



Σημαντικό ρόλο για μια επέμβαση σύγκλεισης κατακλίσεων έχει:

- Η γενική κατάσταση του ασθενούς.
- Η τοπική κατάσταση της κατάκλισης (μικροβιοβριθής).
- Η ηλικία.
- Επαφή του ασθενούς με το περιβάλλον.
- Συνυπάρχουσες νόσοι π.χ. αγγειοπάθειες, Σ.Δ., νόσοι κολλαγόνου.

Υπάρχει μεγάλος αριθμός κρημών, οι οποίοι αναλόγως εφαρμόζονται στις περιοχές που υπάρχουν τα ιστικά ελλείμματα από τις κατακλίσεις.

Η επιλογή επέμβασης εναπόκειται στην εμπειρία του χειρουργού και πάντα με γνώμονα την προσφορά ιστών, στην περιοχή, με πολύ καλή αιμάτωση.

B3. ΕΛΚΗ ΑΠΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ: Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΑΤΡΟΥ

N. Ρούσσοσ Φυσίατρος

*Επιμελητής Β' τμήμα Φ.Ι.Απ.
Νοσοκ. «Ασκληπιείο Βούλας»*

Τα έλκη από κατακλίσεις αποτελούν μία συχνή επιπλοκή με την οποία έρχεται αντιμέτωπος ο φυσίατρος που νοσηλεύει ασθενείς με μακροχρόνια παραμονή στο κρεβάτι. Η κατάκλιση εξακολουθεί και σήμερα να δημιουργεί ιατρικά, νοσηλευτικά, οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα.

Το έλκος από κατάκλιση είναι μια δερματική περιοχή συνήθως πάνω από μία οστική προβολή, η οποία λόγω παρατεταμένης πίεσης, οδηγείται σε ισχαιμία, κυτταρικό θάνατο και ιστική νέκρωση. Μία κοινά παραδεκτή σταδιοποίηση τεσσάρων σταδίων, δίνει τη δυνατότητα καλύτερης επικοινωνίας μεταξύ των ειδικών που ασχολούνται με τις κατακλίσεις. Στο πρώτο στάδιο είναι άθικτη η επιδερμίδα και το ερύθημα διαρκεί περισσότερο από 30 λεπτά, στο δεύτερο στάδιο υπάρχει βλάβη της επιδερμίδας και μέρους του χωρίου, στο τρίτο πλήρης βλάβη του δέρματος που φθάνει μέχρι τους υποδώριους ιστούς και στο τέταρτο η βλάβη φθάνει τις περιτονίες τους μύς και τα οστά.

Η επιδημιολογία της κατάκλισης περιλαμβάνει υπερήλικες, ασθενείς με χρόνια νοσήματα όπως καρκίνος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτης, ακινητοποιημένους ασθενείς με κατάγματα, αρθρίτιδες, ή με χρόνιο πόνο, άτομα αδύναμα, με γνωσιακά ή ψυχιατρικά προβλήματα που παρεμβαίνουν στην κινητικότητά τους, άτομα υπό την επίδραση φαρμακευτικών ή ναρκωτικών ουσιών, σε καταστολή ή σε κώμα ευρισκόμενους ασθενείς και ασθενείς με μειωμένη αισθητικότητα ή κινητικότητα, όπως οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί και οι ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές παθήσεις. Πολλοί παράγοντες μπορεί να βοηθήσουν στην εμφάνιση, την εξέλιξη, τη βελτίωση ή επιδείνωση του προβλήματος. Ο πυρετός αυξάνει τις μεταβολικές ανάγκες των ιστών, η προϋπάρχουσα ισχαιμία, το οίδημα και η αναιμία δημιουργούν κακές συνθήκες αιμάτωσης της περιοχής. Η ακράτεια ούρων ή κοπράνων δημιουργεί κατάλληλο περιβάλλον για τον αρχικό δερματικό ερεθισμό και την επιμόλυνση της περιοχής, ενώ η ξηρότητα του δέρματος το κάνει πιά εύθραπτο. Η κακή διατροφή, η μεγάλη ηλικία, το κάπνισμα, η ύπαρξη σπαστικότητας και συγκάμψεων,

αλλά και το χαμηλό επίπεδο συνεργασίας των ασθενών είναι μερικοί ακόμα από τους παράγοντες που τοποθετούν κάποιους ασθενείς «εν κινδύνω». Η αιτιολογία συνοψίζεται στην ισχαιμία της δερματικής περιοχής. Το δέρμα ισχαιμεί και καταπονείται από διατμητικές δυνάμεις μεταξύ των οστών και του καθίσματος ή στρώματος του ασθενούς. Η μειωμένη κινητικότητα επιτείνει χρονικά την κατάσταση.

Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισής τους. Η ανά δύο ώρες αλλαγή θέσης των ασθενών, η προληπτική κατάκλιση τους, η χρήση ειδικών κρεβατιών με στρώμα αέρος, νερού ή υλικών και η τοποθέτηση ειδικών διαχωριστικών μεταξύ των οστικών προσεκβολών βοηθούν στη διασπορά της πίεσης στο δέρμα. Η χρήση ελαφρών αμαξιδίων που προωθούνται εύκολα χωρίς να αναπτύσσουν μεγάλες δυνάμεις τριβής μεταξύ καθίσματος και ισχιακών κυρτωμάτων, αλλά και η χρήση ειδικών μαξιλαριών από μία ποικιλία υλικών βοηθά στην ανεξαρτησία των ασθενών χωρίς αυτή να έχει αρνητικές συνέπειες στην κατάσταση του δέρματός τους. Η διατροφική καθοδήγηση και η φυσική άσκηση αυξάνουν τις φυσικές αντοχές. Ο έλεγχος της σπαστικότητας και των συγκάμψεων μειώνει τις περιοχές αυξημένου κινδύνου.

Η αντιμετώπιση των συγκάμψεων όταν αυτές εμφανιστούν θα συμπεριλάβει τον καθαρισμό την αντιμικροβιακή αγωγή, τη χρήση ειδικών επιθεμάτων, και βέβαια το χειρουργικό καθαρισμό. Η επιτελική θέση του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση όπως και στην πρόληψη των κατακλίσεων είναι αδιαμφισβήτητη. Ο φυσίατρος ωστόσο έχει να προσθέσει και δικές του μεθόδους στην αντιμετώπιση των κατακλίσεων όπως τη χρήση δινδλουτρου με ή χωρίς αντισηπτικά, τα φωτόλουτρα, τη χρήση Laser, υπερήχων και ηλεκτρικού ερεθισμού.

B6. ΟΜΑΔΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Σγος(N) Διαμάντη Σοφία ,Νοσηλεύτρια ΠΕ

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμφάνιση των κατακλίσεων παρά την αναβάθμιση της Νοσ/κής φροντίδας και της τεχνολογικής εξέλιξης εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ενός Γενικού Νοσοκομείου. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ το πρόβλημα αναγνωρίστηκε πολύ νωρίτερα λόγω του υψηλού κόστους ,της παράτασης του χρόνου νοσηλείας,της έλλειψης κλινών και των αυξημένων αναγκών σε Νοσηλευτικό προσωπικό.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της προσπάθειας που γίνεται στο 251 ΓΝΑ με σκοπό την οργανωμένη αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

Η οργανωμένη αυτή αντιμετώπιση περιελάμβανε αρχικά την αναγνώριση του προβλήματος με την καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης κατακλίσεων και έπειτα με την δημιουργία Ομάδας αντιμετώπισης κατακλίσεων.

Η λειτουργία τα προβλήματα και η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της Ομάδας Αντιμετώπισης Κατακλίσεων παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία.



Τα επόμενα χρόνια αναμένεται να αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που κινδυνεύουν να εμφανίσουν κατάκλιση, μιας που ο πληθυσμός ηλικίας πάνω από 65 ετών προβλέπεται να αυξηθεί από 16% σήμερα, στο 20,4% μέχρι το 2031.

Για το λόγο αυτό μια οργανωμένη και πολυδιάστατη προσέγγιση του προβλήματος που ονομάζεται <κατακλίσεις> είναι σημαντική και απαραίτητη και πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι στην μελλοντική αναβάθμιση των συστημάτων υγείας και στην Ελλάδα.

Γ2. ΙΣΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΤΡΑΥΜΑ:

ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ

Ι. Αλεξάκη, Α. Γραβάνης, Η. Καστανάς

Εργ. Εργ. Ενδοκρινολογίας και Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Χρόνιο τραύμα και η θεραπεία του

Τα χρόνια τραύματα, τα οποία χαρακτηρίζονται από ελαττωματική ή καθόλου επούλωση έχουν ως κύρια αιτιολογία διατροφικούς παράγοντες (αυξημένα επίπεδα γλυκόζης), την ελαττωματική κυκλοφορία του αίματος (κιρσούς και φλεβοπάθειες) και μηχανικούς παράγοντες (τραύματα σε κινούμενες αρθρώσεις, συνεχής άσκηση πίεσης λόγω κατάκλισης). Τα τραύματα κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την αιτιολογία, τη διάρκεια, τα μορφολογικά τους χαρακτηριστικά, τη θέση τους και το βαθμό της μόλυνσής τους. Σύμφωνα με τα έως τώρα δεδομένα δεν υπάρχουν κάποιος γενικός μηχανισμός, ο οποίος να ερμηνεύει την παθοφυσιολογία κάθε χρόνιου τραύματος και οι βασική βιολογική έρευνα σε αυτόν τον τομέα αναπτύχθηκε την τελευταία δεκαετία. Η εις βάθος κατανόηση των μηχανισμών επούλωσης θα δώσει νέες διαστάσεις στην κλινική αντιμετώπιση των χρόνιων τραυμάτων.

Υπάρχουν δύο μέθοδοι θεραπείας των χρόνιων τραυμάτων: η επούλωση ή η δημιουργία ενός αγγειοβριθούς ιστού για την κάλυψη των τενόντων ή των οστών, ο οποίος ακολουθήσει μπορεί να επικαλυφθεί με μόσχευμα.

Η επούλωση των τραυμάτων είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία αφορά την αλληλεπίδραση διαφόρων κυτταρικών τύπων. Η φυσιολογική επούλωση διεκπεραιώνεται σε τρεις φάσεις: την φλεγμονή, τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και την ανάπλαση, οι οποίες αποτελούν μια διαδοχή κυτταρικών και βιοχημικών γεγονότων. Πλήθος φυσιολογικών και αντιμικροβιακών παραγόντων με ευεργετικές επιδράσεις στην επούλωση τραυμάτων βρίσκονται ακόμη σε πειραματικό στάδιο και στοχεύουν στην ανάπλαση των ιστών και των νεύρων και στην καταπολέμηση της αιμορραγίας και της σήψης. Εντατικές μελέτες διεξάγονται στο πεδίο των αυξητικών παραγόντων, οι οποίοι παίζουν προεξέχοντα ρόλο στην κυτταρική διαίρεση, την κυτταρική μετανάστευση και την διαφοροποίηση. Κατά την επούλωση τραυμάτων επάγουν την αγγειογένεση, τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, ρυθμίζουν την παραγωγή και την αποικοδόμηση του εξωκυτταρικού υλικού και έχουν χημειοτακτική δράση επί των κυττάρων φλεγμονής και των ινοβλαστών. Υπάρχουν επτά κύριες οικογένειες αυξητικών παρα-

γόντων με σημαντικό ρόλο στην επούλωση τραυμάτων: η οικογένεια του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα, (epidermal growth factor, EGF), του τροποποιητικού αυξητικού παράγοντα (transforming growth factor, TGF-α και β), του ινσουλινοειδούς αυξητικού παράγοντα (Insulin growth factor, IGF), του παράγοντα VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), των ιντερλευκινών (ILs) και η οικογένεια των αιμοποιητικών παραγόντων (π.χ. του CSF, colony stimulating factor). Οι αυξητικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στις αρχικές φάσεις της επούλωσης τραυμάτων, οδηγώντας σε ταχεία επούλωση. Τα χρόνια τραύματα, για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, δε φθάνουν σε αυτό το στάδιο. Υπο συστηματική μελέτη βρίσκεται η αποτελεσματικότητα εξωγενούς επίδρασης με αυξητικούς παράγοντες στα χρόνια τραύματα. Η χορήγηση κυτοκινών αποτελεί μια επιπλέον προσέγγιση της θεραπείας των χρόνιων τραυμάτων. Οι κυτοκίνες, και ιδιαίτερα η ιντερφερόνη-α (INF-α και INF-α 2b), ελαττώνουν τον πολλαπλασιασμό των ινοβλατών και το σχηματισμό κολλαγόνου και φμπρονεκτίνης. Ο παράγοντας TNF (Tumor Necrosis Factor) είναι ένας παράγοντας με πολλαπλές αλληλεπιδράσεις με άλλες κυτοκίνες και μπορεί να επάγει και να ρυθμίζει τις ανοσοαντιδράσεις σε κάποιο αντιγονικό ερέθισμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, μπορεί ο ίδιος ο TNF να επιδεινώσει το τραύμα, προκαλώντας τον κυτταρικό θάνατο των φυσιολογικών κυττάρων. Στις υπό μελέτη θεραπευτικές μεθόδους των τραυμάτων ανήκει και η χορήγηση στεροειδών ορμονών. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες τα οιστρογόνα αυξάνουν την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού, εν αντιθέσει με τα ανδρογόνα που έχουν ανοσοκατασταλτική δράση. Επίσης αναφέρεται η πειραματική διεξαγωγή συνδυαστικής θεραπείας, η οποία περιλαμβάνει χορήγηση αντιφλεγμονώδων παραγόντων, επαγωγών της έκκρισης κυτοκινών και σύγχρονη χορήγηση του προδρόμου στεροειδούς, της πρεγνενολόνης. Από το σύνολο των στεροειδών ορμονών, το ενδιαφέρον σε κλινικό και ερευνητικό επίπεδο έχουν προσελκύσει οι επινεφριδικές ορμόνες DHEA και ο θειικός της εστέρας, DHEAS, αφού εμφανίζουν αντιαποπτωτική δράση σε διάφορους κυτταρικούς πληθυσμούς. Επιπλέον, στο πλαίσιο της θεραπείας των τραυμάτων μελετάται η δράση αναστολέων πρωτεασών (προβλέπεται στο μέλλον ευρεία χρήση αλοιφών (portions and lotions) με διάφορους συνδυασμούς αυξητικών παραγόντων και αντιπρωτεασών), ο ρόλος ιχνοστοιχείων (Zn, Cu, Mn), αντιοξειδωτικών (βιταμίνη E, ασκορβικό οξύ), η επίδραση εξωγενούς χορήγησης φμπρονεκτίνης και πεπτιδίων του θύμου αδένου (τοπική χορήγηση θυμοσίνης άλφα 1 και βήτα 4 (T alpha 1R και T alpha beta 4R) αυξάνουν την εναπόθεση κολλαγόνου και επάγουν τη μετανάστευση των κερατινοκυττάρων και την αγγειογένεση). Επιπλέον, η απορύθμιση των επιπέδων παραγόντων, όπως το οξειδιο του αζώτου, οι προσταγγαλίνες και οι ενδοθηλίνες, σχετίζονται με περιπτώσεις φλεγμονής, τραύματος ή σήψης. Τέλος, νέα αντισηπτικά και αντιβιοτικά βρίσκονται υπό μελέτη.

Ο ρόλος των στεροειδών ορμονών στη θεραπεία τραυμάτων Πλήθος βιολογικών μελετών της τελευταίας δεκαετίας επικεντρώνεται στην πιθανή ευεργετική δράση των στεροειδών ορμονών στην επούλωση τραυμάτων. Σύμφωνα με τα έως τώρα δεδομένα τα οιστρογόνα διευκολύνουν τη διαδικασία επούλωσης λόγω της ενίσχυσης των ανοσολογικών αντιδράσεων, ενώ τα ανδρογόνα έχουν ακριβώς αντίθετη δράση, η οποία μάλιστα πρέπει να διεξα-