



χές του εγκαυματία, έγκαυμα ή λοίμωξη στο σημείο εισόδου και η επηρεασμένη αναπνευστική λειτουργία (εισπνευστικό έγκαυμα).

Γ3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΑΠΟ ΠΙΕΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥ ΜΕ ΚΡΗΜΝΟ ΤΟΥ ΟΣΧΕΟΥ.

Σ. Κοτζαμπασάκης, Χ.Ζαβρίδης, Μ.Κουτσούρης, Α.Μαζιώτης

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων ΓΝ Αττικής "ΚΑΤ"

Παρουσιάζεται ασθενής παραπληγικός, ηλικίας 60 ετών, με παλαιό ακρωτηριασμό του αριστερού κάτω άκρου στη μεσότητα του μηρού με εκτεταμένο έλκος από πίεση καθόλη την έκταση του περινέου, διάβρωση του πρωκτού, της βάσης του πέους και της ουρήθρας και τέλος διάβρωση της δεξιάς κοτύλης και της κεφαλής του δεξιού μηριαίου οστού.

Ο ασθενής υποβλήθηκε αρχικά σε μόνιμη κολοστομία, σε κυστεοστομία και στη συνέχεια σε εκτομή όλων των νεκρωμένων ιστών του περινέου, σε απεξάρθρωση του δεξιού μηριαίου, σε ορχεκτομή και κάλυψη των ελλειμμάτων με κρημό του οσχέου και κρημό από το υγιές τμήμα του δεξιού μηρού.

Ο ασθενής έχει καλώς και κινείται με τη βοήθεια ειδικού ηλεκτροκίνητου αμαξιδίου.

Γ4. Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΡΧΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΧΗΜΙΚΩΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Μ.Ταραμπέ, Ε. Γκαμάση, Ι. Δανόπουλος, Δ. Γκρίτζαλης, Α. Βεκρής, Π. Γεωργίου, Ε. Κορνηνάκης

Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας "Θριάσιο", Δυτική Αττική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα χημικά εγκαύματα προκαλούνται από την δράση διαφόρων χημικών ουσιών στο δέρμα ή τους βλεννογόνους με αποτέλεσμα την τοπική βλάβη από την όξινη ή αλκαλική αντίδραση. Η δράση τους σε ωρισμένες περιπτώσεις δεν περιορίζεται μόνο στις τοπικές ιστοχημικές αντιδράσεις που προκαλούν αλλά όταν απορροφηθούν δημιουργούν σοβαρές συστηματικές τοξικές βλάβες. Η σωστή εκπαίδευση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού υποδοχής τέτοιων εγκαυμάτων είναι αναγκαία για την ουσιαστική αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΙ

Γίνεται εκτενής αναφορά στο μηχανισμό δράσης και παθοφυσιολογίας των συνηθέστερων και πλέον επικίνδυνων χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται για βιομηχανική αλλά και οικιακή χρήση στην χώρα μας. Γίνεται επίσης προσπάθεια οργάνωσης σε αλγόριθμο της αρχικής αντιμετώπισης αυτών των εγκαυμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση είναι ευθέως ανάλογη με τον χρόνο έκθεσης στην χημική ουσία και έτσι φαίνε-

ται η σπουδαιότητα της ουσιαστικής αρχικής θεραπείας, που έγκαυμα

θα εφαρμοσθεί από το προσωπικό υποδοχής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Reilly DA, Garner WL

Management of chemical injuries to the upper extremity

Hand clin (United states), May 2000, 16(2) p215-24

Chou TD, Lee TW, Chen SL, et al

The management of white phosphorus burns

Burns (England), Aug 2001, 27(5) p492-7

Smith ML

Pediatric burns: management of thermal, electrical and chemical burns and burn like dermatologic conditions

Pediatr Ann (United States), Jun 2000, 16(2) p367-78

Γ5. ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Γ. Κ. Υφαντή, Μ. Γρηγοριάδου, Ε. Δημακάκος, Μ. Μωραϊτού, Ε. Μαυροκεφάλου, Σ. Μπάρμπας, Ε. Ι. Διαμαντόπουλος

Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η εμφάνιση ενός χρόνιου έλκους του άκρου ποδός και ο συνεπεία αυτού συχνά αναπόφευκτος ακρωτηριασμός αποτελούν σοβαρές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης των διαβητικών ατόμων καθώς και με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις. Οι ιστικές βλάβες, που αναπτύσσονται στα διαβητικά πόδια, ταξινομούνται κατά Wagner σε έξι κατηγορίες, ανάλογα με τη βαρύτητά τους.

Σκοπός: Η εκτίμηση της βαρύτητας της ιστικής βλάβης σε ασθενείς με διαβητικό πόδι, που απαιτεί ενδοοσσοκομειακή περίθαλψη. Υλικό: Μελετήθηκε η βαρύτητα της λοίμωξης του διαβητικού ποδιού σε 87 ασθενείς, 56 άνδρες και 31 γυναίκες, με μέση ηλικία 66.26 + 10.99 έτη, η αντιμετώπιση των οποίων έγινε ενδοοσσοκομειακά.

Μέθοδοι: Η έκταση της ιστικής βλάβης εκτιμήθηκε με την κλινική εξέταση και με απεικονιστικές μεθόδους, όπως απλή ακτινογραφία, Μαγνητική τομογραφία (MRI) άκρου ποδός και σπινθηρογράφημα οστών 3-φάσεων με MDP. Με βάση τα ευρήματα οι βλάβες κατατάχθηκαν σε έξι στάδια.

Αποτελέσματα: Από τους 87 ασθενείς 70 (80.46%) είχαν ισχαιμικό ή νευροισχαιμικό διαβητικό πόδι και 17 (19.54%) αμιγώς νευροπαθητικό. Οι περισσότεροι ασθενείς, των οποίων η κατάσταση απαιτούσε την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο για εντατικοποιημένη αντιμικροβιακή αγωγή, είχαν βλάβες σταδίου 3 (32.18%), σταδίου 2 (22.99%) και σταδίου 4 (21.84%). Οι βλάβες των ισχαιμικών ποδιών ήταν βαρύτερες, κυρίως σταδίου 3, 4 και 5 κατά Wagner, συγκριτικά με αυτές των αμιγώς νευροπαθητικών ποδιών. Διαπιστώθηκε επικράτηση των Gram (+) στις ήσσονος βαρύτητας λοιμώξεις και μία τάση αύξηση του αριθμού των μικροβίων, ανάλογα με τη βαρύτητα της ιστικής βλάβης. Τέλος η συχνότητα του ακρωτηριασμού ήταν μεγαλύτερη στις βλάβες σταδίου 4 (84.2% vs 15.8% p<0.001).

Συμπεράσματα: Η βαριές λοιμώξεις αφορούν κυρίως τα ισχαιμικά



διαβητικά πόδια, οφείλονται σε πολυμικροβιακή χλωρίδα, κυρίως από Gram (+) μικροοργανισμούς και συνοδεύονται από μεγάλη συχνότητα ακρωτηριασμού. Για την αντιμετώπιση τους απαιτείται άμεση νοσηλεία τους σε ειδικά κέντρα για την πολύπλευρη θεραπευτική προσέγγιση με σκοπό τον έλεγχο της λοίμωξης και των περιορισμό των ακρωτηριασμών.

Γ6. ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΧΗΛΟΕΙΔΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΕΓΧΥΣΕΩΝ ΚΟΡΤΙΖΟΝΗΣ, ΕΚΤΟΜΗΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ

Σ.Κοτζαμπασάκης, Μ.Φραγκούλης, Α.Σπίρτος, Α.Σάββα, Ε.Γιαννόπουλος

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων ΓΝ Αττικής "ΚΑΤ"

Τα χηλοειδή δεν υπακούουν κατά κανόνα σε καμία από τις γνωστές θεραπευτικές μεθόδους. Η υποτροπή και συχνά η επιδείνωση δεν είναι σπάνιες.

Στην προσπάθειά μας να αντιμετωπίσουμε σοβαρές περιπτώσεις χηλοειδών καταφύγαμε σε συνδυασμό τριών γνωστών τεχνικών που η καθεμία από μόνη της δεν αποδίδει τα ίδια, επιθυμητά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα δύο ημέρες πριν τη χειρουργική επέμβαση πραγματοποιήσαμε εγχύσεις κορτιζόνης εντός του χηλοειδούς με τη συσκευή Dermojet ή με απλή βελόνη. Η εκτομή ελάμβανε χώρα την τρίτη ημέρα σε μη υγιή όρια, σε απόσταση περίπου 1 mm εσωτερικά της περιμέτρου του χηλοειδούς και ακολουθούσε η συρραφή με την μικρότερη δυνατή τάση, με κρημό ή με δερματικό μόσχευμα. Την τέταρτη ημέρα ακτινοβολήσαμε την περιοχή με μικρή εφσάπαξ δόση ακτινοβολίας.

Τα αποτελέσματα στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων ήταν θεαματικά. Η εξαφάνιση του χηλοειδούς ήταν πλήρης σε 19 από 23 περιπτώσεις. Υποτροπή δεν υπήρξε σε καμία περίπτωση. Ακτινική μελάγχρωση παρατηρήθηκε σε 3 περιπτώσεις.

Γ7. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ ΜΕ ΥΛΙΚΟ ΠΟΥ ΤΡΟΠΟΠΟΙΕΙ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΑΣΕΣ (PROMOGRAN) ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ V.A.C. (VACUUM ASSISTED CLOSURE) ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Γραββάνης Α., Τσούτσος Δ., Οικονόμου Θ., Παπαδόπουλος Σ., Σπυροπούλου Α., Ιωάννοβιτς Ι.

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

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας της κλινικής μας το τελευταίο εξάμηνο από την χρησιμοποίηση του Promogran με ή χωρίς την βοήθεια του V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) στην αντιμετώπιση ιστικών ελλειμμάτων.

Ασθενείς και μέθοδος: Αντιμετωπίστηκαν συνολικά 7 ασθενείς. 3 με εκτεταμένο ιστικό έλλειμμα στην πρόσθια έξω ή και έσω επιφάνεια

της κνήμης συνεπεία ανάπτυξης συνδρόμου διαμερίσματος. 2 με άτονα έλκη κάτω άκρου και 2 ασθενείς με νέκρωση και διάσπαση τραύματος μετά από λήψη της μείζονος σαφηνούς για επαναιμάτωση του μυοκαρδίου. Το Promogran μόνο του χρησιμοποιήθηκε σε 4 ελλείμματα με μικρό βάθος και σε συνδυασμό με το VAC 6 ελλείμματα με μεγάλο βάθος. Το V.A.C. χρησιμοποιήθηκε υπό συνεχή και σταθερή υποπίεση για χρονική περίοδο 5 έως 12 ημερών, οι αλλαγές των τραυμάτων γίνονταν ανά 2-3 ημέρες.

Αποτελέσματα: Σε όλα τα ελλείμματα, μετά την 5η ημέρα της αγωγής η βελτίωση ήταν θεαματική με υποχώρηση του οιδήματος, ανάπτυξη υγιούς κοκκιώδους ιστού, έναρξη της επιθηλιοποίησης και συνεπώς η ελάττωση των διαστάσεων τους. Τα ελλείμματα που οφείλονται στη νέκρωση και διάσπαση τραύματος μετά από λήψη της μείζονος σαφηνούς και στη νέκρωση διαμερίσματος της κνήμης επουλώθηκαν πλήρως κατά δεύτερο σκοπό μετά από 12 ημέρες ανεξάρτητα αν είχε χρησιμοποιηθεί μόνο το Promogran ή σε συνδυασμό με το VAC. Η βελτίωση της τοπικής κατάστασης επέτρεψε την χειρουργική αποκατάσταση μετά την 12η ημέρα της αγωγής στις περιπτώσεις των άτονων ελκών στα κάτω άκρα και την κάλυψη με δερματικά μόσχευμα μερικού πάχους.

Συμπεράσματα: Η χρησιμοποίηση του Promogran με ή χωρίς το V.A.C. είναι μία μέθοδος που συμβάλλει αποτελεσματικά στην επούλωση χρόνιων τραυμάτων με αμφίβολη εξέλιξη. Βελτιώνει τις τοπικές συνθήκες αιμάτωσης του τραύματος λόγω της εξάλειψης του τοπικού ιστικού οιδήματος και συνεπώς ενεργοποιεί τις διαδικασίες επούλωσης και μάλιστα με ταχύτερο ρυθμό. Με τον μηχανισμό αυτό αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας μιας προγραμματισμένης χειρουργικής αποκατάστασης ή ακόμα και δίνει την δυνατότητα της κατά δεύτερο σκοπό επούλωσης.

Γ8. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ NORTON ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΑΠΟ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Τσόκου Γ., Παυλίδου Μ.

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Νοσοκομείο «Ευρωκλινική Αθηνών»

Η δημιουργία δερματικών ελκών από πίεση σε καρδιοχειρουργημένους ασθενείς στη ΜΕΘ είναι ένα σοβαρό πρόβλημα με σημαντική επίπτωση τόσο για τους ίδιους όσο και για το ίδρυμα στο οποίο νοσηλεύονται. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά επιτακτική την πρόληψή τους

Σκοπός: Να διερευνηθεί η προγνωστική αξία της κλίμακας Norton ως προς:

- την ανάπτυξη ελκών από πίεση και
- την βαρύτητα αυτών

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Norton η οποία συμπληρώθηκε από κατάλληλα εκπαιδευμένους νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής. Το δείγμα αποτέλεσαν 719 καρδιοχειρουργημένοι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών