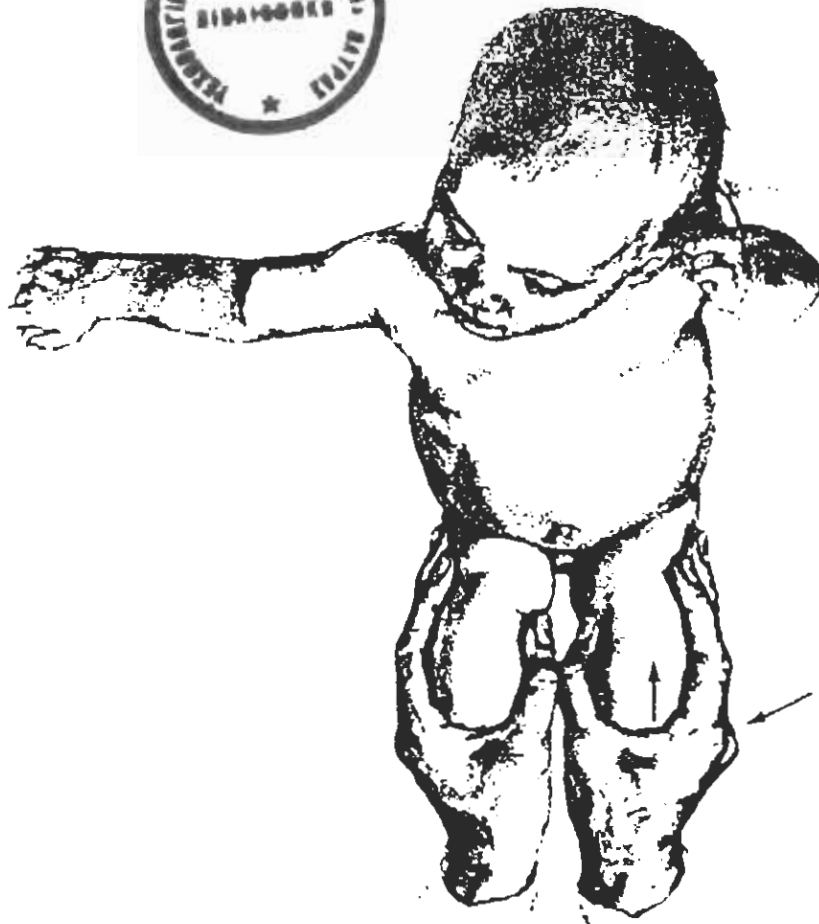


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: «Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού
με συγγενές εξάρθρωμα ισχίου»



Υπεύθυνη καθηγήτρια:
κ. Λέφα Βαρβάρα

Σπουδάστρια:
Αθανασοπούλου Στυλιανή

ΠΑΤΡΑ 1998

LIBRARY 2687

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στην οικογένειά μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας, τους:

- Κον Χριστοδούλου ορθοπαιδικό γιατρό του Καραμανδάνειου Νοσοκομείου Παιδων για τις πολύτιμες υποδείξεις του.
- Κα Λέφα για την αμέριστη υποστήριξη και συμπαράσταση κατά τη διάρκεια της εργασίας αυτής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΝΟΤΗΤΑ I	8
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	9
ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	21
ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ	25
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	27
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	30
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	32
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΙΣΧΙΩΝ	34
ΕΝΟΤΗΤΑ II	48
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΙΣΧΙΟΥ	49
ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	58
ΕΝΟΤΗΤΑ III	60
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	61
Ηλικία μέχρι 12 μηνών	61
Ηλικία 1-8 ετών	61
Ηλικία 8 ετών και άνω	64
ΕΝΟΤΗΤΑ IV	66
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ	68
ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ	69
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΑΝΑΤΑΞΗΣ Η ΜΕ ΓΥΨΟ	70
I. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΓΥΨΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	71

A. Φροντίδα του παιδιού σε γύψο σώματος _____	71
B. Φροντίδα παιδιού μετά την αφαίρεση του γύψου _____	79
II. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΑΝΑΤΑΞΗΣ _____	81
III. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΕΛΞΗ _____	82
Φροντίδα παιδιού σε έλξη _____	83
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ _____	87
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ _____	88
Γενικά _____	88
Γενική νοσηλευτική παρέμβαση στην προεγχειρητική φροντίδα _____	89
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ _____	94
Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα _____	94
Μετά την ανάνηψη _____	95
ΕΝΟΤΗΤΑ V _____	100
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΥΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ _____	101
ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1 ^ο _____	102
ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2 ^ο _____	107
ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ _____	115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	116

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου είναι η συχνότερη συγγενής ανωμαλία η οποία απασχολεί τον Έλληνα ορθοπεδικό. Πολλές φορές παρουσιάζει περίπλοκα και δυσεπίλυτα προβλήματα. Τα αποτελέσματα της θεραπείας του είναι πολύ συχνά τόσο αβέβαια ώστε να υποστηριχθεί στο παρελθόν από πολλούς ορθοπεδικούς ότι θα ήταν προτιμότερο το συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου να μένει χωρίς θεραπεία».

Τα τελευταία χρόνια επιτεύχθηκε και στην χώρα μας έγκαιρη διάγνωση του συγγενούς εξαρθρήματος του ισχίου όπου αφ' ενός μεν απλοποίησε τα θεραπευτικά προβλήματα, αυτής της πάθησης, αφ' ετέρου δε έδωσε καλύτερα τελικά αποτελέσματα από ότι επιτυγχάνονταν επί καθυστερημένης διάγνωσης στο παρελθόν.

Σήμερα ο μεγαλύτερος αριθμός των πασχόντων έρχεται στον ορθοπεδικό κατά τη βρεφική ηλικία. Η θεραπεία του συγγενούς εξαρθρήματος των ισχίων κατά τη βρεφική ηλικία είναι συντηρητική με διάφορων τύπων κηδεμόνων ή προσκεφαλαίων.

Η συναίσθηση της ευθύνης, στην οποία συνεπάγεται η παράλειψη της διάγνωσης αυτής της πάθησης, είχε ως αποτέλεσμα την αρκετά συχνή διάγνωση δυσπλασίας του ισχίου και σε βρέφη των οποίων τα ισχία ήταν φυσιολογικά.

Γνωρίζοντας τις συνέπειες του συγγενούς εξάρθρωματος του ισχίου όταν μείνει χωρίς θεραπεία, θα λέγαμε ότι η τακτική αυτή θα ήταν δικαιολογημένη, αν δεν υπήρχαν αρκετές περιπτώσεις των οποίων τα ισχία εμφανίζουν αργότερα αρκετά προβλήματα αποτέλεσμα της θεραπείας μια παθήσεως η οποία δεν υπήρξε ποτέ.

Υπάρχουν περιπτώσεις βρεφών με συγγενείς εξάρθρωμα του ισχίου των οποίων η απλή αυτή και φαινομενικά αθώα μέθοδος θεραπείας, όχι μόνο δεν είναι αποτελεσματική αλλά τις πιο πολλές φορές δημιουργεί σοβαρές και ανεπανόρθωτες επιπλοκές.

Ο κυριότερος λόγος των κακών αποτελεσμάτων της θεραπείας του συγγενούς εξάρθρωματος των ισχίων στα βρέφη είναι η εμφάνιση της οστεοχονδρίτιδος της άνω μηριαίας επιφύσεως, η οποία δημιουργείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Η πρόγνυσή της είναι αβέβαιη, η θεραπεία της δυσχερής και οι επιπτώσεις αυτής της λειτουργικής αξίας και του μέλλοντος του ισχίου εξαιρετικά σοβαρή.

Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός μικρών ασθενών με συγγενής εξάρθρωση των ισχίων, στους οποίους η ανάταξη του εξάρθρωματος με οποιοδήποτε μέθοδο συντηρητικής θεραπείας είναι αδύνατη ή ατελής.

Η εφαρμογή σε αυτούς τους ασθενείς συντηρητικής μεθόδου θεραπείας θα έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση οστεοχονδρίτιδος των ισχίων, με τις προαναφερθείσες συνέπειες ή το υπεξάρθρωμα ή και τέλειο εξάρθρωμα του ισχίου.

Για τους λόγους αυτούς δεν συµμεριζόμαστε την άποψη ότι δηλαδή η έγκαιρη διάγνωση έλυσε το πρόβληµα του συγγενούς εξάρθρωµατος των ισχίων. Βεβαίως η µορφή του προβλήµατος ως διάγνωση της πάθησης στην βρεφική ηλικία απλουστεύτηκε σηµαντικά αλλά δεν λύθηκε τελείως.

Κάθε παιδί, ανεξαρτήτως ηλικίας, µε τέλειο εξάρθρωµα, των ισχίων, θα πρέπει να έχει ανάλογη θεραπεία µε το είδος του εξάρθρωµατος του, ώστε να μηδενισθούν ή να µειωθούν σηµαντικά οι επιπλοκές.

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Για το σχηματισμό της άρθρωσης του ισχίου συμμετέχουν:

Η κοτύλη (ανατομικό μόρφωμα της έξω επιφάνειας του ανώνυμου οστού

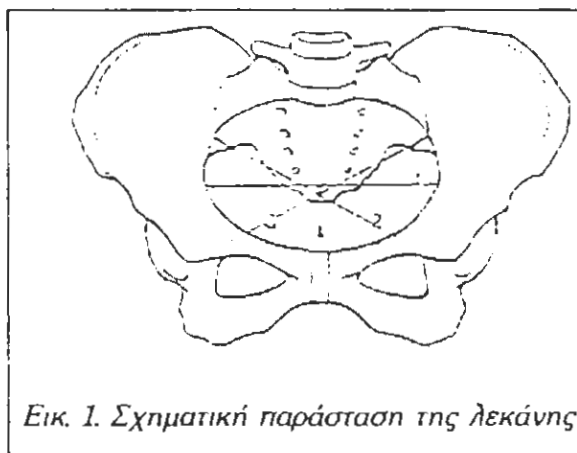
Η κεφαλή του μηριαίου οστού

1. Κοτύλη: αυτή έχει σχήμα κοίλο 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 μια προεξοχή, η οφρύ της κοτύλης με τις τρεις εντομές: πρόσδια, οπίσδια 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 βόδρο, όπου και παριστά το βαθύτερο και χωρίς 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.

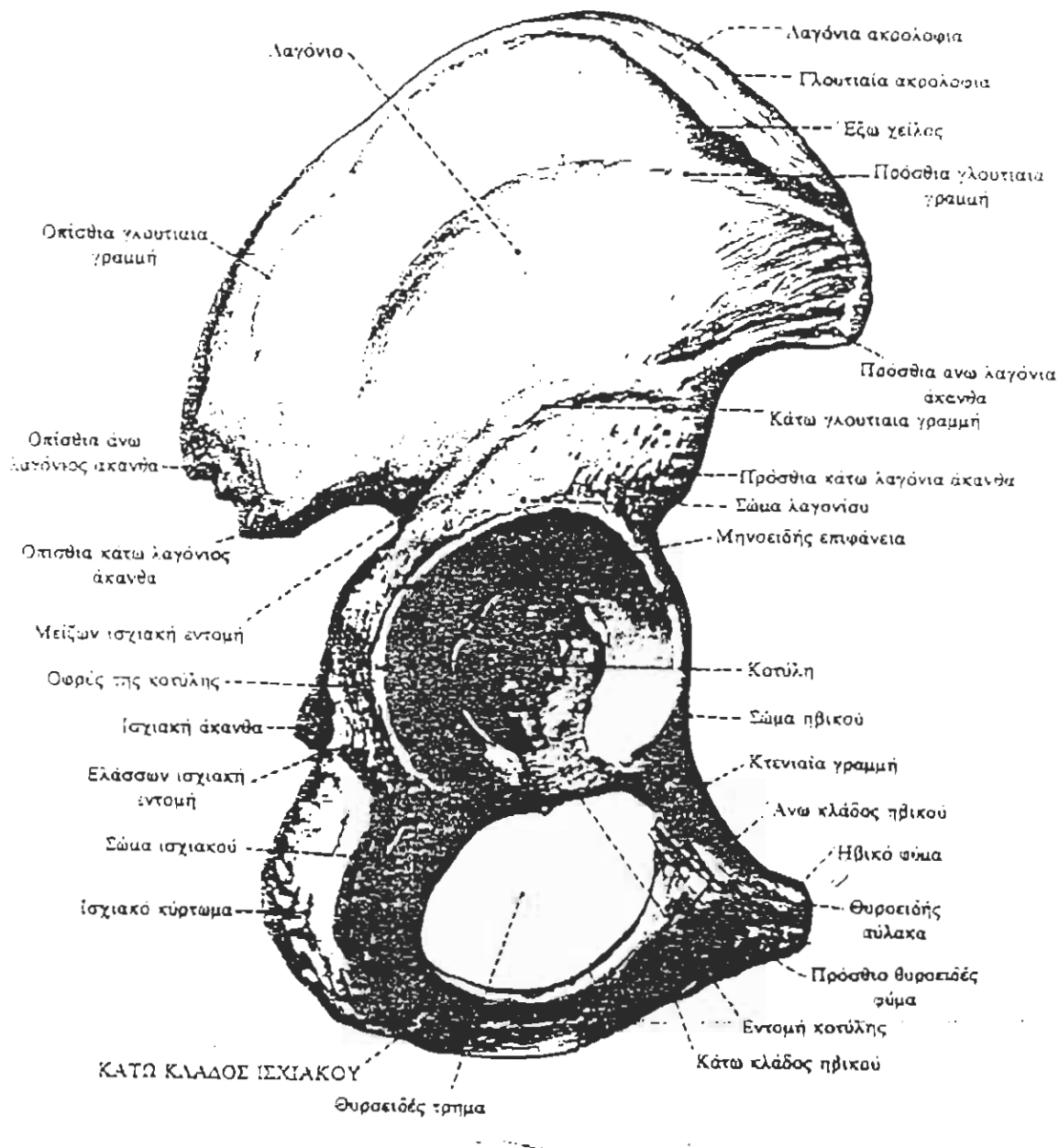
Ο κοτυλιαίος βόδρος δέχεται τον στρογγύλο σύνδεσμο. Στην οφρύ της κοτύλης έχει τις



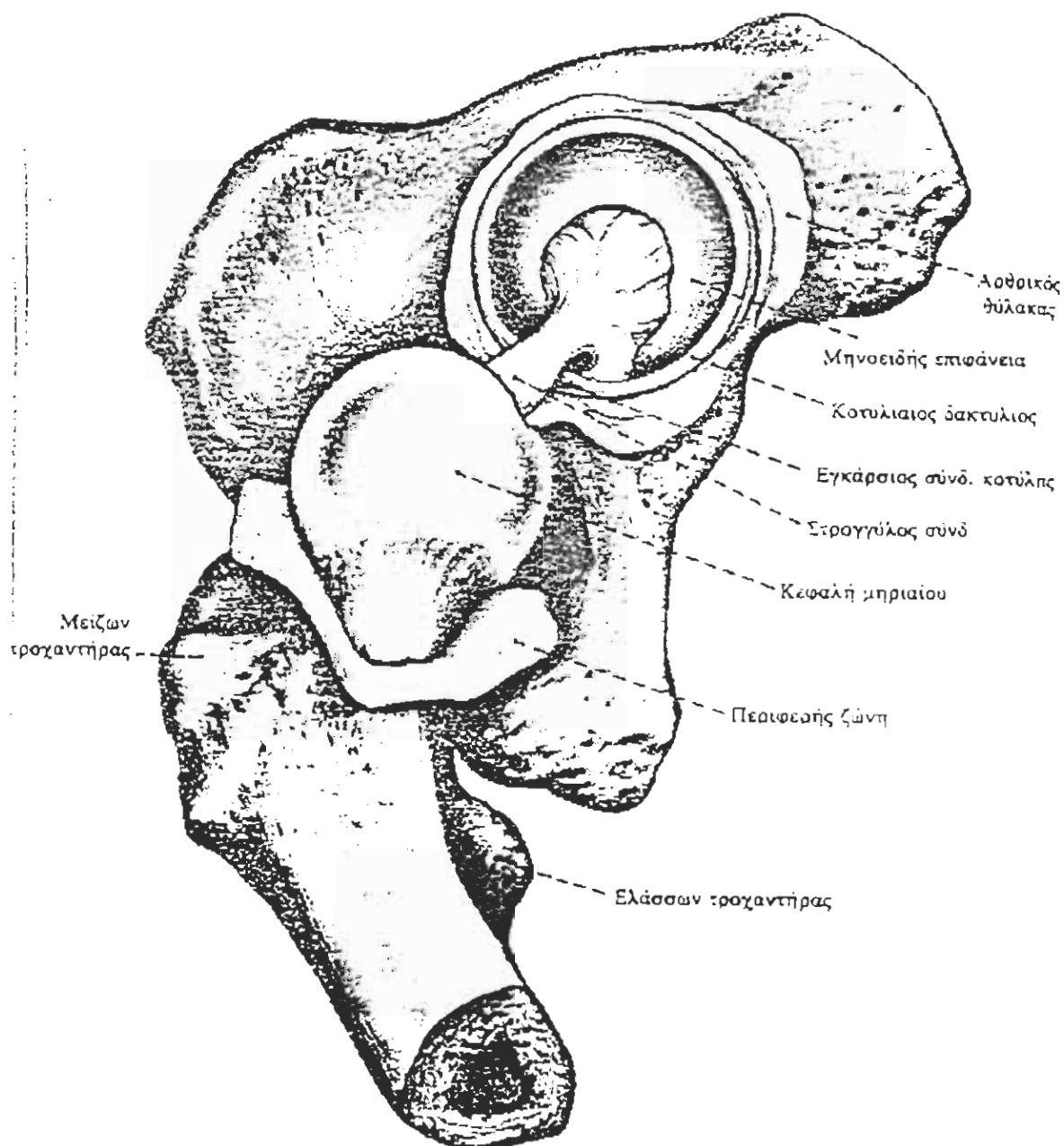
Εικ. 1. Σχηματική παράσταση της λεκάνης

προσφύσεις του ένας ινοχόνδρινος δακτύλιος (ο επιχείλιος χόνδρος).

Αυτός χρησιμεύει για την αύξηση της χωρητικότητας της κοιλότητας της κοτύλης (εικ.2)..



Εικ. 2. Δεξιό ανώνυμο - Έξω επιφάνεια



Εικ. 3. Το εξωτερικό της δεξιάς κατ' ισχίον άρθρωσης

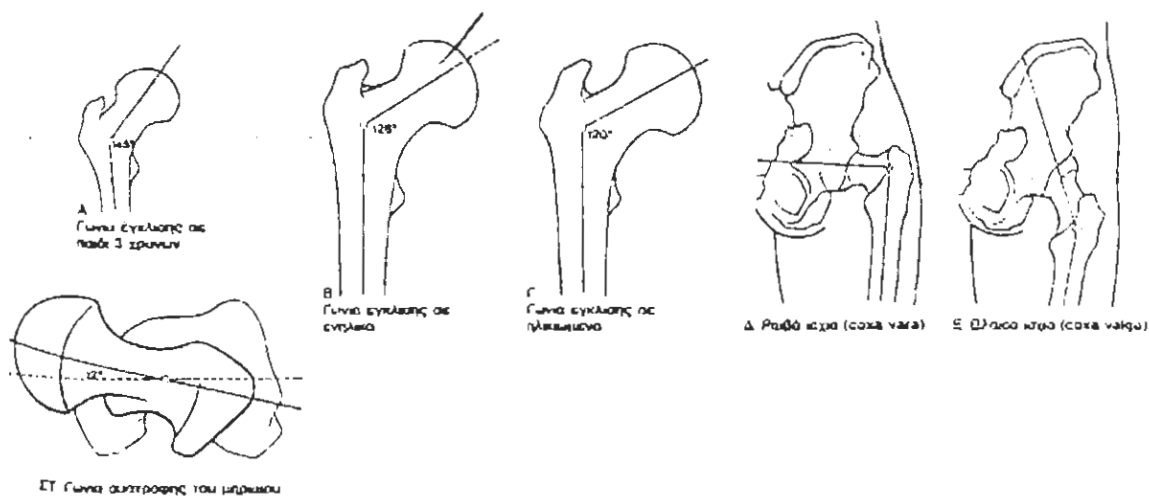
2. Κεφαλή του μηριαίου οστού: Το μηριαίο οστό είναι το μακρότερο οστό του σώματος. Διαιρείται στο σώμα ή διάφυση και στο άνω και κάτω άκρο. Το άνω άκρο του είναι η «στρογγυλή» κεφαλή η οποία είναι

περιχονδρωμένη και αποτελεί τα 2/3 σφαίρας με διάμετρο 4,6 εκ. και στρέφεται δε προς τα έσω άνω και εμπρός.

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

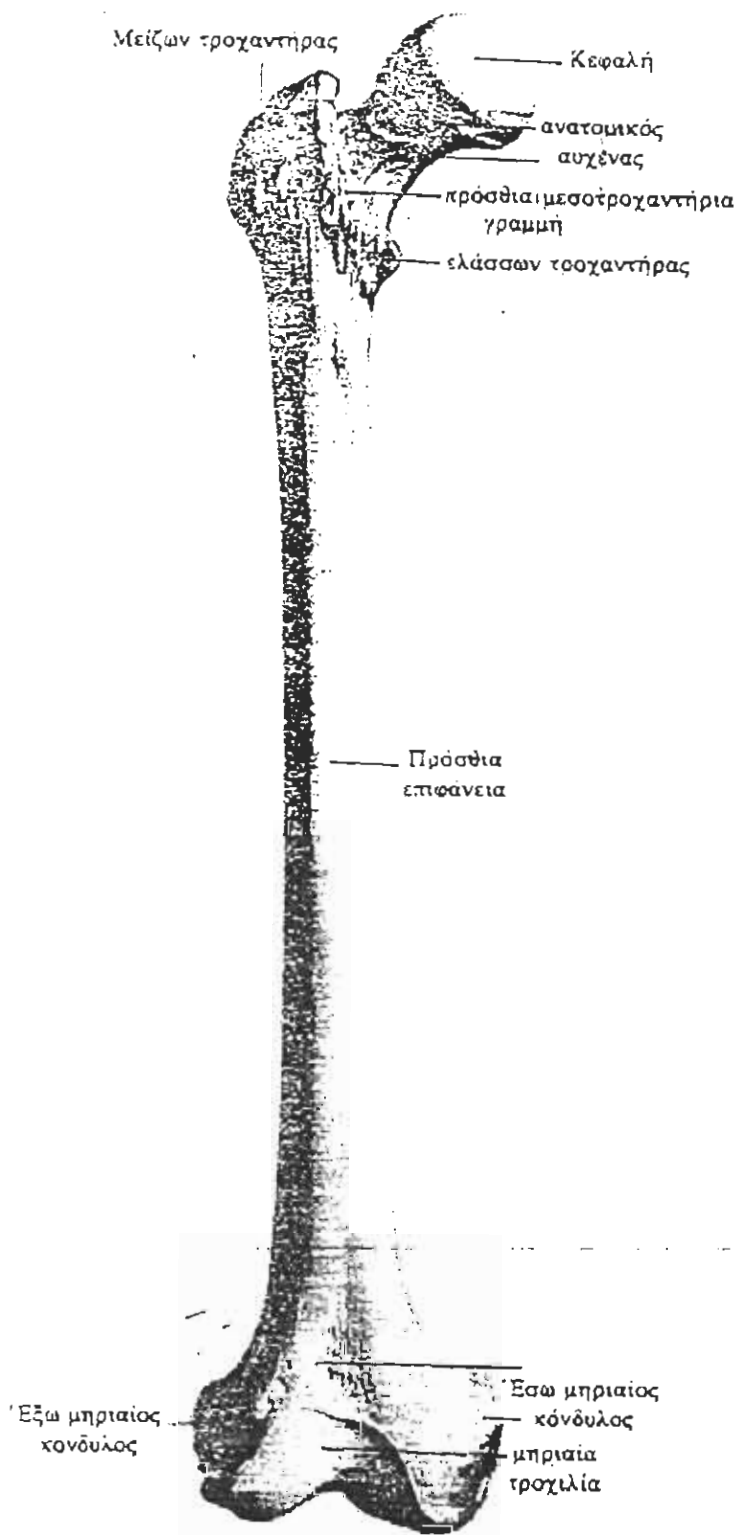
Ο ανατομικός αυχένας αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια της κεφαλής, έχει δε σχήμα κυλίνδρου, πεπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω (εικ. 5,6).

Η γωνία που σχηματίζεται μεταξύ του ανατομικού αυχένα και του σώματος του μηριαίου, καλείται γωνία έγκλισης (120-130°).

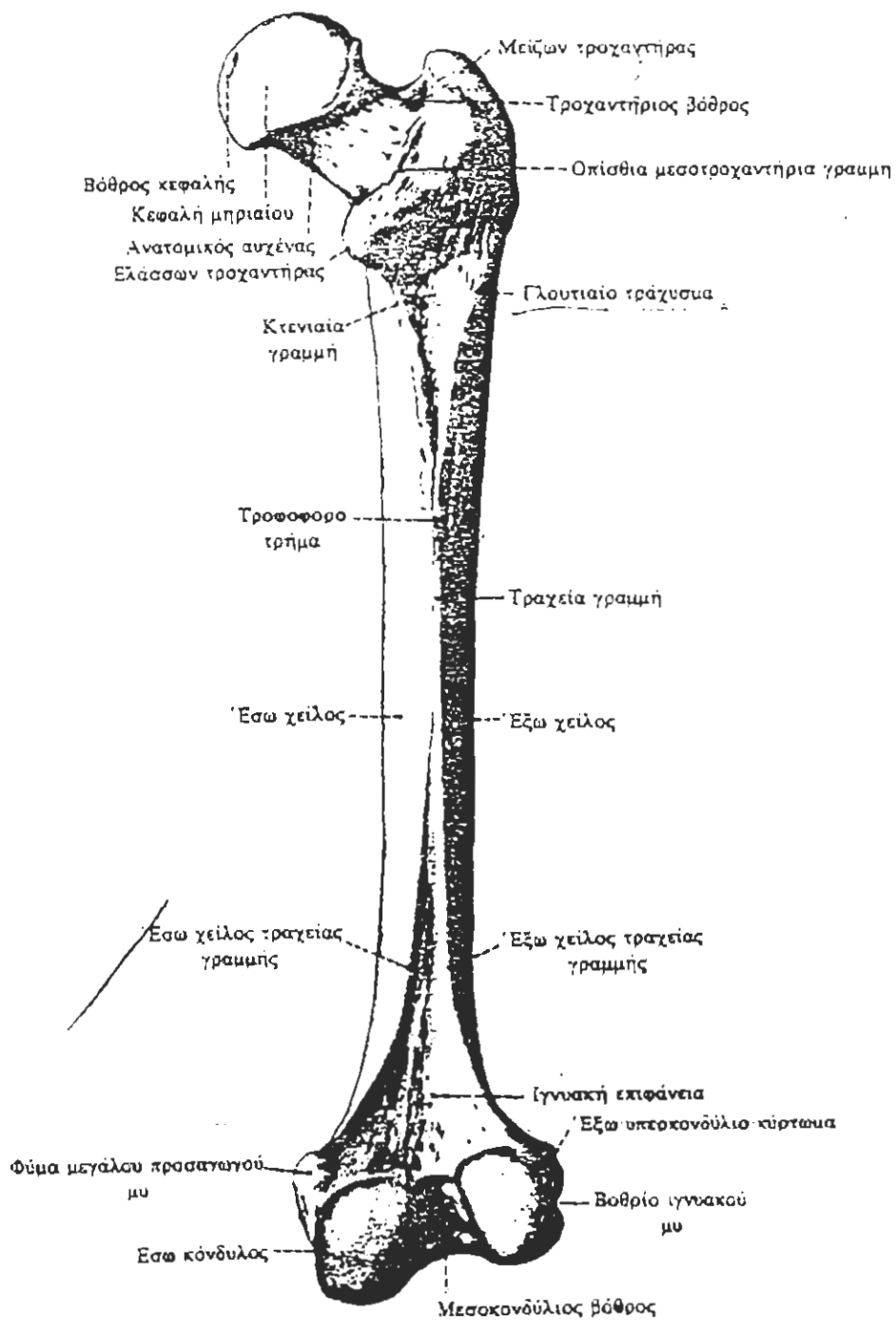


Εικ.4

Το μηριαίο οστό επίσης εμφανίζει γωνία συστροφής περί τον επιμήκη άξονά του, έτσι ώστε ο εγκάρσιος άξονας του άνω άκρου του, που διέρχεται από τον ανατομικό του αυχένα και φέρεται λοξά προς τα εμπρός και έσω, 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 έσω. 1,2,3



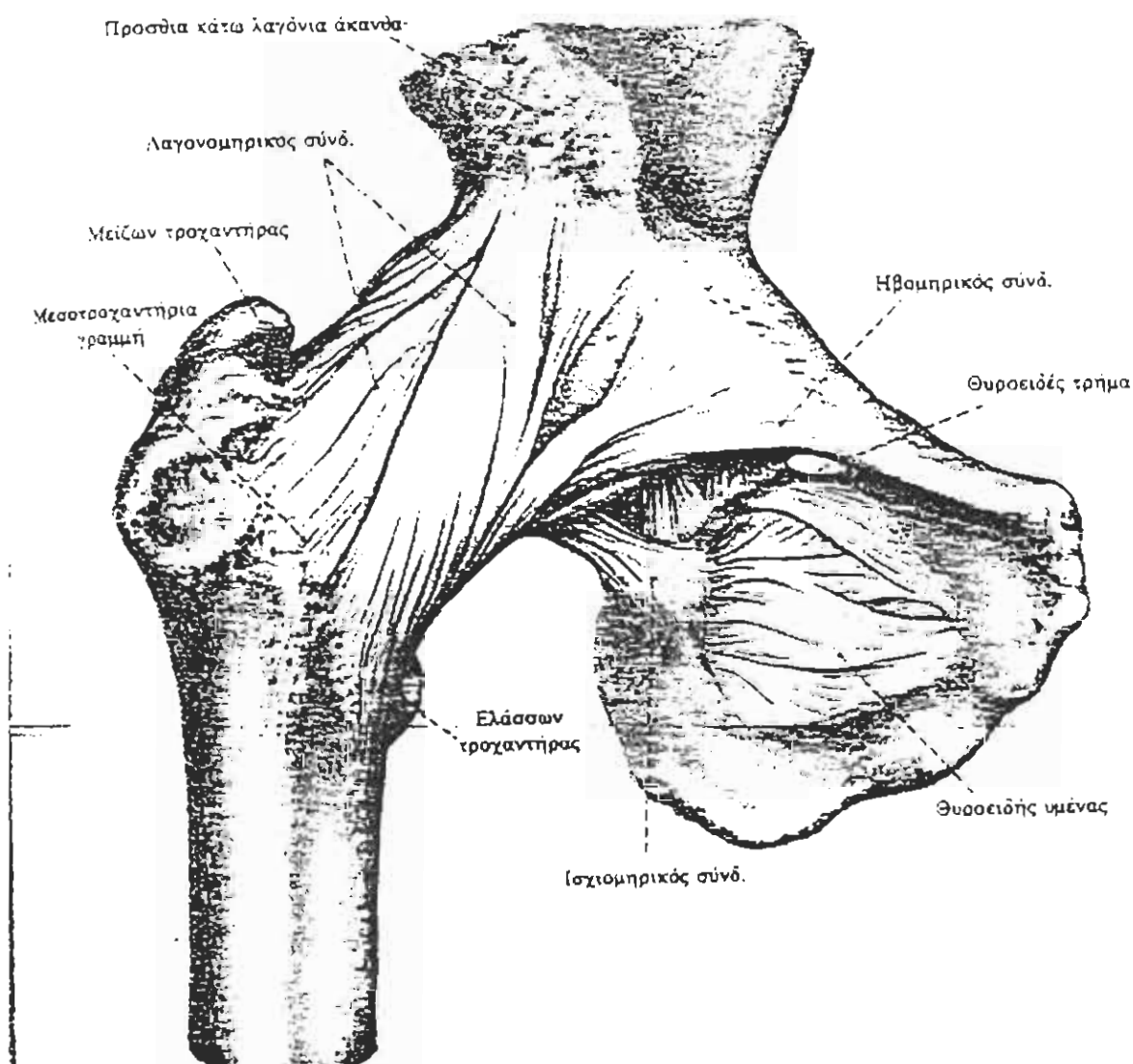
Εικ. 5. Μηριαίο - Πρόσθια επιφάνεια



Εικ. 6. Το δεξιό μηριαίο από πίσω

Η διάρθρωση του ισχίου ενισχύεται και προστατεύεται από ισχυρούς συνδέσμους:

- α. Τον λαγονομηρικό (από εμπρός)
- β. Τον ισchioμηρικό (από πίσω)
- γ. Τον ηβομηρικό (από μέσα)



Εικ. 7. Δεξιά διάρθρωση του ισχίου από μπροστά

δ. Τον στρογγυλό σύνδεσμο.

Οι κινήσεις που γίνονται στην άρθρωση του ισχίου είναι:

-Κάμψη (εικ. 8α)

-Έκταση (εικ. 8β)

-Απαγωγή (εικ. 8γ)

-Προσαγωγή (εικ. 8δ)

-Έσω στροφή (εικ. 8ε)

-Έξω στροφή (εικ. 8στ)

-Περιαγωγή

Τι κινήσεις αυτές τις κάνουν οι εξής μύες:

η κάμψη από: -λαγονογοίτη

-ραπτικό

-κτενίτη

-ορθό μηριαίο

-τείνων την πλατεία περιτονία

η έκταση από: -μεγάλο γλουτιαίο

-δικέφαλο

-ημιτενοντώδη

-ημιμυενώδη

η απαγωγή από: -μέσο γλουτιαίο

-μικρό γλουτιαίο

-τείνων την πλατεία περιτονία

η προσαγωγή από: -μεγάλο προσαγωγό

-βραχύ προσαγωγό

-ισχνό και μακρό προσαγωγό

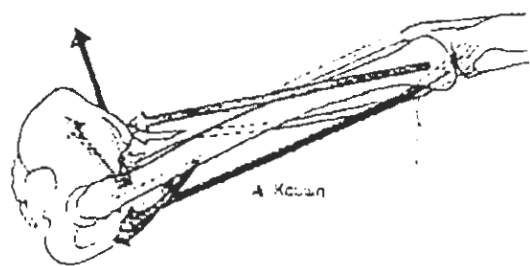
-κτενίτη

η έσω στροφή από: -μικρό γλουτιαίο

- τείνων την πλατεία περιτονία

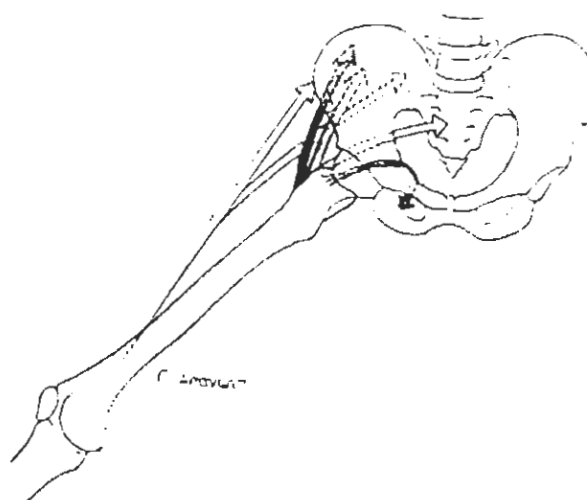
η έξω στροφή από: -τους 6 έξω στροφείς ^{4,5}

Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιού με Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου

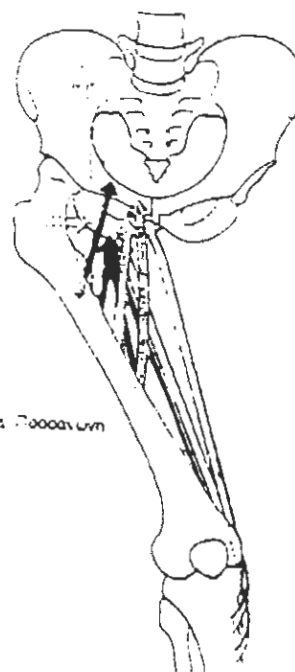


Λαγυνοπόιτης : κόκκινο
 Ραπτικός : κίτρινο
 Κέντρος : πράσινο
 Ίσος κήρυκος : μπλε
 Ξύλινος πλάτης : πορτοκαλί

Μη χυτταίος : λευκό
 Διεσθασός : μωβ
 Ημιτελεστής : πορτοκαλί
 Ημιτελεστής : κίτρινο

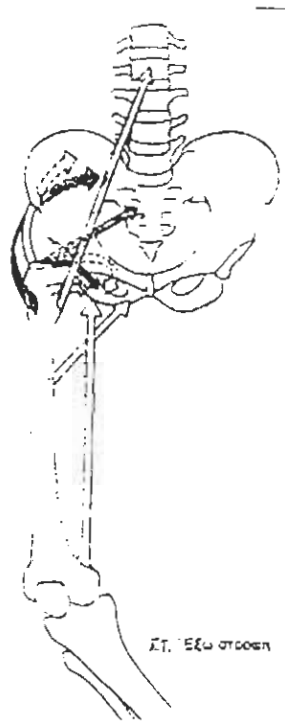


Νέος χυτταίος : κόκκινο
 Ηλικός : πορτοκαλί
 Ξύλινος πλάτης : μπλε



Ξύλινος πλάτης : κόκκινο
 Βάσις : μπλε
 Ίσος : πορτοκαλί
 Ηλικός : μωβ
 Επένθη : κίτρινο

Εικ. 8.

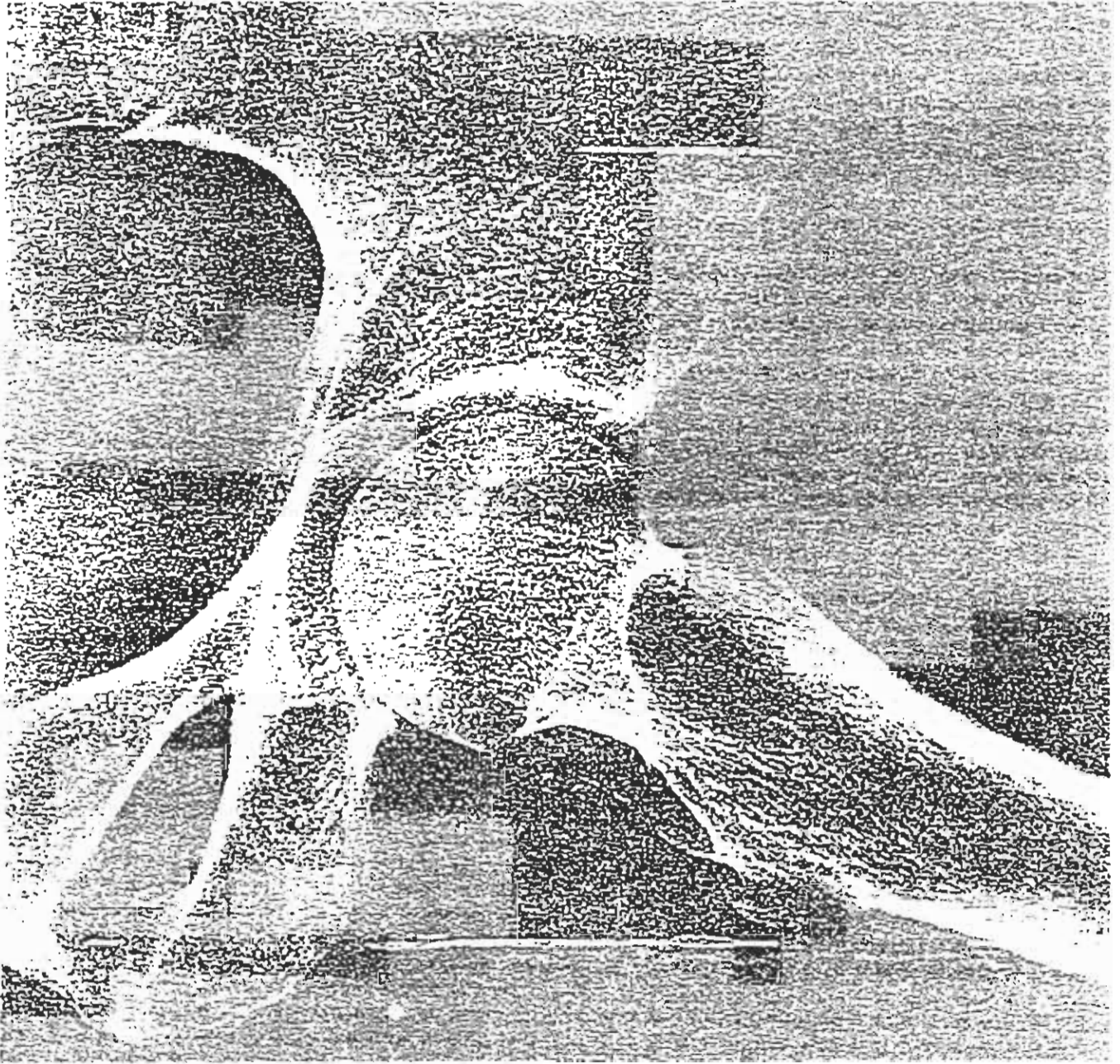


Μέσος - μέγας χυλοπύκνωτος : κολλίτις
 Ίσκιος : μηλιά
 Μεγάλος προσαγωγός : ατροφία

Εστρωμένος υποπύκνωτος : μηλιά
 Σωσ. θυροειδής : ατροφία
 Εξω >> : ατροφία
 Αποσπαστής : μηλιά

Βασίλειος : { ταξιδιάρης : ηλιακός
 μη χυλοπύκνωτος : κολλίτις

Εικ.9



Εικ. 10. Αριστερά κατ' ισχίο άρθρωση. Το άκρο σε απαγωγή και έξω στροφή

ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Στο σχηματισμό της κοτύλης συμμετέχουν τρία οστά: Το λαγόνιο, το ισχιακό και το ηβικό, τα οποία όμως συμβάλλουν άνισα στη διαμόρφωσή της. Έτσι, το ηβικό συμβάλλει στο σχηματισμό του μπροστά και πάνω τμήματος της κοτύλης, δηλαδή περίπου του 1/5 της. Το ισχιακό στο σχηματισμό του εδάφους του κοτυλιαίου βόθρου και του κάτω και πίσω τμήματος, δηλαδή περίπου των 2/5 της. Το λαγόνιο, τέλος, συμβάλλει στο σχηματισμό του υπολοίπου πάνω κυρίως τμήματος της κοτύλης. (Gray 1972 - Σάββας 1958).

Η οστέωση σε αυτά τα οστά γίνεται από το περιχόνδριο και κύρια, με την βοήθεια τριών πρωτογενών πυρήνων. Αυτοί εμφανίζονται τον 3ο, 4ο - 5ο και 5ο - 6ο ενδομήτριο μήνα αντίστοιχα για το λαγόνιο, ισχιακό και ηβικό οστό (W. Platjer 1978), κατά άλλους, πάλι, νωρίτερα (Σάββας 1958 - Σκλαβούνος 1906). Καθώς προχωρεί η διάπλαση οι τρεις αυτοί πυρήνες επεκτείνονται με ταχύ ρυθμό μέσα στην κοτύλη.

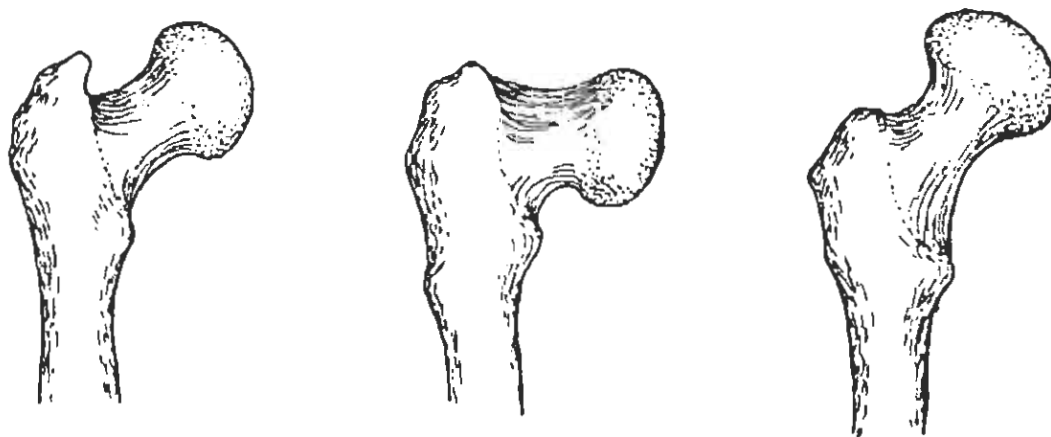
Έτσι, στην περίοδο του τοκετού χωρίζονται μεταξύ τους με χόνδρινα διαφράγματα, που η διάταξή τους έχει σχήμα Υ ή τριάκτινου αστεριού. Από τους πυρήνες αυτούς ο σπουδαιότερος για τον σχηματισμό της κοτύλης είναι ο πυρήνας οστέωσης του λαγόνιου, που βρίσκεται λίγο πάνω από την μεγάλη ισχιακή εντομή και συμμετέχει στο σχηματισμό του πάρα πολύ σημαντικού τμήματος της κοτύλης. Σε έμβρυα 14 εβδομάδων η οροφή της κοτύλης είναι τελείως χόνδρινη, ενώ σε έμβρυα 25 εβδομάδων η ανάπτυξη της οστέινης έχει προχωρήσει αρκετά σε

βάρος της χόνδρινης. Η οστέωση της κοτύλης συμπληρώνεται από τους δευτερογενείς πυρήνες οστέωσης που εμφανίζονται ανάμεσα στα 4 και στα 8 χρόνια (Ρεγπα 1922) ή σύμφωνα με άλλους μελετητές αργότερα, δηλαδή ανάμεσα στα 8-12 χρόνια (W. Platjer- Σκλαβούνος) ή ακόμα και στην ηλικία των 14-15 χρόνων (Σάββας). Η συνένωση των οστών του ανώνυμου ολοκληρώνεται στη διάρκεια του 15-16 χρόνου ζωής.

Ο βαθμός της σωστής ανάπτυξης του βάρους, του σχήματος και του προσανατολισμού της κοτύλης εξαρτάται από τη μια μεριά από την βιολογική δράση των πυρήνων οστέωσης (Mc Fellander et al 1970), και από την άλλη από την καλή ή όχι επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής μέσα στην κοτύλη (I. Ponsetti 1966, N. Harris 1976). Το επίπεδο της κοτύλης σχηματίζει γωνία με το οβελιαίο επίπεδο, που ονομάζεται γωνία πρόσθιας αποκλίσεως της κοτύλης (anteversion) και κυμαίνεται φυσιολογικά από 2° μέχρι 11° στα νεογέννητα αγόρια και από 6° μέχρι 12° στα νεογέννητα κορίτσια με μέσο όρο 7° (Mc Kibbin 1970).

Το πάνω τμήμα του μηριαίου από το οποίο προέρχεται το άλλο οστέινο ανατομικό στοιχείο της άρθρωσης, δηλαδή η κεφαλή καλύπτεται κατά τη γέννηση από μια χόνδρινη μάζα. Αυτή καθώς προχωράει η ηλικία χωρίζεται σε δύο διαφορετικούς πυρήνες οστέωσης με την επίφυση της μηριαίας κεφαλής, να αναπτύσσεται στη μέσα πλευρά και του μείζονα τροχαντήρα στην έξω πλευρά. Ο πυρήνας οστέωσης της κεφαλής του μηριαίου εμφανίζεται συνήθως τον 4ο με 6ο μήνα της ζωής (στα αγόρια από τον 2ο - 8ο μήνα, στα κορίτσια από 1,5 - 6ο μήνα), ενώ του μείζονα τροχαντήρα στον 3ο με 4ο χρόνο (στα αγόρια

ανάμεσα στα 2,5-4,5 χρόνια και στα κορίτσια από 1,5-3 χρόνια) (Gray - W. Platjer). Με την ανάπτυξη των πυρήνων οστέωσης σχηματίζεται από μια αυξητική πλάκα στην περιοχή του αυχένα του μηριαίου και του μείζονα τροχαντήρα αντίστοιχα. Ανάμεσα στις δύο αυτές πλάκες συμβαίνει ενδοχόνδρια οστέωση. Οι Sommervil και Scott (1957) υποστηρίζουν ότι η κεφαλή του μηριαίου σχηματίζεται από δύο πυρήνες οστέωσης, που σε φυσιολογικό ισχίο, δεν παρουσιάζονται συνήδως χωρισμένοι. Σε ορισμένες όμως καταστάσεις του ισχίου, είναι δυνατό η ανάπτυξη του ενός από τους δύο αυτούς πυρήνες να ανασταλεί εντελώς ή να καθυστερήσει. Έτσι σε οστεοχονδρίτιδα εξ αιτίας Σ.Ε.Ι. είναι δυνατό να προσβληθεί το εσωτερικό κέντρο οστέωσης της κεφαλής του μηριαίου, ενώ στην Perthes μπορεί να προσβληθεί το εξωτερικό κέντρο.



Εικ. 11. Α. Φυσιολογική εμφάνιση του κεντρικού τμήματος του μηριαίου στα παιδιά.
Β. Διαταραχή οστεοποίησης την υποκεφαλική πλάκα=ραιβό ισχίο. Γ. Διαταραχή οστεοποίησης στην επιφυσιική πλάκα του μείζοντα τροχαντήρα = βλαισιο ισχίο.

Η αύξηση του πάνω αυτού μέρους του μηριαίου ευνοείται από ερεθίσματα πίεσης για την κεφαλή του μηριαίου και από ερεθίσματα έλξης για τον μείζονα τροχαντήρα. Σύγκλιση της πάνω μηριαίας επίφυσης, που είναι υπεύδυνη για το 1/3 της συνολικής κατά μήκος αύξησης του μηρού (Blount 1955) γίνεται το 17 με 19 χρόνο της ζωής (W. Platjer).

Η γωνία που σχηματίζεται ανάμεσα στον αυχένα του μηριαίου και στην διάφυση ποικίλλει από 160° στη γέννηση μέχρι 125° - 130° στην ενηλικίωση και μέχρι 120° στη γεροντική ηλικία. Αν διαταραχθεί η δράση της υποκεφαλικής επιφυσιακής πλάκας ή αν ανασταλεί πρώιμα η ενέργεια της επιφυσιακής πλάκας του μείζονα τροχαντήρα, τότε έχουμε αύξηση της γωνίας αυτής δηλαδή βλαισό ισχίο (Coxa Valga) (εικ.11). Οι παθολογικές αυτές καταστάσεις ραιθότητας ή βλαισότητας του αυχένα μπορεί να οφείλονται σε διάφορα αίτια όπως συγγενή, τραυματικές βλάβες της επιφυσιακής πλάκας, τραυματικές βλάβες των αγγείων της επίφυσης, νευρομυικές διαταραχές, σπητικές φλεγμονές, οστεοδυστροφίες κ.λ.π.

Η κεφαλή και ο αυχένος του μηριαίου βρίσκονται σε επίπεδο, που σχηματίζει γωνία με το επίπεδο που περνά μέσα από τους μηριαίους κονδύλους. Η γωνία αυτή ονομάζεται γωνία πρόσθιας απόκλισης του αυχένα (anteversion) και κυμαίνεται φυσιολογικά από 4° - 25° ανάλογα με την ηλικία και το φύλο με μέσο όρο 12° (Σάββας - W. Platjer).⁶

ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Το συγγενές εξάρθρωμα ισχίου κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των συγγενών δυσμορφιών και χαρακτηρίζεται εκ΄ του ότι από της γέννησης η μηριαία κεφαλή δεν ευρίσκεται στην φυσιολογική της θέση δηλαδή 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 αμφοτερόπλευρη.

Σε πολλά συγγράμματα της ορθοπεδικής αναφέρονται οι έννοιες της «δυσπλασίας της κοτύλης» του «υπεξαρθρήματος» και του «συγγενούς εξαρθρήματος» του ισχίου.

Οι έννοιες αυτές εκφράζουν τον διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας μιας ανωμαλίας, την πλημμελή καταστροφή της άρθρωσης του ισχίου, την οποία όπως αναφέρθηκε αποτελούν η κοτύλη και η μηριαία κεφαλή και η οποία έχει σαν συνέχεια την πλημμελή λειτουργία αυτής.

Είναι λοιπόν ανάγκη να γίνει σαφής διαχωρισμός των εννοιών αυτών για την καλύτερη κατανόηση του θέματός 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 «υπερξάρθρωμα του ισχίου» εννοούμε ότι το ισχίο εκτός της δυσπλασίας της κοτύλης υπάρχει παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής, άλλοτε άλλου βαθμού αλλά διατηρείται μια σχετικά καλή επαφή κοτύλης - μηριαίας κεφαλής.

Η άρθρωση δηλαδή εξακολουθεί κατά κάποιο τρόπο να είναι σταθερή. Στο 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 διαταραχθεί ώστε η άρθρωση καθίσταται ασταθής.

Η μηριαία κεφαλή δεν καλύπτεται επαρκώς ή και καθόλου από την κοτύλη.

Είναι βέβαια σαφές ότι τα όρια δυσπλασίας κοτύλη - υπεξάρθρωμα και πλήρους εξαρθήματος δεν είναι δυνατόν να είναι πάντοτε σαφή, και αυτό αναφέρεται τόσο στην κλινική όσο και στην ακτινολογική διάγνωση ⁷.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Από παθολογοανατομική, κυρίως, άποψη ξεχωρίζουν δύο βασικοί τύποι Σ.Ε.Ι.

1. Το τερατολογικό: είναι το πολύ γυλό και όχι ανατασσόμενο κλινικά ισχίο που εμφανίζεται είτε σαν μόνη ανωμαλία, είτε αποτελεί επί μέρους εκδήλωση γενικότερης δυσπλασίας π.χ. της αρθρογρύπωσης. Το τερατολογικό εξάρθρωμα κατά τους πρώτους ήδη μήνες της εμβρυακής ζωής εμφανίζει παθολογικές αλλοιώσεις της άρθρωσης που είναι της ίδιας έκτασης με τις παθολογικές αλλοιώσεις τυπικού εξαρρήματος 3^{ου} - 4^{ου} χρόνου ζωής.

2. Το τυπικό: Είναι το συχνότερα εμφανιζόμενο. Οι παθολογικές αλλοιώσεις, που παρατηρούνται στη γέννησης, είναι πολύ πιο ήπιες από ότι στο τερατολογικό, επιδεικνύονται, όμως, σαφώς με την πάροδο του χρόνου. Ανάλογα με το μέγεθος της βλάβης στη γέννηση, το τυπικό εξάρθρωμα μπορεί να χαρακτηριστεί σαν α) δυσπλασικό ισχίο β) υπεξαρρηματικό ισχίο και γ) πλήρως εξαρρηματικό ισχίο.

Στο τυπικό εξάρθρωμα οι παθολογικές αλλοιώσεις, που παρατηρούνται σε άρρωστους ηλικίας μέχρι ενός χρόνου, στα διάφορα αρθρικά και περιαρθρικά μέρη, είναι πρακάτω:

Μηριαία κεφαλή: Το μέγεθος της μηριαίας κεφαλής είναι συνήθως μικρότερο από το φυσιολογικό, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις, που μπορεί να είναι και μεγαλύτερο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις υπεξαρρήματος. Επίσης, το σχήμα της κεφαλής ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του

άρρωστου και τον τύπο του εξαρθήματος. Έτσι η μηριαία κεφαλή μπορεί να είναι αποπλατυσμένη στο μέσα τμήμα της, προφανώς, εξ αιτίας της πίεσής της στο χείλος της κοτύλης ή στο έξω μέρος του λαγονίου οστού ή ακόμη μπορεί να παρουσιάζει αυλάκι, εξ' αιτίας της πίεσης του στρογγύλου συνδέσμου πάνω σε αυτήν. Επίσης, ο αυχένας του μηριαίου είναι τις περισσότερες φορές κοντότερος, Παχύτερος από το φυσιολογικό και με αυξημένη anteversion. Η αυξημένη αυτή πρόσθια απόκλιση του αυχένα στο Σ.Ε.Ι. διορθώνεται σε μεγάλο βαθμό μετά την ανάταξη του ισχίου και κύρια μετά τη βάδιση (Somerville 1955, Coleman 1965, Christensen 1969, Ravaglia 1973).

Κοτύλη: Αυτή είναι ρηχή, λοξή και ελλειψοειδής. Περιέχει ινολιπώδη σαρκία και τον υπερτροφικό στρογγυλό σύνδεσμο. Ο επίσης, υπερτροφικός επιχείλιος χόνδρος μπορεί να έχει αναστραφεί εμποδίζοντας τη σωστή ανάταξη της κεφαλής.

Στρογγύλος σύνδεσμος: όπως, αναφέρθηκε προηγουμένα, είναι συνήθως υπερτροφικός και κοντός καταλαμβάνοντας, πολλές φορές την κοιλότητα της κοτύλης. Άλλοτε, όμως είναι λεπτός και μακρύς, ενώ σπάνια λείπει τελείως.

Εγκάρσιος σύνδεσμος: Μπορεί να είναι Παχύτερος και προσφύεται γηλότερα από το φυσιολογικό εμποδίζοντας έτσι τη σωστή ανάταξη του ισχίου.

Θύλακας: Είναι συνήθως τεντωμένος, παχύτερος και μπορεί σε περίπτωση γηλών εξαρθημάτων, να έχει σχήμα κλεψύδρας. Αυτό

συμβαίνει από τη μια εξ' αιτίας της περίσφιξης του από τον τεντωμένο λογονογοϊτη. Αυτό σε συνδυασμό με τη ρίκνωση των απαγωγών μυών, που προσφύονται στον αρθρικό θύλακα, αποτελεί ένα επιπρόσθετο εμπόδιο στην κλειστή ανάταξη της εξαρθρωμένης κεφαλής.

Λαγονογοϊτης: το τενόντιο τμήμα του είναι υπερτροφικό, Παχύτερο και συνήθως κοντό πιέζοντας το θύλακα. Στα υψηλότερα εξαρθήματα, εξ' αιτίας της πάχυνσης και της ρίκνωσής του, εμποδίζει το κατέβασμα της μηριαίας κεφαλής στην κοτύλη.

Οι περί την άρθρωση του ισχίου μύες: Αυτοί έχουν, συνήθως ρικνωθεί περισσότερο οι απαγωγοί και κυρίως ο μέσος γλουτιαίος και ο τείνων την πλατεία περιτονία, καθώς και οι προσαγωγοί, κάνοντας έτσι δύσκολη ή ασταθή την ανάταξη. Επίσης, στη μείωση του μήκους του μέσου γλουτιαίου, που η πορεία του σε υψηλό εξάρθρωμα γίνεται από κάθετη σχεδόν εγκάρσια, αποδίδεται το σημείο Trendelenburg και το νήσσειο βάδισμα.

Σχετικά με την παθογένεια του Σ.Ε.Ι. έχουν διατυπωθεί πάρα πολλές γνώμες σχετικά με το ποιες από τις βλάβες που αναφέρθηκαν προηγούμενα, είναι πρωτοπαθείς και ποιες δευτεροπαθείς. Αυτό σημαίνει, ότι η απάντηση είναι δύσκολη. Πάντως, γενετικές μελέτες φαίνεται, να επιβεβαιώνουν την άποψη, όχι τόσο η δυσπλασία της κοτύλης, νόσο και η χαλάρωση του αρθρικού θύλακα, αποτελούν πρωτοπαθείς παράγοντες του ΣΕΙ. Υποστηρίζεται, δηλαδή ότι υπάρχουν δύο συστήματα γόνων σε δράση. Το πρώτο συνδέεται με τη δυσπλασία της κοτύλης και είναι πολυγονυλιακό, το δεύτερο με τη χαλάρωση του αρθρικού θύλακα και είναι πιθανότητα, ο γόνος, που κυριαρχεί (Σ. Θεοδώρου 1973)⁶.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Η αιτιολογία της δυσπλασίας του ισχίου είναι πολυπαραγοντική. Στους διάφορους προδιαθεσικούς παράγοντες περιλαμβάνονται το θετικό οικογενειακό ιστορικό (20%), η γενικευμένη χαλαρότητα των αρθρώσεων, η λήψη οιστρογόνων και άλλων ορμονών από τη μητέρα με σκοπό τη χαλάρωση της πυέλου, και το θήλυ φύλο (9:1). Στους μηχανικούς παράγοντες περιλαμβάνονται ο πρώτος τοκετός, η ισχιακή προβολή και η τοποθέτηση των ισχίων, μετά τη γέννηση, σε θέση προσαγωγής. Η λήψη οιστρογόνων και άλλων ορμονών με σκοπό τη χαλάρωση της πυέλου προκαλεί παροδική χαλαρότητα των ισχίων του νεογέννητου.

Από τα νεογέννητα με δυσπλασία του ισχίου το 60% είναι πρωτότοκα παιδιά και το 30-50% γεννήθηκαν με ισχιακή προβολή. Στην ισχιακή προβολή η πύελος του εμβρύου είναι κατά τέτοιο τρόπο τοποθετημένη στη μητρική πύελο, ώστε τα ισχία βρίσκονται σε θέση μέγιστης κάμψης και έχουν περιορισμένο εύρος κινήσεων. Η κάμψη των ισχίων προκαλεί τάση στον ήδη χαλαρό αρθρικό δύλακο και στους συνδέσμους της άρθρωσης- προκαλεί επίσης αποκάλυψη του οπίσθιου τμήματος της μηριαίας κεφαλής. Αυτή η θέση, σε συνδυασμό με το περιορισμένο εύρος κινήσεων, προκαλεί τροφικές διαταραχές στο ισχίο, με αποτέλεσμα τη διαταραχή στη διάπλαση της χονδρογενούς κοτύλης. Η σχέση των φύλων μεταξύ των βρεφών που γεννήθηκαν με ισχιακή προβολή και παρουσιάζουν δυσπλασία του ισχίου είναι θήλεα προς

άρρενα 2:1. Η σχέση αυτή αποδεικνύει τη μεγάλη σημασία των μηχανικών παραγόντων (κατά την ισχιακή προβολή) στην πρόκληση της δυσπλασίας του ισχίου.

Παρατηρείται επίσης συσχέτιση μεταξύ της δυσπλασίας του ισχίου και του συγγενούς μυϊκού ραιβόκρανου (14-20%) ή του ραιβού μεταταρσίου (1-10%). Η παρουσία αυτών των καταστάσεων καθιστά αναγκαία την προσεκτική εξέταση των ισχίων.

Σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη της δυσπλασίας του ισχίου παίζουν και οι μεταγεννητικοί παράγοντες. Η κύρια θέση που προδιαθέτει σε εξάρθρωμα είναι η προσαγωγή και έκταση των κάτω άκρων. Η τοποθέτηση των ισχίων σε αυτή τη θέση προκαλεί πίεση στο δυσπλαστικό ισχίο, λόγω της φυσιολογικής θέσης των ισχίων σε κάμψη και απαγωγή αυτό έχει ως αποτέλεσμα το εξάρθρωμα της κεφαλής του μηριαίου από την κοτύλη μετά από διάστημα ημερών, εβδομάδων ή, ίσως, μηνών.⁸

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Το Σ.Ε.Ι. είναι μια από τις πιο συχνές ορθοπεδικές συγγενείς ανωμαλίες. Ο ακριβής, όμως, αριθμός της συχνότητας αυτής δεν είναι σταθερός, γιατί οι διάφορες στατιστικές κυμαίνονται στα ποσοστά από 1,5 μέχρι 5,7 στις 1.000 γεννήσεις (Σ. Θεοδώρου 1973), κατά άλλους πάλι από 1 μέχρι 15 στις 1.000 γεννήσεις (A. Ferguson 1975).

Πάντως λόγω της κληρονομικότητας της νόσου, ο κίνδυνος να γεννηθεί και δεύτερο παιδί με Σ.Ε.Ι. νεογνικό ή αργότερα διαγνωσθέν (Neonatal or late diagnosis) με φυσιολογικούς γονείς είναι 6% (1% για το αγόρι και 11% για το κορίτσι). Εάν πάσχει από Σ.Ε.Ι. ο ένας από τους δύο γονείς ο κίνδυνος είναι 12 % (6% για το αγόρι και 17% για το κορίτσι). Εάν πάσχει ο ένας από τους δύο γονείς από Σ.Ε.Ι και το ένα παιδί, ο κίνδυνος για το επόμενο παιδί είναι 36% (R.W. Davis 1970).

Σύμφωνα με την άποψη της R.W. Davis επίσης, τα πρωτότοκα παιδιά έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για Σ.Ε.Ι ακόμα και αν εξαιρεθούν οι ισχιακές προβολές. Η ίδια ερευνήτρια υποστηρίζει, ότι το Σ.Ε.Ι. είναι συχνότερο σε παιδιά που γεννιούνται τους μήνες του χειμώνα, χωρίς να υπάρχει σαφής εξήγηση γι' αυτό.

Η συχνότητα του ετερόπλευρου Σ.Ε.Ι είναι, περίπου, διπλάσια από ότι του αμφοτερόπλευρου, ενώ η συχνότητα προσβολής των κοριτσιών σε σχέση με τα αγόρια ποικίλει σύμφωνα με τις διάφορες στατιστικές σε 5:1 (Lloyd - Roberts 1971) 6:1 (Gregersen 1969) 5,5:1 (Paterson 1976) κ.α.

Κατά τον Dunn (1976) η αναλογία των κοριτσιών προς τα αγόρια είναι 4:1 όταν συνυπάρχουν και άλλες συγγενείς ανωμαλίες. Όταν το Σ.Ε.Ι. είναι μοναδική συγγενής ανωμαλία, το ποσοστό είναι Κ:Α=13:1.

Το Σ.Ε.Ι. είναι συχνό σε ορισμένες περιοχές και φυλές του κόσμου και πολύ σπάνιο σε άλλες. Πάντως αποτελεί «προνόμιο» της λευκής, κυρίως φυλής. Παρατηρείται, επίσης στην κίτρινη φυλή, ενώ στους μαύρους είναι σπανιότατο. Σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, όπως η Ελλάδα, και οι νότιες περιοχές της Γαλλίας, Ιταλίας και Γερμανίας, η πάθηση είναι ιδιαίτερα συχνή. Πάντως είναι γεγονός, ότι στη μεταγενετική περίοδο διάφορες συνθήκες επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης του Σ.Ε.Ι. Έτσι είναι συχνότερο στους Λάπωνες και στους Ινδιάνους της Νότιας Αμερικής, που φασκιώνουν τα μωρά τους με τα ισχία σε έκταση, ενώ είναι σπάνιο στους κινέζους του Χονγκ - Κονγκ και σε μερικές αμερικάνικες φυλές που τα ισχία διατηρούνται σε απαγωγή (A. Appley 1977).

Πόσο συχνό είναι το Σ.Ε.Ι. στην Ελλάδα, δεν είναι ακριβώς γνωστό, γιατί δεν υπάρχουν επίσημες στατιστικές. Σύμφωνα με μια στατιστική που έγινε στο Μαιευτήριο των Αθηνών το 1962, ποσοστό φτάνει στο 2% (Παιδιατέλης και συν) ενώ μια άλλη στατιστική το 1966 από το ίδιο Μαιευτήριο βρήκε το ποσοστό 4,3% (Κ. Ηλιόπουλος). Πάντως είναι γεγονός ότι είναι αρκετά συχνό και όπως φαίνεται είναι συχνότερο σε ορισμένες περιοχές όπως η Κρήτη, η Δυτική Πελοπόννησος, η Δυτική Στερεά και η Ήπειρος (γενικά η Δυτική Ελλάδα) χωρίς να υπάρχει ακριβής εξήγηση γι' αυτό. ⁶

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΙΣΧΙΩΝ

Εισαγωγή

Παρά τις προσπάθειες πρώιμης νεογνική διάγνωσης και θεραπείας του Συγγενούς Εξαρθήματος του Ισχίου (Σ.Ε.Ι.), σημαντικός αριθμός παιδιών προσέρχονται για θεραπεία καθυστερημένα (Bjerkrein 1974, Clarke et al 1989, Lennox et al 1993, Theodorou and Gerostathopoulos 1989, Theodorou 1990, Θεοδώρου 1995).

Με την κλινική διάγνωση που βασίζεται στους χειρισμούς των Ortolanni (1937), Palmen (1961) και Barlow (1962), ανιχνεύονται τα εξαρθρωμένα και εξαρθρώσιμα ισχία έχει, όμως αναφερθεί ότι τα 88% από αυτά, υποκαθίστανται χωρίς θεραπεία κατά τους δύο πρώτους μήνες της ζωής (Barlow 1962).

Η διαγνωστική αξία της ακτινογραφίας αμφισβητείται στην ηλικία των πρώτων 2-3 μηνών, αλλά δεν είναι και επιθυμητή εξ αιτίας των κινδύνων της ακτινοβολίας. Η υπερηχογραφία θεωρείται αβλαβής και χρήσιμη μέθοδος, όχι όμως απολύτως αξιόπιστη για τη διάγνωση του Σ.Ε.Ι. στα νεογνά (Clarke et al 1989, Castelein et al 1992, Hernandez et al 1994, Hensinger 1995, Terjersen 1996).

Χρήσιμη αποδείχθη η αξιολόγηση ορισμένων επιδημιολογικών και κλινικών παραγόντων που ονομάσθηκαν παράγοντες κινδύνου Σ.Ε.Ι. Η

εκτίμηση των παραγόντων αυτών σε συνδυασμό με πλήρη κλινική και υπερηχογραφική εξέταση φαίνεται να καθιστά περισσότερο εφικτή και αξιόπιστη τη διάγνωση της πάθησης ιδιαίτερα κατά τους πρώτους 1-3 μήνες.

Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται: Το οικογενειακό αναμνηστικό, η πρωτοτοκία, η ισχιακή θέση και προβολή, η ανίχνευση κλικ ή γευδοκλικ, ο περιορισμός της απαγωγής των ισχίων, η ασυμμετρία των πτυχών μηρών και γλουτών, διάφορες συγγενείς ανωμαλίες του άκρου ποδός (πτερνοβλαιοποδία, συγγενής ραιβοποδία, ραιβό μετατάρσιο), το ίνωμα του στερνοκλειδομαστοειδούς, σκολίωση, ιεροκοκκυγικό βοδρίο, ολιγοϋδράμνιο, βουβωνοκήλες κλπ.

Στο νεογνικό πληθυσμό με διάγνωση Σ.Ε.Ι., είναι δυνατόν να περιλαμβάνεται ένας μικρός αριθμός νεογνών με γευδή θετικά ή και αρνητικά κλινικά ή και υπερηχογραφικά ευρήματα. Θεωρήσαμε λοιπόν ότι η εκτίμηση της σημασίας των παραγόντων κινδύνου θα ήταν περισσότερο αξιόπιστη αν γίνονταν σε βρέφη με περισσότερο τεκμηριωμένη κλινικά και ακτινολογικά τη διάγνωση Σ.Ε.Ι. Για τους λόγους αυτούς, μελετήσαμε την συχνότητα των παραγόντων κινδύνου σε 402 βρέφη ηλικίας 2 έως 5 μηνών στα οποία, εκτός υπό την κλινική εξέταση, η διάγνωση του Σ.Ε.Ι. επιβεβαιώθηκε με την τυπική ακτινογραφική εικόνα και την παρακολούθηση. Παρόμοια λεπτομερή εκτίμηση και ανάλυση των παραγόντων αυτών σε μεγάλο αριθμό βρεφών αυτής της ηλικίας, δεν βρήκαμε στη βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ

Μελετήθηκαν οι φάκελοι 402 βρεφών ηλικίας 2 έως 5 μηνών με Σ.Ε.Ι. ή υπεξάρθρωμα, που αντιμετωπίσθηκαν κατά την περίοδο 1970-1995, και για τα οποία σε ειδικό έντυπο είχαν καταγραφεί οι πληροφορίες τις οποίες ερευνούμε.

Από τα 402 βρέφη, τα 47 ήσαν αρρενα και τα 355 θήλεα (1:7,5). Σε 220 βρέφη η προσβολή ήταν αμφοτερόπλευρη (440 ισχία) με εξάρθρωμα αμφίπλευρα ή με συνδυασμό εξαρθρήματος από την μια πλευρά και υπεξυρθρήματος υπό την άλλη (50 βρέφη). Σε 157, το Σ.Ε.Ι. ήταν ετερόπλευρο (120 αριστερά και 37 δεξιά). Εικοσιπέντε βρέφη παρουσίαζαν αμιγές υπεξάρθρωμα του ισχίου, αμφίπλευρο σε 7 και ετερόπλευρο σε 18 (32 ισχία). Συνολικά δηλαδή είχαμε 629 ισχία με εξάρθρωμα ή υπεξάρθρωμα (Πίνακες I, II)

ΠΙΝΑΚΑΣ I

Σ.Ε.Ι. (1970-1995). 402 Βρέφη ηλικίας 2.5-5 μηνών.

Φύλο ασθενών	
Θήλεα	355
Άρρενα	47
Σύνολο	402

(Άρρενα 1: Θήλεα 7)

ΠΙΝΑΚΑΣ II

Σ.Ε.Ι. (1970-1995). 402 βρέφη 2.5-5 μηνών.

Εντόπιση	Αρ. Βρεφών	Αρ. Ισχίων
Αμφ.	220	440
Αριστερά	120	120
Δεξιά	37	37
Υπεξάρθρωμα	25	32
Σύνολο	402	629

Σχετικά με τα υπεξαρρήματα αν ληφθούν υπόψη τα 50, που εντοπιζόνταν σε παιδιά με εξάρθρωμα από την μία πλευρά και υπεξάρθρωμα από την άλλη, ο συνολικός αριθμός των ανέρχεται σε 82. Στην τελευταία αυτή κατηγορία το εξάρθρωμα εντοπιζόνταν συνήδως αριστερά και το υπεξάρθρωμα δεξιά (40:10), ενώ όταν επρόκειτο για ετερόπλευρο αμιγές υπεξάρθρωμα η εντόπιση ήταν συχνότερα αριστερά (14:4).

Μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου που είναι σημαντικότεροι και ονομάζονται παράγοντες υψηλού κινδύνου, εμφανίσθηκαν στο υλικό μας με την ακόλουθη συχνότητα:

1. Οικογενειακό αναμνηστικό: Σε 140 από τα 402 βρέφη ευρέθησαν ένας ή περισσότεροι πάσχοντες συγγενείς δηλαδή ποσοστό 35%

2. Πρωτότοκα ήσαν τα 241 από τα 402 βρέφη (60%), δευτερότοκα 124 (31 %) και τριτότοκα και άνω, 9%.

3. Σε 17 βρέφη ο τοκετός έγινε με ισχιακή προβολή, και σε 12 με Καισαρική τομή εξ αιτίας ισχιακής θέσης. Δηλαδή συνολικά ισχιακή θέση ή προβολή παρατηρήθηκε σε ποσοστό 7.2%.

4. Τυπικό κλικ ή γευδοκλικ βρέθηκε σε 452 υπό 629 ισχία (67%).

5. Περιορισμένη απαγωγή των ισχίων (μικρότερη των 50 μοιρών) διαπιστώθηκε σε 450 από τα 629 ισχία (71.5%).

7. Ασυμμετρία των πτυχών μηρών και γλουτών βρέθηκε σε 201 βρέφη (50%).

8. Διάφορες συγγενείς ανωμαλίες του άκρου ποδός (πτερνοβλαιοποδία σε 5.4%, συγγενές ραιβό μετατάρσιο σε 1%, συγγενής ραιβοϊποποδία 0.75%). Ίνωμα του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός βρέθηκε σε 12 βρέφη (3%) (Πίνακες III και IV).

9. Διάφορες άλλες συγγενείς ανωμαλίες που παρατηρήθηκαν σπανιότερα ήσαν: βρεφική ιδιοπαθής σκολίωση 3 περιπτώσεις, βουβωνοκίλες και ομφαλοκίλες 3, ιεροκοκοκκυγικό βοδρίο 4 και προωρότητα σε 2 νεογνά (Πίνακας V). Σχετικά με την καταγωγή των γονέων των παιδιών 80 ήταν από την Πελοπόννησο, 45 από Στερεά Ελλάδα, 42 από την Κρήτη, 42 από την Ήπειρο, 34 από την Θεσσαλία, 36 από την Αττική και οι υπόλοιποι από άλλες περιοχές.

ΠΙΝΑΚΑΣ III

Σ.Ε.Ι. 402 Βρέφη ηλικίας 2.5-5 μηνών (1975-1996).

Συχνότητα παραγόντων υψηλού κινδύνου.

Παράγων κινδύνου	%
1. Οικογενειακό αναμνηστικό	34
2. Πρωτοτοκία	60
3. Ισχιακή προβολή	7.2
4. Αστάθεια-κλικ	67
5. Περιορισμός απαγωγής ισχίου	71
6. Ασυμμετρία πτυχών μηρού	50
7. Ίνωμα στερνοκλειδομαστοειδούς	3
8. Συγγενείς ανωμαλίες ποδών	7

ΠΙΝΑΚΑΣ IV

Συχνότητα συγγενών ανωμαλιών ποδός συγκριτικά με βιβλιογραφικές αναφορές.

Ανωμαλία	%	Βιβλιογραφία
Συγγ. Ραιβό Μετατάρσιο	1%	(1:1000)
Συγγ. Ραιβοποδία	0.75%	(1:1000)
Συγγ. Βλαιοποδία	5.47%	(1:1000-25%)

ΠΙΝΑΚΑΣ V

Υπόλοιποι παράγοντες κινδύνου.

Ιδιοπαθής Σκολίωση

Βουβωνοκήλη - Ομφαλοκήλη

Ιεροκοκκυγικό Βοθρίο

Προωρότητα

Καταγωγή

Συζήτηση

Τόσο η προσεκτική κλινική εξέταση όλων των νεογνών για Σ.Ε.Ι. από έμπειρους εξεταστές όσο και η υπερηχογραφία αύξησαν τις δυνατότητες πρώιμης διάγνωσης παθολογικών ισχίων. Εν τούτοις η υπερηχογραφική εξέταση όλων των νεογνών για Σ.Ε.Ι. δεν συνιστάται από πολλούς διότι δεν είναι επαρκώς αξιόπιστη, και διότι είναι δαπανηρή αφού προϋποθέτει απασχόληση προσωπικού, συνεχή αγορά νεώτερων μηχανημάτων, κλπ. (Clarke et al 1989, Castelein et al 1992, Hensinger 1995).

Για τους λόγους αυτούς, πολλοί συνιστούν υπερηχογράφηση μόνο σε περιπτώσεις που συνυπάρχουν παράγοντες υψηλού κινδύνου (Jones and Powell 1990, Engesaeter et al 1990, Walter et al 1992, Boerree and Clarke 1994).

Στην παρούσα εργασία αυτή μελετήθηκαν οι εξής παράγοντες κινδύνου:

1. Οικογενειακό αναμνηστικό.
2. Η πρωτοτοκία.
3. Η ισχιακή θέση και προβολή.
4. Η ανίχνευση κλικ ή γευδοκλικ.
5. Ο περιορισμός της απαγωγής των ισχίων.
6. Η ασυμμετρία των πτυχών μηρών και γλουτών.
7. Το φύλο.
8. Η παρουσία συγγενών ανωμαλιών κυρίως του άκρου ποδός (συγγενούς πτερνοβλαιοποδίας, συγγενούς ραιβού μεταταρσίου, συγγενούς ραιβοϊπποποδίας).
9. Ινώματος του στερνοκλειδομαστοειδούς (ραιβόκρανον).

Οι παράγοντες αυτοί βρέθηκαν στα 402 βρέφη με Σ.Ε.Ι. ή υπεξάρθρωμα σε σημαντικά υψηλή συχνότητα και για το λόγο αυτό, τους θεωρούμε «παράγοντες υψηλού κινδύνου».

Στην διεθνή βιβλιογραφία πολύ περιορισμένη μνεία στην μελέτη των παραγόντων κινδύνου στα βρέφη γίνεται. Οι Albinana και συν. (1993), μελέτησαν 33 βρέφη με μέση ηλικία 15.2 μηνών, αναφέρουν δε ότι «η συχνότητα των παραγόντων αυτών σε παιδιά με καθυστερημένη διάγνωση Σ.Ε.Ι. είναι άγνωστη». Στην ελληνική βιβλιογραφία οι Γριβέα

και Θεοδώρου (1974) αναφέρουν υψηλή συχνότητα δετικού οικογενειακού αναμνηστικού, πρωτοτοκίας, και ισχιακής προβολής σε 841 περιπτώσεις Σ.Ε.Ι. ηλικίας από 10 ημερών μέχρι 14 ετών. Από την ανάλυση των 402 περιπτώσεων της παρούσης σειράς προέκυψαν τα εξής:

1. Οικογενειακό ιστορικό. Ένας, ή περισσότεροι συγγενείς με Σ.Ε.Ι. βρέθηκαν σε 140 από τα 402 παιδιά (34.8). Στη βιβλιογραφία το ποσοστό ποικίλλει (8% Heikkela 1984, 28-30% Tachdjian 1972, 33% Wynne-Davies 1970, 47% Ζουμπόπουλος 1981). Σε προηγούμενες εργασίες μας βρέθηκε 16% (Θεοδώρου και συν. 1967 και 34%, Γριβέα και Θεοδώρου 1974). Είναι πιθανόν το ποσοστό που βρήκαμε να είναι χαμηλότερο από το πραγματικό αν ληφθεί υπόψη η τάση των γονέων να αποκρύπτουν το γεγονός παρουσίας της ανωμαλίας και σε άλλους συγγενείς, αλλά και πραγματική άγνοια.

2. Πρωτοτοκία: το πάσχον βρέφος ήταν πρωτότοκο σε ποσοστό 60% ενώ δευτερότοκο σε 31%. Στη βιβλιογραφία η συχνότητα ποικίλλει. Ο Artz και συν. (1975) αναφέρουν 63% πρωτότοκα και 21% δευτερότοκα, ο Walter και συν. (1992) 53% πρωτότοκα. Σε προηγούμενη εργασία μας είχε βρεθεί η ίδια περίπου συχνότητα (Θεοδώρου και συν. 1967). Πάντως με τα δεδομένα αυτά, το πρώτο παιδί έχει 1 έως 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζει Σ.Ε.Ι. με τα επόμενα.

3. Ισχιακή θέση ή προβολή παρατηρήθηκε σε 29 περιπτώσεις δηλαδή σε 7.2%. Σε προηγούμενες εργασίες μας βρέθηκε 16% (Θεοδώρου και συν. 1967) και 6.2% (Γριβέα και Θεοδώρου 1974). Η Wynne-Davies 1973

αναφέρει ποσοστό ισχιακής προβολής σε παιδιά με Σ.Ε.Ι., 17-25%. Η χαμηλή συχνότητα της ισχιακής προβολής στη σειρά μας πιθανότατα οφείλεται στο ότι οι πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό προέρχονταν από τους γονείς, και επίσης στο ότι στον αριθμό που αναφέραμε δεν συμπεριελήφθησαν περιπτώσεις μετασχηματισμού που έγιναν κατά τον τελευταίο μήνα της κύησης. Η συχνότητα πάντως της ισχιακής προβολής στην Ελλάδα υπολογίζεται σε 1-2% (Χαλκιαδάκης και συν 1963), και συνεπώς είναι 3 έως 4 φορές συχνότερη στα παιδιά με Σ.Ε.Ι.

4. Τυπικό κλικ ή ψευδοκλικ βρέθηκε σε 422 από τα 629 ισχία δηλαδή στο 67%. Στη νεογνική ηλικία και ιδιαίτερα κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες μετά την γέννηση η ανίχνευση κλικ δεν αποτελεί βέβαιο σημείο Σ.Ε.Ι. γιατί όπως αναφέραμε εξαφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό κατά τις επόμενες εβδομάδες, αποκτά όμως σημασία αν συνδυάζεται και με άλλους παράγοντες κινδύνου.

Στην ομάδα των βρεφών ηλικίας 2.5-5 μηνών που εξετάσαμε η ανίχνευση του κλικ είναι δυσκολότερη, αλλά και πολύ πιο αξιόπιστο σημείο παρουσίας Σ.Ε.Ι.

5. Περιορισμένη υπαγωγή των ισχίων κάτω των 50 μοιρών, βρέθηκε σε 450 από τα 629 ισχία με Σ.Ε.Ι. (71.5%). Ελαττωμένη απαγωγή δεν φαίνεται να παρατηρείται σε περισσότερο από το 15-20% των φυσιολογικών βρεφών (Θεοδώρου 1980).

6. Ασυμμετρία πτυχών μηρών και γλουτών παρατηρήσαμε στο 50% των βρεφών. Ο Ando και συν. (1990) αναφέρουν 23.8%.

7. Συγγενείς ανωμαλίες των άκρων ποδών παρατηρήθηκαν με την εξής συχνότητα: α. τυπικό συγγενές ραιβό μετατάρσιο παρατηρήθηκε σε 4 παιδιά (1%), ενώ η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε 1 προς χίλια (Wynne Davies 1970). β. Συγγενής ραιβοϊπποποδία παρατηρήθηκε σε τρία βρέφη (0.75%). Στο γενικό πληθυσμό αναφέρεται η ίδια συχνότητα με το ραιβό μετατάρσιο 1 στα χίλια. γ. Συγγενής πτερνοβλαιοποδία ανευρέθη σε 22 βρέφη (5.47%). Η συχνότητά της ποικίλλει ευρύτατα στις διάφορες δημοσιεύσεις (Wynne-Davies 1 στα χίλια, Paterson 1976, 25%). Οι μεγάλες διαφορές οφείλονται στον τρόπο εκτίμησης και την ηλικία των παιδιών. Πάντως στις περιπτώσεις μας χαρακτηρίστηκε σαν πτερνοβλαιοποδία η ευχερής και μεγάλη ραχιαία κάμψη του άκρου ποδός ο οποίος έρχεται σε επαφή με την πρόσδια επιφάνεια της κνήμης, με πολύ μικρή προς τα άνω πίεση στο πρόσδιο μέρος του πέλματος.

8. Ίνωμα του στερνοκλειδομαστοειδούς παρατηρήθηκε σε 12 βρέφη. (3%). Η συχνότητά του στο γενικό πληθυσμό δεν είναι γνωστή, αλλά σε προηγούμενη εργασία μας είχε παρατηρηθεί στο 3% των παιδιών με Σ.Ε.Ι. Η εκτίμησή του είναι δύσκολη γιατί εμφανίζεται κατά την δεύτερη νεογνική εβδομάδα και στο 70% περίπου των περιπτώσεων εξαφανίζεται χωρίς συνέπειες μετά τον έκτο μήνα.

Περισσότεροι του ενός παράγοντες υψηλού κινδύνου παρατηρήθηκαν αρκετά συχνά σε βρέφη που έπασχαν από Σ.Ε.Ι. Ένας παράγων κινδύνου παρατηρήθηκε σε 35 βρέφη (8.7%). Δύο παράγοντες σε 123,

δηλαδή (30.6%), τρεις παράγοντες σε 163 (40,5%) και τέσσερις παράγοντες ή περισσότεροι σε 82 (20.3%).

Άλλοι παράγοντες όπως η βρεφική ιδιοπαθής σκολίωση, βουβωνοκήλες, ομφαλοκήλες, ιεροκοκκυγικό βοθρίο, προωρότητα, και ολιγοϋδράμνιο βρέθηκαν σε πολύ χαμηλότερη συχνότητα και δεν αναλύθηκαν λεπτομερώς στην παρούσα σειρά.

Αναφέρεται επίσης ότι το Σ.Ε.Ι. είναι περισσότερο συχνό σε ορισμένες περιοχές της χώρας (Κρήτη, Ήπειρος, Επτάνησα, Θεσσαλία) αλλά από την παρούσα σειρά δεν μπορούν να εξαχθούν οποιαδήποτε συμπεράσματα, γιατί τα παιδιά προέρχονταν από διάφορες περιοχές της χώρας.

Θα πρέπει να σημειωθεί πάντως ότι το Σ.Ε.Ι. είναι πολύ συχνότερο στα θήλεα παρά στα άρρενα (1:7 στην παρούσα σειρά).

Οι παράγοντες κινδύνου μελετήθηκαν σε βρέφη ηλικίας 2.5 μέχρι 5 μηνών γιατί στην ηλικία αυτή άρχιζε θεραπεία το μεγαλύτερο μέρος των παιδιών με Σ.Ε.Ι. στην περίοδο 1975- 1995 (Θεοδώρου 1995).

Από τα ευρήματά μας δεν είναι δυνατόν να υπολογισθεί στατιστικά σε ποιο βαθμό ο κάθε παράγων κινδύνου από αυτούς που μελετήσαμε, αυξάνει το κίνδυνο παρουσίας του Σ.Ε.Ι. γιατί τα βρέφη που περιλαμβάνονται στη μελέτη μας δεν επελέγησαν από μια ορισμένη ομάδα βρεφών στην οποία τα υπόλοιπα δεν παρουσίαζαν εξάρθρωμα. Δεν πρόκειται δηλαδή για προοπτική μελέτη.

Οι Jones και Powell (1990) πάντως, σε μια εργασία των ανίχνευσης του Σ.Ε.Ι. με κλινική και υπερηχογραφική εξέταση σε 812 ισχία νεογνών με 406 ισχία υψηλού κινδύνου για Σ.Ε.Ι., ερεύνησαν τον αυξημένο κίνδυνο παρουσίας ανωμάλου ισχίου όταν συνυπήρχε ένας από τους παράγοντες υψηλού κινδύνου. Μετά από στατιστική ανάλυση ανέφεραν ότι η παρουσία ενός από τους παράγοντες υψηλού κινδύνου, προκαλεί αύξηση του κινδύνου ανεύρεσης ανωμάλου υπερηχογραφήματος κατά 13 φορές για την ισχιακή προβολή, 9 φορές για την ανίχνευση κλικ, 5 φορές για το θετικό οικογενειακό αναμνηστικό, 8 φορές για την παρουσία ανωμαλιών του άκρου ποδός και 52 φορές για την ανεύρεση σημείου Ortolani.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι το ποσοστό περιπτώσεων Σ.Ε.Ι. με καθυστερημένη διάγνωση, που θα μπορούσαν να παρουσιάζουν παράγοντες κινδύνου αν αυτοί είχαν εκτιμηθεί κατά την γέννηση, δεν είναι ακριβώς γνωστό, συμπεραίνεται όμως ότι βρίσκεται κατά προσέγγιση στο 60% (Department of Health and Social Security 1986).

Με τα δεδομένα αυτά, η ανεύρεση στην παρούσα εργασία των παραγόντων κινδύνου σε υψηλή συχνότητα, καθώς και το συνδυασμό περισσότερων του ενός παραγόντων, σε βρέφη ηλικίας 2.5 έως 5 μηνών ενισχύει την άποψη ότι η αξιολόγηση των παραγόντων αυτών είναι πολύ χρήσιμη για την διάγνωση του Σ.Ε.Ι. τόσο στην ηλικία 2.5-5 μηνών αλλά και στα πρώιμότερα στάδια δεδομένου ότι οι περισσότεροι από τους παράγοντες που μελετήσαμε ανευρίσκονται και κατά τη νεογνική ηλικία.

Μέθοδος - υλικό

Στη μελέτη περιλαμβάνονται 402 βρέφη ηλικίας 2 έως 5 μηνών της περιόδου 1975-1995, στα οποία η διάγνωση ΣΕΙ είχε τεκμηριωθεί με την ανεύρεση τυπικών κλινικών και ακτινολογικών ευρημάτων, και μακρά, παρακολούθηση. Οι παράγοντες υψηλού κινδύνου ανευρέθησαν με την ακόλουθη συχνότητα: θετικό οικογενειακό αναμνηστικό 34.8% πρωτοτοκία 31%, ισχιακή προβολή 7.2, τυπικό κλικ ή γευδοκλικ 67%, περιορισμός της απαγωγής των ισχίων 71%, ασυμμετρία πτυχών μηρού και γλουτού 50%, και συγγενείς ανωμαλίες του άκρου ποδός σε σημαντικά αυξημένη συχνότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Συζήτηση-Συμπεράσματα: Συνδυασμός δύο ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου στο ίδιο βρέφος παρατηρήθηκε στην πλειονότητα των πάσχοντων βρεφών. Η υψηλή συχνότητα των παραγόντων αυτών, καθώς και η ανεύρεση περισσότερων παραγόντων στο ίδιο βρέφος, που παρατηρήθηκαν στα πάσχοντα από ΣΕΙ βρέφη ενισχύουν την σημασία των για την διάγνωση του Σ.Ε.Ι. τόσο στα βρέφη ηλικίας 2.5-5 μηνών όσο και στα νεογνά.⁹

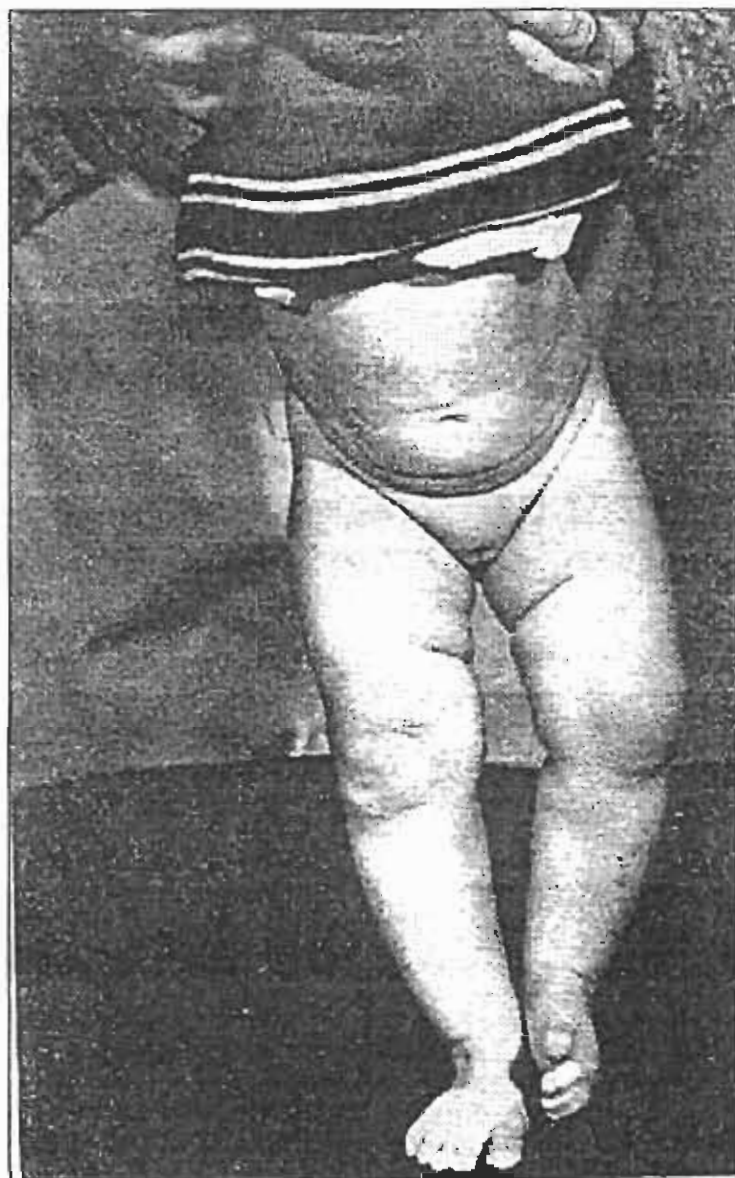
ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΙΣΧΙΟΥ

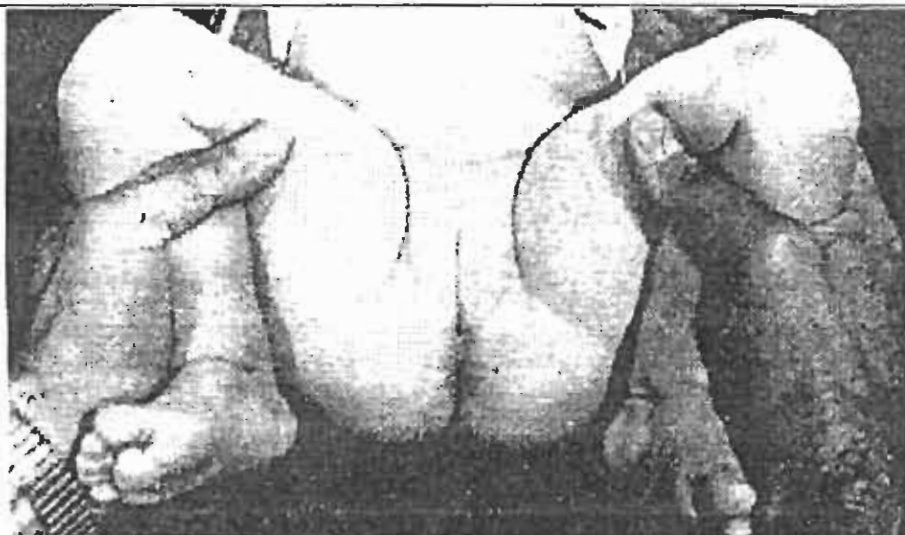
Το συγγενές εξάρθρωμα είναι 5-6 φορές συχνότερο στα κορίτσια παρά στα αγόρια και στο 1/3 των περιπτώσεων είναι αμφοτερόπλευρο. Επειδή η έγκαιρη διάγνωση έχει πολύ μεγάλη σημασία για τη θεραπεία, είναι απαραίτητο ο γιατρός που αναλαμβάνει να εξετάσει παιδιά για Σ.Ε.Ι., να έχει εμπειρία στην αναζήτηση των κλινικών σημείων της πάθησης.

Κλινικά σημεία Σ.Ε.Ι πριν από τη βάδιση

1. Ασυμμετρία στις πτυχές του μηρού (εικόνα 12): Είναι το πρώτο σημείο που τραβάει την προσοχή της μητέρας. Οι φυσιολογικές δερματικές πτυχές στην έσω επιφάνεια του μηρού είναι γηλότερα ή είναι περισσότερες στο σκέλος με το εξάρθρωμα. Το σημείο αυτό έχει σημασία μόνο σε μονόπλευρο εξάρθρωμα και αποτελεί ένδειξη για αναζήτηση εξαρθήματος και όχι απόδειξη ότι υπάρχει. Αρκετά συχνά υπάρχει ανωμαλία στις πτυχές χωρίς εξάρθρωμα.
2. 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.



Εικ. 12. Ασυμμετρία στις δερματικές πτυχές των μηρών. Η πτυχή του δεξιού μηρού είναι γηλότερη από την αντίστοιχη του αριστερού ενδεικτική Σ.Ε.Ι.



Εικ. 13. Τρόπος εξέτασης βρέφους για Σ.Ε.Ι.

Ο γιατρός πιάνει τους μηρούς με τον αντίχειρα στην εσωτερική επιφάνεια και τα υπόλοιπα δάκτυλα στην εξωτερική με τρόπο που να φτάνουν στο μείζονα τροχαντήρα (Εικ.13). Κατά την προσπάθεια απαγωγής διαπιστώνεται περιορισμός στην πλευρά που έχει την πάθηση σε σύγκριση προς τη φυσιολογική σε μονόπλευρο εξάρθρωμα (εικ.14). Σε αμφίπλευρο υπάρχει περιορισμός και στις δύο πλευρές. Στα φυσιολογικά ισχία η απαγωγή φτάνει μέχρι 80-90ο σε σχέση προς το μέσο επίπεδο. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις η απαγωγή είναι περιορισμένη συμμετρικά και στα δύο ισχία χωρίς να υπάρχει εξάρθρωμα (σφιχτά ισχία).

3. Σημείο Ortolani: Η εξέταση γίνεται κατά τον ίδιο τρόπο. Ο γιατρός κάνει απαγωγή των μηρών, ενώ ταυτόχρονα σπρώχνει με το δείκτη και μέσο δάκτυλο στην κεφαλή του μηριαίου προς τα εμπρός. Αν υπάρχει Σ.Ε.Ι., αισθάνεται χαρακτηριστικό «κλικ» που παράγεται από την είσοδο

της κεφαλής μέσα στην κοτύλη («κλικ» εισόδου). Κατά την προσαγωγή των μηρών η κεφαλή βγαίνει και πάλι μόνη της από την κοτύλη.

4. Η δοκιμασία Barlow: Χρησιμοποιείται για την αναζήτηση αστάθειας στο ισχίο (εξαρθρώσιμο). Με το βρέφος στην κλασική ύπτια θέση και με τον ίδιο τρόπο συγκράτησης των σκελών ασκείται με τον αντίχειρα πίεση στο άνω άκρο του μηρού προς τα πίσω και έξω, οπότε γίνεται αισθητό χαρακτηριστικό «κλικ» από παρεκτόπιση της κεφαλής του μηριαίου έξω από την κοτύλη («κλικ» εξόδου). Μόλις η πίεση από τον αντίχειρα σταματήσει, η κεφαλή ξαναμπαίνει μέσα στην κοτύλη.



Εικ. 14. Περιορισμός στην απαγωγή του δεξ. μηρού ενδεικτική για Σ.Ε.Ι.

5. Βράχυνση του μηρού (φαινομενική): Με το βρέφος ύπτιο επάνω σε οριζόντιο κρεβάτι και τα γόνατα και τα ισχία σε ορθή γωνία, διαπιστώνεται ότι το επίπεδο του γόνατος βρίσκεται χαμηλότερα στην πλευρά του εξαρθήματος (Εικ.15) (φαινομενική βράχυνση του μηριαίου).

6. Εμβολοειδείς κινήσεις: Ελέγχονται με το βρέφος ύπτιο 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 εξάρθρωμα.

Κλινικά σημεία μετά τη βιάδιση

1. Σημείο Trendelenburg: Κανονικά όταν ένα άτομο στηρίζεται στο ένα σκέλος - το φυσιολογικό -, ο γλουτός της αντίθετης πλευράς ανεβαίνει προς τα επάνω. Αν στηριχθεί στο σκέλος που έχει το εξάρθρωμα, τότε ο γλουτός της αντίθετης πλευράς πέφτει χαμηλότερα από αδυναμία των απαγωγών μυών του ισχίου που πάσχει (κυρίως μέσος γλουτιαίος) (Εικ.16).

2. Χωλότητα σε μονόπλευρο εξάρθρωμα.

3. Βιάδισμα πάπιας σε αμφίπλευρο εξάρθρωμα.

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



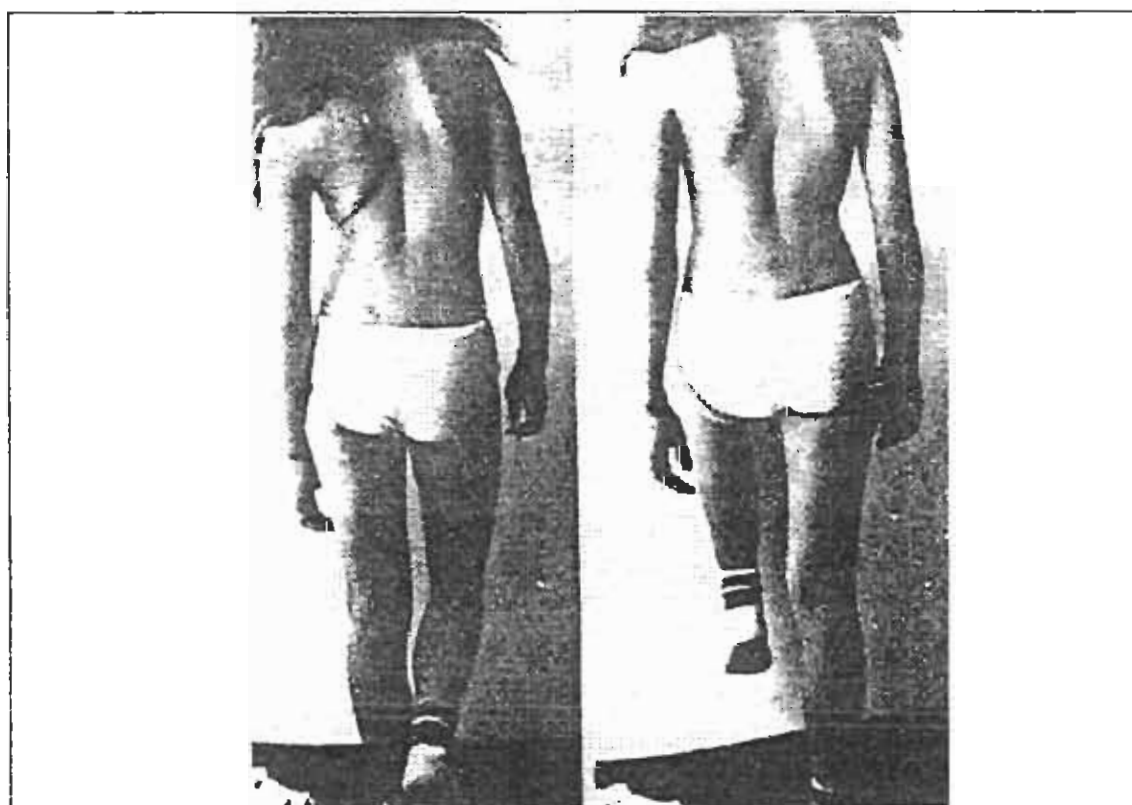
Εικ. 15. Βράχυνση (φαινομενική) του δεξ. Μηρού σε σχέση προς τον αριστερό ενδεικτική για Σ.Ε.Ι

Ακτινολογική εικόνα:

Πριν από την εμφάνιση του πυρήνα οστέωσης 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 προσδιοπίσθια ακτινογραφία με τα σκέλη σε ουδέτερη θέση, αν φέρομε ευθεία, η οποία ενώνει τα κέντρα των δύο κοτυλών και μία άλλη από το κέντρο της κοτύλης κατά μήκος της οροφής της, οι δύο γραμμές σε φυσιολογική κοτύλη σχηματίζουν γωνία 20-30°. Σε συγγενές υπεξάρθρωμα ή εξάρθρωμα η γωνία αυτή είναι μεγαλύτερη από 30° (Εικ.17).

2. Σημείο Von Rosen: Με τα ισχία σε απαγωγή 45° και εσωτερική στροφή κάνουμε μία προσδιοπίσθια ακτινογραφία που να περιλαμβάνει σε ένα φιλμ τις διαφύσεις των μηριαίων, τη λεκάνη και την οσφυϊκή μοίρα Σ.Σ. Αν φέρομε μια 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 σπονδ. στήλης:



Εικ. 16. α) Σημείο Trendelenburg αριστερά. Κατά τη στήριξη στο αρ. σκέλος ο δεξιός γλουτός πέφτει χαμηλότερα από τον αριστερό και συγχρόνως γίνεται ανπισταθμιστική κλίση του κορμού αριστερά για ισορροπία (ανεπάρκεια μέσου γλουταίου), β) Φυσιολογικό ισχίο δεξιά.

3. Διακοπή του Θυροαυχενικού τόξου (γραμμής του Shenton): Φυσιολογικά η γραμμή αυτή είναι μία συνεχής καμπύλη και σχηματίζεται από το κάτω χείλος του ανατομικού αυχένα του μηριαίου οστού και από το άνω όριο του θυροειδούς τρήματος. Όταν υπάρχει εξάρθρωμα ή υπεξάρθρωμα, η γραμμή αυτή διακόπτεται σε δύο, διότι ο αυχένος του μηριαίου παρεκτοπίζεται προς τα επάνω. Διακοπή μπορεί να παρουσιασθεί και σε φυσιολογικό ισχίο, αν η ακτινογραφία γίνει με το σκέλος σε προσαγωγή και εξωτερική στροφή.

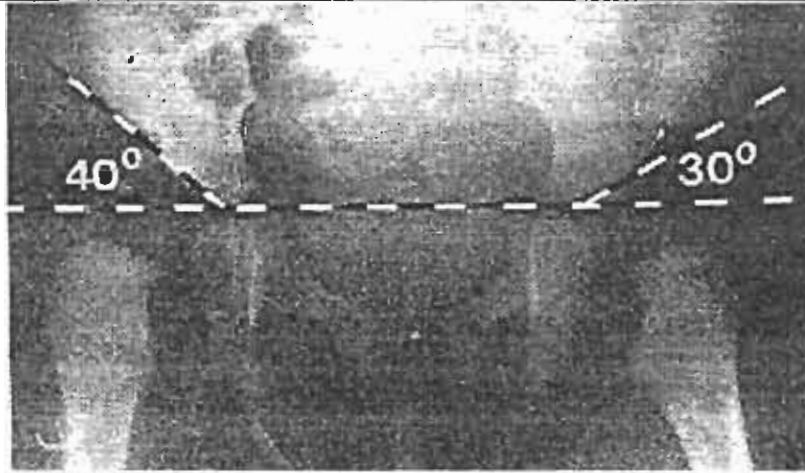
4. Καθυστέρηση στην εμφάνιση του πυρήνα οστέωσης της κεφαλής πέρα από τον 5^ο -6^ο μήνα.

5. Καθυστέρηση στην οστεοποίηση της ηβοϊσχιακής συγχόνδρωσης στην πλευρά του συγγενούς υπεξαρθρήματος σε αρκετές περιπτώσεις.

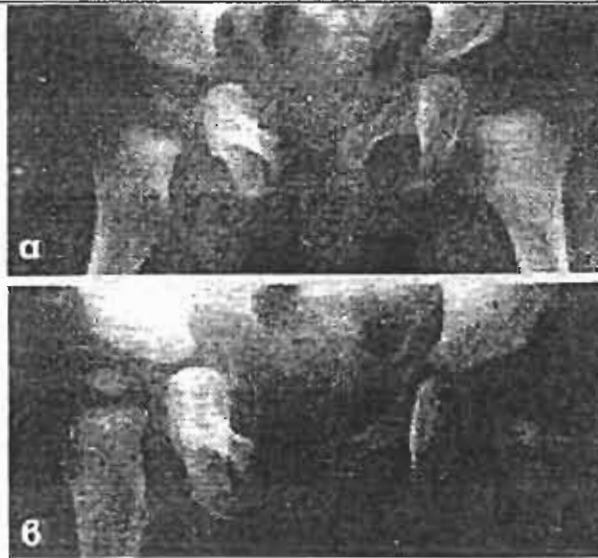
Μετά την εμφάνιση του πυρήνα οστέωσης, τα ακτινολογικά ευρήματα είναι τα εξής:

1. Ο πυρήνας οστέωσης της κεφαλής είναι μικρότερος στην πλευρά της πάθησης (Εικ. 18).

2. Αν φέρομε μια ευθεία γραμμή που να περνά από το κέντρο των συζευκτικών χόνδρων των κοτυλών και μία άλλη από το έξω χείλος της κοτύλης κάθετα προς την προηγούμενη, σχηματίζεται σταυρός που χωρίζει το χώρο της κοτύλης σε τέσσερα τεταρτημόρια. Φυσιολογικά ο πυρήνας οστέωσης της κεφαλής του μηριαίου βρίσκεται στο κάτω και έσω τεταρτημόριο.



Εικ.17. Αυξημένη λοξότητα της κοτύλης δεξιά που σχηματίζει με την οριζόντια γραμμή που ενώνει τα κέντρα των δύο κοτυλών γωνία 40° σε αντίθεση με την αριστερή που σχηματίζει 30° (φυσιολογική).



Εικ. 18. α) Καθυστέρηση στην εμφάνιση του πυρήνα οστέωσης της κεφαλής του μηριαίου αριστερά ενδεικτική δυσπλασίας του ισχίου, β) Ο πυρήνας οστέωσης της κεφαλής του μηριαίου είναι μικρότερος στην αρ. πλευρά, (αν και η οροφή της κοτύλης αναπτύχθηκε καλά).

Σε συγγενές εξάρθρωμα ή υπεξάρθρωμα βρίσκεται στο άνω και έξω¹⁰.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι έρευνες που έγιναν τα τελευταία χρόνια συγκλίνουν στην ενοχοποίηση των παρακάτω παραγόντων :

1. Παράγοντες πριν από τη γέννηση (κυρίως κληρονομικοί)

Η οικογενής εμφάνιση της πάθησης είναι αναμφισβήτητη. 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.

2. Παράγοντες κατά τη γέννηση

α) Στις γυναίκες αμέσως πριν από τον τοκετό εκκρίνεται ορμόνη (η ρηλαζίνη), 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 (π.χ. δυσπλασία) η αιτιολογική δράση της ρηλαζίνης.

β) Η προβολή του εμβρύου κατά τον τοκετό έχει επίσης σημασία. Έχει βρεθεί ότι σε 30% των περιπτώσεων Σ.Ε.Ι. τα παιδιά γεννήθηκαν με ισχιακή προβολή. Είναι πολύ πιθανό ότι κατά την προβολή αυτή η εφαρμογή έλξης στα ισχία που βρίσκονται σε κάμψη κατά την συνέχεια η

απότομη έκτασή τους, ιδιαίτερα όταν υπάρχει και χαλάρωση των συνδέσμων, είναι υπεύθυνη για ένα ποσοστό Σ.Ε.Ι.

3. Παράγοντες μετά τη γέννηση

Παραδοσιακές συνήθειες στον τρόπο περίδεσης του παιδιού παίζουν ρόλο στην αύξηση ή τη μείωση του ποσοστού Σ.Ε.Ι. Έτσι στην Κίνα, το Χόγκ Κόγκ, Ινδία κλπ, η περίδεση των μηρών του παιδιού που γεννιέται (φάσκιωμα), γίνεται σε κάμψη και απαγωγή, γεγονός που μπορεί να δώσει εξήγηση στη χαμηλή συχνότητα του Σ.Ε.Ι. στις χώρες αυτές. Αντίθετα στη Β. 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 Σ.Ε.Ι. στις χώρες αυτές..

Εκτός όμως από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν, υπάρχουν ασφαλώς και άλλοι που μένουν άγνωστοι ακόμα.¹⁰

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙΙ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Ηλικία μέχρι 12 μηνών

Η θεραπεία αποσκοπεί στην συγκράτηση της μηριαίας κεφαλής εντός της κοτύλης, μέχρις ότου η τελευταία διαπλασθεί επαρκώς.

Συνήθως στην ηλικία αυτή οι κεφαλές δεν παρουσιάζουν σημαντική παρεκτόπιση και η ανάταξη επιτυγχάνεται δι' απλής κάμψεως και απαγωγής των σκελών.

Η συγκράτηση στην θέση της ανατάξεως τελείται με ειδικό μαξιλάρι, τοποθετούμενο στο περίνεο ή με ελαφρούς νάρθηκες από αλουμίνιο με ιμάντες.

Η ακινητοποίηση διαρκεί 3-6 μήνες. Εάν μετά την πάροδο του βμήνου η κεφαλή εμφανίζει τάση προς εξάρθρωση, συνεχίζεται η συγκράτηση των ισχύων, αλλά με μικρότερη απαγωγή με ειδικό νάρθηκα τύπου Dennis - Browne.

Ηλικία 1-8 ετών

Η θεραπεία χωρίζεται σε δύο χρόνους, σε σκελετική με βελόνα Kirschner έλξη, ώστε να κατέλθη η μηριαία κεφαλή μέχρι του ύψους της κοτύλης και ακολούθως η ανάταξη με ήπιους χειρισμούς και ακινητοποίηση των σκελών σε απαγωγή και έσω στροφή με γύγο ΟΜΚΠ.

Πριν της ενάρξεως της πιο πάνω θεραπείας δοκιμάζεται υπό γενική νάρκωση αναίμακτη ανάταξη.

Εάν αυτή επιτυγχάνεται με ήπιους χειρισμούς, τότε τοποθετείται απ' ευθείας γύγος άνευ προκαταρκτικής έλξης.

Εάν κριθεί αναγκαία η προκαταρκτική έλξη διαπερνάται βελόνα Kirschner εγκάρσια προς τον επιμήκη άξονα του μηρριαίου και ακριβώς αν των μηριαίων κονδύλων και εφαρμόζεται συνεχής έλξη 2-4 χιλγ. Αναλόγως του βάρους του ασθενούς και της ευκολίας, με την οποία κατέρχεται η μηριαία κεφαλή.

Περιοδικές ακτινογραφίες αποκαλύπτουν την πρόοδο της κάθοδου αυτής.

Όταν επιτευχθεί η κάθοδος της μηριαίας κεφαλής έναντι της κοτύλης, η σκελετική έλξη συνεχίζεται για 1-2 εβδομάδες. Συνήθως αυτή διαρκεί συνολικά 3-4 εβδομάδες, στην συνέχεια, με γενική νάρκωση και με ήπιους χειρισμούς επιτυγχάνεται η ανάταξη της κεφαλής εντός της κοτύλης.

Ο χειρισμός της ανάταξης συνίσταται στην απαγωγή του σκέλους μετά από προηγούμενη πλήρη κάμψη του μηρού προς την κοιλιά ενώ συγχρόνως η λεκάνη συγκρατείται επί της χειρουργικής τράπεζας. Ακολούθως τοποθετείται γύγιος επίδεσμος Ο.Μ.Κ.Π. στο πάσχον σκέλος περιλαμβανομένου και του υγιούς μέχρι λίγο πάνω από το γόνατο. Ο χρόνος ακινητοποίησης είναι 2 μήνες.

Η θέση την οποία ακινητοποιείται το σκέλος είναι η απαγωγή. Η θέση στροφή θα εξαρτηθεί από τον βαθμό πρόσθιας απόκλισης του αυχένα και της μηριαίας κεφαλής.

Συνήθως συνυπάρχει αύξηση της φυσιολογικής πρόσθιας αποκλίσεως και για τούτο μετά την απαγωγή το σκέλος φέρεται σε έσω στροφή προς καλύτερη και πλέον άνετη διευθέτηση της μηριαίας κεφαλής εντός της κοτύλης.

Η εσωτερική στροφή η απαιτούμενη για την ανάταξη της μηριαίας κεφαλής μετρά το βαθμό της πρόσθιας απόκλισης του αυχένα και εφ' όσον αυτή υπερβαίνει τις 30°, πρέπει μετά τους 2 μήνες. Να διορθώνεται δι' οστεοτομές στροφής, διαφορετικά οδηγεί σε υποτροπή του εξαρθήματος.

Υπάρχουν περιπτώσεις, κατά τις οποίες η ανωτέρω περιγραφείσα τεχνική αποτυγχάνει, αυτό συμβαίνει, διότι ή η ανάταξη δεν καθίσταται δυνατή ή η συγκράτηση δεν είναι εφικτή. Εάν δεν επιτευχθεί η ανάταξη, αυτό σημαίνει, ότι η κοτύλη είναι πλήρης μαλακών μορίων, ως του ινολιπώδους σώματος, του επιχείλιου χόνδρου και των αναδιπλώσεων του θυλάκου. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται χειρουργική ανάταξη με την αφαίρεση των μαλακών μορίων.

Εάν δεν επιτευχθεί η συγκράτηση τότε η οστική κοτύλη είναι αβαθής και απαιτείται οστεοπλαστική της οροφής αυτής (τεχνητή οροφή), ή η πρόσθια απόκλιση υπερβαίνει τις 30°. Για την ακριβή μελέτη της παθολογικής ανατομικής κατάστασης του ισχίου που παρουσιάζει τις

ανώτερες δυσκολίες ανάταξης ή συγκράτηση, εκτελείται το αρθρογράφημα, αυτού. Σκιερά ουσία ενίεται εντός της αρθρώσεως όπου αποκαλύπτει την ύπαρξη του λιπώδους σώματος, τις αναδιπλώσεις του θυλάκου, καθώς και την θέση και το μέγεθος του πυρήνα οστεώσεως της μηριαίας κεφαλής.

Προσφάτως στη θεραπευτική του συγγενούς εξάρθρωματα του ισχίου εισήχθησαν οι οστεοτομίες της πυέλου. Οι οστεοτομίες αυτές είναι δύο, η οστεοτομία της πυέλου κατά Chiari και η οστεοτομία των ανώνυμου οστού κατά Salter.

Ηλικία 8 ετών και άνω

Ήδη από την ηλικία των 3 ετών η συντηρητική θεραπεία του συγγενούς εξάρθρωματος του ισχίου λίγες ελπίδες επιτυχίας παρέχει. Άνω των 8 ετών οι δυσκολίες καθίστανται μεγαλύτερες. Τρία είναι τα είδη των προτεινομένων επεμβάσεων, οστεοτομία αρθρόδεση, αρθροπλαστική, ενδοπρόδεση.

Οστεοτομία: Η οστεοτομία κατά Loganiz εκτελείται στην περιοχή των τροχαντήρων, λογός εκ των έξω και κάτω προς τα έσω και άνω, μετατοπιζομένου του οστεοτιμηθέντος άνω πέρατος της διαφύσεως προς την κοτύλη.

Έτσι το βάρος του σώματος παύει να μεταβιβάζεται μόνο επί της εξηρρωμένης κεφαλής, μεταβιβάζεται και δια μέσου του πέρατος της διαφύσεως στην κοτύλη.

Η οστεοτομία ενδείκνυται σε οποιαδήποτε ηλικία.

Αρθρόδεση: Αυτή εφαρμόζεται σε κρυόπλευρο εξάρθρωμα. Προηγείται εφαρμογή έλξεως για την κάθοδο της κεφαλής και ακολουθεί η αρθρόδεση, η οποία αποτελεί ιδεώδη λύση στις καλύτερες περιπτώσεις. Εκτελείται μετά τη συμπλήρωση της ανάπτυξης.

Αρθροπλαστική

Αυτή παρέχει καλά αποτελέσματα σε άτομα 16-25 ετών. Σε μεγαλύτερες ή μικρότερες ηλικίες δεν σημειώθηκαν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Ενδοπρόδεση

Αυτή συνιστάται στους μεσήλικες, των οποίων το άλγος και η διαταραχή της λειτουργικότητας της αρθρώσεως αυξάνονται και απαιτείται επέμβαση για την διατήρηση της κινητικότητας του ισχίου.⁷

ΕΝΟΤΗΤΑ IV

**ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ
ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΙΟΥ**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ 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 την γέννηση, όπως το Συγγενές Εξάρθρωμα 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 στην μεγαλύτερη παιδική ηλικία, είναι η ψυχολογική προσαρμογή και μεταβολές στο είδωλο του παιδιού για τον εαυτό του.

Οι Νοσηλευτές βρίσκονται στην μοναδική θέση να ανιχνεύσουν το Συγγενές Εξάρθρωμα του Ισχίου στα νεογνά. Κατά την 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 Νοσηλευτές, αλλά κάθε Νοσηλευτής πρέπει να επαγρυπνεί για άλλα σημεία όπως βράχυνση

ποδιού, γλουτιαίες πτυχές και περιορισμένη απαγωγή. Η αλλαγή πάνων π.χ. προσφέρει θαυμάσια ευκαιρία για παρατήρηση για περιορισμένη κίνηση και πλατύ περίνεο.

Οι παρατηρήσεις αυτές αναφέρονται στο γιατρό που παρακολουθεί το νεογνό, ενώ το περιπατητικό παιδί που κουτσαίνει 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 γύγο.

ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ.

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

1. Δυσχέρεια της 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.¹²

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΗ ΑΝΑΤΑΞΗΣ Η ΜΕ ΓΥΨΟ

Τα κύρια νοσηλευτικά προβλήματα στην φροντίδα του βρέφους ή του παιδιού σε γύγο ή άλλη συσκευή σχετίζονται με την 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 γύγου 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 παρεμπόδιουσα 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.

Γενικά η Νοσηλευτική παρέμβαση στον τομέα αυτό περιλαμβάνει:

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

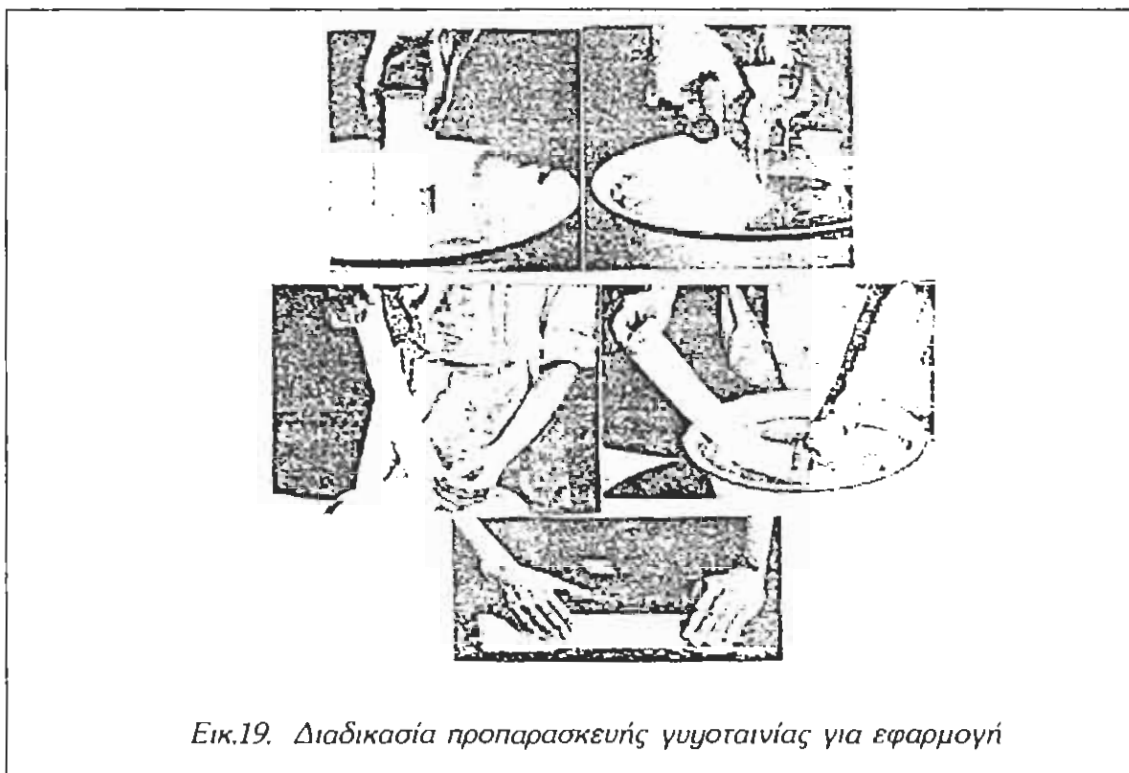
A. Φροντίδα του παιδιού σε γύψο σώματος

-Προετοιμασία του παιδιού εάν είναι δυνατόν για την εφαρμογή του γύψου. Μπορεί να επιτευχθεί με το να επιτραπεί στο παιδί να βάλει 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 αφρολέξ
- STOCKINETTE (πλεκτό υλικό σωληνοειδές, σαν κάλτσα)
- Μαχαίρια, γαλίδια, ανεξίτηλο μολύβι, βελόνα και κλωστή για ράγιμο της τσόχας ή τους STOCKINETTE

- Γάντια μιας χρήσεως για προστασία των χεριών ή ελαιώδη ουσία για επάλειψη αυτών
- Μεγάλος κουβάς με νερό σε θερμοκρασία δωματίου.



-Διατήρηση του γύγου ακάλυπτου, ώσπου να στεγνώσει. Το κάλυμμα εμποδίζει την εξάτμιση του νερού και καθυστερεί το στέγνωμα. Χρειάζονται 240-48 ώρες για να στεγνώσει ο γύγος. Το στέγνωμα γίνεται από έξω προς τα μέσα. Εξωτερικά μπορεί με την αφή να θεωρηθεί ότι στεγνώσει, εξακολουθεί όμως να είναι υγρός εσωτερικά. Η δέση του παιδιού αλλάζει κάθε μία - δύο ώρες, για να διευκολύνεται η εξάτμιση της υγρασίας από την επιφάνεια.

-Αποφυγή χειρισμού του γύγου με τα δάκτυλα, για να μην δημιουργηθούν εμπιέσματα. Ο χειρισμός γίνεται με τις παλάμες των χεριών.

-Αποφυγή τοποθέτησης θερμοφόρας πάνω στο γύγο. Υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης εγκαυμάτων και δημιουργίας ρωγμών, αφού ο γύγος θα στεγνώσει κατά τμήματα.

-Τοποθέτηση σανίδων κάτω από το στρώμα. Εμποδίζουν τη δημιουργία κοιλωμάτων του στρώματος εξαιτίας του βάρους του γύγου.

-Σε σφικτά εφαρμοσμένους γύγους χρησιμοποιούνται λωρίδες φύλλων πολυαιθυλενίου, το ένα άκρο των οποίων επικολλάται στο χείλος του γύγου, ενώ το άλλο απευθείας στο περίνεο. Έτσι δημιουργείται συνεχής αδιάβροχη γέφυρα μεταξύ περινέου και γύγου 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 γύγο 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.

- Εξασφάλιση οπτικών, ακουστικών και απτικών ερεθισμάτων
- Εάν το βρέφος είναι αρκετά μεγάλο, του επιτρέπεται να φάει μόνο του, αφού προηγουμένως καλυφθεί ο γύγος 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, νοσηλευτή και παιδιού.

-Αποφυγή τοποθέτησης μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι και τους ώμους. Προκαλείται πίεση στο δώρακα

-Κάλυψη των μερών του σώματος που βρίσκονται έξω από το γύγο, με κουβέρτα νοσηλείας.

-Παρακολούθηση για σημεία πίεσης και κακής κυκλοφορίας. έλεγχος θερμοκρασίας και χρώματος δακτύλων. Άμεση αναφορά, αν τα άκρα είναι γυχρά, 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 γύγο ανυψώνεται, ώστε να αυξηθεί η φλεβική επιστροφή και να αποφευχθεί το οίδημα.

-Προσοχή στα παράπονα πόνου ή πίεσης, ώστε να είναι δυνατή η έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών του γύγου

-Εξασφάλιση 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
- Μαλάξεις του δέρματος κάτω από το γύγο με οινόπνευμα
- έλεγχος του δέρματος για σημεία ερεθισμού γύρω από το γύγο και κάτω από το γύγο. 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 γύγου.
- Ανακούφιση από τον κνησμό με έμφυσηση γυχρού αέρα κάτω από γύγο με σύριγγα ASEPTO ή με στεγνωτήριο μαλλιών.
- Αποδάρρυνση του μικρού παιδιού να τοποθετεί διάφορα αντικείμενα κάτω από το γύγο. Για το λόγο αυτόν, δεν του δίνονται μικρά παιχνίδια ή συναρμολογούμενα. Επίσης τα άκρα του γύγου καλύπτονται με πετσέτα, για να αποφευχθεί η τοποθέτηση κάτω από το γύγο τροφών και παιχνιδιών από το παιδί.

-Πρόληψη εξέλκωσης του δέρματος γύρω από τα χείλη του γύγου

- Τα χείλη του γύγου λειαίνονται και καλύπτονται με αδιάβροχη κολλητική ταινία
- Αποφεύγεται επίσης το σήκωμα του βρέφους από τα πόδια για την αλλαγή πάνας

-Προστασία του γύγου 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 γύγου 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 γύγου και αλλάζονται συχνά. Επίσης, εφαρμόζονται λωρίδες λεπτών φύλλων πολυαιθυλενίου κάτω από την περινεϊκή περιοχή του και επικολλώνται στο γύγο εξωτερικά. Αλλάζονται κάθε φορά που λερώνονται.
- Σχολαστική καθαριότητα των γεννητικών οργάνων, χωρίς να βραχεί ο γύγος
- Εξωτερικός καθαρισμός του γύγου 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 γύγο, 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 γύλου

-Εξασφάλιση γυχαγωγίας. Η υποχρεωτική ακινησία είναι συχνά τραυματική για το παιδί, με αποτέλεσμα να εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς, όπως επιθετικότητα κτλ.

Μετακίνηση του παιδιού με φορείο 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 νοσοκομείο.

Εξασφάλιση άλλων μέσων υυχαγωγίας, όπως μουσική, τηλεόραση, ζωγραφική κτλ.

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

-Εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης, για συνέχιση της φροντίδας του παιδιού στο σπίτι. Θα πρέπει να εξεταστεί 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 ανύγωση της κεφαλής του παιδιού κατά τη σίτιση για αποφυγή πνιγμονής, αποφυγή τοποθέτησης μικρών αντικειμένων κάτω από το γύγο, από το παιδί, χρησιμοποίηση καλής μηχανικής του σώματος κατά το σήκωμα και τη μεταφορά του παιδιού κτλ.
- Έλεγχος εφαρμογής του γύγου. Λόγω της γρήγορης αύξησης του βρέφους, συχνά ο γύγος γίνεται σφικτός
- Εξασφάλιση 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 γύγο
- Βοήθεια της οικογένειας στην επίλυση του προβλήματος της μεταφοράς ή μετακίνησης του παιδιού

-Διδασκαλία των γονέων πως να φροντίζουν το γύγο και βοήθεια αυτών στην επινόηση μέσων 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 Συγγενείς 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 κτλ). 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 κοπής του γύγου 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 γύγου:

-Υποστήριξη του μέλους με μαξιλάρια, για να διατηρηθεί η ίδια θέση που υπήρχε και όταν ήταν σε γύγο

-Καθαρισμός του δέρματος απαλά, με ήπιο σαπούνι και νερό, καλό στέγνωμα και επάλειψη με κρέμα λανολίνης

Ενθάρρυνση του παιδιού να κάνει τις ασκήσεις που έχει 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 στην τοποθέτηση του νάρθηκα, υπό την επίβλεψη του νοσηλευτή.

-Τονίζεται ότι ο νάρθηκας πρέπει να φοριέται όλο το 24ώρο και ότι θα αφαιρείται μόνο για την περιποίηση του βρέφους (μπάνιο, αλλαγή πάνων) μπορεί όμως 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 γύγο) 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.

III. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΕΛΞΗ

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 αντιέλξη 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 κτλ

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 ποθούμενο αποτέλεσμα. Οποιαδήποτε μεταβολή στα βάρη ή στην αντιέλξη 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 πρόσδετης αντιέλξης 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 έλξη αποτελεσματική

-Συχνός έλεγχος του ποδιού και των δακτύλων για σημεία κυκλοφορικής και νευρολογικής διαταραχής κυρίως τις πρώτες 24 ώρες. Παράπονα πόνου και διαπίστωση οποιασδήποτε κυκλοφορικής ή νευρολογικής διαταραχής πρέπει να αναφέρονται αμέσως, για διακοπή της έλξης

-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 περνιαίου νεύρου.
- Διατήρηση των λευχειμάτων καθαρών, στεγνών και απαλλαγμένων από πτυχές και γύχουλα.

-Σχεδιασμός προγράμματος καθημερινής άσκησης για σύντομα χρονικά διαστήματα, για να αποφευχθεί η μυϊκή ατροφία και οι παραμορφώσεις 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 αναινευτικές ασκήσεις κάθε 24 ώρες (φούσκωμα μπαλονιών, γαντιών κτλ).

-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 διαίτας πλούσιας σε κυτταρίνη και υγρά (ειδικά σε χυμούς φρούτων) και πτωχής σε ασβέστιο, για την πρόληψη δυσκοιλιότητας και σχηματισμού ουρολιδων

-Εξασφάλιση καθημερινής γυχαγωγίας 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 ατμόσφαιρας μέσα στο χώρο που μένει. Εικόνες από το σπίτι, αφίσες, κτλ. μπορούν να διακοσμήσουν το δωμάτιό του.
- Μετακίνηση του παιδιού με το κρεβάτι του στο δωμάτιο παιγνιοθεραπείας

-Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας:

- Χρώμα, θερμοκρασία και εμφάνιση προσβεβλημένων άκρων
- Κατάσταση δέρματος
- Σημεία τοπικού οιδήματος
- Θέση σώματος
- Λειτουργία σχοινίων 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 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 ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ 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 συνομήλικοί 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 φέρνονται από το σπίτι πρέπει να ελέγχονται για ασφάλεια
- Ειδικοί χώροι για παιχνίδι και διδασκαλία πρέπει να είναι χωριστά από το θάλαμο. Η επικεφαλής του παιχνιδιού παίζει με τμήματα παιδιών όλων των ηλικιών, αλλά λαμβάνει ιδιαίτερη φροντίδα για τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας.

-Οι στολές μπορεί να φοβίζουν το παιδί στο νοσοκομείο. Η χρήση χρωματιστών πανοφοριών για να καλύπτουν τη στολή αρχίζει να βρίσκει εφαρμογή στους παιδικούς θαλάμους

-Η επίσκεψη δεν πρέπει να είναι περιορισμένη αλλά βέβαια αυτό μέσα σε επιτρεπτά όρια. Οπωσδήποτε, 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. Μια 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 εξηγηθεί από τη νοσηλεύτρια και κάθε υλικό που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει να επιδειχνεται στους γονείς και στο παιδί, όποτε αυτό είναι κατάλληλο.
- Κάποιες πρόσθετες οδηγές γραμμές για την προετοιμασία, είναι η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιεί σχεδιαγράμματα του σώματος του

παιδιού, συγκεκριμένα παραδείγματα και απλούς όρους, να παρέχει εξηγήσει 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 παιχνιδιού, 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 στην 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 συνάγουν σχέση εμπιστοσύνης με εκείνους που το φροντίζουν, ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά καθησυχάζονται από τις πληροφορίες που τους δίνονται.
- Εξασφαλίζονται οι ευκαιρίες στο παιδί και στους γονείς, για να διαπραγματευθούν με τις ανησυχίες και τα αισθήματά τους (παιχνίδι, 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 (π.χ. αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν ή θα συνδεθούν με το παιδί, πως θα αισθάνεται, τι θα του κάνουν, τι δίαιτα θα ακολουθήσει - αν βέβαια υπάρχει συγκεκριμένη δίαιτα κτλ.

-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).

- Παροτρύνεται το παιδί να ουρήσει πριν από την προνάρκωση, για να προληφθεί η 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, της τάση των παιδιών τους.

Η εμπειρία αυτή μπορεί να είναι συναισθηματικά οδυνηρή για τους γονείς, μπορεί να διακατέχονται από αισθήματα φόβου ή ενοχής. Γι' αυτό 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 σπουδαιότητα της παρουσίας τους κοντά στο παιδί τους, και βοήθεια να καταλάβει η μητέρα ότι είναι σε θέση να φροντίσει το παιδί της.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα

-Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και πρόληψη εισρόφησης:

- Τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια ή ημιπρηνή θέση, για να διευκολυνθεί η αποβολή των εκκρίσεων και να αποφευχθεί ολίσηση 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 ατελεκτασία. Άμεση αναφορά στο γιατρό
- Ανησυχία μπορεί να σημαίνει πόνο ή υποξία. Φάρμακα για καταστολή του πόνου συνήθως δεν χορηγούνται, μέχρις ότου το παιδί ανανήγει 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 επιδεσμικού υλικού, τραύματος και REDOW
- Παρατήρηση για σημεία αφυδάτωσης
- Σημείωση αποβολής αερίων ή κοπράνων
- Αναφορά κάθε παρέκκλισης από το φυσιολογικό

-Ακριβής καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων, 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, μέχρι 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 αρεσκείας 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

-Εξασφάλιση καλής γενικής υγιεινής

- Η καλή φροντίδα του δέρματος διεγείρει την κυκλοφορία και προλαβαίνει τις κατακλίσεις
- Εξασφάλιση 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 π.χ. με τη φροντίδα των δοντιών και καθαριότητά τους, μπορεί να ενσωματωθεί στην ώρα του παιχνιδιού. Η έκθεση σχετικών αφισών στο μπάνιο και στις αίθουσες παιχνιδιού 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 παιχνίδι
- Το κράτημα στην αγκαλιά και το χάδι 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. ενδέχεται 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. ¹¹

ΕΝΟΤΗΤΑ V

**ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΣ
ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΙΣΧΥΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ
ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1^ο

Όνοματεπώνυμο: Μ.Α.

Ηλικία: 3 μηνών

Τόπος κατοικίας: Αμαλιάδα

Ημερομηνία προέλευσης: 25/1/98

Αιτία εισόδου: προσήλθε στα ΕΙ του Καραμανδάνειου Νοσοκομείου Παίδων με διάγνωση από τον παιδίατρο χαλαρά ισχία.

Ατομικό Ιστορικό: Η εγκυμοσύνη της μητέρας ήταν φυσιολογική. Ο τοκετός έγινε με ισχιακή προβολή. Βάρος σώματος: 3000 gr.

Οικογενειακό αναμνηστικό: είναι το πρώτο παιδί στην οικογένεια. Οι γονείς είναι υγιείς

Ιατρικό και Νοσηλευτικό Ιστορικό:

Κατά την κλινική εξέταση που έγινε από τον Ιατρό παρατηρήθηκε ελαφρώς μειωμένη απαγωγή του αριστερού ισχύου και ασυμμετρία πτυχών στον αριστερό μηρό.

Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε υπεζαρθηματική θέση της μηριαίας κεφαλής αριστερά και ελαφρά δυσπλασία της κοτύλης. Σαν θεραπεία επιλέγει η λειτουργική θεραπεία διά της εφαρμογής ιμάντων τύπου Paulic.

Έγινε η εκπαίδευση των γονέων για την σωστή εφαρμογή των ιμάντων.

Η παρακολούθηση στην αρχή ήταν κάθε 2 εβδομάδες και στη συνέχεια κάθε μήνα.

Η συνολική διάρκεια της θεραπείας ήταν 5 μήνες, και ο τελικός ακτινολογικός έλεγχος έδειξε μία ομαλή και φυσιολογική ανάπτυξη της κοτύλης και φυσιολογική θέση της κοτύλης της μηριαίας.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα-Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ανσυχία και εκνευρισμός του παιδιού λόγω εφαρμογής των ιμάντων.	Απαλλαγή του παιδιού από το αίσθημα της ανσυχίας και του εκνευρισμού.	<ul style="list-style-type: none"> Απομάκρυνση του παιδιού από τον χώρο νοσηλείας και μεταφορά του παιδιού σε ήρεμο περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> Συμβουλέγαμε τη μητέρα να μεταφέρει το παιδί στο δωμάτιο της παιγνιοθεραπείας. 	Η ανσυχία και ο εκνευρισμός του παιδιού μειώθηκε σημαντικά γεγονός που καθούσχεσε την μητέρα.
Οίδημα και πόνος λόγω αυξημένης τοπικής πίεσεως εκ της εφαρμογής των ιμάντων.	Απαλλαγή του πόνου και υποχώρηση του οιδήματος μετά από 1/2 h.	<ul style="list-style-type: none"> Να δοθεί παυσίπονο και να γίνει η χαλάρωση των ιμάντων. 	<ul style="list-style-type: none"> Δόθηκε Ponstan sig. 3cc κατόπιν εντολής του γιατρού έγινε η χαλάρωση των ιμάντων. 	Το οίδημα και ο πόνος υποχώρησε σημαντικά

Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιού με Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα-Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ψυχολογική υποστήριξη των γονέων	Αποδοχή του και προβλήματος ενδάρρυνση των γονέων	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει ενημέρωση των γονιών για πλήρη αποκατάσταση του προβλήματος του παιδιού τους μετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε η ενημέρωση των γονιών από το νοσηλευτικό προσωπικό 	Οι γονείς αποδέχτηκαν το πρόβλημα και έφυγαν αισιόδοξοι από το νοσοκομείο.
Εκπαίδευση των γονέων	Να μάθουν οι γονείς τη σωστή εφαρμογή των ιμάντων	<ul style="list-style-type: none"> • Προγραμματίστηκε για την επόμενη μέρα να προσέλθουν οι γονείς στο χώρο των ΕΙ στις 9-10 π.μ. για να διδαχθούν την μέθοδο εφαρμογής των ιμάντων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι γονείς προσήλθαν την επόμενη μέρα στα ΕΙ και διδάχτηκαν τη μέθοδο εφαρμογής των ιμάντων 	Οι γονείς είναι σε θέση να εφαρμόσουν όλες τις νοσηλευτικές οδηγίες.

Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιού με Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα- Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει ενημέρωση των γονέων για την περιποίηση του δέρματος που απαιτείται λόγω της εφαρμογής των ιμάντων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε η ενημέρωση των γονιών για την περιποίηση του δέρματος 	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2^ο

Όνοματεπώνυμο: Ε.Φ.

Ηλικία 5 μηνών

Τόπος κατοικίας: Πύργος Ηλείας

Ημερομηνία εισόδου: 10/3/97

Ημερομηνία εξόδου: 15/9/97

Αιτία εισόδου: Προσήλθε στα ΕΙ του Καραμανδάνειου Νοσοκομείου παιδών, με περιορισμό απαγωγής του δεξιού ισχίου

Ατομικό ιστορικό: Η εγκυμοσύνη της μητέρας ήταν φυσιολογική. Ο τοκετός έγινε με ισχιακή προβολή. Βάρος Σώματος: 3500 gr.

Οικογενειακό αναμνηστικό: Είναι το δεύτερο παιδί στην οικογένεια. Το πρώτο είναι κορίτσι ηλικίας 2,5 ετών φυσιολογικό.

Η μητέρα έχει χειρουργηθεί σε παιδική ηλικία λόγω συγγενούς εξάρθρωματος του ισχίου.

Ιατρικό και Νοσηλευτικό Ιστορικό:

Κατά την κλινική εξέταση που έγινε από τον Ιατρό παρατηρήθηκε περιορισμός της απαγωγής του δεξιού ισχίου.

Στο αριστερό ισχίο περιορισμός της απαγωγής επίσης και σημείο Ortalani.

Στα πόδια παρατηρήθηκε μετρίου βαθμού ραιβομετατάρσιο άμφω. Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε εξάρθρωμα ισίων άμφω και έντονη δυσπλασία των κοτύλων.

Έγινε η εισαγωγή του ασθενούς και αποφασίστηκε η συντηρητική θεραπεία.

Αρχικά προηγήθηκε εφαρμογή δερματικής έλξης και μετά το 3ήμερο με γενική νάρκωση έγινε ανάταξη των ισχίων και εφαρμογή γύγινου επιδέσμου Ο.Μ.Κ.Π.

Η θεραπεία με γύγο συνεχίστηκε για 8 μήνες, η αλλαγή του γύγινου επιδέσμου γινόταν στην αρχή κάθε 3 εβδομάδες και στην συνέχεια κάθε 5 εβδομάδες.

Ο τελικός ακτινολογικός έλεγχος έδειξε την πλήρη αποκατάσταση των ισχίων άμφω.

Με την αφαίρεση του γύγου έγινε παραμονή στο κρεβάτι, για 3 εβδομάδες κινησιοθεραπεία, και στην συνέχεια βαθμιαία έναρξη βάδισης.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα-Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ανουχία και εκνευρισμός του παιδιού λόγω ακινητοποίησης	Αλλαγή του παιδιού από το αίσθημα ανουχίας και του εκνευρισμού.	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση μηχανωφίας ανάλογα με τη κατάσταση του παιδιού και τους σωματικούς περιορισμούς • Διατήρηση της έλξης σταθερής • Μείωση της δραστηριότητας του παιδιού 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετακινήθηκε το παιδί με το κρεβάτι του στο δωμάτιο παιγνιοθεραπείας για να παίξει. • Αναρτήθηκαν παιχνίδια πάνω από το κεφάλι του, μέσα στο οπτικό πεδίο και σε σημείο που να μπορεί να τα φτάσει και να έρδει σε επαφή με αυτά. 	Η ανουχία και ο εκνευρισμός του παιδιού μειώθηκε σημαντικά.

Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιού με Συγγενές Εξάρθρημα Ισχίου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα- Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • Η μεταφορά του παιδιού έγινε με ιδιαίτερη προσοχή ώστε να διατηρηθεί η έλξη σταθερή, διότι οποιαδήποτε μεταβολή στα βάρη επηρεάζει ολόκληρο το σύστημα της έλξης. • Επίσης σηκώθηκαν τα κάτω άκρα του κρεβατιού για να μην ακουμπούν τα βάρη στο πάτωμα. 	

Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιού με Συγγενές Εξάρθρομα Ισχίου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα-Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε προσπάθεια μείωσης δραστηριότητας του παιδιού και διατήρηση αυτού στην σωστή θέση για να είναι η έλξη αποτελεσματική. 	
Πρόληψη κατάκλισης	Φροντίδα για την πρόληψη κατάκλισης καθημερινά	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνονται συχνές εντριβές στις περιοχές πίεσως • Να γίνει περιποίηση της περιοχής και η καθαριότητά της 	<ul style="list-style-type: none"> • Κάθε 2 h γίνονται εντριβές στις περιοχές πίεσως • Γίνεται η καθαριότητα της περιοχής και εφαρμόζεται λουτρό επί 	Με όλες αυτές τις νοσηλευτικές ενέργειες που εφαρμόστηκαν είχαμε σαν αποτέλεσμα την αποφυγή κατακλίσεων.

Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιού με Συγγενές Εξάρθρωμα Ισχίου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα-Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνεται η συχνή αλλαγή των λευχειμάτων και να διατηρούνται στεγνά και τετρωμένα • Να γίνεται συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που πιέζονται για τυχόν εμφάνιση ερυθρότητας. 	κλίνης. <ul style="list-style-type: none"> • Τα λευχήματα είναι καθαρά στεγνά και καλά τετρωμένα. • Γίνεται συχνή παρακολούθηση του δέρματος και χρησιμοποιείται ειδικό Spray. 	
Διδασκαλία των γονιών για την ατομική καθαριότητα του παιδιού μετά την εφαρμογή	Να μάδουν οι γονείς τη μέθοδο της φροντίδας της	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνεται επίδειξη λουσίματος κεφαλής επί κλίνης, και λουτρού επί 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε η επίδειξη του λουσίματος κεφαλής και λουτρού επί κλίνης, καθώς 	Οι γονείς είναι σε θέση να εφαρμόσουν σωστά την μέθοδο της

Νοσπλευτική Φροντίδα Παιδιού με Συγγενές Εξάρθρωμα Ιαχίου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα- Νοσπλευτική διάγνωση του γύγου	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	ατομικής καθαριότητας του παιδιού με γύγο	κλίνης • Να γίνει η επίδειξη τοπικής καθαριότητας	και η επίδειξη της τοπικής καθαριότητας.	ατομικής καθαριότητας του παιδιού τους
Κατακράτηση κοπράνων - δυσκοιλιότητα	Ρύθμιση λειτουργίας εντέρου και αποφυγή της δυσκοιλιότητας μετά από 1 h	• Σύμφωνα με την ιατρική οδηγία προγραμματίστηκε εκκένωση του εντέρου	• Τοποθετήθηκε Sup γλυκερίνης	Έγινε αποκατάσταση φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου
Πυρετός (θερμοκρασία μασχάλης 38,8° C)	Ρύθμιση θερμοκρασίας	• Συχνή θερμοκρασίας • Μείωση θερμοκρασίας περιβάλλοντος	• Έγινε η λήψη της θερμοκρασίας του παιδιού (με κνίδια μέθοδο - από τη μασχάλη), ανά μία ώρα	Οι νοσπλευτικές ενέργειες οδήγησαν στην μείωση της θερμοκρασίας στα

Νοσπλευτική Φροντίδα Παιδιού με Συγγενές Εξάρθρωμα Ιαχίου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα- Νοσπλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγισαν αντιπυρετικά • Τοποθέτησαν γυαχρών επιδεμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Μειώθηκε η θερμοκρασία, περιβάλλοντος και έγινε η αλλαγή λευχημάτων • Χορηγήθηκε αντιπυρετικό σιρόπι Deron 5mlx3 (5ml=1 κουταλάκι του γλυκού) κατόπιν ιατρικής εντολής • Τοποθετήθηκαν γυαχρά επιδέματα 	επιθυμητά επίπεδα (37° C)	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας γίνεται κατανοητό, ότι η πρώιμη διάγνωση του συγγενούς εξάρθρωματος των ισχίων αποτελεί το κλειδί για μια καλή πορεία, μετά από θεραπεία του συγγενούς εξάρθρωματος των ισχύων.

Έτσι επιβάλλεται ο επιμελής και συστηματικός έλεγχος των ισχίων, μετά την γέννηση και ειδικότερα σε περιπτώσεις όπου υπάρχει οικογενειακή επιβάρυνση, ισχιακή προβολή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συγγενής ανωμαλίες όπως (ραιβοϊποποδία) και επίσης επιβάλλεται να αποφεύγεται η περίδεση των νεογνών (φάσκιωμα) σε προσαγωγή και έκταση των ισχίων.

Τελικά η έγκαιρη ανακάλυψη και αντιμετώπιση του συγγενούς εξάρθρωματος των ισχίων, είναι ο μόνος τρόπος για να μειωθεί σημαντικά το ποσοστό αυτής της συγγενής ανωμαλίας επομένως ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή θα βοηθήσει σημαντικά στην έγκαιρη ενημέρωση των μελλοντικών και νέων γονιών στην πρώιμη διάγνωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΚΑΗΚΛΕ - Η. ΖΕΟΝΗΑΡΔΤ - W. ΠΛΑΤΖΕΡ: Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα: «μυοσκελετικό σύστημα», Τόμος 1^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
2. ΠΙΣΙΔΗΣ ΑΛ.: Ανατομική - βασικές γνώσεις, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1981.
3. GOSS G.M.: PCAYS ANATOMY OF THE HUMAN BODY, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα 1973
4. FRICK - Η. LEONHARDT - D. STARCK: Γενική Ανατομία: Ειδική Ανατομία Ι. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα 1985.
5. ΔΟΥΚΑΣ Μ. ΝΙΚΟΣ: Κινησιολογία 3: «Λεκάνη, κάτω άκρα», Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1991.
6. ΚΕΦΑΛΑ Α.Ν. ΙΩΑΝΝΗ: Η θέση της συντηρητικής θεραπείας στην αντιμετώπιση του συγγενούς εξαρθήματος του ισχίου σε παιδιά κάτω του ενός χρόνου», Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1983.
7. ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ Γ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ - ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΟΥ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ: Σύγχρονος ορθοπεδική, Έκδοση 2^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1975.

8. NELSON: «Βασική Παιδιατρική», Τόμος Β Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996
9. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Σ. Δ. «Η σημασία των παραγόντων κινδύνου στη διάγνωση του συγγενούς εξάρθρωματος των ισχίων», *«Ελληνική χειρουργική ορθοπεδική και τραυματολογία»*, 5:112-116, 1996
10. ΣΗΜΕΩΝΙΔΗΣ Π. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ: Ορθοπεδική: «Παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος», University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1984
11. ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: Παιδιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 1992.
12. Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: «Νοσηλευτική παθολογική - χειρουργική», Τόμος Β, Έκδοση 16^η, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1993.

