

tes Care 2002; 25: 570-574.

11. Centers for Disease Control and Prevention. History of foot ulcer among persons with diabetes- United States, 2000-2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2003; 52: 1098-1102.

12. Manes C, Papazoglou N, Sassidou E et al. Prevalence of diabetic neuropathy and foot ulceration: identification of potential risk factors- a population- based study. Wound 2002; 14:11-15.

13. Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, Trendwell J, Boulton AJM. Predictive value of foot pressure assessment as part of population based diabetes disease management program. Diabetes Care 2003; 26(4): 1069-1073.

14. Moss SE, Klein R, Klein BEK. The prevalence and incidence of lower extremity amputation in a diabetic population. Arch Inter Med 1992; 152: 610-616.

15. Ramsey SD, Newton K, Blough D et al. Incidence, outcomes and cost of foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care 1999; 22:382-387.

16. Malgrane D, Richard JL, Leymarie. Screening diabetic patients at risk for foot ulceration. A multi-center hospital-based study in France. Diabet Metab 2003; 29: (3): 261-268.

17. Rith-Najarian SJ, Stolusky T, Godhes DM. Identifying diabetic patients at high-risk for lower extremity amputation in a primary health care setting. A prospective evaluation of simple screening criteria. Diabetes Care 1992; 15: 1386-1389.

18. Walters DP, Gatling W, Mulle MA, et al. The distribution and severity of diabetic foot disease: a community study with comparison to a non-diabetic group. Diabet Med 1994; 11: 480-484.

19. Βογιατζόγλου Δ. και συν. Εμπειρία 9χρονης λειτουργίας ιατρείου μελέτης-θεραπείας διαβητικού ποδιού. Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επούλωσης Τραυμάτων και Ελκών 2007, Προφορικές Ανακοινώσεις σελ. 63.

3. ΑΤΟΝΑ ΕΛΚΗ- ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Διαμάντη Σοφία

Επισμηναγός (ΥΝ), 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Τα άτονα έλκη εμφανίζονται συνήθως στην περιοχή των ποδιών και μπορεί να οφείλονται σε αρτηριακή ανεπάρκεια, φλεβική ανεπάρκεια, διαβητική νευροπάθεια, άλλη αιτιολογία ή συνδυασμό των παραπάνω αιτιών. Γνωρίζοντας το αίτιο εμφάνισης και τα χαρακτηριστικά κάθε έλκους ανάλογα με την αιτιολογία τους μπορούμε να οργανώσουμε την κατάλληλη θεραπεία ώστε να επιτύχουμε την πλήρη επούλωση του έλκους. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία του έλκους η συντηρητική θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την χρήση επιθεμάτων τοπικά με σκοπό την προαγωγή της διαδικασίας επούλωσης.

Τα Φλεβικά έλκη εμφανίζονται συχνότερα στην περιοχή της ποδοκνημικής άρθρωσης, παράγουν περισ-

σότερο εξιδρώμα από τα άλλα άτονα έλκη και το περίγραμμά τους δεν είναι ομοιόμορφο. Σε αυτά τα έλκη η διαχείριση του εξιδρώματος στην αρχή της θεραπείας αποτελεί πρωτεύοντα στόχο επιλέγοντας επιθέματα με μέτρια ή υψηλή απορροφητικότητα. Η ταυτόχρονη πιεστική εξωτερική επίδεση, συνεχής ή διακεκομμένη, μπορεί να βοηθήσει στην επούλωση ενός φλεβικού έλκους, συμπιέζοντας τις επιφανειακές φλέβες και βελτιώνοντας την κυκλοφορία του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος.

Τα αρτηριακά έλκη μπορεί να είναι επώδυνα, με μικρή παραγωγή εξιδρώματος η οποία λόγω της περιφερικής αρτηριακής ανεπάρκειας στεγνώνει επιπλέον το έλκος. Η επιλογή του επιθέματος θα πρέπει να στοχεύει στην διατήρηση του έλκους υγρού. Στην περίπτωση φλεγμονής ή εμφάνιση γάγγραινας πρέπει το έλκος να διατηρείται στεγνό. Όλα αυτά θα πρέπει να γίνονται σε συνδυασμό με επιλογή χειρουργικής θεραπείας για αποκατάσταση της αρτηριακής ανεπάρκειας.

Τα διαβητικά έλκη οφείλονται συνήθως στην διαβητική νευροπάθεια η οποία συχνά συνυπάρχει με περιφερική αγγειοπάθεια. Συνήθως εμφανίζονται σαν βαθιά νεκρωτική περιοχή με μικρή ή μέτρια παραγωγή εξιδρώματος ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι τοπικής φλεγμονής. Η αφαίρεση της νεκρωτικής εσχάρας αποτελεί πρωταρχικό σκοπό ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία της επούλωσης σε συνδυασμό με την σωστή διαχείριση του εξιδρώματος και της φλεγμονής.

Ανάλογα λοιπόν με την αιτιολογία του έλκους θα πρέπει να επιλέγεται η κατάλληλη συντηρητική θεραπεία, τόσο τοπικά όσο και σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση των αιτιών με τελικό σκοπό την πλήρη επούλωση του έλκους.

4. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΛΚΩΝ

Γραββάνης Ανδρέας

Επιμελητής Β΄ Πλαστικής Χειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων Ι. Ιωάννοβιτς, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Η αντιμετώπιση των χρόνιων τραυμάτων συχνά απαιτεί χειρουργική παρέμβαση η οποία καθορίζεται από την αιτιολογία και φύση του έλκους. Ο εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός και ο έλεγχος του μικροβιακού πληθυσμού με ή χωρίς εφαρμογή θεραπείας αρνητικής πίεσης αποτελεί το πρώτο στάδιο και ακρογωνιαίό λίθο της αντιμετώπισης. Η σύγχρονη επανορθωτική κλίμακα έχει αναπροσαρμοστεί με βάση την παθοφυσιολογία της βλάβης και νοσηρότητα από την σχεδιαζόμενη επέμβαση. Η μεταφορά κρημών διαπιπραινουσών αρτηριών για κάλυψη ελλειμμάτων κατακλίσεων αποτελούν σήμερα την μέθοδο εκλογής, ιδιαίτερα σε περιπατικούς ασθενείς. Σε αγγειακής αιτιολογίας χρόνια έλκη απαιτείται κοινός σχεδιασμός και αντιμετώπιση από αγγειοχειρουργούς και πλαστικούς χειρουργούς. Η θέση του αγγειοχειρουργού είναι να επιλέξει τους ασθενείς με φλεβικό έλκος οι οποίοι

θα επωφεληθούν από απολίνωση διαιτηρικών φλεβών και ασθενείς με αρτηριακή ανεπάρκεια που θα επωφεληθούν από αγγειακή παράκαμψη. Ο ρόλος του πλαστικού χειρουργού είναι να επιλέξει την κατάλληλη μέθοδο κάλυψης του ελλείμματος (δερματικό μόσχευμα, τοπικός κρημνός διαιτηρικών αρτηριών, ελεύθερος δερματικός ή μυϊκός κρημνός). Κρημνοί διαιτηρικών αρτηριών έχουν θέση στην κάλυψη χρονίων ελκών αγγειακής αιτιολογίας στο ίδιο στάδιο με την αρτηριακή παράκαμψη, ενώ ελεύθεροι μυϊκοί κρημνοί φαίνεται να εξασφαλίζουν καλύτερο αποτέλεσμα σε διαβητικής αιτιολογίας ελλείμματα. Η μεταφορά ελεύθερων κρημνών σε αυτές τις ομάδες ασθενών έχει μειώσει αισθητά το ποσοστό ακρωτηριασμών, εξασφαλίζοντας αποδεκτά λειτουργικά αποτελέσματα.

5. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Καλοφυσσούδης Ιωάννης

Νοσηλεύτης ΤΕ, MBA, MSC, Διευθυντής ποιότητας και εκπαίδευσης Νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», Διευθυντής Νοσηλευτικών Υπηρεσιών «ΕΝ' ΟΙΚΩ»

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον έχει ως βασικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής από μων κάθε ηλικίας που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα κοινωνικά προβλήματα υγείας και χρήζουν εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Απευθύνεται σε άτομα: (α) μη αυτεξυτηρετούμενα εξ' αιτίας προβλημάτων υγείας, (β) που διανύουν την τρίτη ή τέταρτη ηλικία, (γ) που χρειάζονται φροντίδα λόγω κοινωνικών προβλημάτων ή πρόσκαιρων παθήσεων ή χρονίων νοσημάτων, (δ) που χρειάζονται φροντίδα μετά από θεραπεία σε κρατικά ή ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα (αποκατάσταση – rehabilitation) και (ε) ασθενείς τελικού σταδίου αθεράπευτης νόσου που χρήζουν ειδικής θεραπείας (καταπραυντικής=palliative) και φροντίδας της διατροφής τους.

Στην παρούσα ανακοίνωση αναλύονται οι τρόποι πρόσβασης σε υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας στα μοντέρνα συστήματα υγείας είναι οι ακόλουθοι: 1) Ο ασθενής παραπέμπεται από τον οικογενειακό ιατρό εφόσον διαπιστωθεί τέτοια ανάγκη. 2) Ο ασθενής απευθύνεται σε μια μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συνήθως στο κέντρο υγείας για κάποιο πρόβλημα υγείας και εκεί αποφασίζεται ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι. 3) Ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και μετά την έξοδό του συνεχίζεται η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. 4) Ο κοινοτικός νοσηλεύτης, η οικογένεια, ή η κοινότητα διαπιστώνει ότι ένα άτομο έχει κάποιο πρόβλημα και ζητά την παρέμβαση της αρμόδιας υπηρεσίας.

Επίσης γίνεται αναφορά στην κατάσταση που υπάρχει σήμερα σχετικά με την κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα, όπως η έλλειψη δομών και το συνεχόμενα

αυξημένο κόστος υπηρεσιών υγείας δημιουργεί την ανάγκη κάλυψής τους από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Με αρχές βασισμένες στην ποιότητα και τη διαφάνεια των υπηρεσιών και του κόστους τους, στην ασφάλεια του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας και στη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, η προσφορά νοσηλευτικών υπηρεσιών κατ' οίκον προσφέρει εναλλακτικές εξατομικευμένες λύσεις σε χρόνια προβλήματα υγείας.

Στην ομιλία συμπερασματικά θα αναφερθούμε στα θεραπευτικά σχήματα τα οποία και προσφέρονται υπό μορφή βάσης υπηρεσιών και τα οποία περιλαμβάνουν: παρεντερική φροντίδα (φαρμακευτική αγωγή, ενδοφλέβια διαλύματα, διατροφή, συστήματα χορήγησης), εντερική διατροφή, τεχνητό αερισμό, φροντίδα στομίας, κατακλίσεις, θεραπεία γονιμότητας και διαχείριση χρόνιου πόνου.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, 03 ΑΠΡΙΛΙΟΥ

Β' ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΠΟΝΟΣ

ΑΙΘΟΥΣΑ «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΧΑΤΖΗΚΑΛΗΣ ΜΑΪΚ,

ΝΤΟΥΛΑ ΜΑΡΙΑ

ΩΡΑ: 10.00 - 11.00

1. ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΤΡΑΥΜΑ

Γκλινάβου Ανδρομάχη,

Αναπληρώτρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού τμήματος, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Κατά τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι στην εκτίμηση και αντιμετώπιση του οξέος πόνου. Ιδιαίτερα τα δέκα έως είκοσι τελευταία χρόνια έχουν γίνει μεγάλες μεταβολές και έχουν εισαχθεί νέες τεχνικές χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων (π.χ. ελεγχόμενη από τον ασθενή επισκληρίδιος αναλγησία), η χρήση νεότερων φαρμάκων καθώς και ο συνδυασμός τους με άλλα παλαιότερα σαν ένα μέρος πολυπαραγοντικής αναλγησίας, καθώς επίσης και η ίδρυση υπηρεσιών οξέος πόνου. Η διαχείριση του οξέος πόνου στην κλινική πράξη θα πρέπει να βασίζεται στις καλύτερα διαθέσιμες αποδείξεις. Κατά το παρελθόν πολλοί γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό πίστευαν ότι ο πόνος είναι ένα φυσικό και αποδεκτό φαινόμενο της χειρουργικής και του τραύματος. Αντίθετα σήμερα είναι γνωστό ότι ο αθεράπευτος σοβαρός οξύς πόνος, συνδυαζόμενος με τη φυσιολογική απάντηση στο τραύμα γνωστή ως απάντηση στο stress, έχει έναν αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών θα μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές όπως η ισχαιμία μυοκαρδίου ή το έμφραγμα και η πνευμονία.

Ειδικότερα θα αναφερθούμε στον οξύ μη χειρουργικό πόνο, όπως τα εγκαύματα και το τραύμα του νωτιαίου μυελού.