



## Δ6. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΛΑΒΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

**Ν. Ρούσσοσ, Ι. Σιούτης, Δ. Πατατούκας, Ν. Λαγογιάννης.**

*Τμήμα Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης «Ασκληπιείο Βούλας».*

Σκοπός: Να διερευνηθεί ο επιπολασμός των ελκών από κατάκλιση σε ασθενείς με βλάβες Νωτιαίου Μυελού, σε σχέση με την ηλικία τους, το επίπεδο και την πληρότητα της βλάβης, καθώς και ο βαθμός στον οποίο οι κατακλίσεις επηρεάζουν το χρόνο νοσηλείας, και την τελική λειτουργική έκβαση.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν 117 συνεχόμενοι ασθενείς με βλάβη Νωτιαίου Μυελού που νοσηλεύθηκαν στη Φ.Ι.Απ του Ασκληπιείου Βούλας, από Ιούλιο 1985 μέχρι Φεβρουάριο 1994. Το δείγμα αποτελείται από δύο ομάδες, οι νεώτεροι με ηλικία έως 30 ετών (Μ.Ο. 24,12 έτη) και οι άνω των 31 ετών (Μ.Ο. 52,24 έτη). Μελετήθηκαν στοιχεία που αφορούν την ύπαρξη κατακλίσεων, το επίπεδο, την πληρότητα της βλάβης και το βαθμό μεταβολής της μετρούμενο με την κλίμακα της ASIA, τη διάρκεια νοσηλείας σε τμήμα Αποκατάστασης, και τη μεταβολή του μέσου όρου της λειτουργικότητας βαθμολογούμενη με την κλίμακα Barthel.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό κατακλίσεων των νεώτερων ασθενών ήταν 38,8%, ενώ των μεγαλύτερων 28,4. Οι ασθενείς με βλάβη στην αυχενική μοίρα του ΝΜ παρουσίαζαν έλκη από κατάκλιση σε ποσοστό 36,8%, στη θωρακική μοίρα 42,8% και στην οσφυϊκή μοίρα 15. Οι ασθενείς με κατάκλιση παρουσίασαν μεταβολή της πληρότητας της βλάβης κατά 19%, ενώ οι υπόλοιποι κατά 23%. Η μέση διάρκεια νοσηλείας για ασθενείς με βλάβη στην αυχενική μοίρα ήταν 132 ημέρες, στη θωρακική μοίρα 120 και στην οσφυϊκή 96 ημέρες. Η μέση διάρκεια νοσηλείας για τους ασθενείς με κατακλίσεις ήταν 151 ημέρες, ενώ για όσους δεν παρουσίαζαν 98. Ο Μ.Ο. μεταβολής της κλίμακας Barthel στους νεώτερους ασθενείς ήταν 310%, ενώ στους μεγαλύτερους ασθενείς 207%. Στο σύνολο των ασθενών με κατακλίσεις η βελτίωση της κατά Barthel βαθμολογίας ήταν 305%, ενώ σε όσους δεν παρουσίαζαν κατάκλιση 221%.

Συμπέρασμα: Η επίπτωση των ελκών από κατακλίσεις στην ομάδα των νεώτερων ασθενών είναι μεγαλύτερη από αυτή στην ομάδα των μεγαλύτερων. Σημαντικά μικρότερη είναι η παρουσία κατακλίσεων στις κακώσεις της οσφυϊκής μοίρας καθώς η κινητικότητα βοηθά στην πρόληψή τους. Οι ασθενείς με κατάκλιση, είχαν σημαντικά μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας αλλά σημαντική μεταβολή στην κλίμακα Barthel πιθανά λόγω της αρχικής βαρύτητας της βλάβης και της χαμηλής αρχικής βαθμολογίας.

## Δ7. Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

**Σιαμάγκα Ελένη,**

*Διεύθυνση Νοσηλευτικής Ε.Ε.Σ.*

Στην Ελλάδα με τον νόμο 2071 / 92 καθορίζεται η λειτουργία προγράμματος κατ' οίκον Νοσηλείας στα Κέντρα Υγείας.

Κατ' Οίκον Νοσηλεία είναι η διαμόρφωση κατάλληλων συνθηκών και η ανάπτυξη δυνατοτήτων, ώστε να παρέχεται ολοκληρωμένη Νοσηλευτική Φροντίδα στο χώρο που ζουν και κινούνται τα άτομα. Λόγοι που επιβάλλουν την εφαρμογή της Κατ' Οίκον Νοσηλείας είναι: Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων, οι οποίοι έχουν και πολλά προβλήματα υγείας. Η διδασκαλία του ηλικιωμένου και των συγγενών του για Νοσηλευτική Φροντίδα έχει σαν αποτέλεσμα την πρόληψη των διαφόρων επιπλοκών (κατακλίσεις). Έχουμε σωστή και υπεύθυνη αντιμετώπιση των κατακλίσεων. Η συντόμευση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο. Η μείωση στο κόστος νοσηλείας.

Από τους 618 ηλικιωμένους που παρακολουθούνται από την Υπηρεσία Γεροντολογίας Ε.Ε.Σ., το 15% είναι κατακλιμένοι, το 32% μερικώς αυτοεξυπηρετούμενοι και το 53% είναι αυτοεξυπηρετούμενοι. Έχουμε ένα ποσοστό 47% οι οποίοι έχουν ανάγκη να ενημερωθούν και να αντιμετωπισθούν σωστά και υπεύθυνα για να περιοριστούν οι συνέπειες της μακρόχρονης κατάκλισης με πρώτη από αυτές την κατάκλιση.

Οι παρεμβάσεις στην δετία 1996 - 2000 είναι:

| Έτος                        | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | Σύνολο |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|--------|
| Παρεμβάσεις Γενικά          | 6491 | 8074 | 6401 | 5488 | 6507 | 32971  |
| Παρεμβάσεις για κατακλίσεις | 11   | 379  | 55   | 120  | 143  | 708    |

Το κόστος νοσηλείας ανά παρέμβαση για το 1996 είναι 9436 δρχ. ενώ το ημερήσιο κόστος νοσηλείας στο νοσοκομείο για το ίδιο έτος είναι 70.000 δρχ. Γενικά το κόστος στην Κατ' Οίκον Νοσηλεία αντιστοιχεί στο 1/7 ως 1/8 του κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο.

## Δ8. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

**Γ. Κ. Υφαντή, Μ. Γρηγοριάδου, Γ. Μαρακομιχελάκης, Ε. Δημακάκος, Μ. Μωραϊτου, Σ. Μπάρμπας, Ε. Ι. Διαμαντόπουλος**

*Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»*

Εισαγωγή: Η περιφερική νευροπάθεια και η αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης λοίμωξης του διαβητικού ποδιού. Υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στα κλινικά χαρακτηριστικά και στην έκβαση των λοιμώξεων μεταξύ των νευροπαθικών και νευροϊσχαιμικών ποδιών.



Σκοπός: Η συγκριτική μελέτη των κλινικών χαρακτηριστικών των λοιμώξεων σε αμιγώς νευροπαθητικό και νευροίσχαιμικό διαβητικό πόδι.

Υλικό: Μελετήθηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά της λοίμωξης του διαβητικού ποδιού σε 87 ασθενείς, 56 άνδρες και 31 γυναίκες, με μέση ηλικία 66.26 + 10.99 έτη.

Μέθοδοι: Το είδος της λοίμωξης του διαβητικού ποδιού εκτιμήθηκε με κλινικές και απεικονιστικές μεθόδους. Η διάγνωση της αποφρακτικής αρτηριοπάθειας έγινε με υπερηχογραφικές μεθόδους και της περιφερικής νευροπάθειας με την κλινική εξέταση.

Αποτελέσματα: Από τους 87 ασθενείς 70 (80.46%) είχαν ισχαιμικό ή νευροίσχαιμικό διαβητικό πόδι και 17 (19.54%) αμιγώς νευροπαθητικό. Οι ασθενείς με νευροπαθητικό πόδι ήταν μικρότερης ηλικίας (58.59 + 12.17 vs 68.13 + 9.90 έτη,  $p=0.001$ ) και είχαν υψηλότερα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (9.36 + 2.4 vs 8.24 + 1.51%,  $p=0.048$ ). Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς το φύλο και τη διάρκεια του διαβήτη. Οι ασθενείς με ισχαιμικό πόδι είχαν χαμηλότερες τιμές τοπικής μερικής πίεσης οξυγόνου (21.70 + 15.69 vs 66.33 + 21.82 mm Hg,  $p<0.0001$ ). Οι λοιμώξεις των ισχαιμικών ποδιών ήταν βαρύτερες (κυρίως σταδίου 3, 4 και 5 κατά Wagner συγκριτικά με τις λοιμώξεις αμιγώς νευροπαθητικών ποδιών. Όσον αφορά το είδος των παθογόνων μικροοργανισμών διαπιστώθηκε μία τάση επικράτησης των Gram (+) στα νευροπαθητικά πόδια, η οποία όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική, ενώ στα ισχαιμικά πόδια η συχνότητα ανεύρεσης Gram (+) και Gram (-) μικροοργανισμών ήταν η ίδια. Η διάρκεια της νοσηλείας δεν διέφερε στις δύο ομάδες των ασθενών. Η συχνότητα του ακρωτηριασμού ήταν σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ των ισχαιμικών ποδιών (45.7%) συγκριτικά με τα νευροπαθητικά (17.6%) ( $p=0.03$ ).

Συμπεράσματα: Η ύπαρξη αποφρακτικής αρτηριοπάθειας και η επακόλουθη ισχαιμία επηρεάζει δυσμενώς τη βαρύτητα και την έκβαση της λοίμωξης του διαβητικού ποδιού. Σε ασθενείς με ισχαιμικό διαβητικό έλκος πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η συχνότερη ανάπτυξη Gram (-) μικροοργανισμών.

## Δ9. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΑ ΣΕ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ: ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Ε. Γκαμάτση, Μ. Ταραμπέ, Δ. Γκρίτζαλης, Χ. Χριστοφορίδου, Α. Βεκρής, Μ. Καλοφώνου, Ε. Κομνηνάκης

Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας "Θριάσιο", Δυτική Αττική.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ομάδα θεραπείας εγκαυμάτων, ορισμένες φορές αντιμετωπίζει εγκαύματα που προκαλούνται από αυτοτραυματισμό: 1- 8.9% του συνόλου των νοσηλευόμενων εγκαυμάτων οφείλονται σε αυτοτραυματισμό, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία. Αυτά τα εγκαύματα χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση και απαιτείται η συνδρομή και άλλων ειδικοτήτων πέραν του πλαστικού χειρουργού. Αν και δεν υπάρχουν ακριβείς αριθμοί για την χώρα μας, το ποσοστό από την δική μας εμπειρία κυμαίνεται σε αυτά τα πλαίσια. Ακόμη, υποστηρίζεται στην βιβλιογραφία ότι η μέση εγκαυματική επιφάνεια είναι μεγαλύτερη όταν το έγκαυμα οφείλεται σε αυτοτραυματισμό, συγκριτικά με εγκαύματα που προκλήθηκαν

από ατύχημα. Τέλος ο αριθμός των ψυχικά πασχόντων ασθενών μεταξύ του πληθυσμού των εγκαυματιών κυμαίνεται από 28-69%, σε διάφορες μελέτες.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Παρουσιάζουμε επιλεγμένα περιστατικά εγκαυμάτων, οφειλόμενα σε αυτοτραυματισμό, τα οποία νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας και συζητούμε τις ιατρικές, νοσηλευτικές και κοινωνικές δυσκολίες που είχαμε τόσο κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους όσο και στην παρακολούθησή τους μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (μη συμμόρφωση με ιατρικές - νοσηλευτικές οδηγίες, κακή περιποίηση μετεγκαυματικών ουλών, υποψίες επανάληψης αυτοτραυματισμού κ.α.).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις από την ειδική αυτή κατηγορία εγκαυμάτων είναι σημαντικές και αφορά πολλούς επιμέρους τομείς και θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί-ευσαιθητοποιημένοι από την αρχή της θεραπείας αυτών των περιστατικών, για την πληρέστερη αντιμετώπισή τους και το σημαντικότερο την τελική αποθεραπεία τους και την κοινωνική επανένταξή τους.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Castellanni G., Beghini D., Marigo M. Suicide attempted by burning study of self-immolation deaths. *Burns* 1995; 21(8): 607-9.
2. Cameron D.R., Pegg S.P., Muller M.. Self-inflicted burns. *Burns* 1997; 23(6): 519-21.
3. Erzurum V.Z., Varcellotti J.. Self-inflicted burn injuries. *J. Burn Care Rehabil.* 1999; 20: 22-4.
4. Wallace K.L., Pegg S.P.. Self-inflicted burn injuries: an 11-year retrospective study. *J. Burn Care Rehabil.* 1999; 20(2): 191-4.
5. Rastegar Lari A., Alaghehdandan R.. Epidemiological study of self-inflicted burns in Tehran, Iran. *J. Burn Care Rehabil.* 2003; 24(1): 15-20.
6. Tuohig G.M., Saffle J.R., Sullivan J.J., Morris S., Lehto S.. Self-inflicted patient burns: suicide versus mutilation. *J. Burn Care Rehabil.* 1995; 16(4): 429-36.
7. Hadjiiski O., Todorov P.. Suicide by self-inflicted burns. *Burns* 1996; 22(5): 381-3.
8. Wiechman S.A., Ehde D.M., Wilson B.L., Patterson D.R.. The management of self-inflicted burn injuries and disruptive behavior for patients with borderline personality disorder. *J. Burn Care Rehabil.* 2000; 21(4): 310-7
9. Brezel B.S., Kassenbrock J.M., Stein J.M.. Burns in substance abusers and in neurologically and mentally impaired patients. *J. Burn Care Rehabil.* 1988; 9(2): 169-71.
10. Rockwell E., Dimsdale J.E., Carroll W., Hnsbrough J.. Preexisting psychiatric disorders in burn patients. *J. Burn Care Rehabil.* 1988; 9(1): 83-6.
11. Powers P.S., Cruse C.W., Boyd F.. Psychiatric status, prevention, and outcome in patients with burns: a prospective study. *J. Burn Care Rehabil.* 2000; 21(1 Pt 1): 85-8.
12. Van der Does A.J., Hindererink E.M., Vloemans A.F., Spinhoven P.. Burn injuries, psychiatric disorders and length of hospitalization. *J. Psychosom. Res.* 1997; 43(4) 431-5.