

tes Care 2002; 25: 570-574.

11. Centers for Disease Control and Prevention. History of foot ulcer among persons with diabetes- United States, 2000-2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2003; 52: 1098-1102.

12. Manes C, Papazoglou N, Sassidou E et al. Prevalence of diabetic neuropathy and foot ulceration: identification of potential risk factors- a population- based study. Wound 2002; 14:11-15.

13. Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, Trendwell J, Boulton AJM. Predictive value of foot pressure assessment as part of population based diabetes disease management program. Diabetes Care 2003; 26(4): 1069-1073.

14. Moss SE, Klein R, Klein BEK. The prevalence and incidence of lower extremity amputation in a diabetic population. Arch Inter Med 1992; 152: 610-616.

15. Ramsey SD, Newton K, Blough D et al. Incidence, outcomes and cost of foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care 1999; 22:382-387.

16. Malgrane D, Richard JL, Leymarie. Screening diabetic patients at risk for foot ulceration. A multi-center hospital-based study in France. Diabet Metab 2003; 29: (3): 261-268.

17. Rith-Najarian SJ, Stolusky T, Godhes DM. Identifying diabetic patients at high-risk for lower extremity amputation in a primary health care setting. A prospective evaluation of simple screening criteria. Diabetes Care 1992; 15: 1386-1389.

18. Walters DP, Gatling W, Mulle MA, et al. The distribution and severity of diabetic foot disease: a community study with comparison to a non-diabetic group. Diabet Med 1994; 11: 480-484.

19. Βογιατζόγλου Δ. και συν. Εμπειρία 9χρονης λειτουργίας ιατρείου μελέτης-θεραπείας διαβητικού ποδιού. Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επούλωσης Τραυμάτων και Ελκών 2007, Προφορικές Ανακοινώσεις σελ. 63.

3. ΑΤΟΝΑ ΕΛΚΗ- ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Διαμάντη Σοφία

Επισμηναγός (ΥΝ), 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Τα άτονα έλκη εμφανίζονται συνήθως στην περιοχή των ποδιών και μπορεί να οφείλονται σε αρτηριακή ανεπάρκεια, φλεβική ανεπάρκεια, διαβητική νευροπάθεια, άλλη αιτιολογία ή συνδυασμό των παραπάνω αιτιών. Γνωρίζοντας το αίτιο εμφάνισης και τα χαρακτηριστικά κάθε έλκους ανάλογα με την αιτιολογία τους μπορούμε να οργανώσουμε την κατάλληλη θεραπεία ώστε να επιτύχουμε την πλήρη επούλωση του έλκους. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία του έλκους η συντηρητική θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την χρήση επιθεμάτων τοπικά με σκοπό την προαγωγή της διαδικασίας επούλωσης.

Τα Φλεβικά έλκη εμφανίζονται συχνότερα στην περιοχή της ποδοκνημικής άρθρωσης, παράγουν περισ-

σότερο εξιδρώμα από τα άλλα άτονα έλκη και το περίγραμμά τους δεν είναι ομοιόμορφο. Σε αυτά τα έλκη η διαχείριση του εξιδρώματος στην αρχή της θεραπείας αποτελεί πρωτεύοντα στόχο επιλέγοντας επιθέματα με μέτρια ή υψηλή απορροφητικότητα. Η ταυτόχρονη πιεστική εξωτερική επίδεση, συνεχής ή διακεκομμένη, μπορεί να βοηθήσει στην επούλωση ενός φλεβικού έλκους, συμπιέζοντας τις επιφανειακές φλέβες και βελτιώνοντας την κυκλοφορία του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος.

Τα αρτηριακά έλκη μπορεί να είναι επώδυνα, με μικρή παραγωγή εξιδρώματος η οποία λόγω της περιφερικής αρτηριακής ανεπάρκειας στεγνώνει επιπλέον το έλκος. Η επιλογή του επιθέματος θα πρέπει να στοχεύει στην διατήρηση του έλκους υγρού. Στην περίπτωση φλεγμονής ή εμφάνιση γάγγραινας πρέπει το έλκος να διατηρείται στεγνό. Όλα αυτά θα πρέπει να γίνονται σε συνδυασμό με επιλογή χειρουργικής θεραπείας για αποκατάσταση της αρτηριακής ανεπάρκειας.

Τα διαβητικά έλκη οφείλονται συνήθως στην διαβητική νευροπάθεια η οποία συχνά συνυπάρχει με περιφερική αγγειοπάθεια. Συνήθως εμφανίζονται σαν βαθιά νεκρωτική περιοχή με μικρή ή μέτρια παραγωγή εξιδρώματος ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι τοπικής φλεγμονής. Η αφαίρεση της νεκρωτικής εσχάρας αποτελεί πρωταρχικό σκοπό ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία της επούλωσης σε συνδυασμό με την σωστή διαχείριση του εξιδρώματος και της φλεγμονής.

Ανάλογα λοιπόν με την αιτιολογία του έλκους θα πρέπει να επιλέγεται η κατάλληλη συντηρητική θεραπεία, τόσο τοπικά όσο και σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση των αιτιών με τελικό σκοπό την πλήρη επούλωση του έλκους.

4. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΛΚΩΝ

Γραββάνης Ανδρέας

Επιμελητής Β΄ Πλαστικής Χειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων Ι. Ιωάννοβιτς, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Η αντιμετώπιση των χρόνιων τραυμάτων συχνά απαιτεί χειρουργική παρέμβαση η οποία καθορίζεται από την αιτιολογία και φύση του έλκους. Ο εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός και ο έλεγχος του μικροβιακού πληθυσμού με ή χωρίς εφαρμογή θεραπείας αρνητικής πίεσης αποτελεί το πρώτο στάδιο και ακρογωνιαίό λίθο της αντιμετώπισης. Η σύγχρονη επανορθωτική κλίμακα έχει αναπροσαρμοστεί με βάση την παθοφυσιολογία της βλάβης και νοσηρότητα από την σχεδιαζόμενη επέμβαση. Η μεταφορά κρημών διαπιπραινουσών αρτηριών για κάλυψη ελλειμμάτων κατακλίσεων αποτελούν σήμερα την μέθοδο εκλογής, ιδιαίτερα σε περιπατικούς ασθενείς. Σε αγγειακής αιτιολογίας χρόνια έλκη απαιτείται κοινός σχεδιασμός και αντιμετώπιση από αγγειοχειρουργούς και πλαστικούς χειρουργούς. Η θέση του αγγειοχειρουργού είναι να επιλέξει τους ασθενείς με φλεβικό έλκος οι οποίοι