωση
 - Άλλα βιολογικά φαινόμενα (ανοσοβιολογικά;)
-

Τα παραπάνω μηχανικά αίτια δημιουργούν μηχανική αστάθεια στο σύστημα, η οποία αρχικά εκδηλώνεται με μικροκινήσεις, που οδηγούν σε κατάγματα του οστικού τσιμέντου, σε οστική απορρόφηση και σε βιολογική αντίδραση του περιβάλλοντος οστού.

Διάγνωση της χαλάρωσης

Το κλινικό κριτήριο της χαλαρωμένης αρθροπλαστικής είναι ο πόνος στην περιοχή του ισχίου, που εμφανίζεται μετά από άλλοτε άλλο ελεύθερο συμπτωμάτων χρονικό διάστημα και επιτείνεται με τη δραστηριότητα (βάδιση κ.τ.λ.).

Πόνος στη βουβωνική χώρα και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού υπαινίσσεται συνήθως χαλάρωση του μηριαίου στελέχους. Η χαλάρωση του κυπέλλου προκαλεί πόνο στην περιοχή του γλουτού.

Η διαφορική διάγνωση γίνεται κυρίως ανάμεσα στη σηπτική χαλάρωση, σε άλλα περιαρθρικά αίτια (έκτοπη οστεοποίηση, ψευδάρθρωση του μέλζονος τροχαντήρα κ.α.) και σε εξωαρθρικά αίτια (ισχιαλγία, νεφρική λιθίαση, αγγειοπάθεια κ.α.)

Η κύρια διαγνωστική προσπάθεια είναι η απλή ακτινογραφία του ισχίου. Η χαλάρωση στα πλέον προχωρημένα στάδια αποκαλύπτει σα-

φή μετακίνηση των στοιχείων της ενδοπρόθεσης. Το χαρακτηριστικό όμως ακτινολογικό εύρημα είναι η ακτινοδιαυγαστική γραμμή, δηλαδή η γραμμή-διάστημα που παρεμβάλλεται ανάμεσα στο τσιμέντο και στο οστόν.

Επιπλοκές κατά την ολική αρθροπλαστική του ισχίου

Α. Επιπλοκές κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως:

1. Κατάγματα τροχαντήρος της διαφύσεως του μηριαίου.



Εικ. 47

2. Βλάβες αγγείων και νεύρων

3. Πτώση αρτηριακής πίεσεως: τούτο παρατηρήθη όταν εισάγεται το τσιμέντο με πίεση εντός του αυλού, και σε σχετικά ρευστή κατάσταση.

4. Ξοφαλμένη τοποθέτηση της προθέσεως:

α) μη πλήρης εφαρμογή εντός του αυλού, της μηριαίας προθέσεως (εικ.49),

β) επιπολής τοποθέτηση του κυπέλλου ώστε ο κίνδυνος αποκολλησεως να είναι σοβαρός (εικ. 50).



Β. Οι αμέσως μετά την εγχείρηση επιπλοκές:

1. Φλεγμονή είναι δυνατόν να παρατηρηθεί, κατά το τέλος της πρώτης εβδομάδας και αντιμετωπίζεται με αντιβίωση και παροχέτευση τυχόν αιματώματος ή άλλης υπάρχουσας συλλογής.

2. Εξάρθρημα, το οποίο οφείλεται, αφ'ενός στην κακή τοποθέτηση της προθέσεως, είτε του κυπέλλου, είτε της μηριαίας προθέσεως, (εικ. 51) και αφ'ετέρου στην μεγάλη χαλαρότητα των πέριξ της αρθρώσεως του ισχίου μυών, σύνηθες στη μεγάλη ηλικία (εικ. 52).

3. Εξωτερική στροφή του σκέλους, η οποία παρατηρείται στις περιπτώσεις εκείνες όπου η πρόθεση έχει μικρότερο από το κανονικό αυχένα και όταν επέλσης οι μικροί στροφείς του μηρού είναι συρρικνωμένοι.

4. Αιμάτωμα: παρά τη συστηματική χρήση παροχετεύσεως, επί 48ωρον μετά την εγχείρηση. Επιβάλλεται η παρακέντηση και η παροχέ-

τευσή του.



Γ. Έμμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές:

1. Φλέγμονή εγκατασταθείσα: είναι η σοβαρότερη επιπλοκή. Εάν δεν υποχωρήσει με την έγχυση αντιβιοτικών, τοπικά, η αφαίρεση της προθέσεως είναι αναπόφευκτη.
2. Χαλάρωση της αρθρώσεως.
3. Περιαρθρική αποτιτάνωση ή οστεοποίηση.⁴⁰

ΦΥΣΙΚΘΕ ΒΡΑΠΕΙΑ

Γαιδί:

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με γύφο, ενθαρρύνονται κινήσεις στα δάκτυλα του πάσχοντος μέλους καθώς και κινήσεις στις υπόλοιπες αρθρώσεις.

Μετά την αφαίρεση του γύφου, γίνεται πρόγραμμα προοδευτικό, κινήσιοθεραπείας και προοδευτική έγερση του παιδιού, καθώς και επανεκπαίδευση της βάδισης.

Νεαρή ηλικία:

Σε συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου στο οποίο έχει αποτύχει η θεραπεία στην παιδική ηλικία, μετά τα 17 χρόνια περίπου, και ανάλογα και με τη δραστηριότητα του παιδιού (πχ αν γυμνάζεται, δηλαδή αν έχει αυξημένη δραστηριότητα), εμφανίζεται πόνος ο οποίος υπαναχωρεί εύκολα ή δύσκολα, ανάλογα με την δραστηριότητα που προηγήθηκε.

Όσο μεγαλώνει το παιδί τόσο πιο επώδυνες είναι οι κινήσεις του ισχίου.

Σκοπός λοιπόν εδώ της φυσικοθεραπείας, είναι η χαλάρωση των μυών που βρίσκονται σε συρρίκνωση, η ενδυνάμωση όλων των μυών γύρω από την άρθρωση του ισχίου και του γόνατος, η εξασφάλιση καλής ελαστικότητας, η διατήρηση γενικά ενός καλού μυϊκού συστήματος, καθώς και η κατανόηση από το νεαρό ασθενή της κατάστασής του, της αποφυγής της κόπωσης και της καταπόνησης της άρθρωσης του ισχίου.

Μέση ηλικία:

Όταν φτάσει στο σημείο της αρθροπλαστικής, όταν δηλαδή οι αλλοιώσεις είναι εκτεταμένες, η κινητικότητα περιορισμένη και η παραμικρή κίνηση επώδυνη, τότε ο σκοπός της φυσικοθεραπείας πριν την εγχείρηση είναι: η ανακούφιση από τον πόνο, τεχνικές για χαλάρωση (ήπιες), διατακτικές ασκήσεις, προοδευτικό πρόγραμμα για την ενδυνάμωση των μυών γύρω από την άρθρωση του ισχίου, αλλά και γενικότερα όλου του σώματος.

Και τούτο γιατί, έχοντας ένα καλό και ελαστικό μυϊκό σύστημα θα μπορέσει μετά την εγχείρηση, να έχει σωστή στάση καθώς και ισομερή κατανομή της φόρτωσης και στα 2 ισχία.

Μετά την εγχείρηση:

Τις πρώτες ημέρες αποφεύγονται οι κινήσεις που μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στην πρόθεση, δηλαδή η προσαγωγή και οι στροφές.

Αρχίζει η κινησιοθεραπεία προοδευτικά, αρχικά με υποβοηθούμενες, υποστηριζόμενες κινήσεις, και αργότερα απλές ενεργητικές, και φυσικά γενική κινητοποίηση στις υπόλοιπες αρθρώσεις.

Εν συνεχεία, και ανάλογα με την εντολή του γιατρού, γίνεται προοδευτική έγερση και επανεκπαίδευση βάδισης.

Επίσης δίνονται οδηγίες και συμβουλές στον ασθενή για τη μείωση του σωματικού του βάρους, καθώς και τη μείωση των δραστηριοτήτων που καταπονούν την άρθρωση, δηλαδή να "μεταχειρίζεται" σωστά την άρθρωση, για να παρατείνει το χρόνο ζωής της.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι επιπλοκές που συναντώνται κατά τη διαδρομή της θεραπείας του Συγγενούς Εξαρθρήματος του Ισχίου είναι:

1. Οστεοχονδρίτιδα
2. Οστεοαρθρίτις
3. Οστεοπόρωση

1. ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΙΤΙΔΑ

Στην πάθηση αυτή παρατηρείται στην κεφαλή του μηριαίου προοδευτικά μερική ή ολική νέκρωση, παραμόρφωση και κατακερματισμός. Τελικά γίνεται από τον οργανισμό προσπάθεια αποκατάστασης, με την οποία όμως σπανιότατα επανέρχεται η κεφαλή στο φυσιολογικό της σχήμα. Ο κύκλος τον οποίο διατρέχει η πάθηση διαρκεί 2-3 χρόνια. Προσβάλλει παιδιά 4-10 ετών, αγόρια παρά κορίτσια σε αναλογία 4:1.

Πρέπει να σημειωθεί ότι όταν εμφανισθεί στα κορίτσια είναι βαρύτερης μορφής και ότι είναι καλύτερης προγνώσεως όταν εμφανίζεται προ της ηλικίας των 4 ετών.

Αίτια

Τα αίτια της οστεοχονδρίτιδος του ισχίου, σαν επιπλοκή του Συγγενούς Εξαρθρήματος, δεν είναι απολύτως γνωστά. Οι περισσότεροι ερευνητές ενοχοποιούν δύο παράγοντες:

1. την διάταση ή συστοφή των αγγείων κατά την ανάταξη του εξαρθρήματος,
2. την άσκηση πιέσεως μεταξύ κοτύλης-μηριαίας κεφαλής.

1. Διάταση ή συστοφή των αγγείων:

Είναι φυσικό, κατά την ανάταξη ενός Συγγενούς Εξάρθρωματος Ισχίου στην Α θέση LORENZ, δηλαδή σε κάμψη, απαγωγή και έξω στροφή, τα τροφοδοτούντα την μηριαία επίφυση αγγεία υφίστανται διάταση ή και συστοφή.

Η μετάπτωση από την Α στη Β θέση LORENZ, είναι για πολλούς ερευνητές επικίνδυνη για την ανάπτυξη οστεοχονδρίτιδος, γιατί δημιουργεί συστοφή των αγγείων και γι'αυτό πολλοί ορθοπεδικοί προτιμούν κατά την διάρκεια της συντηρητικής αγωγής, τη διατήρηση του ισχίου σε Α θέση.

Όταν σε ένα Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου, η απαγωγή του ισχίου είναι μειωμένη, αυτό σημαίνει ότι τα αγγεία της επιφύσεως έχουν προσαρμοσθεί σε μία κατάσταση, η οποία δεν επιτρέπεται να παραβιαστεί πέρα ενός σημείου άνευ συνεπειών. Κατά την ανάταξη του εξάρθρωματος στην Α θέση LORENZ, τα αγγεία αυτά καλούνται να εκτελέσουν το έργο τους προσαρμοζόμενα σε μία νέα κατάσταση, η οποία συνεπάγεται διάταση ή συστοφή αυτών.

Κατά την ανάταξη του εξάρθρωματος η απαγωγή δεν πρέπει να υπερβαίνει αυτήν την οποία το πάσχον ισχίο μπορεί να προσφέρει. Κάθε προσπάθεια αυξήσεως 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 συ-

νεχούς έλξεως δεν πρέπει να υπερεκτιμώνται.

2. Άσκηση πιέσεως:

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 αντιλαμβάνεται την αναπήδηση της μηριαίας κεφαλής και την τοποθέτηση αυτής εντός της κοτύλης, ελάττει δηλαδή την ανάταξη σαν σταθερά.

Αλλά μία προσεκτικότερη εκτίμηση δείχνει ότι, ενώ προσάγει το σκέλος, η μηριαία κεφαλή βλαία εξέρχεται από την κοτύλη, πράγμα που σημαίνει ότι βρίσκεται εντός της κοτύλης υπό τάση.

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.

Στάδια οστεοχονδρίτιδος

1. Πρώτο στάδιο ή στάδιο της υμενίτιδας. Στο στάδιο αυτό οι παθολογικές αλλοιώσεις εντοπίζονται στα μαλακά μόρια της αρθρώσεως.

2. Δεύτερο στάδιο ή στάδιο της άσηπτης νεκρώσεως της κεφαλής. Το στάδιο αυτό διαρκεί μέχρι και ένα μήνα και χαρακτηρίζεται από ολική νέκρωση της κεφαλής.

3. Τρίτο στάδιο ή στάδιο του κατακερματισμού ή της αναγεννήσεως. Στο στάδιο αυτό αρχίζει η επαναγγείωση της νεκρωτικής περιοχής της κεφαλής και η αντικατάσταση του νεκρού οστού με νεόπλαστο. Νέο οστό αρχίζει να παράγεται, που έρποντας προσπαθεί να καλύψει την κεντρική βλάβη.

4. Τέταρτο στάδιο ή στάδιο της τελικής διαμορφώσεως της κεφαλής. Στο στάδιο αυτό, μετά τη διεργασία αποκαταστάσεως του τρίτου σταδίου, είναι δυνατόν πλέον να παρατηρηθούν οι μόνιμες αλλοιώσεις της μηριαίας κεφαλής. Σπανίως η κεφαλή και η κοτύλη διατηρούν τη φυσιολογική τους σφαιρικότητα.

Συνήθως παρατηρείται διόγκωση της μηριαίας κεφαλής, που εκφεύγει από τα όρια της κοτύλης, ενώ άλλοτε παίρνει σχήμα ελλειψοειδές προς το οποίο αντιστοιχεί και ανάλογη παραμόρφωση της κοτύλης.

Παράλληλα με τις αλλοιώσεις αυτές παρατηρούνται αλλοιώσεις στο μηριαίο αυχένα, που συνήθως συνίστανται σε διεύρυνση και βράχυνση.

Θεραπεία

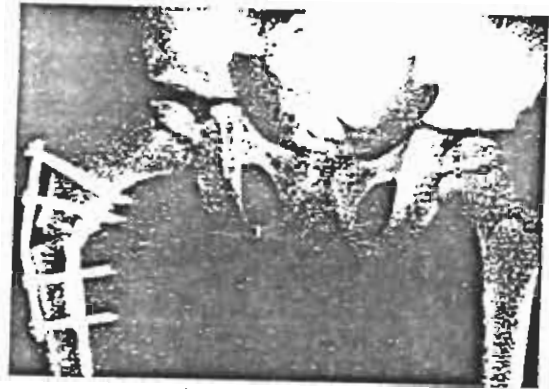
Η θεραπεία συνίσταται στην αποφυγή φορτίσεως που σκέλους. Οι συντηρητικές μέθοδοι συνίστανται στην ακινητοποίηση στο κρεβάτι, εφαρμογή ειδικού κηδεμόνα, κ.τ.λ.

Η υποτροχαντήριος 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 πιθανής εξουδετερώσεως του παράγοντα "πίεση" μεταξύ κοτύλης και μηριαίας κεφαλής,

β) στην ταχύτερη επαναγγείωση της μηριαίας επιφύσεως.



Εικ 53 : Οστεοχονδρίτιδα της κεφαλής του δεξιού μηριαίου με υπεζάρθημα. Υποτροχαντήρια οστεοτομία ραιβότητας και στροφής.

2. ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΣ

Η οστεοαρθρίτις είναι η προοδευτική φθορά του αρθρικού χόνδρου που μπορεί να φθάσει μέχρι σχεδόν πλήρους καταστροφής του, και αποκαλύψεως του υποχόνδριου οστού.

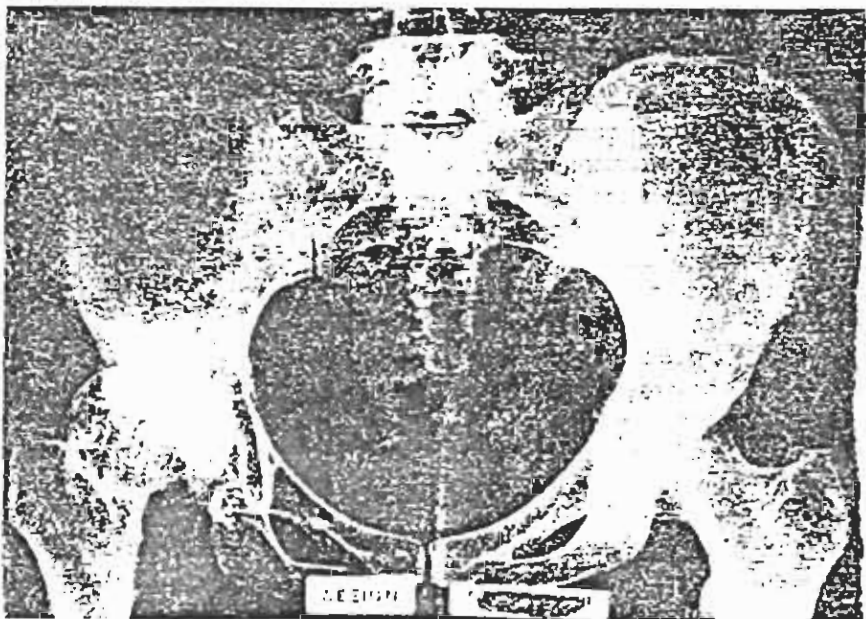
Είναι η συχνότερη μορφή αρθρίτιδας και αφορά συνήθως αρθρώσεις που υπόκεινται σε χρόνια καταπόνηση.

Ο αρθρικός χόνδρος αρχικά γίνεται μαλακός και διαβρώνεται κατά τόπους. Με την πάροδο του χρόνου το υποχόνδριο οστό σκληραίνεται, ενώ στην περιφέρεια της αρθρώσεως παρατηρείται αντιδραστική παραγωγή νέου οστού, τα γνωστά οστεόφυτα. Ο αρθρικός θύλακος παχύνεται και σκληραίνεται, ο αρθρικός υμένας στα αρχικά στάδια δεν παρουσιάζει παθολογοανατομικές αλλοιώσεις, στα προχωρημένα στάδια της νόσου όμως παχύνεται, και οι θηλώδεις προεκβολές του πέφτουν μέσα στην άρθρωση, πολλές φορές δε είναι δυνατόν να μετατραπούν σε χόνδρο (ελεύθερα τμήματα χόνδρου μέσα στην άρθρωση).

Συνήθως προσβάλλονται άτομα που έχουν περάσει τη μέση ηλικία. Όταν παρατηρείται σε νεαρότερη ηλικία, υπάρχει σχεδόν πάντα μία προδιαθεσική αιτία, όπως το Συγγενές Βξάρθημα Ισχίου.

Στην αρχή τα ενοχλήματα είναι ήπια και συνίστανται σε ελαφρό πόνο, εύκολη κόπωση και μικρό περιορισμό της κινητικότητας. Με την πάροδο του χρόνου ο πόνος γίνεται πιο έντονος, η δυσκαμψία μεγαλύτερη και βαθμιαία προστίθενται πλημμελείς θέσεις που συνήθως είναι προσαγωγή, έξω στροφή και κάμψη. Ο ασθενής αρχίζει να παρουσιάζει δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών ασχολιών, όπως π.χ. να βάλει τις κάλτσες του ή τα παπούτσια του, και αρχίζει να

παραπονείται για πόνο ηρεμίας. Κατά καιρούς παρουσιάζονται περι-
οδοι επώδυνων κρίσεων που συνήθως μετά την αποδρομή τους εγκατα-
λείπουν μεγαλύτερη δυσκαμψία. Η δραστηριότητα περιορίζεται και
η βάδιση γίνεται προβληματική.



ΑΝΩ: Όστεοαρθρίτις του δεξιού ισχίου σε αρχόμενο στάδιο. Η σχετικά έβαδη κοτύλη και ο βαθμός υπεξαρθρήματος που υπάρχει (ή αρθρική επιφάνεια της μηριαίας κεφαλής δεν καλύπτεται τελείως) υποδηλώνει μια προϋπάρχουσα δυσπλασία του ισχίου (συγγενή). Έ. πάσχοντα, ηλικίας 49 ετών, υπέφερε από πόνο στο ισχίο μετά από παρατεταμένη όρθοστασία ή πεζοπορία.

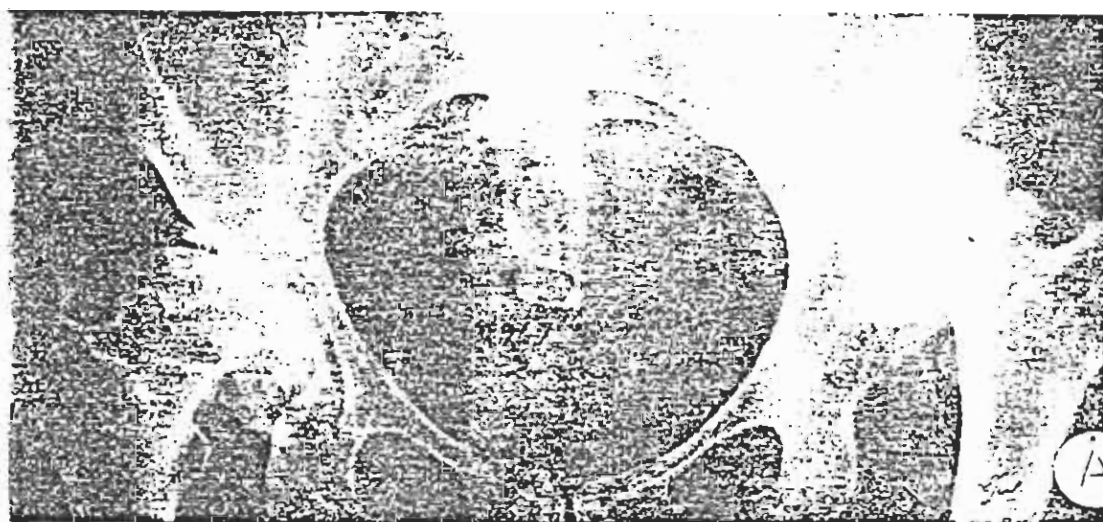
ΚΑΤΩ: Τέσσερα χρόνια αργότερα, έχει ολοκληρωθεί η εικόνα της προχωρημένης οστεοαρθρίτιδας: Μεγάλη στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος, σκλήρυνση του υποχονδρίου όστού της κεφαλής και της κοτύλης, σχηματισμός κύστεων, υπεξάρθρημα. Ο πόνος τώρα έχει γίνει μόνιμος (πόνος ηρεμίας) και έχει προστεθεί μεγάλη δυσκαμψία.

Θεραπεία

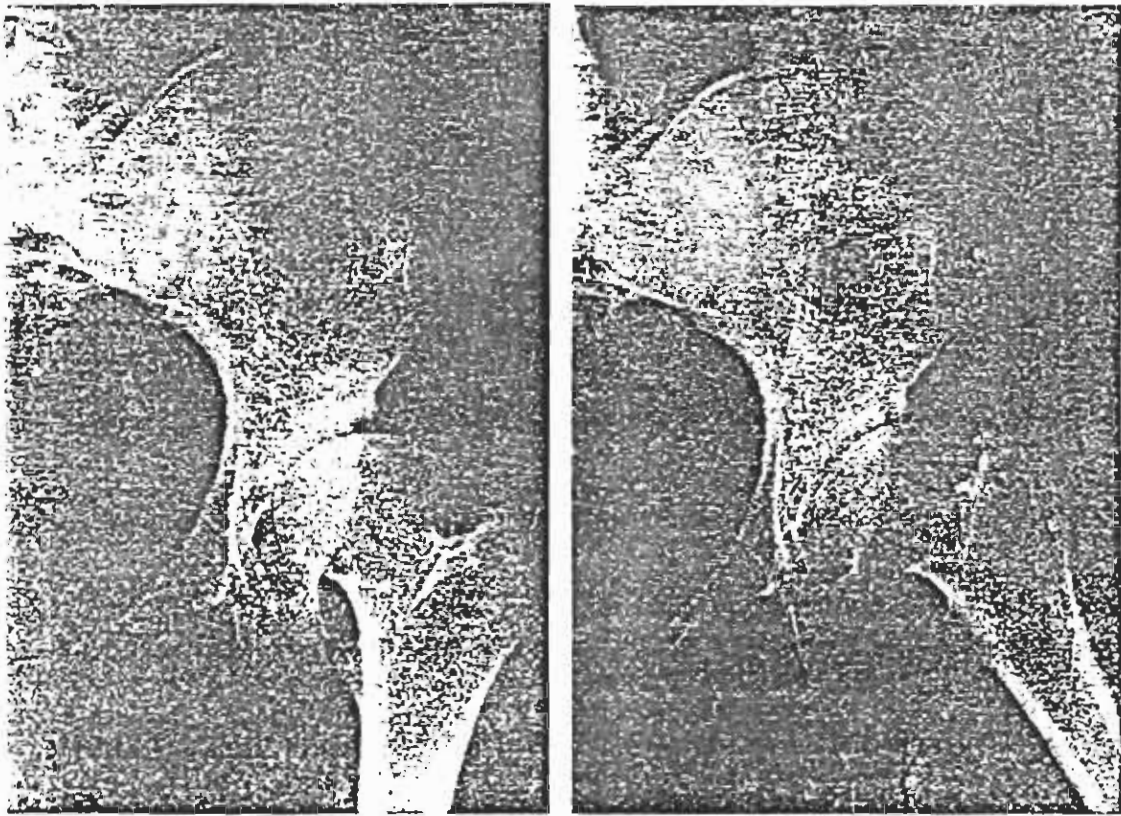
Στα πρώιμα στάδια συνιστάται αποφυγή κοπώσεως, ελάττωση του βάρους του σώματος, λήψη αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και συχνή παρακολούθηση. Εφόσον τα συμπτώματα δεν υποχωρούν, αλλά επιδεινώνονται και η ακτινολογική εικόνα χειροτερεύει, τότε γίνεται αναγκαία η χειρουργική θεραπεία.

Η χειρουργική αγωγή συνίσταται βασικά σε δύο τύπους επεμβάσεων, την οστεοτομία και την ολική αντικατάσταση της αρθρώσεως του ισχίου.

Οι ενδείξεις της οστεοτομίας περιορίζονται σε ασθενείς σχετικά νέους που η ακτινολογική εικόνα δείχνει ελαφρές ή μέτριες αλλοιώσεις και η κινητικότητα του ισχίου είναι καλή (εικ. 10). Στις περιπτώσεις που ακτινολογικά παρατηρούνται βαριές αλλοιώσεις, η κινητικότητα είναι πολύ περιορισμένη και η ηλικία προχωρημένη, η ολική αρθροπλαστική αποτελεί την καλύτερη λύση (εικ. 11).



Εικ. 10 Δευτερογενής οστεοαρθρίτις ισχίων επί εδάφους παραμελημένου άμφοτερόπλευρου συγγενούς έξαρθρηματος. Η έφαρμογή όλικής αρθροπλαστικής άμφοτεροπλεύρας (με άρκετές έδω τεχνικές δυσκολίες) άποτελεί τη μόνη διέξοδο.



ΑΡΙΣΤΕΡΑ: Δευτερογενής δαστεοαρθρίτις ισχίου σε κοπέλα 17 ετών. Είναι εμφανής η ασύμμετρη στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος και το υπεξάρθρημα, αλλά δεν υπάρχει ακόμη μεγάλη σκλήρυνση του υποχονδρίου ήστος ούτε σχηματισμός κύστεων.

ΔΕΞΙΑ: Με τὸ σκέλος σε ἀπαγωγή ἐπιτυγχάνεται καλύτερη ἐπικέντρωση τῆς κεφαλῆς μέσα στὴν κοτύλη, παραλληλοποίηση τῶν ἀρθρικών ἐπιφανειῶν καὶ διόρθωση τοῦ υπεξάρθρηματος. Ἡ ὑποτροχαντήρια δαστεοτομία ραιβότητος ἔχει στὸ στάδιο αὐτὸ ἀπόλυτη ἐνδειξη.

3. ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Είναι η ελάττωση της μάζας του σκελετού, με την προϋπόθεση ότι δεν διαταράσσεται η αναλογία του οργανικού προς το ανόργανο μέρος των οστών. Τα οστεοπορωτικά δηλαδή οστά διατηρούν σχεδόν τον όγκο τους φυσιολογικό, είναι όμως αραιότερα σε οστική μάζα.

Η ελάττωση της οστικής μάζας, έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη αντοχή των οστών και κατά συνέπεια την παραμόρφωσή τους με την επίδραση των μηχανικών πιέσεων που υφίστανται.

Η οστεοπόρωση διακρίνεται σε πρωτοπαθής και δευτεροπαθής. Από τις δευτεροπαθείς μορφές ιδιαίτερη σημασία έχει η οστεοπόρωση από ακινητοποίηση. Στην περίπτωση αυτή τα οστά του ακινητοποιημένου μέλους (ιδιαίτερα τα σπογγώδη) χάνουν τεράστια ποσά οστικής μάζας σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Από πρακτικής πλευράς η οστεοπόρωση από ακινητοποίηση θα αντιμετωπιστεί με την επανάληψη των κινητικών λειτουργιών του μέλους.

Θεραπεία

Η θεραπεία της οστεοπορώσεως έχει σκοπό την υποχώρηση των κλινικών εκδηλώσεων και την πρόληψη της μεγαλύτερης ελαττώσεως της οστικής μάζας.

Δυνατότητα αποκατάστασης της αρχικής μάζας των οστών δεν υπάρχει, εκτός βέβαια από τις δευτεροπαθείς μορφές οστεοπορώσεως.

Χορηγούνται σκευάσματα αβεστίου σε υψηλές δόσεις, ορμονικά υποκατάστατα (αναβολικά στεροειδή ή οιστρογόνα και η καλσιτονίνη) και σε εκλεκτικές περιπτώσεις οι μεταβολίτες της βιταμίνης D.

Η διαίτα συνίσταται να είναι πλούσια σε λευκώματα και σε τροφές που περιέχουν ασβέστιο (γάλα, τυρί φέτα). Επίσης τα άτομα ενθαρρύνονται για φυσική άσκηση που βοηθάει σημαντικά τη θεραπεία.

ENOTHTA IV

ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΜΕ

ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΒΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Η παιδική ηλικία είναι ηλικία εμφάνισης πολλών σωματικών αναπηρικών καταστάσεων κληρονομικής, φλεγμονώδους ή τραυματικής αιτιολογίας. Πολλές διαταραχές δεν επιτρέπουν στο παιδί να κινείται· άλλες εμφανίζονται κατά τη γέννηση, όπως το Συγγενές ΒΞάρθρημα του Ισχίου.

Οι σωματικοί περιορισμοί μπορεί να είναι προσωρινοί ή να είναι μόνιμοι και να χρειάζεται να βρεθεί κάποια εναλλακτική λύση, ώστε να αποκτήσει το παιδί την ικανότητα να κινείται. Μερικές κινητικές διαταραχές βοηθούνται από ειδικές θεραπείες· για άλλες, η θεραπεία είναι απλά υποστηρικτική. Προβλήματα που συνδέονται με μόνιμες αναπηρίες, ειδικά με εκείνες που αποκτώνται στη μεγαλύτερη παιδική ηλικία, είναι η ψυχολογική προσαρμογή και μεταβολές στο ελδωλο του παιδιού για τον εαυτό του.

Οι Νοσηλεύτές βρίσκονται στη μοναδική θέση να ανιχνεύσουν το Συγγενές ΒΞάρθρημα του Ισχίου στα νεογνά. Κατά τη διαδικασία εκτίμησης του νεογνού και κατά την καθημερινή περιποίηση, τα ισχία και τα άκρα επισκοπούνται για οποιαδήποτε παρέκκλιση από το φυσιολογικό.

Συνήθως επιτρέπεται να εκτελούν τους χειρισμούς ORTOLANI και BARLOW μόνο οι ειδικά εκπαιδευμένοι Νοσηλεύτές, αλλά κάθε Νοσηλεύτης πρέπει να επαγρυπνεί για άλλα σημεία, όπως βράχυνση ποδιού, γλουτιαίες πτυχές και περιορισμένη απαγωγή. Η αλλαγή πανών π.χ. προσφέρει θαυμάσια ευκαιρία για παρατήρηση για περιορισμένη κίνηση και πλατύ περλνεο.

Οι παρατηρήσεις αυτές αναφέρονται στο γιατρό που παρακολου-

θεί το νεογνό, ενώ το περιπατητικό παιδί που κουτσάλνει ή έχει ασυνήθιστη στάση πρέπει να αναφέρεται για αξιολόγηση.

Γενικά η φροντίδα του παιδιού με Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου είναι όμοια με εκείνη των παιδιών που βρίσκονται σε έλξη ή γύψο.

ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

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

1. Δυσχέρεια της κινητικότητας, μερική ή ολική της αρθρώσεως
2. Υπερκινητικότητα της αρθρώσεως
3. Ασύμμετρες αναδιπλώσεις του δέρματος στους γλουτούς και στις κνήμες
4. Συσπάσεις μυών
5. Δυσμορφία ή στατική ανωμαλία του σκελετού
6. Ογκώματα ή οιδήματα
7. Το περίνεο φαίνεται μεγαλύτερο του συνηθισμένου
8. Σε μεγαλύτερα παιδιά το βάδισμα - στο Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου είναι χαρακτηριστικό (νήσσειο βάδισμα), - η κάμψη της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι αυξημένη, οι γλουτοί βρίσκονται σε διεύρυνση και προεξέχουν.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην έγκαιρη ανακάλυψη του προβλήματος είναι, όπως είπαμε, σημαντικότερος. Αυτή με τις γνώσεις της θα αντιληφθεί αμέσως την κατάσταση και θα εξηγήσει στους γονείς το πρόβλημα, και δεν θα διστάσει να τους παροτρύνει να επισκεφθούν τον ειδικό Ιατρό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΑΝΑΤΑΞΗΣ Η ΜΕ ΓΥΨΟ

Τα κύρια νοσηλευτικά προβλήματα στη φροντίδα του βρέφους ή του παιδιού σε γύψο ή άλλη συσκευή σχετίζονται με τη διατήρηση της συσκευής και την προσαρμογή των δραστηριοτήτων φροντίδας, για την κάλυψη των αναγκών του βρέφους και του παιδιού.

Γενικά, η θεραπεία και η μετέπειτα συνεχής φροντίδα αυτών των παιδιών γίνεται είτε στα κέντρα υγείας είτε στα εξωτερικά ιατρεία. Εισαγωγή στο Νοσοκομείο μπορεί να χρειασθεί μόνο για την τοποθέτηση του γύψου ή την εφαρμογή του νάρθηκα, αλλά συνήθως δεν πρέπει να παρατείνεται η παραμονή του πέρα από 24-48 ώρες. Παραμονή στο Νοσοκομείο για περισσότερο χρόνο χρειάζεται κυρίως για ανοικτή ανάταξη ή εάν το παιδί νοσηλεύεται για παρεμπιπτούσα νόσο.

Η κύρια νοσηλευτική λειτουργία είναι η διδασκαλία των γονέων στην εφαρμογή και διατήρηση της συσκευής ανάταξης. Η φροντίδα του βρέφους ή του μικρού παιδιού με γύψο απαιτεί νοσηλευτικές καινοτομίες για μείωση του ερεθισμού και διατήρηση καθαρού τόσο του παιδιού όσο και του γύψου, ιδιαίτερα της περιπρωκτικής περιοχής.⁵

Γενικά η Νοσηλευτική παρέμβαση στο τομέα αυτό περιλαμβάνει:

I. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΓΥΨΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

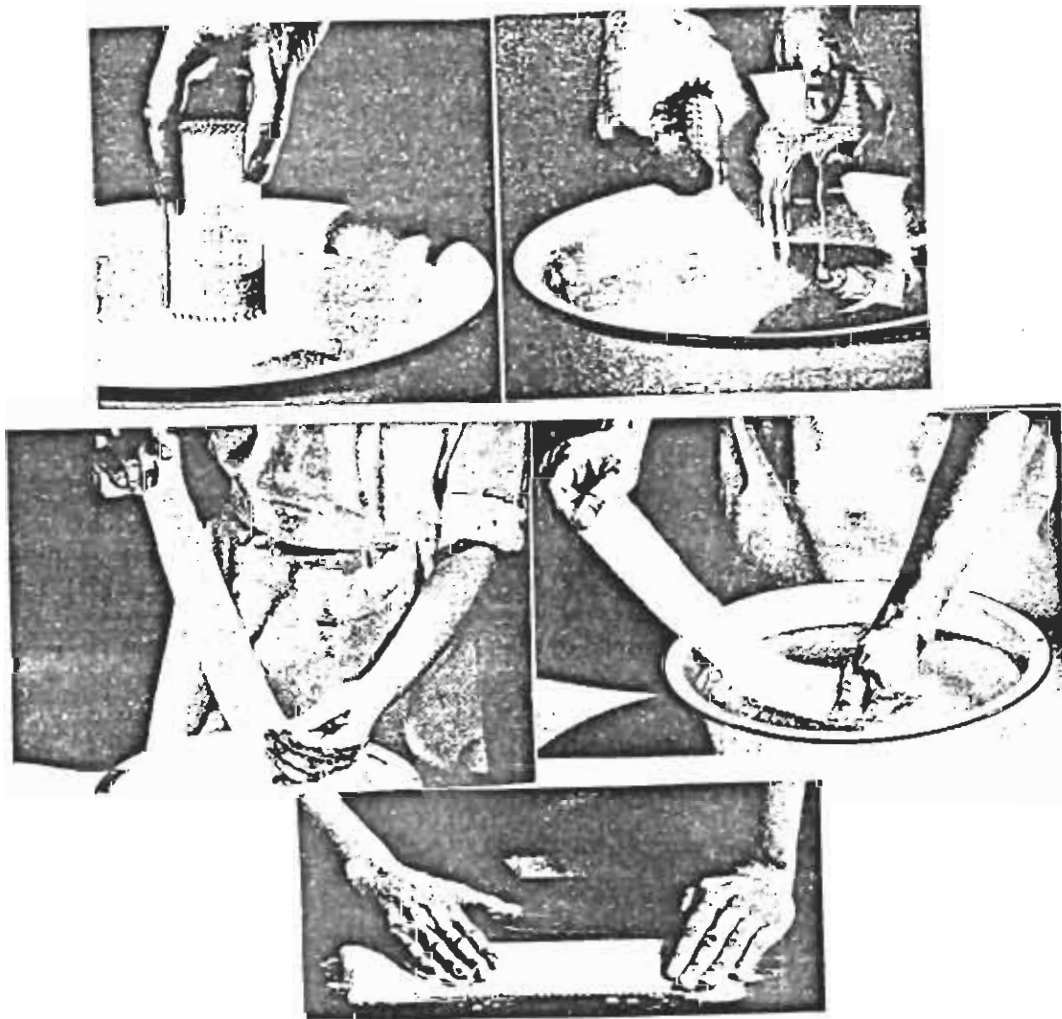
A. Φροντίδα παιδιού σε γύψο σώματος

- Προετοιμασία του παιδιού εάν είναι δυνατόν, για την εφαρμογή του γύψου. Μπορεί να επιτευχθεί με το να επιτραπεί στο παιδί να

βάλλει γύψο σε μία κούκλα. Τα μεγαλύτερα παιδιά μπορούν να δουν εικόνες εφαρμογής γύψου και να τους εξηγηθεί η μέθοδος εφαρμογής.

- Τα αντικείμενα εφαρμογής του γύψου είναι:

- ORTHOBAND ή τσόχα ή απλό βαμβάκι, ή αφορέξ.
- STOCKINETTE (πλεκτό υλικό σωληνοειδές, σαν κάλτσα).
- Μαχαίρια, ψαλίδια, ανεξίτηλο μολύβι, βελόνα και κλωστή για ράψιμο της τσόχας ή του STOCKINETTE.
- Γάντια μίας χρήσεως για προστασία των χεριών ή ελαιώδη ουσία για επάλειψη αυτών.
- Μεγάλος κουβάς με νερό σε θερμοκρασία δωματίου.



Εικ. 57 Διαδικασία προπαρασκευής γυψοταινίας για εφαρμογή.

- Διατήρηση του γύψου ακάλυπτου, ώσπου να στεγνώσει. Το κάλυμμα εμποδίζει την εξάτμιση του νερού και καθυστερεί το στέγνωμα. Χρειάζονται 24-48 ώρες για να στεγνώσει ο γύψος. Το στέγνωμα γίνεται από έξω προς τα μέσα. Εξωτερικά μπορεί με την αφή να θεωρηθεί ότι στέγνωσε, εξακολουθεί όμως να είναι υγρός εσωτερικά. Η θέση του παιδιού αλλάζει κάθε μία-δύο ώρες, για να διευκολύνεται η εξάτμιση της υγρασίας από την επιφάνεια.
- Αποφυγή χειρισμού του γύψου με τα δάκτυλα, για να μη δημιουργηθούν εμπιέσματα. Ο χειρισμός γίνεται με τις παλάμες των χεριών.
- Αποφυγή τοποθέτησης θερμοφώρας πάνω στο γύψο. Υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης εγκαυμάτων και δημιουργίας ρωγμών, αφού ο γύψος θα στεγνώσει κατά τμήματα.
- Τοποθέτηση σανίδων κάτω από το στρώμα. Εμποδίζουν τη δημιουργία κοιλωμάτων του στρώματος εξαιτίας του βάρους του γύψου.
- Σε σφικτά εφαρμοσμένους γύψους χρησιμοποιούνται λωρίδες φύλλων πολυαιθυλενίου, το ένα άκρο των οποίων επικολλάται στο χείλος του γύψου, ενώ το άλλο απευθείας στο περιβέο. Έτσι δημιουργείται συνεχής αδιάβροχη γέφυρα μεταξύ περιβέου και γύψου για να προληφθεί διαφυγή ούρων και κοπράνων. Το πρόσθετο πλεονέκτημα της χρήσης αυτού του διαφανούς υλικού είναι ότι διατηρεί τόσο το δέρμα όσο και το γύψο στεγνά, ενώ παράλληλα επιτρέπει την επισκόπηση του δέρματος κάτω από αυτό.
- Κάλυψη των αναπτυξιακών αναγκών του παιδιού. Η κάλυψη των αναπτυξιακών αναγκών του παιδιού αποτελεί μια από τις δυσκολότερες όψεις της νοσηλευτικής φροντίδας, διότι απαιτεί γνώση της φυσιολογικής αύξησης και ανάπτυξης του παιδιού και λήψη μέτρων που να βεβαιώνουν ότι το περιβάλλον παρέχει τις απαραίτητες εμπειρίες για την κάλυψη των αναγκών αυτών.

- Ξεασφάλιση οπτικών, ακουστικών και απτικών ερεθισμάτων.
- Εάν το βρέφος είναι αρκετά μεγάλο, του επιτρέπεται να φάει μόνο του, αφού προηγουμένως καλυφθεί ο γύψος με μεγάλο αδιάβροχο.
- Εάν το βρέφος είναι πάνω από 6 μηνών, τοποθετείται στο δάπεδο με την κοιλιά.
- Συχνή αλλαγή θέσης.
- Άσκηση κάτω άκρων πολλές φορές την ημέρα.
Εάν το παιδί είναι μεγάλο, όταν αρχίζει η διορθωτική παρέμβαση, τα μέτρα που παίρνονται για την κάλυψη των αναγκών του παιδιού της ηλικίας αυτής, πρέπει να σχεδιάζονται μετά από κοινή συνεννόηση γονέων, νοσηλεύτη και παιδιού.
- Αποφυγή τοποθέτησης μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι και τους ώμους. Προκαλείται πύεση στο θώρακα.
- Κάλυψη των μερών του σώματος που βρίσκονται έξω από το γύψο, με κουβέρτα νοσηλείας.
- Παρακολούθηση για σημεία πύεσης και κακής κυκλοφορίας. Έλεγχος θερμοκρασίας και χρώματος δακτύλων. Άμεση αναφορά, αν τα άκρα είναι ψυχρά, ωχρά ή κυανωτικά, υπάρχει απώλεια αίσθησης, αδυναμία κίνησης των δακτύλων, απουσία ποδικού σφυγμού, οίδημα. Για την αποφυγή της δυνητικής αυτής επιπλοκής, το μέρος του σώματος που φέρει το γύψο ανυψώνεται, ώστε να αυξηθεί η φλεβική επιστροφή και να αποφευχθεί το οίδημα.
- Προσοχή στα παράπονα πόνου ή πύεσης, ώστε να είναι δυνατή η έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών του γύψου.
- Ξεασφάλιση καλής φροντίδας δέρματος.
 - Καλό πλύσιμο και μαλάξεις στα προσιτά μέρη του δέρματος με

μαλακτικές λοσιόν, για πρόληψη κατακλίσεων. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στους γλουτούς και στη γεννητική περιοχή.

- Καλάξεις του δέρματος κάτω από το γύφο με οινόπνευμα.
 - Έλεγχος του δέρματος για σημεία ερεθισμού γύρω από το γύφο και κάτω από το γύφο. Τράβηγμα του δέρματος και εξέτασή του με τη βοήθεια ηλεκτρικού φακού.
 - Άμεση αναφορά κάθε παραπόνου για πόνο ή καύσο ή ανάδυση κακοσμίας από το εσωτερικό του γύφου.
 - Ανακούφιση από τον κνησμό με εμφύσηση ψυχρού αέρα κάτω από γύφο με σύριγγα ASEPTO ή με στεγνωτήριο μαλλιών.
 - Αποθάρρυνση του μικρού παιδιού να τοποθετεί διάφορα αντικείμενα κάτω από το γύφο. Για το λόγο αυτόν, δεν του δίνονται μικρά παιχνίδια ή συναρμολογούμενα. Επίσης τα άκρα του γύφου καλύπτονται με πετσέτα, για να αποφευχθεί η τοποθέτηση κάτω από το γύφο τροφών και παιχνιδιών από το παιδί.
- Πρόληψη εξέλιξης του δέρματος γύρω από τα χείλη του γύφου.
- Τα χείλη του γύφου λειαίνονται και καλύπτονται με αδιάβροχη κολλητική ταινία.
 - Αποφεύγεται επίσης το σήκωμα του βρέφους από τα πόδια για την αλλαγή πάνας.
- Προστασία του γύφου από ρύπανση με κόπρανα και ούρα.
- Στα παιδιά που είναι εκπαιδευμένα στη χρήση της τουαλέτας, χορηγείται δοχείο, ενώ τεμάχιο αδιάβροχου στερεώνεται γύρω από τα χείλη του γύφου κοντά στο περίνεο και το ορθό.
 - Στα βρέφη και τα παιδιά που δεν έχουν έλεγχο σφιγκτήρων τοποθετούνται οι πάνες αναδιπλωμένες κάτω από τα χείλη του γύφου και αλλάζονται συχνά. Επίσης, εφαρμόζονται λωρίδες λεπτών φύλλων πολυαιθυλενίου κάτω από την περινεϊκή περιοχή του

γύψου και επικολλώνται στο γύψο εξωτερικά. Αλλάζονται κάθε φορά που λερώνονται.

- Σχολαστική καθαριότητα των γεννητικών οργάνων, χωρίς να βραχέει ο γύψος.
 - Εξωτερικός καθαρισμός του γύψου εάν λερωθεί. Για την εξουδετέρωση της κακοσμίας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί διάλυμα ZEPHIRAN CHLORIDE.
- Βοήθεια και ενθάρρυνση του παιδιού να κινεί και να ασκεί τα μέλη που δεν είναι σε γύψο, σε καθορισμένα και συχνά χρονικά διαστήματα.
 - Παρότρυνση του παιδιού να αναπνέει βαθιά κατά διαστήματα για πρόληψη υποστατικής πνευμονίας, εξαιτίας της μακράς ακινησίας. Για να είναι πιο διασκεδαστική η άσκηση αυτή, δίνεται στο παιδί να κάνει σαπουνόφουσκες, να φουσκώνει μπαλόνια ή να σφυρίζει με σφυρίχτρα. Τα μεγαλύτερα παιδιά μπορούν να φυσούν μέσα σε φιάλες.
 - Αλλαγή θέσης του παιδιού αρκετές φορές την ημέρα.
 - Τοποθέτηση του παιδιού σε πρηνή θέση, αρκετές φορές την ημέρα για την απαλλαγή της ράχης από την πίεση. Όταν το παιδί είναι σε πρηνή θέση, τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από την κοιλιά.
 - Επίσης, άλλη θέση εκτός από την πρηνή και την ύπτια είναι να το κρατήσει η μητέρα όρθιο στην αγκαλιά της για λίγα λεπτά μόνο, λόγω βάρους του γύψου.
 - Εξασφάλιση ψυχαγωγίας. Η υποχρεωτική ακινησία είναι συχνά τραυματική για το παιδί, με αποτέλεσμα να εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς, όπως επιθετικότητα κ.τ.λ.
 - Μετακίνηση του παιδιού με φορέο ή στην αγκαλιά της μητέρας

του ή της νοσηλεύτριας στον κήπο, όταν ο καιρός είναι καλός, ή στο δωμάτιο παιγνιοθεραπείας, όταν μπορεί να παίζει ή να κάνει παρέα με άλλα παιδιά. Η παιγνιοθεραπεία βοηθάει το παιδί να ξεπεράσει τις φοβίες του, τις αγωνίες του και τα δυσάρεστα συναισθήματα που του δημιουργούνται εξαιτίας της εισαγωγής και παραμονής του στο νοσομείο.

- Βεασφάλιση άλλων μέσων ψυχαγωγίας, όπως μουσική, τηλεόραση, ζωγραφική κ.τ.λ.

Οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες πρέπει να είναι ανάλογες με την κατάσταση του παιδιού, τους σωματικούς περιορισμούς του και το αναπτυξιακό του επίπεδο.

- Εκτίμηση της οικογένειακής κατάστασης, για συνέχιση της φροντίδας του παιδιού στο σπίτι. Θα πρέπει να εξεταστέ η θέση του παιδιού στην οικογένεια, αν υπάρχουν και άλλα παιδιά, οι πρόσθετες ανάγκες των γονέων (όπως άδεια, αν η μητέρα εργάζεται), η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, η ικανότητα των γονέων να τηρούν τα ραντεβού με το γιατρό για την παρακολούθηση της κατάστασης του παιδιού τους.
- Διδασκαλία των γονέων πως να παρέχουν σωστή φροντίδα στο παιδί τους.
 - Τονισμός των μέτρων ασφαλείας, όπως ανύψωση της κεφαλής του παιδιού κατά τη σίτιση για αποφυγή πνιγμονής, αποφυγή τοποθέτησης μικρών αντικειμένων κάτω από το γύψο, από το παιδί, χρησιμοποίηση καλής μηχανικής του σώματος κατά το σήκωμα και τη μεταφορά του παιδιού κ.τ.λ.
 - Έλεγχος εφαρμογής του γύψου. Λόγω της γρήγορης αύξησης του βρέφους, συχνά ο γύψος γίνεται σφικτός.
 - Βεασφάλιση λεπτομερών γραπτών οδηγιών.

- Τονισμός της ανάγκης για τακτική ιατρική παρακολούθηση και καθορισμό του χρόνου επανεξέτασης.
- Υποστήριξη της οικογένειας.
 - Βοήθεια της οικογένειας στο σχεδιασμό κατάλληλων δραστηριοτήτων.
 - Βοήθεια της οικογένειας στην επίλυση των προβλημάτων σχετικά με τροποποίηση των ενδυμάτων του παιδιού, για να εφαρμόζουν στην περιοχή που φέρει το γύψο.
 - Βοήθεια της οικογένειας στην επίλυση του προβλήματος της μεταφοράς ή μετακίνησης του παιδιού.
- Διδασκαλία των γονέων πως να φροντίζουν το γύψο και βοήθεια αυτών στην επινδύση μέσω για τη διατήρηση της καθαριότητάς του.

B. Φροντίδα παιδιού μετά την αφαίρεση του γύψου

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφέρουμε τις νοσηλευτικές ενέργειες που πρέπει να γίνουν και την υποστήριξη του παιδιού με Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου, μετά την αφαίρεση του γύψου.

Προκειμένου να αφαιρεθεί ο γύψος, το παιδί πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα για τη διαδικασία αυτή. Τα παιδιά είναι πολύ φοβισμένα, επειδή πιστεύουν πως το πριόνι θα κόψει κάποιο μέλος του σώματός τους, αλλά και από τον έντονο θόρυβο που κάνει αυτό.

Περιγράφεται στο παιδί πως θα χρησιμοποιηθεί το πριόνι και τι θα αισθανθεί (θερμότητα, δόνηση κ.τ.λ.). Η προετοιμασία για τη διαδικασία αυτή θα μειώσει το άγχος του, κυρίως εάν έχει αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ παιδιού και νοσηλεύτη.

Στη συνέχεια το παιδί ακινητοποιείται, ώστε η διαδικασία κο-

πής του γύψου να τελειώσει γρήγορα και με ασφάλεια, ενώ συνεχίζεται η διαβεβαίωσή του ότι όλα πάνε καλά και η συμπεριφορά του είναι αποδεκτή.

Νοσηλευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη φροντίδα του παιδιού μετά την αφαίρεση του γύψου:

- Υποστήριξη του μέλους με μαξιλάρια, για να διατηρηθεί η ίδια θέση που υπήρχε και όταν ήταν σε γύψο.
- Καθαρισμός του δέρματος απαλά, με ήπιο σαπούνι και νερό, καλό στέγνωμα και επάλειψη με κρέμα λανολίνης.
- Ενθάρρυνση του παιδιού να κάνει τις ασκήσεις που έχουν παραγγελθεί. Οι ασκήσεις είναι απαραίτητες για την επανάκτηση της δύναμης και λειτουργίας των μυών και της ανακούφισης της δυσκαμψίας των αρθρώσεων.
- Ανύψωση του μέλους, όταν το παιδί κάθεται, για να μειωθεί ο κίνδυνος δημιουργίας οιδήματος.

II. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΑΝΑΤΑΞΗΣ

- Εξήγηση του σκοπού και διδασκαλία του ορθού τρόπου τοποθέτησης του νάρθηκα απαγωγής. Στους γονείς παρέχεται η δυνατότητα να ασκηθούν στη τοποθέτηση του νάρθηκα, υπό την επίβλεψη του νοσηλευτή.
- Τονίζεται ότι ο νάρθηκας πρέπει να φοριέται όλο το 24ωρο και ότι θα αφαιρείται μόνο για την περιποίηση του βρέφους (μπάνιο,

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

αλλαγή πανών) μπορεί όμως και να μην αφαιρείται.

- Μπάνιο με σφουγγάρι σε περίπτωση που δεν αφαιρεθεί ο κηδεμόνας και καθημερινή επισκόπηση του δέρματος κάτω από τον κηδεμόνα για ερεθισμό. Πούδρες και λοσιόν δεν χρησιμοποιούνται, διότι αυτά στερεοποιούνται κάτω από τους ιμάντες.
 - Επιτρέπεται στους γονείς να τοποθετούν βάτες κάτω από τους ιμάντες του ώμου στα σημεία που πιέζονται, εάν το επιθυμούν, αλλά το ξεκούμπωμα ή η αφαίρεση καθορίζονται ατομικά, ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης των γονέων και το βαθμό παραμόρφωσης του ισχίου.
- Σε περίπτωση που επιτρέπεται, η οικογένεια πρέπει να γνωρίζει πως να προσαρμόζει τον κηδεμόνα, εάν το κούμπωμα χαλαρώνεται. Πολλοί γιατροί ζητούν να δουν το παιδί πριν επιχειρηθεί οποιαδήποτε προσαρμογή, για να βεβαιωθούν ότι τα ισχία είναι στη σωστή θέση, πριν ο κηδεμόνας επαναστερεωθεί.
- Κατανόηση της σπουδαιότητας της συμμετοχής των παιδιών αυτών σε όλες τις δραστηριότητες της ηλικίας τους. Τα παιδιά που είναι περιορισμένα σε συσκευή ανάταξης (ή σε γύφο) δεν πρέπει να αποκλείονται από τις δραστηριότητες της οικογένειας.
 - Παραπομπή στην κοινοτική νοσηλευτική υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι και για παρακολούθηση της πορείας του παιδιού.

ΙΙΙ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΒΛΕΗ

Η έλξη είναι δύναμη εφαρμοσμένη προς ορισμένη διεύθυνση, για την υπερνίκηση της φυσικής δύναμης ή έλξης ομάδας μυών. Η ελκτική δύναμη εξασφαλίζεται από ένα βάρος που κρέμεται, ενώ η αντι-

έλξη από τη δύναμη τριβής ανάμεσα στο σώμα και στο στρώμα και από τη δύναμη του μυός που συσπάται.

Σκοπός γενικά της εφαρμογής έλξεως είναι:

- να ελαττωθεί ο μυϊκός σπασμός
- να ακινητοποιηθεί μία άρθρωση
- να διορθωθεί μία παραμόρφωση κ.τ.λ.

Διακρίνουμε δύο είδη έλξεων:

- τη δερματική έλξη, η οποία χρησιμοποιείται στα μικρά παιδιά, όταν η κατάσταση του δέρματος είναι καλή και απαιτείται ήπια ελκτική δύναμη,
- τη σκελετική, η οποία χρησιμοποιείται σε παιδιά που απαιτείται μεγαλύτερη ελκτική δύναμη ή που η κατάσταση του δέρματος δεν είναι καλή.

Η έλξη μπορεί να είναι συνεχής ή διακεκομμένη ανάλογα με το σκοπό, για τον οποίο εφαρμόζεται.

- Η συνεχής έλξη δεν διακόπτεται ούτε για τη φροντίδα του παιδιού ούτε για άλλες δραστηριότητες.
- Η διακεκομμένη έλξη μπορεί προσωρινά να διακοπεί ανάλογα με την ιατρική εντολή.

Φροντίδα παιδιού σε έλξη

- Εξήγηση της διαδικασίας στο παιδί και στους γονείς. Για να είναι αποτελεσματική η έλξη, είναι πολύ σημαντικό να καταλάβουν οι γονείς τη διαδικασία και να συνεργάζονται ενόσω το παιδί τους είναι σε έλξη.
- Διατήρηση της έλξης σταθερής, για να επιτευχθεί το ποσούμενο

αποτέλεσμα. Οποιαδήποτε μεταβολή στα βάρη ή στην αντιέλιξη επηρεάζει ολόκληρο το σύστημα έλξης.

- Αποφυγή αύξησης ή ελάττωσης των βαρών.
 - Τα βάρη να κρέμονται ελεύθερα συνεχώς και να μην ακουμπούν σε καρέκλα ή στο πάτωμα.
 - Τα σχοινιά να είναι σε ευθεία γραμμή με τις τροχαλίες, χωρίς κόμπους, ελεύθερα μέσα στο αυλάκι της τροχαλίας.
 - Εξασφάλιση πρόσθετης αντιέλιξης με σήκωμα των κάτω άκρων του κρεβατιού, όταν το παιδί τοποθετείται σε ανάρροπη θέση, πάντοτε μετά από ιατρική εντολή.
 - Διατήρηση του παιδιού στη σωστή θέση, για να είναι η έλιξη αποτελεσματική.
- Συχνός έλεγχος του ποδιού και των δακτύλων για σημεία κυκλοφορικής και νευρολογικής διαταραχής κυρίως τις πρώτες 24 ώρες. Παράπονα πόνου και διαπύκνωση οποιασδήποτε κυκλοφορικής ή νευρολογικής διαταραχής πρέπει να αναφέρονται αμέσως, για διακοπή της έλιξης.
- Παροχή φροντίδας δέρματος. Λόγω της ακινησίας, στα παιδιά πολύ εύκολα δημιουργούνται κατακλίσεις, εκτός αν παρέχεται σε αυτά σχολαστική φροντίδα του δέρματος.
- Κάλυψη των οστέινων προεξοχών (σφυρά) με βαμβάκι πριν από την εφαρμογή του επίδεσμου.
 - Πολύ καλό πλύσιμο και στέγνωμα του δέρματος όλων των εκτεθειμένων περιοχών.
 - Μαλάξεις της ράχης και του κόκκυγα τουλάχιστον 2-3 φορές την ημέρα.
 - Επισκόπηση φτερνών, σφυρών, ιγνυακής περιοχής και του άκρου ποδός για σημεία πίεσης από τον επίδεσμο.

- Συχνός έλεγχος για σημεία βλάβης του περονιαίου νεύρου.
 - Διατήρηση των λευχειμάτων καθαρών, στεγνών και απαλλαγμένων από πτυχές και ψίχουλα.
- Σχεδιασμός προγράμματος καθημερινής άσκησης για σύντομα χρονικά διαστήματα, για να αποφευχθεί η μυϊκή ατροφία και οι παραμόρφώσεις εξαιτίας της ακινησίας.
 - Ενθάρρυνση του παιδιού να κουνάει και να ασκεί τα υγιή άκρα.
 - Βοήθεια στην άσκηση των δακτύλων του.
 - Παρότρυνση του παιδιού να αναπνέει βαθιά και να βήχει κατά διαστήματα, για πρόληψη υποστατικής πνευμονίας λόγω της μακράς ακινησίας.
 - Ενθάρρυνση του παιδιού να εκτελεί αναπνευτικές ασκήσεις κάθε 24 ώρες (φουσκωμα μπαλονιών, γαντιών κ.τ.λ.).
 - Παρακολούθηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και περιοδική εξέταση ούρων, διότι τα παιδιά αυτά λόγω της ακινησίας, είναι επιρρεπή σε κατακράτηση ούρων και νεφρολιθίαση.
 - Εξασφάλιση δίαιτας πλούσιας σε κυτταρίνη και υγρά (ειδικά σε χυμούς φρούτων) και πτωχής σε ασβέστιο, για την πρόληψη δυσκοιλιότητας και σχηματισμού ουρολιθών.
 - Εξασφάλιση καθημερινής ψυχαγωγίας και ενθάρρυνση της οικογένειας του παιδιού να το επισκέπτονται συχνά. Η υποχρεωτική παραμονή του παιδιού στο κρεβάτι μπορεί να είναι πολύ τραυματική και ο χρόνος του να κυλά με πολύ αργό ρυθμό.
 - Επειδή το νοσοκομειακό περιβάλλον για το παιδί είναι πολύ περιορισμένο εξαιτίας της ακινησίας του, ιδιαίτερη προσπάθεια πρέπει να καταβάλλεται για τη δημιουργία ευχάριστης ατμόσφαι-

ρας μέσα στο χώρο που μένει. Ξικόνες από το σπίτι, αφίτσες, κ.τ.λ., μπορούν να διακοσμήςουν το δωμάτιό του.

- Μετακίνηση του παιδιού με το κρεβάτι του στο δωμάτιο παιγνιο-θεραπείας.
- Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας:
 - Χρώμα, θερμοκρασία και εμφάνιση προσβεβλημένων άκρων
 - Κατάσταση δέρματος
 - Σημεία τοπικού οιδήματος
 - Θέση σώματος
 - Δειτουργία σχοινιών έλξης, βαρών, τροχαλιών
 - Απόκριση του παιδιού στη θεραπεία
- Βεβαίωση ότι εξασφαλίζεται η κατάλληλη αντιέλξη. Συνήθως, το σώμα του παιδιού ενεργεί σαν αντίβαρο, που διατηρεί το άκρο σε ευθεία γραμμή και ακινητοποιημένο. Το βάρος όμως του παιδιού συχνά είναι ανεπαρκές για να εξασφαλίσει ικανοποιητική αντιέλξη, γι' αυτό σηκώνονται τα κάτω πόδια του κρεβατιού.
- Αποφυγή κραδασμών του κρεβατιού. Η ενέργεια αυτή μπορεί να προκαλέσει πόνο και αναστάτωση στο παιδί.
- Εξασφάλιση ευκαιριών στους γονείς για να εκφράζουν τα αισθήματά τους και τις ανησυχίες τους.
- Ενθάρρυνση των γονέων να συμμετέχουν στη φροντίδα του παιδιού.
- Αναφορά σε κοινωνικές υπηρεσίες, εάν χρειάζεται.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΞΕΡΕΙΤΑΙ ΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ

Η χειρουργική επέμβαση θεωρείται η πιο τραυματική εμπειρία για τα παιδιά. Τόσο οι ψυχολογικές όσο και οι φυσικές απόψεις της φροντίδας είναι σημαντικές για την προσαρμογή του παιδιού και την ανάρρωσή του.

Είναι πολύ σημαντικό η Νοσηλεύτρια να αφιερώνει αρκετό χρόνο μαζί με τον ασθενή και την οικογένειά του, κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου, ώστε να εκφράσουν τα αισθήματά τους και να τους διαφωτίσει σε οτιδήποτε δεν καταλαβαίνουν. Συναισθηματική υποστήριξη και για τους δύο, το παιδί και την οικογένειά του είναι ιδιαίτερα σημαντική αυτή την περίοδο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Γενικά

- Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος. Η διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος μέσα σε ένα παιδικό θάλαμο είναι πρωτίστης σημασίας. Τα παιδιά με ορθοπεδικά προβλήματα δεν είναι τόσο κινητικά όσο οι συνομήλικόι τους σε ένα γενικό νοσοκομείο, αλλά παρόλα αυτά μπορούν να σηκώνονται, κάνοντας όλων των ειδών τα τεχνάσματα, όταν δεν έχει ληφθεί η απαραίτητη προσοχή.
- Οι θάλαμοι πρέπει να έχουν φωτεινά χρώματα γιατί τα παιδιά έχουν ανάγκη να ζουν σε ένα ζωντανό και ευχάριστο περιβάλλον.
- Είναι ζωτικής σημασίας να χρησιμοποιούνται κρεβάτια ανάλογου μεγέθους, με αποτέλεσμα οι μικροί ασθενείς να νιώθουν άνετα

μέσα σε αυτά. Πρέπει να υπενθυμίζεται στους επισκέπτες να ανεβάζουν πάντα τα κάγκελα ασφαλείας από την κούνια όταν αφήνουν το παιδί.

- Τα παιχνίδια που φέρονται από το σπίτι πρέπει να ελέγχονται για ασφάλεια.
- Ξιδικοί χώροι για παιχνίδι και διδασκαλία πρέπει να είναι χωριστά από το θάλαμο. Η επικεφαλής του παιγνιδιού παίζει με τμήματα παιδιών όλων των ηλικιών, αλλά λαμβάνει ιδιαίτερη φροντίδα για τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας.
- Οι στολές μπορεί να φοβίζουν το παιδί στο νοσοκομείο. Η χρήση χρωματιστών πανοφοριών για να καλύπτουν τη στολή αρχίζει να βρῖσκει εφαρμογή στους παιδικούς θαλάμους.
- Η επίσκεψη δεν πρέπει να είναι περιορισμένη αλλά βέβαια αυτό μέσα σε επιτρεπτά όρια. Οποσδήποτε, ένα παιδί που δεν νιώθει καλά, δεν μπορεί να υποδεχθεί πολλούς επισκέπτες. Οι επισκέψεις της οικογένειας ιδιαίτερα, και των φίλων πρέπει να ενθαρρύνονται. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα μωρά. Ο δεσμός μεταξύ γονιού και μωρού είναι ζωτικός.
- Οι γονείς πρέπει να νιώθουν ικανοί να πάρουν ενεργό μέρος στη φροντίδα του παιδιού τους, κάτω από την καθοδήγηση της εκπαιδευμένης Νοσηλεύτριας.

Γενική Νοσηλευτική παρέμβαση στην προεγχειρητική φροντίδα

- Εξασφάλιση ψυχολογικής προετοιμασίας και υποστήριξης καθώς και προεγχειρητικής διδασκαλίας ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Ηλία τέτοια προετοιμασία θα μειώσει το άγχος και θα βοηθήσει το

παιδί να αντιμετωπίσει τους φόβους του.

Κατά κύριο λόγο οι δυνητικές απειλές μιας αναμενόμενης επέμβασης για το νοσηλευμένο παιδί είναι:

- Η σωματική βλάβη (τραύμα, πόνος, ακρωτηριασμός, θάνατος)
 - Ο αποχωρισμός από τους γονείς
 - Το παράξενο και το άγνωστο
 - Σύγχυση και αβεβαιότητα για τους περιορισμούς του και την αναμενόμενη συμπεριφορά
 - Σχετική απώλεια ελέγχου του κόσμου του και της αυτονομίας του
 - Φόβος για την αναισθησία
 - Φόβος για την ίδια την επέμβαση
- Όλη η προετοιμασία και η υποστήριξη πρέπει να γίνεται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, το στάδιο της ανάπτυξής του και την προσωπικότητά του, το ιστορικό και την εμπειρία με το προσωπικό υγείας και το νοσοκομείο, το θρησκευτικό, κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό υπόβαθρο.
- Πρώτα η νοσηλεύτρια πρέπει να λάβει γνώση των πληροφοριών που το παιδί έχει πάρει, δηλαδή καθορισμός του τι γνωρίζει ή τι αναμένει.
- Η μέθοδος της προεγχειρητικής ετοιμασίας πρέπει να εξηγείται από τη νοσηλεύτρια και κάθε υλικό που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει να επιδειχνεται στους γονείς και στο παιδί, όποτε αυτό είναι κατάλληλο.
- Κάποιες πρόσθετες οδηγίες γραμμές για την προετοιμασία, είναι, η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιεί σχεδιαγράμματα του σώματος του παιδιού, συγκεκριμένα παραδείγματα και απλούς δρους, να παρέχει εξηγήσεις αργά και καθαρά για τις ενδεχόμενες αλλαγές που

μπορεί να επέλθουν ως αποτέλεσμα της διαδικασίας. Μπορεί τέλος να χρησιμοποιήσει τη δημιουργική ικανότητα του παιδιού και την κριτική σκέψη του στην προετοιμασία για τις διαδικασίες.

- Το επόμενο βήμα που πρέπει να γίνει είναι προσανατολισμός του ασθενούς και της οικογένειάς του στη μονάδα, στο δωμάτιο, στο χώρο παιγνιδιού, στο χειρουργείο και στην αίθουσα ανάνηψης και γνωριμία αυτών με τα άλλα παιδιά και τους γονείς τους, και με το προσωπικό. Σημαντική είναι η συζήτηση των γονέων και του παιδιού, αν η ηλικία του το επιτρέπει, με ένα άλλο παιδί που έχει κάνει παρόμοια εγχείρηση, η οποία μπορεί σε μεγάλο βαθμό να τους καθησυχάσει.
- Ενθαρρύνεται τόσο το παιδί όσο και η οικογένειά του για την υποβολή ερωτήσεων και παρέχονται ειλικρινείς απαντήσεις. Τέτοιες ερωτήσεις θα επιτρέψουν στη νοσηλεύτρια να καταλάβει καλύτερα τους φόβους του παιδιού και την αντίληψή του για το τι του συμβαίνει. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα βρέφη και τα μικρά παιδιά έχουν ανάγκη να συνάψουν σχέση εμπιστοσύνης με εκείνους που τα φροντίζουν, ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά καθησυχάζονται από τις πληροφορίες που τους δίνονται.
- Ξεασφαλίζονται οι ευκαιρίες στο παιδί και στους γονείς, για να διαπραγματευθούν με τις ανησυχίες και τα αισθήματά τους (παιγνίδι, συζήτηση). Μια τέτοια υποστηρικτική φροντίδα πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα λιγότερο ανησυχητική συμπεριφορά και καλύτερη συνεργασία.
- Μετά από όλα αυτά προετοιμάζεται το παιδί για το τι πρέπει να περιμένει μετά την εγχείρηση (πχ αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν ή θα συνδεθούν με το παιδί, πως θα αισθάνεται, τι

θα του κάνουν, τι δόλαιτα θα ακολουθήσει - αν βέβαια υπάρχει συγκεκριμένη δόλαιτα κ.τ.λ.

- Βοήθεια στη φυσική προετοιμασία του παιδιού για το χειρουργείο:
 - Παρέχεται βοήθεια στην εκτέλεση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων, και ενημερώνεται το παιδί για το τι πρόκειται να του κάνουν πριν από τη διαδικασία και πως μπορεί να αντιδράσει. Η συνεχής υποστήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας θεωρείται απαραίτητη.
 - Αποφυγή χορήγησης τροφής και υγρών από το στόμα. Συνήθως στο παιδί δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα 12 ώρες πριν από την εγχείρηση, για να αποφευχθεί εισρόφηση από εμέτους κατά τη διάρκεια της αναισθησίας.
 - Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία αρκετά συχνά. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από τις φυσιολογικές τιμές ιδιαίτερα της θερμοκρασίας, αναφέρεται αμέσως στον γιατρό.
 - Παρέχεται βοήθεια για τη μείωση του πυρετού.
 - Χορηγούνται τα κατάλληλα φάρμακα, σύμφωνα με την ιατρική εντολή (συχνά χορηγούνται ηρεμιστικά και φάρμακα που μειώνουν τις εκκρίσεις).
 - Παρατρύνεται το παιδί να ουρήσει πριν από την προνάρκωση, για να προληφθεί διάταση της κύστης ή απώλεια ούρων.
- Πρόληψη επιπλοκών:
 - Εάν το παιδί είναι αλλεργικό, επιβεβαιώνεται ότι αυτό αναφέρεται ευκρινώς στο διάγραμμα.
 - Γίνεται έλεγχος των εργαστηριακών αποτελεσμάτων για διαπίστωση κάποιας συστηματικής διαταραχής, όπως λοίμωξη (αύξηση λευκών αιμοσφαιρίων), αναιμία (μείωση ΗΒ και/ή ΗΤ) ή αιμορραγικές διαθέσεις (μείωση αιμοπεταλίων ή παράταση του χρόνου ροής και πήξης).

- Πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η παροχή υποστήριξης, από τη νοσηλεύτρια των γονέων κατά την κρίσιμη περίοδο. Η στάση τους στη νοσοκομειακή περίθαλψη και τη χειρουργική επέμβαση προσδιορίζει, σε μεγάλο βαθμό, τη στάση των παιδιών τους.

Η εμπειρία αυτή μπορεί να είναι συναισθηματικά οδυνηρή για τους γονείς, μπορεί να διακατέχονται από αισθήματα φόβου ή ενοχής. Γιαυτό πρέπει να δίνεται ιδιαίτερα προσοχή σε αυτούς, να διερευνώνται και να διευκρινίζονται τα αισθήματά τους και οι σκέψεις τους, και να τους παρέχεται ακριβής πληροφόρηση και ψυχολογική υποστήριξη.

Τονίζεται η σπουδαιότητά της παρουσίας τους κοντά στο παιδί τους, και βοήθεια να καταλάβει η μητέρα ότι είναι σε θέση να φροντίσει το παιδί της.⁶

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα

- Βεβαίωση ανοικτού αεραγωγού και πρόληψη εισρόφησης:
 - Τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια ή πρηνή θέση, για να διευκολυνθεί η αποβολή των εκκρίσεων και να αποφευχθεί ολίσθηση της γλώσσας προς τα πίσω και απόφραξη του λάρυγγα.
 - Αναρρόφηση των εκκρίσεων, αν υπάρχουν.
- Συνεχής παρακολούθηση της γενικής κατάστασης και των ζωτικών σημείων:
 - Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία κάθε 15 λεπτά μέχρι την πλήρη ανάνηψη του παιδιού και τη σταθεροποίηση της κατάστασής του.

Η περιχειρίδα του σφυγμομανομέτρου παραμένει ξεφούσκωτη στη θέση της, για να ελαχιστοποιηθεί ενόχληση του παιδιού.

- Σημειώνονται ο αναπνευστικός ρυθμός και τα χαρακτηριστικά του, οι σφύξεις και τα χαρακτηριστικά τους, η αρτηριακή πίεση, το χρώμα του δέρματος και του επιπέδου συνείδησης.

- Παρατήρηση για σημεία SHOCK.

Όλα τα παιδιά σε SHOCK εμφανίζουν ωχρότητα, αύξηση των σφύξεων και ακανόνιστες αναπνοές. Τα μεγαλύτερα παιδιά έχουν μειωμένη αρτηριακή πίεση και εφίδρωση.

- Μεταβολή στα ζωτικά σημεία μπορεί να σημαίνει απόφραξη των αεροφόρων οδών, αιμορραγία ή ετελεκτασία. Άμεση αναφορά στο γιατρό.

- Ανησυχία μπορεί να σημαίνει πόνο ή υποξία. Φάρμακα για καταστολή του πόνου συνήθως δεν χορηγούνται, μέχρις ότου το παιδί ανανήψει από τη νάρκωση.

- Χορηγούνται υγρά παρεντερικώς, σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
- Ενθαρρύνονται οι γονείς να βρίσκονται κοντά στο παιδί τους την ώρα που θα συνέρχεται από τη νάρκωση.

Μετά την ανάνηψη

- Συνεχίζεται η παρακολούθηση και αξιολόγηση της κατάστασης του παιδιού:
 - Συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και της συμπεριφοράς
 - Έλεγχος επιδερμικού υλικού, τραύματος και REBORN
 - Παρατήρηση για σημεία αφυδάτωσης
 - Σημείωση αποβολής αερίων ή κοπράνων

- Αναφορά κάθε παρέκκλισης από το φυσιολογικό
- Ακριβής καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων, υγρών, όπως ενδοφλέβια υγρά, υγρά από το στόμα, ούρα, υγρά παροχετεύσεων (τραύματος):
 - Ζύγισμα του επιδεσμικού υλικού για τον ακριβή υπολογισμό των αποβαλλομένων υγρών.
 - Χορήγηση υγρών παρεντερικώς με βάση τα αποβαλλόμενα υγρά. Η παρεντερική χορήγηση παρατείνεται, μέχρις ότου το παιδί έλθει σε θέση να λαμβάνει υγρά σε επαρκείς ποσότητες από το στόμα.
- Σίτιση του παιδιού από το στόμα, ανάλογα με την κατάστασή του, την ηλικία του και τις ιατρικές εντολές. Αρχικά, χορηγούνται υγρά και εφόσον αυτά γίνονται ανεκτά χορηγείται προοδευτικά πλήρης τροφή ανάλογα με την ηλικία. Εν συνεχεία ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται για έμετο ή κοιλιακή διάταση. Σε ενδεχόμενη ανορεξία, προσφέρονται στο παιδί τροφές της αρέσκειάς του σε μικρές ποσότητες και με ελκυστικό τρόπο.
- Πρόληψη λοιμώξεων:
 - Αποφυγή επαφής του παιδιού με παιδιά ή προσωπικό που έχουν αναπνευστική ή άλλη λοίμωξη
 - Ενθάρρυνση του παιδιού να βήχει και να αναπνέει βαθιά.
 - Διατήρηση της τραυματικής επιφάνειας καθαρής. Γίνεται αλλαγή του επιδεσμικού υλικού κάθε φορά που χρειάζεται· οι πάνες διατηρούνται μακριά από το τραύμα.
- Ξεασφάλιση καλής γενικής υγιεινής:
 - Η καλή φροντίδα του δέρματος διεγείρει την κυκλοφορία και προλαμβάνει τις κατακλίσεις
 - Ξεασφάλιση κατάλληλων περιόδων ανάπαυσης και ύπνου

- Παρότρυνση του παιδιού να κάνει ασκήσεις και να σηκώνεται από το κρεβάτι του, εφόσον η κατάστασή του το επιτρέπει.

Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να βεβαιωθεί ότι όλα τα παιδιά, διατηρούν ένα καλό όριο υγιεινής, κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Οι γονείς βεβαίως ενθαρρύνονται να βοηθούν το παιδί όσον αφορά την καθαριότητα, αλλά όχι να ενθαρρύνονται, ώστε να γίνουν αυτά ολοκληρωτικά εξαρτημένα από τους άλλους γι'αυτή τη δραστηριότητα. Η διδασκαλία στο παιδί σχετικά πχ με τη φροντίδα των δοντιών και καθαριότητά τους, μπορεί να ενσωματωθεί στην ώρα του παιγνιδιού. Η έκθεση σχετικών αφισών στο μπάνιο και στις αίθουσες παιγνιδιού μπορεί να βοηθήσει τη διδασκαλία.

- **Εξασφάλιση άνεσης:**

- Ελέγχεται αν το παιδί είναι ζεστό και αν αλλάζει τη θέση του κάθε φορά που χρειάζεται.
- Χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση του παιδιού από τον πόνο, σύμφωνα με την ιατρική εντολή, και παρακολούθηση της απόκρισης του παιδιού σε αυτά.
- Χορήγηση αντιεμετικών, σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
- Το παιδί μπορεί να έχει κοντά του και να κρατά το αγαπημένο του παιγνίδι.
- Το κράτημα στην αγκαλιά και το χέδι είναι καθησυχαστικές ενέργειες για τα βρέφη και τα μικρά παιδιά.

- **Συγκινησιακή υποστήριξη και εξασφάλιση ψυχολογικής ασφάλειας:**

- Ενθαρρύνεται το παιδί να μιλήσει για την επέμβαση και για τους φόβους του. Ξνδέχεται να μην έχει αντιληφθεί τι ακριβώς συνέβη· η ακριβής περιγραφή από τη νοσηλεύτρια θα το βοηθήσει να ξεπεράσει τους φόβους αυτούς.

Βέβαια, η τάση του παιδιού να μιλήσει για την επέμβαση και τις εμπειρίες του θα εξαρτηθεί κυρίως από το ενδιαφέρον που δείχνουν η νοσηλεύτρια και οι γονείς. Εάν το παιδί είναι μικρό και δεν μπορεί να εκφράσει λεκτικά τις σκέψεις και τα αισθήματά του, είναι όμως ικανό να αυτοεκφραστεί με το παιχνίδι, θα πρέπει να του παρασχεθεί η δυνατότητα να παίζει το ταχύτερο δυνατόν. Τέλος καθησυχάζεται το παιδί ότι η κατάστασή του είναι καλή.

- Κινητοποίηση:

- Οι φυσιολογικοί σταθμοί ανάπτυξης για ένα παιδί πρέπει να είναι γνωστοί από τη νοσηλεύτρια. Στην ηλικία των 12-16 μηνών το παιδί πρέπει να περπατά. Ανεξάρτητα από την ορθοπεδική κατάσταση που έχει το παιδί, αυτοί οι σταθμοί είναι σημαντικοί. Η κινητοποίηση παρέχει ανεξαρτησία στο παιδί, και αυτό μπορεί να βοηθήσει στην φυσιολογική, πνευματική, ψυχολογική και κοινωνική του ανάπτυξη.

- Υποστήριξη των γονέων:

- Η νοσηλεύτρια βοηθά τους γονείς να διατηρούν καλές οικογενειακές σχέσεις (ενθαρρύνονται να φροντίζουν το παιδί τους), και να συζητούν τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους.

- Γίνεται έγκαιρη έναρξη διδασκαλίας και σχεδιασμού για την έξοδο από το νοσοκομείο:

- Αυτό γίνεται με διδασκαλία των ειδικών διαδικασιών που θα συνεχιστούν στο σπίτι, και εξασφαλίζεται η χορήγηση γραπτών οδηγιών. Επίσης καθορίζονται τα όρια δραστηριότητας του παιδιού, και τονίζεται η ανάγκη για περαιτέρω παρακολούθησή του.

- Παραπομπή στην κοινοτική νοσηλευτική υπηρεσία, για να συνεχισθεί η φροντίδα στο σπίτι.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΠΕΛΙΚΑ ΜΕ ΣΥΡΓΕΜΕΣ ΜΕΛΕΡΡΗΝΑ ΙΣΧΙΟΥ

Ο ορθοπεδικός άρρωστος δεν αντιμετωπίζει μόνο προβλήματα φυσικής αποκατάστασης αλλά και προβλήματα κοινωνικής αποκαταστάσεως καθώς και ψυχολογικά.

Η Νοσηλεύτρια σφείλει να είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις κοινωνικές ανάγκες του και να τον βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, μια και αυτός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τον εαυτό του εύκολα, εξαιτίας της βλάβης που έχει.

Η αναπηρία που υπάρχει, λόγω της μακράς παραμονής της, απειλεί ακόμη περισσότερο αυτόν που φορτώθηκε τα βάρη τα "προς το ζην", και πολύ συχνά οι άρρωστοι αυτοί αντιμετωπίζουν το θέμα της απόκαταστάσεώς τους με έντονη απαισιοδοξία.

Ορθοπεδικοί άρρωστοι με αναπηρία μεγάλης διάρκειας έχουν ανάγκη φυσικής και συναισθηματικής αποκαταστάσεως. Η αντιμετώπιση και ικανοποίηση ψυχολογικών αναγκών απαιτεί από τη νοσηλεύτρια να βρει τρόπους για συνεχή απασχόλησή του.

Είναι αξίωση της αποκαταστάσεως το "η απασχόληση δίνει διέξοδο στην ανησυχία, φοβία, άγχος και γενικά ψυχική ταλαιπωρία", πράγμα που έχει τέλεια εφαρμογή στους ορθοπεδικούς αρρώστους.

Τά αισθήματα της ασφάλειας και χρησιμότητας εύκολα αναπτύσσονται και σταθεροποιούνται στον άρρωστο, όταν αυτός παίρνει ενεργό μέρος σε προγράμματα εργασιοθεραπείας κ.τ.λ. Η συμμετοχή αυτή πρέπει να γίνεται γνωστή και σε όλες τις νοσηλεύτριες της μονάδας και να αποτελέσει μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας του.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ψυχολογική προετοιμασία:

Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα της Νοσηλεύτριας. Η στάση του αρρώστου στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Ο φόβος και η αγωνία του αρρώστου για τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της φάσης STRESS από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Άλλοι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν φόβο, εκτός από τη χειρουργική επέμβαση, είναι το άγνωστο, η αναισθησία, η ανασφάλεια για το επαγγελματικό του μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα.

Η Νοσηλεύτρια με τον ειδικό μοναδικό της ρόλο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης.

Επί πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γιαυτόν και που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά του. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από μία εξέταση ή θεραπεία, ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου. Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας να ακούσει τον άρρωστο, όταν νιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, τον βοηθά επίσης πολύ στη διατήρηση της συγκινησιακής του σταθερότητας. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στη Νοσηλεύτρια από ότι στους συγγενείς τους.

Φυσική προετοιμασία:

Επειδή, μετά την επέμβαση, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό, που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία, ή βρογχοπνευμονία, η Νοσηλεύτρια στην προεγχειρητική περίοδο, διδάσκει στον άρρωστο πως να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.

Επίσης οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος, ειδικά με κορτικοστεροειδή, που δεν πρέπει να διακοπούν, διουρητικά, που μπορεί να έχουν προκαλέσει στον άρρωστο υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, αντιπηκτικά και αντιβιοτικά που ενισχύουν τη δράση των μυοχαλαρωτικών και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πρέπει να σημειώνονται.

Λόγω, η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοίωση με αποτέλεσμα τη μικρότερη αντοχή στο STRESS. Το θρεπτικό ανισοζύγιο είναι συχνό. Το αίσθημα δίψας δεν είναι αξιόπιστος δείκτης των αναγκών τους σε υγρά. Δεν είναι ασυνήθης η μέτρια ελάττωση του όγκου των εξωκυττάρων υγρών και πριν από την επέμβαση. Η ανοχή στις μεταβολές του PH είναι μικρή. Συχνά υπάρχει αναιμία, που στερεί τον οργανισμό από τα κύρια κανονιστικά συστήματα της αιμοσφαιρίνης. Η υπόταση είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση για τον υπερήλικα γιατί, αν δεν διορθωθεί έγκαιρα, προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα μυοκαρδίου.

Τέλος η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη διαίτα και

δραστηριότητα. Αν χορηγούνται ήπια καθαρτικά, πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο άρρωστος τη νύχτα.

Ειδικές εξετάσεις:

Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν από τη γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρομβώσης ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος. Εξαιτίας του STRESS ελαττώνεται ο χρόνος πήξης, γιαυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν από την εγχείρηση, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος της μετεγχειρητικής θρομβώσεως. Επίσης μπορεί ο άρρωστος να χρειασθεί αίμα, γιαυτό το λόγο γίνεται και προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση.

Σε πολλά νοσοκομεία, η ακτινογραφία θώρακα και το Ηλεκτροκαρδιογράφημα αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας.

Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου:

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια, χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μία μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος, πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση.

Μέχρι πρόσφατα, μετά το ξύρισμα και τον καθαρισμό, με σαπούνι και νερό, της χώρας, γινόταν αντισηψία του δέρματος, και κάλυψη με αποστειρωμένο τετράγωνο. Για τους ορθοπεδικούς αρρώστους αυτό γινόταν επί 2 ημέρες και τρεις φορές την ημέρα. Η ωφέλεια αυτής της τακτικής αμφισβητείται σήμερα από πολλούς χειρουργούς. Πιστεύουν

ότι αφαιρούνται από το δέρμα το λίπος και οι φυσικές του εκκρίσεις, που υποστηρίζεται ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.

Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία:

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρα, επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού που παράγει ο Ιατρός. Η Νοσηλεύτρια προστατεύει προσεκτικά τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο.

Αν η εγχείρηση προγραμματιστεί για το πρωί της επόμενης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν από την επέμβαση.

Πριν από τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο η Νοσηλεύτρια:

1. τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα,
2. αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη,
3. αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν,
4. φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης,
5. χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου.

Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από το συγκεκριμένο άρρωστο. Πιο συχνά χρησιμοποιούνται:

- α. Οπιούχα
- β. Παράγωγα της μελλαντόνας
- γ. Βαρβιτουρικά

Τα οπιούχα και τα βαρβιτουρικά απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος και την αγωνία. Μειώνουν το βασικό μεταβολισμό και επομένως, την απαιτούμενη για την αναισθησία δόση του ναρκωτικού.

Ξεάλλου τα παράγωγα της μελλαντόνα μειώνουν τις εκκρίσεις της στοματικής κοιλότητας και του αναπνευστικού δέντρου.

Αν για οποιοδήποτε αιτία η προνάρκωση δεν γίνεται στην κανονική ώρα, πρέπει να αναφερθεί στον αναισθησιολόγο. Είναι πολύ επικίνδυνο να χορηγηθούν τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχα αργότερα από την κανονική ώρα.

Επίσης ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου -η Νόσηλεύτρια- πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Ακόμη μία μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται. Μετρά την πίεση το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας και το πρωί πριν και μετά την προνάρκωση.

Τέλος συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο, και μένει κοντά του ώστε να του δοθεί η νάρκωση.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΟΡΟΝΤΙΔΑ

Δωμάτιο ανάνηψης:

Η χρησιμοποίησή του έχει πρακτικά εξαφανίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Ξδω οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα, καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης, είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου ανανήψει, δηλαδή αντιδράσει από το αναισθητικό, και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές του, σταθεροποιηθούν μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Τα καθήκοντα της Νοσηλεύτριας μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου είναι:

1. Διατήρηση του ασθενούς σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι.
2. Λήψη αμέσως, και σε συχνά χρονικά διαστήματα κατόπιν, των ζωτικών σημείων. Επίσης παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς.
3. Παρακολούθηση των γαζών του ποσάματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
4. Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου.
5. Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Ξ-αιτίας μετεγχειρητικού STRESS ο όγκος των ούρων, ανεξάρτητα της

ποσότητας των υγρών που χορηγούνται στον άρρωστο, είναι μικρές. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες τα ούρα του 24ώρου μπορεί να είναι μόνο 600-700 κιλ και με ψηλό ειδικό βάρος.

Η μεταφορά του ασθενούς από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα με τη μικρότερη δυνατή έκθεσή του και τάση στα ράμματα του τραύματος και με τέτοιο τρόπο ώστε να μένουν ανοικτοί οι αεραγωγοί του.

Η έκθεση του ιδρωμένου αρρώστου προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικό SHOCK.

Ανάγκες του ασθενούς μετά την πλήρη ανάνηση:

Η ύπτια θέση, χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι, χρησιμοποιείται αμέσως μετά την εγχείρηση για την διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών. Το πόδι πρέπει να βρίσκεται σε ελαφρά κάμψη με μαξιλάρι κάτω από το πόδι.

ENOTHTA V

ΟΑΚΑΜΠΡΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΞΕΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ
ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΙΣΧΙΟΥ

Όνοματεπώνυμο: Μαρίνου Ιφιγένεια
Ηλικία: Ένός έτους
Τόπος κατοικίας: Σαβάλια Ηλείας
Αιτία εισόδου: Συγγενές ανωμαλίες και στα δύο ισχία

Ατομικό Ιστορικό: Η εγκυμοσύνη της μητέρας ήταν φυσιολογική.
Ο τοκετός έγινε με ισχιακή προβολή.
Βάρος Σώματος: 3900GR

Οικογενειακό αναμνηστικό: Είναι το δεύτερο παιδί στην οικογένεια.
Το πρώτο είναι αγόρι, ηλικίας δύο ετών και φυσιολογικό. Οι γονείς είναι επίσης υγιείς.

Ιατρικό και Νοσηλευτικό Ιστορικό:

Παρακολούθηση από τον Ιατρό από την αρχή της γέννησής του έως ενός έτους (για την κανονική εξέταση των νεογνών).

Σε ηλικία ενός έτους, (έναρξη βάδισης), οι γονείς παρατήρησαν ότι η βάδιση του παιδιού ήταν μη φυσιολογική. Ακολούθησε ιατρική εξέταση και ανακαλύφθηκε Συγγενές Εξάρθρημα Ισχίου αμφοτερόπλευρο (ανισοσκελία ελάχιστη).

Μετά τη λήψη ακτινογραφιών και αρθρογραφήματος, αποφασίστηκε συντηρητική θεραπεία, με εφαρμογή γύψου. Η ανάταξη που προηγήθηκε έγινε βαθμιαία, με εφαρμογή έλξης, με βάρος, και προοδευτική απαγωγή των σκελών, σε διάστημα τριών περίπου εβδομάδων.

Εν συνεχεία τοποθετήθηκε γύψος Ο.Μ.Κ.Π. (οσφυομηροκνημοποδικός) με τα ισχία σε βατραχοειδή θέση (απαγωγή), για 9 μήνες.

Μετά την αφαίρεση του γύψου ακολούθησε φυσικοθεραπεία (κινησιοθεραπεία), και το παιδί άρχισε να βαδίζει.

Σε ακολούθησε να παρακολουθείται από ιατρό, αλλά τόσο η κλινική όσο και η ακτινολογική εξέταση έδειξαν ότι η ανάταξη είχε αποτύχει.

Ακολούθησε χειρουργική θεραπεία για καθαρισμό της κοτύλης από τα στοιχεία που κάλυπταν τη κοιλότητα της, και καλή επικέντρωση της κεφαλής εντός αυτής.

Το αρθρογράφημα που προηγήθηκε έδειξε ότι μόνο η κοιλότητα της κοτύλης ήταν κατειλημμένη, ενώ η πρόσθια απόκλιση του αυχένα δεν ήταν υπερβολική ώστε να χρειαστεί και οστεοτομία.

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετός (θερμοκρασία μασχάλης 38,2°C).	Ρύθμιση της θερμοκρασίας.	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη θερμοκρασίας. • Αύξηση της χορήγησης υγρών. • Μείωση θερμοκρασίας περιβάλλοντος. • Χλιαρό μπάνιο. • Χορήγηση αντιπυρετικών. • Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε λήψη της θερμοκρασίας του παιδιού (με την ίδια πάντα μέθοδο - από τη μασχάλη), ανά μία ώρα. • Αυξήθηκαν τα υγρά από το στόμα για την πρόληψη αφυδάτωσης. • Μειώθηκε η θερμοκρασία του περιβάλλοντος και έγινε αλλαγή λευχημάτων. • Έγινε χλιαρό μπάνιο (θερμοκρασίας 34°C περιπου). • Χορηγήθηκε αντιπυρετικό σιρόπι Deron 5ml×3 (5ml=1 κουταλάκι του γλυκού), κατόπιν ιατρικής εντολής. • Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στα επιπολής αγγεία, στην περιοχή της μασχάλης και της μηροβουβωνικής πτυχής. 	<p>Η χορήγηση του Deron - το οποίο δρα απευθείας επί του θερμορυθμιστικού κέντρου του ΚΝΣ, αυξάνοντας την αποβολή θερμότητας από το σώμα (με αύξηση της ροής του περιφερειακού αίματος και με εφίδρωση) - το χλιαρό μπάνιο, που μειώνει τη θερμοκρασία, καθώς εξαιμίζεται το νερό από την επιφάνεια του δέρματος, και οι υπόλοιπες Νοσηλευτικές ενέργειες, οδήγησαν στην μείωση της θερμοκρασίας στα επιθυμητά επίπεδα (37,2°C).</p>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ουρολοίμωξη (εξαιτίας διάρροιας).	Εξάλειψη της λοίμωξης.	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων. • Λήψη άφθονων υγρών. • Μέτρηση ισοζυγίου υγρών. • Λήψη καλλιέργειας ούρων. • Παρακολούθηση των χαρακτηριστικών των ούρων. • Οδηγίες για παρακολούθηση νεφρικής λειτουργίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε σιρόπι Septirin (240mg κάθε 12 ώρες για 14 ημέρες), σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. • Χορηγήθηκαν υγρά (νερό, χαμομήλι κ.τ.λ.) σε συχνά χρονικά διαστήματα. • Γινόταν ακριβής μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, συχνά, και σημειώνονταν στο φύλλο νοσηλείας. • Έγινε συλλογή δείγματος προσφάτων ούρων μετά από καλό καθαρισμό των έξω γεννητικών οργάνων, και αποστολή τους στο εργαστήριο για επίλογό του κατάλληλου αντιβιοτικού. • Γινόταν συχνή 	Μετά από τη χορήγηση του Septirin (το οποίο είναι συνδυασμός 2 αντιμικροβιακών που αναστέλλουν τη σύνθεση φυλλικού οξέος σε δύο διαδοχικά στάδια και έτσι εμποδίζουν τη σύνθεση ουκλεικών οξέων και πρωτεϊνών στα μικροβιακά κύτταρα), η συχνή λήψη υγρών που προκαλεί αραιώση των συμπυκνωμένων ούρων, επομένως και των μικροβίων που βρίσκονται σε αυτά - καθώς και η συχνή παρακολούθηση των ούρων, οδήγησαν στην εξάλειψη της λοίμωξης.

παρακολούθηση των χαρακτηριστικών των ούρων (χρώματος και οσμής κυρίως), για την ύπαρξη μικροβίων, ώστε να επαναληφθεί η καλλιέργεια των ούρων. Για τη συλλογή των ούρων τοποθετήθηκε αυτοκόλλητος ουροσυλλέκτης μετά από επιμελή καθαρισμό των έξω γεννητικών οργάνων με σαπουνόνερο και έκπλυση με αποστειρωμένο νερό.

- Δόθηκαν στους γονείς οδηγίες για την ανάγκη παρακολούθησης μετά την διέλευση κάποιου χρονικού διαστήματος πυελογραφίας, απεκκριτικής κυστεογραφίας και κυστεοσκοπίας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Διάρροια (λόγω μικροβιακής λοίμωξης).	Εξάλειψη της διάρροιας και πρόληψη της αφυδάτωσης και της ηλεκτρολυτικής διαταραχής.	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση των κενώσεων. • Χορήγηση υγρών. • Μέτρηση αποβαλλομένων - προσλαμβανόμενων υγρών. • Χορήγηση αντιβιοτικών. • Σταδιακή χορήγηση μαλακών και ελαφρών τροφών. • Φροντίδα του δέρματος. • Λήψη κοπράνων για καλλιέργεια. • Κάλυψη των ψυχολογικών αναγκών του παιδιού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η Νοσηλεύτρια παρακολουθούσε συχνά τη φύση και τη συχνότητα των κενώσεων (λίγες χαλαρές κενώσεις). • Χορήγησε σε τακτά χρονικά διαστήματα διαλύματα επανυδάτωσης, νερό και φρουτοχυμούς. • Μετρήθηκε η ποσότητα των χορηγούμενων διαλυμάτων επανυδάτωσης από το στόμα, καθώς και η ποσότητα των αποβαλλομένων κοπράνων (η οποία πρέπει να είναι ίση). • Χορηγήθηκε ampicilline (IM) για την αντιμετώπιση της μικροβιακής λοίμωξης του πεπτικού συστήματος. Δίνονται υδαρείς τροφές ανεκτές από το παιδί (σούπες, μπανάνες, 	Μετά την εφαρμογή αυτών των μέτρων εξαλείφθηκε το πρόβλημα αυτό και προλήφθηκε πιθανή ηλεκτρολυτική διαταραχή.

- μηλόσαλτα κ.τ.λ.).
Γινόταν συχνή αλλαγή των λερωμένων πανών καθώς και καλό πλύσιμο της περιπρωκτικής περιοχής, καλό στέγνωμα, μετά από κάθε κένωση της περινεϊκής χώρας και επάλειψη του δέρματος με προστατευτική λοσιόν.
- Πάρθηκαν υδαρείς κενώσεις με σιλεό και στάληκαν στο εργαστήριο για μικροβιολογική εξέταση.
- Η νοσηλεύτρια έμενε αρκετές ώρες κοντά στο παιδί, εξασφαλίζοντας του οπτικά, ακουστικά και απτικά ερεθίσματα και ενθάρρυνε τους γονείς να συμμετέχουν και αυτοί στη φροντίδα όπου βέβαια δύναται.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ανησυχία και εκνευρισμός του παιδιού λόγω ακινητοποίησης.	Απαλλαγή του παιδιού από το αίσθημα της ανησυχίας και του εκνευρισμού.	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση ψυχαγωγίας ανάλογα με την κατάσταση του παιδιού, τους σωματικούς περιορισμούς και το αναπτυξιακό επίπεδο. • Διατήρηση της έλξης σταθερής. • Μείωση της δραστηριότητας του παιδιού. • Συχνή επικοινωνία με το παιδί. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετακινήθηκε το παιδί με το κρεβάτι του, στο δωμάτιο παιγνιοθεραπείας για να παίξει (αναρτήθηκαν παιγνίδια πάνω από το κεφάλι του, μέσα στο οπτικό του πεδίο και σε σημείο που να μπορεί να τα φτάσει), και να έρθει σε επαφή και με άλλα παιδάκια. • Προσέχθηκε κατά τη μεταφορά, ιδιαίτερα, αλλά και εξαιτίας της δραστηριότητας του παιδιού, η διατήρηση της έλξης σταθερής, γιατί οποιαδήποτε μεταβολή στα βάρη επηρεάζει ολόκληρο το σύστημα έλξης. Σηκώθηκαν επείσης ελαφρώς τα κάτω άκρα του κρεβατιού για να μην ακουμπούν τα βάρη στο πάτωμα. 	Παρόλες αυτές τις Νοσηλευτικές ενέργειες που εφαρμόστηκαν, το παιδί δεν ηρέμησε τελείως αλλά η ανησυχία μειώθηκε, γεγονός που ξεκούρασε και τη μητέρα.

- Έγινε προσπάθεια μείωσης της δραστηριότητας του παιδιού και διατήρησης αυτού στη σωστή θέση, για να είναι η έλξη αποτελεσματική.
- Εκτός από αυτό το μικρό χρονικό διάστημα, όπου το παιδί βρισκόταν στο δωμάτιο παιγνιοθεραπείας, τις υπόλοιπες ώρες η Νοσηλεύτρια επικοινωνούσε με το παιδί, αρκετά συχνά και ταυτόχρονα ενθάρρυνε και τους γονείς του να κάθονται μαζί του, να του κουβεντάζουν και να το απασχολούν, ώστε να μπορέσει να ηρεμήσει.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΞΕΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΙΣΧΙΟΥ

Όνοματεπώνυμο: Καμίτση Βασιλική
Ηλικία: 38 Ετών
Τόπος κατοικίας: Πάτρα
Επάγγελμα: Δημόσιος Υπάλληλος

Ιατρικό και Νοσηλευτικό Ιστορικό:

Η ασθενής εισήχθη στις 10-7-95 στην Ορθοπεδική κλινική του Γεννησιουργικού Νοσοκομείου Πατρών, με διάγνωση εισαγωγής, αμφοτερόπλευρο Συγγενές Ξεάρθρημα Ισχίου και τελική διάγνωση Ξεάρθρημα δεξιού ισχίου.

Προ τριετίας, η ασθενής εισήχθη στο θεραπευτήριο Υγεία επειδή παρουσίασε εκτεταμένες αλλοιώσεις στο αριστερό ισχίο, το οποίο τελικώς αντιμετωπίστηκε με ολική αρθροπλαστική MULLER.

Η ασθενής εισάγεται τώρα στο νοσοκομείο προς αντιμετώπιση του υπάρχοντος Συγγενούς Ξεάρθρηματος του Ισχίου (δεξιά), λόγω του υπερβολικού πόνου που νιώθει μετά από μέτριας έντασης κόπωση.

Η ορθοπεδική κλινική εξέταση έδειξε μέτριο πόνο στις κινήσεις της άρθρωσης του ισχίου, ενώ προς το τέλος της τροχιάς, έντονο πόνο. Παρατηρήθηκε επίσης περιορισμός της κίνησης, κυρίως λόγω πόνου, αλλά και των συρικνώσεων των μυών.

Οι ακτινογραφίες του ισχίου, σε διάφορες στάσεις, έδειξαν μεγάλη παραμόρφωση της άρθρωσης.

Αποφασίστηκε να αντιμετωπιστεί με Ολική Αρθροπλαστική KERAMIC, στις 12-7-95.

Κατά την εισαγωγή της στην ορθοπεδική κλινική στις 10-7, πάρθηκαν ζωτικά σημεία: θερμοκρασία: $36,6^{\circ}\text{C}$

σφύξεις : 72/MIN

A.Π. : 110/75 MMHG

Την ίδια ημέρα επίσης πάρθηκαν οι εξείς εξετάσεις:

Ακτινογραφία θώρακος

ΗΚΓ

Εξετάσεις αίματος: ΗΤ : 3290

K^+ : 4,1

Na^+ : 131

Καθορισμός ομάδας αίματος: A KM (+)

Στις 11-7 έγινε λήψη ζωτικών σημείων (ε: $36,2^{\circ}\text{C}$, ΣΦ: 80/MIN, A.Π.: 120/70 MMHG, Αναπνοές: 17/MIN), και προεγχειρητική ετοιμασία, δηλαδή πλύσιμο της ασθενούς και υποκλεισμός. Το βράδυ δόθηκε ελαφρά δόλαιτα, και λίγο αργότερα 1 TABLET LEXOTANIL 3 MG κατόπιν ιατρικής εντολής, για την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου.

Στις 12-7 το πρωί, αφαιρέθηκαν τα κοσμήματα της ασθενούς, έγινε ξέβαμμα νυχιών και ντύσιμο με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου. Χορηγήθηκε προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση. Πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία τα οποία ήταν φυσιολογικά και συμπληρώθηκε το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας της ασθενούς το οποίο την συνόδευσε στο χειρουργείο.

Το χειρουργείο διήρκησε 4 ώρες (γενική αναισθησία), και χορηγήθηκαν 2 φιάλες αίμα.

Η ασθενής επέστρεψε στο θάλαμο, με ορό RINGERS, δύο REUDON και ουροκαθετήρα.

Τέθηκε ζωρή παρακολούθηση, ενώ τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από το γόνατο, για να βρσκεται το ισχίο σε ελαφρά κάμψη.

Επίσης άρχισε αντιβίωση και αντιπηκτική αγωγή.

Τα φάρμακα που δόθηκαν μετά το χειρουργείο, και καθ'όλη τη διάρκεια της παραμονής της στο Νοσοκομείο ήταν:

ZINACEF 1X3 (IV)

GALAPARINE AMP 1X3 (ΥΔ)

AROTEL AMP (IM) επί πυρετού

PETHIDINE AMP 1X1 (IM) επί πόνου

CAMPREZAN AMP 1X2 (IM)

Στις 14-7 έγινε αφαίρεση του KIDON. Το τραύμα ήταν φυσιολογικό.

Στις 20-7 έγινε κινητοποίηση.

Στις 25-7 πήρε εξιτήριο.

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Φόβος και αγωνία καθώς και απαισιοδοξία της ασθενούς για τη χειρουργική επέμβαση.	Μείωση των δυσάρεστων αυτών αισθημάτων. Βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης.	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος της επέμβασης καθώς και τη σπουδαιότητα της. • Ψυχολογική υποστήριξη και συχνή επικοινωνία με την άρρωστη. • Ενθάρρυνση για την εξωτερική των συναισθημάτων της ασθενούς. • Χορήγηση ηρεμιστικού την παραμονή του χειρουργείου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε η ασθενής για το είδος της επέμβασης, το είδος της πρόθεσης αναλυτικά καθώς και για την αναγκαιότητα της επέμβασης, με λόγια απλά και κατανοητά. • Έγινε προσπάθεια με τη συχνή επικοινωνία τις επεξηγήσεις και οδηγίες που δόθηκαν στα διάφορα ερωτήματα της ασθενούς (όχι μόνο για την επέμβαση αλλά και για τις διάφορες Νοσηλευτικές ενέργειες), να μεταδοθεί σε αυτήν αισιοδοξία και θάρρος καθώς και αισθημα εμπιστοσύνης και 	Εξαλείφθηκαν τα αισθήματα φόβου και ανησυχίας της ασθενούς, μετά από την ψυχολογική υποστήριξη από τη Νοσηλεύτρια, γεγονός που οδήγησε στην διατήρηση της συγκινησιακής σταθερότητας της ασθενούς.

ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται.

- Μέσα από τη συχνή επαφή με την άρρωστη επίσης έγινε προσπάθεια να ενθαρρυνθεί για να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες της όχι μόνο για την επέμβαση αλλά και για το θέμα της αποκατάστασως μετά από αυτή.
- Χορηγήθηκε με οδηγία του γιατρού, την προηγούμενη της χειρήσεως, 1 tab Tavor (1 x 1) για να ηρεμήσει η άρρωστη.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πόνος στο σημείο του τραύματος	Ανακούφιση της ασθενούς από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου.	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής. Συχνή αλλαγή θέσεων. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel (IM) (1x1) στις 2μμ, κατόπιν ιατρικής εντολής. Μετά από παρέλευση μερικών ωρών ο πόνος επανήλθε εντονότερος και κουραστικός. Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός ξανά και έγινε 1 amp Zidegon (IM) (1x1), στις 9μμ. Έγινε συχνή αλλαγή της θέσεως της στο κρεβάτι (γύρισμα στο πλάι), με προσοχή ώστε να μην πιέζεται η πάσχουσα περιοχή και να μειωθεί η δραστηριότητα των μυών της περιοχής γύρω από την άρθρωση. Για μεγαλύτερη ανακούφιση και στην ύπτια θέση. 	Μετά τη χορήγηση του αναλγητικού Aprotel ο πόνος υποχώρησε για μερικές ώρες αλλά επανήλθε. Έτσι χορηγήθηκε ένα δραστικότερο αναλγητικό ταχείας και παρατεταμένης δράσης το Zidegon το οποίο ανήκει στην κατηγορία των ναρκωτικών αναλγητικών, και ο πόνος άρχισε να υποχωρεί ώσπου μετά από 48 ώρες εξαλείφθηκε εντελώς.

τοποθετήθηκε
μαξιλάρι κάτω από το
γόνατο.

- Τέλος έγινε
προσπάθεια να
καθησυχαστεί η
άρρωστη και να
διαβουλευθεί ότι με τη
χορήγηση των
αναλγητικών αλλά και
με τις υπόλοιπες
Νοσηλ. ενέργειες που
έγιναν ο πόνος θα
μειωθεί και θα
εξαλειφθεί εντελώς
μετά από λίγες ώρες.
Επίσης η παραμονή
κοντά στην άρρωστη,
για λίγο χρονικό
διάστημα, την ώρα
του παροξυσμού του
πόνου, και η
προσπάθεια να της
αποσπαστεί η
προσοχή με συζήτηση
και παρότρυνση της
ασθενούς να
εξωτερικεύσει τα
αισθήματά της.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Θερμοκρασία 38,4°C	Διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη ζωτικών σημείων. • Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. • Χορήγηση αντιπυρετικών. • Παρακολούθηση της ασθενούς για σημεία φλεγμονής. • Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυμάτων της ασθενούς. • Χορήγηση υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. • Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο. Τα οποία αντικαθίστατο κάθε 20 λεπτά. • Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Aprotel 1amp 1x1 (1 M), κατόπιν ιατρικής οδηγίας. • Κατά την διάρκεια της νοσηλείας και επικοινωνίας με την άρρωστη, έγινε παρακολούθηση για σημεία φλεγμονής (ερυθρότητα, οσμή και οίδημα) στην περιοχή του τραύματος. • Έγινε αλλαγή τόσο των λευχημάτων όσο και των ενδυμάτων (νυχτικό) της ασθενούς. • Χορηγήθηκε για την πρόληψη αφυδάτωσης ορός N/S 0,9% 1.000x1 (IV). 	Με το αντιπυρετικό Aprotel που δόθηκε στην ασθενή, καθώς και με τις άλλες νοσηλευτικές ενέργειες ο πυρετός έπεφτε αλλά επανερχόταν, ώσπου την 3η μετεγχειρητική ημέρα σταθεροποιήθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ht (αιματοκρίτης): 27,2%.	Ρύθμιση της τιμής του Ht στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αίματος με ιατρική εντολή. • Έλεγχος φιάλης πριν την χορήγηση. • Ετοιμασία αντικειμένων για την χορήγηση του αίματος. • Ενημέρωση της ασθενούς. • Παρακολούθηση της κατάστασης της ασθενούς, κατά και μετά την μετάγγιση για τυχόν αντιδράσεις όπως: αιμολυτικές αντιδράσεις από πυρετογόνες ουσίες, αλλεργικές ή αναφυλακτικές αντιδράσεις, αντίδραση από επιβάρυνση της κυκλοφορίας του αίματος. • Χορήγηση ειδικής διαίτας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε έλεγχος των στοιχείων της φιάλης με αυτά της ασθενούς από την νοσηλεύτρια και από τον γιατρό. Ελέγχθηκαν: η ομάδα, το Rhesus, η ημερομηνία λήξεως της φιάλης, καθώς και οι συνηθισμένες εξετάσεις: (ηπατίτιδα, σύνδρομο επικτητής ανοσολογικής ανεπάρκειας, σύφιλη, ελονοσία). • Ετοιμάστηκαν τα απαραίτητα αντικείμενα για την φλεβοκέντηση (τολύπια με οινόπνευμα και Beta-dine, ειδική συσκευή αίματος με φίλτρο, λάστιχο περιδέσεως). • Ενημερώθηκε η ασθενής για το σκοπό και τον τρόπο εκτέλεσης της 	Ο Ht επανήλθε στο 35%, χωρίς να φτάσει το φυσιολογικό όριο αλλά δεν κρίθηκε αναγκαία η χορήγηση άλλης φιάλης.

- μετάγγισης.
Ρυθμίστηκε η ροή του αιμάτος (20 σταγόνες/1λεπτό) και η νοσηλεύτρια κοντά στον άρρωστο παρακολούθησε για εξέλιξη συμπτωμάτων: ρίγος, μυρμηκίαση στα κάτω άκρα, οσφυαλγία, ίκτερος, ανησυχία, ερυθρότητα προσώπου, ναυτία, έμετος, κρύο ιδρώτες, δύσπνοια, βήχας και καταγραφή των ζωτικών σημείων συνεχώς, για ταχυσφυγμία, πτώση πίεσης, πυρετού, δύσπνοιας, ταχύπνοιας. Η παρακολούθηση συνεχίστηκε και μετά το τέλος της διαδικασίας για ένα μικρό χρονικό διάστημα.
- Προσέχθηκε ιδιαίτερα η διατροφή της ασθενούς η οποία ήταν πλούσια σε σίδηρο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ναυτία και έμετος από την αποδρομή της αναισθησίας.	Καταστολή της ναυτίας και του εμέτου και πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου υγρών.	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση του χαρακτήρα των εμέτων (ποσότητα, συχνότητα, χρώμα, οσμή). • Χορήγηση αντιεμετικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. • Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης. • Συχνή περιποίηση στοματικής κοιλότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της συχνότητας των εμέτων και των χαρακτηριστικών τους και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς. • Κατόπιν ιατρικής οδηγίας χορηγήθηκε σιρόπι Primoren, Peros (10mg x3), για την καταστολή των εμέτων. • Αυξήθηκε η χορήγηση ορών (Rigers 1.000x1 και φυσιολογικών ορών 500 x1 IV). • Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας, κατόπιν ετοιμασίας του δίσκου ρινοφαρυγγικής πλύσεως και χρησιμοποιήθηκε διάλυμα Hexalen για την αντιμετώπιση της κακοσμίας. 	Μετά το πρώτο 24ωρο, η άρρωστη απέβαλε την αναισθησία και ανακουφίστηκε από τους εμέτους. Αυτό επιτεύχθηκε κυρίως μετά από την χορήγηση του Primoren το οποίο δρά επιταχύνοντας την κένωση του στομάχου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Δυσκοιλιότητα λόγω συναισθηματικής φόρτισης.</p>	<p>Εξασφάλιση φυσιολογικής λειτουργίας εντέρου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Έγκαιρη έγερση. • Κατάλληλη διατροφή. • Χορήγηση άφθονων υγρών. • Εφαρμογή υποθέτου. • Ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή μετακίνηση της ασθενούς στο κρεβάτι με την βοήθεια και δεύτερης νοσηλεύτριας. • Χορήγηση διαίτας υπερλευκωματώχου, εύπεπτης με λίγο υπόλειμμα και πείσεως βιταμινών. • Χορήγηση επίσης υγρών από το στόμα - μετά το δεύτερο 24ωρο που παρουσιάστηκε η δυσκοιλιότητα - και ταυτόχρονα συνεχίστηκε η παρεντερική χορήγηση. • Εφαρμογή υποθέτου, μετά από ιατρική οδηγία. 	<p>Τα νοσηλευτικά μέτρα που ελήφθησαν οδήγησαν στην εξαλειψή της δυσκοιλιότητας. Τα ευεργετικά αποτελέσματα του υποθέτου εμφανίστηκαν μετά από 20 λεπτά από την εφαρμογή του μαλακώνοντας το περιεχόμενο του εντέρου για να διευκολύνεται η αποβολή των κοπράνων, αυξάνοντας τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου - επιδρώντας στις απολήξεις των νεύρων του βλεννογόνου του. Επίσης μειώθηκε σημαντικά η συναισθηματική φόρτιση της ασθενούς μετά από την συζήτηση και υποστήριξη από την νοσηλεύτρια.</p>

- Επικοινωνία με την ασθενή και εξηγήσεις ότι η παραμονή της στο νοσοκομείο θα είναι μόνο για μερικές ακόμα ημέρες αφού η όλη πορεία της υγείας της είναι ικανοποιητική και ακρόαση των φόβων και των προβληματισμών της.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αρτηριακή πίεση 180/110mmHg την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα.	Διατήρηση της αρτηριακής πίεσως στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσως. • Χορήγηση ανυπερτασικών φαρμάκων. • Κατάλληλη διαίτα. • Σχολαστική τήρηση του διαγράμματος υγρών. • Ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της ασθενούς και λήψη αρτηριακής πίεσης ανά ώρα. • Χορηγήθηκε 1amp Catapresan 1x1 (IM), σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. • Μετά από την χορήγηση του Catapresan δόθηκε διαίτα φτωχή σε αλάτι (για να ενισχυθεί η δράση του φαρμάκου). • Τήρηση με σχολαστικότητα των υγρών που έπαιρνε και απέβαλλε η ασθενής. • Επικοινωνία και εξηγήσεις στην ασθενή για να ηρεμήσει και να απαλλαγεί από το φόβο και την ανησυχία. 	Με την εφαρμογή αυτής της αγωγής επανήλθε προσωρινά η αρτηριακή πίεση στα φυσιολογικά όρια: 140/80mmHg. Διαπιστώθηκε όμως πως (η αρτηριακή πίεση) ήταν νευρογενούς φύσεως και έτσι συνεχίστηκε η παρακολούθηση και η αντιμετώπιση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αρτηριακή πίεση νευρογενούς φύσεως.	Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσεως.	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης. • Χορήγηση αντιυπερτασικών. • Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος. • Ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχίστηκε η ανά ώρα παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσεως. • Για να αντιμετωπιστεί η πίεση χορηγήθηκε 1amp Pethidine 1 x2 (0,05 mg) (IM), κατά την ιατρική εντολή. • Μειώθηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο, εξασφαλίστηκαν περίοδοι ανάπαυσης και ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος. • Δόθηκαν οι ευκαιρίες στην άρρωστη να εκφράσει τους φόβους τις ανησυχίες της. Τα αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας, ερωτηματικά και απορίες σχετικές με την πορεία της κατάστασής της και γενικά την συναισθηματική και ψυχική της διέγερση και ένταση. 	<p>Μετά την χορήγηση της Pethidine η αρτηριακή πίεση μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα ώσπου σταθεροποιήθηκε μετά από ένα 24ωρο.</p> <p>Η Pethidine δρώντας κυρίως στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, ταχέως, προκάλεσε την πτώση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα και τελικά τη σταθεροποίησή της.</p> <p>Επίσης σημαντικό ρόλο έπαιξε και η έμπρακτη έκφραση και εκδήλωση κατανόησης των αναγκών της ασθενούς, καθώς και η έκδηλη αγάπη και προστασία από την νοσηλεύτρια.</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με τη μελέτη της παρούσας εργασίας, γίνεται κατανοητό ότι τα άτομα με Συγγενές Ξεάρθρημα Ισχίου, έχουν ανάγκη από Ιατρική και Νοσηλευτική αντιμετώπιση και κοινωνικο-ψυχολογική υποστήριξη, επειδή πρόκειται για μία σημαντικό βαθμού αναπηρία.

Πρέπει να τονιστεί ότι έχει μεγάλη σημασία η πρόωγη διάγνωση του Συγγενούς Ξεάρθρηματος του Ισχίου στο νεογέννητο, ώστε να υπάρξει από την αρχή η κατάλληλη αντιμετώπιση και να επέλθει μία κατά το δυνατόν επιτυχή αποκατάσταση.

Ακόμα η εργασία αυτή δείχνει τον αγώνα που κάνουν τα παιδιά με Συγγενές Ξεάρθρημα, με τις εφαρμογές επιδιορθωτικών κηδεμόνων και γύψων για μήνες, με τις αλεπάλληλες εγχειρήσεις και τις ορθοπεδικές ασκήσεις που εκτελούν συνεχώς για χρόνια, με μοναδικό τους σκοπό, να μην διαφέρουν από τους συνομηλικούς τους, τα φυσιολογικά άτομα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. W. KAHLE - H. LEONHARDT - W. PLATZER: Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα: "μυοσκελετικό σύστημα", Τόμος 1, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985, σελ. 192-197, 236-243.
2. Πισίδης Αλ.: Ανατομική - βασικές γνώσεις, Εκδόσεις Λόχνος, σελ. 95-99, 162-167.
3. GOSS C.H.: POYS ANATOMY OF THE HUMAN BODY, PHILADELPHIA 1973, σελ. 76-79.
4. H. FRICK - H. LEONHARDT - D. STARCK: Γενική Ανατομία: Ειδική Ανατομία I, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
5. Δούκας Μ. Νίκος: Κινησιολογία 3: "λεκάνη, κάτω άκρα", Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1991, σελ. 32-93.
6. Πάνου Μαρία: Παιδιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις ΞΗΤΑ, Αθήνα 1992, σελ. 20-24, 467-474, 478-485.
7. Γαροφαλίδου Γ. Θεοδώρου - Γαροφαλίδου-Χαρτοφυλακίδου Κ. Γεωργίου: Σύγχρονος Ορθοπαιδική, Δεύτερη Έκδοση, Εκδότης Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήναι 1975, σελ. 53-67.
8. Συμεωνίδης Π. Ηαναγιώτης: Ορθοπαιδική: Ψιαθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος", UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1984, σελ. 318-340.
9. CARTER G.O. - WILKINSON J. : GENETIC AND ENVIRONMENTAL FACTORS IN THE ETIOLOGY OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP", CLINICAL ORTH, USA SEPT 1960, VOL, 119:33-56.
10. Μήτσου Α. : "Συγγενές Εξάρθρωμα του Ισχίου", Θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας, Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη Γ.,

Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα
1981, σελ. 267-274.

11. HOPPENFELD H.L.: PHYSICAL EXAMINATION OF THE SPINE AND EXTREMITIES, APPLETON - CENTURY - CROFTS/NORWALK, CONNECTICUT.
12. BARLOW I.G.: "EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP", J.BONE AND JOINT SURG, VOL.31: 341-398, USA 1962.
13. ACKERMAN L.V., DEL. REGATO, J.A.: CANCER, DIAGNOSIS TREATMENT AND PROGNOSIS 4TH EDITION. MOSBY CO. ST. LOUIS 1970.
14. Ποντίφικας Γρηγόριος: Σημειώσεις Ακτινολογίας εκ των πανεπιστημιακών παραδόσεων, Αθήναι 1970, σελ. 87-98.
15. MITCHEL G.P. "ARTHROGRAPHY IN CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP", J.BONE AND JOINT SURG, VOL. 45-8: 88-102, USA, AUG. 1963.
16. Καμπέρογλου Κ.: "Η θεραπεία του Συγγενούς Εξαρθρήματος του Ισχίου εις παιδιά κάτω των 3 ετών", ΕΛΛ. Χειρ. Ορθ. Τραυμ. Τεύχος 16-17 : 96-120, Αθήνα Ιούνιος 1967.
17. PETERSON C.D. : "THE EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP", CLIN. ORTHOP., VOL.119: 6-25, USA JAN 1976.
18. Δημητρίου Ι.: "Η αξία της Υποτροχαντηρίου Οστεοτομίας του μηριαίου οστού εις την θεραπείαν του υψηλού Εξαρθρήματος του Ισχίου, επί παιδων ηλικίας άνω των 3 ετών", Διατριβή επί διδασκτορία, Έκδοση 1^η, Αθήνα 1975.
19. Βανδώρος Μ.: "Η ανάπτυξη της κοτύλης μετά από ανάταξη του Συγγενούς Εξαρθρήματος του Ισχίου και Υποτροχαντήριο Οστεοτομία στροφής, ραιβδότηας", Διατριβή επί διδασκτορία,

Έκδοση 1^η, Εκδόσεις ΕΠΕΑ, Αθήνα 1982.

20. Γερεδάκη Ε.: "Οστεοτομία SALTER του λαγονίου για το Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου", Διατριβή επί διδασκαλία, Έκδοση 1^η, Αθήνα 1966.
21. 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.
22. Παναγιωτόπουλος Ηλίας: "Βασικές αρχές και στόχοι οστεοτομιών στη θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας ισχίου και γόνατος", Περιοδικό Οστών: Έκδοση της Ελληνικής εταιρίας μελέτης μεταβολισμού των οστών, Τόμος 2, Τεύχος 1, σελ. 51-53.
23. Αγορδούπουλος Ζ.: "Εμφυλιστική Οστεοαρθρίτις", Θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας, Καρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη Γ., Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981, σελ. 409-415.
24. Κιάμπης Γ.: "Βιολογική αντίδραση στη χαλάρωση των ολικών αρθροπλαστικών", Περιοδικό Οστών: Έκδοση της Ελληνικής εταιρίας μελέτης μεταβολισμού των οστών, Τόμος 5, Τεύχος 3, Ιούλιος 1994, σελ. 184-189.
25. Παπαπολυχρονίου Ε.: "Η χαλάρωση της αρθροπλαστικής του ισχίου", Ιατρική: Μηνιαία Έκδοση εταιρίας Ιατρικών σπουδών, Μάρτιος 1991, Τόμος 59, Τεύχος 3, σελ. 260-266.
26. Εξάρχου Ε., Κρυσανθάκη Χρ., Τριανταφύλλου Ν.: "Συμβάματα και επιπλοκές κατά τις ολικές αρθροπλαστικές του ισχίου", σελ. 336-343.
27. Αγορδούπουλος Ζ.: "Οστεοχονδρίτιδες", Θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας, Καρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη Γ., Επιστημο-

νικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981, σελ. 320-330.

28. Λυρίτης Γ.: "Μεταβολικά νοσήματα των οστών", θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας, Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη Γ., Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981, σελ. 357-364.
29. COLEMAN SS.: WHEN A CHILD IS BORN WITH HIP PROBLEMS. PATIENT CARE 1983, 17:68-98.
30. Καλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική, Τόμος Β, Κέρος 2^ο, Έκδοση δέκατη πέμπτη, Αθήνα 1992, σελ. 254-256, 281-283, 288-290.
31. Σαχλίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988, σελ. 65-86.
- 