



νικά σημεία δεν είναι αρκετά σαφή

- τις περιπτώσεις όπου υπάρχουν εσχάρες, φυσαλίδες ή νεκρωμένοι ιστοί, η ακριβής σταδιοποίηση των ελκών δεν είναι εφικτή, έως ότου απομακρυνθούν οι εσχάρες από το τραύμα.
- το σημείο εμφάνισης της κατακλίσης μπορεί να δυσκολεύει την εκτίμηση, όπως για παράδειγμα στην ινιακή χώρα, όπου η παρατήρηση δεν είναι εύκολη και συχνή
- το σκουρόχρωμο δέρμα αποτελεί εμπόδιο στην εκτίμηση των ελκών και έτσι έχει παρατηρηθεί ότι σε τέτοιους ασθενείς οι κατακλίσεις σταδίου I υποεκτιμώνται.

Τουλάχιστον 16 διαφορετικά συστήματα σταδιοποίησης των κατακλίσεων έχουν δημοσιευτεί και επιπλέον διαφοροποιήσεις αυτών χρησιμοποιούνται σε τοπικό επίπεδο. Πάντως, όλα τα συστήματα συμφωνούν ότι η αύξηση του αριθμού του σταδίου, σημαίνει και αύξηση της βαρύτητας του τραύματος. Επίσης, η περιγραφή των σταδίων μπορεί να είναι σύντομη σε κάποια συστήματα, ενώ σε άλλα να είναι εκτενής και πολύπλοκη. Στον πίνακα 1. περιγράφονται τα βασικά χαρακτηριστικά των πιο γνωστών συστημάτων σταδιοποίησης.

Πίνακας 1. Σύγκριση 16 Συστημάτων Σταδιοποίησης Κατακλίσεων

Σύστημα Σταδιοποίησης	Συνολικός Αριθμός Σταδίων	Στάδιο Ι ισοδύναμο με ερύθημα χωρίς αποχρωματισμό στην πίεση	Εφαρμόσιμο σε δέρμα όλων των χρωμάτων	Κατηγορία για έλκη όπου δεν φαίνεται η βάση του τραύματος
Shea (1975)	5	Όχι	Όχι	Όχι
Jordan & Clark (1977)	4	Όχι	Όχι	Όχι
Torrance (1983)	5	Όχι	Όχι	Όχι
David et al (1983) (Surrey)	4	Ναι	Όχι	Όχι
Johnson (1986)	5	Όχι	Όχι	Όχι
Lowthian (1987)	5	Όχι	Πιθανώς	Ναι
IAET (1988)	4	Όχι	Όχι	Ναι
Hibbs (1988)	4	Όχι	Πιθανώς	Όχι
Yarkoney et al (1990)	6	Όχι	Όχι	Όχι
Robertson (1992)	5	Όχι	Πιθανώς	Όχι
AHCPR (1993)	4	Ναι	Όχι	Όχι
O'Dea (1993)	5	Όχι	Όχι	Ναι
Allcock et al (1994)	7	Όχι	Όχι	Ναι
Matihoko (1994)	7	Όχι	Πιθανώς	Όχι
Reid & Morrison (1994)	15+	Ναι	Πιθανώς	Ναι
Cullum et al (1995)	4	Ναι	Όχι	Όχι

AHCPR: Agency for Health Care Policy and Research

IAET: International Association of Enterostomal Therapy

Παρακάτω παρουσιάζεται το σύστημα σταδιοποίησης AHCPR, το οποίο στηρίζεται στις προτάσεις του συστήματος Shea και των προτάσεων της Εθνικής Συμβουλευτικής Επιτροπής για τις Κατακλίσεις της Μεγάλης Βρετανίας (National Pressure Ulcer Advisory Panel).

1 (I) Ερύθημα σε άθικτο δέρμα. Με αποχρωματισμό ή χωρίς αποχρωματισμό στην πίεση.
 Το Ερύθημα με αποχρωματισμό στην πίεση (ενεργή υπεραιμία) μπορεί να αναμένεται να εμφανιστεί για 30 – 45 λεπτά κατόπιν της εφαρμογής της πίεσης.

2 (II) Μερικού πάχους απώλεια δέρματος. Απώλεια επιδερμίδας ή / και χορίου. Τα έλκη συχνά παρουσιάζονται σαν αποκόλληση δέρματος, φυσαλίδα ή ρηχός κρατήρας.

3 (III) Καταστροφή δέρματος. Ολικού πάχους απώλεια που συνοδεύεται από καταστροφή ή νέκρωση του δέρματος που μπορεί να εκτείνεται μέχρι την υποκείμενη περιτονία, αλλά όχι διαμέσου αυτής. Τα έλκη κλινικά παρουσιάζονται σαν βαθείς κρατήρες με ή χωρίς συμμετοχή των παρακείμενων ιστών

4 (IV) Καταστροφή των ιστών κάτω από το δέρμα. Ολικού πάχους απώλεια δέρματος με εκτεταμένες καταστροφές, νεκρωτικούς ιστούς, ή βλάβες σε μυς, οστά ή υποσπληνικές δομές.

Η επίπτωση των μειονεκτημάτων κάθε συστήματος σταδιοποίησης πρέπει να εκτιμάται και να σχετίζεται με τις τοπικές ανάγκες όπου πρόκειται να εφαρμοστεί. Το ιδανικό σύστημα σταδιοποίησης των κατακλίσεων μέχρι στιγμής δεν έχει επινοηθεί. Έχει σημασία, στη λήψη απόφασης για το ποιο σύστημα θα εφαρμοστεί, να λαμβάνονται υπόψη τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε συστήματος.

A3. Συντηρητική αντιμετώπιση κατακλίσεων σύγχρονα επιθέματα

Δέσποινα Κακαγιά,

Πλαστικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Ιατρικής ΔΠΘ

Οι κατακλίσεις είναι ισχαιμικές βλάβες οι οποίες προκαλούνται στο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς από παρατεταμένη και επαναλαμβανόμενη επίδραση πίεσης, τριβής ή διατμητικής τάσης. Τα αποτελέσματα εξαρτώνται από την αντίσταση των κυττάρων στην



ισχαιμία καθώς και την ικανότητα των αιμοφόρων αγγείων να επανακτήσουν φυσιολογική ροή αίματος.

Η βαρύτητα της προκαλούμενης βλάβης εξαρτάται από την ένταση του αιτίου, το χρόνο επίδρασης, την επαναλαμβανόμενη επίδρασή του, την ποιότητα του ιστού που υφίσταται την πίεση, την ανάπτυξη παράλληλων δυνάμεων, τη γενική κατάσταση του ασθενούς και την κατάσταση του δέρματος στην περιοχή που δέχεται την πίεση.

Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι: η υποθρεψία (υποπρωτεϊναιμία-αβιταμινώσεις), η διανοητική έκπτωση, η φυσική έκπτωση (γήρας-ακινησία-νευρολογικά νοσήματα- αγγειοπάθειες), η ελαττωμένη ιστική ανοχή (αναμία - τοξιναιμία), η παχυσαρκία, η ακράτεια ούρων και κοπράνων.

Η κλινική εικόνα των κατακλίσεων ποικίλλει ανάλογα με το στάδιο της κατάκλισης από απλό ερύθημα με οίδημα που υποχωρούν περίπου μια ώρα μετά την άρση της ασκούμενης πίεσης, ενώ αν η πίεση εξακολουθήσει να ασκείται, εμφανίζονται φυσαλίδες, μόνιμη ερυθρότητα, πλήρης καταστροφή του δέρματος με εμφάνιση έλκους, νέκρωση λίπους, ατροφία και νέκρωση μυών, θυλακίτιδα, περισίτιδα- οστεΐτιδα, συρίγγια και ενδεχομένως πύαρθρο.

Για την παρακολούθηση των κατακλίσεων απαιτείται αιματολογικός, βιοχημικός και έλεγχος ηχητικότητας του αίματος, μέτρηση του ισοζυγίου αζώτου, ακτινογραφία, συριγγιογραφία και δακτυλική εξέταση του ορθού (ισχίο).

Για την πρόληψη των κατακλίσεων, ζωτικής σημασίας είναι: η τοπική φροντίδα των περιοχών που δέχονται πίεση, η ανάταξη της αναμίας και των υποβιταμινώσεων, η ανάταξη της καταβολικής φάσης στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, με την εφαρμογή ολικής εντερικής θρέψης, συχνή αλλαγή θέσης ανά δίωρο, η οποία επιβάλλεται ακόμη και αν ο ασθενής βρίσκεται σε στρώμα αφρού LAL ή Clinitron, η επιπλέον προφύλαξη της πτέρνης και η αποφυγή επαφής του δέρματος με ούρα ή κόπρανα.

Η τοπική φροντίδα των κατακλίσεων περιλαμβάνει: την επισκόπηση- εκτίμηση της κατάκλισης, τον επιμελή καθαρισμό και νεαροποίηση (χειρουργικά- μηχανικά- ενζυμικά), την παροχέτευση αποστημάτων, τη διατήρηση στεγνού και καθαρού πεδίου, την αποφυγή επαφής με εξίδρωμα, ούρα ή κόπρανα, τη χρήση εξελιγμένων επιθεμάτων, ιστικές καλλιέργειες (σταφυλόκοκκος, ψευδομονάδα, πρωτέας, βακτηριοειδή) και τη θεραπεία ουρολογικών μώξεων.

Η κλειστή μέθοδος εξασφαλίζει την προστασία της κατάκλισης και τη διατήρηση υγρού περιβάλλοντος επούλωσης το οποίο ενεργοποιεί την αντιμικροβιακή δράση των πολυμορφοπύρηνων, ελατώνει τον πόνο επιτείνει την αυτόλυση των νεκρωμάτων και επιταχύνει την επούλωση. Τα σύγχρονα επιθέματα έχουν την ιδιότητα να ρυθμίζουν την παραγωγή εξιδρώματος, έχουν ικανότητες ελέγχου της μικροβιακής χλωρίδας, προστατεύουν μηχανικά την κατάκλιση, και επιταχύνουν σημαντικά την επούλωση, ενώ σε βαθιές κατακλίσεις προετοιμάζουν ταχύτερα την κοίτη για την χειρουργική αποκατάσταση.

Η επιλογή της μεθόδου καθαρισμού, νεαροποίησης και κάλυψης εξαρτάται από: το βάθος, το μέγεθος την εντόπιση, την παραγωγικότητα της κατάκλισης, την ύπαρξη φλεγμονής, δυσσομίας, νεκρωτικών ιστών, κοιλότητας καθώς και τον τρόπο κάλυψης του κόστους θεραπείας.

Σήμερα χρησιμοποιούνται υδρογέλες, ενζυμικοί παράγοντες και υδροκολλοειδή για νεαροποίηση με αυτόλυση παράλληλα με τον

χειρουργικό και μηχανικό καθαρισμό. Τα αλγινικά επιθέματα χρησιμοποιούνται σε κατακλίσεις με μέτρια παραγωγικότητα σε εξίδρωμα και διατίθενται σε μορφή φύλλου ή κορδονιού για κοιλότητες. Για περισσότερο παραγωγικές βλάβες μπορούν να χρησιμοποιηθούν επιθέματα σε κόκκους, υδροκυτταρικά ή υδροϊνώδη επιθέματα, υδροκολλοειδή σε αυτοκόλλητο φύλλο, σε πάστα ή σε σκόνη. Για δύσσομες βλάβες συνιστώνται επιθέματα ενεργού άνθρακα, αργύρου και επιθέματα εμποτισμένα με αντισηπτικούς παράγοντες. Σε βλάβες όπου έχει αναπτυχθεί κοκκώδης ιστός πρέπει να χρησιμοποιούνται επιθέματα χαμηλής προσκολλητικότητας, όπως εμποτισμένα επιθέματα.

Για την πρόληψη των κατακλίσεων συνιστάται η χρήση προδιαμορφωμένων αφρωδών, υδροκολλοειδών ή επιθεμάτων με ειδικούς προστατευτικούς δακτυλίους σε περιοχές που δέχονται πίεση. Η καθημερινή επισκόπηση του κατακεκλιμένου ασθενούς αποτελεί το σημαντικότερο βήμα στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

B1. Διαβητικό πόδι - Πρόληψη

Γεωργία Κ. Υφαντή

Αν. Διευθύντρια Δ' Παθολογικού Τμήματος Π.Γ.Ν.Α "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Εμμανουήλ Ιακ. Διαμαντόπουλος

Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

Διευθυντής Δ' Παθολογικού Τμήματος Π.Γ.Ν.Α "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Ο όρος διαβητικό πόδι, σύμφωνα με τον ορισμό της Π.Ο.Υ., εκφράζει τη σύνθετη νοσολογική οντότητα που συνίσταται στην εμφάνιση εξέλκωσης, λοίμωξης ή και καταστροφής των εν τω βάθει ιστών στον άκρο πόδα με περιφερική νευροπάθεια ή και ποικίλης βαρύτητας αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Υπό την ευρύτερη όμως έννοια, οποιαδήποτε ανατομική ή λειτουργική ανωμαλία του άκρου ποδός διαβητικού ασθενούς, ανεξάρτητα από την ύπαρξη εξέλκωσης ή λοίμωξης, θα πρέπει να χαρακτηρίζεται σαν "διαβητικό πόδι". Η συχνότητα εμφάνισης διαβητικού έλκους αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και συγκεκριμένα από 1.7-3.3% σε νεώτερους διαβητικούς τύπου 1 ή 2 σε 5-10% σε διαβητικούς τύπου 2 μεγαλύτερης ηλικίας. Η εμφάνιση ενός χρόνιου έλκους του άκρου ποδός και ο συχνά επακόλουθος ακρωτηριασμός αποτελούν σοβαρές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των διαβητικών ατόμων και σημαντικές κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις. Από τους ασθενείς με διαβητικό έλκος ένα ποσοστό που ανέρχεται σε 14-24% θα υποβληθεί τελικά σε ακρωτηριασμό. Στο 85% των ακρωτηριασμών των κάτω άκρων που διενεργούνται σε διαβητικά άτομα προηγείται κάποιο διαβητικό έλκος. Η λοίμωξη των εν τω βάθει ιστών και κυρίως η ισχαιμία των κάτω άκρων είναι οι συχνότερα υποκείμενοι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν στον ακρωτηριασμό.

Η δημιουργία ενός διαβητικού έλκους είναι στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης εξωγενών με ενδογενείς παράγοντες, όπως ο τραυματισμός και η περιφερική νευροπάθεια. Η περιφερική νευροπάθεια αποτελεί το συχνότερο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης διαβητικού έλκους. Σε σειρές ασθενών με διαβητικά έλκη ο επιπολασμός συχνότητας της περιφε-