



όλων των ανατομικών σχηματισμών απο τους οποίους αποτελείται η εν λόγω περιοχή.

Δεδομένης της ιδιαιτερότητας των διαφόρων περιοχών του προσώπου, της παρουσίας δηλ. διαφόρων ανατομικών στοιχείων και ιστών ,πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε ,η κάλυψη των ελειμμάτων τα οποία προκύπτουν από τη χειρουργική εξαίρεση των βλαβών ,να αποκαθιστά όλους τους ανατομικούς σχηματισμούς απο τους οποίους αποτελείται η εν λόγω περιοχή.

Οι διάφορες περιοχές του προσώπου μετωπιαία χώρα, άνω και κάτω βλέφαρα , περιοχή της ρινός, ώτα, άνω και κάτω χείλος ,παρείες αποτελούνται από διαφορετικά στοιχεία.

Οι διάφορες τεχνικές οι οποίες έχουν αναπτυχθεί, έχουν σαν στόχο να δώσουν τόσον τη δερματική κάλυψη, όσο και τη αποκατάσταση της συνέχειας των χόνδρινων και βλεννογόνιων στοιχείων.

Η επιλογή της καταλληλότερης λύσης γίνεται πάντοτε με γνώμονα το λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα αφού έχει εξασφαλιστεί η ογκολογικά ενδεικνυόμενη θεραπεία.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 16 ΜΑΡΤΙΟΥ 2007

ΑΙΘΟΥΣΑ «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

Β' ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ: ΤΙ ΝΕΩΤΕΡΟ;»

ΩΡΑ: 12.30-14.00

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΤΣΟΥΤΣΟΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ, ΚΟΜΝΙΝΑΚΗΣ ΣΤΡΑΤΟΣ

1. ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ: ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Καστανά Ουρανία

Πλαστικός Χειρουργός,

Επιμελήτρια Α', Πλαστική Χειρουργική Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός»

1. Εισαγωγή

Η συχνότητα των κατακλίσεων στις διάφορες μελέτες ποικίλει, εξαιτίας του αριθμού και του τύπου του δείγματος που επιλέγεται και της μεθόδου που εφαρμόζεται. Σε ασθενείς οξέων νοσημάτων ο δείκτης συχνότητας κυμαίνεται από 3% – 8%, σε χρόνιους ασθενείς 10% – 23%, ενώ στο γηριατρικό πληθυσμό το ποσοστό υπερβαίνει το 35%1.

Βέβαια, οι δείκτες αυτοί αλλάζουν και τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ασθενών των κατακλίσεων, πιθανώς εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού. Ενδεικτικά. Στη Μ. Βρετανία όπου έχουν γίνει πολλές μελέτες, από το 1960 έως το 1990 σε γενικά νοσοκομεία αναφέρονταν δείκτες από 4% – 9%, ενώ μετά το 1990 σε δύο έρευνες αναφέρθηκαν δείκτες 11,3% και 18,6%2.

Όσο αφορά το κόστος των κατακλίσεων είναι αναμενόμενο να είναι αρκετά υψηλό. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ το 1977 το κόστος αυτό υπολογίστηκε σε 100 εκατ. λίρες, το 1982 έφτασε τα 150 εκατ. λίρες, το 1988 διπλασιάστηκε σε 300 εκατ. λίρες και το 1993 εκτιμήθηκε ότι κυμαίνεται από 180 έως 321 εκατ. λί-

ρες2. Στην κυβερνητική έκδοση «Υγεία του Έθνους», που δημοσιεύθηκε το 1991, εκτιμήθηκε ότι το 6,7% από τους ενήλικους ασθενείς των νοσοκομείων θα εμφανίσει κατακλίσεις. Έτσι δόθηκε ο στόχος της μείωσης της εμφάνισης των κατακλίσεων5. Στην Ολλανδία, το 1999 δαπανήθηκε το 1% από το σύνολο των δαπανών για την υγεία στο πρόβλημα των κατακλίσεων.

2. Ελληνική πραγματικότητα

Όσο αφορά την Ελλάδα, δεν αναφέρονται πολλές μελέτες σε δείκτες συχνότητας κατακλίσεων. Πάντως, στο Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός» το 1984 βρέθηκε το ποσοστό 14,55% και την τριετία 1985 – 1987 ποσοστό 13,8%. Στο ίδιο νοσοκομείο, σε έρευνα του 2001, ο δείκτης βρέθηκε να είναι 3,18%. Επίσης, το 1992, σε έρευνα που αφορούσε δείγμα από 19 νοσοκομεία, ο δείκτης βρέθηκε να είναι ίσος με 6,8%2. Επιπλέον, στις 11 – 9 – 2001 στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», ο επιπολασμός των κατακλίσεων ήταν 12,6%.

Η Ελληνική Εταιρία Επούλωσης Τραυμάτων και Ελκών, προσαθώντας να συμβάλει στην καταγραφή του προβλήματος των κατακλίσεων στα ελληνικά νοσοκομεία, οργάνωσε μελέτη επιπολασμού κατακλίσεων σε 30 νοσοκομεία σε όλη την επικράτεια.

3. Σκοπός μελέτης επιπολασμού

Σκοπός της μελέτης επιπολασμού ήταν η καταγραφή της συχνότητας των κατακλίσεων των ασθενών ταυτόχρονα σε αρκετά νοσοκομεία, ώστε αυτά τα στοιχεία να συντελέσουν στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για το πρόβλημα των κατακλίσεων πανελλαδικά.

4. Υλικό – Μέθοδος

Η μελέτη επιπολασμού κατακλίσεων πραγματοποιήθηκε στις 19-20 Ιανουαρίου 2007 ταυτόχρονα σε 30 νοσοκομεία. Τα στοιχεία που καταγράφηκαν για κάθε ασθενή που παρατηρήθηκαν κατακλίσεις ήταν: αριθμός, στάδιο, περιοχή εντόπισης, χρόνος εμφάνισης, παρουσία παραγόντων κινδύνου, και ύπαρξη μέτρων πρόληψης των κατακλίσεων.

Το δείγμα αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στα γενικά νοσοκομεία που συμπεριλαμβάνονται στη μελέτη και σε όλα τα τμήματα εκτός των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού, Επειγόντων Ιατρείων, Εξωτερικών Ιατρείων, Χειρουργείων, Μαιευτικών και Παιδιατρικών Τμημάτων.

Το σύστημα σύστημα σταδιοποίησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτό που προτείνεται από την National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)9 των ΗΠΑ, το οποίο υιοθετήθηκε και από την Agency for Health Care Policy and Research AHCPR (σήμερα AHRQ) και την European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)10.

Για την διεξαγωγή της μελέτης ζητήθηκε επισήμως άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του κάθε Νοσοκομείου. Για την εισαγωγή οποιουδήποτε ασθενή στη μελέτη, ζητούντο η συγκατάθεση του ιδίου ή συγγενικού του προσώπου αφού είχε προηγηθεί ενημέρωση για τους σκοπούς της μελέτης.

5. Αποτελέσματα

Μέχρι στιγμής δεν έχει ολοκληρωθεί η επεξεργασία όλων των στοιχείων. Από την μέχρι τώρα επεξεργασία προκύπτει ότι οι δείκτες επιπολασμού κυμαίνονται από 2,23 έως 23,35%. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν χρησιμοποιούνταν κάποια κλίμακα εκτίμησης κινδύνου και σε όσα νοσοκομεία αυτό γινόταν, η πιο συχνή κλίμακα ήταν η Norton. Σχετικά με τα υποστηρικτικά συστήματα, σε μεγάλο ποσοστό στα ελληνικά νοσοκομεία υπάρχουν τα κοινά στρώματα και όχι εξειδικευμένα. Πέρα από τα ποσοτικά χαρακτηριστικά, αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετοί ασθενείς έχουν περισσότερες της μιας κατάκλισης, γεγονός που δείχνει την ανάγκη σύνθετης και απαιτητικής φροντίδας.

6. Συμπεράσματα

Γενικότερα, διαπιστώνεται ότι οι έρευνες επιπολασμού των κατακλίσεων, μπορούν να φανούν πολύ χρήσιμες στο κάθε νοσοκομείο, για να χρησιμοποιεί τα αντίστοιχα αποτελέσματα και να τα συγκρίνει με προηγούμενα, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να χρησιμοποιεί όλες τις πληροφορίες της έρευνας για να διαμορφώνει μια πιο αποτελεσματική πολιτική πρόληψης και αντιμετώπισης των κατακλίσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Good S.P. & Allman M. R. (1989). The Prevention and Management of Pressure Ulcers. Medical Clinics of North America. Vol. 73, No 6, p.p. 1511 – 1524.
2. Hanson R. (1997). Sore Points Sorted. Nursing Times. Vol. 93, No. 7
3. Land L. (1995). A Review of Pressure Damage prevention strategies. Journal of Advanced Nursing. Vol. 22, p.p. 329 – 337.
4. Leigh H.I. & Bennett G. (1994). Pressure Ulcers: Prevalence, Etiology and Treatment Modalities. The American Journal of Surgery. Vol. 167, No 1A (SUPPL), p.p. 25S – 30S.
5. Μερκούρης Α., Δημητρούλη Αικ., Γεωργαντά Ε., Ουζουνίδου Αικ. (2002). Αξιολόγηση των κατακλίσεων: Επιπολασμός και Αναγνώριση των Ασθενών σε Υψηλό Κίνδυνο. Νοσηλευτική. Τομ. 41, Τευχ. 2, σελ.197 – 205.
6. Πριάμη Μ., Λεμονίδου Χ., Μπροκαλάκη Η., Μερκούρης Α., Πλατή Χ. (1998). Συχνότητα και Βαρύτητα κατακλίσεων χρονίως πασχόντων σε Ιδρύματα. Πρακτικά 25ου ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ηράκλειο Κρήτης, 19 – 21 Μαΐου, σελ. 451 – 456.
7. Schoonhoven L. (2002). Prediction of pressure ulcers: problems and prospects. T hesis Utrecht University.
8. www.nruap.org
9. www.epuap.org

2. ΠΟΙΟ ΕΠΙΘΕΜΑ ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

Σ. Κοτζαμπασάκης

Αναπλ. Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής νοσοκομείου ΚΑΤ

Η σύγχρονη βιοτεχνολογία έχει εξοπλίσει τον γιατρό με πλούσιο οπλοστάσιο επιθεμάτων για κατακλίσεις. Σήμερα διαθέτουμε επιθέματα που κατασκευάζονται από ποικίλα υλικά, σε διάφορα σχήματα, αυτοκόλλητα ή όχι, εμποτισμένα με διάφορες θεραπευτικές ουσίες. Υπάρχουν επιθέματα που προορίζονται για τη θεραπεία των κατακλίσεων και άλλα που βελτιώνουν την

ποιότητα ζωής κατακεκλιμένων ή παραπληγικών ασθενών.

Ο μεγάλος αριθμός εξειδικευμένων, για κάθε περίπτωση, επιθεμάτων, πολλαπλασιάζει την αποτελεσματικότητά τους, υπό τον όρο να επιλέγεται το κατάλληλο επίθεμα, στη σωστή κατάκλιση του συγκεκριμένου ασθενούς.

3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ: ΠΟΙΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΣ, ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Ανδρέας Μ Γιακουμεπτής

Αν. Καθηγητής Πλαστικής Χειρουργικής ΔΠΘ

Η χειρουργική αντιμετώπιση των ελκών από κατάκλιση παραμένει ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα ακόμα και σήμερα, παρόλη την πρόοδο που έχει σημειωθεί στις μεθόδους της Πλαστικής Επανορθωτικής Χειρουργικής. Η γενική ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενούς και η κατάλληλη προετοιμασία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επιτυχίας, όπως βεβαίως και ο κατάλληλος χρονισμός, για την οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση. Η τελευταία βασίζεται κατ'αρχήν, στην εκτίμηση της σοβαρότητας της ιστικής βλάβης, με κλινικά και παρακλινικά αντικειμενικά κριτήρια. Η διαβάθμιση των Ελκών από Κατάκλιση κατατάσσει τις «κατακλίσεις» σε τέσσερις βαθμούς, από τους οποίους οι 3ος και 4ος αφορούν νέκρωση των ιστών κάτω από το χόριο, μέχρι και το υποκείμενο οστό. Οι ανήκοντες στις κατηγορίες αυτές ασθενείς είναι αυτοί για τους οποίους απαιτείται συνήθως ευρύς και επιμελής χειρουργικός καθαρισμός και σύγκλειση των τραυμάτων με κρημνούς σε ένα ή δύο χρόνους. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται στην εκάστοτε περίπτωση είναι αντικείμενο εξατομικευμένης επιλογής. Οι επεμβάσεις αυτές, πολύπλοκες και δύσκολες τεχνικά, προϋποθέτουν καλή γενική κατάσταση του ασθενούς, επαρκή προετοιμασία, κατάλληλες συνθήκες χειρουργείου και αναισθησιολογικής υποστήριξης, πείρα του χειρουργού και ικανοποιητικές συνθήκες μετεγχειρητικής φροντίδας. Η επιλογή της μεθόδου πρέπει να είναι ιδιαιτέρως προσεκτική και συνάμα με προοπτική, διότι παρόλα τα ανωτέρω, πρέπει ιδιαιτέρως να τονισθεί, ότι το ποσοστό υποτροπών παραμένει δυστυχώς υψηλό.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

Γιαννακίδου Μαρία

Προϊσταμένη ΤΕΠ

του Π.Γ.Ν « Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Οι κατακλίσεις αποτελούν μείζον πρόβλημα με υψηλή νοσηρότητα και δυσάρεστες οικονομικο-κοινωνικές συνέπειες. Η συνήθης θεραπευτική αντιμετώπιση των κατακλίσεων είναι η συντηρητική. Σε περίπτωση αποτυχίας των συντηρητικών μεθόδων, επιλέγεται η χειρουργική αντιμετώπιση.

Κυριότερες προϋποθέσεις και κριτήρια για την χειρουργική θεραπεία είναι η ηλικία (μικρότερη των εξήντα ετών), άτομα με ικανοποιητική αυτοεξυπηρέτηση, επαρκή ιστική αιμάτωση και καλή θρέψη.

Αντενδείξεις αποτελούν κυρίως η παχυσαρκία (ΔΜΣ>30 Kgr/m²), σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές και επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή.

Η νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει στην διατήρηση των απα-