

Περιλήψεις: Κλινικά Φροντιστήρια

ΠΕΜΠΤΗ, 02 ΑΠΡΙΛΙΟΥ

ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥ LASER

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΝΑΟΥΜ ΧΡΗΣΤΟΣ,

ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗ ΑΝΤΩΝΙΑ

ΩΡΑ: 09.00 - 10.00

1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ LASER

Πέρος Ιωάννης

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος

Ανασκόπηση βασικών αρχών λειτουργίας των LASER, τις οποίες κάθε χειριστής LASER θα πρέπει να έχει χαραγμένες στην μνήμη του.

Από την QUANTUM THEORY του Einstein και τις βασικές ιδιότητες του φωτός μέχρι τους κανόνες που διέπουν την επίδραση της ακτίνας LASER στους ιστούς.

2. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΩΝ LASER ΣΤΗΝ

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Καλογερόπουλος Νίκος

Ειδικός Δερματολόγος Αφροδισιολόγος,

Τα Laser στην Δερματολογία χρησιμοποιούνται για την θεραπεία πολλών δερματοπαθειών (αγγειακές βλάβες, μελαγχρωματικές βλάβες, ακμή, λεύκη, ψωρίαση κλπ), για την τομή ή και την εξάχνωση ιστών, όπως επίσης και για κοσμητικούς λόγους (τατουάζ, ουλές, γήρανση-φωτογήρανση, αποτρίχωση, ρυτίδες κλπ).

Θα γίνει αναφορά στα διάφορα συστήματα Laser, και την εφαρμογή τους.

3. LASER-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τσάκου Εύα

Πλαστικός Χειρουργός

Η επανάσταση των laser τα οποία μας έδωσαν την δυνατότητα να στοχεύσουμε σε συγκεκριμένο χρωμόφορο του δέρματος ή στο νερό των κυττάρων επιλεκτικά, δημιούργησε μεγάλο ενθουσιασμό.

Σήμερα εισερχόμαστε σε μια νέα φάση της εξέλιξης των laser κατά την οποία αναζητείται ολοένα και πιο εξειδικευμένη χρήση, κατά το δυνατόν ατραυματική και ανώδυνη, που να μην περιορίζει τις δραστηριότητες του ατόμου και να μην καταλείπει ουλές.

Στην κατηγορία laser θα μπορούσαν να καταταχθούν και άλλες συσκευές που εκπέμπουν ραδιοσυχνότητα, υπερήχους, φως στο μη ορατό φάσμα και έχουν ως στόχο κύτταρα βαθύτερα του δέρματος, με αποτέλεσμα σύσφιξη δέρματος ή μείωση όγκου του λίπους.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας υπόσχεται πολλά.

ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ»

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙ-

ΔΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΥΦΑΝΤΗ ΓΕΩΡΓΙΑ,

ΛΟΥΠΑ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ

ΩΡΑ: 09.00 - 10.00

1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Μάρκου Γεωργία

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Διαβητολογικό Κέντρο –

Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού

Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Έχει διαπιστωθεί πως ποσοστό άνω του 80% των ελκών στα άκρα ατόμων με διαβήτη μπορούν να προληφθούν, εάν εντοπιστεί έγκαιρα ο πληθυσμός ασθενών που είναι υψηλού κινδύνου και εφαρμοστεί η κατάλληλη προληπτική αγωγή.

Το 15% των ασθενών με διαβήτη θα εμφανίσει έλκος στα κάτω άκρα κατά της διάρκεια της ζωής του. Υπολογίζεται ότι το 75% των μη τραυματικών ακρωτηριασμών διενεργούνται σε διαβητικά άτομα, ενώ στο 85% αυτών έχει προηγηθεί ένα έλκος.

Σε όλες τις χώρες, η διαχείριση της φροντίδας του ποδιού πρέπει να οργανώνεται σε τρία τουλάχιστον επίπεδα. Η παρουσία εξειδικευμένου νοσηλευτή θεωρείται επιτακτική ανάγκη.

Ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να αξιολογεί και να προσφέρει μια εξειδικευμένη φροντίδα στα διαβητικά έλκη η οποία θα περιλαμβάνει νεαροποίηση των ελκών, χρήση κατάλληλων επιθεμάτων αλλά και αποφόρτιση των ευαίσθητων περιοχών των άκρων τους.

Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής στη φροντίδα διαβητικού παιδιού είναι επίσης υπεύθυνος για τη γενικότερη φροντίδα και την κατάλληλη εκπαίδευση του ίδιου του ασθενή αλλά και του περιβάλλοντός του.

Η πρόληψη προϋποθέτει:

- Μείωση των σημείων που ασκούνται πιέσεις
- Αποφυγή τραυματισμού
- Αποφυγή δημιουργίας έλκους.

Η εκπαίδευση που γίνεται με δομημένο και οργανωμένο τρόπο, παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη.

Ο ασθενής θα πρέπει να μάθει και να αναγνωρίζει τα πιθανά προβλήματα των ποδιών και ποια είναι τα μέτρα που θα πρέπει να λαμβάνει.

Ο εκπαιδευτής από την άλλη πλευρά θα δώσει σαφείς και απλές οδηγίες για την καθημερινή φροντίδα των ποδιών όπως:

- Αποφυγή βαδίσματος με γυμνά πόδια (κίνδυνος τραυματισμού).
- Σωστή επιλογή υποδήματος, πέλματος και κάλτσας.

- Καθημερινό ποδόλουτρο για 7' με ουδέτερο σαπούνι στη θερμοκρασία των 37°C.
 - Σωστή κοπή των νυχιών (ευθεία γραμμή και όχι κυκλικά).
 - Ο ίδιος ο ασθενής θα ελέγχει καθημερινά τα πόδια για τυχόν παρουσία φλύκταινας, αμυχής ή εκδοράς, αν αδυνατεί ο ίδιος θα το κάνει ένα άτομο του περιβάλλοντος που έχει εκπαιδευτεί σ' αυτό.
 - Απαγορεύεται η χρήση μεταλλικών αντικειμένων (ψαλίδι, νυχοκόπτης, ξυράφι) και επίσης η χρήση χημικών παραγόντων για αφαίρεση κάλων (από τον ίδιο τον ασθενή).
 - Έλεγχος καθημερινός στο εσωτερικό των υποδημάτων για ύπαρξη ξένου σώματος.
- Τέλος πρέπει να γίνει γνωστό ότι οτιδήποτε συμβεί στον ασθενή θα έρθει σε επαφή άμεσα με το κέντρο που τον παρακολουθεί.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιλογή του κατάλληλου επιθέματος είναι καθοριστικός, αφορά κυρίως:

- Κριτήρια επιλογής επιθέματος (διατήρηση περιβάλλοντος υγρό, προστασία του τραύματος, έλεγχος εξιδρώματος, διατήρηση κατάλληλης θερμοκρασίας και Ph, ανεκτό από τον ίδιο τον ασθενή).
 - Προβλήματα από την επιλογή και εφαρμογή επιθέματος (αλλεργική δερματίτιδα, λάθος τεχνική εφαρμογής, κακή χρήση του επιθέματος) λόγω μη σωστής αντίληψης του ασθενούς στην εφαρμογή του.
- Είναι απαραίτητη η εκτίμηση του μεγέθους του έλκους (βάθος, διάσταση) έτσι ώστε να διασφαλιστεί η καλύτερη διαχείριση του έλκους όσον αφορά την επιλογή του κατάλληλου επιθέματος.

Η αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού από την πλευρά του εξειδικευμένου νοσηλευτή συμπεριλαμβάνει επίσης:

- Εκτίμηση του έλκους (νευροπαθητικού, ισχαιμικού ή νευροϊσχαιμικού).
- Καθαρισμός του έλκους με έκπλυση φυσιολογικού ορού μιας χρήσεως.

Απαραίτητη η υγιεινή των χεριών, η χρήση γαντιών, τα υλικά θα πρέπει να βρίσκονται κοντά στον ασθενή, αποφεύγοντας έτσι την διασπορά των μικροβίων, αποστείρωση των εργαλείων που χρησιμοποιούνται (λαβίδες, κοχλιάρια, ψαλίδια, ειδικές πένες για κοπή των νυχιών).

Όσον αφορά την εκπαίδευση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη πόσο σημαντικός είναι ο ψυχοκοινωνικός και εκπαιδευτικός παράγοντας στη θεραπεία και αποκατάσταση του διαβητικού ποδιού. Η διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής, πολλές φορές παραβλέπεται, δυστυχώς από όλη την ομάδα φροντίδας Διαβητικού ποδιού, παρ' ότι έχει αποδειχθεί ότι είναι άμεσα συνδεδεμένος με την καλή συνεργασία τόσο του ασθενούς, όσο και του προσώπου του οικείου περιβάλλοντος που τον φροντίζει, μιας και έχει

βαρύτητα το ψυχοκοινωνικό προφίλ και του ατόμου που τον φροντίζει.

Η ραγδαία αύξηση ατόμων με διαβήτη είναι γεγονός, ταυτόχρονα παρατηρείται και γεωμετρική αύξηση των ατόμων με διαβητικό πόδι, ενώ δυστυχώς δεν μειώνεται ο αριθμός των ακρωτηριασμών εξ αιτίας της έλλειψης των σωστών προδιαγραφών για την παροχή φροντίδας.

Οι ίδιοι οι ασθενείς πρέπει να εμπλέκονται όσο το δυνατόν πιο ενεργά στις πρακτικές της προσωπικής τους φροντίδας.

Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνονται στο να εκπαιδεύουν τους ασθενείς με ποιον τρόπο μπορούν και πρέπει να φροντίζουν τα πόδια τους και επίσης να πραγματοποιούν εις βάθος κλινική εξέταση των άκρων.

Τέλος, η αλήθεια είναι ότι οι έρευνες που σχετίζονται με την πρόληψη και αντιμετώπιση του Δ.Π. θα πρέπει να εξετάζονται πέρα από την ποσοτική στατιστική τους ανάλυση και μέσα από παραμέτρους ποιοτικούς. Αυτό σημαίνει συλλογή πληροφοριών μέσα από την εμπειρία των ίδιων των ασθενών, των νοσηλευτών και των ατόμων που βρίσκονται κοντά στους ασθενείς και τους φροντίζουν.

Βιβλιογραφία

1. Βογιατζόγλου Ε.Ο ρόλος της Ποδολογίας στην αντιμετώπιση του Διαβητικού ποδιού. Το Διαβητικό Πόδι, εκδόσεις Παρισιάνος 2008: 469-470.
2. Bell et al. Diabetes Foot Self-care Practices in a Rural. Trianthnic Population. The Diabetes Educator Volume 31, Number 1, January / February 2005: 75-82.
3. Gethin T.G. Prof. Cowman S, Wound Measurement: the contribution to practice. Ewna Journal, 2007 Vol 7, No 1: 26-28.
4. Joao C: F. Gouvei et al, Is it safe to use saline solution to clean wounds? Ewna Journal 2007 Vol. 7 No 2: 7-12.
5. Kohr Rosemary, The nurse's experience of dressing changes Wounds U.K. 2007, Vol 3, No 1Q 13-19.
6. Μανές Χ., Καραγιάννη Δ. et al. Κλινική εξέταση και ποσοτικές αισθητικές δοκιμασίες για τον εντοπισμό διαβητικών ασθενών με κίνδυνο εξέλκωσης στα κάτω άκρα. 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο με διεθνή συμμετοχή Μάρτιος 2008:39.
7. Matthew Young. Managing infection in the diabetic Foot. The Diabetic Foot Journal. Vol. 10, No 1 2007: 10-16.
8. Πρακτικές οδηγίες για την αντιμετώπιση και την πρόληψη του διαβητικού ποδιού 2007. Μετάφ. Δ. Βογιατζόγλου: 8.
9. Sutton M, Mc Grath C, Brady L, Word J. Diabetic Foot care: assessing the impact of care on the whole patient. Prout diab. Int. July/August 2000 Vol. 17, No 5: 147-151.
10. Χαρχαρίδου Μ., Χατζοπούλου Μ. Επιλογή επι-

θε-μάτων - κλινικές εφαρμογές και προβλήματα. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επούλωσης Τραυμάτων και Ελκών 2007:43.

2. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Τερζή Αγγέλα- Μπεθ,

Νοσηλεύτρια TE, MSc, MEd,

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Ως διαβητικό πόδι ορίζεται η εξέλκωση, λοίμωξη ή και καταστροφή των εν τω βάθει ιστών στον άκρο πόδα, σε συνδυασμό με περιφερική νευροπάθεια ή/ και αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων σε ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη (World Health Organization). Αποτελεί σοβαρή επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη και εμφανίζεται στο 3-8% των ασθενών.

Κάθε χρόνο, διενεργούνται 82.000 ακρωτηριασμοί σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, η πλειονότητα των οποίων θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί με την εφαρμογή σωστής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Περίπου 15% των εκατομμυρίων των διαβητικών ασθενών παγκοσμίως θα αναπτύξουν έλκος στο πόδι κάποια στιγμή της ζωής τους. Αν και ένα μεγάλο μέρος των ατόμων με διαβητικό έλκος θεραπεύονται, ένα ποσοστό της τάξης του 15% αναπτύσσουν χρόνια έλκος.

Ένα διαβητικό έλκος πιθανόν να χρειαστεί εβδομάδες ή και μήνες για να επουλωθεί, με μόνιμο κίνδυνο λοίμωξης, γάγγραινας, και ακρωτηριασμού. Η αντιμετώπιση, όπως και η πρόληψη του διαβητικού ποδιού επιτυγχάνεται με τη συντονισμένη προσπάθεια μιας διεπιστημονικής ομάδας, στην οποία ο κάθε ειδικευμένος επαγγελματίας διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο. Η εύρυθμη λειτουργία της ομάδας απαιτεί τη συμμετοχή ατόμων διαφόρων ειδικοτήτων, όπως του εξειδικευμένου παθολόγου-αγγειολόγου, του διαβητολόγου, του αγγειοχειρουργού, του εξειδικευμένου νοσηλεύτη, του ποδολόγου ή ποδιάτρου, του φυσιοθεραπευτή, του δαιτολόγου και του κοινωνικού λειτουργού. Για το λόγο αυτό απαιτείται η εκπαίδευση του ασθενή και η στενή συνεργασία του με την πολυτομεακή ομάδα.

Στη θεραπευτική προσέγγιση του διαβητικού έλκους περιλαμβάνονται διάφορες ενέργειες προκειμένου να περιοριστεί το μέγεθος και βάθος του έλκους, να ελεγχθεί η λοίμωξη, και να αποφορτιστεί το άκρο. Μεγάλη σημασία έχουν ο επιμελής χειρουργικός καθαρισμός και η νεαροποίηση του έλκους όταν υπάρχουν νεκροί ιστοί στην επιφάνεια του έλκους καθώς προάγει την ταχύτερη επούλωση του τραύματος. Ο χειρουργικός καθαρισμός χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης λοίμωξης και της μειωμένης αισθητικότητας των ασθενών.

Συνιστάται η χρήση κατάλληλων και εξειδικευμένων επιθεμάτων και αλοιφών για την τοπική φροντίδα των διαβητικών ελκών. Η επιλογή των επιθεμάτων πρέ-

πει να είναι εξατομικευμένη, να εστιάζει στον έλεγχο του άλγους, της απορρόφησης πιθανών εκροών, της οσμής, και να βασίζεται στην κατάσταση των περιφερικών ιστών και το κόστος.

Επιπλέον στάδια της φροντίδας του διαβητικού ποδιού είναι η περίδεση, η αποφόρτιση του άκρου με τη χρήση ειδικών υποδημάτων, και η αντιμετώπιση της λοίμωξης με τη χρήση των κατάλληλων αντιμικροβιακών παραγόντων. Επίσης, επιβάλλεται η ρύθμιση της διατροφής του ασθενή για το μεταβολισμό των υδατανθράκων και η συντηρητική ή επεμβατική αντιμετώπιση της αρτηριοπάθειας.

Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν νεότερες τεχνικές όπως αυτή του υπερβαρικού οξυγόνου, της συσκευής αρνητική πίεσης VAC και της χρήσης αυξητικών παραγόντων.

Μετά την πρώτη διάγνωση του διαβητικού ποδιού αποτελεί ευθύνη τόσο της επαγγελματικής ομάδας όσο και του ασθενή να καθοριστεί και να τηρηθεί το πλαίσιο αντιμετώπισης του έλκους. Απώτεροι σκοποί της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν ταχύτερη επούλωση του έλκους, να αποφευχθούν περαιτέρω επιπλοκές και τέλος να προληφθεί κάποιος ακρωτηριασμός.

Βιβλιογραφία

1. International Working Group of the Diabetic Foot. International consensus on the diabetic foot and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot. Amsterdam: International Working Group on the Diabetic Foot. 2003
2. Adis International Limited, Avoid Amputation if Possible in Patients with Diabetic Foot Ulcers. Drug & Therapy Perspectives 1998, 11 (3): 13- 16.
3. Mason, J., O' Keeffe, C., McIntosh, A., Hutchinson, A., Booth, A., Youngs, R.J. A systematic review of foot ulcers in patients with Type 2 diabetes mellitus. I: prevention. Diabet Med 1999, 16: 801- 812.
4. Brem, H., Sheeman, P., Boulton, A. J. Protocol for treatment of diabetic foot ulcers. Am J Surg 2004, 187 (5): S1- S10.
5. Reiber, G. E., Lipsky, B.A., Gibbons, G.W. The burden of diabetic foot ulcers. Am J Surg 1998, 176 (2): 5S- 10S.
6. Searle, A., Campbell, R., Tallon, D., Fitzgerald, A., Vedhara, K. A Qualitative Approach to Understanding the Experience of Ulceration and Healing in the Diabetic Foot: Patient and Podiatrist Perspective. Wounds 2005, 17 (1): 16- 26.
7. Boulton A.J., Connor H., Cavanagh P.R., The Foot of Diabetes. 2nd Edition, John Wiley and Sons Ltd, 1994.
8. Levin, M. Management of the Diabetic Foot: Preventing Amputation. South Med J; 2002, 95 (1): 10- 20.