

εντόπιση των ελκών κατάκλισης ήταν : ιερά χώρα, ισχία, πτέρνες, ράχη, πτερύγια ωτών, τριχωτό καφαλής, έξω σφυρά- έξω επιφάνεια κνήμης. Η διάμετρος των βλαβών κυμαινόταν από 2,5cm έως 15cm, ενώ η βαρύτητα τους ποίκιλε από τοπική ερυθρότητα έως βαριά εν τω βάθει νέκρωση με δημιουργία οστεομυελίτιδας. Ο χρόνος αναζήτησης της ιατρικής βοήθειας ήταν ποικίλος σε σχέση με τη βαρύτητα της βλάβης και αυτός ήταν συνάρτηση του βαθμού ευαισθητοποίησης του στενού περιβάλλοντος του ασθενούς. Η αντιμετώπιση των βλαβών περιλάμβανε χειρουργικό καθαρισμό και τακτικές αλλαγές με εκπλύσεις με Ποβιδόνη Ιωδιούχο, Οξυγονούχο Υδρω, Υπέρτονο διάλυμα NaCl 15%, φυσιολογικό ορό, αναλόγως της ρυπαρότητας και του σταδίου επούλωσης του έλκους. Η κάλυψη γινόταν με επιθέματα υδροκολλοειδούς με ή χωρίς άργυρο, υδροτριχοειδικά και μεσολάβηση αλγινικού κορδονιού στις κοιλότητες. Η χρήση αντιβιοτικών ήταν κατά περίπτωση.

Αποτελέσματα: Πλήρης επούλωση και αποκατάσταση επετεύχθη σε 3 ασθενείς, ενώ σε 6 ασθενείς υπήρξε σημαντική βελτίωση με εξυγίανση και υπολοιπόμενο έλλειμα έως 2cm. Τέσσερις ασθενείς απεβίωσαν λόγω της βαρείας κλινικής κατάστασης και νοσηρότητα σχετιζόμενη με την πρωταρχική τους ασθένεια. Ο χρόνος αποκατάστασης κυμάνθηκε από 2 έως 7 μήνες, για κάθε βλάβη ξεχωριστά, με μέγιστο χρόνο τους 11 μήνες. Η βελτίωση αυτή ήταν συνάρτηση της βελτίωσης της γενικής κατάστασης των ασθενών και της πιο αποτελεσματικής εν γένει περιποίησης που ελάμβαναν από το στενό περιβάλλον τους. Το τελευταίο ήταν αδύναμο αρχικά να συμμετάσχει στο βαθμό που θα έπρεπε. Παρά την αρχική αυτή αδυναμία, αρκετοί σταδιακά εξοικώθηκαν και εκπαιδεύτηκαν να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τους ασθενείς στην συντήρηση της βελτιωμένης κατάστασης.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με έλκη κατακλίσεως έχουν περιορισμένη σε μεγάλο βαθμό την κινητικότητα και την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης τους. Την κατ'οίκον παρακολούθηση και υποστήριξη αναλαμβάνει συνήθως το άμεσο συγγενικό περιβάλλον, το οποίο σπανίως έχει έστω και την στοιχειώδη νοσηλευτική εμπειρία. Η προβληματική επούλωση και η ανάγκη μακροχρόνιας, τακτικής και ανελλιπούς περιποίησης, έχουν ιδιαίτερες προεκτάσεις στην ιδιωτική και κοινωνική ζωή της κάθε οικογένειας. Η νοσηρότητα, που προσθέτουν τα έλκη κατακλίσεως σε ήδη επιβαρηνμένους ασθενείς, προσθέτει ένα ακόμα επιπλέον κόστος που επηρεάζει το Σύστημα Υγείας. Όλα τα παραπάνω κάνουν την παρουσία του ιατρού και του νοσηλευτή, στην κατ'οίκον φροντίδα και περιποίηση, ιδιαίτερα σημαντική και αναντικατάστατη. Αυτοί θα μεριμνήσουν για την πρόληψη της εμφάνισης τους, ευαισθητοποιώντας και εκπαιδεύοντας και τους μη-υγειονομικούς. Συνεπώς είναι και ένας Θεσμός που η ίδια η Πολιτεία θα πρέπει να προωθήσει, ενισχύοντας και οργανώνοντας ακόμη περισσότερο τις υπάρχουσες ανάλογες δομές των Δήμων.

10. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΤΟΝΩΝ ΕΛΚΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

A. Ζένιου, Γ. Αναγιωτός, Χρ. Φεσσάς, Μ. Νικολάου, Γ. Δημοσθένους, Γ. Κουλέρμου

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση και η μελέτη των σωστών

θεραπευτικών ενδείξεων της συντηρητικής αντιμετώπισης των τραυμάτων και των άτονων ελκών.

Παρουσιάζεται η εμπειρία της κλινικής στην αντιμετώπιση των τραυμάτων με διάφορες μεθόδους που έχουν σαν στόχο να προάγουν την επούλωση στο φυσιολογικό υγρό περιβάλλον του οργανισμού. Για την αντιμετώπιση των περιστατικών χρησιμοποιήθηκαν αλγινικής προέλευσης επιθέματα, πολυακρυλικά, υδροκολλοειδή, συσκευές αρνητικής πίεσης και βιολογικές μεμβράνες.

Η επιλογή της θεραπείας έγινε μετά τη μελέτη του τραύματος, της υποκείμενης νόσου, του εκλυτικού παράγοντα και της γενικής κατάστασης του οργανισμού.

Η συντηρητική θεραπεία παρέχει πολλά προτερήματα σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Με τη σωστή διαλογή ασθενών και τη διαμόρφωση της θεραπείας σε σχέση με το στάδιο επούλωσης, παρέχει μια εναλλακτική λύση ή μια φάση προετοιμασίας του τραύματος για την πιθανή τελική αποκατάσταση.

11. ΕΡΙΣΥΠΕΛΑΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟΝ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

N. Σύρμος, Σ. Πατιάκας, N. Καπουτζής, A. Τελεβάντος

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Γουμένισσας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ Το ερυσίπελας αποτελεί οξεία βακτηριδιακή λοίμωξη του δέρματος με χαρακτηριστική προσβολή των δερματικών λεμφαγγείων, η οποία προκαλείται από *Streptococcus* της ομάδας A. Εμφανίζεται συχνά στους αγρότες και στους κτηνοτρόφους.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Κατά την τελευταία τετραετία αντιμετωπίσαμε 82 ασθενείς με ερυσίπελας. Συγκεκριμένα 46 γυναίκες (ποσοστό 56%) και 46 άνδρες (ποσοστό 44%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η νόσος έχει ικανοποιητική ανταπόκριση στη συνήθη θεραπευτική αγωγή, παρόλο που η επίπτωσή της, λόγω κακής υγιεινής και επιβαρυντικών παραγόντων είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Τονίζουμε τη σημασία της έγκαιρης και αποφασιστικής παρέμβασης σε τέτοιες περιπτώσεις, καθώς και την προσφορά της Χειρουργικής Κλινικής.

12. Η ΑΜΕΣΗ ΧΡΗΣΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕΡΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ ΣΤΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ

Αγγελιδάκης Ι., Δασκαλογιαννάκης Ε., Τσιβγούλης Σ., Κουρτζέλη Μ., Ανδρεαδάκης Α., Μιχαηλίδης ΔΠ

Ορθοπαιδική Κλινική Γ Ν Ρεθύμνου
Δ/της: ΔΠ Μιχαηλίδης

Σκοπός: γίνεται αναδρομική μελέτη των αποτελεσμάτων της χρήσης μερικού πάχους δερματικών αυτομοσχευμάτων στα ελλείμματα άκρας χειρός σε πρώτο χρόνο από το ατύχημα.

Ασθενείς και μέθοδος: κατά την χρονική περίοδο 2004-2006 αντιμετωπίσαμε 17 ασθενείς (14 άντρες και 3 γυναίκες) με δερματικά ελλείμματα άκρας χειρός. Οι 15 περιπτώσεις αφορούσαν την παλαμιαία επιφάνεια και 2 τη ραχιαία. Χρησιμοποιήθηκε δέρμα από τη παλαμιαία επιφάνεια του αντιβραχίου στις 6 περιπτώσεις και δέρμα από τα ακρωτηριασθέντα δάκτυλα ή την αποσπασμένη ράγα δακτύλων, που προσκομίζονταν στο νοσοκομείο, σε 11 περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: πλήρη ενσωμάτωση των μοσχευμάτων είχαμε