

ρώθηκε η κλίμακα Braden, που βαθμολογεί 6 κριτήρια (αισθητικότητα, υγρασία, δραστηριότητα, κινητικότητα, διατροφή και δυνάμεις τριβής και διάτμησης).

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος αριθμός ελκών ανδρών και γυναικών ήταν:  $2,09 \pm 1,22$  και  $1,94 \pm 1,36$ , αντίστοιχα ( $p < 0,025$ ). Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι βρέθηκε αντίστροφη συσχέτιση του αριθμού των ελκών με το επίπεδο κινητικότητας ( $b = -0,702 \pm 0,368$ ,  $p < 0,05$ ), αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των ελκών και του Braden score ( $b = -0,145 \pm 0,045$ ,  $p < 0,002$ ) ενώ βρέθηκε θετική συσχέτιση με τις δυνάμεις τριβής και διάτμησης ( $b = 0,499 \pm 0,236$ ,  $p < 0,04$ ). Στην μη παραμετρική συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας των κατακλίσεων στον κόκκυγα και του Braden score βρέθηκε αρνητική συσχέτιση (Spearman's rho =  $-0,239$   $p < 0,05$ ) ενώ το ίδιο βρέθηκε και μεταξύ της πτέρνας (δε) και του Braden score (Spearman's rho =  $-0,332$   $p < 0,007$ ).

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι το score και κυρίως το κριτήριο της κινητικότητας της Braden σχετίζεται με την βαρύτητα των κατακλίσεων (αριθμός και εντοπίσεις – στάδιο), ενώ διαπιστώνεται παράδοξη σχέση με το κριτήριο των δυνάμεων τριβής και διάτμησης. Αν και τα αποτελέσματα ενθαρρύνουν τη χρήση της Braden για παραπέρα λήψη μέτρων σε ασθενείς που ήδη έχουν κατακλίσεις, χρειάζεται εκτενέστερη διερεύνηση το θέμα.

### 3. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Γκρεμούτης Γ., Ζαπαντιώτη Π., Παπαδόπουλος Στ., Οικονόμου Θ., Κυριοπούλου Ε., Μπρούμη Π., Τσούτσος Δ.

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής - Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων

“Ι. Ιωάννοβιτς”

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “Γ. Γεννηματάς”

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των τρόπων χειρουργικής αποκατάστασης των κατακλίσεων. Η επιλογή των μεθόδων πραγματοποιήθηκε βάσει διαφόρων κριτηρίων, όπως το είδος, το στάδιο και της θέσης των κατακλίσεων, λαμβάνοντας υπόψη και την κλινική κατάσταση του ασθενούς.

**Ασθενείς και μέθοδοι:** Στην κλινική μας, κατά την τελευταία 5ετία, υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση κατακλίσεων 22 ασθενείς (12 άνδρες και 10 γυναίκες), με ηλικία που κυμαίνονταν από 21 έως 67 έτη. Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 24 κατακλίσεις (2 ασθενείς έφεραν από 2 κατακλίσεις). Οι περιοχές εντόπισης των κατακλίσεων ήταν οι εξής: ισχιακό κύρτωμα (10 περιπτώσεις), γλουτός (2 περιπτώσεις), ιεροκοκκυγική χώρα (2 περιπτώσεις), κόκκυγας (5 περιπτώσεις), περίνεο (1 περίπτωση), και μείζον τροχαντήρας (4 περιπτώσεις).

Η αποκατάσταση των κατακλίσεων πραγματοποιήθηκε με χειρουργικό καθαρισμό του θύλακα και των νεκρωμένων ιστών και σύγκλιση με τις εξής μεθόδους: τον μισχωτό κρημό του τείνοντος την πλατεία περιτοπία μύς (T.F.L.) (2 περιπτώσεις), τον μισχωτό προσθιοπλάγιο κρημό του μηρού (A.L.T.) (1 περίπτωση), τον κρημό των διαπυρραϊνών της κάτω γλουτιαίας αρτηρίας (I.G.A.P.) (1 περίπτωση), τον κρημό του μείζονος γλουτιαίου μύς (3 περιπτώσεις), τοπικοί μεταθετοί κρημοί (11 περιπτώσεις) και απλή συρραφή κατά στρώματα (6 περιπτώσεις).

**Αποτελέσματα:** Στους περισσότερους ασθενείς τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά, με πλήρη επούλωση των κατακλίσε-

ων. Σε 2 μόνο ασθενείς παρατηρήθηκε μερική διάσπαση του τραύματος που αντιμετωπίστηκε με χειρουργικό καθαρισμό και επανασυρραφή.

**Συμπεράσματα:** Η εμπειρία του χειρουργού, η ανάπτυξη σύγχρονων μεθόδων επανορθωτικής χειρουργικής και η κατάλληλη επιλογή των ασθενών και της ενδεικνυόμενης τεχνικής αποκατάστασης αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβαση της χειρουργικής αντιμετώπισης των κατακλίσεων.

### 4. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΤΟ Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Ν. Ξηρός, Ι. Πλιάκος, Κ. Ιωαννίδης, Ε. Κωτίδης, Α. Πολίτου, Ν. Δεληγιαννίδης, Ο. Γαμβρός

Γ' Χειρουργική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Η συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων από δύο διαφορετικές καταγραφές, του επιπολασμού των κατακλίσεων στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

**Υλικό – Μέθοδοι:** Έγινε καταγραφή των κατακλίσεων όλων των νοσηλευόμενων στο Νοσοκομείο μας, σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές που απείχαν δύο έτη μεταξύ τους, η πρώτη στις 15/01/2005 και η δεύτερη στις 19/01/2007. Καταγράφηκε ο αριθμός των ασθενών με κατακλίσεις, το φύλο, η ηλικία τους, οι προδιαθεσικοί παράγοντες (σύμφωνα με την κλίμακα Norton) καθώς και ο αριθμός, ο βαθμός, η έκταση και η εντόπιση των βλαβών. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων διενεργήθηκε με το πρόγραμμα SPSS 11.5 (Chicago, IL).

**Αποτελέσματα:** Στη πρώτη καταγραφή βρέθηκαν 27 (44% γυναίκες, 56% άνδρες) ασθενείς και στη δεύτερη 20 ασθενείς (25% γυναίκες, 75% άνδρες) με 47 και 30 κατακλισιακές βλάβες αντίστοιχα. Η μέση ηλικία τους ήταν 62,4 και 70,1 έτη και η μέση τιμή της κλίμακας Norton ήταν 12,10 και 11,45 αντίστοιχα. Η μέση έκταση των κατακλίσεων ήταν 46,91 cm<sup>2</sup> και 11,3 cm<sup>2</sup> αντίστοιχα, ενώ η εντόπιση των κατακλίσεων δεν παρουσίασε αξιόλογες αποκλίσεις. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψαν σημαντικές διαφορές στον αριθμό των ασθενών ( $p = 0,001$ ) και στην έκταση των κατακλίσεων ( $p = 0,0001$ ). Τέλος, παρατηρήθηκε μείωση του αριθμού των κατακλίσεων 4ου βαθμού.

**Συμπεράσματα:** Η διαφορά που προκύπτει μεταξύ των δύο καταγραφών μπορεί να είναι τυχαίο γεγονός, αλλά ευελεπτούμε ότι απέδωσαν τα προληπτικά και θεραπευτικά μέτρα που άρχισαν να εφαρμόζονται στο Νοσοκομείο μας στο χρονικό διάστημα (δύο έτη) μεταξύ των δύο καταγραφών.

### 5. ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Σ. Χλαπουτάκης, Θ. Κόνωνας, Ν. Σφύρας, Ι. Τόλιος, Ν. Νούτσος, Β. Βογιατζόγλου

Α' Καρδιοχειρουργική κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Οι κατακλίσεις αποτελούν σοβαρό πρόβλημα σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, που παρατηρούνται σε ποσοστό που κυμαίνεται από 9.2% μέχρι και 38 % των ασθενών. Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την ανάπτυξη οξέων κατακλίσεων και προσπαθούμε να αναλύσουμε τους παράγοντες που σχετίζονται με την αυξημένη συχνότητα των κατακλίσεων σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς.

**Υλικό Μέθοδος:** Κατά την διάρκεια ενός έτους(1999), μελετή-



θηκαν 42 ασθενείς που χειρουργήθηκαν για στεφανιαία νόσο ή βαλβιδοπάθεια και οι οποίοι ανέπτυξαν κατακλίσεις. Εξ αυτών, οι 25 ήταν άνδρες και οι 17 γυναίκες. Μελετήθηκαν διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη κατακλίσεων σε τέτοιους ασθενείς και καταγράφηκε η θερμομετρική διαφορά μεταξύ δέρματος γλουτού και ορθού.

**Αποτελέσματα:** 42 ασθενείς (10%) παρουσίασαν κατακλίσεις I, II, III βαθμού. Εξ αυτών, 7 (16.6%) παρουσίαζαν αναπνευστική ανεπάρκεια και παραμονή στον αναπνευστήρα >7 ημερών, 8(19.09%) χαμηλή καρδιακή παροχή, 5(11.90%) είχαν ενδοαρτρική αντλία, 20(47.61%) ελάμβαναν ινóτροπα από 2 μέχρι 5 ημέρες, 12(28.57%) έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και 10(23.80%) παρέμειναν κλινίρεις >7 ημερών.

**Συμπεράσματα:** Ο σακχαρώδης διαβήτης, η αναπνευστική ανεπάρκεια, η μειωμένη καρδιακή παροχή, η χρήση ινοτρόπων, ο κλινιστατισμός και η υποθερμία αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κατακλίσεων σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς. Η πρόληψη με την χρήση κυλιομένων αεροπληθών στρωμάτων και η σχολαστική νοσηλευτική φροντίδα συμβάλλουν στην μείωση των κατακλίσεων στους ευπαθείς καρδιοχειρουργημένους ασθενείς.

#### 6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΕΣ ΜΕ ΣΤΡΩΜΑΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ Ή ΧΑΜΗΛΑ ΕΝΑΛΛΑΣΣΟΜΕΝΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Ο. Καστανά, Μ. Γεωργακοπούλου, Γ. Ρέμπελος, Χρ. Αποστόλου\*, Ανθ. Θεοδωρή\*, Δ. Αλεξάκης.

Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής

\*Νοσηλευτική Υπηρεσία

Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός"

#### ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ένα από τα βασικά μέτρα πρόληψης των κατακλίσεων είναι η άρση ή η μείωση της πίεσης. Οι μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, στα πλαίσια της πρόληψης των κατακλίσεων είχαν σαν αποτέλεσμα την δημιουργία ειδικών στρωμάτων που είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να αγκαλιάζουν το σώμα του ασθενούς, αναδιανέμοντας και μειώνοντας την ασκούμενη πίεση.

#### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενείς με βαρέα εγκαύματα, θερμικά ή ηλεκτρικά, με μέσο όρο ηλικίας 52 έτη και μέσο όρο νοσηλείας 3 μήνες, που νοσηλεύτηκαν στο τμήμα εγκαυμάτων της Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής του Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός", δεν παρουσίασαν κατακλίσεις, παρά του επιπρόσθετους επιβαρυντικούς παράγοντες για τη δημιουργία κατακλίσεων.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η χρήση ειδικών στρωμάτων χαμηλής ή χαμηλά εναλλασσόμενης πίεσης είναι πολύ σημαντική για τους εγκαυματίες, που συνήθως έχουν παρατεταμένη νοσηλεία, αυξημένη υγρασία από τα υγρά του εγκαυμάτος, ακινησία λόγω του πόνου, καταβολισμού, παράγοντες που ευοδώνουν την εμφάνιση των κατακλίσεων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εμφάνιση των κατακλίσεων στους ασθενείς και ειδικά στους εγκαυματίες επιπλέκει τη νόσο, επιβαρύνει τη γενική κατάσταση των ασθενών, επιμηκύνει το χρόνο νοσηλείας, αυξάνοντας σημαντικά το κόστος νοσηλείας.

Η νοσηλεία των εγκαυματιών σε ειδικά στρώματα πρόληψης κατακλίσεων είναι πολύ σημαντική γι' αυτούς καθώς και για το

νοσοκομειακό σύστημα γενικά, που τόσο λιγότες εγκαυματικές κλίνες διαθέτει.

### ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2007

**ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»**

**ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: «ΕΓΚΑΥΜΑ»**

**ΩΡΑ: 8.00-9.00**

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΚΟΥΛΕΡΜΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ, ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

#### 1. Η ΤΟΠΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΕΠΤΙΝΗΣ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΓΕΝΝΕΣΗ ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Λιαπάκης Ι.<sup>2</sup>, Αναγνωστούλης Σ<sup>1</sup>, Λαμπροπούλου Μ.<sup>3</sup>, Κόκκαλης Γ.<sup>2</sup>, Καραγιαννάκης Α.<sup>1</sup> Αθανασίου ΑΘ.<sup>2</sup>, Σιμόπουλος Κ.<sup>1</sup>

- (1) Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
- (2) Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής, Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», Αθήνα
- (3) Τμήμα Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

**Εισαγωγή:** Η λεπτίνη είναι ένας αγγειογενετικός παράγοντας που in vitro προάγει την μετανάστευση και ενεργοποίηση των ενδοθηλιακών κυττάρων και in vivo την αγγειογένεση, οδηγώντας στην δημιουργία νέων αγγείων.

**Αντικείμενο της μελέτης:** Το αποτέλεσμα από την τοπική χορήγηση ανθρώπινης ανασυνδυασμένης λεπτίνης στην επούλωση ολικού πάχους εγκαυμάτων σε ποντίκια.

**Υλικά και μέθοδοι:** 63 αρσενικά Sprague-Dawley ποντίκια χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη. Δημιουργήθηκε ένα ολικού πάχους έγκαυμα με ηλεκτροδιαθερμία στην ραχιαία επιφάνεια των ποντικών. Το εύρος της ακίδας ήταν 0.3 cm, το μήκος της 2 cm και η συσκευή ρυθμίστηκε στο "cut modulation".

Τα ποντίκια χωρίστηκαν σε 7 ομάδες των 9 ζώων η καθεμία. Στις εγκαυματικές επιφάνειες χορηγήθηκε ανασυνδυασμένη λεπτίνη και τα ζώα θυσιάστηκαν 3, 7 και 9 ημέρες μετά την επέμβαση. Κάθε ομάδα αποτελούνταν από 3 ζώα για τις διαφορετικές ημέρες θανάτωσης. 3 διαφορετικές δόσεις λεπτίνης χρησιμοποιήθηκαν: 250 pg/ml, 500 pg/ml and 1000 pg/ml. Για καθεμία από τις 3 δόσεις λεπτίνης άλλη μία ομάδα χρησιμοποιήθηκε, με χορήγηση λεπτίνης-αντιλεπτίνης με σκοπό να μελετήσει την αναστολή του παράγοντα της λεπτίνης. 9 ποντίκια αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου, με χορήγηση 0.3 ml διαλύματος water for injection (WFI) και θυσιάστηκαν 3, 7 και 9 ημέρες μετά.

Οι εγκαυματικές επιφάνειες παρασκευάστηκαν για ιστολογική εξέταση. Μια ποιοτική ανάλυση της νεοαγγειογένεσης πραγματοποιήθηκε, ακολουθώντας χρώση με αιματοξυλλίνη/ηροσίνη. Περαιτέρω ανάλυση έγινε με ανοσοϊστοχημεία.

**Αποτελέσματα:** Μετά την θανάτωση των ζώων το δέρμα εξετάστηκε για την εμφάνιση το χρώμα και την σύσταση του. Τα δείγματα από τις εγκαυματικές επιφάνειες από κάθε ομάδα εξετάστηκαν με βάση την πυκνότητα των μικροαγγείων τους "microvessel density (MVD)". Σε όλα τα ενδοθηλιακά κύτταρα, έγινε ανοσοϊστοχημεία anti-rat CD 34 αντίσωμα.

Η μεγαλύτερη εμφάνιση νέων αγγείων για τις 3 διαφορετικές δόσεις της λεπτίνης παρατηρήθηκε 7 ημέρες μετά την χορήγηση