

ΤΑ ΕΛΚΗ ΕΚ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ (DE CUBITUS ULCER=PRESSURE SORES) ΚΑΙ ΤΑ ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΤΟΥΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Dr. Ηλιοπούλου Ευγενία

Πλαστικός Χειρουργός

Βεζυράκης Δημήτρης

Κοινωνικός Λειτουργός

Καστανάς Κωνσταντίνος

Φυσικοθεραπευτής

Οι κατακλίσεις είτε τα έλκη εκ κατακλίσεων (De Cubitus Ulcer = Pressure Sores) προκαλούνται από πολλαπλούς παράγοντες ειδικά ιατροκοινωνικούς και σχετίζονται κυρίως με αυτές οι ασθενείς με χαμηλό οικονομικό επίπεδο. Υπάρχουν πολλοί λόγοι που δικαιολογούν την αυξημένη εμφάνιση αυτών στους παραπληγικούς. Η σωστή αντιμετώπιση τους απαιτεί την ύπαρξη μιας συντονισμένης θεραπευτικής ομάδας (πλαστικός χειρουργός, νοσηλεύτρια, φυσικοθεραπευτής, εργασιοθεραπευτής και κοινωνικός λειτουργός) αλλά η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη.

Το κράτος πρέπει επίσης να συμβάλει με την ανάπτυξη Κέντρων Αποκατάστασης για την επανένταξη αυτών των ατόμων στην κοινωνία.

Η προσπάθειά μας υποστηρίζεται από την πολύχρονη πείρα μας στην αντιμετώπιση των κατακλίσεων και την ιδιαίτερη ευαισθησία μας απέναντι σε αυτήν την ομάδα ασθενών.

“Κάθε ανθρώπινη ύπαρξη έχει μια μοναδική αξία, ανεξάρτητα από καταγωγή, εθνικότητα, φύλο, ηλικία, πεποιθήσεις, κοινωνική ή οικονομική κατάσταση ή συνεισφορά στην κοινωνία”.

Διεθνής Κώδικας Δεοντολογίας για τον Επαγγελματία Κοινωνικό Λειτουργό, Ιούλιος 1976.

“Κάθε άτομο, ως μέλος του κοινωνικού συνόλου, έχει δικαίωμα κοινωνικής προστασίας· η κοινωνία, με εθνική πρωτοβουλία και τη διεθνή συνεργασία, ανάλογα πάντα με την οργάνωση και τις οικονομικές δυνατότητες κάθε κράτους, έχει χρέος να του εξασφαλίσει την ικανοποίηση των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων που είναι απαραίτητα για την αξιοπρέπεια και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του”.

Άρθρο 22 - Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Ο.Η.Ε. 10 Δεκ. 1948.

Τα έλκη εκ κατακλίσεων δεν είναι νόσος αλλά μια κατάσταση που δημιουργείται λόγω της συνεχούς ή παρατεταμένης πίεσης σε ιδιαίτερα ανατομικά σημεία του σώματος. Όποτε εμφανίζονται (προσωρινά ή μόνιμα) έχουν ιατροκινωνικο-οικονομική προέκταση και απαιτούν συγκεκριμένη αγωγή (νοσηλευτική, ιατρική, κοινωνική).

Η αλματώδης αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων είχε σαν αποτέλεσμα τον πολλαπλασιασμό των ατόμων, ηλικιών 25-45 χρόνων, που παρουσίασαν παροδικά ή μόνιμα έλκη εκ κατακλίσεων, (άτομα που νοσηλεύτηκαν σε κωματώδη κατάσταση για μεγάλο χρονικό διάστημα σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ασθενείς με βαρείες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, παραπληγικοί κ.λ.π.) Σε σημαντικό επίσης βαθμό αναπτύσσουν έλκη οι υπερήλικες και οι ασθενείς με νευρολογικά προβλήματα (αισθητήρια ή κινητικά). Έτσι στους ορθοπεδικούς ασθενείς το ποσοστό ανάπτυξης των ελκών φτάνει το 20%, ενώ στους παραπληγικούς το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 25-80%. Οι ασθενείς με κατακλίσεις ανήκουν σε μια εξειδικευμένη ομάδα ασθενών τόσο από ιατρική όσο και από κοινωνική πλευρά. Η αντιμετώπιση αυτών των ασθενών απαιτεί την ύπαρξη μιας ομάδας (πλαστικός χειρουργός, παθολόγος, νευρολόγος, ουρολόγος, φυσίατρος, ψυχίατρος, φυσικοθεραπευτής, νοσηλευτές, κοινωνικός λειτουργός). Όταν επιτευχθεί η λύση του ιατρικού προβλήματος έπεται η λύση του κοινωνικού, δηλαδή η συνεργασία με τα ειδικά κέντρα αποκατάστασης όπου επιδιώκεται η οργανική σύνδεση της ιατρικής και νοσηλευτικής με τις μεθόδους της φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης.

Κοινωνική Προσέγγιση

Αυτοί οι ασθενείς δικαιούνται κάθε μας προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον. Η προσέγγιση αυτών των ασθενών έχει σαν σκοπό την ενθάρρυνση της αυτοδιάθεσης της αυτονομίας τους και όχι βέβαια την ενίσχυση της εξάρτησης από εμάς ή από την οικογένειά τους. Λόγω της επιφανειακής τους εξάρτησης (υπερήλικες, παραπληγικοί, ασθενείς καθηλωμένοι για ένα χρονικό διάστημα) υπάρχει η τάση εξουσίας αυτών των ατόμων κυρίως από το οικογενειακό τους περιβάλλον με ασφυκτικές τάσεις και με περιορισμό των ατομικών ελευθεριών τους. Πρέπει να προσδιορίσουμε τι είναι τα άτομα με έλκη εκ κατακλίσεως (είναι ανάπηροι ή ανίκανοι προς εργασία) για να τα προσεγγίσουμε θετικά και αποτελεσματικά. Η αναπηρία (μόνιμη ή προσωρινή) είναι μια κατάσταση που περιορίζει ή εμποδίζει το άτομο να εκπληρώσει το ρόλο του στην κοινωνία ανάλογα με την ηλικία του, το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει. Η ανικανότητα είναι η περιορισμένη ικανότητα του ατόμου να εκτελεί κινητικές, αισθητηριακές ή διανοητικές δραστηριότητες που θεωρούνται φυσικές. Στην πρώτη περίπτωση υπάρχουν συγκεκριμένες ικανότητες αλλά οι εξωτερικές είτε οι εσωτερικές συνθήκες τις περιορίζουν, ενώ στην δεύτερη το άτομο ξεκινάει με μειωμένα προσόντα. Τα άτομα που παρουσιάζουν έλκη εκ κατακλίσεων είναι ανάπηρα διότι δεν μπορούν να εκπληρώσουν τους ρόλους τους στην κοινωνία αλλά δεν είναι ανίκανα, διατηρούν διανοητικές, πνευματικές ικανότητες αλλά δεν μπορούν να κινηθούν εύκολα, υπολείπονται από άποψη κινήσεων. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να βρεθεί η χρυσή τομή ανάμεσα στην πραγματική βοήθεια της προσωρινής ή μόνιμης

αναπηρίας και την ενίσχυση της εξάρτησης αυτών των ατόμων. Πόσο πολύ χρειάζονται την ιατρική και κοινωνική μας φροντίδα αυτά τα άτομα;

Σήμερα η αξία του ανθρώπου μετριέται με την παραγωγικότητά του αφενός, αφετέρου γιατί το ίδιο το άτομο έχει μια αρνητική εικόνα του “εαυτού” του και τέλος γιατί και τα δύο τα μέρη ετικετοποιούν την αναπηρία με αποτέλεσμα να αναφερόμαστε στον ανάπηρο τάδε και όχι με το όνομά του ή με την ιδιότητά του (φίλος, γνωστός, συνεργάτης).

Οι ασθενείς με έλκη εκ κατακλίσεως ανεξάρτητα από το αίτιο που τις προκάλεσε έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- είναι προσωρινά ή μόνιμα ανάπηρα (προς εργασία που απαιτεί κινήσεις) αλλά δεν είναι ανίκανα διότι διατηρούν τις διανοητικές τους ικανότητες άρα μπορούν να ανταποκριθούν στις καθιστικές πνευματικές εργασίες (είτε κατακεκμημένα είτε σε αναπηρική καρέκλα). Εξαίρεση αποτελούν οι τετραπληγικοί, οι ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση και οι υπερήλικες που είναι και ανάπηροι και ανίκανοι προς εργασία.
- έχουν μια λύση του δέρματος παραγωγική και ευάλωτη στην επιμόλυνση (λόγω συγκεκριμένων τοπικών συνθηκών όπως η απώλεια ούρων ή κοπράνων και η έλλειψη ευαισθησίας του δέρματος στην παρατεταμένη πίεση). Ο μεγάλος χρόνος επούλωσης και η ύπαρξη πληγής (ανοικτής ή κλειστής) επιβάλλει την καθημερινή αλλαγή, δηλαδή σχεδόν καθημερινή δαπάνη για υλικά αποστειρωμένα και την ύπαρξη ενός εκπαιδευμένου ατόμου που θα την φροντίσει. Επίσης απαιτείται η ύπαρξη μιας επαφής με ένα νοσηλευτικό ίδρυμα για τον τακτικό ιατρικό έλεγχο.
- Επιβάλλεται επίσης η ύπαρξη, σε μόνιμη βάση, ενός ατόμου που να τον εξυπηρετήσει και να ανταποκριθεί στις αλλαγές θέσεως στο κρεβάτι και στην μεταφορά του ασθενούς από το κρεβάτι στην αναπηρική καρέκλα είτε στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Η προσέγγιση αυτών των ατόμων είναι δύσκολη ξεκινώντας από την προϋπόθεση ότι η νευρολογική βλάβη είναι μόνιμη και ότι δεν υπάρχει καμιά ελπίδα βελτίωσης και στην πορεία είναι σχεδόν σίγουρη η εμφάνιση των κατακλίσεων. Πρέπει να μάθουν να προφυλακτούν και να συμβιβαστούν με την πιθανότητα εμφάνισης των κατακλίσεων.

Πώς να ενισχυθεί η αξιοπρέπεια και ο αυτοσεβασμός σε ένα άτομο που δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και χρειάζεται σε μόνιμη βάση κάποιον να τον βοηθάει;

Σε αυτούς τους ασθενείς δεν τίθεται μόνο θέμα κόστους νοσηλείας και εξόδων διαβίωσης αλλά και θέμα οικονομικής υποστήριξης διότι θα απουσιάσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα από τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις ή θα αλλάξουν επάγγελμα.

Ιατρικοί Παράμετροι

Οι κατακλίσεις δηλαδή τα έλκη εκ κατακλίσεως ή έλκη εκ πίεσεως είναι οι νεκρώσεις δέρματος ή και των υποκειμένων μαλακών μορίων που συμβαίνουν σε ορισμένα σημεία του σώματος λόγω παρατεταμένης

πίεσεως. Δεν είναι πάντα αποτέλεσμα κατακλίσεως αλλά πίεσεως (δεν θα δημιουργηθούν κατακλίσεις στην περιοχή της ιεράς χώρας ή στον κόκκυγα όταν ο ασθενής είναι σε αναπηρική καρέκλα διότι δεν πιέζεται αυτή η περιοχή όμως εμφανίζονται στο ισχιακό κύρτωμα).

Παθοφυσιολογία

Η παρατεταμένη πίεση προκαλεί **Ανοξία** στους ιστούς και **Θρόμβωση** στα τριχοειδή αγγεία με άμεσο αποτέλεσμα την **ΝΕΚΡΩΣΗ** του δέρματος και των μαλακών μορίων. Εμφανίζεται η **Εσχάρα** που όταν αφαιρείται χειρουργικά ή αποκολλάται μόνη της μετά από την νεκρόλυση των υποκείμενων ιστών (λόγω αποίκισης με μικρόβια), μένει το **ΕΛΚΟΣ** που είναι μία ανοικτή πληγή.

Όταν η αφαίρεση αργεί η επιμόλυνση δημιουργεί την εμφάνιση **Σάκου, Φλεγμονής** και **Κυτταρίδας** γύρω από την κατάκλιση.

Αν δεν παροχετευτεί θα εμφανιστούν συστηματικές λοιμώξεις και παράλληλα η νέκρωση θα προχωρήσει στο βάθος μολύνοντας το οστού. Αν έχει προηγηθεί ο καθαρισμός της εσχάρας και ο ασθενής ακολουθεί σωστή αγωγή (ασηψία, αντισηψία, διατροφική και θερμιδική ενίσχυση, χορήγηση λευκωμάτων, αίματος και αντιβιοτικών) παράλληλα με την ανάπτυξη του **Κοκκιώδους Ιστού** που καλύπτει όλη την κοίτη παρατηρείται η επούλωση από την περιφέρεια στο κέντρο και μειώνεται η ανοικτή επιφάνεια.

80-90% των κατακλίσεων εμφανίζονται στην ιερά χώρα, 60% στην περιοχή του μεγάλου τροχαντήρα και ισχιακό κύρτωμα και 30% στις πτέρνες και στην κνήμη. Το συνθέστερο είναι να εμφανιστούν ταυτόχρονα κατακλίσεις στην ιερά χώρα και την περιοχή του μεγάλου τροχαντήρα. Ανάλογα με την κινητικότητα που μπορεί να αναπτύξει ο ασθενής δημιουργούνται και οι κατακλίσεις (π.χ. όταν είναι σε αναπηρική καρέκλα προηγούνται οι κατακλίσεις στο ισχιακό κύρτωμα, ενώ όταν είναι κατακεκλιμένος, οι κατακλίσεις στην ιερά χώρα). Σπάνια συναντιούνται στην περιοχή του θώρακα, στους αγκώνες και στο τριχωτό κεφαλής.

Οι ασθενείς που εμφανίζουν πιο συχνά κατακλίσεις είναι:

- οι νευροπαθείς με απώλεια συνειδήσεως.
- οι ακίνητοι με ακράτεια κοπράνων και απώλεια ούρων.
- οι υπερκινητικοί (ανήσυχτοι που τρίβονται συνέχεια).
- οι αδύνατοι και οι υπερήλικοι με οστά που προεξέχουν και με ελλατωματική ή μειωμένη κυκλοφορία του αίματος.
- οι ασθενείς με λεπτό και υπερευαίσθητο δέρμα.
- οι παχύσαρκοι με παραπληγία (και υπαισθησία κάτω άκρων).
- οι ασθενείς αφυδατωμένοι με κακή θρέψη.
- οι ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση (βαρβιτουρικά).
- οι ασθενείς με τα μέλη σε νάρθηκες.

Αυξημένη συχνότητα παρουσιάζουν οι ομάδες ηλικίας 17-25 χρόνων και 65-95 χρόνων. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι σε αυτές τις ηλικίες οι αντιστάσεις του οργανισμού είναι μειωμένες και ότι δύσκολα

ανταποκρίνεται ο οργανισμός στις αυξημένες ανάγκες όπως ο μετατραυματικός υπερμεταβολισμός (κυρίως ο καταβολισμός πρωτεϊνών. Είναι μία νόσος που παρουσιάζουν κυρίως οι άνδρες (αναλογία Α:Γ ήταν 10:2 σε μια σειρά από 43 περιπτώσεις). Πιθανή εξήγηση είναι ότι:

- η περιποίηση των κατακλίσεων στους άνδρες γίνεται από τους νοσηλευτές (που δεν είναι τόσο επιμελείς και δεν έχουν και την κατάλληλη εκπαίδευση όπως οι νοσηλεύτριες)
- οι άνδρες δεν είναι τόσο απαιτητικοί σε ότι αφορά την προσωπική τους υγιεινή όπως είναι οι γυναίκες.

Σε ότι αφορά το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των ασθενών έχει σημασία ότι εμφανίζονται πιο συχνά στα άτομα που ανήκουν στα κατώτερα οικονομικά στρώματα (δεν μπορούν να αγοράσουν ή να νοικιάσουν αερόστρωμα, να έχουν μόνιμα αποκλειστική αδερφή ή να αγοράσουν τα κατάλληλα αντισηπτικά και αποστειρωμένα υλικά). Ελάχιστοι ασθενείς μπορούν να επιβαρυνθούν με τα έξοδα για φυσιοθεραπεία κατ' οίκον ή να μεταφέρονται στα ειδικά κέντρα φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης. Τα στοιχεία που συμβάλλουν στην εμφάνιση των κατακλίσεων είναι:

1) Νευρολογική βλάβη (μερική ή ολική παραπληγία που αφορά αισθητήριες και κινητικές ρίζες) με υπερβολική, ως διάρκεια, πίεση των μαλακών μοριών ανάμεσα σε οστικές περιοχές και το στρώμα ή το κάθισμα. Ο παραπληγικός δεν αισθάνεται (λόγω αναισθησίας του δέρματος) καμία ενόχληση και δεν μπορεί να αλλάξει θέση. Ο μη παραπληγικός (κώμα μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ο διασωληνομένος με παρατεταμένη διαμονή σε ΜΕΘ, ασθενείς με βαρείες κακώσεις σπονδυλικής στήλης ή κάτω άκρων με δύσκολη και επώδυνη κινητοποίηση, παχύσαρκοι, ασθενείς με εξάντληση των δυνάμεων στα πλαίσια συστηματικής νόσου όπως ρευματοειδής αρθρίτις, νεόπλασμα, myasthenia gravis) αισθάνεται την πίεση και προσπαθεί να αλλάξει θέση αλλά δεν μπορεί να το κάνει αρκετά συχνά ούτως ώστε να αποφευχθεί η εμφάνιση των ελκών.

Είναι υποχρεωτική η αλλαγή θέσεως κάθε 2 ώρες και αλλαγή σεντονιών κάθε φορά που λερώνονται είτε είναι βρεγμένα.

2) Μεταβολικές διαταραχές που προϋπάρχουν ή ακολουθούν την κατάκλιση και αφορούν τα λευκώματα, την αιμοσφαιρίνη, έλλειψη ψευδαργύρου, και την βιταμίνη C. Η **Αναιμία** είναι αποτέλεσμα κακής σίτισης, αιμόλυσης (ανοικτή επιφάνεια έντονα αιμορραγική στους παραμικρούς χειρισμούς), διαταραχών πήξεως.

Η **Υποπρωτεϊναιμία** είναι αποτέλεσμα μειωμένης λήψης τροφής από το στόμα παράλληλα με την έντονη και αυξημένη απώλεια (από την ανοικτή επιφάνεια). Ο οργανισμός δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες του μετατραυματικού υπερμεταβολισμού και επηρεάζει αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα και την επούλωση.

Χρειάζονται συχνές μεταγγίσεις αίματος παράλληλα με θερμιδική και πρωτεϊνική υποστήριξη σε ενδοφλέβια μορφή. Παράλληλα από το στόμα πρέπει να χορηγηθεί δίαιτα υψηλού πρωτεϊνικού και θερμιδικού περιεχομένου (3.000-5.000 θερμ./ημέρα).

3) Τοπική και γενική μόλυνση λόγω κυρίως μειωμένης γενικής αντίστασης και υπολειπουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος. Η νέκρωση δέρματος αποτελεί ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη μικρο-

βιακής χλωρίδας. Η εισβολή μικροβίων στην γενική κυκλοφορία έχει σαν επακόλουθο την σηψαιμία και τον θάνατο.

Είναι απαραίτητη η διατήρηση ασηψίας και αντισηψίας. Οι συλλογές πύου πρέπει να παροχευτούν και οι κατακλίσεις να ελέγχονται και να καθαρίζονται κάθε ημέρα. Όταν η κατάσταση το απαιτεί να χορηγηθούν αντιβιοτικά. Είναι σημαντική η αποφυγή της υπερξήρανσης της Εσχάρας αλλά και της συλλογής του πύου.

Όταν ο ασθενής είναι απύρετος και η κατάκλιση είναι καθαρή δεν είναι απαραίτητη η αντιβίωση. Έχοντας υπόψη ότι οι κατακλίσεις είναι χρόνιες (μήνες, χρόνια) δεν μπορούμε να χορηγήσουμε αντιβίωση για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Διαχωρίζεται σε συντηρητική και χειρουργική. Στην πρώτη εντάσσονται όλα τα θεραπευτικά μέτρα ξεκινώντας με την σωστή πρόληψη (αλλαγή θέσεων, περιποίηση του δέρματος, αποφυγή παρατεταμένης επαφής με τον ιδρώτα, ούρα ή κόπρανα, χρήση αντισηπτικών) και την περιποίηση των ελκών. Παράλληλα με τις κλασικές μεθόδους εφαρμόζονται νέες τεχνολογίες, όπως η χρήση του πολωμένου φωτός (BIOPTRON) ή των laser. Το φως αναζωογονεί (ανάπτυξη υγιών κυττάρων) και ενεργοποιεί τον αμυντικό μηχανισμό ενώ το laser έχει βιοδιεγερτική δράση. Η χειρουργική αντιμετώπιση γίνεται στην φάση της εξέλκωσης (η αφαίρεση της εσχάρας) και όταν το έλκος είναι αρκετά καθαρό για να γίνει η σύγκλισή του.

Η σωστή θεραπεία των κατακλίσεων γίνεται από μία ομάδα που αποτελείται από ιατρούς, φυσικοθεραπευτές (κινησιοθεραπευτές, και εργασιοθεραπευτές), νοσηλευτές, ψυχίατρο και κοινωνικό λειτουργό. Η συνεργασία ανάμεσα σε τόσα άτομα γίνεται με βάση τις προτεραιότητες και κυρίως τους παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση των κατακλίσεων (νευρολογική βλάβη, μεταβολική αιτία, γενική και τοπική κατάσταση του ασθενούς).

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η τελευταία λύση που εφαρμόζεται μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις. Αν οι συνθήκες εμφάνισης των κατακλίσεων συνεχίζονται οι κατακλίσεις θα ξαναεμφανιστούν ανεξάρτητα από την επιτυχία της χειρουργικής επεμβάσεως. Το τρίπτυχο της θεραπείας αποτελείται από τοπική περιποίηση - γενική διαιτητική υποστήριξη - φυσικοθεραπεία.

Φυσικοθεραπευτικοί παράμετροι

Σε ασθενείς με έντονα κινητικά προβλήματα, όπως είναι οι τετραπληγικοί, οι παραπληγικοί ή οι έχοντες υποστεί βαρείες Κ.Ε.Κ. (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις) η φυσικοθεραπεία πρέπει να αρχίσει αμέσως και να είναι επιθετική.

Το πρόγραμμα που εφαρμόζεται ευθύς εξ' αρχής περιλαμβάνει:

- α) Την υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας

β) Την διατήρηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων

γ) Την διατήρηση της ελαστικότητας των μυών και των άλλων περιθρικών στοιχείων,

δ) Την αποφυγή παραμορφώσεων, κυρίως με την επιλογή και διατήρηση των κατάλληλων θέσεων του τραυματία στο κρεβάτι, και την επιλογή του κατάλληλου χρόνου για κάθε θέση που τοποθετείται ο ασθενής, και

ε) Την ενίσχυση της ισχύος, εκείνων των μυϊκών ομάδων που επιδέχονται κάτι τέτοιο και που στις επόμενες φάσεις της αποκατάστασης θα αξιοποιηθούν, για την εκπαίδευση του τραυματία στο να αυτοεξυπηρετείται, να μετακινείται από το κρεβάτι στο αναπηρικό αμαξίδιο και στο να εκμεταλλευτεί στον μέγιστο δυνατό βαθμό τις ικανότητες που θα του έχουν απομείνει.

Επειδή στους παραπάνω περιγραφόμενους ασθενείς, οι πιθανότητες να εμφανισθούν κατακλίσεις είναι μεγάλες, όλες οι εμπλεκόμενες ειδικότητες πρέπει στους στόχους τους να περιλαμβάνουν και την πρόληψη της εμφάνισης των κατακλίσεων. Έτσι και ο φυσικοθεραπευτής, από τις πρώτες ώρες που θα αναλάβει τον τραυματία, θα πρέπει να προσπαθήσει να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης των κατακλίσεων, θέτοντας σαν στόχο, τον γρήγορο απεγκλωβισμό του από το κρεβάτι.

Αυτό όμως πολλές φορές δεν είναι δυνατόν, λόγω της γενικής κατάστασης του ασθενούς, και τότε οι προσπάθειες επικεντρώνονται στην πλήρη ενημέρωση του ίδιου, εάν έχει την επίγνωση του εαυτού του και κυρίως των ανθρώπων του περιβάλλοντός του, για τους κινδύνους εμφάνισης κατακλίσεων, για τις δυνατότητες που υπάρχουν για την πρόληψή τους και κυρίως για τα δυσεπίλυτα προβλήματα που αυτές προκαλούν, στην προσπάθεια αποκατάστασης του τραυματία.

Λόγω της πολύωρης καθημερινής επαφής του με τον τραυματία, ο φυσικοθεραπευτής καλείται να εξηγήσει σε αυτόν, όσα δεν έχει κατανοήσει πλήρως, αλλά και να ελέγξει εάν όσα έχουν προταθεί στον τραυματία εφαρμόζονται και πώς εφαρμόζονται. Όπως το πόσο υψηλός είναι ο κίνδυνος να εμφανιστούν οι κατακλίσεις, σε ποιες περιοχές θα πρωτοεμφανιστούν και γιατί πρέπει να αλλάξει κάθε δύο περίπου ώρες θέση, γιατί αυτές οι θέσεις που παίρνει πρέπει να είναι έτσι ώστε να μην έρχονται σε επαφή σκληρά σημεία του σώματός του, με άλλα σκληρά σημεία του σώματός του (τα γονατά του) ή του κρεβατιού χρησιμοποιώντας μαξιλάρια ή άλλα μαλακά υλικά σαν ενδιάμεσα.

Επίσης γιατί πρέπει να είναι πάντα στεγνός και καθαρός, γιατί πρέπει να μην τρίβονται βίαια διάφορα σημεία του σώματός του με τα σεντόνια κατά τις μετακινήσεις του, γιατί πρέπει τα σεντόνια να μην είναι τσαλακωμένα, γιατί πρέπει να γίνονται συχνά μαλάξεις ιδίως στα σημεία που συνήθως εμφανίζονται οι κατακλίσεις, καθώς και ποιά είναι αυτά τα σημεία και γιατί η διατροφή του πρέπει να είναι σύμφωνη με όσα του έχει υποδείξει ο διαιτολόγος. Όλα αυτά είναι μερικά μόνο από τα σημεία που συχνά καλείται ο φυσικοθεραπευτής να εξηγήσει έχοντας υπόψη ότι ο ιατρός έρχεται βιαστικά, δίνει οδηγίες και συνήθως δεν κάθεται να ελέγξει αν αυτά που είπε εφαρμόζονται. Η επαφή με τον ιατρό είναι ολιγόλεπτη ενώ για τον φυσικοθεραπευτή απαιτούνται ώρες για την επίτευξη των θεμιτών αποτελεσμάτων (σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση).

Εάν τα παραπάνω γίνουν και παρ' όλα αυτά μια κατάκλιση κάνει την εμφάνισή της, τότε τα προγράμματα ανατρέπονται και προσαρμόζονται πλέον στην νέα κατάσταση. Οι θέσεις που παίρνει ο τραυματίας είναι πλέον τέτοιες, ώστε να μην μένει καθόλου σε θέση που η κατάκλιση πιέζεται και αυτό έχει σαν συνέπεια, οι υπόλοιπες θέσεις να επιβαρύνονται λόγω περισσότερης παραμονής σε αυτές. Οι προτεραιότητες επιλέγονται ανάλογα με το θεραπευτικό σχεδιάγραμμα (χειρουργική επέμβαση, αποκατάσταση, κινητοποίηση).

Η χρήση φυσικοθεραπευτικών μεθόδων θεραπείας όπως:

α) πολωμένο φως

β) Laser

γ) O₂ υπό πίεση

δ) υπεριώδες ακτίνες και άλλα,

τα υλικά περιποίησης της κατάκλισης, καθώς και οι αμοιβές αυτών που θα εφαρμόσουν όλα τα παραπάνω, αυξάνουν δραματικά το ήδη υψηλό κόστος ζωής αυτών των ασθενών και συνήθως κάνουν απαγορευτική την συνέχιση του προγράμματος αποκατάστασης, με δεδομένο ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων, κατακλίσεις παρουσιάζονται σε τραυματίες που η περιποίησή τους, για οικονομικούς λόγους, ανατίθεται σε συγγενικά τους πρόσωπα, που βεβαίως είναι ανειδίκευτα και αδυνατούν να εφαρμόσουν σωστά τις εντολές που λαμβάνουν.

Η προσεκτική περιποίηση του τραύματος είναι επιβεβλημένη, και αυτό αφαιρεί χρόνο από άλλες σημαντικές, για την αποκατάσταση, δραστηριότητες. Το πρόγραμμα ασκήσεων, τροποποιείται έτσι ώστε να μην κακοποιείται κατά τις κινήσεις η περιοχή της κατάκλισης, ακόμα και αν αυτό είναι σε βάρος της αποκατάστασης. Η χρήση κηδεμόνων ορθοστάτισης γίνεται προβληματική έως και αδύνατη, εάν οι κατακλίσεις είναι σε εκείνα τα σημεία που οι κηδεμόνες ασκούν πίεση στο σώμα, και αυτό επηρεάζει αρνητικά την διάθεση του τραυματία για την άσκηση. Πολλές φορές, οι κατακλίσεις εμφανίζονται σε σημεία τέτοια, ώστε γίνεται προβληματική, ακόμη και η παραμονή στο αναπηρικό αμαξίδιο (ισχιακό κύρτωμα) με άμεσο αποτέλεσμα την καθήλωση του τραυματία στο κρεβάτι. Η ψυχολογική κατάσταση του τραυματία είναι προβληματική και όταν καθηλώνεται στο κρεβάτι (εκεί που μπορούσε να βγει από το σπίτι του) παραδίνει πλέον τα όπλα, απογοιτεύεται και δεν ανταποκρίνεται πλέον στις ασκήσεις.

Επίσης λόγω συνεχούς ρυπαρότητας των τραυμάτων, συνεχών απωλειών υγρών από το τραύμα και απέχθειας του γύρω κόσμου (λόγω μόνιμης πλέον μυρουδιάς του δέρματος και των ρούχων του) καταστρέφεται το body image (η εκτίμηση που έχει ένας άνθρωπος για το σώμα του και για το είναι του) δηλαδή ο self respect (αυτοσεβασμός) του, σε άμεση ανάπτυξη κακής ψυχικής διάθεσης και αρνητισμού.

Δεν πρέπει να βλέπουμε το θέμα των κατακλίσεων μόνο σαν ιατρικό θέμα, δηλαδή σαν τραύματα που πρέπει να θεραπευτούν.

Στην ουσία είναι η κορυφή του παγόβουνου (προσωρινοί ή μόνιμοι κοινωνικο- ιατρικοί παράμετροι την προκαλούν) και οι επιπτώσεις τους είναι σημαντικές. Το κάθε μέλος της ομάδας αποκατάστασης παίζει συγκεκριμένο ρόλο στην πορεία της νόσου ξεκινώντας από τον νοσηλευτή (που περιποιείται το τραύμα), τον

φυσικοθεραπευτή (που διατηρεί την κινητικότητα και τις ήδη μειωμένες ικανότητες του ασθενούς) τον χειρουργό (που κλείνει τις ανοικτές πληγές) και τελειώνοντας με τον ψυχίατρο (που τον βοηθάει να δεχτεί καλύτερα την αναπηρία του) και τον κοινωνικό λειτουργό (που ομαλοποιεί την επανένταξή του στην κοινωνία). Η δημιουργία Μονάδων Αποκατάστασης αποτελεί νέα δυναμική δραστηριότητα στο χώρο της σύγχρονης Υγείας. Αρκεί να σημειωθεί ότι το ποσοστό των ατόμων που χρειάζονται τις υπηρεσίες των Κέντρων Αποκατάστασης, φτάνει συνολικά το 10% του συνολικού πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Agren M.S., Stromberg H.E. "Topical treatment of pressure ulcers" Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. 19: 97-100, 1985.
2. Agris J. "Pressure Ulcers" in Manual of Patient Care in Plastic Surgery Little, Brown and Company Boston, 1982.
3. Ανδρουλάκης Γ. "Ανάληψη" Εκδ. Παρισιανού Αθήνα 1982.
4. Biotron - International Health Equipments.
5. Khoo C. "Degenerative skin conditions-venous ulcers and pressure sores" Surgery Vol. 1, 1988.
6. Λουμίδη Δ. "Δικαιώματα ασθενών και Κοινωνική Εργασία" Κοινωνική Εργασία 17, 1990.
7. Λοχαίτης Α., Σκουλής Θ., Μήτσου Ι. "Έλκη εκ κατακλίσεων: Ένα συνεχές πρόβλημα" Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 6,2,1989. B. Verran, P. Aisbitt "Neurological and Neurosurgical Nursing" Publ. Arnold 1988.
8. Mc Carthy "Plastic Surgery" W.B. Saunders 1990.
9. Mulder G.D., Altman M., Seeley J.E. et al. "Prospective randomized study of the efficacy of hydrogel, hydrocolloid, and saline solution-moistened dressings on the management of pressure ulcers" Wound repair and reg. Vol. 1, No. 4, 1993.
10. Παπαϊωάννου Κ. "Κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των παραπληγικών" Κοινωνική Εργασία 13, 1989.
11. Στηθοσκόπιο Φλεβ. 1994. ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
12. Verran B., Aisbitt P. -Pressure and friction sores in "Arnold's Neurosurgical and neurological nursing" W. Saunders 1988.