



B6. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΛΟΙΦΩΝ MEBO – DERMA-HEAL - BR1 ΠΟΥ ΕΠΙΤΑΧΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ (ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)

ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν., ΤΣΟΥΤΣΟΣ Δ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Θ., ΠΑΠΑΛΟΗΣ ΑΠ., ΙΩΑΝΝΟΒΙΤΣ Ι.

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής – Μικροχειρουργικής και Κέντρο Εγκαυμάτων, Γ. Ν. Α. «Γ. Γεννηματάς»

Σκοπός: Η σύγκριση της αποτελεσματικότητας στην επούλωση εγκαυματικών επιφανειών. δύο νέων αλοιφών (Derma-heal και BR1) με την MEBO, που επιταχύνει την επούλωση λόγω του υγρού περιβάλλοντος που δημιουργεί,

Υλικά και μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν 12 χοίροι Landraze swing (8 αρσενικά και 4 θηλυκά) ηλικίας 3 μηνών και βάρους 20 kg περίπου, στα οποία προκλήθηκαν εγκαύματα στο δέρμα της ράχης, πέντε τετραγωνίδια σε κάθε πλευρά διαστάσεων 3x3 cm. Το άνω όριο κάθε τετραγωνιδίου απείχε από τη μέση γραμμής 5 cm. Η αριστερή πλευρά χρησιμοποιήθηκε σε όλα τα πειραματόζωα σαν ομάδα ελέγχου, ενώ στη δεξιά τοποθετήθηκε σε 4 πειραματόζωα MEBO, σε 4 DERMA-HEAL και στα υπόλοιπα BR1 (αλοιφή από φυτικό σκεύασμα που είναι ακόμη υπό πειραματική έρευνα). Σε 6 από τα πειραματόζωα προκλήθηκε μερικού πάχους έγκαυμα με Laser CO2 (μέγιστης ισχύος 30 Watt, τύπος 30C του οίκου LUMENIS). Για την ομοιόμορφη θερμική καταστροφή χρησιμοποιήθηκε ειδική συσκευή SCANNER (SURGITAT). Στα υπόλοιπα 6 προκλήθηκε έγκαυμα βαθέως μερικού πάχους με τη βοήθεια δερμοτόμου και διαθερμίας. Μετεγχειρητικά και μέχρι την πλήρη επούλωση εγένετο καθημερινά μέτρηση της απώλειας ύδατος από τις εγκαυματικές επιφάνειες (Transepidermal Water Loss, TEWL). Οι μετρήσεις γίνονταν με τη βοήθεια ειδικού μηχανήματος (Evaporimeter, DERMALAB, CORTEX Technology).

Αποτελέσματα: Η διάρκεια της επούλωσης στις περιοχές όπου χρησιμοποιήθηκαν οι αλοιφές ήταν κατά μέσο όρο 5 ημέρες στα εγκαύματα μερικού πάχους και 10 ημέρες στα βαθέως μερικού πάχους, ενώ στις ομάδες ελέγχου 7 ημέρες στα εγκαύματα μερικού πάχους και 13 ημέρες στα βαθέως μερικού πάχους. Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην ταχύτητα επούλωσης των ομοίου βάθους εγκαυματικών επιφανειών ανεξαρτήτως της χρησιμοποιούμενης αλοιφής. Στα βαθέως μερικού πάχους εγκαύματα δημιουργήθηκε ουλή στις 3 από τις 10, στις 3 από τις 10 και στις 2 από τις 10 επιφάνειες όπου χρησιμοποιήθηκε MEBO, DERMA-HEAL και BR1 αντίστοιχα. Στην ομάδα ελέγχου δημιουργήθηκε ουλή στις 10 από τις 30 επιφάνειες.

Συμπεράσματα: Τα εγκαύματα που αντιμετωπίστηκαν με την εφαρμογή κάποιας από τις αλοιφές επουλώθηκαν ταχύτερα από ότι εκείνα των ομάδων ελέγχου. Δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα των δύο αλοιφών τόσο μεταξύ τους όσο και με την MEBO. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν επομένως με την ίδια αποτελεσματικότητα διατηρώντας το υγρό περιβάλλον και πλεονεκτούν έναντι της MEBO στο ότι είναι άχρωμες και άοσμες.

B7. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Ο. Καστανά, Γ. Υφαντή, Μ. Μακροδήμου, Ε. Διαμαντόπουλος, Δ. Αλεξάκης.

Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα.

Η συχνότερη άμεσα εμφανής επιπλοκή του Σ.Δ. είναι το διαβητικό πόδι. Ο λόγος είναι ότι η δημι-οουργηθείσα διαβητική αγγειοπάθεια – πλημμελής αιμάτωση – εκδηλώνεται σαν φλεγμονή στον άκρο πόδα όπου η περιοχή αυτή είναι η μικροβιοβουθέστερη, κακώς αεριζόμενη και εύκολα τραυματιζό-μενη περιοχή του ανθρώπινου σώματος.

Η θεραπεία του διαβητικού ποδιού είναι ένα πρόβλημα και για τον ασθενή και για το θεράποντα γιατρό και απαιτεί συντονισμό διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων, άριστη συνεργασία του ασθενούς, καθώς και σωστή νοσηλευτική φροντίδα.

Παρουσιάζεται η εμπειρία μας στην αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών.

B8. ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΡΑΔΙΟΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΟΥ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΟΥ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΛΕΥΚΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ (LEUKOSCAN®) ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΘΞΕΙΑΣ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ.

Χ. Φραγκάκη, Γ. Κ. Υφαντή, Χ. Γιαννοπούλου, Ε. Δημακάκος, Μ. Μωραΐτου, Ε. Ζαρομιτίδου, Ι. Ε. Δατσέρης, Ε. Ι. Διαμαντόπουλος

Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής και 4ο Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η προοπτική αυτή μελέτη αποσκοπεί στην αξιολόγηση του σπινθηρογραφήματος με ραδιοεπισημασμένο με τεχνητίο-99m (Tc-99m) μονοκλωνικό αντίσωμα κατά των λευκών αιμοσφαιρίων (IMMU - MN3 Fab' - SH κλάσματα αντικοκκιοκυτταρικού μονοκλωνικού αντισώματος Sulesomab, LeukoScan®) μόνου ή σε συνδυασμό με το σπινθηρογράφημα 3 φάσεων οστών με Tc-99m methylene diphosphonate (MDP) για τη διάγνωση της οστεομυελίτιδας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και φλεγμονή του άκρου ποδός.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 21 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που νοσηλεύτηκαν λόγω φλεγμονής των μαλακών μορίων των άκρων ποδών με υποψία οστεομυελίτιδας στην περιοχή. Οι ασθενείς, εκτός από την απλή ακτινογραφία άκρων ποδών, υποβλήθηκαν σε σπινθηρογραφική μελέτη οστών 3-φάσεων με MDP και στη συνέχεια σε σπινθηρογράφημα με LeukoScan®, στις 6 και στις 24 ώρες μετά την χορήγησή του. Οι απεικονιστικές εξετάσεις γνωματεύτηκαν χωριστά. Στη συνέχεια



έγινε συνεκτίμηση των σπινθηρογραφημάτων 3-φάσεων οστών με τις εικόνες του LeukoScan® και υπολογίστηκε η διαγνωστική αξία τόσο της κάθε μεθόδου χωριστά, όσο και του συνδυασμού τους.

Η τελική διάγνωση της οστεομυελίτιδας τέθηκε με οστική βιοψία, μαγνητική τομογραφία (MRI) ή απλή ακτινογραφία, καθώς και με την κλινική αξιολόγηση (ανταπόκριση στη θεραπεία).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στους 21 ασθενείς εκτιμήθηκαν 22 βλάβες. Δέκα ασθενείς είχαν οστεομυελίτιδα (σε έντεκα σημεία). Το σπινθηρογράφημα οστών 3-φάσεων ήταν πολύ ευαίσθητο (90%) αλλά λιγότερο ειδικό (81%) και είχε συνολική ακρίβεια 86% για τη διάγνωση της οστεομυελίτιδας. Το σπινθηρογράφημα με LeukoScan® είχε ευαισθησία και ειδικότητα 91% και ακρίβεια 90%. Η απλή ακτινογραφία άκρων ποδών είχε ευαισθησία 20%, ειδικότητα 100% και ακρίβεια 59%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τόσο το σπινθηρογράφημα οστών 3-φάσεων όσο και το σπινθηρογράφημα με μονοκλωνικό αντίσωμα κατά των λευκών αιμοσφαιρίων 99mTc-Sulesomab (LeukoScan®), φαίνεται ότι συνιστάται σχεδόν εξίσου στη διάγνωση της οστεομυελίτιδας σε διαβητικούς ασθενείς με φλεγμονές των άκρων ποδών και υποψία οστεομυελίτιδας. Το σπινθηρογράφημα με 99mTc-Sulesomab (LeukoScan®), στο μικρό αριθμό ασθενών που μελετήσαμε μέχρι σήμερα, φαίνεται ότι έχει μεγαλύτερη ειδικότητα από το σπινθηρογράφημα οστών 3-φάσεων.

Β9. ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

**Χ. Στριγγλής, Μ. Φραγκούλης, Δ. Μιχελάκης,
Α. Λοχαίτης**

*Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Μονάδα Εγκαυμάτων
Νοσοκομείου ΚΑΤ Κηφισιά Αθήνα.*

Τρεις είναι οι βασικές συνισταμένες για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων

α) σωστή τοποθέτηση, β) τοπική φροντίδα, γ) διατροφή.
Ο ρόλος της διατροφής στην επούλωση κατακλίσεων είναι γνωστός, φτάνει όμως μόνο η απλή διατροφική υποστήριξη ή χρειάζεται ειδική σίτιση πλούσια σε άλλα θρεπτικά συστατικά πέραν των λιπών, υδατανθράκων και πρωτεϊνών

Ποιος ο ρόλος της αργινίνης, των ιχθυοειδών, των βιταμινών κ.λ.π. στοιχείων;

Γ1. ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΟΛΥΣΗΣ

**Χαρχαρίδου Μαρία,
Γ.Ν.Α. «Γ Γεννηματάς»**

Εισαγωγή: Η τοξική επιδερμολύση (Toxic epidermal necrolysis syndrome – TENS), είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από σοβαρή και επώδυνη απώλεια της επιδερμίδας, από διαβρωτικές βλάβες σε βλεννογόνους, εξάνθημα, πυρετό και αρκετές φορές

από επιπλοκές απειλητικές για τη ζωή. Σχετίζεται με τη λήψη φαρμάκων, κυρίως σουλφαναμίδων και άλλα αντιμικροβιακά, αντιεπιληπτικά, αλλοπουρινόλη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αν και έχουν ενοχοποιηθεί πάνω από 100 φάρμακα. Μετά από αναζήτηση στην πρόσφατη βιβλιογραφία, εξετάζονται οι νεώτερες απόψεις για την κατάλληλη αντιμετώπιση του συνδρόμου.

Κυρίως Θέμα: Αρχικά δίνονται στοιχεία για την κλινική εικόνα, τη διαφοροδιάγνωση και την αιτιοπαθογένεια, αν και η τελευταία παραμένει άγνωστη. Επίσης, γίνεται αναφορά στα φάρμακα και στις υποκείμενες καταστάσεις που σχετίζονται με το σύνδρομο. Στη συνέχεια εξετάζονται οι τρόποι αντιμετώπισης όπως είναι η άμεση διακοπή του ύποπτου για την πρόκληση του συνδρόμου φαρμάκου, η χρήση κορτικοστεροειδών, ανοσοσφαιρινών, βλενολυτικών, κυκλοσπορίνης Α, η διατήρηση ισοζυγίου των υγρών, η υποστήριξη της θρέψης και η τοπική φροντίδα του δέρματος, των βλεννογόνων, των επιπεφυκότων. Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται συστηματική και συνεχή νοσηλευτική φροντίδα, καθώς τα συμπτώματα της νόσου είναι επώδυνα και αφορούν πολλά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού.

Συμπεράσματα: Η αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου παραμένει άγνωστη και έτσι η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν μπορεί πάντα να είναι αποτελεσματική και ταυτόχρονα είναι αμφιλεγόμενη. Τα ποσοστά θνητότητας είναι υψηλά (έως και 70%) και καταστάσεις όπως καρκίνος, AIDS, ανοσοκαταστολή και διάφορα φάρμακα που σχετίζονται με τη νόσο πρέπει να μελετηθούν εκτενέστερα. Βέβαια, υποστηρίζεται ότι η φροντίδα σε αυτούς τους ασθενείς, είναι προτιμότερο να παρέχεται σε κέντρα εγκαυμάτων. Πάντως, ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας παραμένει η έγκαιρη διάγνωση.

Γ2. Η ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΛΕΒΑ ΣΤΟΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ

**Ευάγγελος Κωνσταντίνου, Ελένη Θεοδοσοπούλου.
Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών**

Κεντρικές φλέβες είναι οι φλέβες που οδηγούν άμεσα στο δεξιό κόλπο, μέσω της άνω (συχνότερα) και της κάτω (σπανιότερα) κοίλης φλέβας. Σκοπός του καθετηριασμού τους, είναι η προώθηση ενός ευρείας διαμέτρου καθετήρα σε όσο το δυνατό κεντρικότερο σημείο της άνω ή της κάτω κοίλης φλέβας, χωρίς σε καμία περίπτωση να αυτός να εισέρχεται στο δεξιό κόλπο. Τα αγγεία μέσω των οποίων προσεγγίζεται η άνω κοίλη φλέβα είναι κατά σειρά προτεραιότητας η έσω σφαγιτίδα φλέβα, η έξω σφαγιτίδα, η υποκλειδίος, η βασιλική, η μασχαλιαία και η μηριαία φλέβα. Στις ενδείξεις τοποθέτησης κεντρικής φλεβικής γραμμής στον εγκαυματία, περιλαμβάνονται η αδυναμία τοποθέτησης περιφερικού φλεβοκαθετήρα, η μέτρηση της ΚΦΠ και η εκτίμηση του ενδοαγγειακού όγκου του αρρώστου, η χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής, η προσωρινή αιμοκάθαρση επι διαταραχών της νεφρικής λειτουργίας και η ταυτόχρονη χορήγηση από τους διάφορους αυλούς του καθετήρα διαφόρων φαρμάκων που καλό είναι να μη πέφτουν παράλληλα από μια φλεβική γραμμή. Η επιλογή του σημείου καθετηριασμού έχει άμεση σχέση με το μέγεθος της εγκαυματικής επιφάνειας, το σημείο του εγκαύματος και τον σχεδιασμό της θεραπείας από την ομάδα της πλαστικής χειρουργικής. Στις αντενδείξεις περιλαμβάνονται οι ηπικτολογικές διαταρα-