

Η επισκόπηση του δέρματος παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες τόσο για την εκτίμηση του ασθενή όσο και για την πρόληψη των κατακλίσεων.

1. Η εκτίμηση του δέρματος γίνεται με την επισκόπηση του δέρματος του ασθενή ανά τακτά χρονικά διαστήματα, σε καθημερινή βάση.

2. Κατά τη βασική εκτίμηση του δέρματος πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Οστικές προεξοχές (κόκκυγας, πτέρνες, τροχαντήρες, αγκώνες, σφυρά) ώστε να αναγνωρίζονται έγκαιρα σημεία ιστικής βλάβης.
- Αναγνώριση της κατάστασης του δέρματος (ξηρότητα, διάσπαση, ερύθημα, διαβροχή, ευθραυστότητα, αυξημένη θερμοκρασία, σκλήρυνση).

3. Όλες οι αλλαγές που παρατηρούνται κατά την εκτίμηση του δέρματος, πρέπει να καταγράφονται.

4. Η φροντίδα του δέρματος πρέπει να περιλαμβάνει:

- Το υγιές δέρμα να καθαρίζεται και να ενυδατώνεται επαρκώς.
- Η καθαριότητα να γίνεται με χλιαρό νερό και ήπια καθαριστικά.
- Αντενδείκνυται το υπερβολικό τρίψιμο.
- Η καθαριότητα πρέπει να λαμβάνει χώρα κάθε φορά που αυτό απαιτείται και σε καθημερινή βάση.
- Συστήνεται η χρήση μη αλκοολούχων ενυδατικών παραγόντων.

Γ. Τοποθέτηση – Μετακίνηση Ασθενή

Οι παρεμβάσεις για τη μείωση της πίεσης στις οστικές προεξοχές είναι υψίστης σημασίας. Μία σημαντική τέτοια παρέμβαση είναι η κατάλληλη τοποθέτηση με διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενή.

1. Για την τοποθέτηση τηρείται ο «κανόνας των 30ο».

- Ύπτια θέση με ανύψωση κεφαλής στις 30°
- Πλάγια θέση με κλίση σε 30°

2. Χρήση μέσων για ανακούφιση από την πίεση.

- Μαξιλάρια και αφρώδη μέσα (π.χ. γωνίες) κυρίως σε σημεία οστικών προεξοχών.

- Αντενδείκνυται οι δακτυλιοειδείς συσκευές «κουλούρες» και τα γάντια φουσκωμένα με αέρα ή νερό.

3. Καθιστική θέση

Για την τοποθέτηση του ασθενή σε καθιστική θέση ή των ατόμων που χρησιμοποιούν τροχήλατα αμαξίδια, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:

- Ανακατανομή του βάρους με εκπαίδευση του ασθενή
- Ευθυγράμμιση του κορμού
- Υποστήριξη του άκρου πόδα
- Χρήση ειδικών μέσων ανακούφισης (μαξιλάρια).

4. Προστασία πτερνών

- Πρέπει να τοποθετούνται λεπτά μαξιλάρια κάτω από τις γάμπες για την ανύψωση των πτερνών του ασθενή έτσι ώστε αυτές να μην ακουμπούν στην υποστηρικτική επιφάνεια.

5. Μετακίνηση Ασθενή

Είναι σημαντικό να αποφεύγεται ο μηχανικός τραυματισμός του δέρματος από τριβή και αποσπαστικές δυνάμεις κατά τη διάρκεια της μετακίνησης.

- Το κλειδί είναι η επάρκεια προσωπικού.

- Χρήση βοηθητικών συσκευών: ειδικό σεντόνι μετακίνησης, σανίδες μεταφοράς, μηχανήματα ανύψωσης ασθενών κλπ.

- Χρήση ξηρών λιπαντικών ή εφαρμογή διαφανών επιθεμάτων προστασίας.

Δ. Αλλαγή Θέσης

Η αλλαγή θέσης πρέπει να γίνεται συχνά και λαμβάνοντας υπόψη τη γενικότερη κατάσταση του ασθενή.

1. Πρέπει να τηρείται σχέδιο αλλαγής θέσης για τους κληήρεις ασθενείς.

2. Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για τη συχνότητα της αλλαγής θέσης, αλλά υποστηρίζεται ότι παραμονή στην ίδια θέση δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 2 ώρες.

Ε. Διατροφή

Η επαρκής θρέψη είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της ακεραιότητας των ιστών.

1. Οι δείκτες εκτίμησης της διαταραχής της θρέψης είναι:

- Απότομη απώλεια βάρους
 - Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής
 - Μειωμένη τιμή αλβουμίνης/τρανσφερίνης ορού αίματος
2. Ο ασθενής έχει ανάγκη καθημερινά 30-35 kcal/kg βάρους σώματος με 1-1,5 g/kg/ημέρα πρωτεΐνη και 1 ml υγρών / kcal / ημέρα.

3. Προτιμάται η κάλυψη των θρεπτικών αναγκών με τη σίτιση από το στόμα, όμως όταν αυτό δεν είναι εφικτό, μπορεί να χρησιμοποιηθεί εντερική ή/και παρεντερική σίτιση.

ΣΤ. Εκπαίδευση

Στόχος της εκπαίδευσης είναι να βελτιώσει την έκβαση των ασθενών σε κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων.

1. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει:

- να είναι δομημένα, οργανωμένα και κατανοητά από επαγγελματίες υγείας, ασθενείς και συγγενείς.
- να αναθεωρούνται σε τακτική βάση σύμφωνα με την πιο πρόσφατη, διαθέσιμη και καλύτερη τεκμηρίωση.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

1. <http://www.epuap.org/glp/eprevention.html>
2. <http://www.epuap.org/guidelines/index.html>
3. http://www.npuap.org/PU_Prev_Points.pdf
4. http://www.rcn.org.uk/___data/assets/pdf_file/0003/109839/002166.pdf
5. Poyal College of Nursing (2001). Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention: Recommendations. www.rcn.org.uk
6. www.nhshealthquality.org

2α. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Καλεμικεράκης Ιωάννης,

Καθηγητής Εφαρμογών Νοσηλευτικής Β' ΑΤΕΙ Αθηνών

Νεότερες τεχνολογίες, τεχνικές και υλικά στην συντηρητική αντιμετώπιση των ελκών .

- Υπερβαρικό οξυγόνο

- VAC
- Growth factors
- Επιθέματα υγρής μεθόδου φροντίδας

Υπερβαρικό οξυγόνο

Αποτελεσματικό

- Μετακτινικές νεκρώσεις
- Συρίγγια κεφαλής και τραχήλου
- Νόσος Fournier

Αμφιλεγόμενη αποτελεσματικότητα

- Διαβητικά έλκη κάτω άκρων

Μη αποτελεσματικό

- Εγκαύματα

Vacuum Assisted Closure (VAC)

- Ενθαρρυντικά αποτελέσματα κυρίως σε κατακλίσεις

Μειονεκτήματα

- Ακινητοποίηση ασθενή
- Αδυναμία εφαρμογής σε όλες τις περιοχές
- Κόστος συσκευής

Growth Factors

Εξωγενείς

- PDGF (becablermin)
- CSF (myelogen)

Αυτόλογοι

- Τα ενθαρρυντικά αλλά όχι εντυπωσιακά αποτελέσματα κατά την κλινική εφαρμογή αποδίδονται α) στην όχι πλήρη γνώση των μηχανισμών της επούλωσης β) στην αδυναμία χρήσης αυτών των παραγόντων με σωστή αλληλουχία γ) στη χορήγηση τους σε ακατάλληλο χρόνο

Σύγχρονα Επιθέματα

- Υδροκολλοειδή (hydrocolloids Dressings)
- Αλγηνικά (Alginate dressings)
- Αφρώδη (Foams Dressings)
- Υδροτριχοειδικά (Hydrocapillary)
- Απλές μεμβράνες
- Υποκατάστατα δέρματος (Synthetic skin substitutes)

και Επιθέματα με κολλαγόνο (Collagen wound dressings)

- Απολεπιστικοί παράγοντες (Debriding agents)
- Επιθέματα με αντιμικροβιακούς παράγοντες (Antimicrobial dressings)
- Αναλγητικά επιθέματα (Pain Reliving Dressings)

Τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των σύγχρονων επιθεμάτων

- Από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, διαπιστώνεται μια σχετική υστέρηση σε μεγάλες, ποιτικές και αξιόπιστες έρευνες σχετικά με την φροντίδα και επούλωση των χρόνιων ελκών, από τις οποίες θα μπορούσαν να εξαχθούν αποτελέσματα με υψηλό δείκτη βεβαιότητας.
- Στον αντίποδα, τα τελευταία χρόνια γίνεται διεθνώς, σημαντική προσπάθεια να καλυφθεί αυτό το κενό, γεγονός που στο σύντομο μέλλον δώσει τη δυνατότητα για καλύτερη προτυποποίηση της φροντίδας των χρόνιων ελκών.

Η επίπτωση από τη χρήση των σύγχρονων επιθεμάτων επί των λοιμώξεων και του ρυθμού επούλωσης

(rate of healing).

1. Οι κλινικές μελέτες, συσχετίζουν την μειωμένη εμφάνιση των λοιμώξεων σε χρόνια έλκη, με την φροντίδα τους με σύγχρονα επιθέματα.

2. Για τα επιθέματα αργύρου και άλλων αντιμικροβιακών παραγόντων, έχει τεκμηριωθεί η θετική τους επίδραση στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων και στο ρυθμό επούλωσης των ελκών,

3. Για τα αφρώδη, τα αλγηνικά και τα υδροτριχοειδικά, έχει καταδειχθεί η πλεονεκτική τους θέση στο ρυθμό επούλωσης σε σύγκριση με την παραδοσιακή μέθοδο (γάζα) .

4. Τα σύγχρονα επιθέματα προσφέρουν ικανοποιητική διαχείριση του εξιδρώματος, με τα υδροτριχοειδικά και τα αφρώδη να παρουσιάζουν την καλύτερη συμπεριφορά ενώ πολύ χρήσιμα αποδεικνύονται και τα αλγηνικά .

5. Σε σχέση με την ευχρηστία, τα σύγχρονα επιθέματα φαίνεται να είναι καλά αποδεκτά από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς .

6. Τα σύγχρονα επιθέματα φαίνεται να μειώνουν τον πόνο των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με καλύτερα αποτελέσματα για τα επιθέματα με αναλγητικό παράγοντα Ιμπουπροφίνη (ibuprofen) .

Τοπική Φροντίδα Κατακλίσεων

Ολιστικό Μοντέλο Προσέγγισης στη Φροντίδα των Κατακλίσεων

Το άμεσο περιβάλλον των ασθενών με κατακλίσεις θα πρέπει να είναι διαμορφωμένο έτσι ώστε όλες οι επιφάνειες με τις οποίες έρχεται σε επαφή να αποτελούν επιφάνειες υποστήριξης , για παράδειγμα, στρώματα, μαξιλάρια κ.λ.π.

Έλεγχος των μικρόβιων

Καθαρισμός του έλκους

1. Για τον έλεγχο των μικροοργανισμών απαιτείται το τακτικό και προσεκτικό πλύσιμο του έλκος. Το υλικό επιλογής είναι ο φυσιολογικός ορός. Με τον καταιονισμό με φυσιολογικό ορό, απομακρύνεται το 50% των μικροοργανισμών. Πολλοί προτείνουν και τον καταιονισμό με καθαρό νερό βρύσης. Για την επιλογή αυτής της τεχνικής πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η πολύ καλή ποιότητα του πόσιμου νερού .

2. Η ευρεία χρήση αντισηπτικών χωρίς λοίμωξη ή κρίσιμο αποικισμό του έλκους πρέπει να αποφεύγεται

Χρήση τοπικών αντιβιοτικών

Η επικρατούσα άποψη είναι να αποφεύγεται η τοπική χρήση αντιβιοτικών διότι:

1. Δεν προσφέρουν ριζική θεραπεία

2. Πιθανά να ευθύνονται για τη δημιουργία ανθεκτικών στελεχών

3. Αυξάνουν το κόστος φροντίδας

4. Αν κρίνεται απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν (μικροβιαμιά, σφαιμιά κ.λ.π.) αντιβιοτικά τότε η χορήγηση πρέπει να γίνεται συστηματικά. Δεν ενδείκνυται πάντως η χορήγηση αντιβιοτικών συστηματικά για τη θεραπεία των τοπικών λοιμώξεων των ελκών. Παλαι-

οτέρα σε κλινικές μελέτες χρησιμοποιήθηκαν τοπικά αντιβιοτικά σκευάσματα χωρίς να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά τους. Στην κλινική πράξη κάποιοι ιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να υιοθετούν την τοπική χρήση αντιβιοτικών αλλά αυτό γίνεται εμπειρικά και χωρίς επιστημονική τεκμηρίωση.

Διαχείριση του εξιδρώματος

1. Μελέτες δείχνουν ότι το εξίδρωμα στα οξέα τραύματα μπορεί να έχει ευνοϊκή επίδραση στην επούλωση τραυμάτων, ενώ για τα χρόνια έλκη ενδέχεται να αναστέλλει την επουλωτική διαδικασία.

2. Οι αλλαγές στην ποσότητα και την υφή του εξιδρώματος, παρέχουν πληροφορίες για την υποκείμενη κατάσταση του τραύματος και μπορεί να παρέχουν ένδειξη για αυξανόμενο βακτηριακό φορτίο ή/και παρουσία λοίμωξης

3. Ο στόχος στην κλινική πρακτική είναι, με η χρήση των κατάλληλων τεχνικών και υλικών να επιτευχθεί η σωστή ισορροπία υγρασία στην επιφάνεια του έλκους (ούτε υπερβολικά υγρό ούτε υπερβολικά ξηρό έλκος), αυτό που στη σύγχρονη βιβλιογραφία αναφέρεται ως «διαχείριση του εξιδρώματος» (exudate management)

Ο καλύτερος τρόπος διαχείρισης του εξιδρώματος (Τροποποιημένο από Falanga 2000)

• Άμεσος τρόπος

Πιστική επίδεση

Απορροφητικά επιθέματα

Απολέπιση

Μηχανικά συστήματα (VAC®)

• Έμμεσος τρόπος

Αιτιολογική αντιμετώπιση

Αντιμετώπιση Λοίμωξης

Αντιμετώπιση Χρόνιας φλεγμονής (Αγγειίτιδα, Pyoderma gangraenosa, κ.ά.)

Η προσπάθεια για την επίτευξη ασφαλέστερης και ταχύτερης επούλωσης, σχετίζεται με τη σωστή διαχείριση του εξιδρώματος των ελκών. Σημαντικό ρόλο στη προσπάθεια αυτή, έχουν τα σύγχρονα επιθέματα. Πολλοί και διαφορετικοί τύποι επιθεμάτων είναι διαθέσιμα για τη φροντίδα των χρόνιων ελκών. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν πιο είναι κατάλληλο για τα έντονα εξιδρωματικά έλκη , ,

Βασικές αρχές στην αλλαγή των κατακλίσεων

1. Χρησιμοποιείτε την «άσηπτη τεχνική» κατά τη διαδικασία των αλλαγών (αν και στη πραγματικότητα σε κλινική εφαρμογή δεν μπορούμε να εξασφαλίσουμε «άσηπτες συνθήκες» παρά μόνο «καθαρές συνθήκες» κατά την αλλαγή των ελκών).

2. Πλύνετε κάθε έλκος ανεξάρτητα από το είδος, τη κλινική εικόνα, τη σταδιοποίηση κ.λ.π. με άφθονο φυσιολογικό ορό ή καθαρό νερό βρύσης σε θερμοκρασία όσο το δυνατόν πλησιέστερη αυτής του ανθρώπινου

σώματος (36ο). Αν τηρούνται οι προϋποθέσεις σχετικά με την ποιότητα του πόσιμου νερού μπορείτε να πλύνετε και με νερό πόσιμο .

3. Όποιο καθαριστικό ή αντισηπτικό χρησιμοποιήσετε, να παραμείνει ένα (1) λεπτό στην επιφάνεια του έλκους και κατόπιν να ξεπλυθεί με άφθονο φυσιολογικό ορό. Η χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων Τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα τείνουν προς την άποψη της περιορισμένης χρήσης αντισηπτικών για τον καθαρισμό του έλκους .

4. Η χειρισμοί σας στο έλκος πρέπει να είναι πολύ ήπιοι. Δεν κόβεται ιστούς και δεν τρίβεται το έλκος. Σκουπίζετε ταμποναριστά .

5. Εάν το έλκος έχει κοιλότητα και θέλετε να την γεμίσετε με κάποιο υλικό (κορδόνι , γάζα κ.λ.π.) αυτό θα γίνει απαλά χωρίς πίεση, χωρίς «παραγέμισμα» της κοιλότητας για να μη αυξήσετε τις τοιχωματικές πιέσεις και προκαλέσετε ισχαιμία στον πυθμένα και τα χείλη του έλκους .

6. Όταν αφαιρείτε τα επιθέματα και τα υλικά από το έλκος, θα πρέπει να κάνετε ήπιους χειρισμούς που δεν θα τραυματίσουν το έλκος. Εάν τα υλικά έχουν ξεραθεί πάνω στο έλκος, εμποτίστε τα με άφθονο φυσιολογικό. Εάν παρατηρήσετε ότι τα υλικά πάνω στο έλκος έχουν ξεραθεί και είναι ανάμεικτα με πήγματα αίματος, τότε πιθανά να σας βοηθήσει η εμπότιση τους με οξυζενέ, αυτή όμως να είναι η τελευταία λύση που θα χρησιμοποιήσετε.

7. Τα έλκη που παρουσιάζουν κλινική εικόνα λοίμωξης πρέπει να αλλάζονται τουλάχιστον μία φορά την ημέρα. Σε ασθενής που πάσχουν από συστηματική λοίμωξη ή παρουσιάζουν απροσδιόριστη πυρετική κίνηση, πρέπει τα έλκη τους να αλλάζουν καθημερινά ακόμα και αν δεν παρουσιάζονται κλινικά σημεία τοπικής λοίμωξης στο έλκος. Αν δεν ελεγχθεί λοίμωξη παρά τα μέτρα που θα πάρετε απευθυνθείτε σε Χειρουργό.

8. Τα έλκη που δεν παρουσιάζουν τα παραπάνω, πρέπει να αλλάζονται όταν κορεστούν τα επιθέματα ή όταν το έλκος λερωθεί από περιπτώματα ή άλλα βιολογικά υλικά ή από υλικά του περιβάλλοντος.

Βιβλιογραφία

1. EPUAP, Science and Practice of Pressure Ulcer Management, 2006
2. Δ. Βογιατζόγλου, «Το Διαβητικό Πόδι», (Ι. Καλεμικεράκης, Τα σύγχρονα Επιθέματα στη Φροντίδα του Διαβητικού Ποδιού), εκδ. Γ.Β. Παρισιάνου,, Σελ. 535 – 532 Αθήνα , 2008
3. Bauling PC (1998) A review of the impact of dressings on quality of life. In: Suggett A, Cherry G, Mani R, Eaglstein W, eds. Evidence-based woundcare: proceedings of a conference sponsored by Smith and Nephew held in York, UK on 17th November 1997. Royal Society of Medicine Press, London: 39–42
4. Scanlon et al. Cost-effective faster wound healing with a sustained silver releasing foam dressing in delayed

healing leg ulcers — a health-economic analysis. International Wound Journal, Vol. 2 (2), p. 150-160, 2005

5. Margaret Ip, et. al. Antimicrobial activities of silver dressings: an in vitro comparison Journal of Medical Microbiology 2006, 55, 59-63

6. Tentolouris N., et. al. A Hydro-activated Silver-containing foam in the treatment of diabetic foot ulcers: Data from the Contop Study Poster presented in the DFSG meeting in Chalkidiki September 2005

7. Lansdown, A.B.G., et. al. Contreet Foam and Contreet Hydrocolloid: an insight into two new silver-containing dressings. Journal of Wound Care 2003. Vol. 12 (6) p. 205-210.

8. Morris, L. Descriptive evaluation of Alione hydrocapillary dressing. British Journal of Nursing, 2003, Vol. 12 (10), pp 630-635

9. Jørgensen, Bet. al. Pain and quality of life for patients with venous leg ulcers: Proof of concept of the efficacy of Biatain - Ibu, a new pain reducing wound dressing. Published at Wound repair and regeneration 2006, vol. 14

10. NSH, Wound Management Policy, 2005

11. International Journal of Nursing Practice 2003; 9 : 92-102

12. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ovington LG. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008

13. Vowden K. Vowden P, Br J Community Nurs. 2003

14. Bishop SM. Importance of moisture balance at the wound-dressing interface, J Wound Care. 2003 Apr; 12(4):125-8

15. Kirby P. Br J Nurs. 2008 Aug 14-Sep 10; 17(15):S32, S34-7

16. Anderson I, Prof Nurse. 2002 Nov. 18(3):145-8

17. EPUAP, Pressure Ulcer Treatment Guidelines, 1999

2β. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ – ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

NEW DRESSINGS AND REIMBURSEMENT

Sylvie Meaume,

M.D., Hôpital Charles Foix, 94 Ivry/Seine, France

The beneficial effect of a moist wound environment has been well established for healing rate of acute wounds and for pain relief, debridement and comfort of chronic wounds. Occlusive dressings can also be cost effective in reducing the frequency of dressing changes. Although most of dressings are products acting passively by absorption, the most prominent hypothesis coming from experimental data is the induced relative hypoxia, promoting keratinocyte motility, a real justification for the clinical use of occlusive dressings. However, cellular physiology of chronic wounds and cellular effects of occlusion are still poorly documented.

Numerous manufactured dressings are available. The specific clinical indications of different dressings de-

pend of their physical properties and the practitioner experience, mostly based on open clinical studies. Dressings are classified according to their performance criteria such as absorbant capacity, hydration ability, adhesive components and debridement capacity. On account of the lack of evidence based medicine in this field, only basic recommendations are listed in chronic wound expert conferences.

Topical therapy is recently moving to bioengineered products or to dressings that may interact with the healing process. These products are classified as topical drugs or as cellular therapy, justifying efficacy and cost effectiveness studies. They represent a new generation of topical care products, to include soon in wound management strategies.

Δ' ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΛΚΗ»

ΑΙΘΟΥΣΑ «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΜΠΟΥΤΑΤΗ ΕΛΕΝΗ,

ΠΑΝΑΝΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΩΡΑ: 12.00 - 13.30

1. ΕΛΚΩΣΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Νούτσης Κωνσταντίνος

Διευθυντής Δερματολογικού τμήματος

Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Και στην *έλκωση* (ulceration) και στη *διάβρωση* (erosion) έχουμε απουσία επιθηλίου. Στην *έλκωση* η βλάβη είναι βαθύτερη, επεκτείνεται στο χόριο με ρήξη αγγείων και αιμορραγία.

Οι εφελκίδες που καλύπτουν την *έλκωση* έχουν ερυθρά, ιώδη ή κυανέρυθρη απόχρωση, οφειλόμενη στην παρουσία αίμης. Η δύσκολα αποκολλώμενη εφελκίδα, λόγω παρουσίας ινώδους ονομάζεται *εσχάρα* (eschar).

Συχνές δερματικές ελκώσεις

- Τραυματικής αιτιολογίας (εκδορές)
- Έλκη εκ στάσεως και θρομβοφλεβίτιδος
- Έλκη εκ κατακλίσεως
- Έλκη οφειλόμενα σε αρτηριοσκλήρυνση
- Νευροπαθητικά έλκη άκρου ποδός (mal perforans)
- Ελκωτικοί όγκοι δέρματος (βασικοκυτταρικά, ακανθοκυτταρικά επιθηλιώματα, μελάνωμα, κερατοακάνθωμα)
- Γαγγραινώδη έλκη
- Οζώδης χονδροδερματίτις του ωτός
- Αφθώδη έλκη στόματος, Νόσος Αδαμαντιάδη-Bechet)

Σπανιότερες δερματικές ελκώσεις

- Γαγγραινώδες πυόδερμα
- Αιμοσφαιρινοπάθειες (δρεπανοκυτταρική αναιμία)
- Ελκώσεις σε σηψαιμία από ψευδομονάδα
- Ελκωτικά δερματικά λεμφώματα