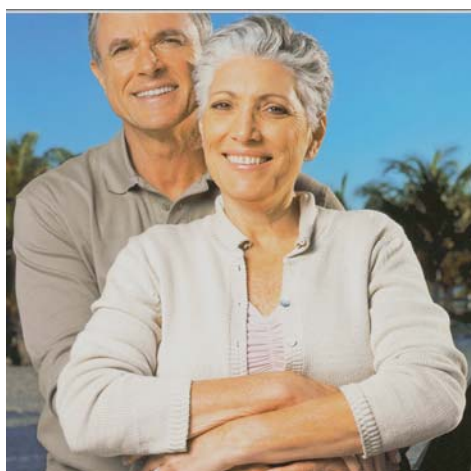


**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ**

**Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας Και Πρόνοιας Τμήμα
Νοσηλευτικής**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



**Θέμα: Βραχυχρόνιες επιδράσεις της ολικής
αντικατάστασης του ισχίου στην ποιότητα ζωής των
ασθενών**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Χρόνος εκπόνησης: 12 μήνες

Επιβλέπων καθηγητής: Κακαβελάκης Κυριάκος

Σπουδάστριες: Βιδάκη Μαρία

Μεθενίτη Αλεξάνδρα

Μπιλιώνη Ευθυμία

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....σελ.1

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή..... σελ.3
2. Ισχίο
 - Ανατομία ισχίου..... σελ.4
 - Κλινική εξέταση του ισχίου..... σελ.5
 - Κινησιολογία της άρθρωσης του ισχίου..... σελ.6-10
3. Οστεοαρθρίτιδα ή εκφυλιστική αρθροπάθεια του ισχίου
 - 3.1 Ιστορική αναδρομή στην οστεοαρθρίτιδα του ισχίου..... σελ.11
 - 3.2 Ορισμός Οστεοαρθρίτιδας ισχίου..... σελ.11-12
 - 3.3 Κατάταξη- Ταξινόμηση..... σελ.12-13
 - 3.4 Επιδημιολογία..... σελ.13
 - 3.5 Εντόπιση..... σελ.13
 - 3.6 Στάδια νέκρωσης κεφαλής μηριαίου..... σελ.14
 - 3.6.1 Στάδια (αναλυτικά)..... σελ.14-15
 - 3.7 Αιτιοπαθογένεια..... σελ.16-17
 - 3.8 Κλινική εικόνα..... σελ.17
 - 3.9 Ακτινολογικά ευρήματα..... σελ.18
 - 3.10 Διαφορική διάγνωση..... σελ.18
4. Θεραπεία
 - Συντηρητική Θεραπεία
 - Φαρμακευτική θεραπεία.....σελ.19
 - Φυσικοθεραπεία.....σελ.20
 - Χειρουργική Θεραπεία.....σελ.20-21
 - 4.2.1 Χειρουργικοί μέθοδοι αντιμετώπισης οστεοαρθρίτιδας
 - Αρθρώδεση.....σελ.21
 - Οστεοτομίες
 1. Διατροχαντήριος οστεοτομία.....σελ.21
 2. Οστεοτομία ραιβότητάς..... σελ.22
 3. Οστεοτομία βλαισότητας.....σελ.23
 4. Οστεοτομία του λαγονίου κατά Chiari.....σελ.23-24
 5. Οστεοτομία του λαγονίου κατά Salter.....σελ.24
 6. Οστεοτομία του λαγονίου κατά Girdlestone.....σελ.24
 7. Ολική αρθροπλαστική του ισχίου.....σελ.25
5. Ολική Αρθροπλαστική του ισχίου

- 5.1 Ιστορική αναδρομή στην ολική αρθροπλαστική.....σελ.25-26
- 5.2 Τρόποι ολικής αρθροπλαστικής..... σελ.27-35
- 5.3 Διεγχειρητικά και Μετεγχειρητικά προβλήματα..... σελ.35-37
- 5.4 Αντιμετώπιση επιπλοκών..... σελ.37-38

6. Τι μπορεί να κάνει κάποιος πριν την χειρουργική επέμβαση

- 6.1 Προεγχειρητική Αξιολόγηση..... σελ.38-40
- 6.2 Προετοιμασία του σπιτιού για την επιστροφή..... σελ.41
- 6.3 Διάφορα εξαρτήματα που θα κάνει την ανάρρωση πιο ασφαλή.σελ.41
- 6.4 Προετοιμασία ασθενούςσελ.42
- 6.5 Προετοιμασία για την παραμονή στο νοσοκομείο.....σελ.43

7 Η χειρουργική επέμβαση

- 7.1 Προετοιμασία για το χειρουργείο..... σελ.43
- 7.2 Η χειρουργική επέμβαση.....σελ.43
 - 7.2.1 Βήματα χειρουργικής επέμβασης..... σελ.44-45
- 7.3 Υλικό πρόθεσης..... σελ.45-48

8 Μετά την χειρουργική επέμβαση

- 8.1 Η παραμονή στο νοσοκομείο..... σελ.49
- 8.2 Μετεγχειρητική διαχείριση της Οστεοαρθρίτιδας του ισχίου.. σελ.49-51

9.Η επιστροφή στο σπίτι

- ❖ Αποφυγή.....σελ.52
- ❖ Ποιες ενέργειες πρέπει να γίνουν.....σελ.52
- ❖ Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τις παρακάτω επιπλοκές.σελ.53
- ❖ Βάδισμα..... σελ.53
- ❖ Ανάβαση σκάλας..... σελ.53
- ❖ Κατάβαση σκάλας..... σελ.54
- ❖ Κάθισμα..... σελ.54
- ❖ Σήκωμα..... σελ.54
- ❖ Τουαλέτα..... σελ.54
- ❖ Ντους..... σελ.54-55
- ❖ Ύπνος..... σελ.55
- ❖ Μαγείρεμα..... σελ.55
- ❖ Οδήγηση..... σελ.55
- ❖ Ντύσιμο..... σελ.56
- ❖ Σεξουαλική δραστηριότητα..... σελ.56
- ❖ Διατροφή..... σελ.56

9.1 Συναισθηματικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει στον ασθενή η Οστεοαρθρίτιδα

- 9.1.1Θλίψη..... σελ.56
- 9.1.2Στάδια Θλίψης..... σελ.57-58

10.Ερωτήσεις και απαντήσεις σε θέματα που αφορούν την Οστεοαρθρίτιδα και την ολική αντικατάσταση του ισχίου

- 10.1 Υπάρχουν παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης Οστεοαρθρίτιδας?.. σελ.59
- 10.2 Υπάρχουν συγκεκριμένα επαγγέλματα που είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν Οστεοαρθρίτιδα?.....σελ.59
- 10.3 Υπάρχουν συγκεκριμένα αθλήματα που οδηγούν στην ανάπτυξη

- Οστεοαρθρίτιδας?..... σελ.60
- 10.4 Είναι η ΟΑ μία αμιγώς, μια εκφυλιστική νόσος?..... σελ.60
- 10.5 Ποια είναι η πρόγνωση του ασθενούς με ΟΑ?..... σελ.61
- 10.6 Ποια είναι τα κριτήρια διάγνωσης με ΟΑ?..... σελ.61
- 10.7 Ποιες εξετάσεις χρειάζεται να γίνουν σε έναν ασθενή για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση της ΟΑ?..... σελ.61-62
- 10.8 Εξετάσεις που θα μπορούσαν να επιβεβαιώσουν ή και να αποκλείσουν τη διάγνωση της ΟΑ?..... σελ.62
- 10.9 Που γίνεται συνήθως αισθητός ο πόνος της ΟΑ ισχίου?..... σελ.63
- 10.10 Γιατί είναι σημαντικό να εξετάζονται οι αρθρώσεις σε όλες τις επισκέψεις?..... σελ.63
- 10.11 Πως εξετάζονται οι κινήσεις του ισχίου? σελ.63-64
- 10.12 Ποιες κινήσεις του ισχίου επηρεάζονται από την ΟΑ?.....σελ.64
- 10.13 Τι είναι το Thomas test? σελ.65
- 10.14 Τι είναι το Trenlelenburg test?..... σελ.65
- 10.15 Τι αντιλαμβάνεται κανείς παρατηρώντας έναν ασθενή να περπατά?..σελ.65
- 10.16 Ποιοι είναι οι στόχοι στην αντιμετώπιση ενός ασθενή με ΟΑ?.....σελ.66
- 10.17 Μπορεί να γίνει πρόληψη της ΟΑ?.....σελ.66-67
- 10.18 Είναι εφικτό να επηρεαστεί η εξέλιξη των ασθενών οι οποίοι έχουν ήδη εμφανίσει συμπτώματα ΟΑ?..... σελ.67-68
- 10.19 Τι πρέπει να περιλαμβάνει το σχέδιο εκπαίδευσης του ασθενούς?..σελ.68
- 10.20 Ποιους παράγοντες πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ο γιατρός για την εξυπηρέτηση των ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ΟΑ?..... σελ.68-69
- 10.21 Η γήρανση του πληθυσμού έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση των ατόμων με ΟΑ. Ποιες είναι οι απαιτούμενες περιβαλλοντικές αλλαγές συμπεριφοράς της κοινωνίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού?.....σελ.69
- 10.22 Διαθέσιμα βοηθήματα που παρέχουν ανεξαρτησία στο σπίτι...σελ.70
- 10.23 Μπορεί η υπερβολική άσκηση να είναι επιβλαβής για την άρθρωση?..... σελ.70-71
- 10.24 Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της παρακεταμόλης?.....σελ.71
- 10.25 Πόσο πρέπει να διαρκεί η αρθροπλαστική του ισχίου?..... σελ.71
- 10.26 Ποιος παράγοντας πόνος ή ηλικία μπορεί να επηρεάσει την απόφαση παραπομπής του ασθενούς για αρθροπλαστική?..... σελ.71
- 10.27 Ποια είναι η συνηθέστερη επιπλοκή της αρθροπλαστικής σήμερα?...σελ.72
- 10.28 Παράγοντες που έχουν βοηθήσει στη μείωση των επιπλοκών της Αρθροπλαστικής..... σελ.72
- 10.29 Ποιες συμβουλές πρέπει να δίνονται στους ασθενείς και στα άτομα που τους φροντίζουν ώστε να βελτιωθεί η μετεγχειρητική έκβαση?.....σελ.72-73
- 10.30 Τι είναι σημαντικό: η παραπομπή σε φυσιοθεραπευτή πριν την επέμβαση ή μετά την επέμβαση?.....σελ.73
- 10.31 Δείκτης ΟΑ Womac..... σελ.73-74
- 10.32 Leguesne δείκτες άλγους – λειτουργικότητας..... σελ.74

ΕΙΔΙΚΟ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Περίληψη.....σελ.75
2. Συνεντεύξεις.....σελ.76
3. Έγκριση.....σελ.76
4. Ιατρικές αναφορές..... σελ.77

5. Δείγμα..... σελ.77

6. Απεικόνιση έρευνας μέσω γραφημάτων.... σελ.78-105

7. Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής
 - A. Κλίμακα αξιολόγησης ισχίου (Harris Hip Score)..... σελ.106
 - B. Κλίμακα EQ – 5D..... σελ.107
 - Γ. Κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής.....σελ. 108

8. Μέθοδοι και διαδικασίες.....σελ.109

9. Εισαγωγή.....σελ.110-112

10. Επιπλοκές.....σελ.112

11. Πόνος.....σελ.113

12. Βοηθήματα.....σελ.113

13. Προεγχειρητική ενημέρωση και ικανοποίηση από την επέμβαση
..... σελ.113
14. Η ποιότητα ζωής των ασθενών..... σελ.114-115

15. Συζήτηση.....σελ.115-117

16. Εμπλοκή της νοσηλευτικής φροντίδας.....σελ.117-118

17. Συμπεράσματα..... σελ. 118

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Ευρετήριο γραφημάτων..... σελ.119-120
2. Ερωτηματολόγιο..... σελ. 121-122
3. Βιβλιογραφία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην εποχή μας γινόμαστε μάρτυρες μιας συνεχής αύξησης των παθήσεων στις αρθρώσεις. Απ' όλες τις μορφές αρθρίτιδας δύο είναι αυτές που μας απασχολούν συχνότερα: Η Οστεοαρθρίτιδα και η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα. Και οι δύο είναι εξίσου σημαντικές αλλά η ολική αντικατάσταση σαν χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται πιο συχνά στην Οστεοαρθρίτιδα. Το θέμα της παρούσας πτυχιακής είναι: « Οι βραχυχρόνιες επιδράσεις της ολικής αντικατάστασης του ισχίου στην ποιότητα ζωής των ασθενών». Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσουμε κατά πόσο η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώνεται μετά την επέμβαση στο ισχίο μέσα από το ερευνητικό μέρος.

Η δομή της εργασίας αποτελείται από δύο βασικά μέρη:

- 1. Το Γενικό Μέρος** που θα παρουσιάσουμε ορισμούς, αιτίες, τρόπους αντιμετώπισης κ.τ.λ της Οστεοαρθρίτιδας καθώς και της ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου.
- 2. Και το Ειδικό- Ερευνητικό Μέρος** όπου μέσα από την έρευνα μας θα σας παρουσιάσουμε τα συμπεράσματα που βγάλαμε για την ποιότητα των ασθενών μετά την επέμβαση.

Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε πήραμε όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική ισχίου τα έτη 2005-2006-2007 στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Η έρευνα έγινε σε 110 άτομα αρχικά με την περισυλλογή των φακέλων τους και έπειτα τους τηλεφωνήσαμε και πήραμε όλες τις απαραίτητες πληροφορίες με την χρήση ερωτηματολογίου. Από αυτούς μας απάντησαν τα 92 άτομα (61 γυναίκες και 31 άνδρες).

Κλείνοντας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας **Κακαβελάκη Κυριάκο** για τη βοήθεια, συμβουλή και καθοδήγηση του στην εργασία αυτή. Επίσης ευχαριστούμε θερμά τον Αγγελόπουλο Θανάση Ειδικευόμενο Ορθοπαιδικό - Χειρουργό του Βενιζελείου που μας βοήθησε και μας αφιέρωσε τον χρόνο του, στην περισυλλογή των φακέλων των ασθενών για να πραγματοποιήσουμε την έρευνα. Και τέλος ευχαριστούμε όλους τους ασθενείς που μας βοήθησαν στο να συγκεντρώσουμε όλα τα στοιχεία που επιθυμούσαμε.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Οστεοαρθρίτιδα είναι μια πολύ συνηθισμένη νόσος που προσβάλλει μεγάλο ποσοστό ατόμων, κυρίως ηλικιωμένους. Επιφέρει μεγάλη επιβάρυνση στις υπηρεσίες υγείας, συνοδεύεται από μεγάλο κοινωνικό κόστος, καθώς επίσης επηρεάζει την ποιότητα ζωής πολλών ατόμων λόγω του πόνου και της αναπηρίας που χαρακτηρίζουν τη νόσο.

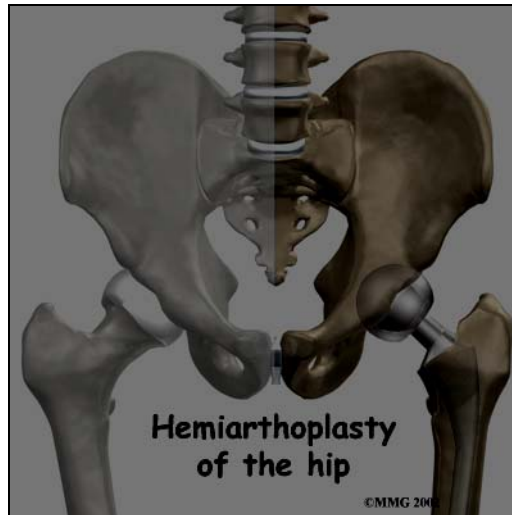
Η εργασία μας αναφέρεται σε όλες τις πλευρές της οστεοαρθρίτιδας, από την παθοφυσιολογία και επιδημιολογία στην διάγνωση και στην κλινική εξέταση.

Οι μέθοδοι αντιμετώπισης της οστεοαρθρίτιδας συζητώνται λεπτομερώς.

Η οστεοαρθρίτιδα τα τελευταία χρόνια γίνεται αντικείμενο συστηματικής έρευνας στα πλαίσια ανάπτυξης νέων φαρμάκων, σχεδιασμένων όχι μόνο να θεραπεύουν την νόσο, αλλά και να προλαμβάνουν την ανάπτυξή της. Αλλαγές του τρόπου ζωής, όπως απώλεια βάρους και αυξημένη άσκηση ταιριάζουν με τα προγράμματα πρόληψης άλλων χρόνιων νοσημάτων, όπως στεφανιαία νόσος, διαβήτης και οστεοπόρωση.

Με την πάροδο του χρόνου η έρευνα δείχνει ότι η οστεοαρθρίτιδα είναι μία δυναμική μάλλον, παρά μια εκφυλιστική κατάσταση και ότι οι φυσιοθεραπείες και η αλλαγή του τρόπου ζωής επηρεάζουν θετικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η διαπίστωση αυτή οδήγησε σε μία πολύ περισσότερο ολιστική αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας, με τους ασθενείς να εμπλέκονται οι ίδιοι στην αντιμετώπιση της κατάστασής τους.

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας διαπιστώνουμε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από ολική αρθροπλαστική του ισχίου βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα και ότι οι ασθενείς συνεχίζουν την ζωή τους φυσιολογικά.



2.ΙΣΧΙΟ

2.1 Ανατομία ισχίου

Η άρθρωση του ισχίου σχηματίζεται από τη μηνοειδή επιφάνεια τις κοτύλης και από την κεφαλή του μηριαίου (εικόνα 1).

(Εικόνα 1)

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ



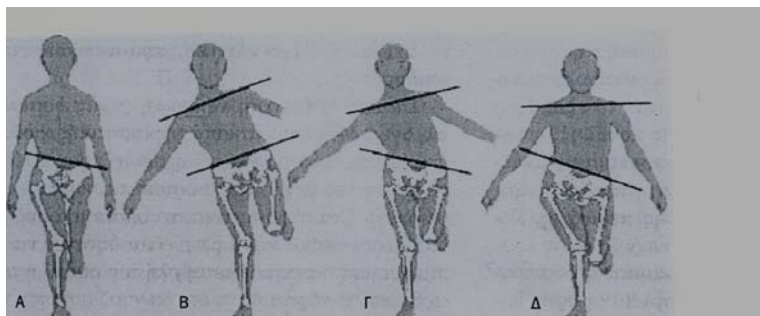
Η μηνοειδής αρθρική επιφάνεια τις κοτύλης συμπληρώνεται στην περιφέρειά τις από έναν ινοχόνδρινο σχηματισμό, τον **επιχείλιο χόνδρο**, που σχηματίζει τον κοτυλιαίο δακτύλιο. Ο κοτυλιαίος δακτύλιος προσφύεται κατά μήκος τις οφρύος τις κοτύλης και φερόμενος επάνω από την κοτυλιαία εντομή σχηματίζει τον **εγκάρσιο** σύνδεσμο τις κοτύλης. Από τον κοτυλιαίο βόθρο, ένα σχηματισμό που περιβάλλεται από τη μηνοειδή αρθρική επιφάνεια και όπου υπάρχει ένα λιπώδες υπόστρωμα, εκφύεται ο **στρογγυλός σύνδεσμος** τις κεφαλής του μηριαίου, περιβαλλόμενος από αρθρικό υμένα. Ο σύνδεσμος τις περιέχει την αρτηρία τις κεφαλής του μηριαίου, που είναι κλάδος του κοτυλιαίου κλάδου τις θυρεοειδούς αρτηρίας και αποτελεί έναν ενδοθυλακικό συνδεσμικό σχηματισμό. Ο αρθρικός θύλακος προσφύεται γύρω από την οφρύ τις κοτύλης, ενώ η πρόσφυση του θυλάκου επάνω στο μηριαίο αυχένα γίνεται σε ίση περίπου το χείλος του αρθρικού χόνδρου τις μηριαίας κεφαλής. Με τον

τρόπο αυτόν το εξωθυλακικό τμήμα του αυχένα του μηριαίου είναι μικρότερο εμπρός από ό,τι πίσω. Εμπρός η πρόσφυση γίνεται κατά μήκος τις μεσοτροχανθήριας γραμμής, ενώ πίσω η πρόσφυση γίνεται ένα περίπου εκατοστό κεντρικά τις οπίσθιας μεσοτροχανθήριας γραμμής. Τις συνδέσμους του ισχίου ανήκουν ο ισχυρότατος λαγονομηριαίος, ο ισχιομηριαίος και ο ηβομηριαίος σύνδεσμος, που αποτελούν το εξωθυλακικό **συνδεσμικό σύμπλεγμα** του ισχίου, το οποίο ενισχύει τον αρθρικό θύλακο, περιορίζει τις ακραίες κινήσεις του ισχίου και συγκρατεί την κεφαλή του μηριαίου μέσα στην κοτύλη. (CECIL, 1996)

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Η κλινική εξέταση του ισχίου αρχίζει με τον ασθενή σε όρθια θέση. Διερευνάται η ύπαρξη του σημείου Trendelenburg (εικόνα 2). Ζητούμε από τον ασθενή μονοποδική στήριξη αρχικά στο υγιές ισχίο, οπότε γίνεται επισκόπηση της λεκάνης και της σπονδυλικής του στήλης. Οι απαγωγείς μύες του ισχίου, οι οποίοι στην περίπτωση αυτή λειτουργούν φυσιολογικά, διατηρούν τη λεκάνη σχεδόν οριζόντια, ενώ προκαλείται ελαφρά κλίση του κορμού προς την πλευρά του φορτιζόμενου ισχίου. Η μονοποδική στήριξη στο πάσχον ισχίο προκαλεί εκσεσημασμένη κλίση της λεκάνης προς το αντίθετο ισχίο και κλίση του κορμού προς το πάσχον, σε μία προσπάθεια να αποκατασταθεί η ισορροπία του σώματος, που η ανεπάρκεια των απαγωγών μυών του ισχίου δεν μπορεί να διατηρήσει.

Στη συνέχεια, με τον ασθενή σε ύπτια θέση, ελέγχεται η κινητικότητα του ισχίου και η ύπαρξη βράχυνσης του σκέλους. Εμποδίζεται με συγκράτηση η ανύψωση της λεκάνης, ενώ γίνονται παθητικά και ενεργητικά κινήσεις κάμψης, έκτασης, έσω και έξω στροφής, απαγωγής και προσαγωγής του ισχίου. Η κάμψη του ισχίου ελέγχεται με το γόνατο σε κάμψη. Επίσης, με το γόνατο σε κάμψη και με τον ασθενή σε ύπτια αρχικά και σε πρηνή στη συνέχεια θέση ελέγχεται και το εύρος των στροφών του ισχίου. Όταν η κάμψη του ενός ισχίου επιφέρει αυτόματα ανύψωση στο άλλο ισχίο, είναι ένδειξη ελαττωμένης κινητικότητας και στο ανυψούμενο ισχίο. Η έκταση του ισχίου ελέγχεται με τον ασθενή σε πρηνή θέση. Το εύρος των κινήσεων καταγράφεται πάντα συγκριτικά με το άλλο ισχίο. (ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, 2003)



ΕΙΚΟΝΑ 2
(Α. Σημείο Trendelenburg
Β. Φυσιολογικό Γ. Δ.
Παθολογικό)

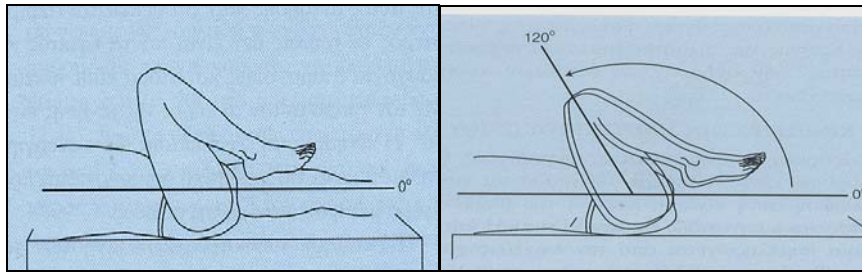
2.3 ΚΙΝΗΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Η άρθρωση του ισχίου είναι σφαιροειδής. Οι αρθρικές επιφάνειες που συντάσσονται στην άρθρωση αυτή, είναι η κεφαλή του μηριαίου οστού και η μηνοειδής επιφάνεια της κοτύλης η οποία συμπληρώνεται από τον επιχείλιο χόνδρο. Το δακτυλοειδές σχήμα του επιχείλιου χόνδρου διακόπτεται στο τμήμα της κοτυλιαίας εντομής το οποίο συμπληρώνεται από τον εγκάρσιο σύνδεσμο.

Οι κινήσεις που γίνονται στην άρθρωση του ισχίου είναι η κάμψη-έκταση του μηρού στο οβελιαίο επίπεδο, η προσαγωγή-απαγωγή στο μετωπιαίο επίπεδο και η στροφή προς τα έσω και προς τα έξω στο εγκάρσιο επίπεδο. Η κίνηση περιαγωγής του σκέλους είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού όλων των κινήσεων.

Για τον καθορισμό του εύρους κάθε κίνησης ξεχωριστά και η διατύπωση της ύπαρξης δυσκαμψίας είναι απαραίτητο να οριστεί η ουδέτερη θέση της άρθρωσης ή θέση 0 (μοίρες). Για τον έλεγχο π. χ του αριστερού ισχίου ως ουδέτερη θέση ορίζεται η θέση που παίρνει το ισχίο με τον εξεταζόμενο ύπτιο σε επίπεδη επιφάνεια ενώ το δεξιό ισχίο φέρεται και κρατείτε σε πλήρη κάμψη. Με αυτό τον χειρισμό καταργείται η φυσιολογική ή υπερβολική λόρδωση της οσφύς και η κίνηση κάμψης του ισχίου γίνεται μόνο στην άρθρωση του εξεταζόμενου ισχίου.

Το εύρος της κίνησης κάμψης του ισχίου από την ουδέτερη ή μηδενική θέση όπως αυτή περιγράφηκε ανέρχεται σε 120° . (Εικόνα 3)



(Εικόνα 3 που δείχνει τη θέση του εξεταζόμενου για τον έλεγχο κάμψης του ισχίου)

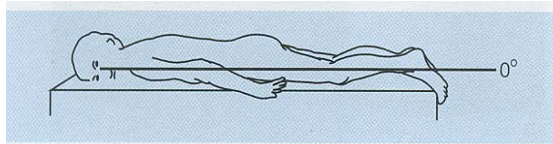
Σε περίπτωση που η εξεταζόμενη άρθρωση παρουσιάζει δυσκαμψία, κατά το χειρισμό εξαφάνισης της λόρδωσης, το ελεγχόμενο ισχίο παρασύρεται από την κίνηση κάμψης του αντίστοιχου ισχίου και εμφανίζεται η σύγκαμψη. (εικόνα 4)



(Εικόνα 4 που δείχνει το χειρισμό για τον έλεγχο της σύγκαμψης του ισχίου)

Η μέτρηση της έκτασης του ισχίου σε μοίρες γίνεται με 2 τρόπους:

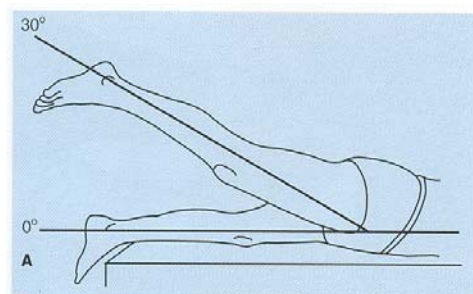
A) Ουδέτερη θέση ή θέση μηδέν θεωρείται η πρηνής θέση του εξεταζόμενου με την τοποθέτηση ενός μαξιλαριού στην κοιλιακή του χώρα. (Εικόνα 5)



(Εικόνα 5 που δείχνει την ουδέτερη θέση του εξεταζόμενου για τον έλεγχο της ενεργητικής έκτασης του ισχίου)

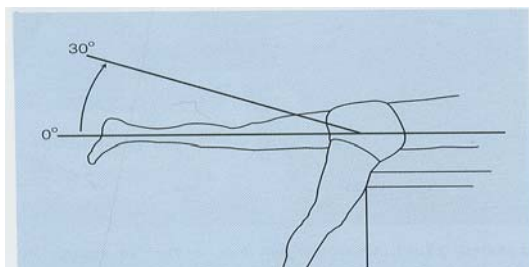
Από τη θέση αυτή εκτείνεται το σκέλος ολόκληρο στην άρθρωση του ισχίου. Ο έλεγχος αυτός της κίνησης γίνεται ενεργητικά και παθητικά. Το εύρος κίνησης ανέρχεται σε 30°.

(Εικόνα 6)



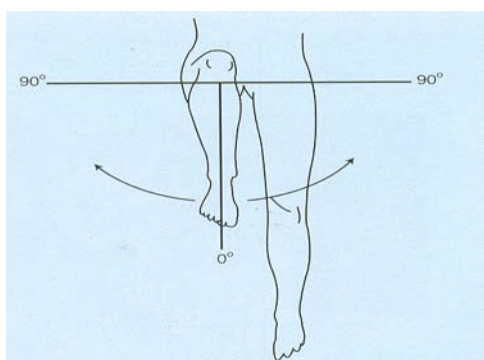
(Εικόνα 6 που δείχνει την κίνηση έκτασης του εξεταζόμενου ισχίου από την πρηνή θέση.)

B) Πιο ακριβής έλεγχος επιτυγχάνεται με τον εξεταζόμενο στην ίδια πρηνή θέση με τη διαφορά ότι αμφότερα τα κάτω άκρα προέχουν της εξεταστικής κλίνης και ενώ με το ένα σκέλος ο εξεταζόμενος στηρίζεται με το πέλμα στο δάπεδο, επιχειρείται η κίνηση του άλλου προς τα οπίσω (ανύψωση) (Εικόνα 7)



(Εικόνα 7 που δείχνει τον τρόπο εκτίμησης της ενεργητικής έκτασης του ισχίου)

Για τον έλεγχο της στροφικής κίνησης της άρθρωσης με το ισχίο σε κάμψη, ως ουδέτερη θέση ορίζεται η θέση που τοποθετεί τον εξεταζόμενο ύπτιο, με το γόνατο και το ισχίο σε σχέση γωνίας 90° , δηλαδή η σχέση μεταξύ κνήμης-μηρού και μηρού-κορμού, να βρίσκονται σε κάμψη γωνίας 90° στο οβελιαίο επίπεδο.(Εικόνα 8)



(ΕΙΚΟΝΑ 8 Σχηματική εικόνα που δείχνει την

ουδέτερη

θέση του κεκαμμένου ισχίου)

Το εύρος της κίνησης της έσω στροφής μετράται σε 45° . Με όμοιο τρόπο γίνεται και ο έλεγχος της έξω στροφής , ξεκινώντας από τη θέση 0 και με χειρισμό προς την αντίθετη κατεύθυνση. Το εύρος κίνησης ορίζεται επίσης σε 45° . (εικόνα 9-10)



(Εικόνα 9 που δείχνει τον έλεγχο της έσω στροφής του ισχίου)



(Εικόνα 10 που δείχνει το εύρος της έξω στροφής του ισχίου)

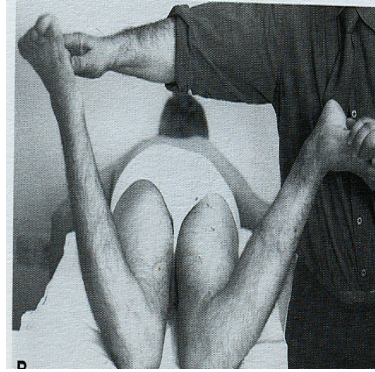
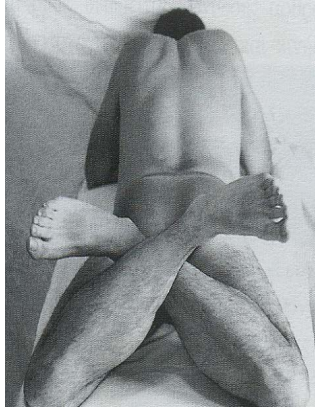
Ο έλεγχος της κίνησης στροφής του ισχίου με τα κάτω άκρα σε θέση έκτασης γίνεται με δύο τρόπους. Με τον εξεταζόμενο σε ύπτια θέση και τα κάτω άκρα παράλληλα μεταξύ τους, έτσι ώστε η γραμμή που ενώνει την πρόσθια άνω λαγόνιο άκανθα με την πρώτη μεσοδακτύλιου πτυχή να διέρχεται (φυσιολογικά) από την επιγονατίδα.

Με χειρισμό κύλισης γίνεται η κίνηση της έσω και της έξω στροφής το εύρος της κάθε μιας από τις οποίες ανέρχεται σε 45° (Εικόνα 11-12)



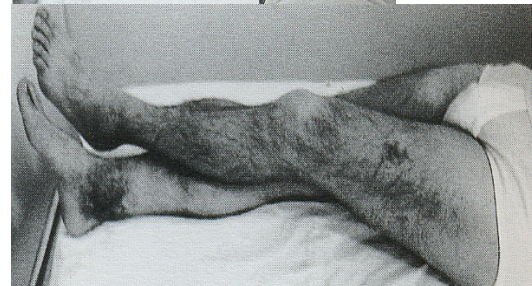
(Εικόνες 11-12 που δείχνουν το εύρος κίνησης των ισχίων με τα άκρα σε έκταση)

Ο δεύτερος τρόπος ελέγχου γίνεται με τον εξεταζόμενο σε πρηνή θέση, τους μηρούς σε θέση παράλληλη και τα γόνατα σε κάμψη. Η θέση αυτή θεωρείται ουδέτερη θέση 0. Με τον τρόπο αυτό οι στροφικές κινήσεις γίνονται σαφέστερες στον εξετάζοντα και το εύρος της κίνησης έσω ή έξω στροφής είναι 45° . Η θέση αυτή δίνει και τη δυνατότητα σύγκρισης. (Εικόνα 13-14)



(Εικόνες 13-14 που δείχνουν τη στροφική δυνατότητα των ισχίων με τον εξεταζόμενο σε πρηνή θέση)

Ο έλεγχος τη κίνησης της προσαγωγής και απαγωγής του ισχίου γίνεται με τον εξεταζόμενο σε ύπτια θέση και τα κάτω άκρα παράλληλα μεταξύ τους. Η θέση αυτή θεωρείται ουδέτερη. Από τη θέση αυτή η απαγωγή υπολογίζεται σε 45° ενώ η προσαγωγή σε 35° . (Εικόνα 14-15)

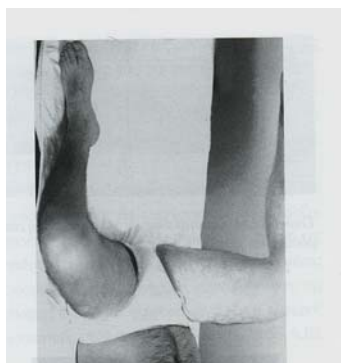


(Εικόνα 14 που δείχνει το εύρος της απαγωγής)

(Εικόνα 15 που δείχνει το εύρος της προσαγωγής με το σκέλος σε έκταση)

Η μέτρηση της κίνησης απαγωγής του ισχίου μπορεί να γίνει σε κάθε θέση κάμψης, επιλέγεται όμως η θέση της κάμψης των 90° στο ισχίο και το γόνατο και ορίζεται εξ αρχής η θέση αυτή ως ουδέτερη. Από τη θέση αυτή η κίνηση απαγωγής έχει εύρος

60°. Η βατραχοειδής θέση έχει το πλεονέκτημα να επιτρέπει συγκριτικά τον έλεγχο της απαγωγής του κάθε ισχίου. (Εικόνα 16-17) (ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, 2003)



(Εικόνα 16 για την κατανόηση της απαγωγής του καθενός ισχίου ξεχωριστά)



(Εικόνα 17 που δείχνει τη συγκριτική μέτρηση της απαγωγής των ισχίων σε βατραχοειδή θέση)

3. Οστεοαρθρίτιδα ή εκφυλιστική αρθροπάθεια του ισχίου

3.1 Ιστορική αναδρομή στην οστεοαρθρίτιδα του ισχίου

Η οστεοαρθρίτιδα αποτελεί μία από τις αρχαιότερες παθήσεις. Παλαιοντολογικά ευρήματα έδειξαν την παρουσία της σε σπονδυλωτά, όπως το δεινόσαυρο Διπλόδοκο και στον προϊστορικό άνθρωπο.

Ως ξεχωριστή κλινική οντότητα περιγράφηκε το 1907. Η ολοκληρωμένη της περιγραφής της νόσου όμως, κατέστη δυνατή το 1995 με τον ορισμό της ως μια ομάδα διαφορετικών παθήσεων, οι οποίες αλληλεπικαλύπτονται, έχουν διαφορετικά αίτια αλλά παρόμοια κλινικά βιολογικά και μορφολογικά ευρήματα.

Αποτελεί μείζονα αιτία μυοσκελετικού άλγους, την κυριότερη αιτία ανικανότητας και αναπηρίας οφειλόμενης σε αρθρίτιδα και έχει σοβαρές και κοινωνικές επιπτώσεις. (Βασίλειος Παπαβασιλείου, 2003)

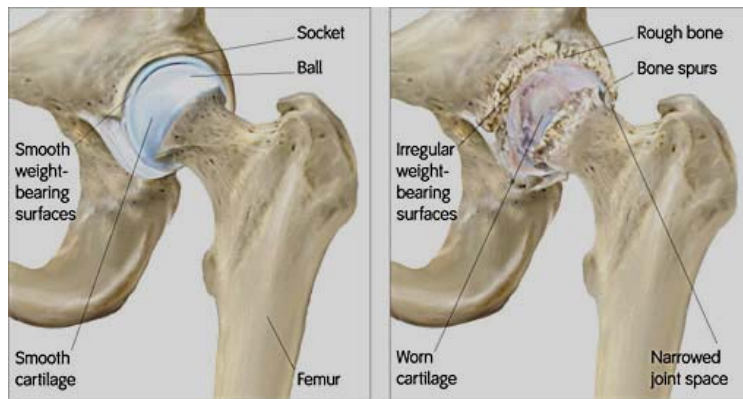


3.2 Ορισμός οστεοαρθρίτιδας ισχίου

Η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) του ισχίου μαζί με εκείνη του γόνατος αποτελούν τις συχνότερες εντοπίσεις της πάθησης αυτής στις αρθρώσεις των κάτω άκρων. Όπως και οι οστεοαρθρίτιδες άλλων αρθρώσεων, η ΟΑ του ισχίου είναι σπάνια πρωτοπαθής (ιδιοπαθής αγνώστου αιτιολογίας), ενώ στη μεγαλύτερη αναλογία είναι δευτεροπαθής, αποτέλεσμα δηλαδή διαταραχής στην αρμονική σχέση μεταξύ κεφαλής μηριαίου και κοτύλης. Και επειδή το συχνότερο αίτιο αυτής της διαταραχής είναι η συγγενής δυσπλασία του ισχίου που αφορά κυρίως στα κορίτσια παρά στα αγόρια, η δευτεροπαθής ΟΑ του ισχίου στη συντριπτική πλειοψηφία εμφανίζεται στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

Γενικά τα διάφορα αίτια της δευτεροπαθούς οστεοαρθρίτιδας διακρίνονται στις ακόλουθες τρεις μεγάλες κατηγορίες:

1. Ανομοιόμορφη φόρτιση εξαιτίας ανωμαλιών στη σχέση κοτύλης και κεφαλής μηριαίου (δυσπλασία ισχίου, συγγενές υπεξάρθρημα ισχίου, ενδαρθρικά κατάγματα), ραιβό ισχίο, επιφυσιολίσθηση κεφαλής του μηριαίου κ.λ.π.
2. Αλλοίωση του αρθρικού χόνδρου της κεφαλής ή της κοτύλης (μικροβιακές και μη φλεγμονές, ρευματοειδής αρθρίτιδα, απολυματική οστεοχονδρίτιδα κ.λ.π.
3. Βλάβη του υποχόνδριοι οστού, κυρίως της κεφαλής του μηριαίου (οστεοχονδρίτιδα της κεφαλής του μηριαίου, άσηπτη νέκρωση κ.λ.π.)



Από μελέτες που έχουν γίνει, έχει αποδειχθεί ότι σε 100,000 γεννήσεις το 1% θα παρουσιάσει μια από τις τρεις βασικές παθήσεις, δηλαδή συγγενή δυσπλασία του ισχίου, οστεοχονδρίτιδα ή επιφυσιολίσθηση της κεφαλής του μηριαίου.

Είναι τόσο συχνή η ανεύρεση κάποιου αιτίου που προκαλεί οστεοαρθρίτιδα ώστε σπάνια χαρακτηρίζεται η ΟΑ του ισχίου ως πρωτοπαθής. (ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ, 1996)

3.3 Κατάταξη – Ταξινόμηση

Η οστεοαρθρίτιδα διακρίνεται σε:

1. **Πρωτοπαθή** (ιδιοπαθή) άγνωστης αιτιολογίας η οποία διακρίνεται σε δύο μορφές:
 - Εντοπισμένη στο χέρι, πόδι, ισχίο, γόνατο, Σ.Σ και
 - Γενικευμένη όταν περιλαμβάνει τρεις οι περισσότερες περιοχές από τις παραπάνω.

2. **Δευτεροπαθή** που προκαλείται από συγκεκριμένη πάθηση ή ανωμαλία στη σχέση των αρθρικών επιφανειών:
 - Συγγενείς παθήσεις όπως δυσπλασία- εξάρθημα ισχίου, ραιβότητα
 - Τραυματισμός οξύς ή χρόνιος όπως ενδαρθρικό κάταγμα- εξάρθημα, μηνισκεκτομή.
 - Φλεγμονώδεις παθήσεις όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα, φυματίωση.
 - Ισχαιμική νέκρωση ή οστεοχονδρίτιδα της μηριαίας κεφαλής, βλάβη αγγείων (κρυσπάγημα)
 - Ενδοκρινολογικές διαταραχές – μεταβολικά νοσήματα

- Νευροπαθής αρθροπάθεια του Charcot (κατάργηση του αισθήματος του πόνου και αρκετές φορές της εν τω βάθει αισθητικότητας).
- Παχυσαρκία (ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ, 1996)

3.4 Επιδημιολογία

Είναι μια από τις συχνότερες παθήσεις του ανθρώπου. Προσβάλλει όλους τους λαούς της γης, αλλά έχει διαπιστωθεί γεωγραφική κατανομή και διαφορετική συχνότητα εμφάνισης σε ομάδες ασθενών ανάλογα με τα φυλετικά, δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά τους.

Το 1990 διαπιστώθηκε προσβολή 1 στα 5 άτομα στο γενικό πληθυσμό, ενώ το 2010 προβλέπεται ότι θα προσβάλλει 1 στα 3 άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Σε έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1998 στις Ευρωπαϊκές χώρες υψηλού εισοδήματος η ΟΑ παρουσίασε το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό πασχόντων μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια σε άτομα ηλικίας 45-59 ετών, ενώ στις χώρες μέσου και χαμηλού εισοδήματος κατατάχθηκε τρίτη μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια και την αγγειοεγκεφαλική νόσο.(ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, 2003)

3.5 Εντόπιση

1. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία δείχνουν την ανάπτυξη ασυμπτωματικών εκφυλιστικών αλλοιώσεων σε άτομα 45-50 ετών.
2. Η συχνότητα εμφάνισης της ΟΑ είναι μεγαλύτερη στους άνδρες πριν την ηλικία των 50 ετών, ενώ στις γυναίκες μετά την ηλικία των 50. Η διαφορά αυτή στα δύο φύλα οφείλεται σε μετεμμηνοπαυσιακά ορμονικά αίτια και συνεχίζει να αυξάνεται με την ηλικία.
3. Συνήθως προκαλεί πρόβλημα σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις.

Οι αρθρώσεις που προσβάλλονται συχνότερα στα κάτω άκρα είναι το ισχίο και το γόνατο, ενώ στα άνω άκρα οι εγγύς και η καρπομετακάρπια άρθρωση του αντίχειρα. (ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, 2003)

3.6 ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΚΡΩΣΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΜΗΡΙΑΙΟΥ

Στάδιο Ο

Συμπτώματα: Ασυμπτωματικό
Ακτ/κά ευρήματα: Κ.Φ
Σπινθηρογράφημα: Μειωμένη πρόσληψη
Μαγνητική τομογραφία: Κ.Φ (διάχυτη αραίωση)

Στάδιο 1

Συμπτώματα: Ελάχιστα συμπτώματα, πόνος μετά από μεγάλη καταπόνηση
Ακτ/κά ευρήματα: Κ.Φ
Σπινθηρογράφημα: Ψυχρή περιοχή στη μηριαία κεφαλή
Μαγνητική τομογραφία: Θετικά ευρήματα (περιοχές χαμηλού σήματος)

Στάδιο 2

Συμπτώματα: Ήπια, πόνος μετά από μέτρια καταπόνηση, ελαφρός περιορισμός στροφ
Ακτ/κά ευρήματα: Πύκνωση μηριαίας κεφ. Κύστεις, Ημισεληνοειδής παρυφή στο άνω
έξω τμήμα της κεφαλής
Σπινθηρογράφημα: Αυξημένη πρόσληψη
Μαγνητική τομογραφία: Σαφής εικόνα, μέγεθος και θέση νέκρωσης

Στάδιο 3

Συμπτώματα: Μέτρια, πόνος μετά από ελαφρά καταπόνηση, περιορισμός στροφής
Ακτ/κά ευρήματα: Απώλεια σφαιρικότητας, καθίζηση
Σπινθηρογράφημα: Αυξημένη πρόσληψη
Μαγνητική τομογραφία: Σαφής εικόνα, μέγεθος και θέση νέκρωσης

Στάδιο 4

Συμπτώματα: Έντονα, πόνος και κατά την ανάπαυση. Έξω στρ. βράχυνση σκέλους
Ακτ/κά ευρήματα: ΟΑ κεφαλής κοτύλης
Σπινθηρογράφημα: Αυξημένη πρόσληψη
Μαγνητική τομογραφία: Σαφής εικόνα, μέγεθος και θέση νέκρωσης

3.6.1 Στάδια αναλυτικά

Πρώτο Στάδιο

Οι βλαπτικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του χονδροκυττάρου το οποίο αρχικά υπερλειτουργεί, αργότερα εξαντλείται, εκφυλίζεται και τελικά νεκρώνεται. Η διαταραχή αυτή της λειτουργίας τους συνίσταται σε:

1. μειωμένη παραγωγή πρωτεογλυκανών
2. αυξημένη παραγωγή μεταλλοπρωτεϊνών
3. καθώς μειωμένη παραγωγή των αναστολέων τους

Η βλάβη περιορίζεται αρχικά στον αρθρικό χόνδρο, ο οποίος δε διαθέτει νεύρα, οπότε δεν υπάρχει πόνος ή άλλα κλινικά ευρήματα στον ασθενή. Οι διεργασίες του πρώτου σταδίου είναι αναστρέψιμες.

Δεύτερο Στάδιο – Φλεγμονή

Σε αυτό το στάδιο δημιουργούνται μικρορωγμές στο χόνδρο, οι οποίες επιφέρουν διάσπαση και καταστροφή κολλαγόνων ινιδίων, πρωτεογλυκανών και χονδροκυττάρων. Έπειτα ακολουθεί η διάχυση των προϊόντων διάσπασης τους στην αρθρική κοιλότητα μέσω του αρθρικού υγρού και η φαγοκυττάρωση τους από κύτταρα του αρθρικού υμένα τύπου Α. Τα φαγοκύτταρα αυτά εκκρίνουν λυσοσωματικά ένζυμα, ελεύθερες ρίζες οξυγόνου και υπεροξειδίου. Ακόμα τα προϊόντα αποδόμησης που εκκρίνουν επιτείνουν τις βλάβες του χόνδρου και διεγείρουν την παραγωγή μεσολαβητών της φλεγμονής καθώς και κυτταροκινών από τα υμενικά κύτταρα.

Κατά το στάδιο αυτό παρατηρείται αντικατάσταση του υαλοειδούς από ινώδη χόνδρο, με αποτέλεσμα η λειτουργία της άρθρωσης να παραμένει ικανοποιητική.

Τρίτο Στάδιο

Στη φλεγμονή του αρθρικού υμένα προστίθενται οστικές αλλοιώσεις και παραγωγή νέου οστού, η οποία οδηγεί σε σκλήρυνση των υποχόνδριων περιοχών στις περιοχές στήριξης και σχηματισμό οστεοφύτων σε μη φορτιζόμενες ζώνες.

Τέταρτο Στάδιο

Παρατηρούμε πλήρη καταστροφή του υαλοειδούς χόνδρου, τριβή των οστικών επιφανειών και διείδυση του αρθρικού υγρού στο σπογγώδες οστό, όπου προκαλείται καθίζηση των οστικών δοκίδων και σχηματισμός κύστεων

Πέμπτο Στάδιο

Ο συνδετικός ιστός, αγγεία και νεύρα από τη σπογγώδη ουσία των οστών εισέρχονται στην άρθρωση, όπου σχηματίζεται αγγειοβριθής κοκκιοματώδης ιστός με κατάλληλη την ινώδη αγκύλωση της άρθρωσης. (ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, 2003)

3.7 Αιτιοπαθογένεια

Πολλοί συγγραφείς ταξινομούν την πάθηση ως πρωτοπαθή και δευτεροπαθή όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια.

Σύμφωνα με αυτό τον διαχωρισμό, στην πρωτοπαθή οστεοαρθρίτιδα κύρια αιτία θεωρείται η γήρανση του χόνδρου, με τη γενικότερη έννοια του όρου. Αυτή η άποψη στηρίζεται στο γεγονός ότι η πάθηση εμφανίζεται και σε περιπτώσεις όπου δεν προηγήθηκαν στο παρελθόν βλάβες στο ισχίο και ο μόνος επιβαρυντικός παράγοντας για τον ασθενή είναι η μεγάλη ηλικία.

Έρευνες όμως που έγιναν πάνω στον αρθρικό χόνδρο της μηριαίας κεφαλής, μετά από εγχειρητική αφαίρεσή της σε αρθροπλαστικές του ισχίου, δεν έδειξαν μεγάλες αλλοιώσεις, ιστολογικές ή ιστοχημικές, ώστε να τεκμηριώνουν ως αιτία πάθησης την ηλικία. Ακόμα όμως και αν θεωρηθεί ότι ο αρθρικός χόνδρος γηράσκει, τότε η επίδραση της γήρανσης απλά συμβάλλει στην εμφάνιση της πάθησης. Στα ηλικιωμένα άτομα η αστάθεια στη βάδιση, η κακή όραση κλπ οδηγούν συνήθως σε μικροτραυματισμούς που καταπονούν το ισχίο με τελικό αποτέλεσμα την οστεοαρθρίτιδα.

Επομένως η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου είναι δευτεροπαθής πάθηση και είναι αποτέλεσμα προϋπάρχουσας βλάβης, όπως τραυματισμού ή συγγενούς ανωμαλίας ή και προηγηθείσας πάθησης όπως οστεοχονδρίτιδα, φλεγμονή κλπ.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι παθήσεις και η φαρμακευτική αγωγή που αυξάνουν τα λιπίδια του αίματος, αποτελούν επίσης τη βάση πάνω στην οποία δημιουργείται η πάθηση.

Οι συνηθέστερες αιτίες που οδηγούν στην οστεοαρθρίτιδα του ισχίου είναι η δυσπλασία της άρθρωσης και η ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Μια άλλη πιο σπάνια αιτία που οδηγεί στην οστεοαρθρίτιδα είναι η αρθροκατάδυση, πάθηση συνήθως συγγενής στην οποία η μηριαία κεφαλή καλύπτεται πλήρως από την κοτύλη. Η αρθροκατάδυση δίνει καταρχήν την εντύπωση ότι διασφαλίζει καλύτερα την άρθρωση και τον αρθρικό χόνδρο με την επέκταση της επαφής των αρθρικών επιφανειών. Παρ' ότι όμως η κεφαλή είναι σε ομόκεντρη θέση με την κοτύλη εντούτοις η εκφύλιση του αρθρικού χόνδρου εμφανίζεται πρώιμα και αυτό οφείλεται στον περιορισμό των τριών βαθμών ελευθερίας κίνησης της άρθρωσης του ισχίου. Αντίθετα η δυσπλασική κοτύλη οδηγεί πρώιμα σε κυστικές αλλοιώσεις.

Η οστεοαρθρίτιδα χωρίζεται σε υπερτροφική και ατροφική μορφή. Η πάθηση χαρακτηρίζεται ως υπερτροφική όταν συνοδεύεται από οστεοφυτικές εξεργασίες και υπεροστώσεις, ενώ ως ατροφική όταν υπάρχουν στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος και περιοχική αφαλάτωση των οστών. (ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π. ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ, 1996)

3.8 Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα της πάθησης έχουν άμεση σχέση με το χρόνο έναρξης της βλάβης και στην αρχή είναι ήπια και παροδικά. Χαρακτηρίζεται **από ελαφρά επώδυνη δυσκαμψία της άρθρωσης του ισχίου, ιδιαίτερα σε κινήσεις έσω στροφής**. Στο στάδιο αυτό μπορεί να εμφανισθεί και **ελαφρά παροδική χωλότητα** η οποία με την πάροδο του χρόνου γίνεται εντονότερη. Τα συμπτώματα αυτά αρχικά είναι αποτέλεσμα ίωσης των συνδεσμικών στοιχείων της άρθρωσης, που οδηγεί σε απώλεια της ελαστικότητας της. Ακόμα ακολουθεί η εμφάνιση του **άλγους** κατά την ανάπαυση. Το άλγος αυτό εκδηλώνεται κατά την ανάπαυση σε καθιστική κυρίως θέση και μπορεί να διαρκεί για αρκετό χρόνο. Παράλληλα εμφανίζεται και το νυχτερινό άλγος, συνήθως κατά τις πρώτες πρωινές ώρες, που αφυπνίζει τον πάσχοντα και χαρακτηρίζεται από την έντασή του.

Το άλγος κατά την ανάπαυση οφείλεται στη λίμανση του αίματος στην περιοχή εξαιτίας της χαλάρωσης των μυών. Το νυχτερινό άλγος οφείλεται καταρχήν στον ίδιο λόγο, στο οποίο προστίθεται όμως και η υπέρσχυση της δράσης του παρασυμπαθητικού συστήματος κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Μετά την εγκατάσταση της βλάβης, κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς διαπιστώνεται η ύπαρξη θετικού σημείου Trendelenburg το οποίο είναι μυϊκής αιτιολογίας και χωλότητα που αρχίζει να γίνεται εμφανής κατά τη βάδιση.

Κατά τον έλεγχο των κινήσεων του πάσχοντος ισχίου πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν και το εύρος των κινήσεων του φυσιολογικού ισχίου. Ο έλεγχος των κινήσεων του ισχίου γίνεται με τον πάσχοντα σε ύπτια θέση στο εξεταστικό τραπέζι, τα σκέλη σε ουδέτερη θέση και τη λεκάνη ακίνητη. Στην αρχή ελέγχεται αν υπάρχει παραμόρφωση όπως η σύγκαμψη του ισχίου. Ακολουθεί ο έλεγχος της προσαγωγής και κυρίως της απαγωγής που γίνεται σε δύο φάσεις, με το ισχίο και το γόνατο σε κάμψη και στη συνέχεια με το σκέλος και το ισχίο σε έκταση. Ο έλεγχος της κίνησης της κάμψης-έκτασης του ισχίου, γίνεται πάντα με τη συμμετοχή του γόνατος σε κίνηση. (CECIL, 1996)

3.9 Ακτινολογικά ευρήματα

Είναι χαρακτηριστικά και περιλαμβάνουν:

1. Στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος
2. Κύστεις στο υποχόνδριο οστού
3. Οστεόφυτα, δηλαδή οστικές προσεκβολές, που αναπτύσσονται στις θέσεις που προσφύονται ο αρθρικός θύλακος και οι σύνδεσμοι. (Οστεόφυτα είναι συνήθως αυτά που ο κόσμος λέει άλατα.

Πέρα από αυτά, εφόσον υπάρχει υπεξάρθρωμα, παρατηρείται διάσπαση του θυροαυχενικού τόξου. (ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π. ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ, 1996)

3.10 Διαφορική Διάγνωση

1. Από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα (προσλαμβάνονται περισσότερες από μια αρθρώσεις, υπάρχουν χαρακτηριστικά εργαστηριακά ευρήματα). Όταν η προσβολή στη ρευματοειδή αρθρίτιδα αφορά σε μια μόνο άρθρωση, ο διαχωρισμός είναι δυσκολότερος και στηρίζεται και πάλι κυρίως στα εργαστηριακά ευρήματα.
2. Από την φυματιώδη αρθρίτιδα (ταχύτερη εξέλιξη, αφαλάτωση, δεκατική πυρετική κίνηση, υψηλή Τ.Κ.Ε, θετική Mantoux)
3. Από την οσφυαλγία, με την οποία συχνά συγχέεται, επειδή οι άρρωστοι με ΟΑ έχουν: α) πόνο και στη μέση από σπονδυλαρθρίτιδα που κατά κανόνα συνυπάρχει και β) αντανάκλαση του πόνου προς τον μηρό. Επί πλέον η άρση του τεντωμένου σκέλους προκαλεί πόνο και αντίσταση εκ μέρους του αρρώστου εξ' αιτίας της δυσκαμψίας του ισχίου λόγω της αρθρίτιδας. (ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π. ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ, 1996)

4.Θεραπεία

Η θεραπεία της ΟΑ αποσκοπεί στη μείωση του πόνου και της δυσκαμψίας, στην καλύτερη κινητοποίηση της άρθρωσης που πάσχει και στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου. Η μείωση του βάρους και η άσκηση αποτελούν τις πρώτες θεραπευτικές συστάσεις σε υπέρβαρους ασθενείς.

4.1 Η Συντηρητική Θεραπεία

Περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και φυσικοθεραπεία.

4.1.1 Τα συνηθέστερα φάρμακα, είναι τα εξής :

1. Αναλγητικά ενδαρθρικά (μεγάλη ποσότητα ξυλοκαΐνης μπορεί να προκαλέσει πτώση της αρτηριακής πίεσης), ή συστηματικά πχ. παρακεταμόλη και άλλα.
2. Μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα για τον έλεγχο της φλεγμονής στο δεύτερο και τρίτο στάδιο της νόσου.
3. Αντιαρθρικά βραδείας δράσης από του στόματος, ή ενδοαρθρικά.
4. Κορτικοστεροειδή χορηγούμενα α) από το στόμα ή ενδομυϊκά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο παρενεργειών και μικρότερη δραστικότητα λόγω περιορισμένου αριθμού υποδοχέων στα χονδροκύτταρα, β) ενδαρθρικά έχουν πολύ καλά αποτελέσματα, αλλά συχνά επαναλαμβανόμενες δόσεις έχουν αντιαναβολική δράση και προκαλούν βλάβη μαλακών μορίων και χονδροκυττάρων. Για το λόγο αυτό πρέπει να χορηγούνται με φειδώ στην ίδια άρθρωση, η οποία πρέπει έπειτα να προστατεύεται για 24-48 ώρες.

Τελευταία, τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της ΟΑ κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες: αυτά που τροποποιούν τα συμπτώματα (συμπτωματική αγωγή άμεσης δράσης) και σκοπεύουν στη μείωση του πόνου και τη βελτίωση της λειτουργικότητας της άρθρωσης και εκείνα που τροποποιούν τη δομή της νόσου (συμπτωματική αγωγή διαφοροποιημένης και παρατεταμένης δράσης) και στοχεύουν στο να επιβραδύνουν ή και να αναστρέψουν την εξέλιξή της.

4.1.2 Η φυσικοθεραπεία

Είναι σημαντικό μέρος της θεραπευτικής παρέμβασης, αφού μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση των συμπτωμάτων και της λειτουργικής ικανότητας του ασθενή και πιθανός να περιορίσει το ρυθμό εκφύλισης της άρθρωσης ιδίως στα πρώιμα στάδια. Ο φυσικοθεραπευτής συνδυάζοντας τη λήψη ιστορικού, τη φυσική εξέταση και την ιατρική διάγνωση μπορεί να εκτιμήσει σωστά κάθε ασθενή και να προσδιορίσει: α) αν βρίσκεται σε εξέλιξη η φλεγμονώδης διαδικασία και σε ποια φάση β) τους ιστούς που προκαλούν πόνο (περιαρθρικοί και εξωαρθρικοί ιστοί συχνά ευθύνονται για την δυσλειτουργία) γ) το αίτιο περιορισμού της κινητικότητας μίας άρθρωσης (ενδαρθρικό block, βράχυνση μαλακών μορίων), δ) τη λειτουργικότητα των άνω και κάτω άκρων με βάση ειδικούς πίνακες και να αξιολογήσει την ποιότητα της ζωής του, ε) παράγοντες που επιβαρύνουν την πάθηση. Ο σχεδιασμός της θεραπείας σε κάθε περίπτωση περιλαμβάνει την χρησιμοποίηση της αναλγητικής ηλεκτροθεραπείας, διαθερμιών και υπερήχων, την τοπική επίδραση θερμών και ψυχρών επιθεμάτων, την αποφόρτιση, την προοδευτική κινητοποίηση με ενεργητικές ή υποβοηθούμενες ασκήσεις και την παθητική κινητοποίηση. Μεγάλη σημασία έχει η ενίσχυση του τετρακέφαλου μυός με ισομετρικές ασκήσεις σε αρθροπλαστικές του ισχίου και του γόνατος. Στις πρώτες όμως, ισομετρικές ασκήσεις δεν πρέπει να περιλαμβάνουν έγερση του σκέλους λόγω φόρτισης του ισχίου με δύναμη πολλαπλάσια του σωματικού βάρους.

Η βελτίωση της εργονομίας στην εργασία και την καθημερινή ζωή, η βελτίωση της ιδιοδεκτικότητας και η αποφυγή θέσεων και δραστηριοτήτων που επιβαρύνουν την άρθρωση επιβραδύνουν την εξέλιξη της ΟΑ και βελτιώνουν την λειτουργικότητα του ασθενή. Σε προχωρημένες περιπτώσεις οι ασθενείς καταφεύγουν στη χρήση βοηθητικών μέσων. (ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, 2003)

4.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φυσιολογική εξέλιξη της ΟΑ είναι σχεδόν πάντα επιδείνωση. Σε ελάχιστους αρρώστους παρατηρείται αυτόματη υποχώρηση του πόνου (10%), αλλά και σε αυτούς η κινητικότητα του ισχίου καθώς και το επίπεδο δραστηριότητας θα έχουν περιορισθεί σημαντικά. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η υποχώρηση του πόνου

συμπίπτει με την εμφάνιση ορισμένου τύπου οστεοφύτων. Βεβαίως οστεόφυτα δεν παρουσιάζονται πριν από την ηλικία των 40 ετών.

Εξάλλου δεν υπάρχουν μελέτες που να δείχνουν ότι με τη φαρμακευτική αγωγή και τα άλλα συντηρητικά μέσα θεραπείας αναστέλλεται η φυσική εξέλιξη της πάθησης. Προσωρινή βελτίωση ασφαλώς παρατηρείται που αφορά κυρίως στον πόνο, ενώ οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις χειροτερεύουν.

Έτσι συντηρητική θεραπεία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που ο άρρωστος δεν είναι δυνατό να υποβληθεί σε εγχείρηση ή δε δέχεται την εγχείρηση ή στο αρχικό στάδιο και μέχρις ότου πεισθεί ότι η συντηρητική θεραπεία προσωρινά μόνο τον βοηθάει. Είναι όμως απαραίτητο να εφαρμόζεται, για να βεβαιωθεί ο άρρωστος για την αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας ώστε στην περίπτωση κάποιας επιπλοκής κατά ή μετά την εγχείρηση να μη μείνει με την αίσθηση λανθασμένης επιλογής.

Η εκλογή της κατάλληλης επέμβασης σε κάθε περίπτωση εξαρτάται από το στάδιο της πάθησης καθώς και από το αν πρόκειται για πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή ΟΑ. Εξαρτάται επίσης από την ένταση και τη διάρκεια του πόνου, το βαθμό και περιορισμό των κινήσεων και τη δυσχέρεια του ασθενή να συνεχίσει την εργασία του, να βαδίσει ή να αυτοεξυπηρετηθεί.

4.2.1 Στις χειρουργικές μεθόδους αντιμετώπισης της ΟΑ περιλαμβάνονται:

🌿 **Αρθρώδεση:** Με την βελτίωση των αποτελεσμάτων της ολικής αρθροπλαστικής και τη χρησιμοποίησή της χωρίς τσιμέντο αρθροπλαστικής και σε νέα άτομα, η αρθρόδεση του ισχίου για οστεοαρθρίτιδα σπάνια εφαρμόζεται. Η ένδειξή της περιορίζεται σε πολύ νέα άτομα που εκτελούν βαριά εργασία με την προϋπόθεση ότι η άρθρωση του άλλου ισχίου, αλλά και οι αρθρώσεις των γονάτων καθώς και τις ΣΣ έχουν φυσιολογική κινητικότητα.

🌿 **Οστεοτομίες:**

Αφορούν το άνω άκρο του μηριαίου οστού ή της λεκάνης.

1) Διατροχαντήρια Οστεοτομία (Δ.Ο),

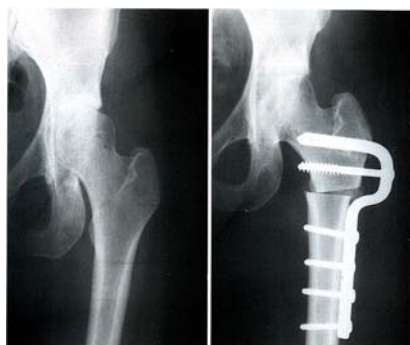
Διακρίνεται σε ΔΟ ραιβότητας και ΔΟ βλαισότητας.

Και με τις δύο, που έχουν διαφορετικές ενδείξεις, επιδιώκεται βελτίωση των μηχανικών συνθηκών λειτουργίας του ισχίου. Εκτός από την μηχανική έχουν και βιολογική δράση, διότι βελτιώνουν την ενδοοστική κυκλοφορία στην κεφαλή του μηριαίου (ελάττωση της παθητικής υπεραιμίας). Με την οστεοτομία επιτυγχάνεται θεραπευτικά υποχώρηση ή μεγάλη βελτίωση του πόνου, αναστολή ή καθυστέρηση

στην εξέλιξη της πάθησης και διατήρηση της υπάρχουσας κινητικότητας στο ισχίο. Για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να γίνεται σε πρώιμο στάδιο της πάθησης και οπωσδήποτε όχι μετά την εγκατάσταση βαριών αλλοιώσεων στην άρθρωση.

2) Οστεοτομία ραιβότητας (OP)

Συνίσταται σε οστεοτομία του μηριαίου πάνω από τον ελάχιστο τροχαντήρα και μικρή (10 χιλ περίπου) παρεκτόπιση της διάφυσης προς τα έσω. Συγχρόνως δίνεται και στην κεφαλή θέση ραιβότητας που έχει σκοπό να φέρει φυσιολογικό τμήμα της κεφαλής στα σημεία φόρτισης μέσα στην κοτύλη. (εικόνα, οστεοτομία ραιβότητας)



(εικόνα, οστεοτομία ραιβότητας σε οστεοαρθρίτιδα ισχίου)

Ενδείξεις της εγχείρησης είναι :

1. Κάμψη του ισχίου 80-90°
2. Απαγωγή του ισχίου 30° διότι θα ελαττωθεί με τη ραιβότητα
3. Ισχίο με αρχόμενες ή καθόλου οστεοαρθρικές αλλοιώσεις
4. Σφαιρική μηριαία κεφαλή και ελαφρά έως μέτρια δυσπλασία του ισχίου
5. Βλαισότητα του αυχένα του μηριαίου άνω των 135°
6. Βελτίωση της σχέσης κεφαλής μηριαίου-κοτύλης στην ακτινογραφία απαγωγής
7. Ηλικία κάτω των 65 ετών

Με την οστεοτομία ραιβότητας και μικρή παρεκτόπιση προς τα έσω αυξάνει η επιφάνεια στήριξης του βάρους του σώματος επί της κεφαλής και συγχρόνως χαλαρώνουν οι απαγωγοί-προσαγωγοί μυς καθώς και ο λαγονοψοίτης. Η παρεκτόπιση προς τα έσω δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10-15mm ούτε η ραιβότητα της 15° ώστε να είναι δυνατή μελλοντικά ολική αρθροπλαστική.

Μειονεκτήματα OP

Είναι η βράχυνση του σκέλους περίπου 1-2cm, η δημιουργία σημείου Tredelenburg που διαρκεί ένα χρόνο περίπου, καθώς και η μετατόπιση του μείζονος τροχαντήρος προς τα άνω. Εφόσον η επιλογή των αρρώστων γίνει με βάση της παραπάνω προϋποθέσεις τα ποσοστά επιτυχίας φθάνουν το 70-90% και διαρκούν 10-15 ή και 20 χρόνια.

3) Οστεοτομία βλαισότητας του ισχίου

Ενδείξεις:

1. Κατάργηση της σφαιρικότητας της κεφαλής του μηριαίου
2. Ύπαρξη κάμψης 80-90° και προσαγωγής 30°
3. Βελτίωση της σχέσης κεφαλής μηριαίου- κοτύλης σε ακτινογραφία προσαγωγής του ισχίου

Και εδώ η βλαισότητα που επιτυγχάνεται με την οστεοτομία δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 15° ώστε να είναι δυνατή μελλοντικά η ολική αρθροπλαστική.

Μειονεκτήματα της OB είναι η επιμήκυνση του σκέλους που είναι δυνατόν να αποφευχθεί με κατάλληλη διαμόρφωση της οστικής σφήνας που θα αφαιρεθεί. Με βάση τις παραπάνω προϋποθέσεις τα αποτελέσματα από πλευράς ποσοστού επιτυχίας και χρονικής διάρκειας είναι περίπου τα ίδια με εκείνα της οστεοτομίας ραιβότητας.

Η οστεοτομία βλαισότητας γίνεται λιγότερο συχνά από εκείνη της ραιβότητας.

4) Οστεοτομία του λαγονίου κατά Chiari

Συνίσταται σε οστεοτομία του λαγονίου στο επίπεδο που διέρχεται αμέσως πάνω από την κοτύλη μέχρι την μείζονα ισχιακή εντομή και σε μετατόπιση του περιφερικού τμήματος της λεκάνης- που περιλαμβάνει το ισχίο – προς τα μέσα.

(εικόνα οστεοτομία Chiari)



(εικόνα, οστεοτομία Chiari)

Βασικές της ενδείξεις είναι η δυσπλασία της κοτύλης, όταν δηλαδή η κοτύλη δεν είναι αρκετά βαθιά, για να καλύψει την κεφαλή μόνο με οστεοτομία ραιβότητας του μηριαίου. Εφαρμόζεται σε άτομα κάτω από την ηλικία των 40, στα οποία δεν είναι δυνατό να γίνει ολική αρθροπλαστική. Έτσι μπορεί να κερδίσει κανείς αρκετά χρόνια καλής λειτουργικής αποδοτικότητας του ισχίου, για να φθάσει ο άρρωστος στην ηλικία που επιτρέπεται να γίνει ολική αρθροπλαστική, αν τελικά χρειασθεί.

5) Οστεοτομία λαγονίου κατά Salter

Ο Salter έχει επεκτείνει τα χρονικά όρια της εφαρμογής της οστεοτομίας του μέχρι τα 40 ή και 50 χρόνια σε οστεοαρθρίτιδα ισχίου. Ένδειξη για εφαρμογή της εγχείρησης αυτής είναι το δυσπλαστικό ισχίο στο οποίο όμως υπάρχει αρμονική σχέση κεφαλής μηριαίου και κοτύλης. Σε αντίθετη περίπτωση έχει ένδειξη η οστεοτομία της λεκάνης κατά Chiari.

6) Εγχείρηση Girdlestone

Στη μέθοδο αυτή γίνεται απλώς αφαίρεση της κεφαλής του μηριαίου. Χρησιμοποιείται:

1. Σε άτομα που η γενική τους κατάσταση δεν επιτρέπει την εφαρμογή ολικής αρθροπλαστικής
2. Ως λύση ανάγκης σε περίπτωση ολικής αρθροπλαστικής που έχει μολυνθεί

Πάλι ως λύση ανάγκης σε περίπτωση που χρειάζεται επανεγχείρηση και υπάρχει εκτεταμένη οστεόλυση τόσο στο μηριαίο όσο και στην κοτύλη που δεν είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με οστεομεταμόσχευση και νέα πρόθεση. Με την αφαίρεση της κεφαλής του μηριαίου το σκέλος γίνεται βραχύτερο 3-4 cm. Ο ασθενής όμως μπορεί να βαδίσει, διότι το άνω άκρο του μηριαίου συγκρατείται κυρίως από τον λαγονοψοίτη αλλά και τους άλλους μυς. (εικόνα εγχείρηση Girdlestone)



(εικόνα εγχείρηση Girdlestone)

7. Ολική αρθροπλαστική ισχίου :

Τεράστια είναι η πρόοδος που σημειώθηκε στην αντικατάσταση της άρθρωσης του ισχίου με τεχνητή την τελευταία 25ετία. Η μακρά κλινική εμπειρία από το συνδυασμό μεταλλικής κεφαλής και μεταλλικής κοτύλης με χρησιμοποίηση ακρυλικού τσιμέντου, καθώς και από το συνδυασμό τροποποιημένης πρόθεσης Austin-Moore με βιδωτή κοτύλη χωρίς τσιμέντο έδειξε σε πολλές περιπτώσεις ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η «χαμηλής τριβής » αρθροπλαστική του J.Charnaeυ με μικρότερη μεταλλική μηριαία κεφαλή διαμέτρου 22,225mm αρθρούμενη σε κυπέλλιο πολυαιθυλενίου με χρησιμοποίηση τσιμέντου αποτέλεσε σταθμό στον τομέα των αρθροπλαστικών. Γι αυτήν την χειρουργική επέμβαση θα αναφερθούμε αναλυτικότερα σε επόμενο κεφάλαιο. (ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π. ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ, 1996)

5. Ολική Αρθροπλαστική του ισχίου

5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΟΥ

ΙΣΧΙΟΥ

Η ολική αρθροπλαστική του ισχίου είναι η πιο συχνή επέμβασης στους ενήλικες και είναι μια διαδικασία επιδιόρθωσης του ισχίου. Μια ανασκόπηση της

ιστορίας είναι απαραίτητη για να εκτιμήσουμε όχι μόνο τα σημερινά δεδομένα αλλά και αυτά του παρελθόντος.

Η χρήση βιολογικών και ανόργανων υλικών για αρthroπλαστική ισχίου έγινε γνωστή τον 20^ο αιώνα. Παραμορφωμένες και αγκυλωμένες επιφάνειες του ισχίου αφαιρούνται και ένα επιπρόσθετο στρώμα τοποθετείται για να επαναδομήσει το ισχίο και να επιτρέψει την κίνηση. Επίδεσμοι, μοσχεύματα και περιarthρικοί μαλακοί ιστοί χρησιμοποιήθηκαν εκτενώς στην Αμερική και στην Ευρώπη. Τα αποτελέσματα παρέμεναν απρόβλεπτα με τον αυξανόμενο πόνο και την δυσκαμψία να είναι οι πρωταρχικές αιτίες αποτυχίας. Το 1937 εμφυτεύματα με επαρκή αντοχή έγιναν διαθέσιμα.

Η ολική αρthroπλαστική του ισχίου προκύπτει ως αποτέλεσμα πολλών βελτιώσεων στην κατασκευή τη πρόθεσης της κεφαλής του μηρού, της διαθεσιμότητας των κατάλληλων υλικών και τεχνικών κατασκευής της καλύτερης κατανόησης των μηχανισμών του ισχίου και την ανάγκη επιδιόρθωσης της κοτύλης. Τα αδέρφια Judet χρησιμοποίησαν μια ακρυλική πρόθεση μηριαίας κεφαλής αλλά ο θρυμματισμός του ακρυλικού υλικού προκάλούσε αντίδραση των οστών συμπεριλαμβανομένου και καταστροφής του οστού.

Ο Thomas και ο Moore ανέπτυξαν μεταλλικές προθέσεις με μυελικά στελέχη για στερέωμα του σκελετού. Ο Urist, Ring, Mc Kee-Farrar και άλλοι σχεδιαστές δεν έφεραν κάποιο ικανοποιητικό αποτέλεσμα γιατί η τριβή των μετάλλων ήταν ένα ανεπιθύμητο αποτέλεσμα με αυξημένη πιθανότητα χαλάρωσης και πόνου. Συγκεκριμένη αναφορά πρέπει να γίνει στον Sir John Charnley για την συστηματική μελέτη σε όλες τις προοπτικές της ολικής αρthroπλαστικής του ισχίου συμπεριλαμβανομένου των θεμάτων της τριβής, της λίπανσης, των υλικών, του σχεδιασμού και του περιβάλλοντος του χειρουργείου. Η καινοτομία του ήταν η χρησιμοποίηση ακρυλικού τσιμέντου για την στερέωση υλικών. Όλοι οι μεταγενέστεροι ερευνητές βασίστηκαν στις έρευνές του.

Παρόλα αυτά η ιστορία της αρthroπλαστικής του ισχίου υπήρξε δυναμική και έρευνες συνεχίζουν να επιφέρουν αποτελέσματα ειδικά σε νέους ασθενείς. Η έρευνα οδηγείται σε δύο κατευθύνσεις: Η μία να περιορίσει τη χρήση τσιμέντου και η άλλη στο να βελτιώσει τα ισχία που έχουν ήδη τσιμέντο. Η τεχνολογική ανάπτυξη εμφυτευμάτων επέφερε αλλαγές. Κεραμικές και μεταλλικές προθέσεις άρχισαν να χρησιμοποιούνται εξαιτίας του χαμηλού συντελεστή τριβών και των ανώτερων χαρακτηριστικών τους.

Το τιτάνιο αναγνωρίστηκε σαν ένα από τα πιο δυνατά υλικά. Δυστυχώς η μειωμένη του αντοχή το καθιστά κατάλληλο για χρήση ως επιπρόσθετη επιφάνεια στην αρχική του μορφή. Καθώς η μηριαία κεφαλή από τιτάνιο δεν είναι πλέον διαθέσιμη.

Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν καλά αποτελέσματα ανασκοπήσεων νέων τεχνικών. Ορισμένες καινούργιες τεχνικές αναφέρουν οι (ερευνητές) ότι είναι ελκυστικές ιδιαίτερα σε νέους ασθενείς. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να αναλογιστούμε τα προβλήματα προηγούμενων τεχνικών, τα οποία δεν έγιναν εμφανή παρά μόνο μετά από 5 χρόνια συνεχών ερευνών. Πρόσφατες αναφορές της επαναληπτικής αρθροπλαστικής του ισχίου αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα ήταν σχεδόν όμοια με την αρχική αρθροπλαστική. Ωστόσο, ένας αριθμός πιο πρόσφατων ερευνών αναφέρει ότι αυτό δεν αληθεύει και ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η επαναληπτική επέμβαση πρέπει να θεωρείται μια σωτήρια επέμβαση. Δεν υπάρχει αμφιβολία στο ότι η αρχική ολική αρθροπλαστική προσφέρει την καλύτερη πιθανότητα επιτυχίας. Η επιλογή όμως του κατάλληλου ασθενούς, των κατάλληλων εμφυτευμάτων και της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί είναι από τα πιο σημαντικά. Η ολική αρθροπλαστική του ισχίου απαιτεί, ο χειρουργός να ξέρει όλες τις τεχνικές που απαιτεί αυτή η επέμβαση. Παρόλα αυτά για να αντιμετωπιστούν σωστά οι κίνδυνοι που παραμονεύουν και να αξιολογηθούν νέες τεχνικές και εμφυτεύματα, η γνώση των τεχνικών της βιομηχανικής των υλικών και του σχεδιασμού είναι επίσης απαραίτητη. (Campbell, 2004)

5.2 Υπάρχουν οι εξής τρόποι ολικής αρθροπλαστικής:

1. Ολική αρθροπλαστική με τσιμέντο
2. Ολική αρθροπλαστική χωρίς τσιμέντο
3. Μικτός τύπος ολικής αρθροπλαστικής ισχίου- υβρίδιο
4. Προσανατολισμός του μηριαίου και κοτυλιαίου τμήματος της πρόθεσης
5. Προκατασκευασμένες προθέσεις
6. Επανεγχείρηση (αναθεώρηση) ολικών αρθροπλαστικών που απέτυχαν
(Revision)

Αναλυτικότερα:

1) Ολική αρθροπλαστική με βιολογικό τσιμέντο

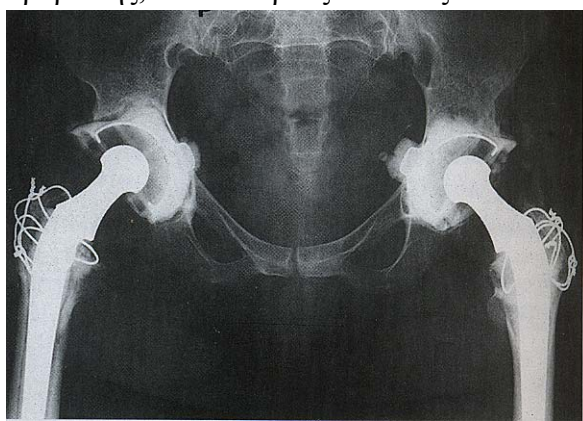
Η ολική αντικατάσταση μιας κατεστραμμένης άρθρωσης με τεχνητή αποτέλεσε ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της ορθοπαιδικής χειρουργικής, αλλά και της ιατρικής γενικότερα. Έτσι οι ασθενείς με κατεστραμμένες αρθρώσεις του ισχίου, που ήταν καταδικασμένοι σε μόνιμη επώδυνη αναπηρία στο κρεβάτι μπορούν σήμερα με την αντικατάσταση των αρθρώσεων του ισχίου καθώς και του γόνατος, όταν χρειάζεται, να γίνουν ικανοί να βαδίσουν και όχι μόνο να εξυπηρετήσουν τον εαυτό τους, αλλά και να εξυπηρετήσουν το οικογενειακό τους περιβάλλον. Περίπου 120,000 ολικές αρthroπλαστικές του ισχίου γίνονται κάθε χρόνο στις ΗΠΑ , 60,000 στη Γερμανία και 40,000 στη Μ. Βρετανία. Αναλογικά στην Ελλάδα θα έπρεπε να γίνονται περίπου 4,500-5,000 ολικές αρthroπλαστικές του ισχίου, λόγω όμως ανεπάρκειας σε νοσηλευτικές κλίνες, χειρουργεία και αντίστοιχη υποδομή, μόλις φθάνουν τις 2,500-3,000.

Οι πρώτες επιτυχείς αντικαταστάσεις του ισχίου έχουν γίνει στις αρχές της δεκαετίας του 1960 από τους Βρετανούς ορθοπαιδικούς Charnley και Mackee-Farag. Ο πρώτος χρησιμοποίησε μεταλλική κεφαλή και πλαστική κοτύλη, ενώ ο δεύτερος με τον συνεργάτη του χρησιμοποίησαν μεταλλική κεφαλή και μεταλλική κοτύλη.

Απόπειρες αντικατάστασης της άρθρωσης του ισχίου είχαν γίνει πριν από πολλά χρόνια επανειλημμένα, αλλά όλες κατέληγαν σε αποτυχία, εξαιτίας της ακαταλληλότητας του υλικού που χρησιμοποιήθηκε για στήριξη, τόσο της πρόθεσης μέσα στο μηριαίο όσο και της πλαστικής κοτύλης.

Η επινόηση και χρησιμοποίηση του ακρυλικού τσιμέντου ή βιολογικού τσιμέντου, έκανε δυνατή τη σταθερή στήριξη της τεχνητής άρθρωσης και τη λειτουργία της για μακρά σειρά ετών.

Τελικά και τις δύο αυτές αρχικές αρθρώσεις, εκείνοι που επικράτησε ήταν αυτή που συνδύαζε μεταλλική κεφαλή και πλαστική κοτύλη (Charnley, εικόνα), επειδή ακριβώς είχε μικρότερο συντελεστή τριβής απ' ότι η μεταλλική κεφαλή με τη μεταλλική κοτύλη. Τα τελευταία χρόνια εντούτοις μερικοί ερευνητές άρχισαν πάλι να χρησιμοποιούν την τεχνητή άρθρωση με στήριξη μετάλλου προς μέταλλο, διότι φάνηκε ότι δεν ήταν ο συντελεστής τριβής εκείνος που οδηγούσε σε αποτυχία της άρθρωσης, αλλά κυρίως ο τύπος κατασκευής της, και τα ρινίσματα φθοράς στην



περίπτωση του πλαστικού κυπελίου.

(εικόνα, ακτινογραφία ολικής αρthroπλαστικής τύπου Charnley)

Ενδείξεις ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου με βιολογικό τσιμέντο είναι

1. Βαριές αλλοιώσεις της άρθρωσης με έντονο πόνο και κατά την ανάπαυση.
2. Μεγάλος περιορισμός της κινητικότητας.
3. Δυσχέρεια στη βάδιση.
4. Ηλικία κατά προτίμηση πάνω από τα 60 χρόνια. Εξαιρετικά στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, όταν δεν υπάρχει άλλη λύση, η εγχείρηση εφαρμόζεται και σε μικρότερη ηλικία. Οι ασθενείς σηκώνονται λίγες μέρες μετά την επέμβαση και αρχίζουν να βαδίζουν, γεγονός το οποίο αποτελεί το μεγάλο πλεονέκτημα της μεθόδου.

Με την πάροδο των ετών και τα ικανοποιητικά αποτελέσματα, η επέμβαση άρχισε να χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις βαριάς οστεοαρθρίτιδας και σε άτομα ηλικίας κάτω των 60 ετών.

Γενικά πρόκειται για μεγάλη επέμβαση γι' αυτό και χρειάζεται καλά οργανωμένο χειρουργείο, πείρα από την πλευρά του ορθοπαιδικού χειρουργού καθώς και πολύ καλή εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς.

Πρέπει επίσης πριν αποφασίσει κανείς την διενέργεια αυτής της επέμβασης, να έχει μελετήσει όλες τις άλλες δυνατότητες μικρότερων ή πιο συντηρητικών επεμβάσεων, όπως είναι οι οστεοτομίες.

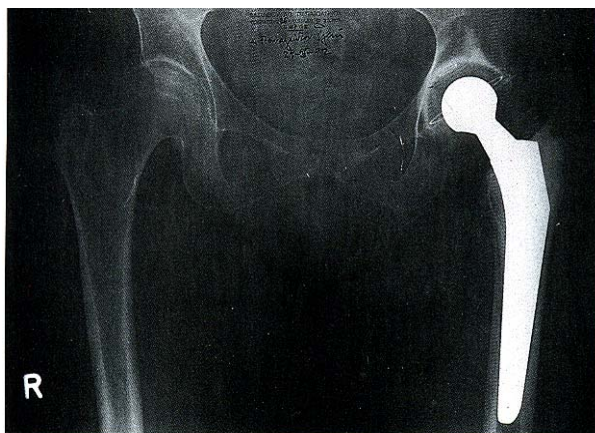
Τα αίτια αποτυχίας της επέμβασης είναι :

1. Η μόλυνση και
2. Η χαλάρωση της άρθρωσης.

Ειδικά η μόλυνση, το ποσοστό της οποίας φθάνει το 0,5-4% μπορεί να αποβεί καταστρεπτική για την τύχη της άρθρωσης, γι' αυτό και χρειάζονται αυστηρά μέτρα ασηψίας κατά την επέμβαση.

Σήμερα με τη βελτίωση των συνθηκών ασηψίας στα χειρουργεία που γίνονται οι επεμβάσεις αυτές, η χαλάρωση της άρθρωσης αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα.

Τα ποσοστά υπερβαίνουν κατά τους διαφόρους συγγραφείς, το 20% μετά από 15 χρόνια, όπως διαπιστώθηκε στις ολικές αρθροπλαστικές του ισχίου του Muller με κυρτή μηριαία ενδοπρόθεση (Muller, εικόνα).



(εικόνα, ακτινογραφία ολικής αρθροπλαστικής τύπου Muller)

Σήμερα με την βελτίωση της ποιότητας των μετάλλων που χρησιμοποιούνται , καθώς και του σχήματος της ενδοπρόθεσης, τόσο του μηριαίου όσο και του κοτυλιαίου τμήματος και παράλληλα τη βελτίωση της ποιότητας και του τρόπου εφαρμογής του ακρυλικού τσιμέντου, τα ποσοστά αυτά έχουν σημαντικά ελαττωθεί. Έτσι τα πρώτα 5 χρόνια το ποσοστό μηχανικής χαλάρωσης φθάνει το 5% περίπου, ενώ στη συνέχεια το ποσοστό αυξάνει κατά 1% περίπου το χρόνο για φθάσει το 15%-20% των περιπτώσεων που χρειάζονται επανεγχείρηση μετά από 15 χρόνια.

Οι μελέτες των τελευταίων χρόνων οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν δύο είδη μηχανικής χαλάρωσης, η ακτινολογική και η κλινική.

Η κλινική χαλάρωση σημαίνει ότι μετά την επέμβαση τα ισχία αυτά είναι εξαιρετικά επώδυνα και βεβαίως χρειάζονται επανεγχείρηση.

Η ακτινολογική χαλάρωση κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα 10-40%.

Τα σπουδαιότερα ακτινολογικά σημεία χαλάρωσης είναι:

1. Η αλλαγή στη θέση πρόθεσης. Αποτελεί ασφαλώς το πιο θετικό ακτινολογικό σημείο χαλάρωσης.
2. Η κυκλωτερής διαυγαστική ζώνη πάχους 2mm ή περισσότερο, η οποία περιβάλλει την κοτύλη ή ολόκληρη την πρόθεση του μηριαίου.
3. Ακόμη περισσότερο θετική για χαλάρωση της πρόθεσης είναι η διαυγαστική ζώνη η οποία προοδευτικά με το χρόνο διευρύνεται και αυξάνεται μέχρις ότου περιβάλλει ολόκληρη την πρόθεση.
4. Η διαυγαστική ζώνη που περιβάλλει μερικώς την πρόθεση και μένει στάσιμη, είναι πιθανή ένδειξη χαλάρωσης.

2) Ολικές αρθροπλαστικές χωρίς τσιμέντο

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970 τα προβλήματα της μηχανικής χαλάρωσης των προθέσεων και της εκτεταμένης οστικής απώλειας, με σύγχρονη κατάτμηση του τσιμέντου, οδήγησαν στην αναζήτηση και επινόηση των προθέσεων χωρίς τσιμέντο.

Στόχος των προθέσεων αυτών ήταν η αποφυγή χρησιμοποίησης τσιμέντου και η βιολογική σταθεροποίηση τόσο του μηριαίου, όσο και του κοτυλιαίου τμήματος της πρόθεσης με την ανάπτυξη απευθείας οστού μέσα στα κενά της ανώμαλης επιφάνειας της πρόθεσης.

Με τον τρόπο αυτό ελαττώνεται η μηχανική χαλάρωση των προθέσεων και επιπλέον σε περίπτωση χαλάρωσης, η καταστρεπτική επίδραση πάνω στη μάζα του οστού στην περιοχή στήριξης είναι πολύ μικρότερη από εκείνη του βιολογικού τσιμέντου.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, δηλαδή την δια του οστού στήριξη, έχουν επινοηθεί και χρησιμοποιήθηκαν μηριαίες προθέσεις πορώδεις με σκοπό, αφ' ενός μεν την καλύτερη στήριξη με την ανώμαλη επιφάνεια και αφ' ετέρου την ευκολότερη διείσδυση του αναπτυσσόμενου οστού μεταξύ των προεξοχών της πρόθεσης (εικόνα 2.1.1, ολική αρθροπλ χωρίς τσιμέντο).



(εικόνα 2.1.1, ολική αρθροπλαστική αμφοτέρων των ισχίων με κεραμικές κοτύλες, χωρίς τσιμέντο)

Οι ιδεώδεις διαστάσεις κάθε μιας μικρής προεξοχής από αυτές τις πορώδεις επιφάνειες είναι 200-500 μ. Οι μικροπορώδεις αυτές επιφάνειες όταν αφορούν στο μηριαίο περιορίζονται ή στο κεντρικό ήμισυ της πρόθεσης ή σε ορισμένες περιπτώσεις σε μεγαλύτερη έκταση, και σε άλλες πάλι, σε όλη την επιφάνεια του μηριαίου στελέχους. Στην τελευταία περίπτωση, η στήριξη της ενδοπρόθεσης περιφερικά μέσα στον μηριαίο αυλό αποφορτίζει την διατροχαντήριο περιοχή με αποτέλεσμα την οστική ατροφία.

Στην περίπτωση του κοτυλιαίου τμήματος υπάρχει επίσης μικροπορώδης επιφάνεια σ' ένα σχήμα κοτύλης ημισφαιρικό, στην εξωτερική επιφάνεια του οποίου υπάρχουν προσκολλημένα μικροσωματίδια από πατίτη. Οι προθέσεις χωρίς τσιμέντο με υδροξυαπατίτη αποτελούν τις πλέον εξελιγμένες μορφές προθέσεων που χρησιμοποιούνται σήμερα. Δεν υπάρχουν μακροχρόνια αποτελέσματα για την οριστική τους εκτίμηση. Τα πρώτα όμως αποτελέσματα 2-4 ετών φαίνονται ικανοποιητικά.

Δύο βασικές προϋποθέσεις για να αναπτυχθεί οστόν που θα συγκρατήσει την πρόθεση, μεταξύ των προεξοχών, είναι η άμεση σταθερή συγκράτηση της πρόθεσης κατά τον χρόνο της εγχείρησης και η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη επαφή της πορώδους επιφάνειας προς το οστόν που την φιλοξενεί.

Για το σκοπό αυτό, πρέπει οι προθέσεις να έχουν το κατάλληλο σχήμα, η δε προετοιμασία του αυλού του μηριαίου να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ακριβής για να υποδεχτεί την πρόθεση.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι η επιλογή της κατάλληλης πρόθεσης και του μεγέθους της, καθώς επίσης και η χειρουργική τεχνική, πρέπει να είναι πολύ ακριβέστερα παρά στην περίπτωση εφαρμογής πρόθεσης που στηρίζεται με τσιμέντο.

Έτσι σήμερα έχουμε δύο είδη προθέσεων χωρίς τσιμέντο, την **ανατομική** και την ευθεία. Η ανατομική παρουσιάζει τις καμπυλότητες που έχει η μετάφυση του μηριαίου και ανταποκρίνεται γενικά στη γεωμετρία του αυλού του μηριαίου. Χρησιμοποιούνται επομένως μηριαίες ενδοπροθέσεις αριστερές και δεξιές με την αντίστοιχη πρόσθια απόκλιση που χρειάζεται ο αυχένας. Μειονέκτημα των χωρίς τσιμέντο ενδοπροθέσεων είναι το υψηλό ποσοστό πόνου στο μηρό που φθάνει το 5-25% των περιπτώσεων. Ο πόνος αυτός από πλευράς έντασης, μπορεί να είναι ήπιος που να μην εμποδίζει την καθημερινή λειτουργικότητα του ισχίου, έως αναπηρικός. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αν όχι σε όλες, ελαττώνεται προοδευτικά σε ένταση και υποχωρεί μετά 1-2 χρόνια. Οι ενδείξεις χρησιμοποίησης των χωρίς τσιμέντο προθέσεων αφορούν νέα γενικώς άτομα ηλικίας κάτω των 60 ετών. Πάνω από την ηλικία αυτή συνήθως χρησιμοποιούνται προθέσεις με τσιμέντο.

3) Μικτός τύπος ολικής αρθροπλαστικής ισχίου- υβρίδιο

Παρά την βελτίωση του σχήματος των προθέσεων και της τεχνικής της εφαρμογής του τσιμέντου, τα αποτελέσματα στην πλευρά της κοτύλης δεν ήταν ικανοποιητικά. Αντίθετα τα αποτελέσματα από τη χρήση ημισφαιρικής κοτύλης με πορώδη επιφάνεια, που τοποθετείται με ακρίβεια μέσα στην οστέινη κοτύλη ή βιδωτές κοτύλες από τιτάνιο και παράλληλα η πολύ ικανοποιητική αποτελεσματικότητα από τη χρησιμοποίηση μηριαίας ενδοπρόθεσης που στηρίζεται με τσιμέντο, οδήγησαν στην επινόηση του μικτού αυτού τύπου στήριξης της πρόθεσης, δηλαδή του υβριδίου. (εικόνα 3.1.1 ολικής αρθροπλαστικής μικτού τύπου υβρίδιο)



(εικόνα 3.1.1.Ολική αρθροπλαστική μικτού τύπου (υβρίδιο). Κοτύλη χωρίς τσιμέντο και μηριαία πρόθεση με τσιμέντο)

Αυτό σημαίνει ότι η μεν κοτύλη σταθεροποιείται χωρίς τσιμέντο με την πορώδη της επιφάνεια και το ημισφαιρικό της σχήμα μέσα στην οστέινη κοτύλη, ενώ το μηριαίο στέλεχος σταθεροποιείται με βιολογικό τσιμέντο. Δεν υπάρχουν συγκριτικές μελέτες για την επιβεβαίωση της επιτυχούς ή μη εφαρμογής του τύπου αυτού της στήριξης.

Εν τούτοις η μέθοδος επινοήθηκε και χρησιμοποιείται ευρέως στη Βοστώνη από τον William Harris αλλά και από άλλους ορθοπαιδικούς, σε άτομα ηλικίας 55-65 ετών.

4) Προσανατολισμός του μηριαίου και κοτυλιαίου τμήματος της πρόθεσης

Το μηριαίο τμήμα της πρόθεσης πρέπει να τοποθετείται σε ουδέτερη ή ελαφρώς βλαίση θέση. Το κοτυλιαίο τμήμα πρέπει να τοποθετείται στην ανατομική θέση της αληθινής κοτύλης. Ο προσανατολισμός πρέπει να είναι τέτοιος ώστε η κοτύλη να καλύπτεται πλήρως κατά το δυνατόν από οστόν. Έχει αποδειχθεί από διάφορες μελέτες ότι η κοτύλη που τοποθετείται κάθετα με γωνία μικρότερη των 55° , αλλά είναι πλήρως καλυμμένη από οστόν, αντέχει περισσότερο από εκείνη που τοποθετείται σε περισσότερο οριζόντια θέση και είναι μόνο μερικώς καλυμμένη από το οστόν. Επιπλέον δεν φαίνεται να υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλος κίνδυνος εξάρθημάτων στις κοτύλες που τοποθετούνται σε περισσότερο κάθετη θέση. Ίσως όμως οι κοτύλες αυτές να φθείρονται πολύ πιο εύκολα. Οι βιδωτές κοτύλες έχουν ελαφρώς μεγαλύτερα ποσοστά αποτυχίας από εκείνες με πορώδη κάλυψη και στις οποίες χρησιμοποιούνται επιπλέον βίδες. Ακόμη οι κοτύλες που είναι ημισφαιρικές σταθεροποιούνται πολύ καλύτερα από εκείνες που είναι κωνικές.

5) Προκατασκευαζόμενες προθέσεις

Τελευταία σε ορισμένα κέντρα λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζονται στην ακριβή εφαρμογή του μηριαίου στελέχους μέσα στον αυλό του μηριαίου, κατά τη διάρκεια της εγχείρησης παίρνουν με σιλικόνη το σχήμα του αυλού του μηριαίου και κατασκευάζουν με βάση αυτό την πρόθεση, την οποία και χρησιμοποιούν. Σε άλλα κέντρα μετρούν τον αυλό του μηριαίου με ηλεκτρονικό υπολογιστή και κατασκευάζουν ανάλογο μηριαίο στέλεχος.

Το χρονικό διάστημα που χρησιμοποιούνται οι τύποι αυτοί των προθέσεων είναι βραχύ και γι' αυτό δεν υπάρχουν ακόμη αξιόπιστα αποτελέσματα.

6) Επανεγχείρηση (αναθεώρηση) ολικών αρθροπλαστικών που απέτυχαν (Revision)

Παρά την επιτυχία που σημείωσαν οι ολικές αυτές αρθροπλαστικές του ισχίου ένα σημαντικό ποσοστό καταλήγει σε αποτυχία κυρίως από μηχανική χαλάρωση και λιγότερο από φλεγμονή. Τα ποσοστά μηχανικής χαλάρωσης για τις ολικές αρθροπλαστικές της περιόδου του 1970 έφθαναν το 30-40% στα 10 χρόνια λόγω της οστεόλυσης γύρω από την πρόθεση. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην διερεύνηση των αιτιών που έδειξε την αποφασιστική σημασία της τεχνικής στην παρασκευή και τοποθέτηση του βιολογικού τσιμέντου, αλλά και της μορφής σύστασης, και του σχήματος του μηριαίου stem και της κοτύλης. Έτσι σήμερα, στις ολικές αρθροπλαστικές του ισχίου με τσιμέντο που τοποθετούνται με βάση τη σύγχρονη τεχνική, μόνο το 3% του μηριαίου τμήματος και το 10% του κοτυλαίου χρειάζονται επανεγχείρηση μετά 10-15 χρόνια λόγω μηχανικής χαλάρωσης. Θα μπορούμε επομένως να πούμε απατώντας στο ερώτημα του πόση είναι η διάρκεια ζωής μιας τέτοιας σύγχρονης τεχνητής άρθρωσης που τοποθετείται, ότι φθάνει τα 15-20 χρόνια. Αναφορικά με τα αίτια της μηχανικής χαλάρωσης πιστεύαμε μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980 ότι το βιολογικό τσιμέντο ήταν το κύριο αίτιο για την δημιουργία οστεόλυσης γύρω από την πρόθεση, λόγω της αντίδρασης του οργανισμού προς ξένο σώμα, της τοξικότητας του υγρού που χρησιμοποιείται για τη διάλυση της σκόνης του τσιμέντου καθώς και της νέκρωσης των ιστών από την υψηλή θερμοκρασία που αναπτύσσεται κατά την ανάμειξη και τον πολυμερισμό.

Με τη πρόοδο όμως της έρευνας γύρω από το αντικείμενο αυτό και την εισαγωγή προθέσεων με πορώδεις επιφάνειες, που στηρίζονται και σταθεροποιούνται

μέσα στο μηριαίο αυλό με την απευθείας ανάπτυξη του οστού μεταξύ των πόρων της πρόθεσης διαπιστώθηκε ότι οστεόλυση μπορεί να συμβεί και στις προθέσεις αυτές παρόλο που δεν χρησιμοποιείται βιολογικό τσιμέντο.

Το ποσοστό εμφάνισης οστεόλυσης γύρω από την πρόθεση διαφέρει από συγγραφέα σε συγγραφέα, όλοι όμως συμφωνούν ότι το ποσοστό είναι πολύ μικρότερο στις πολύ καλά σταθεροποιημένες προθέσεις με ή χωρίς βιολογικό τσιμέντο και ότι η οστεόλυση προχωράει με ταχύ ρυθμό από την στιγμή που αρχίζει η μηχανική χαλάρωση. Και επειδή η εμφάνιση οστεόλυσης είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό ασυμπτωματική, είναι ανάγκη οι ασθενείς με ολική αρθροπλαστική ισχίου να παρακολουθούνται τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, ώστε να είναι δυνατή η αποκάλυψη μιας οστεόλυσης και να γίνει έγκαιρα η επανεγχείρηση πριν η οστεόλυση οδηγήσει σε μηχανική χαλάρωση και εκτεταμένη οστική καταστροφή που θα καταστήσει την επέμβαση εξαιρετικά δύσκολη αν όχι αδύνατη. (εικόνα 6.1.1)



(εικόνα 6.1.1 Επανεγχείρηση με τεχνητή άρθρωση χωρίς τσιμέντο)

Συμπερασματικά αναφορικά με τα αίτια της οστεόλυσης μπορεί να λεχθεί, ότι στις μεν προθέσεις με τσιμέντο υπεύθυνα είναι τα σωματίδια του βιολογικού τσιμέντου, που αποσπώνται από αυτό καθώς και τα ρινίσματα φθοράς από την κοτύλη πολυαιθυλενίου και λιγότερο τα ρινίσματα του μετάλλου. Αντίθετα στις προθέσεις χωρίς τσιμέντο τα ρινίσματα τριβής και φθοράς του πολυαιθυλενίου είναι το κύριο αίτιο οστεόλυσης, ενώ τα ρινίσματα από το μέταλλο παίζουν δευτερεύοντα ρόλο.

Όσον αφορά στον παθογενετικό μηχανισμό τα σωματίδια ρινίσματα φθοράς προκαλούν αντίδραση του οργανισμού προς ξένο σώμα που οδηγεί στο σχηματισμό μιας χαρακτηριστικής μεμβράνης μεταξύ της προθέσεως και του οστού. Η μεμβράνη αυτή, όπως αποδείχθηκε από ανοσοϊστοχημικές και βιοχημικές μελέτες, αποτελείται κυρίως από μακροφάγα και ινοβλάστες που εκκρίνουν διάφορες ουσίες οι οποίες προκαλούν απορρόφηση οστού με αποτέλεσμα την οστεόλυση γύρω από την πρόθεση.

Γενικά η επανεγχείριση (αναθεώρηση) ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου που απέτυχε, αποτελεί μια μεγάλη και δύσκολη επέμβαση με πολλούς εγχειρητικούς κινδύνους. Χρειάζεται ειδικά εργαλεία, ειδικές για κάθε περίπτωση προθέσεις, μεγάλη εμπειρία και πολύ καλή προεγχειρητική μελέτη. Η αφαίρεση του τσιμέντου ιδιαίτερα από τον αυλό του μηριαίου παρουσιάζει συχνά μεγάλες τεχνικές δυσκολίες. Η διάνοιξη παραθύρου στον πρόσθιο φλοιό του μηριαίου που να περιλαμβάνει το περιφερικό άκρο της πρόθεσης, αποτελεί μια πολύ καλή υποβοηθητική λύση, έχει όμως το μειονέκτημα του κινδύνου κατάγματος της διάφυσης κατά τις κινήσεις του σκέλους στη διάρκεια της επεμβάσεως, ιδιαίτερα κατά τις στροφές. Η νέα πρόθεση πρέπει να περνά το κάτω όριο του παραθύρου τουλάχιστον κατά 4-5 εκ. Οστικά μοσχεύματα είναι δυνατόν να χρειαστούν όταν υπάρχει μεγάλη απώλεια οστικής μάζας, που πρέπει να λαμβάνονται από το αντίθετο λαγόνιο. Όχι σπάνια σε εκτεταμένη οστική καταστροφή χρειάζονται ειδικά κατασκευασμένες προθέσεις. Τελευταία χρησιμοποιούνται επίσης στις περιπτώσεις αυτές αλλομοσχεύματα (ενιαίο άνω τριτημορίου μηριαίου) για αντικατάσταση του κατεστραμμένου τμήματος του μηριαίου οστού. Για την κατεστραμμένη κοτύλη χρησιμοποιούνται μεγάλες βιδωτές ή μη κοτύλες, αν η καταστροφή δεν είναι εκτεταμένη, με ή χωρίς οστικά μοσχεύματα ή δακτύλιοι Burch-Schneider που αποδείχθηκαν στην πράξη πολύ αποτελεσματικοί στις περιπτώσεις αυτές.(ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π. ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ, 1996)

5.3 Διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά προβλήματα

1. **Απώλεια αίματος** : Η διεγχειρητική και μετεγχειρητική απώλεια αντιμετωπίζεται με σύστημα παροχέτευσης, συλλογής, διήθησης και επαναμετάγγισης του αίματος μετεγχειρητικά.
2. **Κάταγμα**: Κοτύλης ή μηριαίου διεγχειρητικά.
3. **Λιπώδης εμβολή**
4. **Παράλυση νεύρων** : Μηριαίου, ισχιακού ή του περνιαίου
5. **Επιπλοκές κλινοστατισμού**: Θρομβοεμβολική νόσος και κατακλίσεις. Η θρομβοεμβολική νόσος είναι η συχνότερη αιτία θανάτου μετά από ολική αρθροπλαστική του ισχίου. Διακρίνεται σε εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση-DVT περιφερικού ή κεντρικού τύπου, πνευμονική εμβολή- PE και μεταθρομβωτικό σύνδρομο. Η συχνότητα εμφάνισής της μετεγχειρητικά είναι

πενταπλάσια της αντίστοιχης επεμβάσεων της κοιλίας ή το θώρακα και φθάνει στο 40-60% στους ασθενείς χωρίς προφύλαξη. Η συχνότητα κεντρικού τύπου DVT είναι 20-30% ενώ θανατηφόρος PE παρατηρείται σε ποσοστό 2-4%. Η χορήγηση γενικής νάρκωσης συνοδεύεται από μεγαλύτερο ποσοστό DVT απ' ότι η ραχιαία ή επισκληρίδιας αναισθησίας. Η μικρού μοριακού βάτους ηπαρίνες που παράγονται με αποπολυμερισμό της κλασσικής ηπαρίνης και χορηγούνται για 35 μέρες μετεγχειρητικά, αποτελούν την ασφαλέστερη αγωγή για την πρόληψη της νόσου. Η συχνότητα θρομβοεμβολικής νόσου στους ασθενείς αυτούς μειώθηκε στο 12%, ενώ του κεντρικού τύπου DVT στο 4%.

6. **Εξάρθρημα** : Οφείλεται σε σφάλματα της χειρουργικής τεχνικής, κυρίως σε κακό προσανατολισμό της κοτυλιαίας ή μηριαίας πρόθεσης.
7. **Φλεγμονή** : Διακρίνεται σε άμεση, απώτερη από αιματογενή διασπορά και υποξία από μικρόβια χαμηλής τοξικότητας, που εμφανίζεται μερικούς μήνες ως ένα χρόνο μετεγχειρητικά. Αντιμετωπίζονται με τη βελτίωση των συνθηκών ασηψίας στο χειρουργείο και αποστείρωσης των υλικών, την προσεκτική εφαρμογή και συντόμευση της χειρουργικής τεχνικής και τη χρήση συστηματικής προφυλακτικής αντιβίωσης σε συνδυασμό με χρήση ακρυλικού τσιμέντου με πρόσμιξη αντιβιοτικού.
8. **Χαλάρωση της πρόθεσης** : Οφείλεται σε αποτυχία σταθερής σύνδεσής της με το οστόν. Μπορεί να εμφανιστεί άμεσα ή σε απώτερο στάδιο. Οφείλεται σε φλεγμονή και μηχανικά αίτια ή τραυματισμό που είναι και η συχνότερη αιτία χαλάρωσης. Στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται συμβατική τεχνική τσιμέντου, η άσηπτη μηχανική χαλάρωση εμφανίζει υψηλά ποσοστά που ξεπερνούν το 20% στην 5ετία και τα 30% στην 10ετία, ενώ φαίνεται να βελτιώνεται εντυπωσιακά με τη σωστή σύγχρονη τεχνική τσιμέντου.
9. **Οστική απορρόφηση** : Οφείλεται στη μειωμένη αγωγή φορτίων από την πρόθεση στο οστόν και αντίστροφα λόγω χαλάρωσης. Σχετίζεται με την παρεμβολή σωματιδίων φθοράς του πολυαιθυλενίου στο χώρο μεταξύ της πρόθεσης και του οστού και λιγότερο σε μεταλλικά ρινίσματα. Στις προθέσεις με τσιμέντο, εκτός των ανωτέρω, πρωταγωνιστικό ρόλο έχουν τεμάχια που αποσπώνται από το βιολογικό τσιμέντο, προκαλούν αντίδραση ξένου σώματος και οδηγούν στο σχηματισμό

« ψευδομεμβράνης » μεταξύ οστού και τσιμέντου, ενώ ταυτόχρονα ενεργοποιούν την

παραγωγή κυτταροκινών που ευθύνονται για την περιπροθετική οστεόλυση.

10. **Πόνος:** Είναι ένα αναμενόμενο σύμπτωμα σε χαλαρωμένη πρόθεση. Είναι ιδιαίτερα έντονος στις στροφές του ισχίου, ενώ είναι αδύνατη η έγερση του σκέλους με το γόνατα σε έκταση. Χαλάρωση της κοτυλιαίας πρόθεσης προκαλεί έντονο πόνο, όταν ο ασθενής σηκώνεται από την καρέκλα. Ο πόνος εντοπίζεται στην βουβωνική χώρα και μερικές φορές στο γλουτό. Χαλάρωση του μηριαίου στειλεού προκαλεί έντονο πόνο στη βάδιση. Ο πόνος εντοπίζεται στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού. Είναι όμως δυνατό να επεκτείνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος και της κνήμης. Δυσχερείς είναι η ερμηνεία του άλγους σε προθέσεις χωρίς τσιμέντο με καλή οστική στερέωση. Εμφανίζεται σε ποσοστό 5-25% και υποχωρεί σημαντικά 1 με 2 χρόνια μετεγχειρητικά.

11. **Έκτοπη οστεοποίηση:** Η αξιολόγηση του αποτελέσματος μιας ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου βασίζεται σε κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα. Στα κλινικά ευρήματα γίνεται αξιολόγηση του πόνου, της λειτουργικότητας, της παραμόρφωσης, της μυϊκής ισχύος και του εύρους κίνησης, ενώ ακτινολογικά ελέγχονται η θέση και η κατάσταση της πρόθεσης, η θραύση του τσιμέντου, η ποιότητα του οστού και η ύπαρξη ακτινοδιαυγαστικής ζώνης χαλάρωσης. (ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π. ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ, 1996)

5.4 Αντιμετώπιση επιπλοκών

1. Επεμβάσεις αναθεώρησης της ολικής αρθροπλαστικής (Revision): πρόκειται για μεγάλες και δύσκολες επεμβάσεις που απαιτούν ιδιαίτερη εμπειρία. Εξαιρετικά δυσχερείς είναι ενδοαυλική αφαίρεση του τσιμέντου καθώς και η αφαίρεση του μηριαίου στειλεού στις χωρίς τσιμέντο προθέσεις με εκτεταμένη πορώδη επιφάνεια. Η φτωχή ποιότητα του οστού μετά την αφαίρεση της πρόθεσης μπορεί να απαιτήσει την χρήση οστικών μοσχευμάτων ή ατομικά κατασκευασμένη πρόθεση για αντικατάσταση του άνω άκρου του μηριαίου.

2. Εκτομή της κεφαλής του μηριαίου: Αποτελεί λύση ανάγκης σε ασθενείς με ολική αρθροπλαστική που έχει μολυνθεί. Προκαλεί ανισοσκελία και αστάθεια

Για να φτάσει ένας ασθενής στην χειρουργική επέμβαση αρχικά θα πρέπει να επισκεφθεί έναν χειρουργό, ο οποίος θα εξετάσει και θα αξιολογήσει την άρθρωση. Θα παρατηρήσει το πώς εκτελείτε η βάδιση και θα κάνει ερωτήσεις για να μάθει εάν υπάρχει πόνος και ποιες κινήσεις επιδεινώνουν τον πόνο. Θα πρέπει να ρωτήσει τι προβλήματα ή τραυματισμούς υπέστη η άρθρωση κατά το παρελθόν.

Αρχικά για να ανακουφιστεί ο πόνος, πρέπει να συστήσει ο γιατρός όλες τις μη επεμβατικές μορφές θεραπείας: φυσικοθεραπεία, περιτύλιξη, διήθηση, αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Μπορεί επίσης να δοθούν μπαστούνια ή πατερίτσες για την βάδιση.

Όταν ο πόνος όμως αρχίζει να περιορίζει τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σε βαθμό που δεν ανακουφίζετε ούτε κατά την διάρκεια της ανάπαυσης και η κίνηση της άρθρωσης του ισχίου είναι μειωμένη σε μεγάλο βαθμό, η εμφύτευση τεχνητής άρθρωσης αποτελεί την μόνη λύση για να επιστρέψει κάποιος στην φυσιολογική του ζωή.

Η χειρουργική επέμβαση προσφέρει την καλύτερη λύση στο πρόβλημα ανάλογα με την ηλικία και την έκταση της βλάβης στο ισχίο. (ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π. ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ, 1996)



6.Τι μπορεί να κάνει κάποιος πριν την χειρουργική επέμβαση

6.1 Προεγχειρητική Αξιολόγηση

Προσεκτική αξιολόγηση των ασθενών πριν από την επέμβαση είναι σημαντική στην οστεοαρθρίτιδα του ισχίου διότι πολλές επιπλοκές είναι πιθανές μετά το χειρουργείο. Μερικές από αυτές καταστροφικές ή ακόμα και θανάσιμες. Είναι το

προσδόκιμο ζωής των ασθενών ικανοποιητικό ή θα είναι καταδικασμένοι να ζουν το υπόλοιπο της ζωής τους πάνω σε μια αναπηρική καρέκλα μετά το χειρουργείο εξαιτίας και άλλων ανιάτων νοσημάτων? Επιπλέον, είναι η γενική κατάσταση του ασθενούς καλή έτσι ώστε να αντέξει μια τόσο σοβαρή επέμβαση με μεγάλη απώλεια αίματος? Επίσης προβλήματα που παρουσιάζονται συχνότερα σε ηλικιωμένους ασθενείς πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, κυρίως καρδιολογικά προβλήματα, μολύνσεις και θρομβόλυση. Επίσης μια γενική αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών με εργαστηριακά test απαιτείται έτσι ώστε να αποκαλυφθούν και να θεραπευτούν ποικίλα προβλήματα πριν από το χειρουργείο.

Η ασπιρίνη και άλλα παρόμοια φάρμακα πρέπει να μην λαμβάνονται 7 με 10 ημέρες πριν από το χειρουργείο.

Εάν ένας ασθενής έχει ιστορικό πυώδους παροχέτευσης του ισχίου ή άλλες ενδείξεις τέτοιας μόλυνσης, κατάλληλη εργαστηριακή έρευνα είναι απαραίτητη πριν από το χειρουργείο.

Η φυσική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει τη σπονδυλική στήλη, τα άνω και κάτω άκρα. Μαζική ψηλάφηση του ισχίου και του μηρού μπορεί να αποκαλύψει περιοχές ευαίσθητες

στο να προκληθούν βλάβες στους ιστούς. Η αντοχή του απαγωγού μυ πρέπει να καθοριστεί από το τεστ Trendelenburg. Το μήκος των κάτω άκρων πρέπει να συγκριθεί και κάθε διαφορά πρέπει να σημειώνεται. Η μόνιμη συστολή του προσαγωγού μυός του ισχίου, μπορεί να δημιουργήσει εμφανές 'κόντεμα' του ενός ποδιού από το άλλο, παρά το ότι μπορεί να έχουν μετρηθεί και να έχουν το ίδιο μήκος. Η μόνιμη συστολή του προσαγωγού μυ μπορεί να παρουσιάσει εμφανή επιμήκυνση. Αυτή η διαταραχή στο ισχίο προκαλεί λόρδωση της σπονδυλικής στήλης και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα πόνους χαμηλά στην πλάτη. Όταν υπάρχει αρθρίτιδα στο ισχίο, αλλά και στο γόνατο, συνήθως γίνεται πρώτα επέμβαση στο ισχίο. Η αρθροπλαστική του ισχίου ο λόγος για τον οποίο γίνεται είναι ότι μπορεί να μετατρέψει μηχανισμούς του γόνατος και επίσης το ότι η αρθροπλαστική στο γόνατο γίνεται δυσκολότερη όταν το ισχίο είναι σκληρό.

Μια διαφορετική ή επιπρόσθετη διάγνωση πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη. Οι αναφορές για πόνο στο ισχίο, μπορεί να οφείλονται από ποικίλες άλλες καταστάσεις και η αρθρίτιδα του ισχίου είναι μία από τις λιγότερο συχνές. Ο αληθινός πόνος του ισχίου συνήθως αυταντανακλάται στη βουβωνική χώρα, στο μηρό και περιστασιακά στο γόνατο. Ο αρθριτικός πόνος είναι ο χειρότερος αλλά βελτιώνεται με ξεκούραση

και με μείωση της άρσης αντικειμένων. Ο πόνος σε 'άτυπες' περιοχές πρέπει να ερευνώνται για άλλα προβλήματα. Μια ολική αρθροπλαστική του ισχίου η οποία πραγματοποιείται για να απαλύνει τα προβλήματα τα οποία αναφέρονται από την σπονδυλική στήλη, δεν θα επιφέρουν μεγάλη βελτίωση στην κατάσταση του ασθενή. Τα συστήματα του Harris, Larson, Jydet, Audersson, Postel χρησιμοποιούνται πριν το χειρουργείο και είναι χρήσιμα για να αξιολογήσουν τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Ο πόνος, η λειτουργία, η ικανότητα για περπάτημα και η ευκινησία καταγράφονται. Μέχρι σήμερα όμως, δεν έχει αποδεχθεί κάποιο από τα προαναφερθέντα συστήματα. Το σύστημα που χρησιμοποιείται πιο συχνά είναι του Harris και είναι το εξής:

ΠΟΝΟΣ	ΧΩΛΟΤΗΤΑ	ΒΟΗΘΕΙΑ- ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
Καθόλου ή τον αγνοεί Ελαφρύς περιστασιακός Ήπιος δεν επιδρά στις δραστηριότητες Ελεγχόμενος, περιορισμός δραστηριοτήτων Ανίκανος, κατακεκλιμένος	Καμία Ελαφρά Ελεγχόμενη Σοβαρή	Καμία Πατερίτσες για περπάτημα Πατερίτσες για όλη την ώρα Μια πατερίτσα Δυο πατερίτσες Ανίκανοι να περπατήσουν
Απόσταση που διανύει	Σκάλες	Να φοράει παπούτσια η κάλτσες
Απεριόριστη 6 Τετράγωνα 2-3 Τετράγωνα Μέσα στο σπίτι Κρεβάτι και καρέκλα	Συνήθως χωρίς βοήθεια Με βοήθεια Πρέπει να υπάρχει λόγος Ανίκανος	Με ευκολία Με δυσκολία Ανίκανος
Κάθισμα	Εύρος κίνησης	Χρησιμοποιεί μέσα μεταφοράς
Άνετα σε καρέκλα για 1 ώρα Σε ψηλή καρέκλα για μισή ώρα Ανίκανος να καθίσει	Σε μοίρες	ΝΑΙ ΟΧΙ
Απουσία δυσμορφίας-παραμόρφωσης		
Σχόλια Υπογραφή		

Η ολική αρθροπλαστική έχει απώλεια αίματος 1000 με 1500ml κατά την διάρκεια του χειρουργείου. Οι ασθενείς πληροφορούνται σχετικά με τους κινδύνους που κρύβει η μετάγγιση αίματος. Γι' αυτό το λόγο κρίνονται πριν από την εγχείρηση ποιοι από τους ασθενείς θα χρειαστούν μετάγγιση. Σε γενικές γραμμές στην ολική αρθροπλαστική του ισχίου χρησιμοποιούνται 3 μονάδες αίματος και στις επαναληπτικές 4 μονάδες αίματος. Το αίμα διατηρείται για 35 ημέρες και περισσότερο αν είναι παγωμένο. Η χρήση σκευασμάτων σιδήρου είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις απώλειας αίματος. Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις που δεν χρησιμοποιήθηκαν μονάδες αίματος και έτσι πήγαν χαμένες.

Ολική αναισθησία ή αναισθησία της σπονδυλικής στήλης μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο χειρουργείο. Η επιλογή έγκειται στην επιλογή του εκάστοτε αναισθησιολόγου σε συνεννόηση πάντα με τον χειρουργό και βασίζονται σε πρωτόκολλα ή σε συγκεκριμένες ανάγκες του ασθενή.

Σε περιπτώσεις όπου πρέπει να γίνουν επεμβάσεις και στα δύο ισχία στο ίδιο χειρουργείο, πρώτα ολοκληρώνεται η πρώτη στο ένα ισχίο και έπειτα αξιολογείται η κατάσταση από τον αναισθησιολόγο και τον γιατρό για το εάν μια δεύτερη επέμβαση είναι εφικτή. Τώρα πλέον όμως συνήθως γίνεται πρώτα επέμβαση στο ισχίο που πονά πιο πολύ και έπειτα παίρνουν 3 μήνες ή και περισσότερο μέχρι να εγχειρισθεί και το δεύτερο.

Σε κάποιους ασθενείς η δεύτερη επέμβαση δεν είναι αναγκαία.(CAMPBELL, 2004)

6.2 Προετοιμασία του σπιτιού για την επιστροφή

Πρέπει να προετοιμαστεί το σπίτι για να κάνει ευκολότερη την διαβίωση κατά την διάρκεια της ανάρρωσης.

Οι παρακάτω είναι κάποιες χρήσιμες συμβουλές:

1. Πρέπει η μεταφορά των πραγμάτων που θα χρησιμοποιηθούν να είναι στο ύψος μεταξύ της μέσης και των ώμων.
2. Η αφαίρεση των χαλιών ή στερέωσή τους είναι σωστή προκειμένου να μην γλιστράει
3. Εάν το δωμάτιό βρίσκετε σε όροφο, η προετοιμασία ενός δωματίου στο ισόγειο είναι απαραίτητη για να μην υπάρχουν σκαλιά
4. Εάν το ύψος του κρεβατιού δεν είναι περίπου 60-70 εκ. μπορεί να προστεθεί ένα μικρό στρώμα. (Plus Orthopedics, 2004)

6.3 Διάφορα εξαρτήματα που θα κάνει την ανάρρωση πιο ασφαλή

1. Αντιολισθητικό πατάκι για το ντους
2. Κουπαστή στο μπάνιο που βοηθάει κατά την είσοδο και κατά την έξοδο από την μπανιέρα
3. Υπερυψωμένο κάθισμα στην τουαλέτα ώστε να περιορίζεται η κάμψη του ισχίου

4. Μια μακριά ‘αρπαγή’ για να μαζεύονται πράγματα από το πάτωμα καθώς και ‘κόκαλο’ παπουτσιών ή κάποιο βοήθημα για τις κάλτσες. (Plus Orthopedics, 2004)



6.4 Προετοιμασία του ασθενούς

1. Δωρεά αίματος, που μπορεί να κάνει κάποιος εκ των προτέρων του δικού του αίματος
2. Ασκήσεις, είναι σημαντικό να βρίσκετε σε καλή φυσική κατάσταση γιατί αυτό βοηθάει και στην επιτυχία της χειρουργικής επέμβασης. Οι ασκήσεις που αφορούν το επάνω μέρος του σώματος διευκολύνει όταν θα χρησιμοποιηθούν πατερίτσες ή πλαισιωτό στήριγμα βαδίσματος (Π) μετά την επέμβαση. Οι ασκήσεις των κάτω άκρων θα μειώσουν τη διάρκεια ανάρρωσης.
3. Ιατρικός έλεγχος, θα πρέπει να κάνει ένα γενικό έλεγχο υγείας για να ανιχνευθούν οτιδήποτε θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την επέμβαση ή κατά την διάρκεια της ανάρρωσης
4. Διακοπή της λήψης φαρμάκων, ο χειρουργός θα πρέπει να ενημερώσει ποια φάρμακα πρέπει να ληφθούν πριν από την χειρουργική επέμβαση.
5. Διακοπή καπνίσματος, για να αποφευχθούν τυχόν πνευμονολογικά προβλήματα μετά την χειρουργική επέμβαση.
6. Χάσιμο βάρους, αυτό βοηθάει στη μείωση της καταπόνησης της νέας άρθρωσης.
7. Εξετάσεις ρουτίνας, όπως εξετάσεις αίματος, ούρων, ηλεκτροκαρδιογράφημα και ακτινογραφία θώρακος, είναι απαραίτητο να γίνουν για να επιβεβαιωθεί η καλή ή η κακή κατάσταση της υγείας.

8. Αλλεργίες, θα πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός για οποιαδήποτε αλλεργία σε φάρμακα ώστε να επιλέξει περαιτέρω προεγχειρητικό έλεγχο και διαφορετική συντηρητική θεραπεία, καθώς και διαφορετικό τύπο πρόθεσης.
(Plus Orthopedics, 2004)



6.5 Προετοιμασία για τη παραμονή στο νοσοκομείο

1. Κλειστά αντιολισθητικά παπούτσια χωρίς κορδόνια
2. Άνετα ρούχα
3. Όλα τα φάρμακα
4. Ακτινογραφίες
5. Βιβλιάριο υγείας
6. Τα βοηθήματα που χρησιμοποιήθηκαν προηγουμένως για την κίνηση.
(Plus Orthopedics, 2004)

7. Η χειρουργική επέμβαση

7.1 Προετοιμασία για το χειρουργείο

1. Ο γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει για το ποια φάρμακα πρέπει να ληφθούν πριν την επέμβαση
2. Για οποιαδήποτε πληροφορία υπάρχει το νοσηλευτικό προσωπικό ή ο γιατρός
3. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα ελέγξει την θερμοκρασία, την πίεση του αίματος, τον καρδιακό ρυθμό και την αναπνοή. Επίσης θα χορηγηθεί ένας ενδοφλέβιος ορός για την εισαγωγή φαρμάκων (Plus Orthopedics, 2004)

7.2 Η χειρουργική επέμβαση

Στο χειρουργείο, θα πρέπει να φορεθεί η κατάλληλη ενδυμασία και να πραγματοποιηθεί η αναισθησία. Μερικές φορές οι αρθροπλαστικές του ισχίου γίνονται υπό γενική αναισθησία, αλλά συνήθως εκτελείται υπό επισκληρίδιο αναισθησία.

Η θέση στο χειρουργικό τραπέζι θα είναι σε ύπτια θέση, ανάλογα με την προσπέλαση που θα επιλεγεί από το χειρουργό.

7.2.1 Βήματα χειρουργικής επέμβασης

Αρχικά ο χειρουργός θα κάνει μια τομή με νυστέρι στο δέρμα. Η τομή μπορεί να είναι πλευρική ή στο πίσω μέρος, σχεδόν πάνω από τον γλουτό, ανάλογα με την προσπέλαση που έχει επιλέξει ο γιατρός. Η επιλογή της προσπέλασης γίνεται ανάλογα με τη βλάβη του ισχίου.

Το μήκος της τομής εξαρτάται από τα κιλά του ασθενή δηλαδή εάν ένας ασθενής είναι λεπτός χρειάζεται μικρότερη τομή σε σχέση με έναν παχύσαρκο ασθενή που η τομή σαφώς θα είναι μεγαλύτερη.

Η επιλογή των προθέσεων, η κατάλληλη τοποθέτησή τους, η ελαχιστοποίηση της βλάβης στους γύρω ιστούς και η επιδίωξη της διατήρησης του μυϊκού συστήματος παίζει σημαντικό ρόλο. Είναι σημαντικό επίσης η αποκατάσταση των σωστών σχέσεων της άρθρωσης.

Μια πρόθεση είναι ένα τεχνητό μέρος το οποίο εκτελεί τη λειτουργία ενός ή περισσότερων ανατομικών μερών. Στην περίπτωση που πρέπει να αντικατασταθούν εκείνα τα μέρη της άρθρωσης που έχουν καταστραφεί από την πάθηση της άρθρωσης του ισχίου: την κεφαλή του μηριαίου οστού και την κοίλη περιοχή της κοτύλης.

Αποτελείται τουλάχιστον από δύο ξεχωριστά μέρη: το μηριαίο εμφύτευμα, συχνά αποκαλούμενο ως στειλεός εισάγεται στο μηριαίο οστό, ενώ το κοτυλιαίο εξάρτημα κυπέλλιο τοποθετείται στο ισχίο.

Όπως και τα οστά που αντικαθιστούν, το μηριαίο εμφύτευμα καταλήγει σε σφαιρική κεφαλή (όπως η μηριαία κεφαλή), και το κυπέλλιο έχει μια κοίλη σφαιρική επιφάνεια της ίδιας διαμέτρου με την κεφαλή, έτσι ώστε τα δύο εμφυτεύματα, όταν συναρμολογηθούν, να εφαρμόζουν τέλεια και να επιτρέπουν όλες τις περιστροφικές (σφαιρικές) κινήσεις.

Οι πρώτες προσπάθειες αντικατάστασης ισχίου με τεχνητά εμφυτεύματα χρονολογούνται από την δεκαετία του 1930 και ήταν κυρίως κοίλα κυπέλλια που εφάρμοζαν στη φθαρμένη κεφαλή του μηριαίου οστού. Η ωφέλιμη διάρκεια ζωής τους ήταν σύντομη, ήταν επώδυνα και στην καλύτερη περίπτωση επέτρεπαν μόνο τις απλούστερες κινήσεις. Καθώς περνούσαν οι δεκαετίες, οι προθέσεις ισχίου γίνονταν ολοένα και περισσότερο αξιόπιστες και ανθεκτικές. Στη δεκαετία του 1960, το κύριο πρόβλημα ήταν η στερέωση. Μετά από μόλις λίγα χρόνια, τα περισσότερα εμφυτεύματα φθείρονταν, προκαλώντας πόνο, και έπρεπε να αντικατασταθούν. Οι τεχνικές τοποθέτησης εμφυτευμάτων σήμερα έχουν βελτιωθεί και η ιατρική επιστήμη εργάζεται ακατάπαυστα για να επιλύει τα προβλήματα όπως παρουσιάζονται. Παράλληλα, η επέμβαση αντικατάστασης ισχίου αποδείχθηκε ότι είναι μία από τις σπουδαιότερες επιτυχίες στη χειρουργική. Οι προθέσεις διαρκούν περισσότερο και προσφέρουν βελτιωμένα οφέλη, μαζί με βελτιωμένη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς.

Κανείς δεν μπορεί να πει με βεβαιότητα πόσο θα διαρκέσουν οι προθέσεις του σήμερα. Επιπλοκές είναι πάντοτε δυνατόν να παρουσιαστούν, διότι ο φέρων οργανισμός είναι ζωντανός και άρα υπόκειται σε μεταβολές.

Ορισμένες παθήσεις μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις και οι συνεχείς αλλαγές στο σώμα και τα οστά μπορεί να είναι επιβλαβείς (κύρια παραδείγματα είναι η οστεοπόρωση, η εμμηνόπαυση, οι καταπονήσεις και οι τραυματισμοί κάθε είδους)



7. Εντούτοις με τις συνεχείς εξελίξεις στα υλικά, στην εμβιομηχανική και στις χειρουργικές τεχνικές, οι σημερινές προθέσεις προσφέρουν απόδοση που θα ήταν αδιανόητη ακόμα και πριν λίγες δεκαετίες για τις ίδιες καταστάσεις ασθενών.

(Plus Orthopedics, 2004)

7.3 Υλικό της πρόθεσης

Αν και φαίνεται απίστευτο, μέχρι πρόσφατα η θραύση μιας πρόθεσης λόγω υπερφόρτωσης δεν αποτελούσε εξαιρετική περίπτωση. Φαίνεται παράξενο το ότι μπορούμε να κατασκευάζουμε, ανθεκτικότερες γέφυρες, φράγματα και πυραύλους αλλά δεν μπορούμε να κατασκευάσουμε ένα κομμάτι μέταλλο για να υποστηρίξει απλά το βάρος ενός ατόμου.

Εδώ εμπλέκονται δύο τύποι δυσκολίας: οι διαστάσεις, οι οποίες δεν μπορούν να υπερβαίνουν εκείνες του οστού στο οποίο πρέπει να προσαρτηθεί η πρόθεση, και τα υλικά, τα οποία πρέπει να είναι συμβατά με το ανθρώπινο σώμα.

Το υλικό πρέπει να είναι γερό και ικανό να αντέχει φορτία, αλλά πρέπει επίσης να είναι εύκολο στην τοποθέτηση, έτσι ώστε να μπορεί να αποκτήσει τις πολύπλοκες μορφές που επιτρέπουν στα εμφυτεύματα να εφαρμόζονται στο φέρον οστό.

Τα μεταλλικά υλικά προσφέρουν την καλύτερη απάντηση σε αυτές τις απαιτήσεις. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιούνται τρεις οικογένειες μετάλλων.

- ✿ Ανοξειδωτος χάλυβας, κατάλληλος για προθέσεις οι οποίες προσαρμόζονται στο οστό με μια ειδική ακρυλική ρητίνη, γνωστή ως οστικό τσιμέντο.
- ✿ Κράματα κοβαλτίου-χρωμίου, τα οποία χρησιμοποιούνται κυρίως για εμφυτεύματα που ολισθαίνουν, όπως η κεφαλή του μηριαίου στειλεού.
- ✿ Τιτάνιο και όλα τα κράματα του, τα οποία μπορούν να συνδεθούν στο οστό χωρίς την ανάγκη οστικού τσιμέντου και έχουν εξαιρετική ανθεκτικότητα.

Χρησιμοποιούνται για τα κοτυλιαία κυπέλλια (καθαρό τιτάνιο) και για τους σπειρούς (κράμα τιτανίου), αλλά δεν είναι κατάλληλα για ολισθαίνουσες επιφάνειες.



Δύο άλλα σημαντικά υλικά για την κατασκευή των προθέσεων είναι : η κεραμική αργιλία (καθαρό οξείδιο του αργιλίου) και πολυαιθυλένιο με πολύ υψηλό μοριακό βάρος.

Αυτά τα δύο υλικά χρησιμοποιούνται μόνο για τις ολισθαίνουσες επιφάνειες στην πρόθεση του ισχίου (όπως η μηριαία μετάφυση) : η αργιλία είναι πολύ εύθραυστη, ενώ το πολυαιθυλένιο είναι πολύ παραμορφώσιμο. Ωστόσο, οι κεφαλές που κατασκευάζονται από αργιλία είναι εξαιρετικές: τοποθετούνται πάνω στον μηριαίο σπειρό και ολισθαίνουν επάνω σε μια αντίστοιχη περιοχή πολυαιθυλενίου ή αργιλίας. Οι κεφαλές από κράμα στα κοτυλιαία κυπέλλια ή σε ένθετα του ίδιου υλικού, δημιουργώντας αυτό που συνήθως αποκαλείται σύνδεση μετάλλου-μετάλλου.

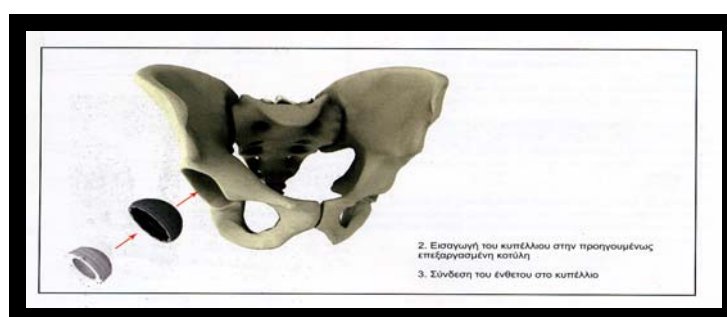
Αφού γίνει η τομή ο χειρουργός φτάνει στην άρθρωση, η οποία καλύπτεται από διάφορα στρώματα μυών. Κάποια μπορούν να ανοιχθούν ενώ άλλα πρέπει να αποχωριστούν από το οστό.



Όπως γνωρίζουμε το ισχίο βρίσκεται σε ένα ινώδη σάκο, την αρθρική κάψα. Για να φθάσει ο χειρουργός στο οστό πρέπει να την ανοίξει. Σε αυτό το σημείο το μηριαίο οστό θα αποχωριστεί από την κοτύλη και θα γίνει εκτομή του μηριαίου οστού.

Στη συνέχεια θα προετοιμαστεί ο μηριαίος αυλός με τα εργαλεία που είναι ειδικά για τον επιλεγμένο τύπο πρόθεσης.

Πριν την εμφύτευση του στειλεού, ο χειρουργός εργάζεται στην κοτύλη. Η κοτύλη θα τροχιστεί με περιστροφικό εργαλείο ώστε να επιτευχθεί το απαιτούμενο σφαιρικό ή κωνικό σχήμα.



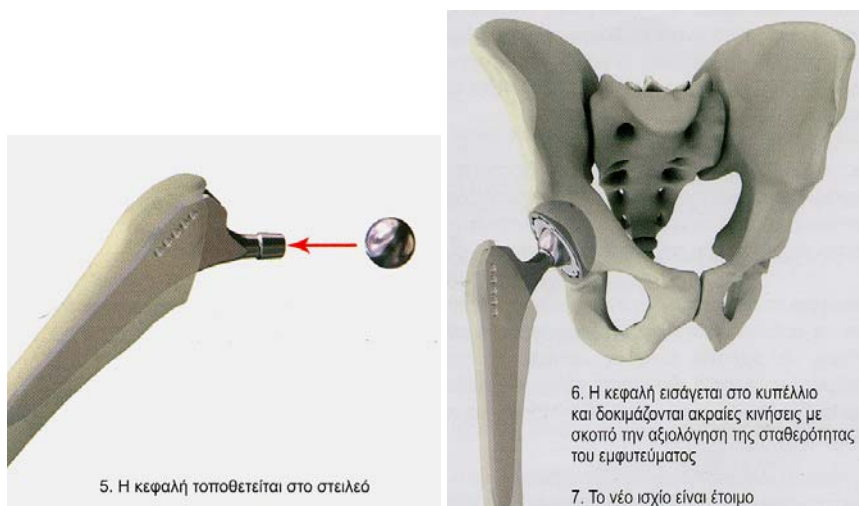
Στη συνέχεια θα εμφυτευτεί το κυπέλλιο ή με οστικό τσιμέντο στην κοιλότητα ή θα ενσφηνωθεί ή θα βιδωθεί απευθείας στο ισχιακό οστό. Εάν είναι απαραίτητο ο χειρουργός θα τοποθετήσει επιπλέον βίδες για να βελτιώσει τη σταθερότητα του κυπέλλιου. Συχνότερα όμως πρέπει να προσαρτηθεί στο κυπέλλιο ένα μεταλλικό ή κεραμικό ένθετο ή ένα ένθετο από πολυαιθυλένιο.

Αφού προστατεύσει την περιοχή με γάζα, ο χειρουργός προχωρεί στην εμφύτευση του μηριαίου στειλεού.

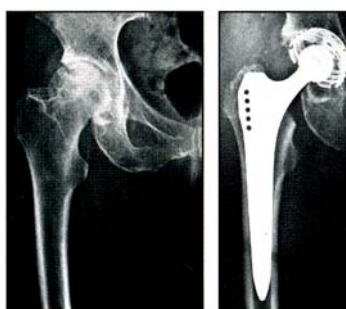


Στην περίπτωση στειλεού με οστικό τσιμέντο, ο χειρουργός γεμίζει τον αυλό του μηριαίου με οστικό τσιμέντο, εισάγει τον στειλεό και περιμένει λίγα λεπτά για να σκληρύνει η ακρυλική ρητίνη. Εάν ο στειλεός είναι τύπου χωρίς τσιμέντο, θα τοποθετηθεί στο μηριαίο οστό με λίγα χτυπήματα του σφυριού ώστε να διασφαλίσουμε την σταθερότητά του.

Και στο τέλος η μεταλλική ή κεραμική κεφαλή προσαρτάται στον στειλεό.



Εάν ο χειρουργός πιστεύει ότι όλα είναι ικανοποιητικά αρχίζει η διαδικασία ραφής, η οποία προχωρεί με αντίστροφη σειρά από τη φάση της πρόσβασης, μέχρι να κλειστεί με ράμματα το τραύμα στο δέρμα. (Plus Orthopedics, 2004)



Προχειρουργική
ακτινογραφία

Μετεχειρουργική
ακτινογραφία

8.Μετά τη χειρουργική επέμβαση

8.1 Η παραμονή στο νοσοκομείο

Εάν η χειρουργική επέμβαση έχει γίνει υπό γενική αναισθησία, μετά την ανάνηψη και αφού όλα τα ζωτικά σημεία είναι φυσιολογικά θα γίνει η μεταφορά στο δωμάτιο της ορθοπαιδικής κλινικής. Εκεί ο ασθενής θα βρίσκεται υπό συχνή παρακολούθηση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πausίπονα

Σε κάθε επέμβαση πάντα υπάρχει ο μετεγχειρητικός πόνος. Γι' αυτό ο γιατρός θα χορηγήσει παυσίπονα

Ενδοφλέβια έγχυση

Θα χορηγηθεί ενδοφλέβιος ορός μέσω του οποίου θα χορηγούνται υγρά, αντιβιοτικά και άλλα φάρμακα.

Φροντίδα του τραύματος

Κατά την ανάνησή από την αναισθησία θα υπάρχει ένας βαρύς επίδεσμος στη περιοχή του ισχίου, αυτός θα αντικατασταθεί αργότερα από έναν ελαφρύτερο.

Ελαστικό καλσόν

Το ελαστικό καλσόν είναι απαραίτητο για την αποφυγή εμβολών στα άκρα. Η αφαίρεσή του μπορεί να γίνει μία φορά την ημέρα για ντους αλλά μετά θα πρέπει να τοποθετείτε.

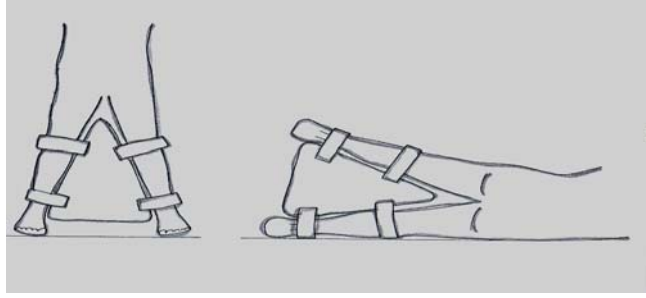
(Plus Orthopedics, 2004)

8.2 Μετεγχειρητική διαχείριση της ΟΑ του ισχίου

Δεν υπάρχει αναγνωρισμένο παγκοσμίως μετεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης μετά από μια αρθροπλαστική ισχίου. Παρόλα αυτά αποδεκτό είναι πως ένα τέτοιο πρόγραμμα (αποκατάστασης) θα επιτάχυνε την ανάρρωση της κίνησης και της λειτουργίας του ισχίου και θα βοηθούσε στην επιστροφή στην ανεξάρτητη ζωή.

Το ιδανικό είναι η αποκατάσταση να ξεκινούσε πριν την επέμβαση. Ένας ασθενής που έχει κίνητρα είναι ενημερωμένος και έχει θέσει στόχους, θα είναι και καλύτερος συμμετέχοντας στη διαδικασία αποκατάστασης. Μια προεγχειρητική συνεδρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διδάξει τους κατάλληλους μηχανισμούς για την μεταφορά, τη χρήση υποστηρικτικών συσκευών, πώς να διαχειρίζεται τα βήματά του, έτσι ώστε να φύγει το γρηγορότερο από το νοσοκομείο.

Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, το ισχίο τοποθετείται περίπου σε 15° έκταση καθώς ο ασθενής αναρρώνει από την αναισθησία. Χρησιμοποιείται ένα τριγωνικό μαξιλάρι έτσι ώστε να διατηρήσουμε την απαγωγή και να αποφύγουμε την κάμψη.



Αυτή η συσκευή επιτρέπει το να γυρίσει ο ασθενής στην αντίθετη μεριά, αλλά περιορίζει την ανεξάρτητη κίνηση σε κάποιο βαθμό.

Ιμάντες χρησιμοποιούνται έτσι ώστε να συγκρατηθεί η συσκευή στο σωστό σημείο, αλλά πρέπει να τοποθετείται πολύ προσεχτικά, έτσι ώστε να αποφευχθεί η πίεση στο περονικό νεύρο. Το ισχίο μπορεί επίσης να μείνει σε έκταση και να τοποθετηθεί το πάνω άκρο σε ανάρτηση. Μια ελαφριά έλξη μπορεί να γίνει στο άνω άκρο για 24 ώρες ή έστω μέχρι οι μύες να ανακτήσουν τον έλεγχό τους.

Το νοσοκομειακό κρεβάτι δέχεται μετατροπές, αλλά και πάλι ο ασθενής, δεν μπορεί να γυρίσει εύκολα. Και σε αυτή την περίπτωση η πίεση στο περονικό νεύρο πρέπει να αποφευχθεί.

Οι περισσότεροι ασθενείς ξεκινούν τις ασκήσεις από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα. Βαθιές εισπνοές, γυμναστική στον τετρακέφαλο και γλουτιαίο μυ και απαλές περιστροφικές κινήσεις ξεκινούν. Έκταση του ποδιού και ανύψωση δεν βοηθά μετά από μια ολική αρθροπλαστική ισχίου. Ο αυξανόμενος πόνος είναι συχνός μετά από μια τέτοια επέμβαση και γι' αυτό το λόγο καλό είναι να αποφεύγονται οι ασκήσεις σε αυτή την περίπτωση. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να κάνουν ασκήσεις για λίγα λεπτά κάθε μέρα. Οι παροχετεύσεις αφαιρούνται μεταξύ 24-48 ωρών μετά το χειρουργείο.

Τη δεύτερη μέρα του χειρουργείου, ο ασθενής μπορεί να καθίσει στο πλάι του κρεβατιού, ή σε μια καρέκλα σε ημικεκλυμένη θέση. Ένα ή δύο μαξιλάρια στη θέση που κάθετα θα βοηθήσουν έτσι ώστε να αποφευχθεί η κάμψη. Καλό είναι να τοποθετείται και ένα μαξιλάρι ανάμεσα στα πόδια. Επειδή η εκτεταμένη περίοδος όπου ο ασθενής είναι ξαπλωμένος είναι κουραστική, το να κάθετα σε καρέκλα πρέπει να επιτρέπεται για μισή ώρα και να αυξάνεται σταδιακά.

Το βάδισμα μπορεί να ξεκινήσει σταδιακά από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς απαιτείται να χρησιμοποιούν το περιπατητήρα για ισορροπία και σταθερότητα, σε αντίθεση με τους νεαρούς οι οποίοι το χρησιμοποιούν μόνο για λίγες ημέρες. Το βάρος του σώματος που επιτρέπεται να

«πέσει» στο εγχειρισμένο ισχίο εξαρτάται από την ποιότητα των υλικών. Αν έχει χρησιμοποιηθεί τσιμέντο το να «πέσει» το βάρος του σώματος στο εγχειρισμένο ισχίο επιτρέπεται. Τα υλικά που τοποθετούνται εξαρτάται από την κρίση κάθε χειρουργού. Η εκμάθηση του βηματισμού, πρέπει να μαθαίνεται σε χώρους εκτός νοσοκομείου.

Οι ασθενείς πηγαίνουν σε φυσικοθεραπευτές. Σκοπός είναι οι ασθενείς να φθάσουν στο σημείο έτσι ώστε να μπορούν να πηγαίνουν στο μπάνιο και αυτοεξυπηρετούνται. Οι ασκήσεις για έκταση του ισχίου είναι αναγκαίες. Οι ασθενείς περνούν αρκετές ώρες στο κρεβάτι σε ύπτια θέση κάθε μέρα. Οι καμπτήρες του ισχίου μπορούν να τεντώνονται με το να κάμπτεται το αντίθετο ισχίο, καθώς το εγχειρισμένο παραμένει επίπεδο στο κρεβάτι (Thomas test).

Μετά από μερικές ημέρες πρωτογενείς ασκήσεις συνιστώνται, έτσι ώστε να τεντωθούν οι καμπτήρες του ισχίου. Ο ασθενής γυρίζει από την πλευρά του μη εγχειρισμένου ισχίου, με ένα μαξιλάρι ανάμεσα στα πόδια. Καλό είναι να υπάρχει κάποιος ειδικός δίπλα στον ασθενή, έτσι ώστε να κάνει σωστά τις απαραίτητες ασκήσεις. Ασθενείς που ζουν μόνοι τους, μπορούν να γυρίσουν στις ανεξάρτητες ζωές τους πιο γρήγορα, αν οι ίδιοι είναι ικανοί να ντυθούν, να φορέσουν τα παπούτσια τους, να σηκώσουν αντικείμενα από το πάτωμα. Κάποιες βοηθητικές κατασκευές είναι απαραίτητες έτσι ώστε να τους διευκολύνουν στις δραστηριότητές τους.

Ο ασθενής μπορεί να πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο όταν είναι ικανός να ξαπλώνει και να σηκώνεται μόνος του από το κρεβάτι, όταν περπατάει αρκετά και όταν μπορεί να ανέβει μερικά σκαλιά. Εξατομικευμένες γραπτές οδηγίες, δίνονται από τον γιατρό σε κάθε ασθενή για τις ασκήσεις που πρέπει να ακολουθεί στο σπίτι.

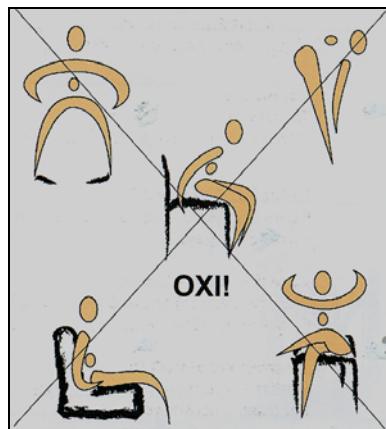
Επειδή το κόστος της νοσηλείας είναι μεγάλο, οι ασθενείς πλέον παίρνουν εξιτήριο σε διάστημα 3-6 ημερών. Αυτό όμως έχει σαν συνέπεια να δημιουργούνται ευκολότερα επιπλοκές που ακολουθούν αυτή την επέμβαση. Γι' αυτό το λόγο, οι ασθενείς μεταφέρονται σε κέντρα αποκατάστασης, μέχρι να επιστρέψουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες. (CAMPBELL, 2004)

9. Η επιστροφή στο σπίτι

Για να συνεχιστούν οι καθημερινές δραστηριότητες και για να προστατευθεί το ισχίο ο φυσικοθεραπευτής δίνει συνήθως τις εξής συμβουλές:

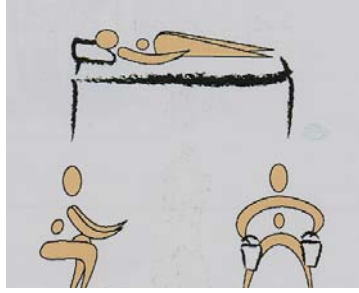
Αποφυγή

- ◆ Μπάνιο αν δεν υπάρχει και κάποιο άλλο άτομο για να επιβλέπει
- ◆ Οδήγησης μέχρι να το εγκρίνει ο γιατρός
- ◆ Αν δεν λυγίζουν τα πόδια κατά το σκύψιμο
- ◆ Από επιφάνειες που μπορεί να είναι χαμηλές και μαλακές
- ◆ Όταν σηκώνεστε, μην λυγίζετε πολύ προς τα εμπρός
- ◆ Αποφυγή στην ορθοστασία για πολύ ώρα, για να μην καταπονείτε η άρθρωση.
- ◆ Μην εκτελούνται βαριές εργασίες.



Ποιες ενέργειες πρέπει να γίνουν:

- Ύπνος σε ύπτια θέση
- Όταν πρέπει να σκύψετε, να λυγίζετε ελαφρά προς τα εμπρός και να λυγίζετε τα γόνατά σας.
- Να σηκώνετε μόνο ελαφρά αντικείμενα.
- Να βαδίζετε με μικρά βήματα.
- Να φοράτε το ελαστικό καλσόν.
- Να παίρνετε τα φάρμακά.
- Το πρόγραμμα αποκατάστασης από τον γιατρό είναι σημαντικό να εκτελείτε
- Η επίσκεψη στο γιατρό για μετεγχειρητικό έλεγχο.



Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνετε για τις παρακάτω επιπλοκές:

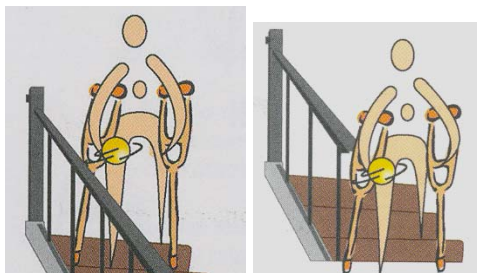
- Ⓢ Επίμονο πρήξιμο ή κοκκίνισμα.
- Ⓢ Αυξημένη αιμορραγία, εκκρίσεις ή οσμή από την πληγή.
- Ⓢ Αυξημένος πόνος ή πρήξιμο στο ισχίο ή στο άκρο.

Βάδιση

- Ⓢ Μικρής διάρκειας περιπάτους αρκετές φορές την ημέρα.
- Ⓢ Αποφυγή ανώμαλων δρόμων, η χρήση του ελαστικού καλσόν και παπούτσια χωρίς κορδόνια είναι απαραίτητη.
- Ⓢ Κατά την βάδιση τα πόδια πρέπει να στηρίζονται με τις πατερίτσες.
- Ⓢ Οι πατερίτσες πρέπει να βρίσκονται πλευρικά από το άτομο όταν δεν χρησιμοποιούνται.
- Ⓢ Οι πατερίτσες πρέπει να στηρίζονται με τα χέρια και όχι με τις μασχάλες.

Ανάβαση σκάλας

- Ⓢ Η ανάβαση της σκάλας πρέπει να γίνεται πρώτα με το υγιές πόδι στο επόμενο σκαλί. Οι πατερίτσες πρέπει να κρατιούνται στο κάτω σκαλί.
- Ⓢ Έπειτα μετακινείτε το εγχειρισμένο πόδι μαζί με τις πατερίτσες



Κατάβαση σκάλας

- ➡ Στηρίζουμε τις πατερίτσες στο πρώτο σκαλί.
- ➡ Κατεβαίνουμε με το εγχειρισμένο πόδι στο ίδιο σκαλί.
- ➡ Μετακινούμε το υγιές πόδι στο ίδιο σκαλί.

Κάθισμα

- ◆ Για να καθίσουμε, προχωρούμε προς τα πίσω στο κάθισμα μέχρι να το αγγίξουμε με το πίσω μέρος των ποδιών.
- ◆ Στηριζόμαστε στα χέρια της καρέκλας με το βάρος στα χέρια και στο υγιές πόδι.
- ◆ Τεντώνουμε το εγχειρισμένο πόδι και καθόμαστε αργά λυγίζοντας το εγχειρισμένο άκρο.
- ◆ Οι γοφοί πρέπει πάντοτε να βρίσκονται υψηλότερα από τα γόνατά.

Σήκωμα

- ✿ Βάζουμε δύναμη στα χέρια της καρέκλας και μεταφέροντας το βάρος στα χέρια και στο υγιές πόδι.
- ✿ Μετακινούμε το εγχειρισμένο πόδι προς τα εμπρός και σπρώχνουμε τον εαυτό μας προς τα επάνω.
- ✿ Προσπαθούμε να ανακτήσουμε την ισορροπία πριν πιάσουμε τις πατερίτσες.

Τουαλέτα

Η τουαλέτα πρέπει να έχει υπερυψωμένο κάθισμα και ακολουθείτε η ίδια διαδικασία όπως για το κάθισμα και το σήκωμα.

Ντους

- Καλό είναι στην αρχή η αποφυγή του ντους.
- Το ντους ξεκινάει όταν το τραύμα έχει επουλωθεί πλήρως. Στεγνώνουμε την περιοχή της πληγής χωρίς να την τρίβουμε.

- Μπορούμε να έχουμε μια κουπαστή στήριξης ή καρέκλα, αυτό θα βοηθήσει να μπαίνουμε και να βγαίνουμε από το ντους.
- Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε σπόγγο με μακριά λαβή για να καθαρίσουμε το κατώτερο μέρος των ποδιών χωρίς να σκύβουμε.

Ύπνος

- Το κρεβάτι πρέπει να έχει το σωστό ύψος 60-70 εκ και το στρώμα πρέπει να είναι επαρκώς σκληρό.
- Προχωρούμε προς τα πίσω στο κρεβάτι μέχρι να το αγγίξουμε. Αφήνουμε τις πατερίτσες.
- Μετακινούμαστε αργά και σηκώνουμε το εγχειρισμένο πόδι, χρησιμοποιώντας τα χέρια αν είναι απαραίτητο. Στη συνέχεια μετακινούμε το υγιές πόδι.
- Αποφεύγουμε να κοιμόμαστε στην πλευρά με το εγχειρισμένο πόδι.
- Πρέπει να σηκωνόμαστε από το κρεβάτι από τη μη εγχειρισμένη πλευρά. Σύρουμε το εγχειρισμένο πόδι έξω από το κρεβάτι, τεντώνοντας το προς τα έξω και ανακτούμε την ισορροπία πριν σταθούμε σε όρθια θέση.

Μαγείρεμα

- Ετοιμάζουμε απλά φαγητά που δεν θα θέλουν για πολύ ώρα σε όρθια θέση.
- Καλό είναι να φοράμε ποδιά με πολλές τσέπες.
- Περπατάμε κάνοντας μικρά βήματα.
- Αποφεύγουμε τη χρήση φούρνου που βάζει στη διαδικασία να σκύβουμε.
- Έχουμε δίπλα ένα τρόλεϊ για να τοποθετούμε τα διάφορα δοχεία.

Οδήγηση

- Η οδήγηση απαγορεύεται πιο νωρίς από τις έξι εβδομάδες
- Εάν είναι δυνατόν, χρησιμοποιούμε ένα ειδικό μαξιλάρι ισχίου.
- Καθόμαστε στο κάθισμα σε ημικλινή θέση.



Ντύσιμο

- Αφού καθίσουμε, φοράμε το παντελόνι αρχίζοντας από την εγχειρισμένη πλευρά . Το αφαιρούμε αρχίζοντας από το άλλο πόδι.
- Για να φορέσουμε τα παπούτσια, χρησιμοποιούμε ένα μακρύ κόκαλο παπουτσιών.

Σεξουαλική δραστηριότητα

Αρχίζει όταν πλέον δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα που μπορεί να εμποδίσει

Διατροφή

Μπορούμε να τρώμε κανονικά. Καλό είναι να τρώμε πολλά φρούτα και λαχανικά και να πίνουμε 6-8 ποτήρια νερό την ημέρα για να αποφύγουμε την δυσκοιλιότητα, εφόσον έχει πραγματοποιηθεί η χειρουργική επέμβαση.

9.1 Οι συναισθηματικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει στον ασθενή η οστεοαρθρίτιδα

9.1.1 Η θλίψη

Η θλίψη είναι κάτι παραπάνω από ένα παροδικό συναίσθημα. Είναι το πρώτο βήμα στη διαδικασία που οδηγεί στη δυσκολότερη από τις συναισθηματικές προσαρμογές, την αποδοχή. Η θλίψη και ο θρήνος είναι ο τρόπος που τα συναισθήματά μας αφήνουν να φύγει το παρελθόν για να δημιουργήσουν το χώρο για τις αλλαγές που έρχονται.

Η θλίψη είναι το σημάδι ότι αρχίζει κάποιος να αντιλαμβάνεται την απώλεια και να καταλαβαίνει ότι μερικά πράγματα ίσως να μην είναι τα ίδια.

Πιθανόν να υπάρξουν κάποιες δραστηριότητες που να μην μπορούν να γίνουν. Είναι δύσκολο κάποιος να δεχθεί τις μεταβολές στη ζωή του, και από τη στιγμή που μπορούσε να κάνει πολλά πράγματα αυτά να περιοριστούν.

Με την εμφάνιση της αρθρίτιδας θα πρέπει να μην περιοριστεί κάποιος στον παλιό του εαυτό αλλά να δεχθεί τις καινούριες συνθήκες που του επιφέρει η αρθρίτιδα

9.2.2 Πολλοί ασθενής με οστεοαρθρίτιδα μπορεί να περάσουν στη διαδικασία της θλίψης μέσα από κάποια στάδια όπως :

1. Η Άρνηση

Πάρα πολλοί ασθενείς δεν μπορούν να δεχθούν τις συνέπειες της νόσου και γι' αυτό έχουν έντονο άγχος και θλίψη. Κάποιοι ενώ γνωρίζουν την ασθένεια συμπεριφέρονται σαν να μην έχει συμβεί τίποτα, ενώ άλλοι προσπαθούν να βρουν κάποιο άλλο γιατρό μήπως τους δώσει διαφορετική διάγνωση. Η άρνηση κάποιες φορές μπορεί να είναι αρκετά σοβαρή ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης. Μπορεί εύκολα κάποιος να αρνηθεί την ύπαρξη της αρθρίτιδας όταν αφορά ελάχιστο πόνο, αλλά όταν επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες τότε η άρνηση μπορεί να οδηγήσει στο θυμό

2. Ο Θυμός

Παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα της οστεοαρθρίτιδας και που δεν βλέπει κάποια διαφορά στον πόνο. Ο θυμός είναι μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση που ο καθένας θα πρέπει να την αποβάλλει χωρίς να καταπιέζεται. Η καταπίεση του θυμού μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερα προβλήματα όπως σε αντίσταση στη θεραπεία ή σαν παροξυσμό της οστεοαρθρίτιδας. Ο ασθενής πρέπει να βρει έναν τρόπο να αποβάλλει τον θυμό όπως να φωνάζει δυνατά ή να χτυπήσει ένα μαξιλάρι ποτέ όμως σε κάποιους ανθρώπους που

βρίσκονται γύρω του. Πάνω απ' όλα χρειάζεστε την αγάπη και την υποστήριξη των αγαπημένων σας.

3. Η Διαπραγμάτευση

Αυτό το στάδιο δεν είναι εύκολο να το περάσει κάποιος. Η κατάθλιψη μπορεί να φτάσει να γίνει ανυπόφορη. Είναι η πιο βασανιστική και η πιο επίπονη στην οστεοαρθρίτιδα. Είναι ένα είδος απόσυρσης , μια αντίδραση σε ένα περιβάλλον που υπόκειται δραστηκές αλλαγές.

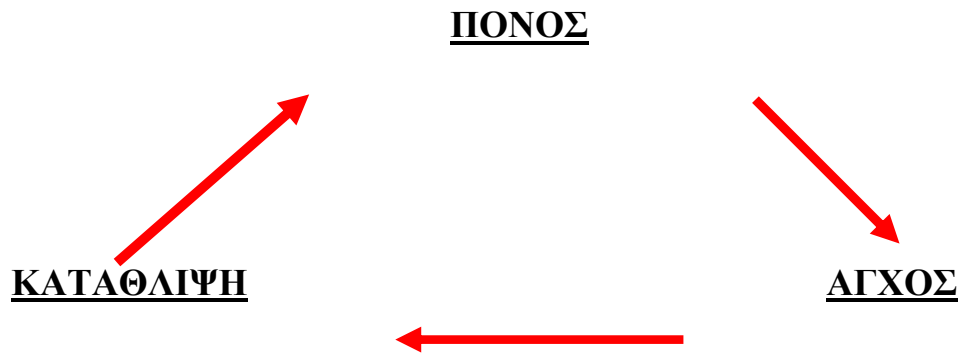
4. Η Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα. Κάποιοι από αυτούς μπορούν να την αντιμετωπίσουν, αλλά άλλοι όχι. Οι περισσότεροι μαθαίνουν να ζουν με την ασθένειά τους, αν όμως η στενοχώρια οδηγεί σε σημείο δυστυχίας και πλήρους αλλαγής της διάθεσης τότε θα πρέπει ο ασθενής να ζητάει βοήθεια από ειδικούς.

5. Η Αποδογή

Ο ασθενής θα πρέπει να βάλει κάποιους καινούριους στόχους στην ζωή του για να συνεχίσει η ζωή του φυσιολογικά. Πρέπει να δεχτεί την κατάστασή του αλλά χρειάζεται μεγάλη δύναμη για να γίνει αυτό. Αν αυτό επιτευχθεί τότε η ζωή του θα γίνει απλούστερη και θα τον κάνει καλύτερο άνθρωπο αφού θα δίνει αξία σε κάθε στιγμή της ζωής του.

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)



10. Ερωτήσεις και απαντήσεις σε θέματα που αφορούν την οστεοαρθρίτιδα και την ολική αντικατάσταση του ισχίου

10.1 Υπάρχουν παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ΟΑ?

Έχει ταυτοποιηθεί ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη ΟΑ του ισχίου:

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΟΑ ισχίου

1. Καυκάσια φυλή
2. Μεγάλη ηλικία
3. Επαγγέλματα ως καλλιεργητής γης
4. Πρωταθλητισμός

Συγγενείς και παιδική νόσος ισχίου, επιφυσιολίσθηση μηριαίας κεφαλής, συγγενές εξάρθρημα, και μορφές δυσπλασίας (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)

10.2 Υπάρχουν συγκεκριμένα επαγγέλματα που είναι πιθανότερο να προκαλέσουν ΟΑ?

Συγκεκριμένα επαγγέλματα φαίνεται πως προδιαθέτουν σε ανάπτυξη ΟΑ. Σε αυτά περιλαμβάνονται : αγρότες, των οποίων οι δραστηριότητες

περιλαμβάνουν σκύψιμο, άρση βαρέων αντικειμένων και βάδιση μεγάλων αποστάσεων σε τραχύ έδαφος και παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ΟΑ ισχίου. Μεταλλωρύχοι οι οποίοι σκύβουν συχνά σε στενούς χώρους και παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση ΟΑ γονάτων και σπονδυλικής στήλης. Επίσης, οι ξυλουργοί και εκείνοι που εργάζονται στην τοποθέτηση μοκετών και σκύβουν πολύ με τα γόνατα λυγισμένα, εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση ΟΑ γονάτων. Προφανώς, μπορεί να μην είναι εφικτή η αλλαγή του επαγγέλματος για να αποφύγει κάποιος την ανάπτυξη της ΟΑ. Πολλά επαγγέλματα όπως αυτό του αγρότη, περιλαμβάνουν πολλές διαφορετικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η υπεύθυνη για το πρόβλημα δραστηριότητα. Οι οικονομικοί παράγοντες παίζουν επίσης ρόλο. Οι εργοθεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση μεταφοράς μη απαραίτητων φορτίων, στην μείωση του σκυψίματος ή άλλων δυνητικών παραγόντων κινδύνου. Η παρέμβαση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική στα άτομα με γενετική προδιάθεση ανάπτυξης ΟΑ. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.3 Υπάρχουν συγκεκριμένα αθλήματα που οδηγούν στην ανάπτυξη ΟΑ?

Οι ποδοσφαιριστές φαίνεται πως παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό ΟΑ από το μέσο όρο, που συσχετίζεται με τις συχνές και σοβαρές κακώσεις του χόνδρου και των συνδέσμων που υφίστανται. Πολλοί από τους αθλητές αυτούς έχουν ιστορικό προηγούμενης επέμβασης στο γόνατο πράγμα που αυξάνει τον κίνδυνο ΟΑ. Οι αθλητές υψηλών απαιτήσεων, φαίνεται πως έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ΟΑ των κάτω άκρων. Αυτό οφείλεται στην εντατική και εξειδικευμένη προπόνηση που ακολουθούν, ενώ δεν υπάρχουν επί του παρόντος ενδείξεις ότι, το τρέξιμο στον ελεύθερο χρόνο αυξάνει τον κίνδυνο της ΟΑ των κάτω άκρων. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)



10.4 Είναι η ΟΑ μία αμυγός μια εκφυλιστική νόσος?

Η φράση εκφυλιστική νόσος υποδηλώνει μια κατάσταση κατά την οποία οι ιστοί καταστρέφονται αναπόφευκτα μέσω μη αναστρέψιμης διαδικασίας και υπάρχει αποδόμηση ιστού σε όλες τις αρθρώσεις, η αποδόμηση αυτή συνοδεύεται από αναγέννηση και μόνο όταν η αποδόμηση υπερβαίνει την επιδιόρθωση συμβαίνουν οι μεταβολές της ΟΑ.

Φαίνεται ότι οι μεταβολές που συμβαίνουν στην άρθρωση που εμφανίζει ΟΑ χαρακτηρίζονται από κάποιο φλεγμονώδες στοιχείο. Αυτή η χαμηλού βαθμού φλεγμονή δεν αντανακλάται σε μεταβολές των δεικτών φλεγμονής, όπως η ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών (ΤΚΕ) και οι C- αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) . Φλεγμονώδεις εξάρσεις με αυξημένο πόνο, δυσκαμψία και ορισμένες φορές σημεία ήπιας θυλακίτιδας , ενδέχεται να παρατηρηθούν στην πορεία της χρόνιας ΟΑ και συχνά συσχετίζονται με ασυνήθιστα αυξημένη χρήση της άρθρωσης ή ήπιο τραυματισμό.

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζεμμαδιανός, 2004)

10.5 Ποια είναι η πρόγνωση του ασθενούς με ΟΑ

Η ΟΑ γενικά εμφανίζει ύπουλη έναρξη και βραδεία εξέλιξη. Τα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν, με παροξυσμούς αργούς και δυσκινησίας που ακολουθείται από βελτίωση της λειτουργίας, καθώς η άρθρωση επανασταθεροποιείται. Μπορεί να προκύψουν εξάρσεις συμπτωματολογίας, συσχετιζόμενες συχνά με ασυνήθη μηχανική φόρτιση. Πολλοί ασθενείς με ΟΑ εμφανίζουν σχετικά ήπια συμπτώματα και αντεπεξέρχονται καλά στη μειωμένη λειτουργική ικανότητα, κάνοντας ίσως μικρές προσαρμοστικές αλλαγές στο περιβάλλον τους. Ωστόσο, το 40 με 50% εκείνων με ΟΑ βιώνουν σημαντικότερα προβλήματα με καθημερινό άλγος και αναπηρία και απαιτούν μια σειρά παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Περίπου το 10% όλων των ασθενών με ΟΑ, καθίστανται όλο και περισσότερο ανίκανοι λόγω της κατάστασης τους, ενώ βιώνουν σοβαρό άλγος και απώλεια λειτουργίας της άρθρωσης αναπτύσσοντας τελικά νόσο τελικού σταδίου. Ασθενείς με ΟΑ που επηρεάζει πολλές αρθρώσεις και οι οποίοι είναι παχύσαρκοι

εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν προοδευτικά τη σοβαρή νόσο.
(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζεμμαδιανός, 2004)

10.6 Ποια είναι τα κριτήρια διάγνωσης της ΟΑ

Είναι εξαιρετικά δύσκολο να καθοριστούν διαγνωστικά κριτήρια τα ΟΑ καθώς αυτά μπορεί να ποικίλλουν από άρθρωση σε άρθρωση. Ενδεικτικά όταν υπάρχει πόνος στην ΟΑ του ισχίου με δύο τουλάχιστον από τα ακόλουθα:

1. ΤΚΕ < 20mm/h
2. ακτινολογικά οστεόφυτα μηριαίου ή κοτύλης
3. ακτινολογική στένωση μεσαρθρίου διαστήματος

10.7 Ποιες εξετάσεις χρειάζεται να γίνουν σε ένα ασθενή για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση της ΟΑ ?

Δεν υπάρχουν διαγνωστικές εξετάσεις ειδικές για την ΟΑ. Οι ακτινογραφίες μπορούν να επιβεβαιώσουν την παρουσία μεταβολών ΟΑ εντός της άρθρωσης. Ωστόσο, η συσχέτιση κλινικών συμπτωμάτων και ακτινολογικών μεταβολών είναι πτωχή. Γι' αυτό οι ακτινογραφίες δεν πρέπει να αξιοποιούνται ως διαγνωστικό εργαλείο ρουτίνας. Οι ακτινογραφίες μπορεί να είναι χρήσιμες σε περίπτωση διαγνωστικών δυσχερειών και όταν η εκτίμηση των δομικών μεταβολών έχει σημασία (π.χ όταν προγραμματίζεται αντικατάσταση της άρθρωσης). Οι εξετάσεις αίματος και ούρων δεν χρησιμεύουν στην διάγνωση της ΟΑ, αλλά μπορεί να έχουν θέση στην διαφοροδιάγνωση της αρθραλγίας και στον αποκλεισμό άλλων καταστάσεων. Οι εξετάσεις αίματος μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθούν για να επιβεβαιώσουν ή να αποκλείσουν την ύπαρξη κάποιας μεταβολικής πάθησης, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει στην παρουσία χονδρασβέστωσης και στην ανάπτυξη ΟΑ σε έναν νεαρό ενήλικα. Τέτοιες μεταβολικές παθήσεις περιλαμβάνουν την νόσο Wilson, την αιμοχρωμάτωση, τον υποθυρεοειδισμό και τον υπερπαραθυρεοειδισμό.
(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζεμμαδιανός, 2004)

10.8 Εξετάσεις που θα μπορούσαν να επιβεβαιώσουν ή να αποκλείσουν την διάγνωση της ΟΑ

1. Ουρικό οξύ ορού, αυξημένα επίπεδα ουρικού οξέως συνιστούν δείκτη ουρικής αρθρίτιδας. Ωστόσο, επειδή τα επίπεδα του ουρικού οξέως μπορεί να αυξηθούν και σε άλλες καταστάσεις, όπως η νεφρική νόσος και η χρήση διουρητικών, η εξέταση δεν είναι διαγνωστική.
2. Δείκτες λοίμωξης όπως η ταχύτητα καθίζησης ερυθρών και η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη. Η ΟΑ δεν προκαλεί αύξηση των δεικτών λοίμωξης. Εάν τα επίπεδα των δεικτών αυτών είναι υψηλά και συνοδεύονται από ανάλογα σημεία και συμπτώματα, τότε τίθεται θέμα φλεγμονώδους αρθρίτιδας. Εάν η κλινική εικόνα υποδηλώνει ΟΑ, αλλά οι δείκτες λοίμωξης είναι αυξημένοι, αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει άλλο, μη σχετικό αίτιο.
3. Ρευματοειδής παράγοντας (RF). Ο RF δεν είναι ειδικός δείκτης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και μπορεί να ανευρεθεί σε φυσιολογικά άτομα. Μόνο το 70% των ασθενών ΡΑ έχουν θετικό RF. Εάν ο RF ανευρεθεί αυξημένος και η κλινική εικόνα συνηγορεί, τότε η πιθανή διάγνωση είναι η ΡΑ.
4. Ανάλυση αρθρικού υγρού. Δε υπάρχουν ειδικές μεταβολές στο αρθρικό υγρό οι οποίες να σχετίζονται με ΟΑ. Η παρακέντηση της άρθρωσης συμβάλλει στον αποκλεισμό αρθρίτιδας με σχηματισμό κρυστάλλων ή σηπτικής αρθρίτιδας.

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.9 Που γίνεται συνήθως αισθητός ο πόνος της ΟΑ του ισχίου?

Κλασικά, ο πόνος της ΟΑ του ισχίου γίνεται αισθητός στην βουβωνική χώρα και οι πιο πολλοί ασθενείς με ΟΑ του ισχίου παραπονούνται για πόνο στην περιοχή αυτή, αν και μπορεί να παραπονεθούν και για πόνο στην έξω περιοχή του ισχίου και του μηρού και πέριξ του γλουτού. Ο πόνος μπορεί επίσης να γίνει αισθητός και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού. Μερικές φορές ο πόνος του ισχίου μπορεί να αντανακλά στο γόνατο αν και είναι λιγότερο σύνηθες. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.10 Γιατί είναι σημαντικό να εξετάζονται οι αρθρώσεις σε όλες τις επισκέψεις?

- ❖ Για να αποκλειστεί ο πόνος εξαντανακλάσεως
- ❖ Για να εκτιμηθεί η εξέλιξη της νόσου
- ❖ Για να διαπιστωθεί εάν έχει προκύψει κάποιο άλλο πρόβλημα σε μία άρθρωση που έχει προηγούμενα τεθεί η διάγνωση της ΟΑ

Για να παρέχουμε στον ασθενή εμπιστοσύνη και σιγουριά(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)

10.11 Πως εξετάζονται οι κινήσεις του ισχίου

Οι κινήσεις του ισχίου εξετάζονται καλύτερα με τον ασθενή ξαπλωμένο στο εξεταστικό κρεβάτι σε ύπτια θέση, αν και υπάρχει ένας απλούστερος τρόπος εξέτασης της παθητικής στροφής του ισχίου με τον ασθενή σε καθιστή θέση. Οι δύο πλέον ευαίσθητες κινήσεις που εξετάζονται είναι η στροφή και η κάμψη του ισχίου.

Για να εξετάσουμε την κάμψη του ισχίου με τον ασθενή σε ύπτια θέση, ζητάμε από τον ασθενή να κάμψει το γόνατό του και στη συνέχεια σπρώχνουμε το μηρό του προς την κοιλιά του. Η φυσιολογική τιμή της κάμψης του ισχίου είναι 135° . Για να εξετάσουμε τη στροφή του ισχίου με τον ασθενή σε ύπτια θέση, κάμπουμε το ισχίο και το γόνατο στις 90° και χρησιμοποιώντας το κατώτερο μέρος του σκέλους ως δείκτη, κινούμε τον άκρο πόδα και την ποδοκνημική προς τα έσω και προς τα έξω. Οι φυσιολογικές τιμές της πλήρους έσω στροφής είναι 35° και της έξω στροφής 45° . Κινώντας το άκρο πόδα προς τα έξω σε αυτή τη θέση, εξετάζουμε την έσω στροφή του ισχίου. Κινώντας τον άκρο πόδα προς τα έσω σε αυτή τη θέση, εξετάζουμε την έξω στροφή του ισχίου.

Για να εξετάσουμε τον ασθενή σε καθιστή θέση, ζητάμε από τον ασθενή να καθίσει στο εξεταστικό κρεβάτι ή σε ψηλή καρέκλα με τα πόδια να κρέμονται και σε μικρή απόσταση μεταξύ τους. Μία κοινή καρέκλα δεν είναι κατάλληλη, καθώς τα πόδια δεν μπορούν να κρέμονται και οι μετρήσεις μπορεί να μην είναι ακριβείς. Χρησιμοποιώντας το κατώτερο μέρος του σκέλους ως δείκτη και κρατώντας το ισχίο και το γόνατο σταθερά, κινούμε τον άκρο πόδα προς τα έξω και προς τα έσω.

Κινώντας τον άκρο πόδα προς τα έξω, εξετάζουμε την έσω στροφή του ισχίου. Κινώντας τον άκρο πόδα προς τα έσω , εξετάζουμε την έξω στροφή του ισχίου.

Οι κινήσεις αυτές μπορούν να μετρηθούν, εάν χρειάζεται, με τη χρήση μοιρογνωμονίου, αλλά για πιο πρακτικούς λόγους, εκείνο που απαιτείται είναι αισθητή του περιορισμού της κίνησης. Η εξέταση του ασθενούς σε καθιστή θέση είναι πιθανό λιγότερο ευαίσθητη από την εξέταση από την εξέταση σε ύπτια θέση, αλλά μπορεί να είναι πιο άνετη, ευκολότερη για τον ασθενή και καταλληλότερη όταν υπάρχει περιορισμένος χρόνος. Εάν οι κινήσεις μετριούνται με μοιρογνωμόνιο, τότε προτιμάται η καθιστή θέση γιατί είναι ευκολότερο να βρεθεί η ουδέτερη θέση (π.χ με το κάτω άκρο να κρέμεται). Όταν μετράτε την έσω και έξω στροφή με τον ασθενή καθιστό, τότε είναι σημαντικό να σιγουρευτούμε ότι τα ισχία παραμένουν σταθερά. Διαφορετικά, μπορεί να οδηγηθούμε σε λάθος αποτέλεσμα, καθώς ο ασθενής κινεί όλο το σώμα του και στρίβει τη λεκάνη στην ακραία θέση της έσω στροφής. Ως εκ τούτου, συμβουλεύουμε τον ασθενή να τοποθετήσει τα χέρια του στη λεκάνη του, ούτως ώστε κάθε στροφή να είναι ορατή από τον εξεταστή.

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)

10.12 Ποιες κινήσεις του ισχίου επηρεάζονται από την ΟΑ?

Η έσω στροφή είναι προτιμότερο και πλέον ευαίσθητο σημείο της ΟΑ του ισχίου. Προοδευτική απώλεια της έσω στροφής του ισχίου υποδεικνύει επιδείνωση της ΟΑ, αν και σε κάποιες περιπτώσεις μερικοί ασθενείς δεν έχουν καθόλου έσω στροφή κατά την εξέταση, ενώ παρουσιάζουν μόνο μέτρια και βραδέως επιδεινούμενα συμπτώματα. Η κάμψη είναι επίσης μειωμένη στην ΟΑ του ισχίου.

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)

10.13 Τι είναι το Thomas test?

Η πάθηση του ισχίου συχνά καταλήγει σε σύγκαμψη και εκδηλώνεται με χωλότητα. Για να ελέγξουμε την ύπαρξη σύγκαμψης χρησιμοποιούμε το Thomas test. Ζητάμε από τον ασθενή να ξαπλώσει σε ύπτια θέση και κάμπουμε πλήρως το φυσιολογικό ισχίο. Εάν υπάρχει σύγκαμψη, ο μηρός θα ανασηκωθεί από το

εξεταστικό κρεβάτι και το γόνατο θα έλθει σε κάμψη. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)

10.14 Τι είναι το Trendelenburg test?

Το **Trendelenburg test** εξετάζει την ισχύ των απαγωγών μυών του ισχίου. Σε ένα φυσιολογικό ισχίο, όταν ο ασθενής στέκεται στο ένα πόδι και σηκώνει το άλλο από το έδαφος, η λεκάνη στρίβει και σηκώνεται από την πλευρά που δεν φορτίζεται. Σε ΟΑ ισχίου, οι απαγωγοί του ισχίου ενδέχεται να χάσουν την ισχύ τους, λόγω του πόνου, και αυτό προκαλεί πτώση της λεκάνης στη φυσιολογική πλευρά, όταν ο ασθενής στηρίζεται στην πάσχουσα πλευρά. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)

10.15 Τι αντιλαμβάνεται κανείς παρατηρώντας έναν ασθενή να περπατά?

Σε πάθηση του ισχίου, οι ασθενείς συχνά παραπονούνται για πόνο και χωλότητα. Η σύγκαμψη προκαλεί αντιαλγική βάδιση. Λόγω του πόνου, ο ασθενής δεν νιώθει άνετα όταν φορτίζει το προσβεβλημένο ισχίο και γι' αυτό βιάζεται να αλλάξει πόδι. Όταν ο πόνος προκαλεί αδυναμία των απαγωγών μυών του ισχίου, ο ασθενής αδυνατεί να στρίψει τη λεκάνη, όταν φορτίζει την προσβεβλημένη πλευρά, και αυτό οδηγεί στη βάδιση Trendelenburg. Οι περισσότερες περιπτώσεις μη φυσιολογικής βάδισης, που οφείλονται σε πάθηση του ισχίου αποτελούν μείγμα αντιαλγικής βάδισης και βάδισης Trendelenburg. Εάν πάσχουν και τα δύο ισχία, τότε προκύπτει βάδιση κυλιόμενου τύπου, η οποία και πάλι είναι μίγμα αντιαλγικής βάδισης και βάδισης Trendelenburg.(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)

10.16 Ποιοι είναι οι στόχοι στην αντιμετώπιση ενός ασθενούς με ΟΑ?

Οι κύριοι στόχοι στην αντιμετώπιση της ΟΑ είναι:

1. Η μείωση του πόνου

2. Η βελτιστοποίηση της λειτουργίας των αρθρώσεων
3. Η παροχή εκπαίδευσης και ενημέρωσης
4. Οι συμβουλές σχετικά με την πρόληψη περαιτέρω βλάβης

Το πρώτο βήμα είναι η παροχή ενημέρωσης και εκπαίδευσης σχετικά με την ΟΑ και την πιθανή πρόγνυσή της. Όσο περισσότερα κατανοούν οι ασθενείς σχετικά με την κατάστασή τους, τόσο ικανότεροι είναι να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα μίας δυνητικά επώδυνης, χρόνιας νόσου. Μερικά από τα σημεία στα οποία χρειάζεται να δοθεί έμφαση αυτή τη στιγμή είναι:

1. Η φύση της κατάστασης
2. Η πιθανή καλή πρόγνωση
3. Τροποποιήσεις του τρόπου ζωής (όπως απώλεια βάρους σε υπέρβαρα άτομα, κατάλληλη άσκηση, κατάλληλη υπόδηση, δραστηριότητες βήμα προς βήμα) και εναλλακτικές λύσεις αντιμετώπισης του προβλήματος από τον ίδιο τον ασθενή
4. Το γεγονός ότι είναι διαθέσιμες πολλές θεραπευτικές εναλλακτικές παρεμβάσεις

Οι ασθενείς πρέπει επίσης να συμβουλευούνται σχετικά με τη χρήση απλών αναλγητικών, ιδιαίτερα την τακτική χρήση παρακεταμόλης.

Άλλες, απλές στρατηγικές ανακούφισης από τον πόνο είναι η χρήση θερμών και ψυχρών επιθεμάτων, τοπικών αλοιφών και gels και ίσως γλυκοζαμίνης.

Εάν ο πόνος είναι σοβαρότερος, άλλες φαρμακευτικές θεραπείες μπορεί να είναι κατάλληλες.

Η φυσιοθεραπεία μπορεί να είναι κατάλληλη για κάποιους ασθενείς σε αυτό το στάδιο.

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζεμμαδιανός, 2004)

10.17 Μπορεί να γίνει πρόληψη της ΟΑ?

Επί του παρόντος δεν υπάρχουν φάρμακα ή άλλες θεραπείες οι οποίες προλαμβάνουν την ανάπτυξη ΟΑ. Σε ασθενείς με γνωστούς παράγοντες κινδύνου, όπως γενετική προδιάθεση, προηγούμενο τραυματισμό της άρθρωσης ή προηγούμενο πρόβλημα κατά την παιδική ηλικία, η άρση γνωστών παραγόντων επιδείνωσης (π.χ παχυσαρκία, ακατάλληλο επάγγελμα) μπορεί να βοηθήσει. Σε εκείνους που δεν έχουν εμφανείς παράγοντες κινδύνου, η καλύτερη συμβουλή που μπορούμε να του δώσουμε, επί του παρόντος, είναι να διατηρηθεί δραστήριος, να αποφύγει επαγγέλματα ή αθλήματα

που είναι γνωστό ότι επιδεινώνουν την ΟΑ και να διατηρεί φυσιολογικό σωματικό βάρος. Οι μελέτες της γλυκοζαμίνης υποδηλώνουν ότι μπορεί να επιφέρει μείωση της απώλειας του μεσαρθρίου διαστήματος. Ωστόσο, οι μελέτες αυτές δεν είναι πραγματικά συμπερασματικές αναφορικά με τον προληπτικό ρόλο της γλυκοζαμίνης και σίγουρα δεν δικαιολογείται η χρήση αυτού του φαρμάκου προς αυτή την κατεύθυνση. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζεμμαδιανός, 2004)

10.18 Είναι εφικτό να επηρεαστεί η εξέλιξη των ασθενών οι οποίοι έχουν ήδη εμφανίσει συμπτώματα ΟΑ?

Υπάρχουν κάποια μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς οι οποίοι βιώνουν πόνο και απώλεια λειτουργικότητας λόγω ΟΑ, αν και δεν είναι πάντα αποτελεσματικά στην έκβαση της εξέλιξης. Η αρχική προσέγγιση πρέπει να αφορά την εκπαίδευση του ασθενούς, την εξήγηση σε αυτόν της φύσης της κατάστασης και την προσπάθεια να συμμετάσχει ο ασθενής στη λήψη απόφασης. Οι παχύσαρκοι ασθενείς συνήθως αγνοούν τη συμβουλή της απώλειας βάρους, επειδή δεν έχουν γνώσεις σχετικά με τις δίαιτες, ούτε αποφασιστικότητα. Μπορείτε να βοηθήσετε τον ασθενή εάν του δώσετε πρακτικές συμβουλές, σχετικά με τη δίαιτα, καθώς επίσης να κανονίσετε την παρακολούθησή του στα πλαίσια της ενθάρρυνσης της προσπάθειάς του. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η απώλεια 5 kg σε υπέρβαρες γυναίκες με δείκτη μάζας σώματος άνω του 25, είχε ως αποτέλεσμα τη μη επιδείνωση των ακτινολογικών ευρημάτων, καθώς επίσης τη μείωση των βαθμών του πόνου κατά 50%. Αξίζει να κάνουμε γνωστές τις πληροφορίες αυτές στους ασθενείς, γιατί μπορούν έτσι να δουν τη θετική έκβαση αναφορικά με τα συμπτώματα. Η άσκηση έχειδειχθεί ότι ωφελεί όλες τις αρθρώσεις, περιλαμβανομένων και αυτών που έχουν ήδη υποστεί βλάβη από την ΟΑ, και οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να ξεκινούν και να συνεχίζουν ένα πρόγραμμα άσκησης, σχεδιασμένο να βελτιώσει τη μυϊκή λειτουργία πέριξ της άρθρωσης. Εάν είναι εφικτό, καλύτερα το πρόγραμμα της άσκησης να ξεκινά με τη βοήθεια ενός φυσιοθεραπευτή, αλλά εάν αυτό δεν είναι πρακτικά εφαρμόσιμο, πρέπει ο ιατρός ή η νοσηλεύτρια να δείξει στον ασθενή απλές ασκήσεις, όπως ασκήσεις ενίσχυσης τετρακέφαλου. Η απώλεια βάρους και η άσκηση είναι πραγματικά ανιαρές διαδικασίες και πολλοί ασθενείς δεν μπορούν να συνεχίσουν, παρά τις αρχικά καλές προθέσεις τους. Για το λόγο αυτό, χρειάζεται η

παρακολούθηση του ασθενούς με στόχο την ανανέωση του κινήτρου. Η παρακολούθηση του ασθενούς ακόμη και από το τηλέφωνο, πολλές φορές είναι αρκετή.

Πολλοί ασθενείς θα έχουν κάποιο όφελος από τις παρεμβάσεις αυτές στον τρόπο ζωής και μπορεί να μειώσουν τις ανάγκες τους σε αναλγητικά. Κάποιοι άλλοι, όμως, παρά την απώλεια βάρους και τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα άσκησης, εμφανίζουν μικρή βελτίωση των συμπτωμάτων τους. Κάποιες φορές, παρά τις φιλότιμες προσπάθειες του ασθενούς, η ΟΑ επιδεινώνεται και προκαλεί αυξανόμενο πόνο και αναπηρία. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.19 Τι πρέπει να περιλαμβάνει το σχέδιο εκπαίδευσης του ασθενούς?

Το σχέδιο εκπαίδευσης του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής θέματα:

1. Τη φύση της ΟΑ
2. Τη πιθανή πρόγνωση
3. Στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου
4. Γραπτές πληροφορίες με μορφή φυλλαδίων, video και διαδικτυακών τόπων
5. Συμβουλές σχετικά με την αυτό- αντιμετώπιση
6. Συμβουλές σχετικά με απλή αναλγησία
7. Πληροφορίες σχετικά με ομάδες υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένων ειδικών για ΟΑ διαδικτυακών τόπων

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.20 Ποιους παράγοντες πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ο ιατρός για την εξυπηρέτηση των ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ΟΑ?

Από το 2003 όλες οι δημόσιες υπηρεσίες και κτίρια πρέπει, βάσει νόμου, να έχουν πρόσβαση και ευκολίες τουαλέτας για τους ανάπηρους. Αυτό σημαίνει πρόσβαση αναπηρικού αμαξιδίου και ύπαρξη ράμπας. Πολλοί ασθενείς που δεν εμπίπτουν στην κατηγορία των αναπήρων, οπωσδήποτε ωφελούνται όταν λαμβάνεται κάποια πρόνοια σχετικά με τη διαμόρφωση των χώρων εξέτασης. Ασθενείς με ΟΑ ισχίου και γόνατος, βρίσκουν δύσκολο να χρησιμοποιήσουν τα μοντέρνα χαμηλά καθίσματα. Τα υψηλότερα καθίσματα, κατά προτίμηση με μπράτσα, όπου στηρίζονται οι ασθενείς και μπορούν να σηκωθούν, θεωρούνται πιο φιλικά για τους

ασθενείς. Πολλοί ασθενείς χρειάζονται κουραστή όταν χρησιμοποιούν σκάλες και χειρολαβές στις πόρτες και στις τουαλέτες. Σκαλοπάτια και χαμηλά σκαμνάκια είναι χρήσιμα όταν ο ασθενής ανεβαίνει ή κατεβαίνει από το εξεταστικό κρεβάτι. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.21 Η γήρανση του πληθυσμού έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση των ατόμων με ΟΑ. Ποιες είναι οι απαιτούμενες περιβαλλοντικές αλλαγές συμπεριφοράς της κοινωνίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού?

Η πρώτη προτεραιότητα είναι η συνειδητοποίηση της κατάστασης της ΟΑ και των δυσκολιών που αυτή παρουσιάζει. Τα πράγματα αλλάζουν με βραδύ ρυθμό. Στην Αγγλία υπάρχει μεγαλύτερη κινητικότητα προς την κατεύθυνση της δημιουργίας ευκολιών για τους ανάπηρους σε όλα τα δημόσια κτίρια, περιλαμβανομένων των μονάδων φροντίδας υγείας, όπως νοσοκομεία και γραφεία ιατρών και οδοντιάτρων.

Η καλή πρόσβαση στα κτίρια είναι σημαντική, αλλά από μόνη της δεν ωφελεί ιδιαίτερα, εάν οι ασθενείς έχουν δυσκολίες να φθάσουν εκεί. Πολλοί ανάπηροι βρίσκουν μεγάλη δυσκολία με τα δημόσια μεταφορικά μέσα και εάν δεν μπορούν να πληρώσουν ταξί βασίζονται στους φίλους ή στους συγγενείς για να τους μεταφέρουν, πράγμα που δημιουργεί δυσκολίες σε όλους λόγω της απόστασης ή της πίεσης του χρόνου. Πολλοί άνθρωποι δεν θέλουν να γίνουν βάρος και σταματούν να ζητούν βοήθεια, με αποτέλεσμα τη σταδιακή απομόνωσή τους κοινωνικά. Σε κάποιες περιοχές τη χώρας υπάρχουν λεωφορεία με χαμηλές πλατφόρμες ή πλατφόρμες που κατεβαίνουν όσο χρειάζεται. Σε άλλες περιοχές υπάρχουν υπηρεσίες στις οποίες ο ενδιαφερόμενος, που είναι καταγεγραμμένος στο πρόγραμμα, μπορεί να τηλεφωνήσει και να ζητήσει να του στείλουν λεωφορείο και τον παραλαμβάνει από το σπίτι του και τον μεταφέρει εκεί που χρειάζεται. Πολλές τοπικές περιοχές περιέχουν υπηρεσίες σε εθελοντική βάση για την μεταφορά των ασθενών στα γραφεία των γενικών ιατρών ή στα νοσοκομεία. Κοινωνικές υπηρεσίες, όπως βοήθεια στο σπίτι, γεύματα σε αναπηρικά αμαξίδια, συναγερμός στο λαιμό, για γεύμα και κέντρα ημερήσιας φροντίδας παίζουν μεγάλο ρόλο στην ενίσχυση των ηλικιωμένων αρθρικών ασθενών να συνεχίσουν να ζουν στα δικά τους σπίτια, αν και σε πολλές περιοχές της χώρας η πρόσβαση σε αυτές τις ευκολίες είναι δύσκολη.

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.22 Διαθέσιμα βοηθήματα που παρέχουν ανεξαρτησία στο σπίτι

1. Βοηθήματα μετακίνησης βοηθούν τον ασθενή να σηκώνεται από την καθιστή θέση. Ασθενείς με ΟΑ ισχίου δοκιμάζουν μερικές φορές να βαδίσουν ενώ είναι όρθιοι και δεν μπορούν να στηριχτούν χωρίς βοήθεια. Τα βοηθήματα μετακίνησης περιλαμβάνουν ψηλότερα και περισσότερο όρθια καθίσματα, power- lift ή spring-loaded πολυθρόνες, που δίνουν ώθηση στον ασθενή να σηκωθεί, καθώς επίσης απλά στηρίγματα βραχίονα και κικλιδώματα.
 2. Τα βοηθήματα βάδισης παρέχουν υποστήριξη και περιλαμβάνουν μαστούνια, τρίποδα και βοηθήματα με ρόδες.
 3. Τα βοηθήματα μεταφοράς, όπως τα αναπηρικά αμαξίδια, μπορεί να είναι αυτοκινούμενα ή ωθούμενα από κάποιο συνοδό.
 4. Οι συσκευές ανύψωσης που τοποθετούνται στις σκάλες (stair-lifts) για μεταφορά από όροφο σε όροφο μέσα στο σπίτι παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο γιατί επιτρέπουν στον ασθενή να παραμείνει στο δικό του σπίτι.
 5. Τα βοηθήματα τουαλέτας περιλαμβάνουν ανυψωμένο κάθισμα τουαλέτας, πλαίσια τουαλέτας και χειρολαβές στο πλάι της τουαλέτας για υποστήριξη.
 6. Τα βοηθήματα μπάνιου περιλαμβάνουν συσκευές ανύψωσης καθίσματα εντός της μπανιέρας ή της ντουζιέρας, αντιολισθητικά χαλάκια και χειρολαβές.
- (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.23 Μπορεί η υπερβολική άσκηση να είναι επιβλαβής για την άρθρωση?

Είναι μάλλον αλήθεια ότι η υπερβολική άσκηση ενός συγκεκριμένου τύπου μπορεί να προκαλέσει βλάβη της άρθρωσης. Συνολικά, ωστόσο, η άσκηση αυτή βρίσκει εφαρμογή στις περιπτώσεις υπερχρήσης, όπως στους αθλητές υψηλών απαιτήσεων, στο ποδόσφαιρο κ.τ.λ, όπου η άρθρωση υφίσταται σοβαρές τάσεις. Δεν υπάρχει ένδειξη ότι οι ασκήσεις αναψυχής, όπως το τρέξιμο, προκαλούν βλάβη της άρθρωσης αν και μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα σε

μια άρθρωση που είναι ήδη προσβεβλημένη από ΟΑ. Η ήπια άσκηση ενδείκνυται για τις αρθρώσεις και πρέπει να ενθαρρύνεται.

Μια πρόσφατη μελέτη (Sutton και συν 2001) δεν παρείχε ενδείξεις αναφορικά με το ότι τα αυξημένα επίπεδα τακτικής φυσικής δραστηριότητας στην διάρκεια της ζωής ενός ατόμου οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο ΟΑ σε μεγαλύτερη ηλικία. Διαπιστώθηκε, ωστόσο, αυξημένος κίνδυνος ΟΑ όταν υπήρχε ιστορικό προηγούμενου τραυματισμού.

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)

10.24 Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της παρακεταμόλης

1. Είναι απόλυτα ασφαλής για όλες τις ηλικίες εφόσον λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες
2. Δεν προκαλεί σοβαρές διατρήσεις, έλκη ή αιμορραγίες
3. Μπορεί να προστεθεί σε θεραπευτικές δόσεις κωδεΐνης για να δώσουν άριστο NNT
4. Δεν εμφανίζει καρδιοτοξικότητα και ως εκ τούτου είναι ασφαλής για ασθενείς με καρδιοπάθεια

10.25 Πόσο πρέπει να διαρκεί η αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος?

Τουλάχιστον 10 χρόνια και πιθανόν 15-20 χρόνια. Τα ποσοστά επιτυχίας ανέρχονται στο 90% στα 10 χρόνια και τα ποσοστά καλής λειτουργίας στο 75% στα 15 χρόνια. Τα ποσοστά αυτά ισχύουν για την αρθροπλαστική του ισχίου και πιθανόν και για την αρθροπλαστική των γονάτων. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμαδιανός, 2004)

10.26 Ποιος παράγοντας, ο πόνος ή ηλικία μπορεί να επηρεάσει την απόφαση παραπομπής του ασθενούς για αρθροπλαστική?

Ο πόνος και όχι η ηλικία πρέπει να είναι ο παράγοντας που παίζει ρόλο στην απόφαση παραπομπής του ασθενούς. Εάν ο πόνος είναι σοβαρός και ο ασθενής δεν μπορεί να κοιμηθεί, να βαδίσει, να εργαστεί τότε πρέπει να παραπεμφθεί και να γίνει ακτινογραφία της πάσχουσας άρθρωσης. Η ηλικία δεν πρέπει να επηρεάζει την

απόφαση παραπομπής του ασθενούς επιπλέον συγκεντρώνονται συνεχώς ενδείξεις, που υποδηλώνουν ότι ο μεγάλος χρόνος αναμονής για τους ηλικιωμένους ασθενείς έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής μετά την αρθροπλαστική. Το γεγονός αυτό, πιθανόν οφείλεται στη συνεχιζόμενη επιδείνωση των μυών πέριξ της πάσχουσας άρθρωσης. Είναι πολύ σημαντικό για του ηλικιωμένους ασθενείς να επαναφέρουν την μυϊκή ισχύ. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζεμμαδιανός, 2004)

10.27 Ποια είναι η συνηθέστερη επιπλοκή της αρθροπλαστικής σήμερα?

Η συνηθέστερη επιπλοκή της αρθροπλαστικής είναι η εν τω βάθη φλεβική θρόμβωση, αλλά η σύγχρονη αντιμετώπιση την έχει μειώσει κατά πολύ. Περίπου το 10% των ασθενών εμφανίζουν εν τω βάθη φλεβική θρόμβωση κατά το 1% των ασθενών πνευμονική εμβολή.

10.28 Παράγοντες που έχουν βοηθήσει στη μείωση των επιπλοκών της αρθροπλαστικής

1. Πρώιμη κινητοποίηση
2. Βελτιωμένες χειρουργικές τεχνικές
3. Προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή
4. Περιεγχειρητική αντιβίωση
5. Κριτική αξιολόγηση των μελετών για νέους σχεδιασμούς αρθρώσεων.
6. Τα μητρώα του νοσοκομείου και του χειρουργού που αντιπαραβάλλουν τα στατιστικά στοιχεία

10.29 Ποιες συμβουλές πρέπει να δίνονται στους ασθενείς και στα άτομα που τους φροντίζουν ώστε να βελτιωθεί η μετεγχειρητική έκβαση

Τα παρακάτω είναι σημεία που πρέπει να θυμούνται οι ασθενείς και τα άτομα που τους φροντίζουν:

1. Οι πραγματοποιήσιμοι στόχοι για τον ασθενή πρέπει να είναι ρεαλιστικοί.
2. Ο ασθενής πρέπει να κατανοεί πλήρως το σκοπό και τους στόχους του προγράμματος άσκησης που θα ακολουθήσει.
3. Ο ασθενής πρέπει να έχει την ικανότητα να εκτελέσει τις ασκήσεις αυτές.

4. Οι ασθενείς θα χρειαστούν καθησυχασμό και ενθάρρυνση. Πολλοί ασθενείς διακόπτουν τις ασκήσεις και δεν λαμβάνουν το πλήρες όφελος από την επέμβασή τους.
5. Η κοινωνική υποστήριξη για αποκατάσταση στο σπίτι πρέπει να είναι επαρκής. Οι ασθενείς και τα άτομα που τους φροντίζουν, θα χρειαστούν συμβουλές σχετικά με το τι πρέπει να κάνουν, τι να αποφύγουν, πώς να το κάνουν και πότε να ζητήσουν βοήθεια. Πολλά νοσοκομεία έχουν γραμμή βοήθειας για να συμβουλευτούν τους ασθενείς, τα άτομα που τους φροντίζουν και τους ιατρούς.
6. Δυνητικά προβλήματα και παγίδες, συνήθη και ειδικά, πρέπει να εξηγούνται στον ασθενή και στο άτομο που τον φροντίζει.
7. Η αναμενόμενη κλίμακα βελτίωσης πρέπει να εξηγείται. Για παράδειγμα, είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι οι φυσικές βελτιώσεις μπορεί να συνεχιστούν για 1-2 χρόνια.
8. Η άρθρωση μπορεί να πονάει και να πρηστεί. Εάν συμβεί αυτό, τοποθετείστε πάγο και μειώστε παροδικά το πρόγραμμα άσκησης. Θυμηθείτε ότι παρατεταμένη ακινητοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι επιπλοκές αφορούν ειδικά στην ατροφία των μυών, που μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένο εύρος κινήσεων και ως εκ τούτου να εμποδίσει το συνολικό επίτευγμα. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.30 Τι είναι πιο σημαντικό : η παραπομπή σε φυσιοθεραπευτή πριν την αρθροπλαστική ή η παραπομπή σε φυσιοθεραπευτή μετά την αρθροπλαστική?

Και τα δύο. Εάν μπορεί να διατηρηθεί η μυϊκή ισχύς πριν την αρθροπλαστική, τότε τα αποτελέσματα θα είναι βελτιωμένα. Όσο μεγαλύτερη η μυϊκή ισχύς, τόσο καλύτερη η ποιότητα ζωής. Η απόδειξη αυτού έρχεται από πρόσφατες μελέτες στη Σουηδία οι οποίες δείχνουν ότι όσο πιο ηλικιωμένος ο ασθενής και όσο πιο μεγάλη η αναμονή για την αρθροπλαστική του ισχίου, τόσο πιο πτωχό αποτέλεσμα.

Η μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία είναι ουσιαστική με την έννοια ότι, οι ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν το μέγιστο από μία εγχείρηση που κοστίζει πολύ. Είναι επίσης σημαντικό να ενθαρρύνονται οι ασθενείς να συνεχίζουν τις ασκήσεις αυτές για ένα χρόνο τουλάχιστον μετά την επέμβαση. (Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, 2004)

10.31 Δείκτης οστεοαρθρίτιδας Womac

Πρόκειται για τρισδιάστατη, μέτρηση ειδική της ΟΑ που μπορεί να διεξαχθεί από τον ίδιο τον ασθενή και η οποία εξετάζει τον πόνο, την δυσκαμψία και τη φυσική λειτουργία στην ΟΑ του ισχίου. Τα έντυπα εκτίμησης αποτελούνται είτε από μία οπτική αναλογική κλίμακα Likert.

Οπτική αναλογική κλίμακα Womac				
Όχι πόνος10 cm..... Έντονος πόνος				
Κλίμακα Likert				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όχι πόνος	Ήπιος	Μέτριος	Σοβαρός	Έντονος

10.32 Leguesne δείκτες άλγους - λειτουργικότητας

Υπάρχουν δύο δείκτες, ο ένας για το ισχίο και ένας άλλος για το γόνατο, οι οποίοι ελέγχουν τον πόνο, τη μέγιστη απόσταση βάδισης και τις καθημερινές δραστηριότητες. Οι ερωτήσεις που αφορούν στους δείκτες αυτούς είναι δυσκολότερο να διεξαχθούν από τον ίδιο τον ασθενή, σε σχέση με τον δείκτη Womac, και γι' αυτό μπορεί να χρειαστεί το άτομο που θα κάνει τη συνέντευξη. Γίνονται οι ερωτήσεις και σημειώνονται οι βαθμοί, ανάλογα με τις απαντήσεις του ασθενούς (υψηλό αποτέλεσμα υποδηλώνει μεγαλύτερη σοβαρότητα)

Για παράδειγμα, για τον πόνο ή την ενόχληση κατά τη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου:

- Καθόλου ή ασήμαντος: 0
- Μόνο με την κίνηση ή σε συγκεκριμένες θέσεις: 1
- Με καμία κίνηση: 2

(Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου , Μιχαήλ Ν. Τζεμμαδιανός, 2004)

ΕΙΔΙΚΟ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

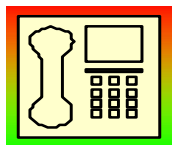
1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μια αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών πριν και μετά την ολική αντικατάσταση του ισχίου

Κάθε χρόνο, σε όλο τον κόσμο, γίνονται πάνω από 800.000 επεμβάσεις ολικής αντικατάστασης του ισχίου και πραγματοποιούνται σε ασθενείς που υποφέρουν από αρθροπάθειες. Αυτή η έρευνα, έχει σκοπό να ερευνήσει οποιοσδήποτε αλλαγές στην ποιότητα ζωής των ασθενών έπειτα από αυτή την αντικατάσταση, συγκρινόμενη πάντα με την ποιότητα ζωής προεγχειρητικά. Επίσης έχει ως στόχο να ερευνήσει το λόγο για τον οποίο γίνεται η επέμβαση, τους τύπους των υλικών που χρησιμοποιούνται τον μετεγχειρητικό πόνο και τις επιπλοκές ενός τέτοιου χειρουργείου. Η κλίμακα αξιολόγησης ισχίου (Harris Hip Score), η κλίμακα EQ-5D και η κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής, μαζί με τις προσωπικές συνεντεύξεις των ασθενών, χρησιμοποιήθηκαν ως βάση αυτής της έρευνας. 92 ασθενείς άνδρες και γυναίκες από ένα σύνολο 110 ατόμων, απάντησαν για την ποιότητα της ζωής τους τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση. Σημαντικές διαφορές στην φυσική και ψυχολογική τους κατάσταση εντοπίστηκαν μετεγχειρητικά σε σχέση με την κατάστασή τους πριν το χειρουργείο. Η πλειοψηφία των ασθενών υποστήριξε ότι ήταν πιο σημαντική η μείωση ή και εξαφάνιση του πόνου, από το να επιστρέψουν στην φυσιολογική τους κατάσταση, ξεπερνώντας όλα τα προβλήματα.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές εμφανίζονται έξι εβδομάδες έως και έξι μήνες μετά την ολική αντικατάσταση, ενώ υπάρχουν και ασθενείς όπου έχουν συμπτώματα και για όλη τους τη ζωή.

2. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ



Τηλεφωνικές συνεντεύξεις έγιναν με τους ασθενείς, μετά από την επέμβαση. Σε αυτές τις συνεντεύξεις, οι ασθενείς ρωτήθηκαν για τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, για το αν ο πόνος στο ισχίο μειώθηκε και αν χρησιμοποιούσαν ακόμα βοηθήματα και αν ναι ποια ήταν αυτά. Αυτοί οι παράγοντες είναι σημαντικοί για να αξιολογηθεί η κατάσταση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης, ρωτήσαμε επίσης αν οι οδηγίες που τους δόθηκαν πριν την εγχείρησή τους βοήθησαν. Τα δεδομένα από τη συνέντευξη αμέσως καταγράφηκαν και οι ασθενείς ενημερώθηκαν πως οποιαδήποτε στιγμή τα ερωτηματολόγια θα είναι στη διάθεσή τους, έτσι ώστε να μην ανησυχούν για το αν γράψαμε κάτι λάθος.



3. ΕΓΚΡΙΣΗ

Η έρευνά μας εγκρίθηκε από τον διοικητή του Βενιζελείου νοσοκομείου καθώς και από τον διευθυντή και τους γιατρούς της Β' Ορθοπαιδικής κλινικής του Βενιζελείου. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν για τον τρόπο, το λόγο και τους σκοπούς τους οποίους έχει η έρευνα και έπειτα ρωτήθηκαν για το αν θα συμμετάσχουν.

4. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Με την άδεια των ασθενών συλλέχθηκαν τα εξής στοιχεία από τους φακέλους τους: ο λόγος για τον οποίο έπρεπε να γίνει η επέμβαση, τι είδους υλικά χρησιμοποιήθηκαν, ο τύπος της επέμβασης και οι επιπλοκές.

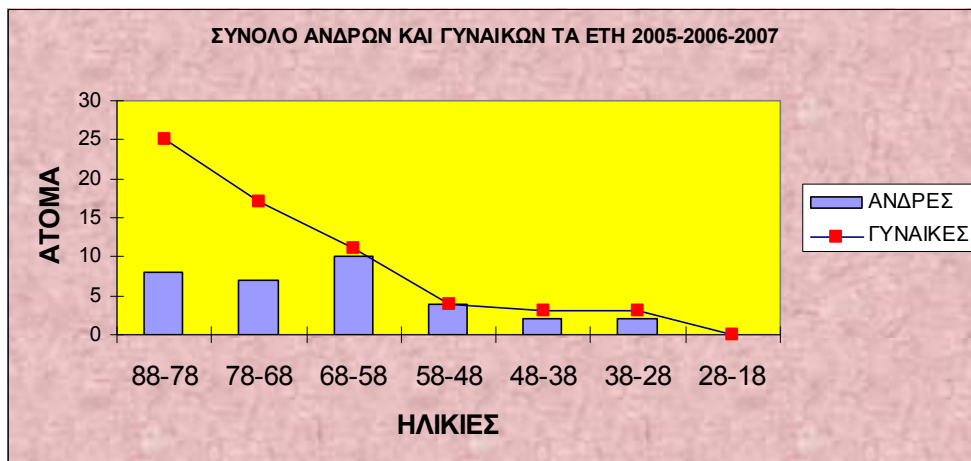
5. ΔΕΙΓΜΑ

Όλοι οι ασθενείς μας υποβλήθηκαν σε ολική αντικατάσταση του ισχίου και νοσηλεύτηκαν στην Β' Ορθοπαιδική κλινική του Βενιζελείου, το έτος 2005 έως το 2007. Συνολικά κλίθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα 110 άτομα, ηλικίας 38 έως 88 ετών. 6 από αυτούς ήταν ανίκανοι να απαντήσουν, 4 είχαν πεθάνει, σε 2 άτομα αναβλήθηκε η επέμβαση και 6 αρνήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις. Ένα σύνολο 92 ατόμων παρόλα αυτά, 61 άνδρες και 31 γυναίκες, δέχθηκε να συμμετάσχει.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που απάντησε στις ερωτήσεις μας ήταν ηλικιωμένα άτομα ηλικίας άνω των 68 ετών.

6.ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕΣΩ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

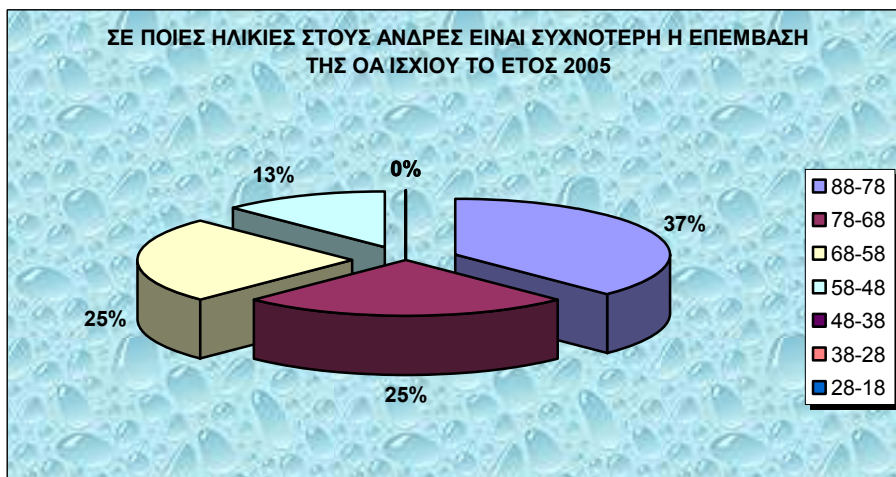
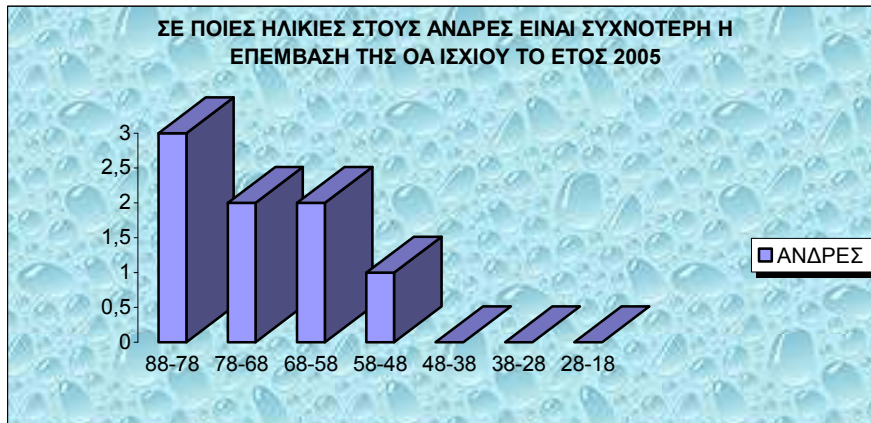
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	8	7	10	4	2	2	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	25	17	11	4	3	3	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 1

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι τα τρία έτη 2005-2006-2007 το ποσοστό των γυναικών είναι μεγαλύτερο από εκείνο των ανδρών. Για τις γυναίκες που έχουν οστεοαρθρίτιδα ισχίου και υποβάλλονται στην επέμβαση οι πιο κρίσιμες ηλικίες είναι από 68-88 που είναι σε άθροισμα 42, ενώ για τους άνδρες οι πιο κρίσιμες ηλικίες είναι 58-68 που είναι σε άθροισμα 10. Η διαφορά ηλικίας που εμφανίζεται στους άνδρες σε αντίθεση με τις γυναίκες οφείλεται σε διάφορους λόγους.

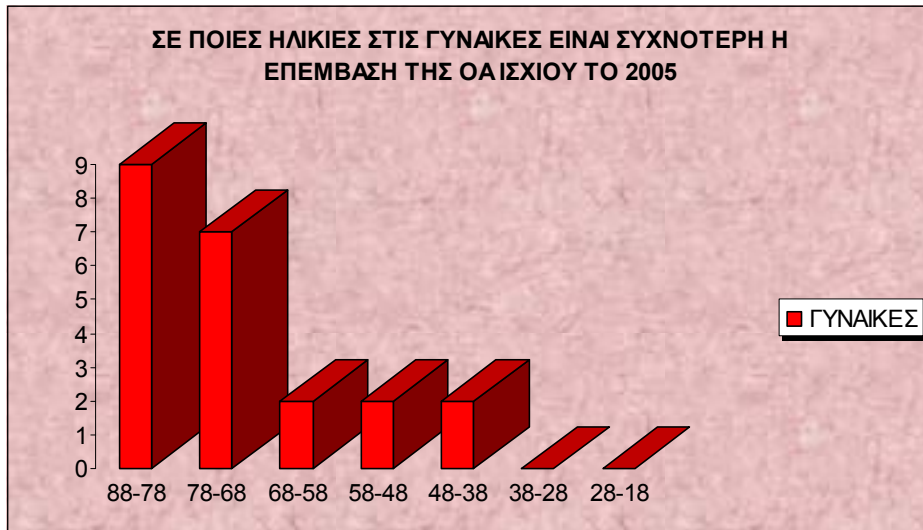
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	3	2	2	1	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 2

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι η ολική αρθροπλαστική του ισχίου στους άνδρες είναι πιο συχνή στην ηλικία 88-78 με ποσοστό 37%, για το έτος 2005. Ένα ποσοστό που είναι αρκετά μεγάλο, ενώ στην ηλικία των 58-48 έχουμε ένα ποσοστό 13%. Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια πάθηση που παρατηρείται κυρίως σε μεγάλες ηλικίες και αυτό φαίνεται και στο γράφημα.

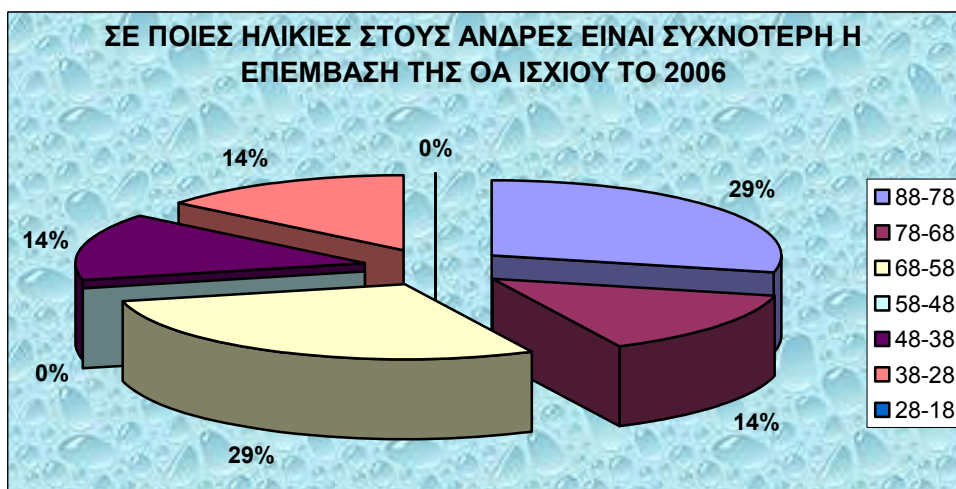
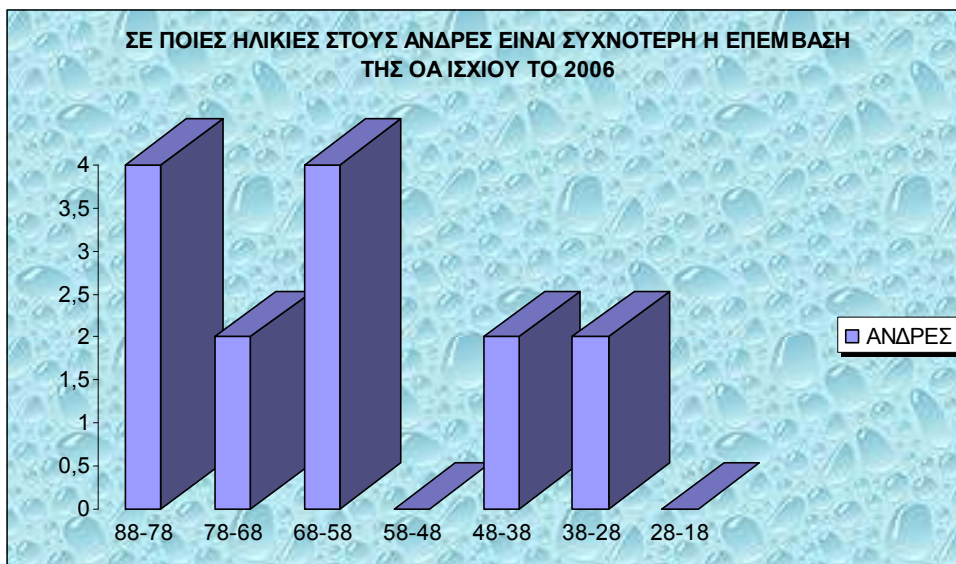
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	9	7	2	2	2	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 3

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι και στις γυναίκες η ολική αρθροπλαστική του ισχίου είναι πιο συχνή στις ηλικίες 88-78 με ένα ποσοστό 41% για το έτος 2005. Στις ηλικίες από 38-68 παρατηρείται κάποια σταθεροποίηση διότι στις γυναίκες η πιο κρίσιμη ηλικία για την επέμβαση αρχίζει με την έναρξη των ορμονικών προβλημάτων.

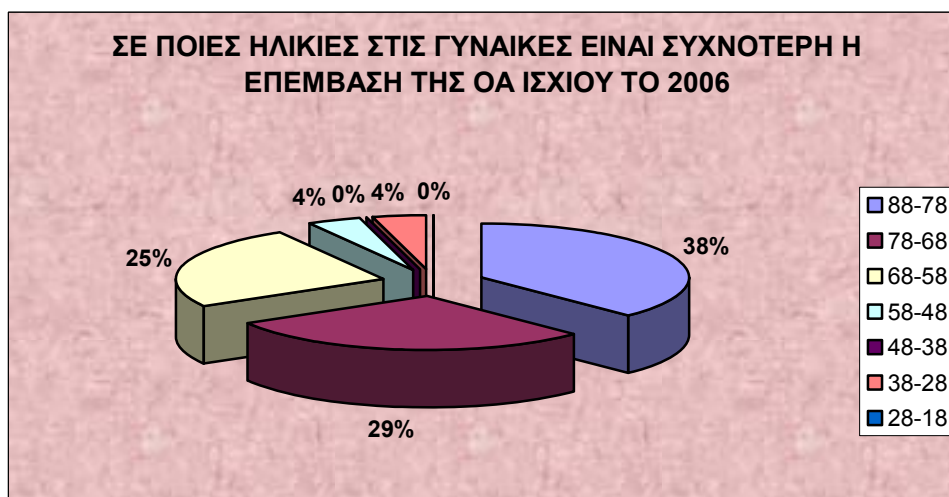
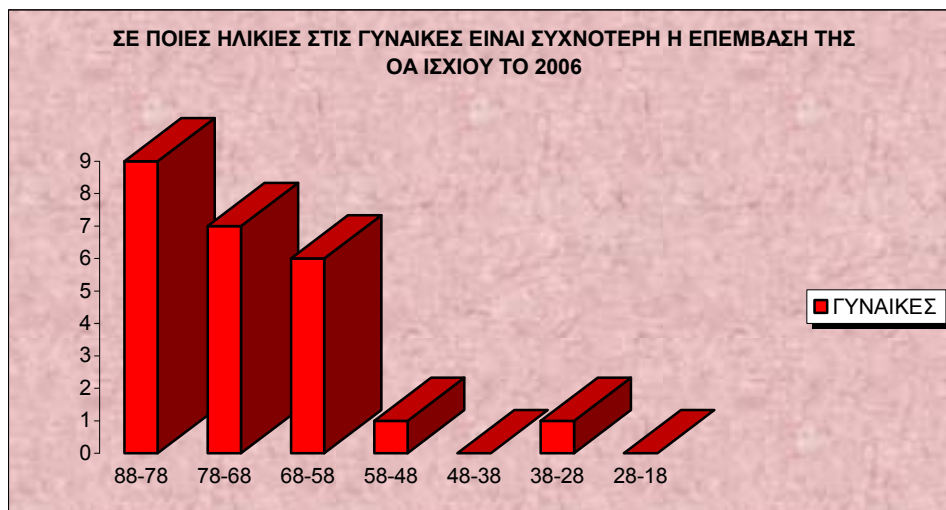
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	4	2	4	0	2	2	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 4

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι ένα χρόνο αργότερα το 2006 η επέμβαση στους άνδρες ήταν πιο συχνή στις ηλικίες 88-78 με ποσοστό 29% καθώς και στις ηλικίες 68-58 με ποσοστό πάλι 29%, ενώ στις ηλικίες 28-48 παρατηρείται ένα 14% που αυτό μας δίνει να καταλάβουμε ότι οι άνδρες σε αντίθεση με τις γυναίκες υποβάλλονται στην επέμβαση και σε πιο μικρές ηλικίες που μπορεί να οφείλεται σε πολλούς και διάφορους παράγοντες όπως για π.χ το επάγγελμα.

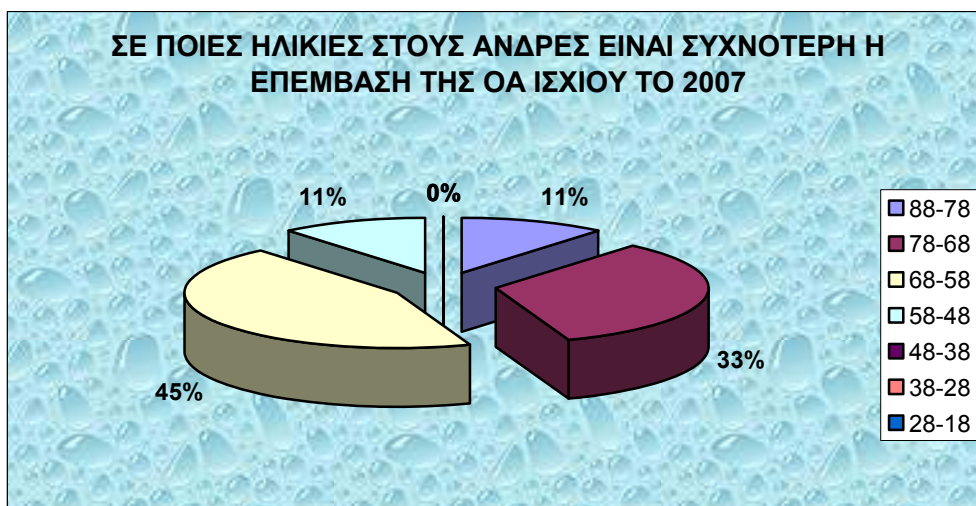
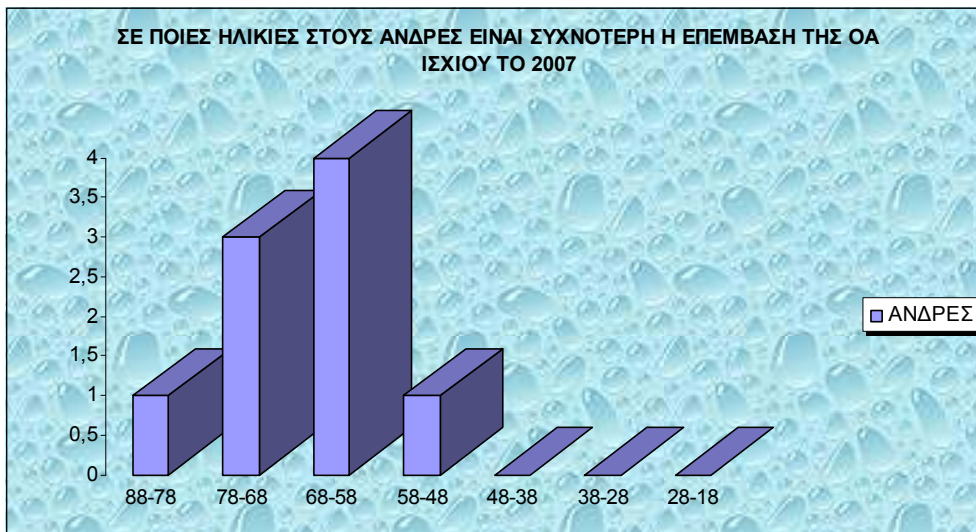
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	9	7	6	1	0	1	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 5

Σε αυτό το γράφημα δεν παρατηρούμε κάποια αλλαγή στις ηλικίες που υποβάλλονται στην επέμβαση οι γυναίκες. Οι ηλικίες που γίνεται πιο συχνά η επέμβαση είναι 88-78 με ποσοστό 38%, αλλά αξίζει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά αυξήθηκαν στις ηλικίες από 58-78 με ποσοστό περίπου 29%, και αυτό γιατί η επέμβαση γίνεται κατά κύριο λόγο σε γυναικείο πληθυσμό.

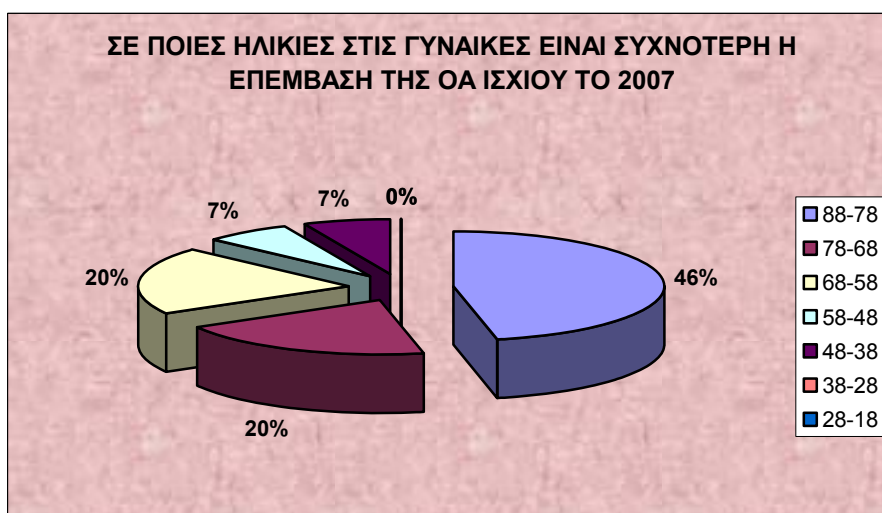
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	1	3	4	1	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 6

Σε αυτό το γράφημα μπορούμε να διαπιστώσουμε σημαντικές αλλαγές στις ηλικίες που υποβάλλονται οι άνδρες στην ολική αρθροπλαστική. Εδώ φαίνεται καθαρά ότι στις ηλικίες 68-58 με ποσοστό 45% γίνεται η επέμβαση πιο συχνά ενώ στις ηλικίες 78-68 έρχονται δεύτερες σε σειρά με ποσοστό 33%. Αυτό οφείλεται σε αυτό που αναφέραμε παραπάνω: ότι οι άνδρες υποβάλλονται στην επέμβαση σε μικρότερη ηλικία απ' ότι οι γυναίκες.

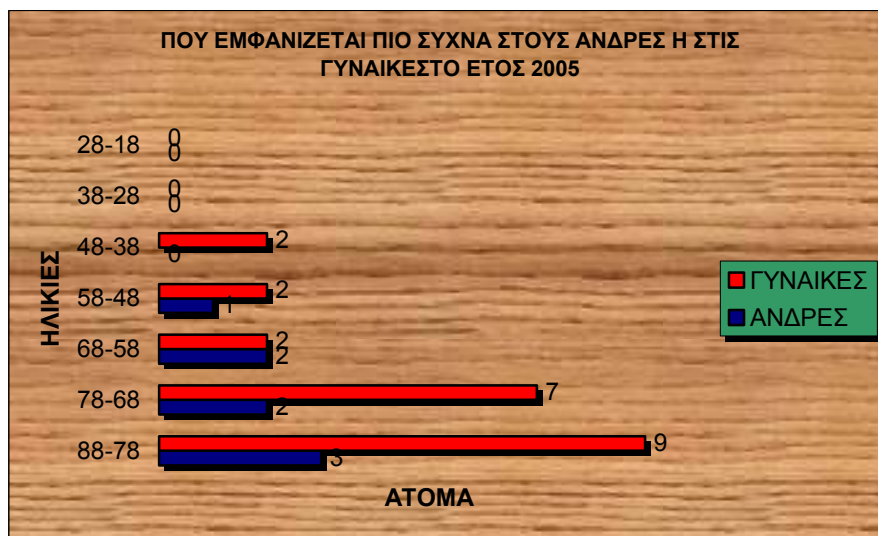
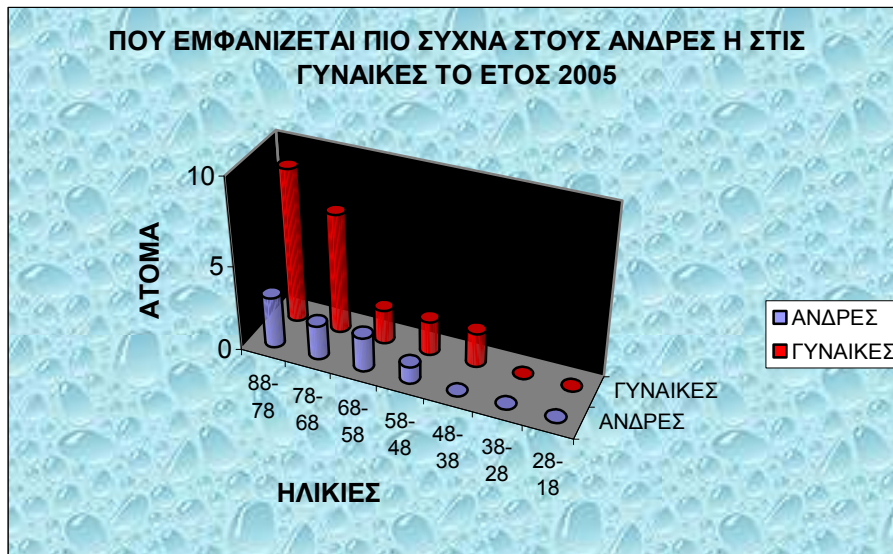
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	7	3	3	1	1	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 7

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι το ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονται στην ολική αρθροπλαστική ολόενα και μεγαλώνει για τις ηλικίες μεταξύ 88-78 με ποσοστό 46%. Ενώ μεταξύ 58-78^ο έτος ηλικίας παρατηρείται περίπου το μισό ποσοστό, 20%.

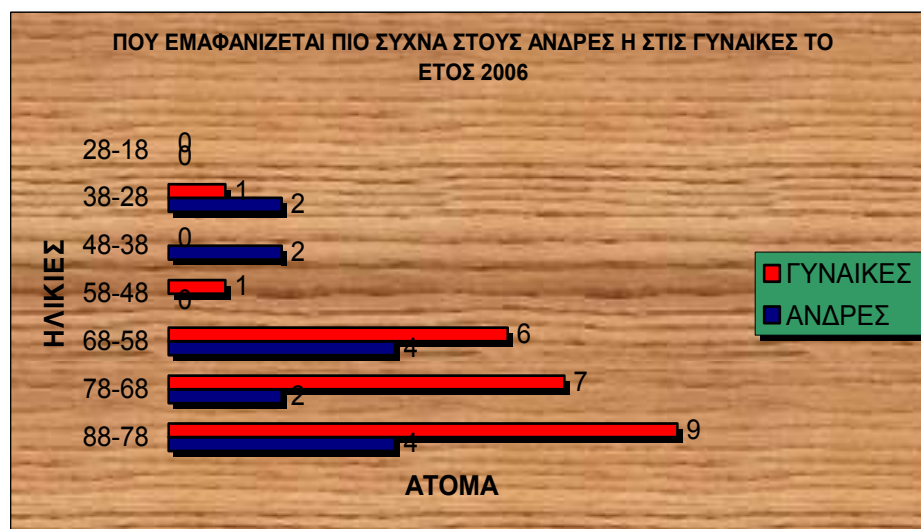
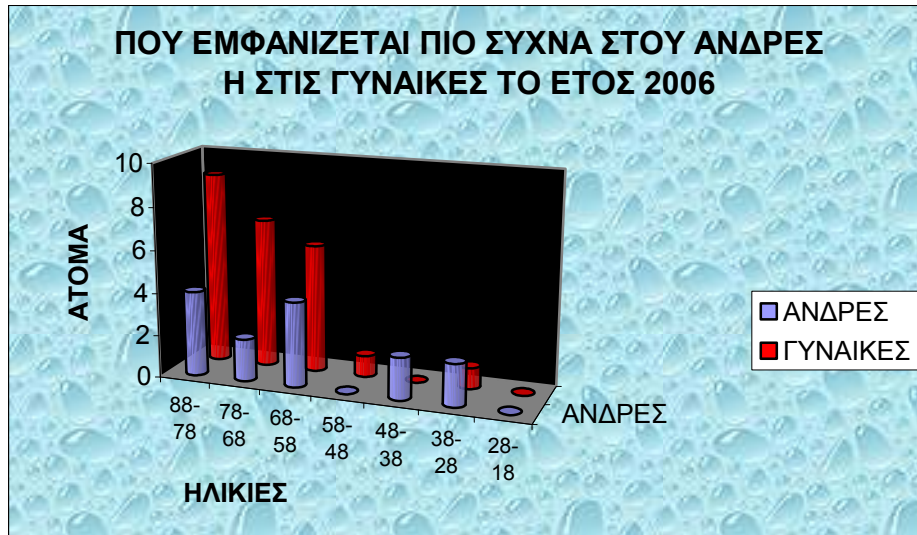
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	3	2	2	1	0	0	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	9	7	2	2	2	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 8

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι το έτος 2005 η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες με μεγάλη διαφορά από τους άνδρες. Στις ηλικίες 78-88 έχουμε 16 γυναίκες ενώ αντίστοιχα στους άνδρες έχουμε 5.

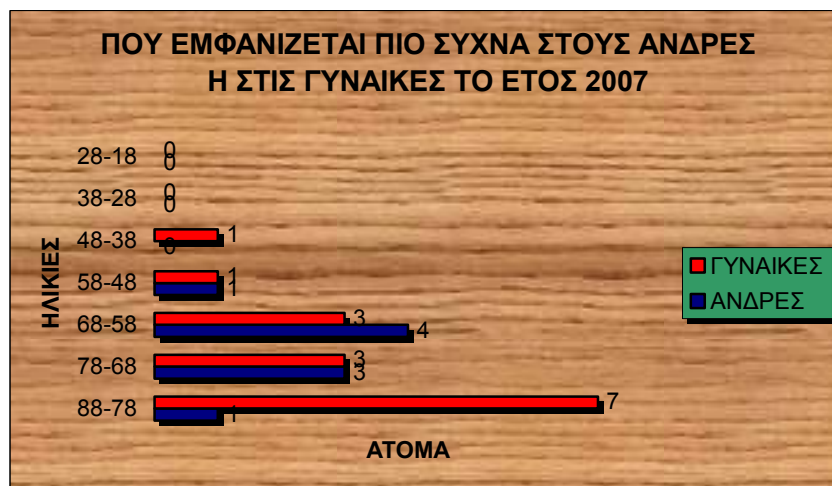
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	4	2	4	0	2	2	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	9	7	6	1	0	1	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 9

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι το έτος 2006 η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Παρατηρούμε ότι από τις ηλικίες 58-88 έχουμε ένα σύνολο γυναικών 22 ενώ για τους άνδρες στις αντίστοιχες ηλικίες έχουμε ένα σύνολο 10. Ενώ για τους άνδρες στις ηλικίες 28-48 παρουσιάζεται ένα μικρό σύνολο 4 ατόμων σε σχέση με τις γυναίκες.

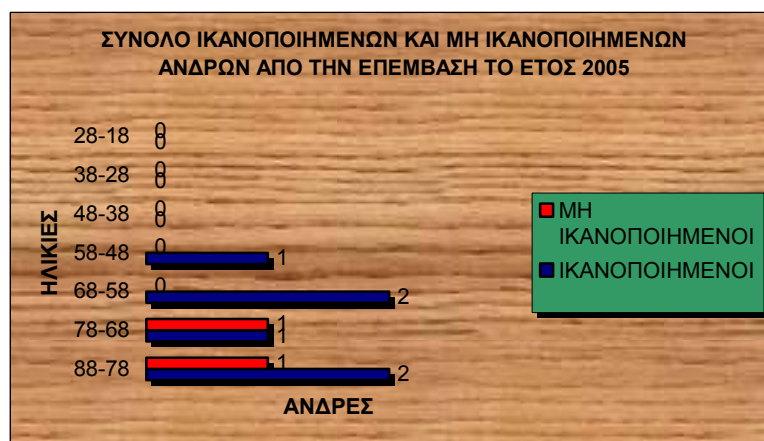
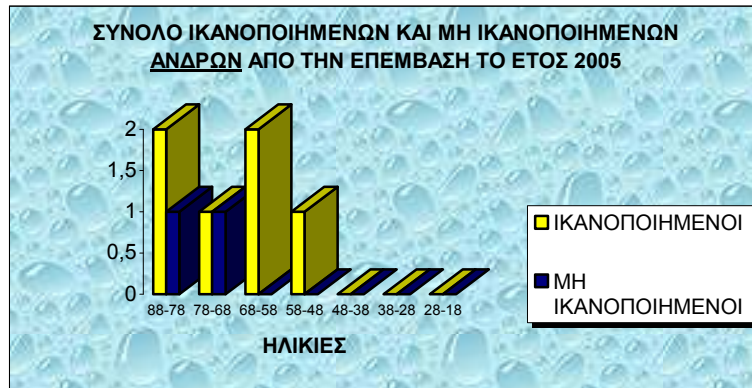
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	1	3	4	1	0	0	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	7	3	3	1	1	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 10

Και σε αυτό το γράφημα για το έτος 2007 παρατηρούμε ότι εμφανίζεται πιο συχνά η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου στις γυναίκες στις ηλικίες 78-88. Στις ηλικίες 58-88 έχουμε ένα σύνολο γυναικών 13 και για τους άνδρες στις ίδιες ηλικίες είναι 8.

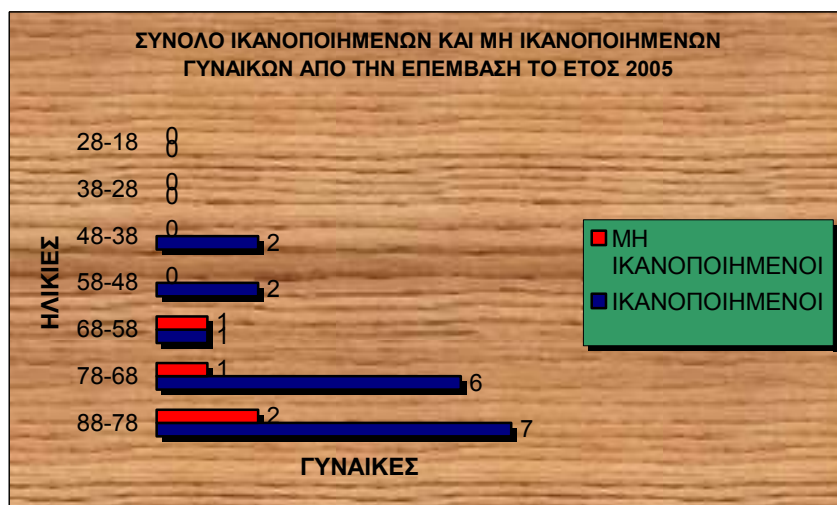
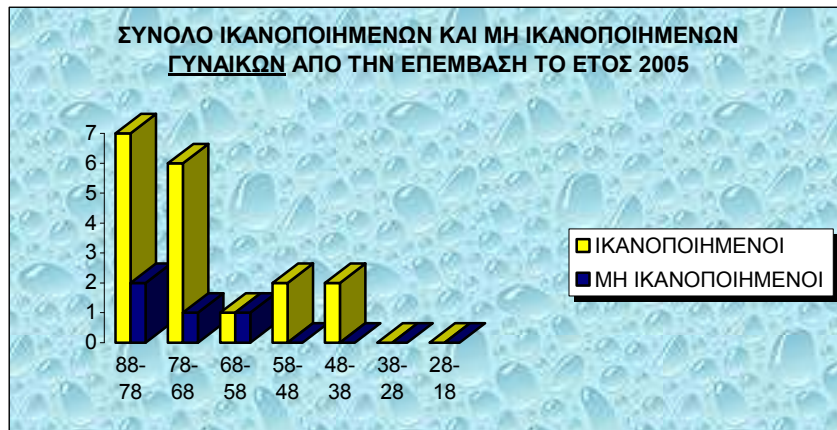
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	2	1	2	1	0	0	0
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	1	1	0	0	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 11

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι το έτος 2005 το σύνολο των ανδρών που έχει υποβληθεί στην ολική αρθροπλαστική του ισχίου είναι 8 άτομα. Από τα οποία προκύπτουν 6 ικανοποιημένα από την επέμβαση και 2 άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα από τα αποτελέσματα της επέμβασης. Τα 2 άτομα που δεν ήταν ικανοποιημένα είναι μεταξύ των ηλικιών 78-88 και αυτό γιατί όσο μεγαλύτερη ηλικία είναι κάποιο άτομο τόσο δύσκολο είναι κάποιες φορές να αντεπεξέλθει σε αυτή την τόσο σημαντική επέμβαση.

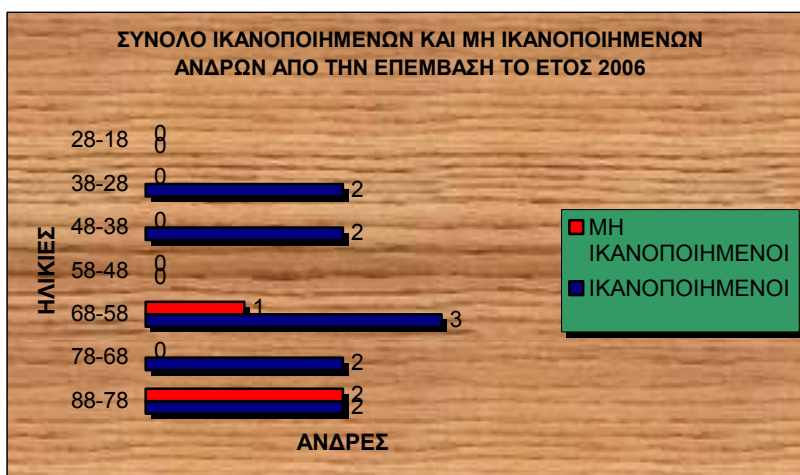
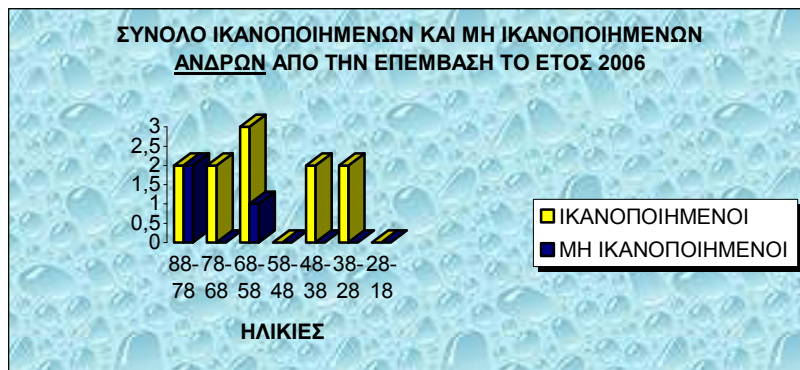
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	7	6	1	2	2	0	0
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	2	1	1	0	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 12

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι το 2005 το σύνολο των γυναικών που υποβλήθηκαν στην επέμβαση είναι 22. Από αυτές 18 έμειναν ικανοποιημένες από την επέμβαση ενώ 4 δεν είναι ικανοποιημένες από την πορεία της ζωής τους μετά την επέμβαση. Οι ηλικίες κατά τις οποίες εμφανίζονται οι μη ικανοποιημένες γυναίκες είναι οι ηλικίες από 78-88, ενώ μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένων γυναικών βρίσκεται στις ηλικίες από 68-78 και αυτό είναι ένα θετικό σημείο.

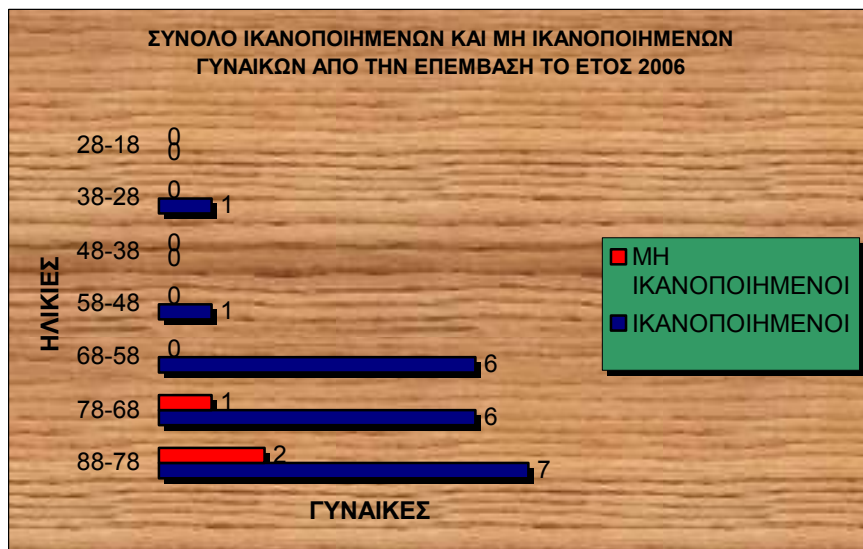
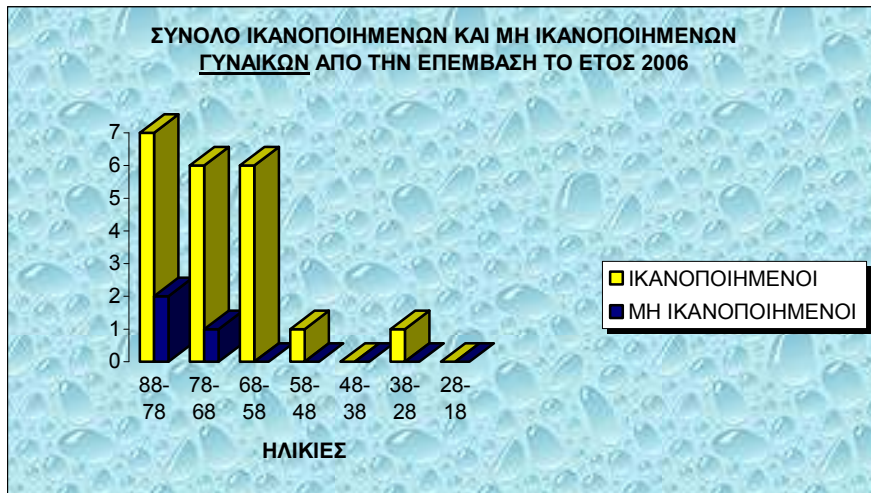
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	2	2	3	0	2	2	0
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	2	0	1	0	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 13

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι το έτος 2006 το σύνολο των ανδρών που υποβλήθηκαν στην ολική αρθροπλαστική του ισχίου είναι 14. Από τους οποίους 3 άτομα δεν είναι ικανοποιημένοι από τα αποτελέσματα της επέμβασης στις ηλικίες 58-68 και 78-88. Ενώ στην πλειοψηφία τους έμειναν ικανοποιημένοι και η ποιότητα της ζωής τους είναι σε καλό στάδιο.

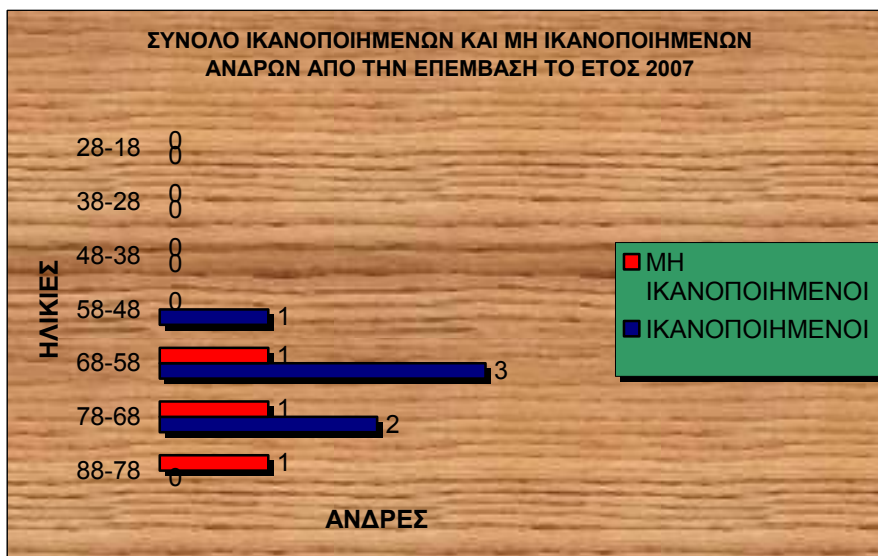
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	7	6	6	1	0	1	0
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	2	1	0	0	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 14

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι το έτος 2006 το σύνολο των γυναικών που υποβλήθηκαν στην ολική αρθροπλαστική του ισχίου είναι 24. Από τις οποίες μόνο 3 στις ηλικίες μεταξύ 68-88 δεν ήταν ικανοποιημένες από τα αποτελέσματα της επέμβασης, στις ηλικίες μεταξύ 58-88 παρατηρούμε ότι είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποιημένων γυναικών.

ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	0	2	3	1	0	0	0
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	1	1	1	0	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 15

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι το έτος 2007 το σύνολο των ανδρών που υποβλήθηκαν στην αρθροπλαστική του ισχίου είναι 9. Από αυτούς μόνο 3 άτομα δεν έμειναν ικανοποιημένα από την επέμβαση στις ηλικίες μεταξύ 58-88. Ενώ μεγάλο ποσοστό έχει μείνει ικανοποιημένο στις ηλικίες από 48-78 σε ένα σύνολο ατόμων 6.

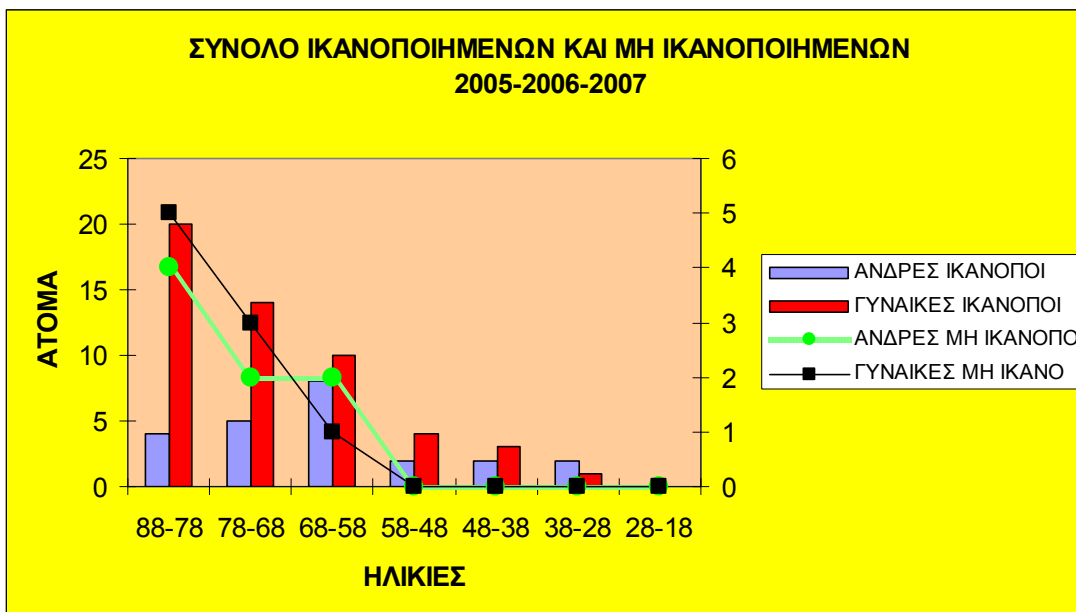
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	6	2	3	1	1	0	0
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	1	1	0	0	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 16

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι το έτος 2007 το σύνολο των γυναικών που υποβλήθηκαν στην ολική αρθροπλαστική του ισχίου είναι 15. Από αυτές μόνο 2 δεν έμειναν ικανοποιημένες από τα αποτελέσματα της επέμβασης στις ηλικίες από 68-88. Ενώ μεγάλο ποσοστό γυναικών έμεινε ικανοποιημένο με μεγαλύτερο ποσοστό στις ηλικίες 78-88.

ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙ	4	5	8	2	2	2	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙ	20	14	10	4	3	1	0
ΑΝΔΡΕΣ ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟ	4	2	2	0	0	0	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΗ ΙΚΑΝΟ	5	3	1	0	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 17

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι στο σύνολο και των τριών ετών που έγινε η έρευνα οι γυναίκες είναι πιο ικανοποιημένες από τους άνδρες στις ηλικίες 78-88, ενώ οι άνδρες έμειναν πιο ικανοποιημένοι από την επέμβαση στις ηλικίες 58-68. όσον αφορά τις μη ικανοποιημένες γυναίκες παρουσιάζεται στις ηλικίες 78-88 και αυτό μπορούμε να το δικαιολογήσουμε στο ότι ο αριθμός των γυναικών που υποβάλλονται σε αυτήν την επέμβαση είναι μεγαλύτερος απ' ότι στους άνδρες. Ενώ παρατηρούμε και ένα ποσοστό μη ικανοποιημένων ανδρών στις ηλικίες 78-88.

ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	2	1	2	1	0	0	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	7	6	1	2	2	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 18

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας της ολικής αρθροπλαστικής το έτος 2005 παρουσιάζονται στις γυναίκες και αυτό μπορούμε να το δικαιολογήσουμε διότι το ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονται στην επέμβαση είναι μεγαλύτερο. Στην ηλικία όμως των 58-68 πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ποσοστό μεγαλύτερο για τους άνδρες σε σχέση με της γυναίκες.

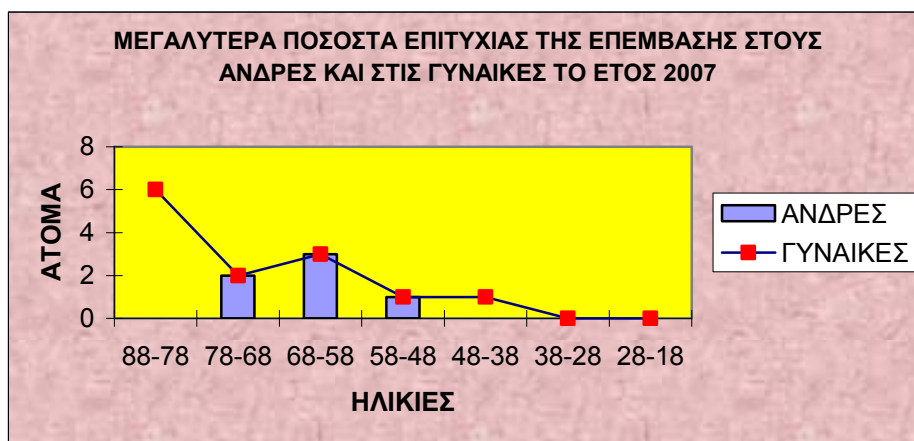
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	2	2	3	0	2	2	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	7	6	6	1	0	1	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 19

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας της ολικής αρθροπλαστικής το έτος 2006 παρουσιάζονται στις γυναίκες στις ηλικίες από 58-88, ενώ στους άνδρες στις ηλικίες 58-68.

ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	0	2	3	1	0	0	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	6	2	3	1	1	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 20

Και σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας της ολικής αρθροπλαστικής το έτος 2007 τα έχουν οι γυναίκες, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι στις ηλικίες μεταξύ 48-78 υπάρχει μια ισορροπία για τις γυναίκες και τους άνδρες όσον αφορά την επιτυχία της επέμβασης.

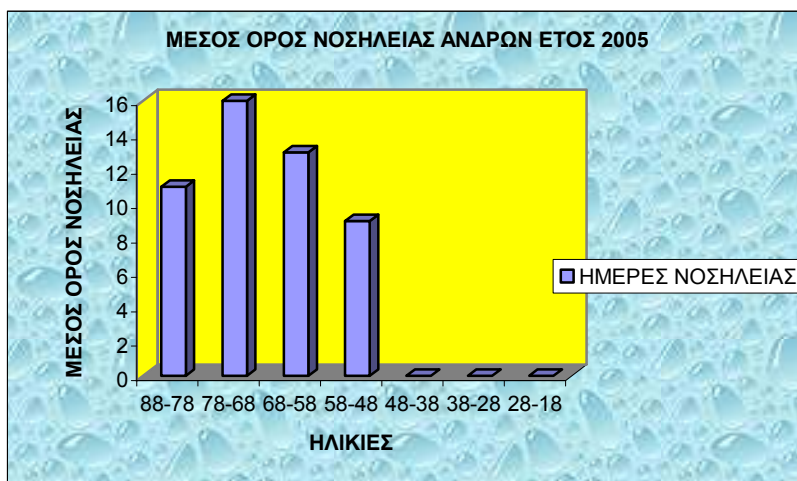
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
ΑΝΔΡΕΣ	4	5	8	2	2	2	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	20	14	10	4	3	1	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 21

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι αθροιστικά και το 2005-2006-2007 το ποσοστό επιτυχίας της ολικής αρθροπλαστικής είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες σε αντίθεση με τους άνδρες και αυτό συμβαίνει διότι το σύνολο των γυναικών είναι πολύ μεγαλύτερο απ' ότι στους άνδρες.

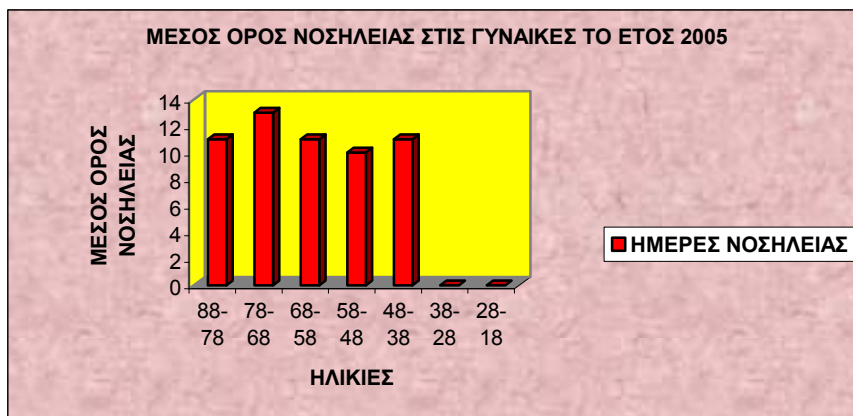
ΗΛΙΚΙΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
	11	16	13	9	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 22

Στο γράφημα αυτό υπολογίσαμε το μέσο όρο νοσηλείας των ανδρών και βγάλαμε το ακόλουθο αποτέλεσμα για το έτος 2005. Παρατηρούμε λοιπόν ότι στις ηλικίες μεταξύ 68-78 ο μέσος όρος νοσηλείας είναι 16 με ένα σύνολο ανδρών 7. Ενώ για να μπορούμε να είμαστε πιο αξιόπιστοι ο μέσος όρος νοσηλείας προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά είναι περίπου 11-13 ημέρες.

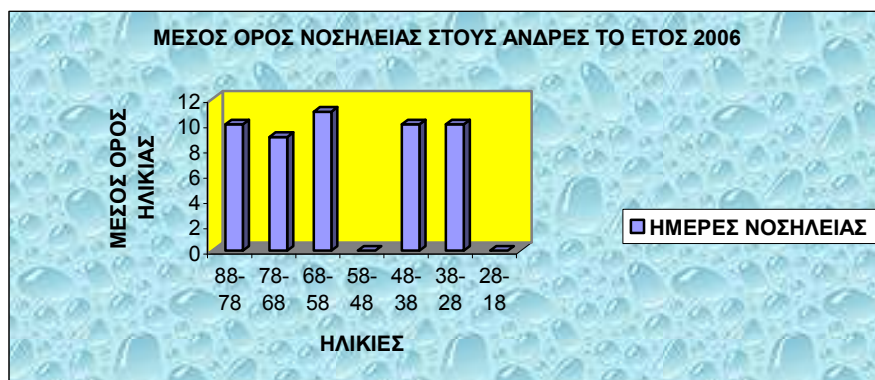
ΗΛΙΚΙΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
	11	13	11	10	11	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 23

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος νοσηλείας για τις γυναίκες το 2005 κυμαίνεται από 14-10 ημέρες .

ΗΛΙΚΙΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
	10	9	11	0	10	10	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 24

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε το εξής, ενώ το 2005 είχαμε ένα μέσο όρο νοσηλείας 11-13 ημέρες για τις ηλικίες 68-78, σε αυτό το γράφημα ένα χρόνο αργότερα (2006) παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος νοσηλείας κυμαίνεται από 10-11 ημέρες με πιο συχνή στην ηλικία 58-68.

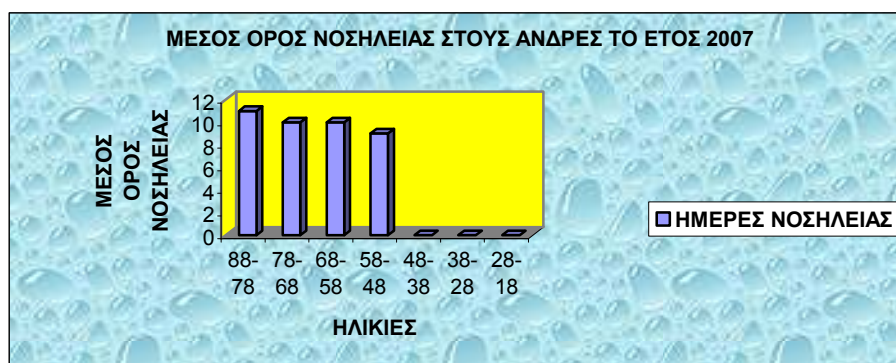
ΗΛΙΚΙΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
	12	11	12	13	0	10	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 25

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος νοσηλείας για τις γυναίκες το έτος 2006 κυμαίνεται από 11-12 ημέρες. Με πιο συχνή τις ηλικίες από 58-88.

ΗΛΙΚΙΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
	11	10	10	9	0	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 26

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος νοσηλείας το 2007 για τους άνδρες κυμαίνεται από 10-11 ημέρες.

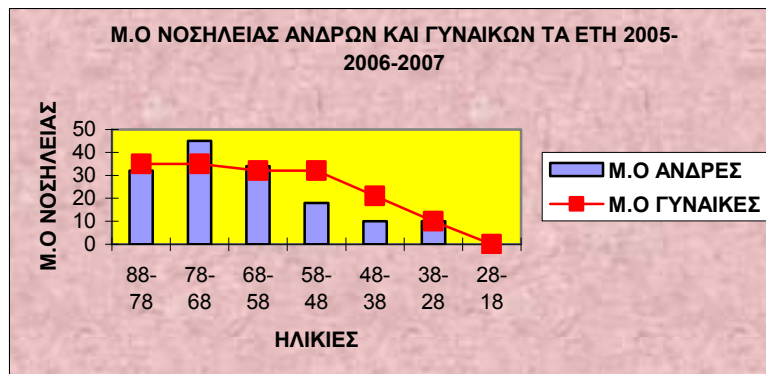
ΗΛΙΚΙΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
	12	11	9	9	10	0	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 27

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος νοσηλείας το 2007 για τις γυναίκες κυμαίνεται από 9-11 ημέρες. Με ένα μέσο όρο νοσηλείας 12 στις ηλικίες 78-88.

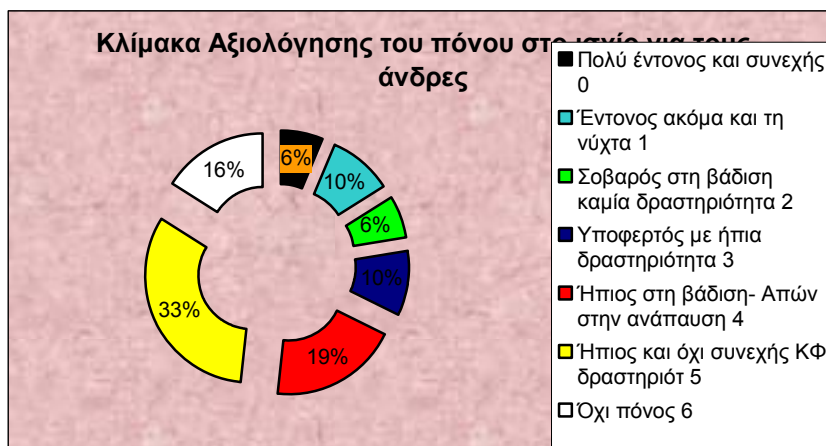
ΗΛΙΚΙΕΣ	88-78	78-68	68-58	58-48	48-38	38-28	28-18
Μ.Ο ΑΝΔΡΕΣ	32	45	34	18	10	10	0
Μ.Ο ΓΥΝΑΙΚΕΣ	35	35	32	32	21	10	0



ΓΡΑΦΗΜΑ 28

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε το μέσο όρο νοσηλείας και των τριών ετών και για τους άνδρες αλλά και για τις γυναίκες. Βλέπουμε λοιπόν ότι ο μέσος όρος νοσηλείας για τους άνδρες είναι 10-45 ενώ για τις γυναίκες 10-35. Ωστόσο αξίζει να αναφέρουμε πως με την εξέλιξη της τεχνολογίας και της συστηματικής έρευνας οι μέρες νοσηλείας κυμαίνονται στις 10.

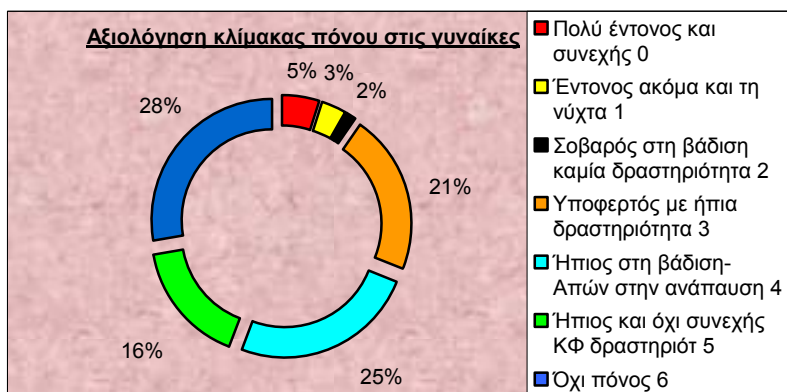
ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΝΟΥ	0	1	2	3	4	5	6
ΑΝΔΡΕΣ	2	3	2	3	6	10	5



ΓΡΑΦΗΜΑ 29

Στο γράφημα αυτό έχουμε πάρει το σύνολο των ανδρών 2005-2006-2007 που είναι 31 άτομα. Και παρατηρούμε ότι ο πόνος στο ισχίο είναι ήπιος και όχι συνεχής και μπορούν να πραγματοποιούν τις δραστηριότητές τους με ένα ποσοστό 33%. Έπειτα το επόμενο ποσοστό είναι το 19% που ο πόνος είναι ήπιος στη βάδιση και απουσιάζει κατά την διάρκεια του ύπνου. Το ποσοστό των ανδρών που παρουσιάζουν έντονο και συνεχή πόνο μετά την επέμβαση είναι 6% και αυτό γιατί δεν ήταν επιτυχής η επέμβαση και έχουν πολλά μετεγχειρητικά προβλήματα.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΝΟΥ	0	1	2	3	4	5	6
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	3	2	1	13	15	10	17



Γράφημα 30

Στο γράφημα αυτό έχουμε πάρει το σύνολο των γυναικών 2005-2006-2007 που είναι 61 άτομα. Και παρατηρούμε ότι στις γυναίκες ένα ποσοστό 28% δεν παρουσιάζει πόνο μετά την επέμβαση, αλλά ένα άλλο ποσοστό 25% μας δείχνει ότι υπάρχει ήπιος πόνος στη βάδιση αλλά απουσιάζει από την ανάπαυση. Το 21% των γυναικών παρουσιάζει υποφερτό πόνο με ήπια δραστηριότητα. Ενώ μόνο το 5% παρουσιάζει πολύ έντονο πόνο.

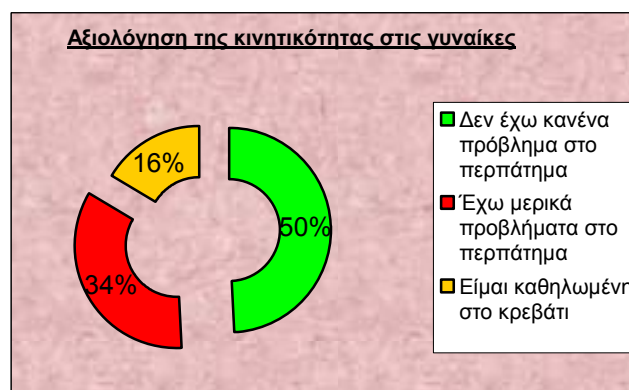
Κινητικότητα ΑΝΔΡΕΣ	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα 15	Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα 10	Είμαι καθηλωμένος στο κρεβάτι 6
------------------------	---	---	---------------------------------------



ΓΡΑΦΗΜΑ 31

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι το 49% των ανδρών δεν παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα στο περπάτημα, το 32% έχουν κάποια προβλήματα στο περπάτημα π.χ μας είπαν ότι όταν περπατούν έστω και 2 τετράγωνα έχουν μια ενόχληση στο ισχίο τους. Ενώ το 19% είναι καθηλωμένο στο κρεβάτι και αυτό γιατί είναι ηλικιωμένοι άνδρες και είναι δύσκολο να κινηθούν με ευκολία.

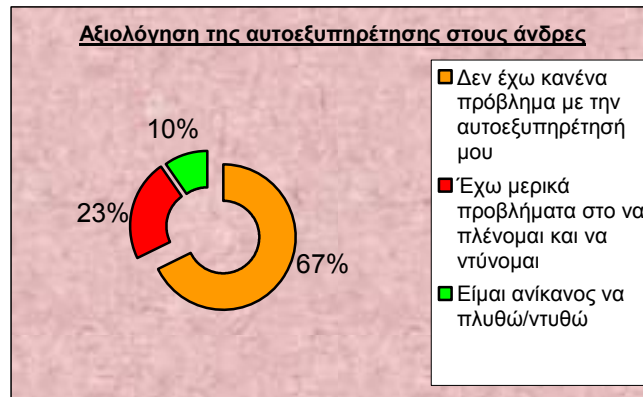
Κινητικότητα Γυναίκες	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα 30	Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα 21	Είμαι καθηλωμένη στο κρεβάτι 10
--------------------------	---	---	---------------------------------------



ΓΡΑΦΗΜΑ 32

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι το 50% των γυναικών δεν παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα στο περπάτημα, το 34% έχει κάποιο πρόβλημα στο περπάτημα, ενώ το 16% είναι καθηλωμένο στο κρεβάτι και αυτό το ποσοστό αντιπροσωπεύει το σύνολο των ηλικιωμένων γυναικών.

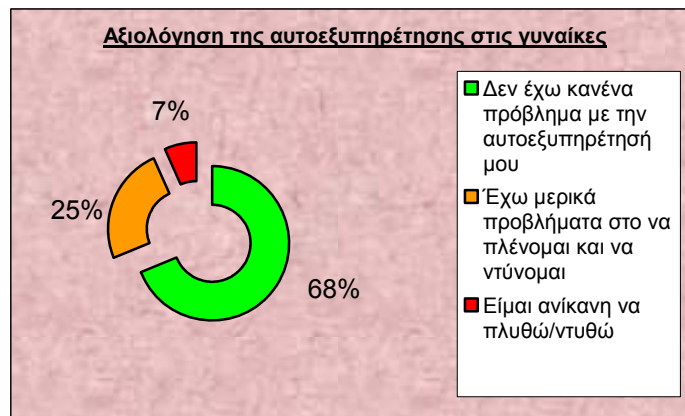
Αυτοεξυπηρέτηση	Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου	Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι	Είμαι ανίκανος να πλυθώ/ντυθώ
ΑΝΔΡΕΣ	21	7	3



ΓΡΑΦΗΜΑ 33

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι το 67% των ανδρών μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και δεν παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα, το 23% έχουν μερικά προβλήματα στο να πλένονται και να ντύνονται και θέλουν κάποια βοήθεια. Ενώ το 10% είναι ανίκανο να πλυθεί και να ντυθεί και χρειάζεται απαραίτητα να είναι κάποιος μαζί τους.

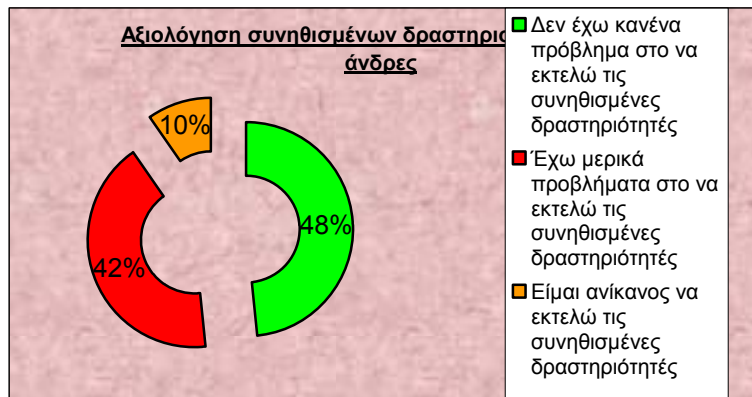
Αυτοεξυπηρέτηση	Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου	Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι	Είμαι ανίκανη να πλυθώ/ντυθώ
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	42	15	4



ΓΡΑΦΗΜΑ 34

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι το 68% των γυναικών μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και δεν παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα, το 25% έχουν μερικά προβλήματα στο να πλένονται και να ντύνονται. Ενώ το 7% των γυναικών είναι ανίκανο να πλυθεί και να ντυθεί και χρειάζεται απαραίτητα να είναι κάποιος μαζί τους.

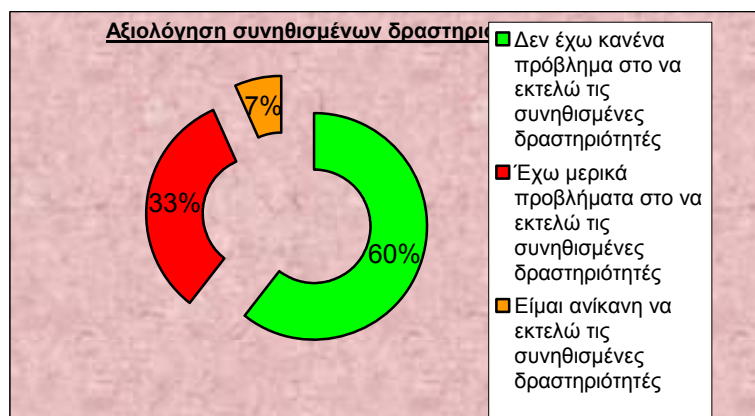
Συνηθισμένες δραστηριότητες ΑΝΔΡΕΣ	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες 15	Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες 13	Είμαι ανίκανος να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες 3
---------------------------------------	---	---	---



ΓΡΑΦΗΜΑ 35

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι το 48% των ανδρών δεν έχει κανένα πρόβλημα στο να εκτελεί τις συνηθισμένες δραστηριότητες όπως π. χ δουλειά, το 42% έχει μερικά προβλήματα στο να εκτελεί τις συνηθισμένες δραστηριότητες και κάποιοι εργάζονται λιγότερες ώρες. Ενώ το 10% είναι ανίκανο να εκτελέσει τις συνηθισμένες δραστηριότητες τους και γι' αυτό τα άτομα αυτά δεν εργάζονται και μένουν καθηλωμένα στο σπίτι.

Συνηθισμένες δραστηριότητες ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες 37	Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες 20	Είμαι ανίκανη να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητες 4
---	---	---	--



ΓΡΑΦΗΜΑ 36

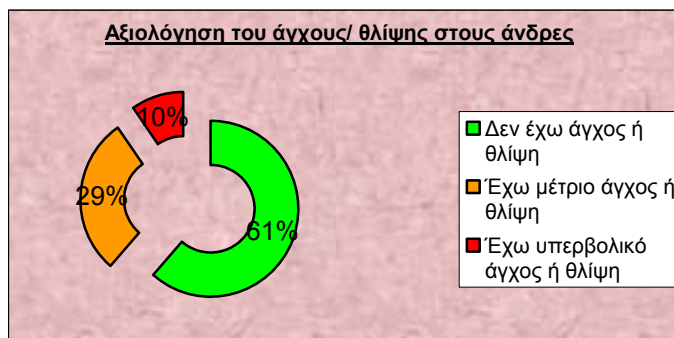
Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι το 60% των γυναικών δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα στο να εκτελεί τις συνηθισμένες δραστηριότητες όπως π. χ εργασία, νοικοκυριό, το 33% έχει μερικά προβλήματα στο να εκτελεί τις συνηθισμένες δραστηριότητες και χρησιμοποιεί μαστούνη ή/ και πατερίτσες για τις δουλειές είτε μέσα στο σπίτι είτε και εκτός. Το 7% των γυναικών είναι εντελώς ανίκανο να εκτελέσει τις συνηθισμένες δραστηριότητες και συνήθως έχουν οικιακή βοηθό

Άγχος/
Θλίψη
ΑΝΔΡΕΣ

Δεν έχω άγχος ή
θλίψη
19

Έχω μέτριο άγχος ή
θλίψη
9

Έχω υπερβολικό
άγχος ή θλίψη
3



ΓΡΑΦΗΜΑ 37

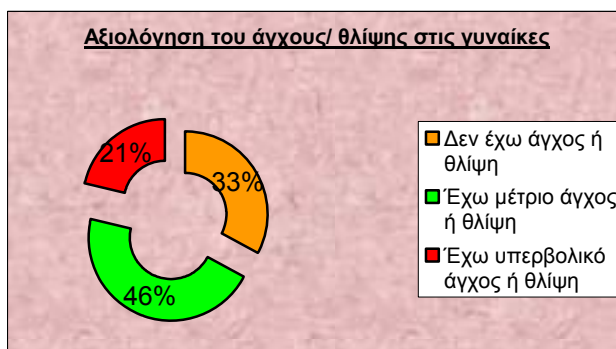
Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι το 61% των ανδρών δεν παρουσιάζει άγχος ή θλίψη, το 29% έχει μέτριο άγχος και το 10% αντιπροσωπεύει τους άνδρες που έχουν υπερβολικό άγχος, συνήθως αυτό γίνεται όταν κάποιος ενώ είναι δραστήριος, ξαφνικά μετά την επέμβαση νιώθει ανίκανος να εκτελέσει οποιαδήποτε δραστηριότητα.

Άγχος/
Θλίψη
ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Δεν έχω άγχος ή
θλίψη
20

Έχω μέτριο άγχος ή
θλίψη
28

Έχω υπερβολικό
άγχος ή θλίψη
13



ΓΡΑΦΗΜΑ 38

Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι το 46% των γυναικών δεν παρουσιάζει άγχος ή θλίψη, το 33% παρουσιάζει μέτριο άγχος μετά την επέμβαση ενώ το 21% παρουσιάζει υπερβολικό άγχος αυτό γίνεται γιατί οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στο άγχος λόγω ορμονικών διαταραχών.

7) Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής

Α) Κλίμακα αξιολόγησης ισχίου (HARRIS HIP SCORE)

ΒΑΘΜΟΣ	ΠΟΝΟΣ	ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΒΑΔΙΣΗ
0	Πολύ έντονος & συνεχής	Αγκύλωση ισχίου σε κακή θέση Όχι κίνηση- πόνος ή ελαφρά παραμόρφωση	Καμία
1	Έντονος ακόμα & τη νύχτα Σοβαρός στη βάδιση καμία δραστηριότητα		Μόνο με πατερίτσες
2	Υποφερτός με ήπια δραστηριότητα	Κάμψη <40°	Μόνο με βοήθεια μπαστουιού
3	Ήπιος στη βάδιση- Απών στην ανάπαυση Ήπιος & όχι συνεχής ΚΦ δραστηριότητα	Κάμψη μεταξύ 40° και 60° Κάμψη μεταξύ 60° και 80°-ο ασθενής πιάνει το πόδι του	Με 1 βακτηρία για λιγότερο από 1 ώρα- Πολύ δύσκολα χωρίς βοήθημα
4	Καμία δραστηριότητα	Κάμψη μεταξύ 80° και 90°- απαγωγή >15°	Μεγάλο διάστημα με μπαστούνι- Μικρό διάστημα χωρίς βακτηρία, με χωλότητα
5	Όχι πόνος	Κάμψη > 90°- Απαγωγή ως 30°	Χωρίς βοήθημα, ελαφρά χωλότητα
6			ΚΦ

Harris hip score για τους άνδρες 2005-2006-2007	Πριν την χειρουργική επέμβαση	Μετά την χειρουργική επέμβαση
	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 5 Max πριν: 13 Min πριν :0	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 11 Max μετά: 18 Min μετά: 0

Harris hip score για τις γυναίκες 2005-2006-2007	Πριν την χειρουργική επέμβαση	Μετά την χειρουργική επέμβαση
	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 4 Max πριν: 8 Min πριν :0	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 12 Max μετά: 18 Min μετά: 0

Σύμφωνα με την κλίμακα αξιολόγησης του ισχίου (Harris Hip Score) βγάλαμε το μέσο όρο για την κατάσταση των ατόμων πριν και μετά την επέμβαση, όσον αφορά τον πόνο, την κινητικότητα και την ικανότητα για βάδιση.

Το ελάχιστο score σε αυτή την κλίμακα βαθμολογείται με 0 και το μέγιστο με 18.

(Όπου 0 έντονος και συνεχής πόνος, αγκύλωση ισχίου σε κακή θέση και καμία ικανότητα για βάδιση.

Όπου 18 καθόλου πόνος, κάμψη >90 και απαγωγή ως 30° και φυσιολογική ικανότητα για βάδιση.)

Προεγχειρητικά οι **άνδρες** εμφάνιζαν μέσο όρο βαθμολογίας **5**, ενώ οι **γυναίκες 4**. Όπου αυτό σημαίνει έντονος πόνος, δυσκολία στην κάμψη και βάδιση μόνο με τη χρήση κάποιου βοηθήματος.

Μετεγχειρητικά οι **άνδρες** εμφάνισαν μέσο όρο **11**, ενώ οι **γυναίκες 12**. Όπου αυτό συνεπάγεται με μείωση ως και απουσία του πόνου, ευκολία στην κάμψη και στην απαγωγή και βάδιση ακόμα και χωρίς βοήθημα.

B) Κλίμακα EQ-5D

Βάζοντας ένα ! σε ένα κουτάκι κάθε ομάδας παρακάτω, παρακαλούμε σημειώστε ποιες δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

Κινητικότητα

1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα
2. Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα
3. Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι

Αυτοεξυπηρέτηση

1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου
2. Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι
3. Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ

Συνηθισμένες Δραστηριότητες (π.χ δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
2. Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
3. Είμαι ανίκανος /η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου

Πόνος/ Δυσφορία

1. Δεν έχω καθόλου πόνο η δυσφορία
2. Έχω μέτριο πόνο η δυσφορία
3. Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

Άγχος / Θλίψη

1. Δεν έχω άγχος ή θλίψη
2. Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη
3. Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη

Κλίμακα EQ-5D για τους άνδρες 2005-2006-2007	Πριν την χειρουργική επέμβαση	Μετά την χειρουργική επέμβαση
		ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 13
Κλίμακα EQ-5D για τις γυναίκες 2005-2006-2007	Πριν την χειρουργική επέμβαση	Μετά την χειρουργική επέμβαση
		ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 13

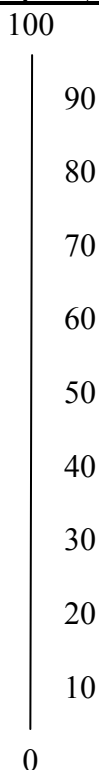
Σύμφωνα με την κλίμακα EQ-5D βγάλαμε μέσο όρο όσον αφορά την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνηθισμένες δραστηριότητες, τον πόνο/ δυσφορία και το άγχος/ θλίψη. Ως βαθμολογία το score 5 υποδηλώνει την καλύτερη κατάσταση της υγείας ενώ το 15 την χειρότερη.

Προεγχειρητικά οι **άνδρες** και οι **γυναίκες** έχουν μέσο όρο **13**. Όπου αυτό δηλώνει μειωμένη κινητικότητα, ανικανότητα στη αυτοεξυπηρέτηση, μειωμένη εκτέλεση συνηθισμένων δραστηριοτήτων, μέτριο ως υπερβολικό πόνο, όπως επίσης έντονη παρουσία άγχους/ θλίψης.

Μετεγχειρητικά οι **άνδρες** έχουν μέσο όρο **8** ενώ οι **γυναίκες** **7** αυτό δηλώνει μερικά προβλήματα στην κινητικότητα, μείωση του πόνου, ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, μερική εκτέλεση συνηθισμένων δραστηριοτήτων και χαμηλότερα ποσοστά άγχους. Στις γυναίκες έχουμε μεγαλύτερα ποσοστά άγχους αλλά σε άλλα επίπεδα έχουν καλύτερα ποσοστά γι' αυτό το λόγο αντισταθμίζεται.

Γ) Κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής

Η καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε



Κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής για τους άνδρες 2005-2006-2007	Πριν την χειρουργική επέμβαση	Μετά την χειρουργική επέμβαση
		ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 40

Κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής για τις γυναίκες 2005-2006-2007	Πριν την χειρουργική επέμβαση	Μετά την χειρουργική επέμβαση
		ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 30

Για να βοηθήσουμε κάποιον να πει πόσο καλή ή κακή είναι μια κατάσταση υγείας, ζωγραφίσαμε μια κλίμακα (σαν ένα θερμόμετρο) πάνω στην οποία η καλύτερη κατάσταση που μπορεί να φανταστεί κάποιος είναι 100 και η χειρότερη κατάσταση 0 πριν και μετά την επέμβαση.

Στους άνδρες παρατηρούμε ότι πριν τη χειρουργική επέμβαση έχουν μέσο όρο 40 ενώ οι γυναίκες 30, αυτό δηλώνει μια αρκετά άσχημη κατάσταση της ποιότητας της ζωής. Και μετά την επέμβαση παρατηρούμε ότι οι άνδρες έχουν μέσο όρο 70 ενώ οι γυναίκες 80. Αυτό δηλώνει ότι η ποιότητα της ζωής τους βρίσκεται σε καλή κατάσταση έχουν κάποια προβλήματα αλλά νιώθουν και σωματικά και ψυχολογικά πολύ καλύτερα.

	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
	ΜΟ ΠΡΙΝ	ΜΟ ΜΕΤΑ	ΜΟ ΠΡΙΝ	ΜΟ ΜΕΤΑ
Harris hip score	5	11	4	12
EQ-5D	13	8	13	7
Κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής	40	70	30	80

8. Μέθοδοι και Διαδικασίες

9. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα ετησίως πραγματοποιούνται 2.500 επεμβάσεις αντικατάστασης του ισχίου και σε διεθνή βάση πραγματοποιούνται περίπου 800.000. Η ολική αντικατάσταση του ισχίου θεωρείται ως η πιο πετυχημένη επέμβαση η οποία έχει παρουσιαστεί. Αποδεδειγμένες κλινικές μελέτες δείχνουν προσδόκιμο επιβίωσης το οποίο ξεπερνά το 90% μετά από 10 χρόνια.

Εξαιρετικά αποτελέσματα εμφανίζονται στα ηλικιωμένα άτομα, αλλά πιο απροσδόκητα αποτελέσματα συναντώνται σε ασθενείς που δεν ξεπερνούν το 60^ο έτος της ηλικίας τους. Το τεχνητό μέλος (η πρόθεση) πρέπει, στις περισσότερες περιπτώσεις, να αντικαθιστάται μετά από μια περίοδο 10 έως 15 χρόνων. Το πιο κοινό παράπονο που σχετίζεται με την επέμβαση αντικατάστασης του ισχίου είναι η αρθροπάθεια του ισχίου, επιπλοκές που ακολουθούν κατάγματα του ισχίου και ρευματοειδή αρθρίτιδα. Ενδείξεις για να γίνει η επέμβαση είναι: πόνος, μειωμένη κινητικότητα και ενόχληση στον ύπνο εξαιτίας του πόνου.

Οι πιο συχνές επιπλοκές είναι : θρόμβωση, κατακράτηση ούρων, ουρολοιμώξεις, πνευμονική εμβολή και θνησιμότητα. Σε αυτό όμως το σημείο, οι έρευνες επικεντρώνονται κυρίως στον αριθμό των πετυχημένων χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται. Παρόλα αυτά όμως, για να θεωρηθεί μια επέμβαση πετυχημένη πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν και η γνώμη του ασθενούς σχετικά με την μετεγχειρητική ποιότητα ζωής που έχει, που είναι και πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος. Μια πολύ σημαντική ερώτηση είναι αν οι ασθενείς επωφελήθηκαν από την επέμβαση πράγμα που αντανακλάται στην βελτίωση της κατάστασής τους και της ποιότητας της ζωής τους. Για να ερευνηθούν και να καθορίσουν κάθε πιθανή βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, χρησιμοποιήθηκαν παράλληλα όργανα μετρήσεις και ερωτήσεις.

Η ποιότητα της ζωής μπορεί να περιγράφει τι να καθοριστεί με πολλούς τρόπους. Ο βαθμός της ποιότητας ζωής που επιθυμεί κάθε άτομο, μια δημιουργική ικανότητα μπορεί να επηρεάσει το περιβάλλον του, την κατάστασή του και την προσωπική του ικανοποίηση. Βέβαια πρέπει να αναφέρουμε πως κάθε άτομο έχει διαφορετικές εκτιμήσεις και προτεραιότητες όπου αξιολογεί την ποιότητα της ζωής του. Μερικές έρευνες βέβαια υποστηρίζουν πως είναι το νόημα της ζωής, αυτό που κρίνεται όταν αναφερόμαστε στην ποιότητα ζωής και ότι αυτό είναι απόλυτα

συνδεδεμένο με το νόημα της ευτυχίας. Οι διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και η απουσία πόνου επίσης συμβάλλουν στο νόημα της ποιότητας της ζωής.

Η ποιότητα της ζωής συσχετισμένη με την υγεία, περιέχει έναν ή και περισσότερους περιορισμούς – είτε στις φυσικές είτε στις ψυχολογικές λειτουργίες και μία μείωση του αισθήματος της ευημερίας καθ' όλη την διάρκεια κάποιας αρρώστιας, χειρουργείου ή τραυματισμού.

Πολλά και διαφορετικά όργανα είχαν αναπτυχθεί στην προσπάθεια να προσδιορίσουν και να μετρήσουν το νόημα της ποιότητας της ζωής. Η έρευνα για την ποιότητα της ζωής, βοηθά τον γιατρό και τους νοσηλευτές στο να μάθουν πληροφορίες για συγκεκριμένα κλινικά δεδομένα που αφορούν τον ασθενή, έτσι ώστε να ακολουθηθούν οι απαραίτητες διαδικασίες φροντίδας. Με το να ερωτούνται οι ασθενείς για το επίπεδο ποιότητας ζωής τους, επαγρυπνούνται και δίνουν περισσότερη σημασία στα συμπτώματά τους. Αυτό βοηθά στο να συμμετέχουν περισσότερο και να αποδέχονται οποιεσδήποτε κλινικές διαδικασίες και να γίνονται δεκτικοί σε όποια και εάν είναι η θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουν.

Η έρευνά μας επικεντρώνεται στην ποιότητα της ζωής που ακολουθεί την ολική αντικατάσταση του ισχίου, σε άτομα ηλικίας 38-88 ετών. Οι περισσότεροι ασθενείς, ανέφεραν καλύτερευση της κατάστασής της ζωής τους, 7 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Αυτά τα αποτελέσματα βρέθηκαν με τη χρήση του Harris Hip Score. Επίσης βελτίωση παρατηρήθηκε στην κινητικότητα, την βάδιση, την αυτοεξυπηρέτηση τους και σε γενικές γραμμές, η ποιότητα της ζωής τους έφτασε σε πολύ ικανοποιητικό επίπεδο.

Σημαντικό βέβαια σε κάθε έρευνα είναι να εντοπίζουμε και να αξιολογούμε και τις μακροχρόνιες επιδράσεις της αντικατάστασης του ισχίου. Αυτό γίνεται σε μια περίοδο 6 εβδομάδων έως και 6 μηνών μετά την επέμβαση. Μια επιπλέον επανεξέταση μετά από ένα χρόνο είναι προτεινόμενο, καθώς αυτό είναι το χρονικό διάστημα που χρειάζεται το ισχίο ώστε να θεραπευτεί πλήρως.

Με αυτές τις γνώσεις, οι νοσηλεύτριες είναι ικανές στο να προγραμματίσουν την προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Ο σχεδιασμός φροντίδας περιλαμβάνει την αποκατάσταση της κινητικής λειτουργίας, φροντίδας στο σπίτι, ενημέρωση για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει πλέον να κάνουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (π.χ δουλειές στο σπίτι) και την επιμονή στο να πείσουν τους ασθενείς στο να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Οι στόχοι της έρευνάς μας είναι:

1. Να εντοπίσουμε οποιεσδήποτε αλλαγές παρουσιάστηκαν στην ποιότητα της ζωής των ασθενών μετά από την αντικατάσταση του ισχίου, συγκρινόμενη πάντα με την ποιότητα ζωής που είχαν προεγχειρητικά
2. Να συγκρίνουμε τα επίπεδα του πόνου, της κινητικότητας, της βάδισης, της αυτοεξυπηρέτησης, του άγχους και των καθημερινών δραστηριοτήτων πριν και μετά την επέμβαση.
3. Να περιγράψουμε τους λόγους της αντικατάστασης του ισχίου, τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Οι σημαντικότερες ερωτήσεις που τέθηκαν στους ασθενείς και οι οποίες βοήθησαν στο να βγουν τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν: Μειώθηκε ο πόνος? Η κινητικότητα είναι φυσιολογική? Η βάδιση είναι φυσιολογική? Άλλαξαν οι καθημερινές δραστηριότητες? Επίπεδα άγχους? Σε ποιο σημείο κατατάσσουν το επίπεδο ποιότητας της ζωής τους οι ίδιοι οι ασθενείς?

10. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς εμφάνισαν κάποιες επιπλοκές 6 εβδομάδες μετά την επέμβαση και ένας πολύ μικρός αριθμός ατόμων από τα 92 συνολικά, ισχυρίστηκαν ότι δεν εμφάνισαν καμία επιπλοκή.

Πάνω από ένα πρόβλημα εμφάνισαν κυρίως οι ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από θρόμβωση. Οι πιο συχνές επιπλοκές ήταν το πρήξιμο των ποδιών και η θρόμβωση.

Μερικά άτομα ανέφεραν μεγάλη περίοδο πυρετού, πράγμα που τους καθιστούσε αδύναμους να γυμναστούν όσο θα έπρεπε. Άλλοι ασθενείς παρουσίασαν πνευμονική εμβολή, μόλυνση του ισχίου, κατάγματα, διαφορά στο μήκος του ενός ποδιού από το άλλο, δυσκοιλιότητα και πολλές πτώσεις στο σπίτι. Κατά τη διάρκεια της συζήτησής μας, πολλοί ασθενείς μας είπαν πως είχαν φανταστεί το μέλλον τους μετά την επέμβαση πιο ευοίωνα και πως αντί γι' αυτό αντιμετωπίζουν μια κατάσταση για την οποία δεν ήταν προετοιμασμένοι. Πολλοί από τους ασθενείς μετά το

χειρουργείο, παρουσίασαν ακράτεια ούρων. Τη διάρκεια της επέμβασης σε όλα τα άτομα τοποθετήθηκε ουροκαθετήρας, ο οποίος αφαιρέθηκε στο τέλος.

11. ΠΟΝΟΣ

Όλοι οι ασθενείς πονούσαν πριν την επέμβαση, πράγμα το οποίο αποτελούσε ένδειξη για να γίνει η αντικατάσταση. Ένας ασθενής πονούσε τόσο πολύ πριν το χειρουργείο, όπου είχε φτάσει στο σημείο να προτιμά να πεθάνει! 3 εβδομάδες πριν την επέμβαση αρκετά άτομα μας είπαν πως δεν ένιωθαν έντονο πόνο, 32 ασθενείς ανέφεραν περιοδικό πόνο, ενώ 15 άτομα υπέφεραν από συνεχόμενο πόνο. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε, πως μετά από 6 μήνες μετά την επέμβαση ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων δεν ανέφερε συνεχόμενο και έντονο πόνο.

Μετά την αντικατάσταση του ισχίου μερικοί ασθενείς μας είπαν πως περπατούσαν κανονικά, άλλοι πως φοβόντουσαν να περπατήσουν και άλλοι πως δεν μπορούσαν να κάνουν μεγάλες αποστάσεις.

Πριν την επέμβαση οι ασθενείς αναγκάζονταν να περπατάνε με έναν ειδικό τρόπο, έτσι ώστε να περιορίσουν τον πόνο στο τραυματισμένο ισχίο. Μετεγχειρητικά και πάλι ήταν αναγκασμένοι να περπατάνε με ένα συγκεκριμένο τρόπο, για να προστατέψουν το ισχίο μετά την επέμβαση, αλλά και γιατί δεν ήταν ακόμη τόσο δυνατό έτσι ώστε να τους επιτραπεί φυσιολογικό βάδισμα.

12. ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

Βοηθήματα για το βάδισμα χρησιμοποιήθηκαν από όλους τους ασθενείς, μετά την επέμβαση. Χρησιμοποιήθηκαν σταθεροί περιπατητήρες, σπαστοί περιπατητήρες και πατερίτσες. Έξι εβδομάδες μετά την επέμβαση 20 ασθενείς κατάφεραν να περπατήσουν χωρίς κάποιο βοήθημα, ενώ κάποιοι χρησιμοποιούν μέχρι και τώρα πατερίτσες ή ένα μπαστούνι.

13. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Οι ασθενείς μας, ισχυρίστηκαν πως δεν είχαν ικανοποιητική ενημέρωση τόσο για την επέμβαση, όσο και για τις πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές και τις επιδράσεις τους. Έξι μήνες μετά το χειρουργείο 78 από τα 92 άτομα ήταν ευχαριστημένα από τα αποτελέσματα της αντικατάστασης, ενώ 14 ήταν πλήρως απογοητευμένα, τόσο από την επέμβαση, όσο και από την μετεγχειρητική τους κατάσταση, η οποία δεν ήταν έτσι όπως την περίμεναν.

14. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η αναφορά για την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά τη επέμβαση, συγκρινόμενη με εκείνη πριν την αντικατάσταση, παρουσίασε βελτίωση σε όλους τους τομείς. Υπήρξαν παρόλα αυτά και μερικές εξαιρέσεις, καθώς μερικά, αν και ελάχιστα άτομα ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής πριν την επέμβαση. Η μεγαλύτερη διαφορά προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά εμφανίστηκε σε ότι αφορούσε τον ύπνο και την ξεκούραση. Η ψυχοκοινωνική σταθερότητα των ασθενών, έδειξε ουσιαστική βελτίωση αμέσως μετά την επέμβαση. Η κινητικότητα, η βάρδιση, η αυτοεξυπηρέτηση, οι καθημερινές δραστηριότητες βελτιώθηκαν σε μία περίοδο 6 μηνών μετά το χειρουργείο. Όλα τα παραπάνω στοιχεία παρουσίασαν βέβαια μία μείωση τις μέρες μετά την αντικατάσταση, αλλά μετά το πέρας μερικών μηνών, παρουσίασαν ουσιαστική βελτίωση. Η βάρδιση αυξήθηκε κατά 7%, η ικανότητα για εργασία κατά 10%, η ικανότητα για αυτοεξυπηρέτηση κατά 9%.

Η επικοινωνία και η όρεξη για φαγητό, ήταν δύο κατηγορίες, οι οποίες δεν εμφάνισαν κάποια αλλαγή τόσο πριν, όσο και μετά την επέμβαση, εκτός από λίγες μέρες μετά το χειρουργείο όπου μειώθηκε η όρεξη σε μικρό αριθμό ατόμων.

Σε μια περίοδο έξι μηνών μετά την επέμβαση, όλες οι κατηγορίες, με εξαίρεση τη συμπεριφορά ως προς την επαγρύπνηση των ατόμων, έδειξαν μια βελτίωση σε σύγκριση με τις προεγχειρητικές αναφορές. Η φυσική και ψυχολογική κατάσταση των ατόμων βελτιώθηκε. Η ποιότητα ζωής όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις έδειξαν μία μείωση τις πρώτες ημέρες της επέμβασης, αλλά μετά από 6 μήνες βελτιώθηκε.

Γενικά, η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την επέμβαση βελτιώθηκε κατά 70%. Η ψυχολογική κατάσταση επηρεάζεται βέβαια από την επέμβαση. Πριν, αλλά και μετά από 6 εβδομάδες, το άγχος και η αγωνία είναι σε αυξημένα επίπεδα, σε αντίθεση με 6 μήνες μετά όπου η συναισθηματική κατάσταση των ασθενών βελτιώνεται και το άγχος μειώνεται.

Συμπερασματικά βλέπουμε πως η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώθηκε σε γενικές γραμμές 6 μήνες μετά την επέμβαση, συγκρινόμενη με την προηγούμενη κατάσταση στην οποία βρίσκονταν προεγχειρητικά. 68 άτομα από τα 92 τα οποία

υποβλήθηκαν σε ολική αντικατάσταση του ισχίου, μας είπαν πως η αρχική μείωση της ποιότητας της ζωής τους μετά το χειρουργείο, είναι μικρό τίμημα το οποίο έπρεπε να πληρώσουν συγκριτικά με την απουσία του αφόρητου πόνου, από τον οποίο υπέφεραν πριν την επέμβαση.

15. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι μετρήσεις για την ποιότητα της ζωής, σύμφωνα με το Harris Hip Score, το EQ-5D και την κλίμακα μέτρησης ποιότητας της ζωής είναι ευκολοχείριστα και πλήρως κατανοητά εργαλεία, έτσι ώστε να δούμε πως αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, την καθημερινή τους ζωή. Βέβαια αυτά τα εργαλεία δεν δίνουν έμφαση σε πνευματικά και ψυχολογικά θέματα της ζωής.

Έχει συζητηθεί για το αν ένα μόνο μέτρο μπορεί να μετρήσει την ποιότητα της ζωής και είναι αρκετό για να την καθορίσει. Σε αυτή την έρευνα όλα τα ερωτήματα που χρησιμοποιήθηκαν, βοήθησαν στο να διεισδύσουμε στη ζωή των ασθενών όσον αφορά το σπίτι τους, τις καθημερινές τους δραστηριότητες, τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Όλοι οι ασθενείς εκτίμησαν το γεγονός ότι τους πήραμε τηλέφωνο και ενδιαφερθήκαμε για την κατάστασή τους, καθώς και ότι τους δόθηκε η ευκαιρία να μιλήσουν και να θέσουν τις ερωτήσεις που τους απασχολούσαν. Αυτές οι ερωτήσεις, αφορούσαν την επέμβαση, το χρόνο που θέλει το ισχίο να θεραπευτεί πλήρως και διάφορα άλλα θέματα πάνω στα οποία ήθελαν συμβουλές.

Ο αριθμός των ασθενών που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν σχετικά μικρός, όλοι νοσηλεύτηκαν στο ίδιο νοσοκομείο και δέχθηκαν την ίδια ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Βέβαια τα συμπεράσματα δεν πρέπει να θεωρούνται ως δεδομένα, αλλά καλό είναι πρώτα να τα συγκρίνουμε με προηγούμενες έρευνες.

Δεν συγκρίναμε τις διαφορές που υπήρχαν στην ποιότητα ζωής των ασθενών βασισμένες στους λόγους για τους οποίους έγινε η επέμβαση του ισχίου και τον τύπο των υλικών που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς υπήρχαν λίγοι ασθενείς που παρουσίαζαν διαφορές πάνω σε αυτά τα θέματα. Πρέπει να σημειωθεί όμως πως υπάρχουν διαφορές στην ποιότητα της ζωής, οι οποίες σχετίζονται με τους λόγους για τους οποίους πραγματοποιήθηκε η επέμβαση.

Όλοι οι ασθενείς, μας ανέφεραν τις μετεγχειρητικές τους επιπλοκές. Μας είπαν πως μετά την αντικατάσταση του ισχίου ένοιωθαν αδύναμοι, τους ήταν δύσκολο να περπατήσουν κανονικά και τα πόδια τους ήταν πρησμένα και ευαίσθητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι νοσηλευτές και οι φυσικοθεραπευτές πρέπει να αξιολογούν σωστά τις καταστάσεις και τις επιπλοκές και να δίνουν τις κατάλληλες συμβουλές. Πολλοί ασθενείς επίσης ανέφεραν ότι είχαν προβλήματα δυσκοιλιότητας μετά το χειρουργείο. Αυτό πιθανότατα προκλήθηκε από έλλειψη άσκησης τις επόμενες ημέρες της επέμβασης.

Δεν αναφέρθηκαν περαιτέρω επιπλοκές μεταξύ 6 εβδομάδων και 6 μηνών μετά το χειρουργείο. Αυτό μας δείχνει ότι όσες επιπλοκές είναι να εμφανιστούν, παρουσιάζονται σε ένα διάστημα 6 εβδομάδων μετεγχειρητικά. Γι' αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντικό οι ασθενείς να είναι πλήρως ενημερωμένοι από τους γιατρούς τους και οι νοσηλευτές και οι φυσικοθεραπευτές να είναι σε ετοιμότητα έτσι ώστε να ξεπεράσουν και να θεραπεύσουν οποιαδήποτε επιπλοκή παρουσιαστεί σε αυτή την περίοδο.

Μερικοί ασθενείς ανέφεραν πως έπεσαν στο σπίτι και για αυτό το λόγο υπέφεραν από κατάγματα. Ο λόγος που γίνονταν αυτές οι πτώσεις είναι πιθανόν το ότι μετά την επέμβαση, το ισχίο δεν είναι στην ίδια θέση και αυτό σημαίνει πως το ένα πόδι είναι μακρύτερο από το άλλο, πράγμα που μπορεί να ευθύνεται για λάθη στην κίνηση. Επιπλέον, οι ασθενείς ήταν υποχρεωμένοι να περπατάνε με διαφορετικό τρόπο μετά την επέμβαση και μερικοί από αυτούς πίστευαν πως το καινούριο τους ισχίο ήταν δυνατό, έτσι ώστε να αντέξει το βάρος τους.

Έξι μήνες μετά την επέμβαση περίπου οι μισοί και παραπάνω από τους ασθενείς μας υπέφεραν από πόνο. Αυτό οφειλόταν είτε σε έλλειψη άσκησης, είτε σε υπερβολική άσκηση, βόλτα και εξάσκηση. Αυτό ήταν απογοητευτικό για τους ασθενείς, καθώς υπέφεραν είτε από συνεχόμενο πόνο μετά το χειρουργείο, είτε επειδή ο πόνος επέστρεψε μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα. Η επανεξέταση είναι σημαντική, έτσι ώστε να ερευνώνται οι λόγοι και οι αιτίες του πόνου. Οι αλλαγές στην ποιότητα της ζωής εμφανίστηκαν πριν την επέμβαση και 6 μήνες και παραπάνω μετά από αυτή. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως οι ουσιαστικές και διαρκείς αλλαγές στην ποιότητα της ζωής εμφανίζονται 6 εβδομάδες και 6 μήνες μετά την επέμβαση, όταν οι ασθενείς έχουν χρόνο να αναρρώσουν και τα αποτελέσματα της φυσικοθεραπείας είναι εμφανή. Εξαιτίας αυτών των λόγων, πρέπει οι ασθενείς να

ενημερώνονται για όλα, έτσι ώστε να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες για τα αποτελέσματα του χειρουργείου και να μην απογοητεύονται.

Τα προβλήματα ύπνου προεγχειρητικά οφείλονταν στον υπερβολικό πόνο. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δείχνουν ότι τα προβλήματα αυτά ελαχιστοποιήθηκαν μετά την επέμβαση, εκτός από ορισμένες εξαιρέσεις ασθενών όπου πονούσαν ακόμη, αλλά και από μερικούς όπου δεν μπορούσαν να ξαπλώσουν από τη μεριά του χειρουργημένου ισχίου. Όσον αφορά την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, μας ανέφεραν πως πριν την αντικατάσταση του ισχίου ένοιωθαν ανίκανοι και βάρος στους άλλους. Δεν μπορούσαν να φανταστούν το μέλλον τους, ήταν νευρικοί και αγχώδης. Αυτό άλλαξε 6 εβδομάδες μετά την επέμβαση, παρά το γεγονός ότι μερικοί ασθενείς μπορεί να υπέφεραν ακόμη από κάποιες επιπλοκές. Αυτό οφείλεται στο ότι η διαδικασία του χειρουργείου είχε περάσει, ο πόνος είχε μειωθεί ή δεν ήταν συχνός και μετά την επέμβαση η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών βελτιώθηκε ακόμη περισσότερο.

Η ικανότητα για βάρδιση, κίνηση, αυτοεξυπηρέτηση και γενικά οι καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων μειώθηκαν αμέσως μετά την επέμβαση, συγκριτικά με πριν. Και καθώς αυτή η επέμβαση γίνεται κυρίως σε γυναίκες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τις δουλειές του σπιτιού, αυτή η μείωση τους προκαλούσε περισσότερο άγχος. Έξι μήνες μετά την επέμβαση όμως η κινητικότητα, η βάρδιση, η αυτοεξυπηρέτηση βελτιώθηκαν.

16. ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η έρευνα δείχνει πως οι ασθενείς έχουν ανάγκη την νοσηλευτική φροντίδα μετά την επέμβαση και κυρίως τους πρώτους μήνες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα μπορούσαν για παράδειγμα να οδηγήσουν σε βελτίωση των προ και μετεγχειρητικών νοσηλευτικών φροντίδων που έπονται της επέμβασης. Η προεγχειρητική συνάντηση ή συζήτηση, θα μπορούσε να περιλαμβάνει

ερωτήσεις για τη ζωή των ασθενών. Οι απαντήσεις αυτών των θεμάτων θα μπορούσαν να συμβάλλουν στο σχεδιασμό της φροντίδας. Αυτό είναι σημαντικό καθώς οι νοσηλευτές δεν παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι των ασθενών.

Μια ερώτηση πρέπει να τεθεί όσον αφορά το αν η ποιότητα της ζωής των ασθενών θα μπορούσε να βελτιωθεί και οι επιπλοκές να μειωθούν, αν δινόταν μετεγχειρητική εκπαίδευση και φροντίδα στο σπίτι 6 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Άλλη μια ερώτηση είναι το αν μια πιο εκτεταμένη φροντίδα από τις νοσηλεύτριες και τους ορθοπεδικούς θα βοηθούσε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους 6 μήνες που ακολουθούν την επέμβαση.

Συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και φυσικοθεραπευτών είναι ένα άλλο θέμα το οποίο θέλει περαιτέρω έρευνα.

17. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

6 εβδομάδες μετά την επέμβαση, δεν παρουσιάζεται σημαντική διαφορά της ποιότητας της ζωής, συγκριτικά με την προηγούμενη. Αντίθετα εμφανίζεται μια μείωση των φυσικών ικανοτήτων και της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών. Σημαντικές διαφορές, εμφανίζονται 6 μήνες μετά την επέμβαση, όπου εκεί βλέπουμε βελτίωση των φυσικών τους ικανοτήτων – κίνηση, βάδιση, αυτοεξυπηρέτηση κ.τ.λ – και βελτίωση της ψυχολογικής ποιότητας της ζωής τους, συγκρινόμενη με την κατάσταση στην οποία βρίσκονταν 6 μήνες πριν υποβληθούν στην ολική αντικατάσταση του ισχίου.

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι πολύ έντονες τις πρώτες εβδομάδες της επέμβασης, ενώ μειώνονται ή ακόμη και εξαφανίζονται 6 μήνες και παραπάνω μετά το χειρουργείο. Παρόλα αυτά βέβαια, οι ασθενείς εξακολουθούν να παραπονούνται για μετεγχειρητικές επιπλοκές και συμπτώματα, όπως πόνος και προβλήματα που προκύπτουν από τη διαφορά στο μήκος των ποδιών.

Η έρευνα δείχνει πως υπάρχουν σοβαροί λόγοι αναθεώρησης και επαναξιολόγησης των νοσηλευτικών πράξεων και διαδικασιών, οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ειδικά κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών που ακολουθούν την επέμβαση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πτυχιακή εργασία

**Βιδάκη Μαρία
Μεθενίτη Αλεξάνδρα
Μπιλιώνη Ευθυμία**



ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008

2.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΙΣΧΙΟΥ

A) Κλίμακα αξιολόγησης ισχίου

ΒΑΘΜΟΣ	ΠΟΝΟΣ	ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΒΑΔΙΣΗ
0	Πολύ έντονος & συνεχής	Αγκύλωση ισχίου σε κακή θέση Όχι κίνηση- πόνος	Καμία
1	Έντονος ακόμα & τη νύχτα Σοβαρός στη βάδιση καμία δραστηριότητα	ή ελαφρά παραμόρφωση	Μόνο με πατερίτσες
2	Υποφερτός με ήπια δραστηριότητα	Κάμψη <40°	Μόνο με βοήθεια μπαστουιού
3	Ήπιος στη βάδιση- Απών στην ανάπαυση	Κάμψη μεταξύ 40° και 60°	Με 1 βακτηρία για λιγότερο από 1 ώρα- Πολύ δύσκολα χωρίς βοήθημα
4	Ήπιος & όχι συνεχής ΚΦ δραστηριότητα	Κάμψη μεταξύ 60° και 80°-ο ασθενής πιάνει το πόδι του	Μεγάλο διάστημα με μπαστούι- Μικρό διάστημα χωρίς βακτηρία, με χωλότητα
5	Όχι πόνος	Κάμψη μεταξύ 80° και 90°- απαγωγή>15°	Χωρίς βοήθημα, ελαφρά χωλότητα
6	Όχι πόνος	Κάμψη > 90°- Απαγωγή ως 30°	ΚΦ

B) Κλίμακα EQ-5D

Βάζοντας ένα ! σε ένα κουτάκι κάθε ομάδας παρακάτω, παρακαλούμε σημειώστε ποιες δηλώσεις περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

Κινητικότητα

1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα
2. Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα
3. Είμαι καθλωμένος/η στο κρεβάτι

Αυτοεξυπηρέτηση

1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου
2. Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι
3. Είμαι ανάικος/η να πλυθώ ή να ντυθώ

Συνηθισμένες Δραστηριότητες (π.χ δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
2. Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
3. Είμαι ανάικος /η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου

Πόνος/ Δυσφορία

1. Δεν έχω καθόλου πόνο η δυσφορία
2. Έχω μέτριο πόνο η δυσφορία
3. Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

Άγχος / Θλίψη

1. Δεν έχω άγχος ή θλίψη
2. Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη
3. Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη

Για να βοηθήσουμε κάποιον να πει πόσο καλή ή κακή είναι μια κατάσταση υγείας, ζωγραφίσαμε μια κλίμακα (σαν ένα θερμοόμετρο) πάνω στην οποία η καλύτερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε έχει βαθμό 100 και η χειρότερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε έχει βαθμό 0. Θα θέλαμε να σημειώσετε πάνω σε αυτή την κλίμακα πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας σήμερα, κατά τη γνώμη σας. Παρακαλούμε κάντε το αυτό, τραβώντας μια γραμμή από το παρακάτω τετράγωνο προς οποιοδήποτε σημείο της κλίμακας δείχνει πόσο καλή ή κακή είναι η κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

Γ) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ – ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- ❖ Ονοματεπώνυμο.....
- ❖ Ηλικία.....
- ❖ Τόπος διαμονής.....
- ❖ Τηλέφωνο.....
- ❖ Επάγγελμα.....
- ❖ Βάρος.....Ύψος.....BMI.....
- ❖ Αίτιο παρούσας νοσηλείας.....
- ❖ Είδος χειρουργικής επέμβασης.....
- ❖ Συνοδά προβλήματα υγείας.....
- ❖ Φαρμακευτική αγωγή.....
- ❖ Άλλες παρατηρήσεις.....

Ημερομηνία.../.../....

Η καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Η χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε

1. ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Ερευνητικό μέρος

- Γράφημα 1: Σύνολο ανδρών και γυναικών τα έτη 2005-2006-2007.....
- Γράφημα 2: Σε ποιες ηλικίες στους άνδρες είναι συχνότερη η επέμβαση της ΟΑ ισχίου το έτος 2005.....
- Γράφημα 3: Σε ποιες ηλικίες στις γυναίκες είναι συχνότερη η επέμβαση της ΟΑ ισχίου το έτος 2005.....
- Γράφημα 4: Σε ποιες ηλικίες στους άνδρες είναι συχνότερη η επέμβαση της ΟΑ ισχίου το έτος 2006.....
- Γράφημα 5: Σε ποιες ηλικίες στις γυναίκες είναι συχνότερη η επέμβαση της ΟΑ ισχίου το έτος 2006.....
- Γράφημα 6: Σε ποιες ηλικίες στους άνδρες είναι συχνότερη η επέμβαση της ΟΑ ισχίου το έτος 2007.....
- Γράφημα 7: Σε ποιες ηλικίες στις γυναίκες είναι συχνότερη η επέμβαση της ΟΑ ισχίου το έτος 2007.....
- Γράφημα 8: Που εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες ή στις γυναίκες το έτος 2005.....
- Γράφημα 9: Που εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες ή στις γυναίκες το έτος 2006.....
- Γράφημα 10: Που εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες ή στις γυναίκες το έτος 2007.....
- Γράφημα 11: Σύνολο ικανοποιημένων και μη ικανοποιημένων ανδρών από την επέμβαση το έτος 2005.....
- Γράφημα 12: Σύνολο ικανοποιημένων και μη ικανοποιημένων γυναικών από την επέμβαση το έτος 2005.....
- Γράφημα 13: Σύνολο ικανοποιημένων και μη ικανοποιημένων ανδρών από την επέμβαση το έτος 2006.....
- Γράφημα 14: Σύνολο ικανοποιημένων και μη ικανοποιημένων γυναικών από την επέμβαση το έτος 2006.....
- Γράφημα 15: Σύνολο ικανοποιημένων και μη ικανοποιημένων ανδρών από την επέμβαση το έτος 2007.....
- Γράφημα 16: Σύνολο ικανοποιημένων και μη ικανοποιημένων γυναικών από την επέμβαση το έτος 2007.....

- Γράφημα 17: Σύνολο ικανοποιημένων και μη ικανοποιημένων 2005-2006 2007.....**
- Γράφημα 18: Μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας της επέμβασης στους άνδρες και στις γυναίκες το έτος 2005.....**
- Γράφημα 19: Μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας της επέμβασης στους άνδρες και στις γυναίκες το έτος 2006.....**
- Γράφημα 20: Μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας της επέμβασης στους άνδρες και στις γυναίκες το έτος 2007.....**
- Γράφημα 21: Μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας της επέμβασης στους άνδρες και στις γυναίκες τα έτη 2005-2006-2007.....**
- Γράφημα 22: Μέσος όρος νοσηλείας ανδρών έτος 2005.....**
- Γράφημα 23: Μέσος όρος νοσηλείας γυναικών έτος 2005.....**
- Γράφημα 24: Μέσος όρος νοσηλείας ανδρών έτος 2006.....**
- Γράφημα 25: Μέσος όρος νοσηλείας γυναικών έτος 2006.....**
- Γράφημα 26: Μέσος όρος νοσηλείας ανδρών έτος 2007.....**
- Γράφημα 27: Μέσος όρος νοσηλείας γυναικών έτος 2007.....**
- Γράφημα 28: Μέσος όρος νοσηλείας ανδρών και γυναικών τα έτη 2005-2006-2007.....**
- Γράφημα 29: Κλίμακα αξιολόγησης του πόνου στο ισχίο για τους άνδρες.....**
- Γράφημα 30: Κλίμακα αξιολόγησης του πόνου στο ισχίο για τις γυναίκες...**
- Γράφημα 31: Αξιολόγηση της κινητικότητας στους άνδρες.....**
- Γράφημα 32: Αξιολόγηση της κινητικότητας στις γυναίκες.....**
- Γράφημα 33: Αξιολόγηση της αυτοεξυπηρέτησης στους άνδρες.....**
- Γράφημα 34: Αξιολόγηση της αυτοεξυπηρέτησης στις γυναίκες.....**
- Γράφημα 35: Αξιολόγηση συνηθισμένων δραστηριοτήτων στους άνδρες.....**
- Γράφημα 36: Αξιολόγηση συνηθισμένων δραστηριοτήτων στις γυναίκες.....**
- Γράφημα 37: Αξιολόγηση του άγχους/ θλίψης στους άνδρες.....**
- Γράφημα 38: Αξιολόγηση του άγχους/ θλίψης στις γυναίκες.....**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Παναγιώτης Π. Συμεωνίδης, Ορθοπαιδική Κακώσεις και Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, Δεύτερη έκδοση, Θεσ/νίκη 1996, Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών σελ: 406-415
2. Cecil, Παθολογία, Τρίτη έκδοση, Β' τόμος, 1996, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας σελ: 939-940
3. Βασίλειος Παπαβασιλείου, Ορθοπαιδική Συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος, Δεύτερη έκδοση, Θεσ/νίκη 2003, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και Περιοδικών, σελ: 283-287, 388-390, 545-551
4. Αλέξανδρος Γ. Χατζηπαύλου Μιχαήλ Ν. Τζερμιαδιανός, Αρθρίτιδες Και Ρευματισμοί –Τι πρέπει να γνωρίζετε, 2004, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης σελ: 85-93
5. Ηλίας Ε. Λαμπίρης, Ορθοπαιδική και Τραυματολογία, 2004, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, σελ: 215-256

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Campbell James W. Harkess ,Orthopedics Athroplasty of hip, 4th volume, 2004, page: 350-356, 358-365,

Περιοδικά

1. Προσωπικός Οδηγός για αρθροπλαστική του ισχίου, Plus Orthopedics, 2006, σελ: 5-19

Πηγές από το διαδίκτυο

1. Ελεύθερος Ε- ιατρικά Τρίτη 22 Νοεμβρίου, 2005, Τεύχος 9, Μύρων Ματρικάκης Ρευματολόγος (www.google.gr)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

1. Ahnfelt L. (1986) , Revision of total hip replacement in Sweden, The medical faculty, University of Gothenburg
2. Albinsson G. Arnesson K. Friberg H. & Olsson (1991), The school of nursing, Karlskroma
3. Bergner M. R.A Carter W.E Martin D.P & Gilson (1976) The sickness impact profile : validation of a health status measure. Medical Care p. 57-67
4. Colton T. (1974) Statistics in Medicine, Little, Brown, Boston.
5. Donovan R. J Holman C.D (1997) Face to face household interviews versus telephone interviews for health status questionnaire in patients with osteoarthritis. Medical care p. 180-192
6. Euroqol (1990) A new facility for the measurement of health related quality of life. Health Policy 16, 199-208.
7. Gilbert G.H , Duncan R.P and Kulley A.M (1997) Validity of self-reported tooth counts during a telephone screening interview, Journal of Public Health Dentistry 57, 176-180.
8. Lescoe- Long M.J and Johnston D.W.C (1996). Quality of life improvement in patients with osteoarthritis: the potential for office-based assessment.Arthritis care and research 9, 177-181.
9. Lyu L.c, Hancin J.H, Liu L.Q, Wilkens L.R, Lee J.H, Goodman M.T and Kolonel L.N. (1998) Telephone versus face to face interviews for quantitave food frequency assessment. Journal of the American Dietetic Association 98, 44-80.
10. 1999 Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing, 30(6), 1349-1359.

