

## 5. Αποτελέσματα

Μέχρι στιγμής δεν έχει ολοκληρωθεί η επεξεργασία όλων των στοιχείων. Από την μέχρι τώρα επεξεργασία προκύπτει ότι οι δείκτες επιπολασμού κυμαίνονται από 2,23 έως 23,35%. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν χρησιμοποιούνταν κάποια κλίμακα εκτίμησης κινδύνου και σε όσα νοσοκομεία αυτό γινόταν, η πιο συχνή κλίμακα ήταν η Norton. Σχετικά με τα υποστηρικτικά συστήματα, σε μεγάλο ποσοστό στα ελληνικά νοσοκομεία υπάρχουν τα κοινά στρώματα και όχι εξειδικευμένα. Πέρα από τα ποσοτικά χαρακτηριστικά, αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετοί ασθενείς έχουν περισσότερες της μιας κατάκλισης, γεγονός που δείχνει την ανάγκη σύνθετης και απαιτητικής φροντίδας.

## 6. Συμπεράσματα

Γενικότερα, διαπιστώνεται ότι οι έρευνες επιπολασμού των κατακλίσεων, μπορούν να φανούν πολύ χρήσιμες στο κάθε νοσοκομείο, για να χρησιμοποιεί τα αντίστοιχα αποτελέσματα και να τα συγκρίνει με προηγούμενα, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να χρησιμοποιεί όλες τις πληροφορίες της έρευνας για να διαμορφώνει μια πιο αποτελεσματική πολιτική πρόληψης και αντιμετώπισης των κατακλίσεων.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Good S.P. & Allman M. R. (1989). The Prevention and Management of Pressure Ulcers. Medical Clinics of North America. Vol. 73, No 6, p.p. 1511 – 1524.
2. Hanson R. (1997). Sore Points Sorted. Nursing Times. Vol. 93, No. 7
3. Land L. (1995). A Review of Pressure Damage prevention strategies. Journal of Advanced Nursing. Vol. 22, p.p. 329 – 337.
4. Leigh H.I. & Bennett G. (1994). Pressure Ulcers: Prevalence, Etiology and Treatment Modalities. The American Journal of Surgery. Vol. 167, No 1A (SUPPL), p.p. 25S – 30S.
5. Μερκούρης Α., Δημητρούλη Αικ., Γεωργαντά Ε., Ουζουνίδου Αικ. (2002). Αξιολόγηση των κατακλίσεων: Επιπολασμός και Αναγνώριση των Ασθενών σε Υψηλό Κίνδυνο. Νοσηλευτική. Τομ. 41, Τευχ. 2, σελ.197 – 205.
6. Πριάμη Μ., Λεμονίδου Χ., Μπροκαλάκη Η., Μερκούρης Α., Πλατή Χ. (1998). Συχνότητα και Βαρύτητα κατακλίσεων χρονίως πασχόντων σε Ιδρύματα. Πρακτικά 25ου ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ηράκλειο Κρήτης, 19 – 21 Μαΐου, σελ. 451 – 456.
7. Schoonhoven L. (2002). Prediction of pressure ulcers: problems and prospects. T hesis Utrecht University.
8. www.nruap.org
9. www.eruap.org

### 2. ΠΟΙΟ ΕΠΙΘΕΜΑ ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

#### Σ. Κοτζαμπασάκης

Αναπλ. Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής νοσοκομείου ΚΑΤ

Η σύγχρονη βιοτεχνολογία έχει εξοπλίσει τον γιατρό με πλούσιο οπλοστάσιο επιθεμάτων για κατακλίσεις. Σήμερα διαθέτουμε επιθέματα που κατασκευάζονται από ποικίλα υλικά, σε διάφορα σχήματα, αυτοκόλλητα ή όχι, εμποτισμένα με διάφορες θεραπευτικές ουσίες. Υπάρχουν επιθέματα που προορίζονται για τη θεραπεία των κατακλίσεων και άλλα που βελτιώνουν την

ποιότητα ζωής κατακεκλιμένων ή παραπληγικών ασθενών.

Ο μεγάλος αριθμός εξειδικευμένων, για κάθε περίπτωση, επιθεμάτων, πολλαπλασιάζει την αποτελεσματικότητά τους, υπό τον όρο να επιλέγεται το κατάλληλο επίθεμα, στη σωστή κατάκλιση του συγκεκριμένου ασθενούς.

### 3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ: ΠΟΙΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΣ, ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

#### Ανδρέας Μ Γιακουμεπτής

Αν. Καθηγητής Πλαστικής Χειρουργικής ΔΠΘ

Η χειρουργική αντιμετώπιση των ελκών από κατάκλιση παραμένει ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα ακόμα και σήμερα, παρόλη την πρόοδο που έχει σημειωθεί στις μεθόδους της Πλαστικής Επανορθωτικής Χειρουργικής. Η γενική ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενούς και η κατάλληλη προετοιμασία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επιτυχίας, όπως βεβαίως και ο κατάλληλος χρονισμός, για την οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση. Η τελευταία βασίζεται κατ'αρχήν, στην εκτίμηση της σοβαρότητας της ιστικής βλάβης, με κλινικά και παρακλινικά αντικειμενικά κριτήρια. Η διαβάθμιση των Ελκών από Κατάκλιση κατατάσσει τις «κατακλίσεις» σε τέσσερις βαθμούς, από τους οποίους οι 3ος και 4ος αφορούν νέκρωση των ιστών κάτω από το χόριο, μέχρι και το υποκείμενο οστό. Οι ανήκοντες στις κατηγορίες αυτές ασθενείς είναι αυτοί για τους οποίους απαιτείται συνήθως ευρύς και επιμελής χειρουργικός καθαρισμός και σύγκλειση των τραυμάτων με κρημνούς σε ένα ή δύο χρόνους. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται στην εκάστοτε περίπτωση είναι αντικείμενο εξατομικευμένης επιλογής. Οι επεμβάσεις αυτές, πολύπλοκες και δύσκολες τεχνικά, προϋποθέτουν καλή γενική κατάσταση του ασθενούς, επαρκή προετοιμασία, κατάλληλες συνθήκες χειρουργείου και αναισθησιολογικής υποστήριξης, πείρα του χειρουργού και ικανοποιητικές συνθήκες μετεγχειρητικής φροντίδας. Η επιλογή της μεθόδου πρέπει να είναι ιδιαιτέρως προσεκτική και συνάμα με προοπτική, διότι παρόλα τα ανωτέρω, πρέπει ιδιαιτέρως να τονισθεί, ότι το ποσοστό υποτροπών παραμένει δυστυχώς υψηλό.

### 4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

#### Γιαννακίδου Μαρία

Προϊσταμένη ΤΕΠ

του Π.Γ.Ν « Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Οι κατακλίσεις αποτελούν μείζον πρόβλημα με υψηλή νοσηρότητα και δυσάρεστες οικονομικο-κοινωνικές συνέπειες. Η συνήθης θεραπευτική αντιμετώπιση των κατακλίσεων είναι η συντηρητική. Σε περίπτωση αποτυχίας των συντηρητικών μεθόδων, επιλέγεται η χειρουργική αντιμετώπιση.

Κυριότερες προϋποθέσεις και κριτήρια για την χειρουργική θεραπεία είναι η ηλικία (μικρότερη των εξήντα ετών), άτομα με ικανοποιητική αυτοεξυπηρέτηση, επαρκή ιστική αιμάτωση και καλή θρέψη.

Αντενδείξεις αποτελούν κυρίως η παχυσαρκία (ΔΜΣ>30 Kgr/m<sup>2</sup>), σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές και επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή.

Η νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει στην διατήρηση των απα-



ραϊτήτων προϋποθέσεων για την επούλωση του τραύματος και στην πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η χειρουργική αντιμετώπιση δεν αποτελεί πανάκεια στην θεραπεία των κατακλίσεων και δεν υποκαθιστά σε καμία περίπτωση την νοσηλευτική φροντίδα που πρέπει να εφαρμόζεται για την πρόληψη.

#### ΑΙΘΟΥΣΑ «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

Γ' ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ «ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΛΚΗ»

ΩΡΑ: 12.30-14.00

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΚΑΤΣΑΜΟΥΡΗΣ ΑΣΤΕΡΙΟΣ, ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

### 2. ΤΟ ΦΛΕΒΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Ιωάννου Χρήστος

Λέκτορας Αγγειοχειρουργικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Τα φλεβικά έλκη των κάτω μελών του σώματος αποτελούν συνήθη κλινική οντότητα στην καθημερινή κλινική πράξη και τα προβλήματα που αναδύουν σχετίζονται κυρίως με αυξημένη νοσηρότητα. Τα προβλήματα αυτά είναι αρκετές φορές αναπόφευκτα, αφού η υποκείμενη παθοφυσιολογία του όλου παθογενετικού μηχανισμού είναι η χρονίως δρώσα αυξημένη περιπατητική φλεβική πίεση. Άλλωστε, ο ίδιος βασικός παθογενετικός μηχανισμός κυριαρχεί σε όλες τις εκφράσεις της χρόνιας φλεβικής νόσου, είτε αυτή εκδηλώνεται με τη μορφή της φλεβικής βαλβιδικής ανεπάρκειας είτε της φλεβικής θρόμβωσης του επιπολής ή του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος.

Η επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας ενός φλεβικού έλκους είναι μια ιδιαίτερα περίπλοκη διαδικασία που στοχεύει στη διόρθωση της φλεβικής υπέρτασης. Στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας πρέπει να συνεκτιμούμε την κλινική εικόνα, την υποκείμενη παθοφυσιολογία, τα ευρήματα της αιμοδυναμικής μελέτης του φλεβικού συστήματος, την γενική κατάσταση και το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς. Στο υπό θεώρηση πρόβλημα θα αναφερθούν τα σύγχρονα παθοφυσιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα και θα παρουσιάσουμε την σχετική εμπειρία μας από την Αγγειοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

### 3. ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΛΚΗ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Μίλτος Λαζαρίδης

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής

Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης

Σε ασθενείς με έλκη κάτω άκρων η ενδελεχής εκτίμηση των αρτηριών και φλεβών είναι απαραίτητη για να τεθεί η ακριβής διάγνωση. Η κλινική εξέταση είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος ενώ και εντόπιση του έλκους είναι ένα από τα κριτήρια στη διαφορική διάγνωση της αιτιολογίας του. Τα φλεβικά έλκη εντοπίζονται συνήθως υπέρθεν του έσω σφυρού (gaiter area) ενώ τα ισχαιμικά έλκη στα δάκτυλα και σε σημεία πίεσης όπως η πτέρνα, τα σφυρά και η κνημιαία ακρολοφία. Τα νευροπαθητικά έλκη αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία και εντοπίζονται συνήθως στο πέλμα στο ύψος των κεφαλών των μεταταρσίων. Τα ισχαιμικά έλκη αποτελούν το 10-20% των ελκών των κάτω άκρων και η κλινική εκτίμηση σε υποψία τους περιλαμβάνει την ψηλάφηση των περιφερικών σφύξεων. Αντικειμενικοί δείκτες τυχόν αρτηριακής αιτιολογίας του έλκους είναι η μέτρηση των συστολικών

πιέσεων στα σφυρά και η αντίστοιχη εκτίμηση των ποδο-βραχιόνιου (Ankle-brachial) και δακτυλο-βραχιόνιου (toe-brachial) δεικτών με  $Φ.Τ. 1.15 > Ankle-brachial > 0.9$  και  $toe-brachial > 0.8$ . Σε περιπτώσεις αδυναμίας μέτρησης λόγω σκληρωτικών αρτηριακών τοιχωμάτων το Pole test είναι ένας απλός low tech εναλλακτικός τρόπος μέτρησης της συστολικής πίεσης στα σφυρά. Η διαδερμική μέτρηση της μερικής πίεσης  $O_2$  ( $TcPO_2$ ) είναι επίσης χρήσιμη μέθοδος πρόβλεψης της δυνατότητας επούλωσης μίας ισχαιμικής βλάβης, τιμές  $< 20$  mm Hg μετρούμενες σε 43-44 βαθμούς συνήθως προδικάζουν απώλεια του μέλους. Η εγχρωμη Doppler υπερηχογραφία και η αρτηριογραφία αποτελούν επίσης απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις όταν υπάρχει προοπτική χειρουργικής παρέμβασης.

Η χειρουργική παρέμβαση και επαναιμάτωση του άκρου με διαφόρους τύπους παρακάμψεων θα πρέπει να προηγείται τυχόν ακρωτηριασμού δακτύλων ώστε να υπάρχει η δυνατότητα επούλωσης.

### 4. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΛΚΩΝ

Τερζή Αγγέλα-Μπεθ

Νοσηλεύτρια TE, MSc

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

#### Εισαγωγή

Τα αγγειακά έλκη των κάτω άκρων αποτελούν σοβαρό πρόβλημα τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις υπηρεσίες υγείας. Αποσχολώντας διάφορες ειδικότητες τόσο της ιατρικής (δερματολόγοι, πλαστικοί χειρουργοί, αγγειοχειρουργοί, αγγειολόγοι) όσο και της νοσηλευτικής, αποτελούν σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το ετήσιο κόστος μόνο των φλεβικών ελκών υπολογίζεται στα 600εκ £, μ' ένα μεγάλο μέρος αυτού του ποσού να αντιστοιχεί στο κόστος των υπηρεσιών που προσφέρονται από τον τομέα της κοινοτικής νοσηλευτικής. Στις Η.Π.Α. περισσότερο από 50, 000 ασθενείς το χρόνο οδηγούνται στον ακρωτηριασμό από οστεομυελίτιδα.

Η παρούσα εισήγηση έχει σκοπό να περιγράψει τη συντηρητική αντιμετώπιση των αγγειακών ελκών. Παρότι υπάρχουν διεθνώς πρωτόκολλα για τη θεραπευτική παρέμβαση των αγγειακών ελκών, έρευνες έχουν δείξει ότι η εφαρμογή τους εξαρτώνται από τον τρόπο λειτουργίας της εκάστοτε υπηρεσίας φροντίδας και το περιεχόμενό τους τροποποιείται συχνά ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή και τη μακροχρόνια πορεία του έλκους.

Διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες αγγειακών ελκών:

- Φλεβικά: 80- 85% των αγγειακών ελκών
- Αρτηριακά
- Κυτταρίτιδα
- Λεμφοιδηματικά

Συχνά, τα έλκη είναι μικτής αιτιολογίας.

Τα φλεβικά έλκη είναι χρόνιες δερματικές εξελκώσεις που παραμένουν για ένα τουλάχιστον μήνα χωρίς να επουλωθούν, και εντοπίζονται στη συντριπτική τους πλειοψηφία στην έσω επιφάνεια του κάτω τριτημορίου της κνήμης. Συνήθως τα άτομα έχουν ιστορικό εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης, χρόνιας φλεβικής ανεπάρκειας, χρόνιας φλεβικής υπέρτασης ή κίρσοειδείς διατάσεις φλεβών. Όταν το έλκος δεν επουλώνεται σε 3-4 εβδομάδες παρά τη θεραπευτική παρέμβαση ονομάζεται άτονο έλκος. Η κλινική εικόνα διαφέρει από αυτή των υπολοίπων