

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ»**



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΙΕΚΚΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΟΛΑΓΚΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας αφορά την φροντίδα του δέρματος των ασθενών και τις παθήσεις από τις οποίες αυτό μπορεί να νοσήσει. Ένα μεγάλο κομμάτι της, περιλαμβάνει την νοσηλευτική παρέμβαση και την παροχή υγειονομικής φροντίδας, με στόχο την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς – στις περιπτώσεις που κάτι τέτοιο είναι εφικτό.

Ένας από τους βασικότερους λόγους για τους οποίους επέλεξα το θέμα αυτό ήταν, αφενός επειδή η ταλαιπωρία από παθήσεις του δέρματος αποτελεί μέρος της καθημερινότητας για μια μεγάλη μερίδα ανθρώπων.

Σε γενικές γραμμές, οι απόψεις των ασθενών για τα δερματικά νοσήματα -συνήθως- είναι ακραίες, πράγμα που σημαίνει είτε ότι οι ασθενείς τείνουν να δείχνουν παραπάνω αγωνία σε δερματοπάθειες που μπορεί να είναι παροδικές και ελαχίστης ιατρικής σημασίας, είτε να αδιαφορούν για εκείνες που χρήζουν ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης. Αυτό, οφείλεται κατά κύριο λόγο στην άγνοια και την ημιμάθεια σε σχέση με τις γνώσεις που έχουν, γεγονός που μου έδωσε το έναυσμα να εργαστώ πάνω στο συγκεκριμένο θέμα παρέχοντας πληροφορίες για τους μελλοντικούς, πρόθυμους αναγνώστες, αλλά και προς δική μου προσωπική ενημέρωση.

Αφετέρου, ούσα παθούσα μιας χρόνιας δερματικής πάθησης – γνωστής ως «ατοπική δερματίτιδα» ή αλλιώς έκζεμα - το θέμα μου ήταν γνώριμο ,έως κάποιου σημείου, αλλά και αρκετά ενδιαφέρον στην διάρκεια της εκπόνησής του.

Σε αυτό λοιπόν το σημείο, θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους βρίσκονταν κοντά μου και με στήριξαν – καθένας με τον δικό του τρόπο - στην διάρκεια των τεσσάρων αυτών χρόνων συνεχούς προσπάθειας για την απόκτηση του πολύτιμου πτυχίου.

Ένα ξεχωριστό, μεγάλο Ευχαριστώ στον επόπτη καθηγητή της πτυχιακής μου εργασίας, Κιέκκα Παναγιώτη, για την συνεργασία και την καθοδήγηση που μου προσέφερε στο χρονικό διάστημα της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας, έτσι ώστε να βρεθώ ακόμα ένα βήμα λιγότερο από το πολυπόθητο πτυχίο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο ανθρώπινος οργανισμός λειτουργεί με βάση ένα σύνολο πολυσύνθετων διαδικασιών, που ως στόχο έχουν την ομαλή εξέλιξη αυτού και την αποκατάσταση της υγείας και της ισορροπίας του σε περίπτωση πρόκλησης τραυματισμών και ασθενειών.

Το ανθρώπινο σώμα περιλαμβάνει όλα τα όργανα που είναι υπεύθυνα για τις παραπάνω διαδικασίες, προστατεύοντάς τα από κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος. Πρωταρχικό ρόλο στην προστασία αυτή που τους παρέχεται παίζει το δέρμα.

Το δέρμα έχει μια σύνθετη ανατομία και φυσιολογία, που σκοπό έχουν να κάνουν την λειτουργία του αποτελεσματική, όσον αφορά την άμυνα που αυτό προσφέρει στο σώμα και τα όργανα. Ωστόσο, παρά την περιπλοκότητα της δομής του, ουκ ολίγες φορές και λόγω ποικίλων αιτιολογιών, αυτό νοσεί με αποτέλεσμα να επιτρέπει την είσοδο παθογόνων μικροοργανισμών στο σώμα και την ανάπτυξη σοβαρών -πολλές φορές- ασθενειών.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας εργασίας είναι, εκτός από την περιγραφή των λειτουργιών και της δομής του δέρματος, η παράθεση και ανάπτυξη των σημαντικότερων δερματικών παθήσεων, καθώς επίσης και η αντίστοιχη θεραπευτική προσέγγιση που απαιτείται για την αποκατάσταση της υγείας του οργανισμού στο σύνολό του. Ακόμα, καταγράφονται δύο (2) περιστατικά δερματικών παθήσεων με την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα, βασιζόμενη πάντα στην μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας ήταν η ανασκόπηση βιβλιογραφικών πηγών τόσο στην ελληνική όσο και σε ξένη βιβλιογραφία. Η δομή της αποτελείται από πέντε (7) κεφάλαια, στα οποία αναπτύσσεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το θέμα των παθήσεων του δέρματος και ο ρόλος του νοσηλευτή.

SUMMARY

The human body operates on a set of complex procedures , which are designed to smooth evolution of this and restore health and balance in case of injuries and illnesses.

The human body comprises all the institutions that are responsible for these processes , protecting them from risks in the external environment . Primary role in the protection afforded to them playing the skin.

The skin has a complex anatomy and physiology , designed to make the operation effective regarding protection it offers to the body and organs. However, despite the complexity of its structure, many times and because of various etiologies, this diseased thereby permits entry of pathogens into the body and developing serious frequently occurring diseases.

Therefore, the aim of this work is , apart from the description of the functions and structure of the skin , the juxtaposition and development of major skin diseases , as well as the corresponding therapeutic approach needed to restore the health of the organism as a whole . Still, recorded two (2) cases of skin diseases with appropriate nursing care , always based on the method of nursing process .

The method used for the preparation of this study was to review literature sources in both Greek and foreign literature . The structure consists of seven (7) chapters , which develops in the best possible way the issue of skin diseases and the role of the nurse .

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
SUMMARY	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

1.1	ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	11
1.2	ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ	13
1.3	ΚΥΡΙΩΣ ΔΕΡΜΑ	16
1.4	ΥΠΟΔΟΡΙΟΣ ΙΣΤΟΣ	17
1.5	ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	17
1.6	ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	19
1.7	ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	20
1.8	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	22
1.9	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	22
1.10	ΚΕΡΑΤΙΝΟΠΟΙΗΣΗ	23
1.11	ΜΕΛΑΝΙΝΟΓΕΝΕΣΗ	25
1.12	ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

2.1	ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	27
2.2	ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	29
2.3	ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ	30
2.3.1	ΕΛΚΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	30
2.3.2	ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ ΠΟΔΙΟΥ	36
2.4	ΦΥΣΙΚΕΣ / ΘΕΡΜΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ	40
2.4.1	ΕΓΚΑΥΜΑ	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

3.1	ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	51
3.1.1	ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ	51
3.1.2	ΕΡΕΘΙΣΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ	51
3.1.3	ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ	52
3.1.4	ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ	53
3.1.5	ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ	54
3.1.6	ΚΝΙΔΩΣΗ	54

3.1.7	ΘΞΕΙΑ ΚΝΙΔΩΣΗ	56
3.1.8	ΨΩΡΙΑΣΗ	58
3.2	ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	66
3.2.1	ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	66
3.2.2	ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΙΣ	69
3.2.3	ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	76
3.3	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

4.1	ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ	91
4.2	ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ ΠΟΔΙΟΥ	106
4.3	ΕΓΚΑΥΜΑ	114

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΙΣ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

5.1	ΓΕΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ	117
5.2	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΡΕΘΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑΣ	118
5.3	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΤΟΠΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑΣ	118
5.4	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑΣ	119
5.5	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΝΙΔΩΣΗΣ	119
5.6	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΘΞΕΙΑΣ ΚΝΙΔΩΣΗΣ	119
5.7	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΘΞΕΙΑΣ ΚΝΙΔΩΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	120
5.8	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΨΩΡΙΑΣΗ	120

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΙΣ ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

6.1	ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	132
6.2	ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΙΣ	134
6.3	ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	134

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

7.1	ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	138
7.2	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	139
7.3	ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ	140
7.4	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	140
7.5	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	142
7.6	ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	142
7.7	ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ	142
7.8	ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	143

7.9	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	144
7.10	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	150
7.11	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	152

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	155
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1ο	158
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2ο	166
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	174

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το δέρμα δρα σαν μια βιολογική ασπίδα προφυλάσσοντας τον ανθρώπινο οργανισμό από περιβαλλοντικούς κινδύνους. Όταν οι φυσιολογικές λειτουργίες του δέρματος δεν επιτελούνται λόγω κάποιας βλάβης, μπορεί να μειωθεί η ικανότητα αυτοφροντίδας του ατόμου και μερικές φορές αυτό έχει σοβαρές συνέπειες για την ίδια την ζωή. Οι νοσηλευτές γνωρίζουν πολύ καλά τη σημασία του δέρματος για την υγεία των ασθενών τους, και για το λόγο αυτό δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την πρόληψη των βλαβών του δέρματος.¹

Το δέρμα αποτελεί την πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού έναντι της εισόδου των παθογόνων μικροοργανισμών. Για τον λόγο αυτό, η σύνθεσή του είναι περισσότερο περίπλοκη απ' ό,τι, εκ πρώτης όψεως, θα περίμενε κανείς. Στόχος της περιπλοκότητας αυτής είναι η δημιουργία ενός - όσο το δυνατόν περισσότερο- συμπαγούς και αποτελεσματικού «τείχους», το οποίο θα προστατεύσει τον οργανισμό από την εισβολή μικροοργανισμών που βρίσκονται στο εξωτερικό περιβάλλον.

Η παρούσα εργασία λοιπόν, πραγματεύεται τον ρόλο του δέρματος στις διεργασίες που αφορούν την προστασία του οργανισμού, αλλά και τις παθήσεις που προκαλούνται όταν η πρώτη αυτή γραμμή άμυνας παρακαμφθεί, ξεκινώντας από τις λιγότερο επικίνδυνες και καταλήγοντας στις περισσότερο σοβαρές.

Πιο συγκεκριμένα, αρχικώς, γίνεται λόγος για την ανατομία και την φυσιολογία του δέρματος, όπου περιλαμβάνονται πληροφορίες για την σύσταση της επιδερμίδας και του κυρίως δέρματος, τα αγγεία και τα νεύρα, όπως επίσης και για τις λειτουργίες αυτού. Ύστερα αναλύονται οι βλάβες του δέρματος που διαχωρίζονται στις πρωτοπαθείς, δευτεροπαθείς και τις μηχανικές κακώσεις.

Στη συνέχεια, ταξινομούνται και περιγράφονται οι σημαντικότερες παθήσεις και διαταραχές του δέρματος, όπως οι κατακλίσεις, τα διαβητικά έλκη ποδιού και ο καρκίνος του δέρματος.

Ακολουθεί η περιγραφή της θεραπευτικής προσέγγισης των παθήσεων αυτών καθώς επίσης και ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτές, που έχει ως στόχο την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς ή την ανακούφιση από τα συμπτώματα στις περιπτώσεις που η θεραπεία δεν αποφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Τέλος, η παρούσα εργασία περιλαμβάνει την παράθεση δύο περιστατικών, τα οποία αντιμετωπίζονται με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕ ΤΟ ΔΕΡΜΑ

1.1 Ανατομία δέρματος

Το δέρμα καλύπτει κάθε ορατό τμήμα του ανθρώπινου σώματος. Είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος με μέση επιφάνεια περίπου 2 m² και βάρος περίπου 4 kg. Η επιφάνεια αυτή διαφοροποιείται από τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου, δηλαδή το ύψος του και το βάρος του. Στις περιοχές των στομιών του σώματος, όπως για παράδειγμα, στο στόμα, στους οφθαλμούς, τα αυτιά κ.α., το δέρμα συνεχίζεται στους αντίστοιχους βλεννογόνους.^{2,3}

Αποτελείται από δύο στιβάδες:

- Την *επιδερμίδα*, η οποία είναι η εξωτερική, επιθηλιακή στιβάδα και
- το *χόριο* - ή κυρίως *δέρμα* - το οποίο αποτελεί την εσωτερική στιβάδα. Κάτω από το χόριο υπάρχει χαλαρός συνδετικός ιστός, το *υπόδερμα* ή *υποδόριος ιστός*, το οποίο περιέχει άφθονο λίπος.

Το δέρμα επίσης έχει και τα εξαρτήματά του που είναι οι *αδένες* (σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί), οι *τρίχες* και τα *νύχια*.

Το δέρμα συντίθεται από δύο αλληλοεξαρτώμενα τμήματα:

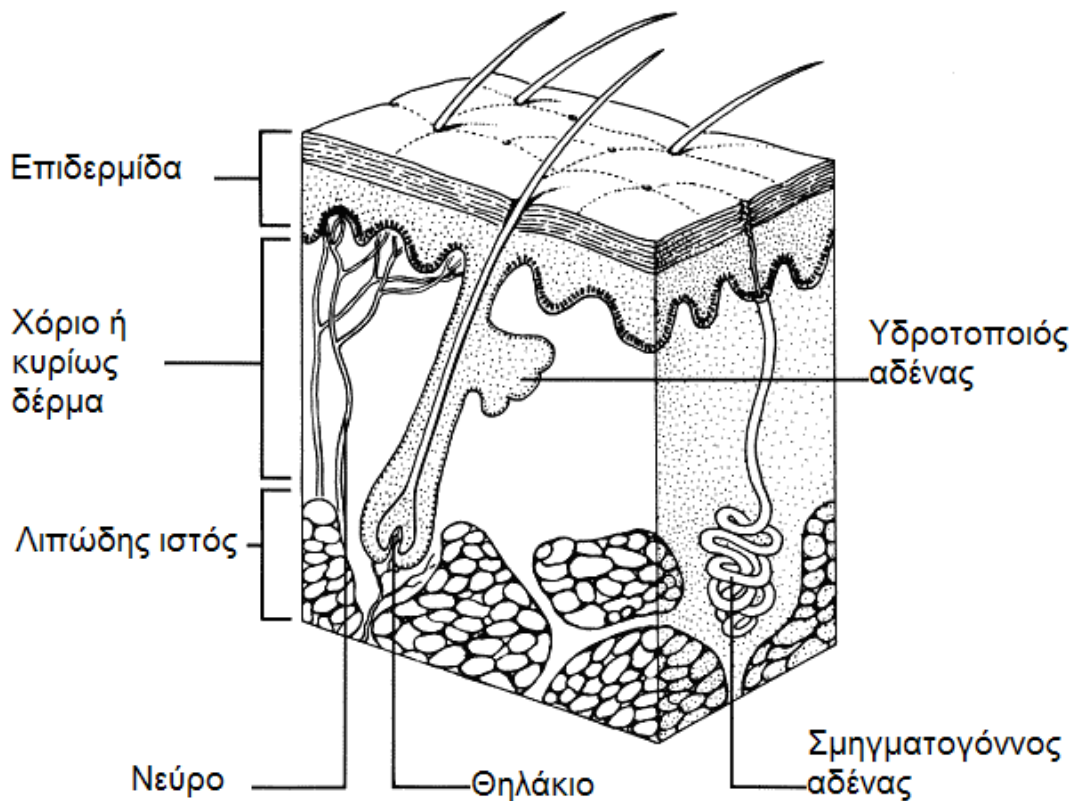
- Το *εξωτερικό* τμήμα είναι η *επιδερμίδα*
- ενώ το *εσωτερικό* τμήμα του δέρματος είναι το *χορίο*.

Αμφότερα κείτονται στον λιπώδη υποδερματικό ιστό, το *υποδόριο λίπος*.^{2,3}

Υπάρχει ένα σαφές διαχωριστικό όριο μεταξύ της επιδερμίδας και του χορίου, το οποίο ακολουθεί τις καταδύομενες προεκβολές της επιδερμίδας στο χόριο, γνωστές ως μεσοθηλαίες ακρολοφίες και σε εγκάρσια ιστολογική τομή έχει τη μορφή κυματοειδούς γραμμής. Αυτή η διαχωριστική επιφάνεια που λέγεται *χοριοεπιδερμική ένωση* αποτελεί την περιοχή όπου λαμβάνουν χώρα πολλές παθολογικές διεργασίες.

Η ένωση επιδερμίδας και χορίου γίνεται με καταδύσεις της επιδερμίδας στο χόριο και αντίστοιχες αναδύσεις του χορίου γνωστές θηλές. Μία μεμβράνη, η βασική μεμβράνη χωρίζει την επιδερμίδα από το χόριο και αποτελείται από δύο λεπτά πέταλα διακριτά με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Το πέταλα αυτά είναι το διαυγές πέταλο (Lamina Lucida) σε επαφή με τη βασική στιβάδα και το πυκνό πέταλο (Lamina densa) σε επαφή με το χόριο. Το πυκνό πέταλο είναι πλούσιο σε ινίδια κολλαγόνου, σαν άγκυρες, anchoring fibrils), τα οποία "δένουν" την επιδερμίδα με το χόριο.

Η δερμο-επιδερμική ένωση εξασφαλίζει μηχανική υποστήριξη της επιδερμίδας και λειτουργεί και σαν ημιδιαπερατό φίλτρο που ρυθμίζει τη διόδο ουσιών από τα έξω προς τα μέσα και αντίστροφα.⁴



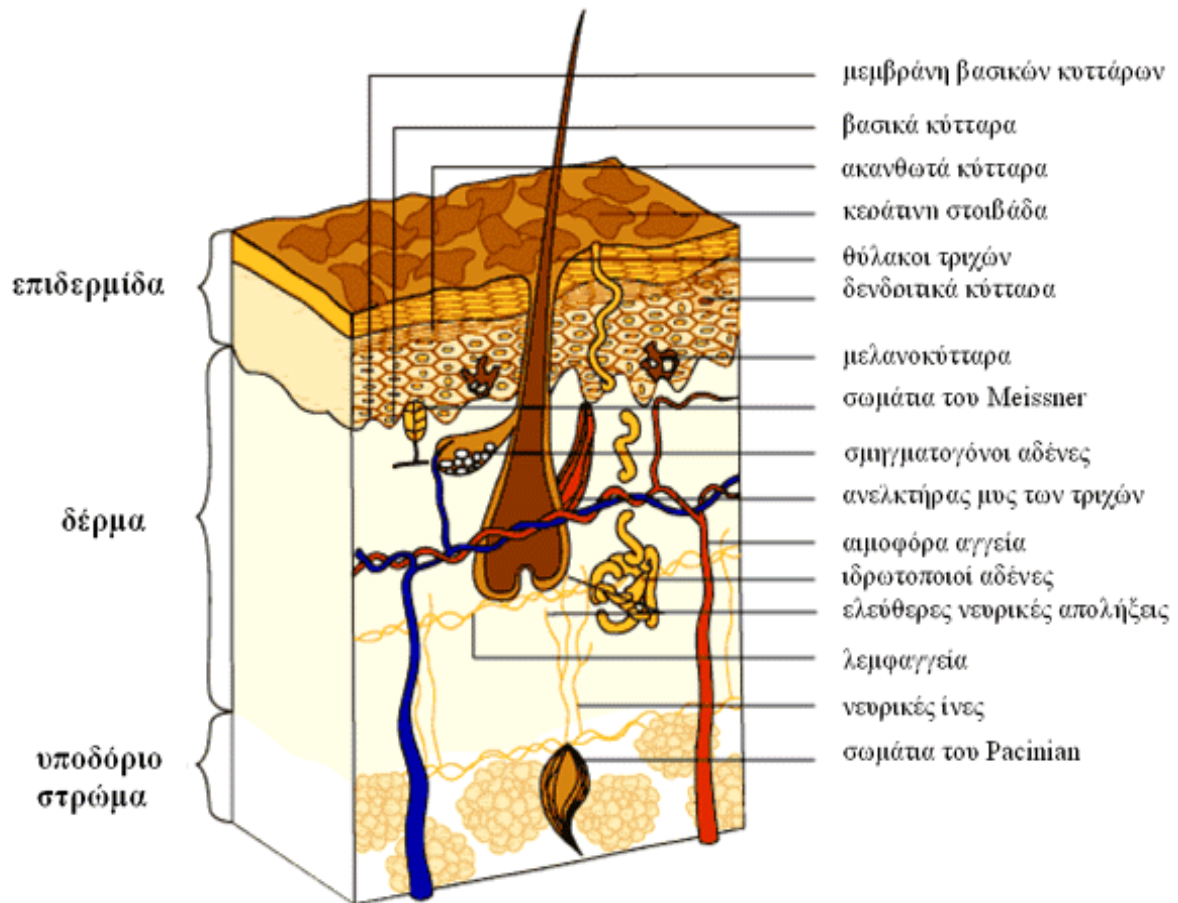
Εικόνα 1: Δείγμα ανατομίας δέρματος

1.2 Επιδερμίδα

Όπως προαναφέρθηκε, η επιδερμίδα αποτελεί το εξωτερικό τμήμα του δέρματος. Με άλλα λόγια, θα μπορούσαμε να πούμε πως λειτουργεί σαν «πρώτη γραμμή άμυνας» έναντι της εισόδου των παθογόνων μικροοργανισμών. Για τον λόγο αυτό, η σύνθεση και δομή της δεν θα μπορούσε παρά να είναι αρκετά σύνθετη.

Η επιδερμίδα λοιπόν δομείται από τις εξής στιβάδες:

- 1) την βασική ή μητρική στιβάδα
- 2) την ακανθωτή στιβάδα
- 3) την κοκκώδη στιβάδα
- 4) την κεράτινη στιβάδα



Εικόνα 2: Δείγμα ανατομίας δέρματος

- 1) Η βαθύτερη από τις στιβάδες της επιδερμίδας είναι η *βασική στιβάδα* η οποία αποτελείται από ένα στίχο επιθηλιακών κυττάρων ορθογωνίου σχήματος που τα οποία

διατάσσονται το ένα δίπλα στο άλλο σαν πάσσαλοι ενός φράχτη και τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με τα ινίδια που σχηματίζουν τα δεσμοσώματα. Τα κύτταρα της βασικής στιβάδας παρουσιάζουν μιτώσεις, πολλαπλασιάζονται και ανεβαίνουν προς την επιφάνεια, με σκοπό τελικώς να σχηματίσουν την κεράτινη στιβάδα.

- 2) Πάνω από τη βασική στιβάδα υπάρχει η *ακανθωτή στιβάδα*, που ονομάζεται έτσι διότι τα δεσμοσώματα που συνδέουν τα κύτταρα μεταξύ τους, μοιάζουν με άκανθες.

Η ακανθωτή στιβάδα αποτελείται από πολλούς στοιχείους κυττάρων τα οποία όσο ανεβαίνουν προς την επιφάνεια του δέρματος σχηματίζουν την κοκκώδη στιβάδα.

- 3) Η *κοκκώδης στιβάδα* περιέχει κοκκία κερατουαλίνης, τα οποία αποτελούν την προδρομική ουσία της κεράτινης. Η κοκκώδη στιβάδα περιέχει επίσης λιπίδια τα οποία αποβάλλονται στο μεσοκυττάριο διάστημα και συμβάλλουν στην κυτταρική συνοχή.
- 4) Τέλος, η τελική *εξωτερική στιβάδα*, τέλος, είναι η κεράτινη στιβάδα που αποτελείται πλέον από επιπεδωμένα, απύρρηνα κύτταρα (πετάλια), με κεραμωτή αλληλουχία. Τα κύτταρα της κεράτινης στιβάδας, συνενώνονται σταθερά μεταξύ τους και δημιουργούν φραγμό προς το περιβάλλον και προσδίδουν στο δέρμα μία σημαντική ιδιότητα, την αδιαπερατότητα.

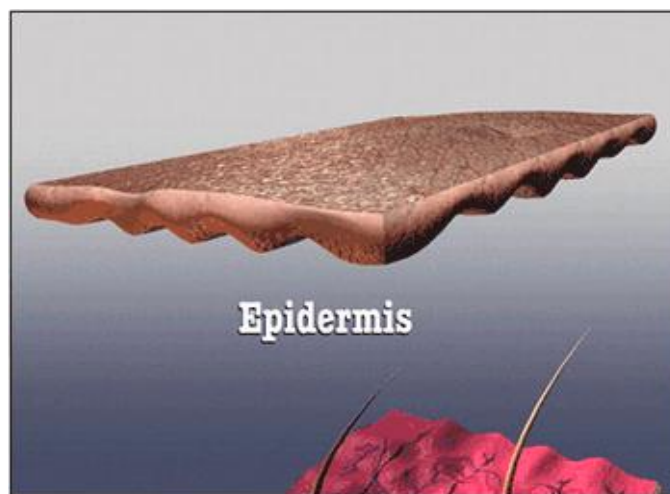
Στις παλάμες και τα πέλματα, μεταξύ της κεράτινης και της κοκκώδους στιβάδας, υπάρχει μια επιπλέον στιβάδα, η *διανυγής στιβάδα* (ονομάζεται έτσι διότι δεν βάφεται με τις κοινές χρωστικές).

Η επιδερμίδα επίσης διαθέτει *τέσσερα είδη κυττάρων*, τα οποία είναι τα εξής:

1. Τα επιθηλιακά κύτταρα (κερατινοκύτταρα)
 2. Τα μελανοκύτταρα
 3. Τα κύτταρα του Langerhans
 4. Τα κύτταρα του Merkel
1. Τα κερατινοκύτταρα είναι τα κύτταρα που κατακλύζουν την επιδερμίδα. Ξεκινάνε από τη βασική στιβάδα, όπου παρουσιάζουν και τη μεγίστη μιτωτική δραστηριότητα. Έχουν ένα μεγάλο βαθυχρωματικό πυρήνα με ένα ή περισσότερα πυρήνια. Το κυτταρόπλασμα των κερατινοκυττάρων περιέχει τα ριβοσώματα, τα μιτοχόνδρια και τα ινίδια δηλαδή πολυπεπίδια που συμμετέχουν στην κατασκευή των δεσμοσωμάτων και συνδέουν τα κύτταρα της επιδερμίδας μεταξύ τους. Το κάθε κερατινοκύτταρο

κινείται προς τις εξωτερικές στιβάδες για να φτάσει τελικά στην κεράτινη στιβάδα. Η διαδικασία του κερατινοκυττάρου, που ξεκινάει από τη βασική στιβάδα, υφίσταται μεγάλο αριθμό μεταβολών και τελικά καταλήγει στην κεράτινη στιβάδα σαν απύρηνο, αποπλατυσμένο πετάλιο λέγεται κερατινοποίηση. Η κερατινοποίηση διαρκεί 28 ημέρες.

2. Τα μελανοκύτταρα βρίσκονται μεταξύ και κάτω από το κύτταρα της βασικής στιβάδας και είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της μελανίνης. Η ποσοτική τους σχέση με τα κύτταρα της βασικής στιβάδας είναι 1:5. Τα μελανοκύτταρα είναι κύτταρα νευρογενούς προέλευσης και φέρουν δενδρίτες που διακλαδίζονται μεταξύ των επιθηλιακών κυττάρων. Οι δενδρίτες είναι γεμάτοι από μελανοσώματα (κοκκία που περιέχουν μελανίνη προερχόμενη από τη διαδικασία της μελανογένεσης). Ο αριθμός των μελανοκυττάρων είναι ο ίδιος σε όλες τις φυλές, ενώ ωστόσο υπάρχει διαφορά στον αριθμό και το μέγεθος των μελανοσωμάτων. Τα μελανοσώματα που βρίσκονται στους δενδρίτες των μελανοκυττάρων, φαγοκυτταρώνονται από τα επιθηλιακά κύτταρα, περιβάλλουν τον πυρήνα των κυττάρων αυτών και τα προστατεύουν από την υπερϊώδη ακτινοβολία. Κάθε μελανοκύτταρο "αρδεύει" αρκετά επιθηλιακά κύτταρα.
3. Τα κύτταρα του Langerhans (LC) είναι δενδριτικά κύτταρα μεσεγχυματικής προέλευσης και βρίσκονται πάνω από τη βασική στιβάδα. Τα LC συμμετέχουν στην ανοσολογική λειτουργία και είναι υπεύθυνα για την αναγνώριση και παρουσίαση των αλλεργιογόνων στα λεμφοκύτταρα.
4. Τα κύτταρα του Merkel εξυπηρετούν την αισθητική λειτουργία του δέρματος και είναι άφθονα σε περιοχές μεγάλης ευαισθησίας.⁴



Εικόνα 3:Επιδερμίδα

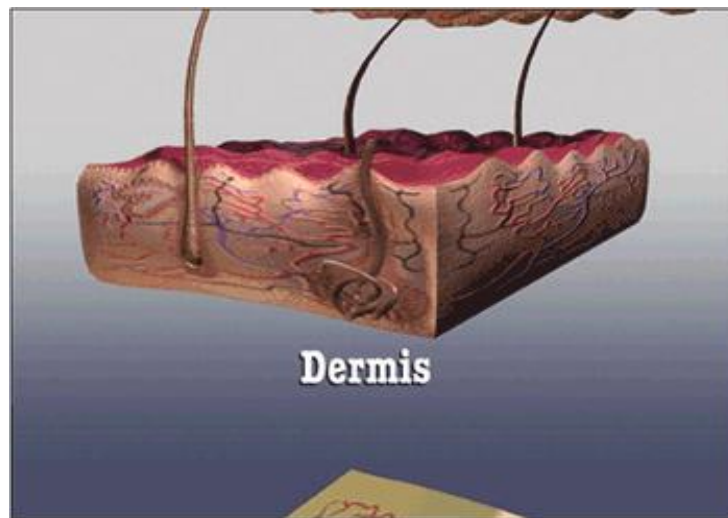
1.3 Κυρίως δέρμα

Είναι το σπουδαιότερο τμήμα του δέρματος και αποτελείται από μια ουσία, το κολλαγόνο, και από κύτταρα συνδετικού ιστού, τα οποία πλέκονται με μυϊκές και ελαστικές ίνες.

Γενικά, σ' αυτό το τμήμα υπάρχουν οι θύλακες των τριχών, λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία, οι σμηγματογόνοι αδένες και νεύρα.

Το κυρίως δέρμα αποτελείται από δύο στοιβάδες:

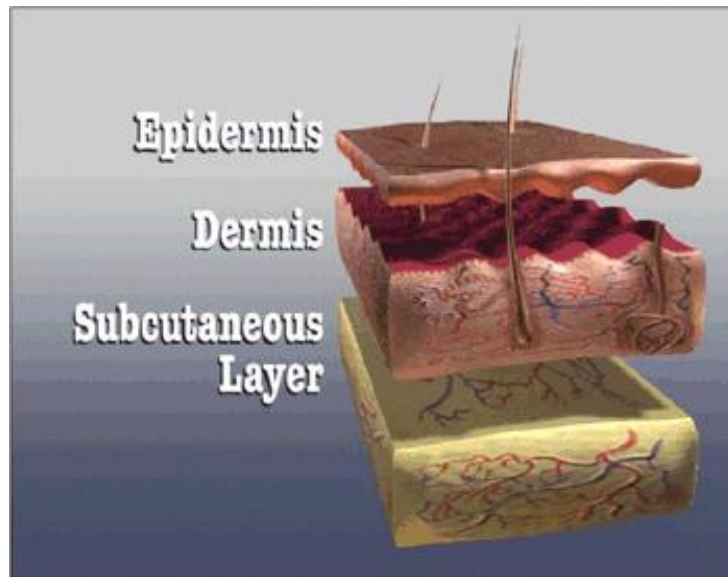
- Το θηλώδες στρώμα: Σ' αυτό υπάρχει πυκνό δίκτυο αγγείων που εξασφαλίζει τη διατροφή της επιδερμίδας, η οποία όπως αναφέρθηκε δεν έχει αγγεία. Στο πάνω μέρος το στρώμα αυτό δημιουργεί προεξοχές, οι οποίες ονομάζονται θήλες. Το μεταξύ των δύο θηλών τμήμα της επιδερμίδας λέγεται επιθηλιακή θηλή.
- Το χορίο: Είναι το πυκνότερο, στερεότερο και μεγαλύτερο τμήμα του δέρματος και αποτελείται από κύτταρα συνδετικού ιστού. Μέσα σε αυτό υπάρχουν αγγεία, νεύρα, αδένες, τα οποία περιβάλλονται από θήκη συνδετικού ιστού. Από το χορίο ξεκινούν οι θύλακες των τριχών.⁵



Εικόνα 4:Κυρίως δέρμα

1.4 Υποδόριος ιστός

Ο υποδόριος ιστός είναι το στρώμα πάνω στο οποίο κινείται το δέρμα και συνδέεται με επίσης παρακείμενους ιστούς. Αποτελείται σε σημαντικό βαθμό από λιπώδη ιστό. Επίσης ο ιστός διατρέχεται από λωρίδες συνδετικού ιστού, οι οποίες αγκιστρώνουν το χόριο σε οστά και σε μυϊκές περιτονίες εντός. Επίσης στον υποδόριο ιστό διατρέχουν τα μεγαλύτερα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία καθώς και νεύρα και εξαρτήματα του δέρματος.⁶



Εικόνα 5:Επιδερμίδα, κυρίως δέρμα, υποδόριος ιστός

1.5 Εξαρτήματα δέρματος

Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι τα παρακάτω:

- Αδένες
- Τρίχες
- Νύχια.

- **Αδένες:**

Στο κυρίως ή ιδίως δέρμα υπάρχουν οι σμηγματογόνοι ή στεατώδεις αδένες και οι ιδρωτοποιοί αδένες και οι οσμηγόνοι αδένες.

- ✓ **Σμηγματογόνοι αδένες** → βρίσκονται σε σχέση με τις τρίχες και αποβάλλουν το έκκριμα τους στο θύλακα τους και στην επιφάνεια του δέρματος. Παράγουν μια λιπαρή ουσία, το σμήγμα, για τη λίπανση του δέρματος και των τριχών.
- ✓ **Ιδρωτοποιοί αδένες** → βρίσκονται σκορπισμένοι σε όλο το δέρμα εκτός από τη βάλανο του πέους και τα μικρά χείλη του αιδοίου. Το έκκριμα των αδένων αυτών είναι ο ιδρώτας, μέσω του οποίου αποβάλλονται από τον οργανισμό διάφορες άχρηστες ουσίες και ρυθμίζεται η θερμοκρασία του σώματος
- ✓ **Οσμηγόνοι αδένες** → βρίσκονται στο δέρμα της μασχάλης, όπως επίσης και στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού. Είναι συγγενείς προς τους ιδρωτοποιούς αδένες και καθορίζουν τη χαρακτηριστική οσμή κάθε.⁸

➤ **Τρίχες:**

Είναι κεράτινα όργανα που μπαίνουν σε κόλπωμα του δέρματος, σχηματίζοντας τον θύλακα της τρίχας. Καλύπτουν όλη την επιφάνεια του δέρματος εκτός από τις παλάμες, τα πόδια, τις πλάγιες επιφάνειες των δακτύλων, τη θηλή του μαστού. Εμφανίζονται είτε σαν πρωτογενείς δηλαδή χνούδι, είτε στο ανεπτυγμένο τους στάδιο δηλαδή τις τελικές τρίχες. Το μήκος τους μπορεί να φθάσει μέχρι και τα 2,30 μέτρα. Ο αριθμός τους στο τριχωτό του κεφαλιού είναι μεταξύ 90.000 και 150.000. Το χρώμα των τριχών δημιουργείται από κοκκία χρωστικής (τα οποία βρίσκονται στον φλοιό αυτής), από το χρώμα του κυτταροπλάσματος των κυττάρων και από τον αέρα που υπάρχει μεταξύ των κυττάρων. Όταν υπάρχει αέρας μεταξύ των κυττάρων τότε έχουμε άσπρες τρίχες. Ωστόσο στο άσπρισμα των τριχών παίζει ρόλο το νευρικό σύστημα, η ηλικία αλλά και άλλοι παράγοντες. Βέβαια, το χρώμα εξαρτάται και από την φυλή.^{9,10}

Σκοπός της ύπαρξης των τριχών είναι η ανάπτυξη της αίσθησης της αφής και η συμμετοχή στη διαδικασία της θερμορύθμισης. Ανάμεσα στις τρίχες συγκρατείται ένα στρώμα αέρος, το οποίο παρεμποδίζει την αποβολή θερμότητας, ενώ κατά τον ιδρώτα το νερό να εξατμισθεί γρηγορότερα από τη μεγαλύτερη επιφάνεια που κατέχουν οι τρίχες. Έτσι αποσπάται πιο γρήγορα θερμότητα από το σώμα. Επίσης, σκοπός ύπαρξης των τριχών είναι η μείωση της τριβής όπως παράδειγμα στο τρίχωμα της μασχάλης.¹⁰

➤ **Νύχια:**

Χρησιμεύουν σαν στηρίγματα των άκρων δακτύλων, που έχουν δύο επιφάνειες. Η κοίλη επιφάνεια εφάπτεται με το δέρμα και λέγεται *άρνεμος*.

Το πίσω μέρος, που μπαίνει μέσα στο δέρμα λέγεται *μητέρα του νυχιού* και το δέρμα που σκεπάζει το μέρος αυτό λέγεται *παρωνύχιο*.

Το νύχι αποτελείται από τρία μέρη:

- ✓ Από το *σώμα*, δηλαδή το ορατό μέρος,
- ✓ Από την *κορυφή* ή το *χείλος του νυχιού* και
- ✓ Από την *ρίζα*, η οποία στον αντίχειρα έρχεται προς τα έξω σαν λευκή ζώνη και λέγεται *μηνίσκος* ή *ανατολή*.⁵

1.6 Αγγεία του δέρματος

Τα αγγεία διακρίνονται σε *αιμοφόρα* και *λεμφοφόρα*.

Αιμοφόρα αγγεία:

Διακρίνονται σε αρτηρίες και φλέβες. Τα αρτηριακά αγγεία προέρχονται από το αγγειακό δίκτυο του υποδορίου συνδετικού ιστού και σχηματίζουν στο χόριο πολλαπλά πλέγματα, τα οποία φτάνουν μέχρι τις θηλές, όπου σχηματίζουν τις τριχοειδείς αγκύλες. Τα φλεβικά αγγεία αρχίζουν από την κεντρική φλέβα των θηλών και σχηματίζουν πλέγματα στο υπόδερμα.

Λεμφοφόρα αγγεία:

Το λεμφικό σύστημα του δέρματος αρχίζει από τους μεσοκυττάριους χώρους της βλαστικής στοιβάδας και σχηματίζει στο ίδιο δέρμα και την επιδερμίδα λεμφοφόρα τριχοειδή αγγεία. Σε κάθε θηλή, παράλληλα προς τη φλέβα, υπάρχει και ένα λεμφοφόρο τριχοειδές. Τα λεμφοφόρα αγγεία δεν επικοινωνούν με τα αιμοφόρα, αλλά υπάρχουν ως συνεχές δίκτυο σε όλη την επιφάνεια του δέρματος.¹¹

Τα αγγεία του δέρματος είναι περισσότερα στο θηλώδες στρώμα και μέσα στο χορίο. Έρχονται από μέσα δηλαδή από την υποδερμίδα και φθάνουν μέχρι των κορυφών των θηλών.

Το αγγειακό σύστημα του δέρματός μας αποτελείται από δύο δέσμες αιμοφόρων αγγείων, δηλαδή αρτηρίες – φλέβες και από μία δέσμη λεμφικών αγγείων τα οποία βαίνουν παράλληλα προς το φλεβικό σύστημα.¹²

Οι αρτηρίες είναι η επιφανειακή δέσμη των αιμοφόρων αγγείων, που βρίσκονται πιο πολύ στο θηλώδες στρώμα και φθάνουν μέχρι τις κορυφές των θηλών, διαποτίζουν την επιδερμίδα μας με αίμα (η οποία όπως αναφέρθηκε στερείται αγγείων) και περισσότερο την βασική ή βλαστική στοιβάδα.

Οι φλέβες είναι η πιο βαθιά δέσμη και βρίσκεται μεταξύ χορίου και υποδόριου. Απομακρύνουν τις άχρηστες ουσίες και το διοξείδιο του άνθρακα.

Τέλος, η δέσμη των λεμφαγγείων βαίνει παράλληλα προς τις φλέβες και με λεμφοφόρα τριχοειδή αγγεία διαποτίζει τα κύτταρα με θρεπτικές ουσίες ενώ απομακρύνει τις άχρηστες. Αυτό, διότι από τα αιμοφόρα τριχοειδή εξέρχεται προς το λεμφικό υγρό πλάσμα αίματος, περιέχοντας θρεπτικές ουσίες, τις οποίες αφού αποδώσει επιστρέφει πάλι στο αίμα.

^{12, 13}

1.7 Νεύρα του δέρματος

Το δέρμα διαθέτει ένα πλουσιότατο νευρικό στοιχείο το οποίο διακρίνεται σε ένα προσαγωγού τύπου νευρικό τμήμα, το οποίο ρυθμίζει τη λειτουργία των δερματικών αγγείων και των εξαρτημάτων του δέρματος, και το οποίο προέρχεται από το αυτόνομο συμπαθητικό νευρικό σύστημα και σε ένα απαγωγού τύπου, το οποίο είναι υπεύθυνο για την αισθητική του, λειτουργία. Στο απαγωγό νευρικό τμήμα υπάρχουν τριών τύπων υποδοχείς:

- * ελεύθερες νευρικές απολήξεις
- * νευρικές απολήξεις σε σχέση με τις τρίχες και
- * νευρικές που έχουν την μορφή κάψας

Υπεύθυνες για την αίσθηση της θερμοκρασίας, του κνησμού και του πόνου είναι οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις των εμύελων και αμύελων νευρικών ινών.

Οι τριχικοί θύλακες διαθέτουν ένα πλουσιότατο δίκτυο εμύελων ινών, από τις οποίες άλλες εισέρχονται στην επιδερμίδα και καταλήγουν σε στενή σχέση με τα κύτταρα

Merkel στον έξω κολεό της τρίχας, όπου και λειτουργούν σαν υποδοχείς αφής και άλλες καταλήγουν σαν σταθερές νευρικές απολήξεις στον ινώδη θύλακο της τρίχας.

Οι νευρικές απολήξεις που έχουν την μορφή κάψας είναι διαφόρων τύπων και κυρίως είναι εξειδικευμένα σωματίδια Meissner και Pacini. Τα Pacini είναι υπεύθυνα για την αναγνώριση από τα δέρμα της αίσθησης της πίεσης και της δόνησης και ανευρίσκονται στο υποδόριο λίπος στις παλάμες και στα πέλματα καθώς και γύρω από την γεννητική περιοχή. Είναι αρκετά μεγάλα στρογγυλά ή ωοειδή σωματίδια.

Τα σωματίδια του Meissner προσφέρουν στο δέρμα την αναγνώριση της αίσθησης της αφής και βρίσκονται στο θηλώδες χόριο και συγκεκριμένα, στις θηλές του χορίου, στα χέρια, στα πόδια και στα αντιβράχια. Έχουν ωοειδές σχήμα, διαθέτουν εμμύελες και αμύελες νευρικές ίνες και αποτελούνται από μία κάψα, η οποία προέρχεται από το περινεύριο.^{14,15}

Στην επιδερμίδα τα νεύρα σχηματίζουν εκτεταμένο πλέγμα, από το οποίο χορηγούνται ίνες για το υπόλοιπο δέρμα καθώς και τα όργανα αυτού. Καταλήγουν σε ελεύθερες απολήξεις. Τα νεύρα διακρίνονται σε αισθητικά, κινητικά και αγγειοκινητικά. Τα μεν αισθητικά και κινητικά προέρχονται από τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα, τα δε υπόλοιπα από τα συμπαθητικά. Οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις υποδέχονται την αίσθηση του πόνου.

Τα σωματίδια του Meissner βρίσκονται στην κορυφή των θηλών, δίνουν το αίσθημα της πίεσεως και υπάρχουν σε αφθονία στα χέρια και στα πόδια.

Τα σωματίδια του Krause θεωρούνται ως όργανα αισθήσεως του ψύχους και βρίσκονται στο όριο του χορίου και της υποδερμίδας, θεωρούνται ως όργανα αισθήσεως της θερμότητας. Τα σωματίδια του ψύχους είναι περισσότερα από τα σωματίδια της θερμότητας.

Σε όλη την επιφάνεια του δέρματος τα σωματίδια του ψύχους υπολογίζονται σε 148.000 και της θερμότητας σε 16.000. Εάν επιδράσει υψηλή θερμοκρασία σε μεγάλη επιφάνεια του δέρματος, τότε ερεθίζονται συγχρόνως σωματίδια ψύχους και θερμότητας και παράγουν το αίσθημα της ζέστης.

Τα σωματίδια του Vater Pacini βρίσκονται στην επιδερμίδα και θεωρούνται όργανα για την αίσθηση της ισχυρής πίεσεως επάνω στο δέρμα. Επίσης στην υποδερμίδα βρίσκονται τα σωματίδια του Golgi Mazzoni που είναι υπεύθυνα για την αίσθηση της ηδονής.¹¹

1.8 Φυσιολογία δέρματος

Το δέρμα παρουσιάζει πολλές παθητικές και ενεργητικές λειτουργίες γι' αυτό και θεωρείται σαν παρεγχυματώδες όργανο υψηλής διαφοροποίησης. Είναι το μεγαλύτερο όργανο του ανθρώπινου σώματος και αντιπροσωπεύει το 16% του σωματικού βάρους στα νεογνά και το 7% στους ενήλικες. Η ελαστικότητα, η διατατότητα και η ανθεκτικότητα του δέρματος, που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση εξωγενών παραγόντων, συγκαταλέγονται στις παθητικές λειτουργίες του. Έχει την ιδιότητα της ημιδιαπερατότητας για διάφορες ουσίες σαν μεμβράνη. Για παράδειγμα στο νερό είναι αφενός διαπερατό σαν μεμβράνη προς τα έξω αφετέρου όμως αδιαπέραστο προς τα έσω. Επίσης, για να προστατεύσει τον οργανισμό από άλλους βλαπτικούς παράγοντες χρησιμοποιεί και τους ενεργητικούς του μηχανισμούς.¹⁶

1.9 Λειτουργίες δέρματος

Το δέρμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην προφύλαξη όσο και στην αντιμετώπιση των δυσμενών καταστάσεων με τις οποίες ο οργανισμός έρχεται συχνά αντιμέτωπος. Είναι ένα από τα κυριότερα μέρη της ανθρώπινης φυσιολογίας καθώς και ολοκληρώνει μια σειρά από διαδικασίες απαραίτητες για την υγεία όπως:

- Άμυνα (ακτινοβολία, χημικές ουσίες, μικροοργανισμοί)
- Θερμορύθμιση
- Αισθητικότητα
- Ομοιόσταση
- Επούλωση
- Σύνθεση βιταμίνης D3.¹⁷

Οι λειτουργίες του δέρματος είναι πολυάριθμες και συνδέονται μεταξύ τους. Τις διαχωρίζουμε σε:

- ✓ **Εκκριτική λειτουργία** Στο δέρμα υπάρχει αφθονία ιδρωτοποιών και σμηγματογόνων αδένων. Χάρη στην έκκριση του ιδρώτα αποβάλλονται οι τοξικές ουσίες από τον οργανισμό, ενώ το σμήγμα, εξαιτίας της αυξημένης οξύτητας του (pH 5,6) και της περιεκτικότητας του σε ένζυμα προστατεύει ικανοποιητικά τον οργανισμό από τα βακτηρίδια που εντοπίζονται στην επιφάνεια του δέρματος.

- ✓ **Προστατευτική λειτουργία** Η κεράτινη στοιβάδα προστατεύει το δέρμα από τραυματισμούς, από τα βακτηρίδια και τις διάφορες χημικές ουσίες και τέλος από τις υπεριώδεις ακτίνες του ηλίου με τα κοκκία της μελανίνης.
- ✓ **Λειτουργία σύνθεσης και αποθήκευσης** Στο επίπεδο της επιδερμίδας βρίσκεται η κύρια πηγή σχηματισμού της βιταμίνης D, που παράγεται από την επίδραση ηλιακών ακτίνων που δρουν πάνω σε μια πρόδρομη της βιταμίνης D ουσίας η οποία λέγεται «εργοστόλη».
- ✓ **Λειτουργία ρύθμισης της θερμοκρασίας** Η λειτουργία αυτή επιτελείται από τον ιδρώτα, που, αφού συλλεχθεί στο δέρμα και εξατμιστεί, απορροφάει θερμότητα από το σώμα, επιτρέποντας του έτσι να διατηρεί σταθερή τη θερμοκρασία του. Στη διατήρηση σταθερής της θερμοκρασίας του σώματος συμμετέχουν και οι τρίχες. Η ανόρθωση των τριχών, εγκλωβίζει μεταξύ της μιας τρίχας και της άλλης πολλά μικρομόρια αέρα, δημιουργώντας ένα στρώμα θερμού αέρα μεταξύ σώματος και εξωτερικού περιβάλλοντος.
- ✓ **Λειτουργία απορρόφησης** Ενώ το νερό δεν απορροφάται, παρά μόνο σε περίπτωση παρατεταμένης παραμονής σε αυτό, οι λιποδιαλυτές ουσίες, αντίθετα απορροφώνται. Πάνω σε αυτήν την ικανότητα του δέρματος στηρίζεται η χορήγηση πολλών φαρμάκων σε μορφή δερματικών αλοιφών.
- ✓ **Το δέρμα σαν αισθητήριο όργανο** Στο επίπεδο του δέρματος τα νεύρα καταλήγουν σε πολυάριθμες ίνες, που με την σειρά τους αποτελούν την αρχή ειδικών επιφανειών σχηματισμών που ονομάζονται «σωματίδια». Αυτά λειτουργούν σαν πραγματικοί δείκτες της αφής, της πίεσης, του άλγους και της θερμότητας.¹⁸

1.10 Κερατινοποίηση ή αναγεννητική λειτουργία

Η κερατινοποίηση αποτελεί ειδική λειτουργία της επιδερμίδας και συνίσταται στη φυσιολογική ωρίμανση των κυττάρων της.

Τα κερατινοκύτταρα προέρχονται από τα κύτταρα της μητρικής στοιβάδας, τα οποία καθώς ανεβαίνουν προς την επιφάνεια του δέρματος υφίστανται αλλαγές, χάνουν τον πυρήνα τους και καθίστανται νεκρά κύτταρα στην επιφάνεια της επιδερμίδας. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται κερατινοποίηση με αποτέλεσμα να απομακρύνονται εκατομμύρια νεκρά κύτταρα και το δέρμα να ανανεώνεται.

Κερατινοποίηση καλείται το σύνολο των δομικών και χημικών μεταβολών των κερατινοκυττάρων, καθώς αυτά προωθούνται από την βασική στοιβάδα και καταλήγουν σαν αποπλατυσμένα και απύρρηνα πετάλια στην κεράτινη στοιβάδα. Κατά την φάση της κερατινοποίησης λαμβάνουν χώρα ένα σύνολο εκφυλιστικών διαβρώσεων. Η κερατινοποίηση ελέγχεται εν μέρει από το επίπεδο βιταμίνης Α στο σώμα.^{19,12}

Η κερατινοποίηση προστατεύει το δέρμα από υδατικά διαλύματα και από εξωτερικές επιδράσεις.

Έχουμε έτσι σχηματισμό:

- ✓ Κερατίνης, και
- ✓ Λίπους

Η κερατινοποίηση αρχίζει από την μαλπιγειανή στοιβάδα, και στην συνέχεια προχωράει/συνεχίζει στην κοκκώδη στοιβάδα. Εκεί υπάρχουν κοκκία κερατοϋαλίνης. Αυτά παράγουν γλυκογόνο, λιποειδή και λίπος που βρίσκονται στην διάφανη στοιβάδα.

Υπάρχει κερατινοποίηση και στις τρίχες και στα νύχια. Στην περίπτωση αυτή δημιουργείται κερατίνη παρ' όλο που δεν παράγεται κερατοϋαλίνη.

Είναι δυνατό κανείς ν' αναρωτηθεί πώς τα κύτταρα υφίστανται αυτές τις αλλαγές. Αυτό συμβαίνει για τον εξής λόγο:

Η επιδερμίδα μας δεν έχει αγγεία. Τρέφεται από το κυρίως δέρμα, το οποίο έχει αγγεία. Κατ' αυτόν τον τρόπο μένουν ζωντανά για λίγο καιρό τα κύτταρα της βασικής στοιβάδας. Όσο όμως ανεβαίνουν προς την επιφάνεια πεθαίνουν. Αυτή η διαδικασία διαρκεί ένα μήνα, από την βασική δηλαδή στοιβάδα μέχρι την επιδερμίδα.¹²

Η κερατίνη βρίσκεται σε δύο μορφές:

- Σε μαλακή κερατίνη, και
- Σε σκληρή κερατίνη.

Η μαλακή κερατίνη υπάρχει στην επιδερμίδα και περιέχει 2% θείο, 50% - 70% υγρασία και λίγο λίπος.

Η σκληρή κερατίνη υπάρχει στα μαλλιά και στα νύχια, περιέχει θείο 4% - 8%, πολύ χαμηλότερη υγρασία απ' ότι η μαλακή και λιγότερο επίσης λίπος.

Χημικώς η κερατίνη είναι σκληροπρωτεΐνη παραγόμενη από πολλά αμινοξέα, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι θειούχα, όπως η τυροζίνη και η τριπτοφάνη.²⁰

1.11 Μελανινογένεση

Άλλη μια ειδική -και σαφώς απαραίτητη- λειτουργία του δέρματος είναι και η μελανινογένεση. Το χρώμα του ανθρώπινου δέρματος οφείλεται σε μια φυσιολογική χρωστική, τη μελανίνη, στο πάχος της κεράτινης στοιβάδας της επιδερμίδας, στην κοκκώδη στοιβάδα και στην αιμάτωση του. Η μελανίνη παράγεται σε ειδικά κύτταρα που βρίσκονται στην βασική στοιβάδα της επιδερμίδας και ονομάζονται μελανοκύτταρα. Η πρόδρομος ουσία της μελανίνης είναι η τυροσίνη. Η σχηματισθείσα μελανίνη παραμένει εις τα μελανοκύτταρα ή μεταναστεύει στην ακανθωτή στοιβάδα της επιδερμίδας ή στο χόριο. Η μελανίνη είναι πολύ σημαντική ουσία του δέρματος διότι μας προστατεύει από τις βλαπτικές επιδράσεις της υπερϊώδους ακτινοβολίας. Μετά από έκθεση σε ηλιακή ακτινοβολία υπερπαράγεται με αποτέλεσμα το φυσιολογικό μαύρισμα που παρατηρείται τους καλοκαιρινούς μήνες μετά από ηλιοθεραπεία. Άτομα μελαχρινά και άτομα μαύρης φυλής παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό καρκινωμάτων και προκαρκινικών παθήσεων σε σχέση με άτομα που έχουν ανοιχτόχρωμο δέρμα.²¹

1.12 Χημική σύσταση του δέρματος

Το δέρμα περιέχει νερό, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λιπίδια, μέταλλα, ιχνοστοιχεία, βιταμίνες και ηλεκτρολύτες. Η επιδερμίδα περιέχει νερό. Αποτελεί περίπου το 60% του βάρους του δέρματος, το 70-75% του βάρους της βασικής στιβάδας, ενώ λιγοστεύει προς την επιφάνεια, όπου αποτελεί το 10-15% του βάρους της κεράτινης στοιβάδας. Περιέχει υδατάνθρακες. Αποτελούνται από γλυκόζη και γλυκογόνο για την παροχή ενέργειας στα κύτταρα, επίσης από ουδέτερα σάκχαρα, συνδεδεμένα με λιπίδια και πρωτεΐνες στην κερατίνη στοιβάδα. Περιέχει κερατίνες. Είναι πρωτεΐνες που προσδίδουν στερεότητα και συνοχή. Στην επιδερμίδα αποτελούν το 80% της κυτταρικής μάζας της κεράτινης στοιβάδας και το 30% της κυτταρικής μάζας των κυττάρων της βασικής στοιβάδας. Διακρίνονται σε διάφορους τύπους (από 1 έως 30). Στην επιδερμίδα ανευρίσκονται 10 διαφορετικοί τύποι, που είναι το δομικό υλικό των τονοϊδίων, δηλαδή του κυτταρικού σκελετού των κερατινοκυττάρων. Στο δέρμα υπάρχει μαλακή κερατίνη, που μόνη της απολεπίζεται και αποπίπτει (πέφτει). Στα νύχια και στα μαλλιά που υπάρχει σκληρή κερατίνη, χρειάζεται κόψιμο, δεν πέφτει από μόνη της. Επιπλέον, περιέχει λιπίδια των κερατινοκυττάρων, κερατοϋαλίνη και μελανίνη. Τα λιπίδια αυτά είναι βασικά συστατικά των μεμβρανών των κυττάρων. Μεταξύ αυτών, στην ανώτερη κεράτινη στοιβάδα, κυριαρχούν τα κεραμίδια και η

χοληστερόλη. Η *κερατοϋαλίνη* βρίσκεται με την μορφή κοκκίων στα κερατινοκύτταρα της κοκκώδους στιβάδας της επιδερμίδας και αποτελείται από διάφορες πρωτεΐνες. Από αυτήν προκύπτει η κερατίνη. Η *μελανίνη* βρίσκεται με την μορφή κοκκίων μέσα στα κερατινοκύτταρα. Τέλος, περιέχει λιπίδια στα μεσοκυττάρια διαστήματα της *κοκκώδους στιβάδας* που εκκρίνονται από τα κοκκώδη κύτταρα και προσδίδουν συνοχή και αυξητικούς παράγοντες. Αυτοί είναι μόρια που ρυθμίζουν την αύξηση και το πολλαπλασιασμό των επιδερμικών κυττάρων. Παράγονται είτε από τα ίδια τα κερατινοκύτταρα είτε από άλλα κύτταρα του οργανισμού.

Το χόριο περιέχει κολλαγόνο (συστατικό των κολλαγόνων ινών), ελαστίνη και πρωτεογλυκάνες. Το *κολλαγόνο* είναι πρωτεΐνη που εξασφαλίζει την σταθερότητα του δέρματος. Αποτελεί το 70-80% της μάζας του χορίου. Διακρίνεται σε 10 τύπους. Στο θηλώδες χόριο κυριαρχεί το κολλαγόνο τύπου I και στο δικτυωτό χόριο το κολλαγόνο τύπου III. Η *ελαστίνη* αποτελεί το συστατικό των ελαστικών ινών και το 1-3% της μάζας του χορίου. Είναι πρωτεΐνη που προσδίδει ελαστικότητα. Και οι *πρωτεογλυκάνες* πρόκειται κυρίως για υαλουρανικό οξύ. Είναι το συστατικό της άμορφης θεμέλιας ουσίας του χορίου. Ο ρόλος του είναι η διατήρηση του νερού. Διάφορα ιόντα υπάρχουν στο δέρμα, όπως ασβέστιο, κάλιο, νάτριο, χλώριο, που έχουν σχέση με την περιεκτικότητα σε νερό και με την λειτουργία των μυϊκών ινών στα αγγεία του δέρματος αλλά και μέταλλα, όπως ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος, ο χαλκός, που η παρουσία τους είναι απαραίτητη στις διάφορες χημικές αντιδράσεις, και βιταμίνες, όπως η προβιταμίνη A, που αποθηκεύεται στο υποδόριο λίπος. Όλα αυτά εξασφαλίζουν φυσιολογική σύσταση στο δέρμα.¹⁹

Κεφάλαιο 2^ο

ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

2.1 Πρωτοπαθείς βλάβες του δέρματος

Στην συνέχεια της παρούσας εργασίας περιγράφονται οι βασικοί τύποι των δερματικών βλαβών, οι οποίες είναι δυνατόν να εμφανισθούν κατά τη διάρκεια κάποιων παθήσεων (γνωστές ως πρωτογενείς βλάβες) . Πολλές από αυτές μπορούν να χαρακτηρισθούν με βάση το σχήμα, το χρώμα, τις επιφανειακές τους αλλοιώσεις και την διάταξή τους.

1.Κηλίδες και μεγάλες κηλίδες

Πρόκειται για επίπεδες, περιγεγραμμένες αλλοιώσεις του φυσιολογικού χρώματος του δέρματος. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως σε αυτή της φακής (αυξημένος αριθμός βασικών μελανοκυττάρων), μπορεί να εμφανισθεί ήπια απολέπιση ως δευτερογενές φαινόμενο. Οι απόψεις των συγγραφέων δίστανται όσον αφορά στη διαφορά στη διαφορά μεγέθους ανάμεσα στην κηλίδα (macule) και τη μεγάλη κηλίδα (patch), με όρια που ποικίλλουν από ένα έως δυο εκατοστά. Αν και η διάκριση αυτή είναι αυθαίρετη και δεν έχει κάποια ιδιαίτερη βιολογική σημασία, είναι πιο χρήσιμη η καταγραφή του ακριβούς μεγέθους.

2.Πλάκες

Πρόκειται για επηρμένες βλάβες, κυρίως αποπλατυσμένες αλλά ψηλαφητές. Υπάρχει ποικιλία χαρακτηριστικών στην επιφάνειά τους.

3.Βλατίδες και οζίδια

Αποτελούν επηρμένες βλάβες θολωτού ουσιαστικά σχήματος. Όπως συμβαίνει με την περίπτωση των κηλίδων και των μεγάλων κηλίδων, έτσι και εδώ υπάρχουν διαφορετικές απόψεις για τα διαχωριστικά όρια ανάμεσα σε μια βλατίδα και ένα οζίδιο (π.χ. βλατίδα μικρότερη από 0,5 εκατοστά ή μικρότερη από 1 εκατοστό) που παραβλέπουν την πιθανότητα ύπαρξης βλαβών ενδιάμεσου μεγέθους ή την εξέλιξη μιας βλατίδας σε οζίδιο. Ο όρος «κηλιδοβλατιδώδης» αποδίδεται σε εξανθήματα με μεικτά χαρακτηριστικά κηλίδων και βλατίδων ή πλακών. Αν και η μορφή αυτή είναι συχνή σε φαρμακευτικά και ιογενή

εξανθήματα, αποτελεί μάλλον έναν πολυχρησιμοποιημένο όρο, ο οποίος συνήθως δεν περιγράφει με ακρίβεια το κυρίαρχο στοιχείο του εξανθήματος).

4. Φυσαλίδες (μικρές φυσαλίδες και πομφόλυγες)

Οι φυσαλίδες μπορούν να διαιρεθούν στις μικρότερου μεγέθους φυσαλίδες (ανώτερο όριο 0,5 ή 1 cm) και στις μεγαλύτερου μεγέθους πομφόλυγες. Και σε αυτή την περίπτωση, ο διαχωρισμός αυτός θεωρείται κάπως αυθαίρετος. Οι φυσαλίδες θα πρέπει να καταγράφονται ως μονόχωρες (π.χ. φυσαλίδες από τριβή, πομφολυγώδες πεμφιγοειδές) ή πολύχωρες (π.χ. πομφόλυξ).

5. Φλύκταινες

Οι βλάβες αυτές μοιάζουν με τις φυσαλίδες, αλλά περιέχουν πύο, το οποίο συνήθως είναι κίτρινο αλλά μπορεί να αποκτήσει πρασινωπή χροιά στις πιο παλιές βλάβες.

6. Τηλεαγγειακτασίες και άλλες αγγειακές βλάβες

Οι αγγειακές αλλοιώσεις, όπως η τηλεαγγειεκτασία (διακριτά ορατά αγγεία), θα πρέπει να διακρίνονται από το ερύθημα (έντονη ερυθρότητα που οφείλεται σε αυξημένη αιματική ροή μάλλον, παρά σε μόνιμη δομική αγγειακή ανωμαλία), και από την πορφύρα (μικρές κηλίδες που οφείλονται σε εξαγγείωση αίματος) είτε τα ανωτέρω αποτελούν στοιχεία ενός εξανθήματος είτε διακριτές εντοπισμένες βλάβες.

7. Εξελκώσεις και άλλες λύσεις του δέρματος

Τα έλκη είναι ελλείμματα που φθάνουν μέχρι και το χόριο, ενώ οι διαβρώσεις αφορούν μόνο την επιδερμίδα. Οι ραγάδες είναι ειδικής μορφολογίας ρωγμές του δέρματος, οι οποίες μοιάζουν με μικρή σχισμή. Οι εκδορές είναι τύποι διαβρώσεων, οι οποίες έχουν προκληθεί από ξεσμό και δεν αποτελούν ειδική πρωτογενή βλάβη.

8. Πομφοί

Οι βλάβες αυτές οφείλονται σε οίδημα του χορίου. Οι ασθενείς πολύ συχνά συγχέουν τους πομφούς με τις φυσαλίδες. Οι τελευταίες είναι δυνατόν να παρακεντηθούν, οπότε διαπιστώνεται η παρουσία υγρού.⁴

9.Λέπι

Αποξηραμένες λεπτές πλάκες κερατινοποιημένων επιδερμικών κυττάρων που είναι αποτέλεσμα τροποποιημένης κερατινοποίησης (π.χ. ιχθύαση)

10.Ατροφία

Απώλεια ιστού από την επιδερμίδα ή το χόριο με μερική υποχώρηση της επιφάνειας του δέρματος και της μάζας του. Η επιδερμική ατροφία προκαλεί λεπτή ρυτίδωση της επιφάνειας του δέρματος.

2.2 Δευτεροπαθείς βλάβες του δέρματος

Εκτός από τις προαναφερθείσες πρωτοπαθείς βλάβες του δέρματος, σε ένα δεύτερο στάδιο διακρίνονται και κάποιες πιο εξειδικευμένες ή μεταγενέστερες βλάβες που συναντώνται σε κάποιες παθήσεις. Αυτές ονομάζονται δευτεροπαθείς βλάβες και ταξινομούνται στις εξής:

1.Λειχηνοποίηση

Ξηρή, σαν δέρμα πάχυνση του δέρματος με αύξηση της έντασης των δερματικών εντυπωμάτων (π.χ. χρόνιο έκζεμα).

2.Ουλή

Μια περιοχή όπου μετά από καταστροφική διεργασία ουλώδης ιστός αντικαθιστά το φυσιολογικό δέρμα (π.χ. ίαση πληγής).

3.Διάβρωση

Υγρή, περιγεγραμμένη, συχνά χαμηλότερα από το υπόλοιπο δέρμα περιοχή που αντιπροσωπεύει μερική ή ολική απώλεια της επιδερμίδας (π.χ. παγείσα πομφόλυγα).

4.Ρωγμή

Βαθιά, γραμμική λύση της συνέχειας του δέρματος που διαπερνά την επιδερμίδα (π.χ. έκζεμα).

5.Εφελκίδα

Αποξηραμένο, εξίδρωμα ορού, αίμα, σμήγμα, ή πυώδες υλικό στην επιφάνεια του δέρματος (π.χ. οξεία δερματίτιδα).²

2.3 Μηχανικές κακώσεις του δέρματος

Κάκωση θεωρείται κάθε βλάβη του οργανισμού που προκαλείται από εξωγενές αίτιο. (βλαπτικό αίτιο ή βλαπτικός παράγοντας).

Οι μηχανικές κακώσεις του δέρματος ταξινομούνται στις εξής:

- Εκδορές
- Τραύματα
- Θλάσεις

Και σε κάποιες ειδικές κακώσεις όπως:

- Δήγματα
- Τσιμπήματα
- Ξένα σώματα

Επίσης στις μηχανικές κακώσεις μπορούμε να προσθέσουμε και τα έλκη διαφόρου αιτιολογίας (έλκη πίεσεως, έλκη διαβητικού ποδιού, κ.α.) αφού σχεδόν πάντα ο αιτιολογικός παράγοντας σε αυτά είναι εξωτερικός.

2.3.1. Έλκη κατακλίσεων

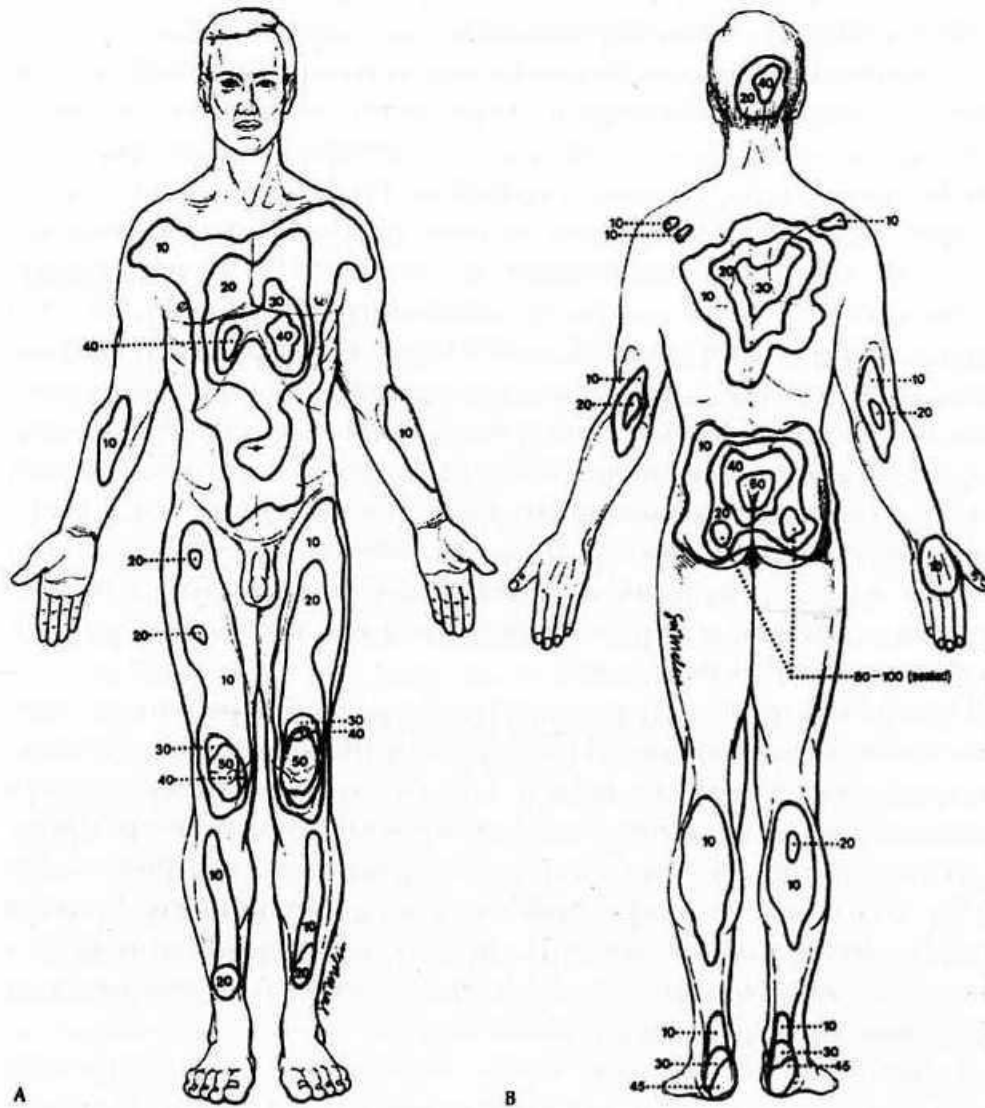
Τα έλκη κατάκλισης, ή αλλιώς έλκη πίεσης, ορίζονται ως περιοχές τοπικής βλάβης του δέρματος και των υποκείμενων ιστών που προκαλούνται από πίεση, διάτμηση, τριβή ή συνδυασμό αυτών. Παρατηρούνται σε άτομα που παραμένουν κλινήρη επί μακρόν, όπως για παράδειγμα σε πολυτραυματίες ή τετραπληγικούς.^{22,23}

Μεταξύ των οστών και της εξωτερικής επιφάνειας, το δέρμα και τα μαλακά μέρη πιέζονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα κατάκλισης. Οι πιέσεις αυτές προκαλούν σύμπτωση των τοιχωμάτων των αγγείων και διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος. Όταν το σώμα ολισθαίνει πάνω στα κλινοσκεπάσματα, το βάρος μεταφέρεται στην εν τω βάθει περιτονία της περιοχής του ιερού οστού, με αποτέλεσμα τον ελκυσμό και τη θρόμβωση των αγγείων και την επακόλουθη νέκρωση των ιστών, φαινόμενο που αναφέρεται ως διάτμηση. Τέλος, όταν ο ασθενής κινείται πάνω στα κλινοσκεπάσματα, ασκούνται δυνάμεις διαχωρισμού της επιδερμίδας από τα κύτταρα της βασικής στιβάδας, με αποτέλεσμα τη δημιουργία φυσαλίδων και διαβρώσεων, λόγω τριβής.^{22,24,25}

Μπορούμε να διακρίνουμε δύο είδη κατακλίσεων, τις εν τω βάθει που ξεκινούν από μέσα προς τα έξω και τις επιφανειακές που αρχίζουν από την εξωτερική επιφάνεια και επεκτείνονται προς το εσωτερικό.²⁶

Οι επιφανειακές κατακλίσεις είναι βλάβες μερικού πάχους που αφορούν μόνο το δέρμα. Οι υποκείμενοι ιστοί δεν επηρεάζονται. Οι εξελκώσεις εμφανίζονται ως επιφανειακή ή περιοχή με ερύθημα και μπορεί να μην αναπτυχθούν περισσότερο. Αν όμως η κατάσταση δεν ανακουφιστεί, το ερύθημα ακολουθείται σε διάστημα μιας ή δύο ημερών από πομφόλυγες που μπορεί να σπάσουν και να αφήσουν ένα επώδυνο ρηχό έλκος. Η γενική κατάσταση του ασθενούς δεν επηρεάζεται. Οι εν τω βάθει κατακλίσεις είναι πολύ πιο σοβαρές. Αυτού του είδους οι εξελκώσεις αφορούν όλο το πάχος του δέρματος καθώς και τους υποκείμενους ιστούς. Επομένως, η βλάβη αυτή εμπλέκει την επιδερμίδα, το δέρμα, το χόριο, τον υποδόριο ιστό, τους μύες ακόμα και τα οστά. Ο ασθενής με μια εν τω βάθει κατάκλιση βρίσκεται πάντα σε πλημμελή γενική κατάσταση και η πρόγνωση του είναι άσχημη, αλλά ευτυχώς ο πόνος είναι περιορισμένος.²⁷

Θεωρητικά μπορεί να αναπτυχθούν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Πρακτικά όμως συνηθέστερα εμφανίζονται σε θέσεις, όπου τα οστά γειτνιάζουν πολύ με το δέρμα, όπως συμβαίνει στην ιεροκοκκυγική χώρα, τις τροχαντήριες χώρες, τα γόνατα, τις πτέρνες και τις ωμοπλάτες.²³



Εικόνα 6: Συχνά σημεία εμφάνισης κατακλίσεων

Αίτια και παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία κατακλίσεων

Η εξωτερική πίεση είναι ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας. Προκαλεί διαδοχικά ισχαιμία, ύστερα επιμόλυνση και τέλος νέκρωση. Η παρατεταμένη τριβή επίσης προκαλεί βλάβη στην επιδερμίδα. Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι η απώλεια της αισθητικότητας, η κακή θρέψη, η αναιμία και η προχωρημένη ηλικία.²³

Άλλοι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί, σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, με τη δημιουργία ελκών κατάκλισης σε νοσηλευόμενους ασθενείς είναι οι εξής: α) διάρκεια

νοσηλείας, β) βαρύτητα των περιστατικών, γ) κινητικότητα και δραστηριότητα των ασθενών, δ) η θρεπτική υποστήριξη, ε) συννοσηρότητες, όπως κρανιοεγκεφαλική κάκωση, αγγειακά νοσήματα, ακράτεια, καθετήρας κύστης κλπ, στ) η κατάσταση του δέρματος, ζ) δεδομένα σχετιζόμενα με χειρουργική επέμβαση, όπως διάρκεια αναισθησίας, μέση κεντρική θερμοκρασία κλπ.^{22,25}

Ταξινόμηση – στάδια κατακλίσεων

Το σύστημα σταδιοποίησης των κατακλίσεων που προτείνεται από την National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) των ΗΠΑ, από την Agency for Health Care Policy and Research AHCPR και την European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) αποτελείται από τέσσερα στάδια, τα οποία είναι τα εξής:

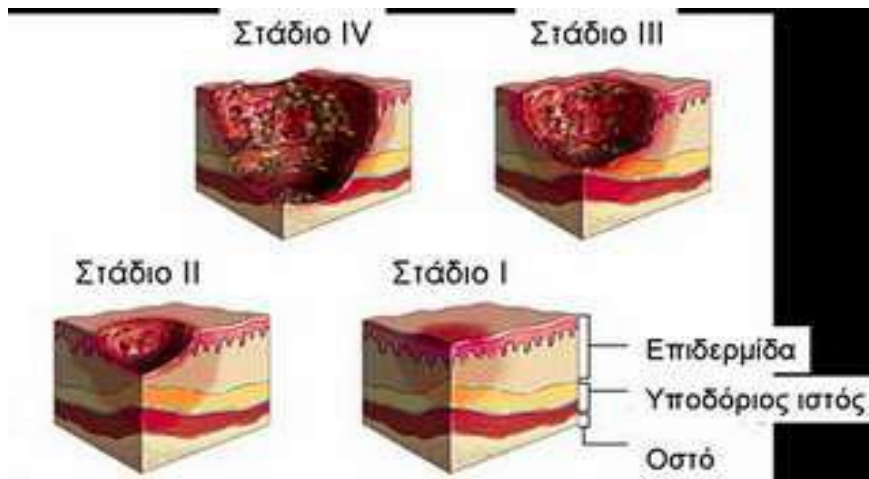
Στάδιο I: Το έλκος εμφανίζεται σε άτομα με λευκό δέρμα σαν μια περιοχή με μόνιμη ερυθρότητα που δεν λευκάζει στην πίεση (μη λευκάζον ερύθημα), ενώ σε άτομα με σκούρο δέρμα μπορεί να εμφανίζεται ως μόνιμη ερυθρότητα, κυάνωση ή ερυθροκυανή απόχρωση.

Στάδιο II: Μερικού πάχους απώλεια δέρματος που περιλαμβάνει την επιδερμίδα, το χόριο ή και τα δύο. Το έλκος είναι επιφανειακό και κλινικά παρουσιάζεται ως εκδορά, φυσαλίδα ή αβαθής κρατήρας.

Στάδιο III: Ολικού πάχους απώλεια δέρματος που περιλαμβάνει καταστροφή ή νέκρωση μέχρι τον υποδόριο ιστό, η οποία μπορεί να επεκτείνεται αλλά όχι να ξεπερνά την υποκείμενη περιτονία. Το έλκος εμφανίζεται κλινικά ως ένας βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εξασθένηση των παρακείμενων ιστών.

Στάδιο IV: Ολικού πάχους απώλεια δέρματος με εκτεταμένες καταστροφές, ιστικές νεκρώσεις ή βλάβες σε μυς, οστά ή υποστηρικτικά στοιχεία (τένοντες, αρθρώσεις, κάψες). Εξασθένηση παρακείμενων ιστών και ύπαρξη κοιλότητων μπορεί επίσης να σχετίζεται με τα έλκη αυτού του σταδίου.

Εσχάρα: Στις περιπτώσεις που υπάρχει εσχάρα στο έλκος, το σύστημα μπορεί να εφαρμοστεί μόνο εάν αφαιρεθεί η εσχάρα. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν γίνεται σταδιοποίηση ενός εκ των τεσσάρων σταδίων και περιγράφεται το έλκος ως εσχάρα.²⁵



Εικόνα 7,8: Μορφές σταδίων κατάκλισης

Ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατακλίσεων

Σε φυσιολογικά άτομα, η όλη διεργασία δίνει ερέθισμα πόνου με αποτέλεσμα να αλλάζει η στάση του σώματος και το πρόβλημα να προλαμβάνεται. Οι άνθρωποι με μειωμένη ευαισθησία ή ευκινησία όμως, δεν αντιλαμβάνονται την προειδοποίηση του οργανισμού και έτσι είναι ευπαθείς. Ομάδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατακλίσεων είναι:

- Ηλικιωμένοι με μειωμένη κινητικότητα.

- Ασθενείς με μειωμένη κινητικότητα και διαταραχή θρέψης, βαριά αναιμία, καρκινοπαθείς, διαβητικοί.
- Ορθοπεδικοί ασθενείς με κατάγματα λεκάνης, σπονδυλικής στήλης και κάτω άκρων.
- Νευροχειρουργικοί ασθενείς σε ακινησία.
- Ασθενείς εντατικών μονάδων (Μ.Ε.Θ.).
- Τετραπληγικοί, παραπληγικοί ασθενείς.²⁸

Πρόληψη των κατακλίσεων

Η πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων αποτελούν μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό ενός νοσοκομείου και αυτό γιατί η εμφάνιση του αφήνει τον ασθενή ευάλωτο σε διάφορες επιπλοκές και συμβάλει σημαντικά στην αύξηση του κόστους νοσηλείας.

Η ανάγκη αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών, μας οδήγησε στην δημιουργία πρωτοκόλλου, με στόχο να προσδιοριστούν οι κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων οι οποίες εφαρμόζονται από το νοσηλευτικό προσωπικό.²⁹

Οι στρατηγικές πρόληψης των κατακλίσεων περιλαμβάνουν την αναγνώριση ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη κατάκλισης, τη διατήρηση και βελτίωση της αντοχής των ιστών στην πίεση για την πρόληψη της καταστροφής τους, την προστασία του σώματος από τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των εξωτερικών μηχανικών δυνάμεων όπως πίεση, τριβή και διάτμηση, τη διατροφική υποστήριξη των ασθενών σύμφωνα με τις ανάγκες τους και την αποφυγή της υπερβολικής υγρασίας από απώλεια ούρων, κοπράνων, εκκρίσεις τραυμάτων και ιδρώτα.²⁵

Η μείωση του βαθμού και της διάρκειας της πίεσης μεταξύ του ασθενή και της επιφάνειας στήριξης μπορεί να επιτευχθεί με την αλλαγή θέσης ανά δύο ώρες και με τη χρήση μηχανικών επιφανειών αποφόρτισης από την πίεση, όπως μαξιλάρια, επικαλύμματα στρωμάτων, ειδικά στρώματα, ή ειδικές κλίνες.³⁰

2.3.2. Διαβητικά έλκη ποδιού

Γενικά

Η υγεία των κάτω ακρών σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είναι πολύ σημαντική, καθότι με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα σε όλους. Ακόμη περισσότερη φροντίδα θα πρέπει να δείχνουν οι πάσχοντες από διαβήτη λόγω του ότι είναι πιο ευαίσθητοι να πληγούν από προβλήματα των κάτω ακρών. Ο διαβήτης είναι πολύ πιθανόν να δημιουργήσει προβλήματα στην κυκλοφορία του αίματος στα κάτω άκρα και να προσβάλει τα νεύρα αίσθησης.³¹

Τον κίνδυνο δημιουργίας προβλημάτων στα κάτω άκρα αυξάνουν :

- Η αμέλεια φροντίδας των κάτω άκρων
- Το κάπνισμα
- Η κατανάλωση αλκοόλ

Σημεία που υποδεικνύουν προβλήματα στα κάτω άκρα είναι τα παρακάτω:

- * Αδυναμία αισθήσεων, απουσία της προστατευτικής αίσθησης (νευρολογικές αλλαγές)
- * Λάθος θέση του ποδιού
- * Προϋπάρχουσες πληγές
- * Προβλήματα στην κυκλοφορία του αίματος στα κάτω άκρα (αδυναμία στο περπάτημα)
- * Υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα
- * Λανθασμένη θεραπεία ποδιού
- * Αμέλεια θεραπείας ποδιού
- * Χρήση λάθος εξαρτημάτων
- * Ανεπαρκής θεραπεία διαβήτη
- * Επιπλοκές από διαβήτη (νεφροπάθεια, οπτικές διαταραχές)
- * Πρήξιμο στα πόδια.³²

Διαβητικό πόδι

Με τον όρο «Διαβητικό Πόδι» η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει την «Εξέλκωση, λοίμωξη, ή και καταστροφή των εν τω βάθει ιστών που σχετίζονται με

ανωμαλίες των νεύρων και με περιφερική αγγειοπάθεια στον άκρο πόδα σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.^{33,34}

Το διαβητικό πόδι, αν και δεν είναι ιδιαίτερα συχνή επιπλοκή, είναι όμως πολύ σοβαρή, κυρίως δε γιατί συνδέεται με την σοβαρή αναπηρία της αδυναμίας ή και της καταργήσεως της βαδίσσεως, του προνομιακού αυτού γνωρίσματος του ανθρώπου.³⁵

Πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι ενδεικτικά της σοβαρότητας της αναπηρίας του διαβητικού ποδιού. Οι διαταραχές από τα πόδια, αποτελούν την αιτία νοσηλείας των διαβητικών ασθενών σε περισσότερο από 25% των περιπτώσεων. Η περιφερική αγγειοπάθεια αποτελεί το συχνότερο αίτιο χειρουργικής επεμβάσεως στους διαβητικούς. Η γάγγραινα του ποδιού είναι 53 φορές πιο συχνή στους άνδρες και 71 φορές πιο συχνή στις γυναίκες διαβητικούς, σε σχέση με τους μη διαβητικούς αγγειοπαθείς και είναι συχνά αμφοτερόπλευρη. Οι μη τραυματικοί ακρωτηριασμοί των κάτω άκρων, περίπου στο 50% των περιπτώσεων, αφορούν διαβητικούς ασθενείς, ενώ το 3% του συνόλου των διαβητικών έχει υποστεί ακρωτηριασμό.³⁴

Αιτιολογία

Η περιφερική αγγειοπάθεια, η περιφερική νευροπάθεια και η φλεγμονή είναι οι σημαντικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες των εκδηλώσεων του διαβητικού ποδιού. Η φλεγμονή, σχεδόν πάντα, ακολουθεί ασήμαντο τραυματισμό, ο οποίος είτε δεν γίνεται αντιληπτός εξ αιτίας της νευροπάθειας, είτε δεν επουλώνεται, εξ αιτίας της ανεπαρκούς αιματώσεως. Η περιφερική αγγειοπάθεια είναι πολυεστιακή, αφορά συχνότερα τα περιφερικά τμήματα του αρτηρ. δικτύου των κάτω άκρων, χαρακτηρίζεται από επιταχυνόμενη βαρύτητα εξέλιξης με αποτέλεσμα ισχαιμία των κάτω άκρων, διαλείπουσα χωλότητα, εξέλκωση κλπ. Στους ασθενείς με διαβητικό πόδι, υποκείμενη διαταραχή είναι στο 1/3 των περιπτώσεων η ισχαιμία, στο 1/3 η νευροπάθεια ενώ στο υπόλοιπο 1/3 η αιτιολογία είναι μικτή.

Η συμμετρική αισθητικοκινητική νευροπάθεια είναι η πιο συχνή μορφή νευροπάθειας του διαβήτη, ενώ συχνά στα κάτω άκρα συνυπάρχει και η νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το διαβητικό πόδι έτσι μπορεί να είναι νευροπαθητικό ή νευροισχαιμικό (και σπάνια μόνο ισχαιμικό). Το νευροπαθητικό πόδι παρουσιάζεται σαν νευροπαθητικό έλκος, άρθρωση charcot ή νευροπαθητικό οίδημα, και το νευροισχαιμικό πόδι

σαν νευροισχαιμικό έλκος. Η επιπλοκή αμφοτέρων των κατηγοριών του διαβητικού ποδιού από λοίμωξη μπορεί να οδηγήσει σε κυτταρίτιδα, απόστημα, οστεομυελίτιδα, γάγγραινα. Στην προληπτική αντιμετώπιση των διαβητικών ελκών και ευρύτερα του διαβητικού ποδιού έχουν θέση η αντιμετώπιση δυσμορφιών (π.χ. κάλοι) από τον ποδοθεραπευτή, τα ειδικά υποδήματα, η διακοπή καπνίσματος, η αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και αγγειοπάθειας και βεβαίως η άριστη ρύθμιση του σακχάρου.³⁶

Παθογένεια

Η συχνότερη λοίμωξη στο διαβητικό πόδι είναι το επιμολυνθέν νευροπαθητικό έλκος. Η διαβητική πολυνευροπάθεια των κάτω άκρων είναι η γενεσιουργός αιτία του έλκους. Η βλάβη των περιφερικών κινητικών νευρώνων προκαλεί δομικές ανωμαλίες στον άκρο πόδα. Παρατηρούνται παραμορφώσεις των δακτύλων, συνήθως γαμψοδακτυλία, αύξηση του ύψους του τόξου της ποδικής καμάρας, υπεξαρθρήματα των μεταταρσοφαλαγγικών αρθρώσεων και προβάλλουσες μετατάρσιες κεφαλές. Δημιουργούνται έτσι σημεία αυξημένης φόρτισης στην περιοχή των μεταταρσίων κεφαλών, με αποτέλεσμα το σχηματισμό υπερκερατώσεων, τύλων και στη συνέχεια εξελκώσεων. Η κατάργηση της αισθητικότητας οδηγεί στην πρόκληση βλαβών, που οφείλονται σε υπερβολική φόρτιση, θερμική ή μηχανική βλάβη.³⁷

Η νευροπάθεια του περιφερικού αυτονόμου νευρικού συστήματος προκαλεί ανιδρωσία, με συνέπεια το δέρμα να γίνεται ξηρό και να δημιουργούνται εύκολα ρωγμές και λύση της συνέχειάς του. Οι νευρο-οστεο-αρθροπαθητικές αλλοιώσεις (νόσος του Charcot) προκαλούν δομικές ανωμαλίες του άκρου πόδα και υπερβολική φόρτιση, κυρίως στη μεσότητα του πέλματος. Η οφειλόμενη στην περιφερική αρτηριοπάθεια ισχαιμία παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή της και στην επέκταση μιας λοίμωξης. Επιπλέον, οι διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος λόγω του διαβήτη διαδραματίζουν επίσης σημαντικό, αν και δευτερεύοντα ρόλο. Η ισχαιμία προκαλεί μείωση της βιωσιμότητας των ιστών και παρεμποδίζει την απελευθέρωση ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων, καθώς και την ομαλή επούλωση. Η υπεργλυκαιμία καθώς και άλλες μεταβολικές διαταραχές προκαλούν διαταραχές της κινητικότητας και εν γένει της λειτουργίας των ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων, αλλοιώσεις της δομής του κολλαγόνου και καθυστερημένη επούλωση.³⁷

Η επιφάνεια του έλκους αποικίζεται με μικρόβια της χλωρίδας του δέρματος, συνήθως κοαγκουλάση-αρνητικούς σταφυλόκοκκους και διφθεροειδή. Η παρουσία μικροβίων στην επιφάνεια του έλκους δεν σημαίνει αναγκαστικά την ύπαρξη λοίμωξης. Συχνά όμως μετά από τον αποικισμό του έλκους με μικρόβια παρατηρείται προσβολή των ιστών, δηλαδή ενεργός λοίμωξη, η οποία μπορεί να επεκταθεί κατά συνέχεια ιστού σε βαθύτερα στρώματα. Η αλληλουχία αυτών των συμβάντων μπορεί να είναι ταχεία και η λοίμωξη να εμφανιστεί μέσα σε ημέρες ή και ώρες, ειδικά σε ένα ίσχαιμο πόδι.³⁸

Επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη στα αγγεία και τα νεύρα των ποδιών

Ο σακχαρώδης διαβήτης ως εκφυλιστική νόσος επηρεάζει τόσο την αγγείωση όσο και τη νεύρωση του άκρου ποδιού με τις παρακάτω επιπτώσεις:

- ✓ Αποφρακτικές αγγειοπάθειες των κάτω άκρων.
- ✓ Διαβητική μικροαγγειοπάθεια (πάχυνση της βασικής μεμβράνης των τριχοειδών). Όλοι οι διαβητικοί παρουσιάζουν αλλοιώσεις στα τριχοειδή (μικροαγγειοπάθεια). Σε σημαντικό ποσοστό οι διαβητικοί παρουσιάζουν αποφρακτικές αλλοιώσεις στις αρτηρίες των κάτω άκρων.³⁴
- ✓ Διαβητική νευροπάθεια. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, τα κινητικά και αισθητικά νεύρα παρουσιάζουν αλλοιώσεις.

Συμπτώματα και κλινικά σημεία της διαβητικής αγγειοπάθειας και νευροπάθειας είναι κάποια από τα παρακάτω:³⁹

- Παισθησία
- Υπαισθησία
- Υπερευαισθησία
- Ριζιτικό άλγος
- Ανιδρωσία
- Απώλεια τριχών
- Τροφικά έλκη
- Τοπική λοίμωξη
- Μυϊκή ατροφία

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω επιπτώσεων του ΣΔ στα κάτω άκρα είναι το Διαβητικό πόδι που σε περίπτωση μη έγκαιρης και σωστής αντιμετώπισης μπορεί να οδηγήσει στον ακρωτηριασμό του ενός ή και των δυο ποδιών, με δραματικές επιπτώσεις για τη ζωή του ατόμου με ΣΔ αλλά και της οικογένειάς του. Ο νοσηλευτής στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας εργασίας μπορεί και οφείλει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση.

2.4 Φυσικές / θερμικές κακώσεις

Οι φυσικές ή αλλιώς θερμικές κακώσεις περιλαμβάνουν:

- ❖ Έγκαυμα
- ❖ Θερμοπληξία
- ❖ Κρυοπληξία
- ❖ Κρυοπάγημα
- ❖ Ηλεκτροπληξία
- ❖ Κέραυνοπληξία

2.4.1. Έγκαυμα

Αποτελεί βαριά κάκωση που αφορά κυρίως το δέρμα αλλά επίσης μπορεί να προσβάλλει όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού και για το λόγο αυτό συχνά αποκαλείται εγκαυματική νόσος. Συγκαταλέγεται μεταξύ των πιο σοβαρών και επώδυνων τραυματισμών που μπορεί να υποστεί ο ανθρώπινος οργανισμός.^{40,41}

Είναι τοπική βλάβη των ιστών, που προκαλείται από την επίδραση σ αυτούς διαφόρων μορφών ενέργειας, όπως θερμική, χημική, ηλεκτρική, ακτινοβολός και μηχανική.

Ταξινόμηση εγκαυμάτων

Οι εγκαυματικές βλάβες που συμβαίνουν, ταξινομούνται ανάλογα με το βάθος των κατεστραμμένων ιστών και την έκταση που καταλαμβάνουν. Η κλασσική ταξινόμηση των

εγκαυμάτων είναι: 1^ο βαθμού, 2^ο κλπ. Η έμφαση όμως που δίνεται τελευταία στην αντιμετώπιση των εγκαυμάτων οδήγησε στην ταξινόμηση τους ως: α) μερικού πάχους που επουλώνονται αυτομάτως, και β) ολικού πάχους που απαιτούν την χρήση μοσχευμάτων δέρματος για να επουλωθούν αυτομάτως.

Από άποψης λοιπόν βάθους ιστικής καταστροφής, τα εγκαύματα διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

1. 1^ο βαθμού ή επιδερμικά
2. 2^ο βαθμού ή δερμικά
3. 3^ο βαθμού ή ολικού πάχους επιφανειακά
4. 4^ο βαθμού ή ολικού πάχους βαθιά.

Τα κλινικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να καθοριστεί το βάθος ενός εγκαύματος είναι τα παρακάτω:

- 1) Η φύση του παράγοντα που προκάλεσε το έγκαυμα και ο χρόνος έκθεσης σ' αυτόν.
- 2) Η παρουσία φυσαλίδων
- 3) Το χρώμα της εγκαυματικής επιφάνειας
- 4) Ο βαθμός αισθητικότητας
- 5) Η ένταση του πόνου.⁴²

Έγκαυμα 1^ο βαθμού:

Αφορά μονάχα την επιδερμίδα και συνήθως προκαλείται από τον ήλιο ή από στιγμιαία έκθεση σε θερμότητα μεγάλης εντάσεως. Η ιστική βλάβη είναι ελάχιστη. Ο πόνος είναι το σύμπτωμα που προεξέχει. Η επιδερμίδα επηρεάζεται με κλινικά συμπτώματα, όπως ερυθρότητα, αίσθημα τοπικού καύσου, οίδημα, άλγος κατά την επαφή, λευκή κηλίδα μετά την εξωτερική πίεση και άμεση επαναφορά του φυσικού χρώματος μετά την άρση της πίεσης. Η αποκατάσταση είναι πλήρης και ταχεία σε μερικές μέρες.

Συγκεκριμένα το αίσθημα της καυσαλγίας και του πόνου συνήθως υποχωρεί μέσα σε 48-72 ώρες εκτός εάν το έγκαυμα είναι λίαν εκτεταμένο. Εντός 5-10 ημερών επέρχεται η epούλωση, ενώ για μερικές ημέρες παραμένει μια ήπια ερυθρότης χωρίς να αφήσει ουλές.^{43,16}

Έγκαυμα 2^{ου} βαθμού:

Αφορά ολόκληρο το επιθήλιο και το μεγαλύτερο μέρος του χορίου, Επηρεάζεται η επιδερμίδα και το χόριο με κλινικό σύμπτωμα τη δημιουργία φυσαλίδων, με διαφανές ή ροδόχροο υγρό. Αυτή η φυσαλίδα μπορεί να ραγή και να γίνει εκροή του εξιδρώματος. Κάτωθεν αυτής της συλλογής, το δέρμα είναι ερυθρό, υπερευαίσθητο με τοπικό και περιφερικό οίδημα. Επουλώνονται συνήθως χωρίς να αφήνουν ουλές. Εάν μολυνθούν μπορεί να γίνουν 3^{ου} βαθμού. Η επούλωση διαρκεί 10-15 μέρες.⁴³

Έγκαυμα 3^{ου} βαθμού:

Επηρεάζεται όλο το δέρμα (επιδερμίδα, χόριο, υποδόριο, σε βαριές περιπτώσεις και οι μύες). Το δέρμα έχει λευκότερη όψη και χάνει την αισθητικότητα του. Η επούλωση είναι δύσκολη και πολλές φορές χρειάζεται αποκατάσταση με μεταμόσχευση δέρματος. Εάν αφεθεί να επουλωθεί μόνο του αφήνει δυσμορφίες (χηλοειδή).

Τα εγκαύματα του 3^{ου} βαθμού χαρακτηρίζονται από εσχαροποίηση, δηλαδή μία καστανή, γκριζα, ή μαύρη ζώνη, σκληρή και αναισθητη κατά την επαφή, άκαμπτη, όπου σε όλη την έκταση της διακρίνουμε θρομβωμένα φλεβικά δίκτυα, ενώ αυτή η περιοχή διακρίνεται καλά από την υγιή οίδηματώδη περιοχή.⁴⁴

Έγκαυμα 4^{ου} βαθμού:

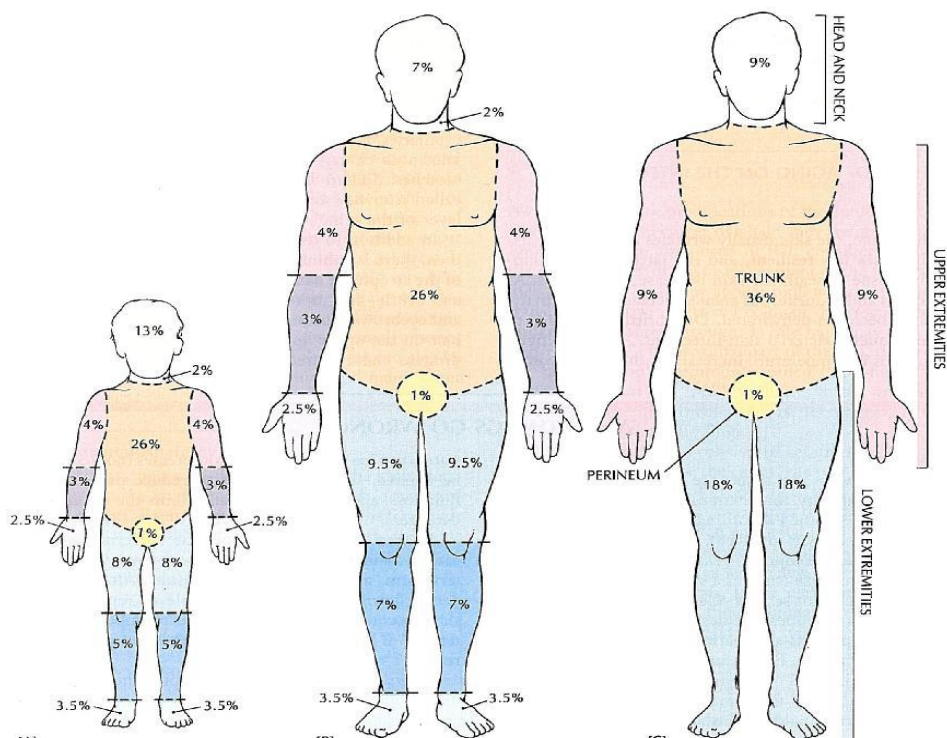
Είναι το έγκαυμα με αμφίβολο βάθος και επιφάνεια κηρώδη άσπρη ή κόκκινη και ωχρίουσα με υποδόριο οίδημα. Καμιά φορά εμφανίζονται και φλύκταινες. Η επιπολής αίσθηση είναι αβέβαια ή απύσα. Αυτού του είδους τα εγκαύματα καταστρέφουν όλο το πάχος του δέρματος στα παιδιά και σε επιφάνειες με λεπτό δέρμα (π.χ. αυτιά, βλέφαρα, έσω επιφάνεια της χειρός) σε ενήλικες.

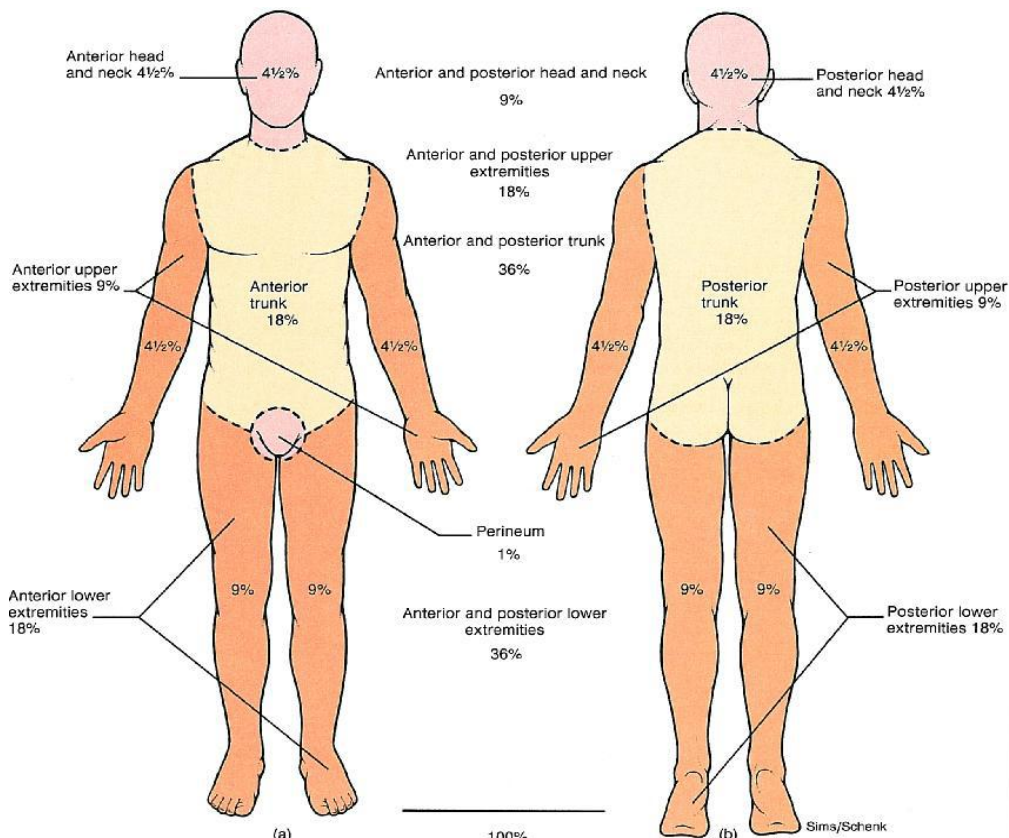
Όταν προστατευτούν όμως από φλεγμονή, επιθηλοποιούνται από μόνα τους, παρόλο που η διαδικασία αυτή χρειάζεται 4-5 βδομάδες. Τα εγκαύματα αυτά κατατάσσονται στην κατηγορία των εγκαυμάτων 3^{ου} βαθμού όταν περιγράφονται για κλινικές ανάγκες.⁴⁵

Ποσοτική εκτίμηση της εγκαυματικής επιφάνειας

- **ΚΑΝΟΝΑΣ ΤΩΝ «9»:**

Η ποσοτική εκτίμηση της έκτασης της εγκαυματικής επιφάνειας βασίζεται στον «Κανόνα των 9». Πρόκειται για τον πρώτο κανόνα υπολογισμού της εγκαυματικής επιφάνειας που καθιερώθηκε από τους Kyle και Wallace¹ το 1951. Βασίζεται στην εκτίμηση ότι η επιφάνεια των κύριων ανατομικών περιοχών του σώματος αποτελεί το 9% της ΟΕΣ ή πολλαπλάσιο του 9%. Σύμφωνα με τον κανόνα, σε ενήλικες, η κεφαλή και κάθε άνω άκρο καταλαμβάνει ποσοστό 9% ΟΕΣ, ενώ η πρόσθια, η οπίσθια επιφάνεια του κορμού και κάθε κάτω άκρο καταλαμβάνει το 18% (2 χ 9%) ΟΕΣ. Μόνο η περιοχή του περινέου καταλαμβάνει κατ' εξαίρεση το 1% ΟΕΣ. Ο κανόνας ισχύει μόνο για εγκαυματίες άνω των 14 ετών. Στα νεογνά και στα παιδιά κάτω των 14 ετών τα ποσοστά των ανατομικών περιοχών αλλάζουν και κυρίως της κεφαλής που αντιστοιχεί αναλογικά σε μεγαλύτερη έκταση. Ο κανόνας των 9 υπολογίζει με ικανοποιητική ακρίβεια την εγκαυματική επιφάνεια και χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα επειδή είναι εύχρηστος και πρακτικός.





Εικόνα 9, 10: Αναπαράσταση της χρήσης του κανόνα των «9» για την μέτρηση της εγκαυματικής επιφάνειας σε παιδιά και ενήλικες

Παθοφυσιολογία του εγκαύματος

Ένα έγκαυμα συνήθως διέρχεται από 3 στάδια: *αρχικό στάδιο shock*, *δεύτερη φάση*, *φάση αποκατάστασης*.

1. Αρχικό στάδιο του shock

Είναι το σημαντικότερο στάδιο γιατί ενέχεται στην πρόγνωση του εγκαύματος όσον αφορά στην επιβίωση. Η καταστροφή του δέρματος από το έγκαυμα δημιουργεί μια σειρά από παθοφυσιολογικές διαταραχές:

- ✓ Διαταραχές όγκου

Αυτό είναι δευτερογενές φαινόμενο και οφείλεται σε εξαγγείωση του πλάσματος, ένα μέρος του οποίου χάνεται οριστικά από την επιφάνεια του εγκαύματος σαν εξίδρωμα, ενώ

ένα άλλο μέρος σχηματίζει οίδημα, ειδικά γύρω από τις εγκαυματικές επιφάνειες και αργότερα επαναρροφάται από το αγγειακό σύστημα. Υπάρχει απώλεια ύδατος, ηλεκτρολυτών – ειδικά νατρίου με τη μορφή χλωριούχων και διττανθρακικών ανιόντων, πρωτεϊνών – ειδικά χαμηλού μοριακού βάρους που φθάνουν σε 30 – 50 και 80 γραμμάρια πρωτεΐνης ανά λίτρο. Η συνέπεια αυτών των απωλειών είναι υπογκαιμία με αιμοσυμπύκνωση σε ολιγαϊμικό shock μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου της πρώτης περιόδου.

Η αναιμία επίσης είναι χαρακτηριστική, αν και συνήθως καλύπτεται από την αιμοσυμπύκνωση, και οφείλεται στην αιμορραγία και την αιμόλυση των ερυθρών αιμοσφαιρίων που γίνονται εύθραυστα από τα παράγωγα της δερματικής πρωτεόλυσης. Εάν η κατάσταση αυτή δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, τότε καταλήγει σε οξέωση, υπερκαλιαιμία και βλάβες σε διάφορα όργανα (νεφρούς, ήπαρ).

Θεραπευτικά, η συνεχής εκτίμηση του ελλείμματος και η ακριβής αντικατάσταση του είναι τα προβλήματα που συνήθως παρουσιάζονται. Για να έχουμε αποτελεσματική θεραπεία, είναι ανάγκη αυτή να αρχίσει αμέσως, τουλάχιστον πριν την τρίτη ώρα από το έγκαυμα, και να συνεχιστεί μέχρις ότου τα διαφυγόντα υγρά με τη μορφή οιδήματος, επανέλθουν στα αγγεία(3η -4η μέρα).

✓ Θερμидικές διαταραχές

Με την καταστροφή του δέρματος επέρχονται σημαντικές απώλειες θερμίδων. Ο οργανισμός αντιδρά αυξάνοντας τη θερμογένεση. Επειδή η θερμορύθμιση είναι δύσκολη, παρατηρούνται αυξομειούμενες καμπύλες, ακόμα και με έλλειψη ουσιαστικής λοίμωξης.³

✓ Παράγοντες “stress”

Ο πόνος και το ψυχικό τραύμα είναι πηγές stress που επιτείνουν την υπογκαιμία. Το σύνδρομο αυτό αυξάνει τις ενεργειακές ανάγκες, επιταχύνει τον καταβολισμό του αζώτου, κατακρατά αλάτι και ελαττώνει την αντίσταση στις λοιμώξεις.

✓ Τοπική λοίμωξη

Η ανάπτυξη τοπικής λοίμωξης είναι ταχεία και αναπόφευκτη. Η καταστροφή του δερματικού φραγμού, τα νεκρώματα, η ελαττωμένη αιμάτωση της περιοχής γύρω από το έγκαυμα είναι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη μικροοργανισμών που σαπροφυτούν στην περιοχή, και προέρχονται ή από τα κόπρανα ή από εξωτερικές πηγές.

- ✓ Θρομβοεμβολική νόσος

Τελικά όλες αυτές οι καταστάσεις οδηγούν στη θρομβοεμβολική νόσο. Σ' αυτό το αρχικό στάδιο, ο εγκαυματίας είναι συγκεχυμένος, και υποφέρει έντονα. Σε 2 – 3 ώρες, μεταπίπτει σε καταπληξία με έντονη δίψα, σύγχυση, καταβολή δυνάμεων, ταχύπνοια, ναυτία και εμέτους.

2. Δεύτερη φάση – Τοξαιμική

Η δεύτερη φάση που μερικές φορές ονομάζεται και «Τοξαιμική» διαρκεί τουλάχιστον 3 βδομάδες.

- Η πλημμελής θρέψη είναι το κύριο χαρακτηριστικό και ο έντονος καταβολισμός επιδεινώνει τα αποτελέσματα της απώλειας πλάσματος :
 - Ποσοτικές διαταραχές θρέψης που έχουν σχέση με την ενέργεια: η θερμόλυση και θερμογένεση αυξάνονται.
 - Ποιοτικές διαταραχές του πλάσματος: έντονος πρωτεϊνικός καταβολισμός, οι πρωτεϊνικές απώλειες (ειδικά λευκωματίνης) που επιτείνονται από την εξίδρωση και μπορεί να γίνουν σημαντικές, μέχρι και 25mg αζώτου/m² σε 24 ώρες.
- Η πλημμελής θρέψη είναι έντονη και προστίθεται σ' αυτή η αναιμία. Απώλεια βάρους είναι επόμενη εάν δεν υπάρχει κατάλληλη θρέψη, που φθάνει και το 1/3 του αρχικού βάρους του εγκαυματία. Γι' αυτούς τους λόγους η υπερσίτιση είναι απαραίτητη:
 - IV τις πρώτες μέρες γιατί υπάρχει αδυναμία πρόσληψης τροφής από το έντερο.
 - Από το στόμα μόλις είναι δυνατό
- Η μόλυνση είναι αναπόφευκτη. Το έγκαυμα δεν είμαι ποτέ άσηπτο, ακόμη και τις πρώτες ώρες. 40 – 50% των εγκαυματιών πεθαίνουν από σηψαιμία.
Η μόλυνση των εγκαυματικών επιφανειών είναι λοιπόν σύνηθες φαινόμενο ειδικά στα μερικού πάχους βαθειά δερματικά και στα ολικού πάχους εγκαύματα.
Μετρώντας τον αριθμό βακτηριδίων ανά γραμμάριο ιστού, αναγνωρίζουμε τον εγκαυματία υψηλού κινδύνου. Η τυφλή χορήγηση αντιβιοτικών είναι επικίνδυνη.
Η μόλυνση μπορεί να δημιουργηθεί στην περιοχή του εγκαύματος, στην αιμοφόρο οδό, στο κατώτερο αναπνευστικό σύστημα κ.α. Προσοχή πρέπει να δοθεί στο σύνδρομο τοξικού shock που αναπτύσσεται ειδικά σε παιδιά με μικρά εγκαύματα που θεραπεύονται σαν εξωτερικοί ασθενείς και μολύνονται από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

Το σύνδρομο είναι κεραυνοβόλο και θανατηφόρο και χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση με κατάλληλα αντιβιοτικά και μετάγγιση φρέσκου αίματος σε μεγάλες ποσότητες.

Σηψαιμία, μολυσματικό shock, ηπατική ή πνευμονική διασπορά, είναι οι κύριες αιτίες θανάτου των εγκαυμάτων.

Η τοπική φροντίδα των εγκαυμάτων είναι ουσιαστική :

- Για την πρόληψη ανάπτυξης μικροβίων και ειδικά ανθεκτικών στελεχών
- Για την προετοιμασία της περιοχής
- Για μελλοντική δερματική μεταμόσχευση.

3. Φάση δερματικής μεταμόσχευσης και αποκατάσταση

Η τελευταία φάση διαρκεί συνήθως και μήνες, αλλά είναι βέβαιο ότι η σωτηρία του εγκαυματία δεν μπορεί να συμβεί χωρίς την αποκατάσταση του δερματικού φραγμού. Αυτό μπορεί να γίνει είτε με αυτόματη επούλωση είτε με δερματικά μοσχεύματα είτε με δερματικούς κρημνούς. Τα μοσχεύματα και οι δερματικοί κρημνοί είναι καλύτερης ποιότητας (αισθητικά και λειτουργικά) ενώ η επούλωση κατά δεύτερο σκοπό δημιουργεί ασταθείς ουλές.⁴⁶

Γι' αυτό το λόγο ο χειρουργός πρέπει να αποφασίσει το συντομότερο να επέμβει και να αποκαταστήσει τους καμμένους ιστούς με ελεύθερα δερματικά μοσχεύματα. Ο χρόνος επέμβασης, εξαρτάται από την κατάσταση του εγκαυματία και αρχίζει μετά τη φάση shock (3η – 4η) (πρώιμη εκτομή) ή μετά 2 – 3 βδομάδες οπότε έχουν επουλωθεί αρκετές από τις μερικού πάχους εγκαυματικές επιφάνειες. Βέβαια η πρώτη μέθοδος υπερέχει της δεύτερης γιατί αποφεύγεται η μόλυνση σε μεγάλο βαθμό και η θεραπεία είναι ταχύτερη και με λιγότερες επιπλοκές. Η κάλυψη εγκαυματικών επιφανειών γίνεται με αυτομοσχεύματα (από τον ίδιο τον ασθενή), ομοιομοσχεύματα ή αλλομοσχεύματα (από άλλο άνθρωπο), ιστομοσχεύματα (από μονοωογενείς διδύμους), ετερομοσχεύματα ή ξενομοσχεύματα (από διάφορα ζώα), υποκατάστατα του δέρματος και τέλος από καλλιέργεια κυττάρων του ίδιου του ασθενή.⁴⁷

Μορφές εγκαυματικής καταπληξίας (shock)

✓ Νευρογενής καταπληξία

Η επίδραση του εγκαυματικού αιτίου πάνω στην επιφάνεια του δέρματος προκαλεί τη διέγερση πολλαπλών νευρικών απολήξεων με συνέπεια τον έντονο πόνο και την εγκατάσταση της νευρογενούς καταπληξίας. Κατ' αυτή, που διαρκεί περίπου 2-3 ώρες, παρατηρείται έντονη βραδυκαρδία και αγγειοδιαστολή ή έντονη ταχυκαρδία και αγγειοσυστολή, λόγω ερεθισμού των προμηκικών κέντρων από τον πόνο. Αποτέλεσμα αυτού είναι η πτώση της αρτηριακής πίεσης και η εγκατάσταση της καταπληξίας.

✓ Υπογκαιμική καταπληξία

Σχεδόν ταυτοχρόνως με την επίδραση του θερμικού αιτίου, διευρύνονται τα τριχοειδή της μικροκυκλοφορίας και αυξάνεται η διαπερατότητά τους. Σε περιορισμένης έκτασης εγκαύματα η διαταραχή αυτή περιορίζεται στην εγκαυματική μόνο περιοχή, όπως και στην περιβάλλουσα ζώνη της υπεραιμίας, ενώ σε εκτεταμένα εγκαύματα εμφανίζεται σε όλο τον οργανισμό. Η διαταραχή αυτή των τριχοειδών οδηγεί σε μεγάλη έξοδο υγρών από τον ενδαγγειακό στο μεσοκυττάριο χώρο, κυρίως πλάσματος, ηλεκτρολυτών, λευκοματινών και γενικά ουσιών μοριακού βάρους μέχρι 350.000 Dalton (δεν εξέρχονται οι σφαιρίνες). Συνέπεια τούτου που συνοδεύεται από σύσπαση των μετατριχοειδικών σφικτήρων, είναι η αύξηση της κολλοειδωσμοτικής πίεσης στο μεσοκυττάριο χώρο, ενώ παράλληλα αυξάνει η αρτηριακή πίεση μέσα στα τριχοειδή. Στη συνέχεια, λόγω της αγγειοπαραλύσης, μειώνεται η κολλοειδωσμοτική πίεση, αυξάνεται ο αιματοκρίτης και συνεπώς παρατηρείται έντονη αιμοσυμπύκνωση και αύξηση της γλοιότητας του αίματος. Αυτά έχουν ως άμεση συνέπεια την ακόμη μεγαλύτερη έξοδο υγρών, την αδυναμία επαναρρόφησης και την εγκατάσταση έτσι ενός εκτεταμένου οιδήματος ακόμα και σε περιοχές που δεν έχουν εγκαυματικά τραύματα. Άρα ο σχηματισμός του οιδήματος εμφανίζει χρονικώς δύο φάσεις: Αμέσως μετά την επίδραση του αιτιογόνου παράγοντα και εντός των πρώτων 30 λεπτών εμφανίζεται αύξηση του νερού στο μεσοκυττάριο χώρο της εγκαυματικής περιοχής κατά 70-80%. Κατά τις επόμενες 12-24 ώρες αυξάνεται σταδιακά το οίδημα όχι μόνο στις εγκαυματικές περιοχές αλλά και στις μη εγκαυματικές, ακόμα και όταν το έγκαυμα δεν υπερβαίνει το 10% της ΟΕΣ. Όλος αυτός ο φαύλος κύκλος έχει ως αποτέλεσμα την εγκατάσταση της υπογκαιμικής ή ολιγαιμικής καταπληξίας.

Απάντηση των συστημάτων στην εγκαυματική καταπληξία

Η απάντηση των συστημάτων του οργανισμού στην εγκαυματική καταπληξία εξαρτάται από τη βαρύτητα του τραυματισμού. Κατά κανόνα όλα τα συστήματα εμπλέκονται στην άμεση ή απώτερη μετεγκαυματική περίοδο.

✓ Καρδιαγγειακό σύστημα

Η αρχική ανταπόκριση του καρδιαγγειακού συστήματος συνοψίζεται σε μείωση του κατά λεπτό όγκου αίματος κατά 40-60% και αύξηση της περιφερειακής αγγειακής αντίστασης. Διάφοροι μηχανισμοί ενοχοποιούνται γι' αυτό όπως:

- 1) Μεγάλη απώλεια πλάσματος
- 2) Μείωση της καρδιακής συσταλτότητας
- 3) Συμμετοχή ελεύθερων ριζών οξυγόνου και
- 4) Αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων.

✓ Αναπνευστικό σύστημα

Οι αλλοιώσεις που μπορούν να περιγραφούν στον πνεύμονα ταξινομούνται σε τρεις ομάδες:

- 1) Συμμετοχή στην παθοφυσιολογία της εγκαυματικής νόσου
- 2) Το εισπνευστικό έγκαυμα και
- 3) Επιπλοκές της εγκαυματικής νόσου.

Συμμετοχή στην παθοφυσιολογία της εγκαυματικής νόσου.

Η εγκαυματική καταπληξία προκαλεί οίδημα των κυψελίδων και αλλοιώσεις των λιποειδών surfactant των κυψελίδων που μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια:

- 1) Σπασμός των βρόγχων, λόγω της υπερέκκρισης σεροτονίνης.
- 2) Διάνοιξη των αρτηριοφλεβωδών αναστομώνσεων στο πνευμονικό παρέγχυμα και αδυναμία επαρκούς οξυγονώσεως του αίματος.

3) Αναστολή της λειτουργίας του αναπνευστικού κέντρου και

4) Εξάντληση του ασθενούς και των αναπνευστικών μυών με συνέπεια την αδυναμία έκπτυξης του θώρακα.

Ως εισπνευστικό έγκαυμα χαρακτηρίζονται αλλοιώσεις που προκαλούνται από την εισπνοή καπνού ή τοξικών αερίων (δηλητηρίαση με CO), όπως επίσης και από την άμεση επίδραση της θερμότητας στο βλεννογόνο του τραχειοβρογχικού δένδρου.

Επιπλοκές εγκαυμάτων

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με βαρεία εγκαύματα (πάνω από 20% στους ενήλικες, 10% στα παιδιά), είναι δυνατόν να παρουσιαστούν οι εξής επιπλοκές:

1. Σηψαιμία. Είναι η πλέον σοβαρή επιπλοκή μετά το εγκαυματικό shock και εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό, ρίγη. Αιτία είναι Gram (-) μικρόβια, ψευδομονάδα ή αερόβια που βρίσκονται στο δέρμα.
2. Επιπλοκές από το κυκλοφοριακό σύστημα. Εσχάρες στα άκρα δημιουργούν ισχαιμία στα δάχτυλα που αντιμετωπίζονται με επιμήκεις εσχαροτομές.
3. Επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα. Γαστροπληγία, αιμορραγίες από το στόμαχο (έλκη του Curling) ή από τα έντερα. Απαιτείται προφυλαχτική χορήγηση αντιόξινων ή αναστολέων των H₂-υποδοχέων.
4. Σπασμοί, παρατηρούνται κυρίως στα παιδιά. Ενοχοποιούνται η υπονατρίαemia, αλλά και ο πυρετός (σηπτικό shock).
5. Επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα. Εισρόφηση, οίδημα λάρυγγα, πνευμονία, πνευμονικό οίδημα, πνευμονική εμβολή, αναπνευστική ανεπάρκεια (σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας).
6. Επιπλοκές από το ουροποιητικό. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια, κρυσταλλουρία, αιμοσφαιρινουρία.
7. Επιπλοκές από το αιμοποιητικό. Αναιμία λόγω καταστροφής ερυθρών αιμοσφαιρίων.
8. Ουλές. Η ανάπτυξη δύσμορφων ρικνωτικών ουλών μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στη λειτουργικότητα των οργάνων. Θα πρέπει να διορθώνονται με την κατάλληλη χειρουργική επέμβαση, από ειδικούς γιατρούς (πλαστικούς χειρουργούς).⁴⁸

Κεφάλαιο 3^ο

ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

3.1 Αναφυλακτικές παθήσεις του δέρματος

3.1.1. Δερματίτιδα

Η δερματίτιδα ή αλλιώς έκζεμα, είναι μια από τις συχνότερες δερματολογικές παθήσεις και αποτελεί μια φλεγμονώδη αντίδραση του δέρματος σε πλήθος ενδογενών και εξωγενών παραγόντων. Ανάλογα με τη δράση ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων, διακρίνονται σε εξωγενούς αιτιολογίας (ερεθιστική εξ επαφής δερματίτιδα, αλλεργική δερματίτιδα κ.α.) και ενδογενούς αιτιολογίας (ατοπική δερματίτιδα, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα κ.α.).⁴⁹

ΕΞΩΓΕΝΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

3.1.2. Ερεθιστική Δερματίτιδα

Η δερματίτιδα αυτή προκαλεί φλεγμονή στο δέρμα με την επίδραση παραγόντων που δρουν όχι αλλεργικά, αλλά ερεθιστικά σε αυτό, για μικρό ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Εκδηλώνεται μετά την επαφή με ουσίες όπως τα ορυκτά έλαια, τα διαβρωτικά υλικά, τα διαλυτικά υγρά, διάφορα απορρυπαντικά (δερματίτιδα της νοικοκυράς) κ.α.

Πρόκειται για όψιμη αντίδραση υπερευαισθησίας, η οποία καταλήγει σε έκζεμα. Όταν πια το άτομο ευαισθητοποιηθεί, η πιθανότητα για αντίδραση διατηρείται για αόριστο χρονικό διάστημα, και η δερματίτιδα επανέρχεται εφόσον ο ασθενής επανεκτίθεται προς το αλλεργιογόνο.⁴⁹

Τα κύρια διαγνωστικά χαρακτηριστικά είναι:

- Συνήθως οξύ με φυσαλίδες, πομφόλυγες και δίδρωμα
- Διαδοχικές εξάρσεις για 48 ώρες μετά την έκθεση
- Συχνά δεν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό εκζέματος

- Συχνά προσβάλλονται το πρόσωπο και τα βλέφαρα ως δευτερογενές φαινόμενο
- Δεν αντιδρά αποτελεσματικά προς τα τοπικά στεροειδή

3.1.3. Αλλεργική Δερματίτιδα

Η μορφή αυτή της εξωγενούς δερματίτιδας, παρουσιάζει συχνά διαγνωστικές δυσκολίες, διότι ο ασθενής συχνά δεν συνδυάζει ούτε ανακαλεί στη μνήμη του τον υπεύθυνο αιτιολογικό παράγοντα. Έτσι, η πάθηση έχει βαρύτερη πρόγνωση διότι συχνά δεν εντοπίζεται και δεν απομακρύνεται το υπεύθυνο αίτιο.⁵⁰

Για την ανάπτυξη αλλεργικής δερματίτιδας, απαιτείται ευαισθητοποίηση, δηλαδή να έρθει σε επαφή το δέρμα με το αντίστοιχο αλλεργιογόνο, χρονικό διάστημα ικανό ώστε να αναπτυχθεί η αλλεργία. Κατά το χρονικό διάστημα αυτό δεν παρουσιάζεται κλινική εκδήλωση, κατά την επανάληψη όμως της επαφής με το αλλεργιογόνο και αφού έχει αναπτυχθεί η αλλεργία, τότε εμφανίζεται το αλλεργικό έκζεμα.

Συνήθως η αλλεργία παραμένει ισόβια, ενώ υπάρχουν χιλιάδες γνωστά αλλεργιογόνα, που είναι συνήθως ουσίες του περιβάλλοντος του ατόμου, με τις οποίες έρχεται σε συχνή επαφή (μέταλλα, φάρμακα, πλαστικά, αρώματα, συντηρητικά, βαφές, καλλυντικά κ.α.)

Αντίθετα προς το ερεθιστικό έκζεμα, η ένταση του εξανθήματος δεν εξαρτάται από την ποσότητα του αιτιολογικού παράγοντα ενώ η έκτασή του συχνά επεκτείνεται πέρα από το σημείο επαφής. Έτσι, η ερεθιστική δερματίτιδα από τα αποσμητικά, π.χ. στις μασχάλες, έχει σαφή και περιορισμένα όρια, ενώ το αντίστοιχο εξάνθημα στην αλλεργική δερματίτιδα έχει ασαφή και ακανόνιστα όρια. Η κλινική εικόνα είναι η ίδια με της ερεθιστικής δερματίτιδας, ωστόσο επειδή κινητοποιείται όλος ο ανοσολογικός μηχανισμός, σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν συμπτώματα και από άλλα συστήματα (π.χ. άσθμα). Αυτή εξαρτάται από τη διάρκεια παραμονής του εξανθήματος, δηλαδή είναι φυσαλιδοπομφολυγώδες στο αρχικό οξύ και υποξύ στάδιο, ενώ αργότερα, στη χρόνια φάση, παρατηρούνται εφελκίδες λέπια, ακόμη και λειχηνοποίηση.⁵⁰

Η διάγνωση τίθεται με βάση το ιστορικό και την κλινική εικόνα, ενώ σημαντική βοήθεια παρέχουν τα τεστ καθορισμού του πιθανού αλλεργιογόνου (patch- test).

ΕΝΔΟΓΕΝΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

3.1.4. Ατοπική Δερματίτιδα

Αποτελεί τον κύριο εκπρόσωπο του ενδογενούς εκζέματος. Προσβάλλει το 5% των παιδιών ηλικίας κάτω των 6 μηνών και το 9-10% των παιδιών ηλικίας 6-13 ετών. Η πάθηση μπορεί να υποχωρήσει με την ενηλικίωση. Περί το 50-70% των ασθενών έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με εκδηλώσεις ατοπίας, όπως αλλεργική βρογχίτιδα, άσθμα, αλλεργική ρινίτιδα ή επιπεφυκίτιδα.

Η πάθηση εκδηλώνεται ως έντονα κνησμώδης δερματοπάθεια που υποτροπιάζει και προτιμά τις καμπτικές επιφάνειες των μεγάλων πτυχών του σώματος και των άκρων, π.χ. ιγνύα, εσωτερικό αγκώνα κ.α. Στη βρεφική ηλικία ωστόσο, η θέση εμφάνισης είναι διαφορετική, διότι προτιμά τις κυρτές επιφάνειες του προσώπου (βρεφικό έκζεμα), του κορμού και των άκρων. Χαρακτηριστική είναι η απουσία των βλαβών στην περιγεννητική περιοχή.

Οι παράγοντες που επιδεινώνουν ή προκαλούν το ατοπικό έκζεμα στα γενετικά προδιατεθειμένα άτομα, περιλαμβάνουν:

- Ερεθιστικές ουσίες, όπως τα απορρυπαντικά
- Το ντύσιμο με στενά ρούχα, ιδιαίτερα από μαλλί ή νάιλον
- Ο έντονος ιδρώτας, όπως π.χ. από τα κλειστά αθλητικά παπούτσια στα σημεία πίεσης
- Τροφές όπως το γάλα αγελάδας και το αβγό σε ηλικίες κάτω από 18 μηνών
- Η συγκινησιακή φόρτιση, στους εφήβους και ενήλικες
- Τροφές όπως σόγια, σοκολάτα, τυρί, καφές, ξηροί καρποί, ψάρια κ.α.
- Αλλεργιογόνα από το τρίχωμα της γάτας
- Οι λοιμώξεις από ιούς και κυρίως από το χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο μπορεί να επιδεινώσουν την ατοπική δερματίτιδα κ.α.

Ο αποκλειστικός θηλασμός με μητρικό γάλα επί τρίμηνο, πιστεύεται πως περιορίζει τις πιθανότητες εμφάνισης ατοπικής δερματίτιδας στα προδιατεθειμένα άτομα.⁵⁰

3.1.5. Σμηγματορροϊκή Δερματίτιδα

Είναι πολύ συχνή πάθηση σε ενήλικες και βρέφη. Στα βρέφη παρουσιάζεται ως νινίδα του τριχωτού της κεφαλής, δηλαδή ερυθροκίτρινα λέπια που σχηματίζουν πλάκες ορισμένες φορές. Στους ενήλικες παρουσιάζεται με εντόπιση στο τριχωτό της κεφαλής ως άλλοτε άλλου βαθμού απολέπιση, (εκλαμβάνεται ως ξηροδερμία από τον ασθενή), ενώ συνηθισμένες θέσεις εντόπισης είναι τα φρύδια, οι πλαϊνές πλευρές της μύτης, η περιοχή του στέρνου και της μεσότητας της πλάτης.

Το εξάνθημα στις περιοχές αυτές παρουσιάζει ερυθρότητα, απολέπιση και είναι άκνησμο. Οι εξάρσεις της νόσου παρατηρούνται το χειμώνα και σε περιόδους στρες.

3.1.6. Κνίδωση

Η κνίδωση είναι το δερματικό εξάνθημα που εκδηλώνεται ως απάντηση σε κάποιο αλλεργιογόνο και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αρχής γενομένης από τη βρεφική. Χαρακτηρίζεται από εντοπισμένο οίδημα του δέρματος συνήθως ωχρό στο κέντρο και ερυθρό στην περιφέρεια, το οποίο υποχωρεί εάν του ασκηθεί πίεση. Ουσιαστικά, πρόκειται για εξάνθημα που μοιάζει με τσίμπημα κουνουπιού ή με άγγισμα τσουκνίδας και το οποίο μπορεί να εμφανιστεί είτε σε ολόκληρο το σώμα είτε σε μια μόνο περιοχή (π.χ. πρόσωπο). Βέβαια, η τοποθεσία που εμφανίζεται το εξάνθημα μπορεί να αλλάξει, καθώς εξαφανίζεται από ένα σημείο και εμφανίζεται σε ένα άλλο, πολλές φορές μέσα σε λίγες ώρες. Επίσης, μπορεί και η διάρκεια «ζωής» του εξανθήματος να διαφέρει από άτομο σε άτομο. Σε άλλους διαρκεί μερικές ώρες ενώ σε άλλους έως και τρεις μέρες, ανάλογα πάντα με την αιτιολογία.

Η κνίδωση συχνά, ως εκδήλωση αναφυλακτικής αντίδρασης σε κάποιο αλλεργιογόνο μπορεί να συνοδεύεται από αγγειοοίδημα. Πιο συγκεκριμένα το πάσχον άτομο μπορεί να εμφανίσει πρήξιμο στο πρόσωπο, τα χείλη, τη μύτη, τα βλέφαρα. Παρόμοια αντίδραση μπορεί να έχει και στη γλώσσα αλλά και το λάρυγγα, με αποτέλεσμα να υπάρξει δυσκολία στην αναπνοή ή και προοδευτική απώλεια των αισθήσεων.⁵¹

Αιτιολογία και παθογένεια

Ανάμεσα στους πιο συνηθισμένους λόγους κνίδωσης είναι οι εξής:

- **Αντίδραση σε κάποια μόλυνση**, συνήθως σε κάποιο ιό
- **Κατανάλωση συγκεκριμένων φαγητών** (φιστίκια, γάλα, ασπράδι αυγού, μύδια και σουσάμι)
- **Κάποια φάρμακα**
- **Τσιμπήματα ή δαγκώματα από έντομα**
- **Φυσικά αίτια** (έκθεση σε κρύο, μηχανική πίεση)
- **Ορμονικά αίτια** (θυρεοειδοπάθειες).⁵¹

Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι επιφορτισμένο με μια σύνθετη λειτουργική δραστηριότητα. Στρέφεται εναντίον βακτηριών, ιών, μυκήτων και υποτίθεται ότι διατηρεί άθικτους τους φυσιολογικούς ιστούς του σώματος. Μερικές φορές το ανοσοποιητικό σύστημα αποτυγχάνει στη διάκριση αυτών των ίδιων ιστών, με συνέπεια την εμφάνιση αυτοάνοσων παθήσεων. Πολλές δερματοπάθειες μπορεί να πει κάποιος ότι ταιριάζουν σ' αυτή την κατηγορία, συμπεριλαμβανομένης της ψωρίασης, του ομαλού λειχήνα και μερικών περιπτώσεων κνίδωσης. Στην περίπτωση της οξείας κνίδωσης, το ανοσοποιητικό σύστημα βάλλεται συχνά εναντίον παραγόντων όπως για παράδειγμα είναι η τροφή, τα φάρμακα ή ιοί. Πολλές περιπτώσεις κνίδωσης δεν έχουν πραγματικό αλλεργικό μηχανισμό π.χ. οι κνιδώσεις από φυσικά αίτια και κάποιες φαρμακευτικής αιτιολογίας κνιδώσεις (π.χ. οφειλόμενες σε σαλικυλικά και οποιοειδή).

Ο μηχανισμός ανάπτυξης του πομφού στην κνίδωση οφείλεται συνήθως στην απελευθέρωση ισταμίνης, μιας αγγειοδραστικής ουσίας. Η απελευθέρωση της ισταμίνης συνήθως διεγείρεται από την IgE ανοσοσφαιρίνη, αλλά μπορεί να προκληθεί και από άλλους φυσικούς εκλυτικούς παράγοντες, για παράδειγμα πλήξη του δέρματος (δερματογραφισμός), πίεση (κνίδωση εκ πίεσεως) ή ψύχος (κνίδωση εκ ψύχους). Άλλες εκδηλώσεις της κνίδωσης οφειλόμενες σε διάφορες αγγειοδραστικές ουσίες μπορεί να μην ανταποκριθούν στη χορήγηση αντιισταμινικών. Το γεγονός αυτός εξηγεί το γιατί η χρήση αντιισταμινικών αποτρέπει τη δημιουργία πομφών όχι όμως και την ανάπτυξη ερυθήματος. Στην τυπική κνίδωση δεν προκαλείται αγγειακή βλάβη και οι πομποί υποχωρούν μέσα σε 24 ώρες. Σε περίπτωση προσβολής των αγγείων οι πομποί παραμένουν πέρα του 24ώρου και η κατάσταση αυτή περιγράφεται με τον όρο κνιδωτική αγγειίτιδα.⁴

Πρόληψη

Για να αποφύγετε επανεκδήλωση της κνίδωσης θα πρέπει να διαπιστώσετε το εκλυτικό αίτιο. Από το ιστορικό που θα πάρει ο ειδικός θα διαπιστωθεί εάν το εξάνθημα εμφανίζεται μετά από κάποιο γεύμα, σε συγκεκριμένες εποχές του χρόνου, μετά από έκθεση σε διαφορετικές θερμοκρασίες ή μετά από κάποια ίωση.

Κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις πιθανόν να είναι απαραίτητες, ώστε να βοηθήσουν τη διάγνωση. Πέρα από εξετάσεις αίματος που συνήθως γίνονται, πολύ χρήσιμες είναι κάποιες δοκιμασίες, π.χ. δερματική δοκιμασία «νυγμού», οπότε στο δέρμα δοκιμάζεται η αντίδραση σε συγκεκριμένα αλλεργιογόνα, αλλά και δοκιμασία έκθεσης του δέρματος σε κρύο π.χ. πάγο ή πίεση. Οι δοκιμασίες αυτές πρέπει να γίνονται από ιατρούς με εξειδικευμένη εκπαίδευση στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Τα συμπεράσματα από το ιστορικό και τις εξετάσεις θα καθορίσουν και τις οδηγίες αποφυγής των εκλυτικών αιτιών. Οι οδηγίες μπορεί να περιλαμβάνουν οδηγίες τροποποίησης των συνηθειών στο σπίτι (καθαριότητα, κατοικίδια), διατροφικές οδηγίες (π.χ. δίαιτα αποκλεισμού κάποιων ομάδων τροφίμων) κτλ.⁵¹

3.1.7. Οξεία κνίδωση

Χαρακτηρίζεται από κνησμώδεις, επηρμένες, ροδόχροες πλάκες, οι οποίες δεν εμφανίζουν απολέπιση και καθημερινώς μεταναστεύουν και αλλάζουν μορφή. Παραμονή του εξανθήματος για περισσότερες από 24 ώρες στην ίδια περιοχή ή ύπαρξη πορφύρας μπορεί να υποδηλώνει κνηδωτική αγγειίτιδα. Κνίδωση που διαρκεί λιγότερο από 6 εβδομάδες θεωρείται οξεία, αν υπερβαίνει όμως χρονικά τις 6 εβδομάδες, περιγράφεται ως χρόνια. Το εν τω βάθει οίδημα που χαρακτηρίζει το αγγειοοίδημα, πολλές φορές συνοδεύει την κνίδωση.

Αίτια κνίδωσης

- 1. Τροφή:** τα τροφικά αλλεργιογόνα έχουν θεωρηθεί ως δυνητικά αίτια κνίδωσης. Συχνοί εκλυτικοί παράγοντες είναι τα φρούτα, τα καρύδια, τα αυγά, τα προϊόντα σόγιας, το σιτάρι, τα ψάρια, τα θαλασσινά, το τσάι και τα προσθετικά τροφίμων, όπως είναι η ασπαρτάμη.

Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό, την περιγραφή των διατροφικών συνηθειών, την εξάλειψη κάποιων τροφών από το διαιτολόγιο κ.α.

Η αποφυγή αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης, ενώ τα αντιισταμινικά χορηγούνται σαν επικουρική θεραπεία. Η απευαισθητοποίηση σε τροφικά αλλεργιογόνα δεν έχει καταστεί μέχρι στιγμής εφικτή

2. **Λοίμωξη:** ο τύπος της λοίμωξης που μπορεί να προκαλέσει κνίδωση, όπως είναι φυσικό, ποικίλει ευρέως. Παραδείγματα αποτελούν οι εντερικές λιμώξεις από *Citrobacter fructei*, οι οποίες εκδηλώνονται με διάρροια, η ψώρα, ο κυττατομεγαλοϊός (CMV), η ηπατίτιδα C κ.α.
3. **Φάρμακα ευρείας χρήσης:** η ασπιρίνη μπορεί να προκαλέσει έξαρση της χρόνιας κνίδωσης σε ορισμένους ασθενείς. Άλλα παραδείγματα είναι οι πολυβιταμίνες και το λουτρό σε πίτουρα σιταριού
4. **Σεξουαλική επαφή:** η ανάπτυξη κνίδωσης μετά από συνουσία μπορεί να οφείλεται σε ευαισθησία των ασθενών στο latex ύστερα από τη χρήση προφυλακτικού που περιέχει latex. Σε σπάνιες περιπτώσεις, γυναίκα μπορεί να αντιδρά στο σπερματικό υγρό του συντρόφου της.

Οξεία κνίδωση στα παιδιά

Σε βρέφη μικρότερα των 6 μηνών, η κνίδωση οφείλεται σε αλλεργία στο γάλα της αγελάδας στο 75% των περιπτώσεων. Στα βρέφη ηλικίας 6-24 μηνών είναι πιο συχνές οι φαρμακευτικές αντιδράσεις ή οι ιογενείς λοιμώξεις. Άλλα αίτια είναι οι τροφές, οι νυγμοί εντόμων και οι βακτηριακές λοιμώξεις.⁴

→ Κνησμός

Ο κνησμός αποτελεί χαρακτηριστική εκδήλωση πολλών δερματοπαθειών. Μερικοί το περιγράφουν ως «αίσθημα, το οποίο όταν είναι αρκετά ισχυρό προκαλεί ξεσμό ή την επιθυμία για «ξεσμό». Πολλοί ασθενείς προσέρχονται αιτιώμενοι κνησμό χωρίς όμως την παρουσία εξανθήματος, κατά συνέπεια αποτελεί καθήκον του ιατρού να εντοπίσει την αιτία. Η

αιτιολογία της νόσου καλύπτει ένα ευρύ φάσμα από την ξηροδερμία μέχρι την ψώρα και το λέμφωμα Hodgkin.⁴

Για την τεκμηρίωση αυτής της διάγνωσης, απαιτείται μια προσεκτική, και πλήρης εξέταση του δέρματος. Η ξηροδερμία αποτελεί συχνή αιτία κνησμού, ειδικά στους ηλικιωμένους κατά τους χειμερινούς μήνες. Αν εξακριβωθεί ότι ο ασθενής έχει πράγματι αίσθημα κνησμού χωρίς δερματικές εκδηλώσεις θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η πιθανότητα εσωτερικής αιτίας όπως π.χ. χολόσταση, σιδηροπενική αναιμία, νεφροπάθεια κλπ.

3.1.8. Ψωρίαση

Είναι μια χρόνια φλεγμονώδης, μη μεταδοτική, μη λοιμώδης, καλοήθης δερματοπάθεια που προσβάλλει τους επιδερμικούς ιστούς του δέρματος του ανθρώπου. Χαρακτηρίζεται από συμμετρικές, ερυθρηματώδεις πλάκες που καλύπτονται από παχιά αργυρόχροα λέπια και αφορίζονται σαφώς από το γύρω υγιές δέρμα. Η κλινική πορεία της ψωρίασης είναι δύσκολο να προβλεφθεί, εν και στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται εναλλαγή εξάρσεων και υφέσεων. Τα περισσότερα περιστατικά είναι ήπιας μορφής, υπάρχουν όμως και περιπτώσεις μέσης ή μεγάλης βαρύτητας.⁵²

Υπάρχουν δύο τύποι ψωρίασης, οι εξής:

- **Τύπος 1:** αφορά νεαρούς ενήλικες οι οποίοι μπορεί να έχουν κάποιο συγγενή που επίσης πάσχει από ψωρίαση (θετικό οικογενειακό ιστορικό). Ο τύπος αυτός συνήθως έχει πιο σοβαρή κλινική εκδήλωση.
- **Τύπος 2:** αφορά κυρίως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, 50-60 ετών, χωρίς θετικό οικογενειακό ιστορικό με ηπιότερη και λιγότερη εκτεταμένη ψωρίαση.⁵³

Αιτιολογία

Η ψωρίαση δεν οφείλεται σε μόνο μια αιτία, αλλά πρόκειται για το αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, δηλαδή είναι μια πολυπαραγοντική νόσος. Η ακριβής αιτιολογία της ψωρίασης δεν έχει διαλευκανθεί και παραμένει άγνωστη.

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ύπαρξη κάποιου γενετικού παράγοντα στην ψωρίαση έχει διαπιστωθεί από τις παρατηρήσεις που έχουν γίνει πριν από αρκετά χρόνια. Σήμερα, ο κληρονομικός παράγοντας στην ψωρίαση θεωρείται βέβαιος. Αυτό βασίζεται σε εργαστηριακές, κλινικές και στατιστικές παρατηρήσεις. Η νόσος είναι οικογενής στο 33% των περιπτώσεων. Επί μονογενών διδύμων ανευρίσκεται στο 72% των περιπτώσεων, ενώ επί δυογενών στο 22% των διδύμων. Άλλες παρατηρήσεις έδειξαν ότι η ψωρίαση είναι συχνότερη σε τριπλάσιο ποσοστό σε δίδυμα, των οποίων ένας από τους δύο γονείς είχε ψωρίαση σε αντίθεση μ' εκείνα που οι γονείς τους δεν είχαν την νόσο.⁵²

ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Για την εκδήλωση της ψωρίασης δεν αρκεί μόνο η κληρονομική προδιάθεση του ατόμου. Απαιτούνται και άλλες συνθήκες εξωγενείς ή ενδογενείς, οι οποίες παίζουν ρόλο εκλυτικού παράγοντα. Πολλοί τέτοιοι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί μέχρι σήμερα.

- ✓ Φυσικά τραύματα και τοπικές φλεγμονές του δέρματος
- ✓ Λοιμώξεις
- ✓ Διαταραχές μεταβολισμού
- ✓ Διαταραχές της λειτουργίας έσω εκκρίσεων
- ✓ Κλιματολογικές συνθήκες
- ✓ Φως
- ✓ Φάρμακα
- ✓ Νευροψυχικές διαταραχές

Διάγνωση

Για τη διάγνωση της ψωρίασης είναι απαραίτητο να γίνουν κάποιες εξετάσεις, όπως γενική αίματος, βιοχημικές, ανοσολογικές, καλλιέργεια λεπιών και νυχιών για την απόκλιση μυκητίασης, βιοψία δέρματος, ακτινογραφία και άλλα τεστ για την ύπαρξη ρευματοειδούς αρθρίτιδας, έλεγχος φαρυγγικού επιχρίσματος για β- αιμολυτικό στρεπτόκοκκο κ.α. Τα περισσότερα εργαστηριακά ευρήματα είναι δευτεροπαθή. Τα πραγματικά εργαστηριακά ευρήματα είναι ελάχιστα.

Από τα ανοσολογικά ευρήματα που παρατηρούνται στην ψωρίαση τα πλέον αξιοσημείωτα είναι η αύξηση των IgA σφαιρινών στον ορό των αρρώστων. Επίσης βρίσκονται αντί - IgG αντισώματα στις βλάβες καθώς και στην επιφάνεια των περιφερικών λεμφοκυττάρων κ.α.

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό, στην επιμελημένη αναζήτηση και καλή ερμηνεία των κλινικών και ιστοπαθολογικών ευρημάτων ανάλογα με την κάθε περίπτωση.

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της ψωρίασης επιδεινώνεται από το έντονο ψυχολογικό stress, από τις χαμηλές θερμοκρασίες, από την υψηλή κατανάλωση αλκοόλ κλπ. Αντίθετα το καλοκαίρι η νόσος γενικά βελτιώνεται με την ηλιοθεραπεία και την αυξημένη θερμοκρασία του περιβάλλοντος (αν και σε ένα ποσοστό 10% έχει παρατηρηθεί επιδείνωση με την έκθεση στον ήλιο). Η ψωρίαση μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Υπάρχουν όμως ηλικίες όπου παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα και άλλες που είναι σπάνια. Παράδειγμα, η εμφάνιση πριν την ηλικία των 3 χρόνων είναι σπάνια, επίσης ασυνήθης είναι και η εμφάνιση της νόσου μετά το 60^ο έτος της ηλικίας. Ο μέσος όρος ηλικίας στην πρώτη εμφάνιση της νόσου είναι περίπου 27,5 χρόνια. Προσβάλλονται εξίσου και τα δύο φύλα, αλλά οι γυναίκες πρωτοεμφανίζονται το νόσημα σε πολύ μικρότερη ηλικία από τους άνδρες. Στα παιδιά η εμφάνιση της νόσου συνήθως ακολουθεί κάποια στρεπτοκοκκική λοίμωξη (αμυγδαλίτιδα, μέση ωτίτιδα κ.α.), ή κάποιο εμβολιασμό. Σε άλλες όμως περιπτώσεις δεν προηγείται κάποια λοίμωξη για την εμφάνιση της νόσου. Άλλοτε ακολουθεί κάποια νόσο που έχει προηγηθεί, δήγματα εντόμων ή κάποιο τραυματισμό. Στην ψωρίαση που εμφανίζεται στις πτυχές (μασχαλιαίες, υπομαζικές κλπ) συνήθως προηγείται άλλη δερματοπάθεια.

Η τυπική βλάβη της ψωρίασης χαρακτηρίζεται από μια πλάκα, η οποία:

1. Είναι ανυψωμένη από το περιβάλλον αυτήν φυσιολογικό δέρμα (αποτέλεσμα της υπερτροφίας των θηλών και της επιδερμίδας)
2. Καλύπτεται από παχιά αργυρόχροα, χαλαρά προσκολλημένα λέπια (αποτέλεσμα της μεγάλης ταχύτητας με την οποία γίνεται ο πολλαπλασιασμός τους και της ατελούς κερατινοποίησης)
3. Έχει χρώμα έντονα ερυθρό. Το χρώμα αυτό οφείλεται στην έντονη παρουσία στις ανυψωμένες θηλές του χορίου των τριχοειδών και αυτός είναι και ο λόγος για τη

στικτή αιμορραγία που παρουσιάζεται όταν γίνει απόξεση του μέρους ή ασκηθεί έντονη τριβή

Οι βλάβες από την αρχή είναι μικρής διαμέτρου 2-5 mm, με την πρόοδο όμως του χρόνου επεκτείνονται περιφερικώς και μεγαλώνουν. Εντοπίζονται σε αγκώνες, γόνατα, ιερή χώρα, στο τριχωτό της κεφαλής, στις παλάμες, τα πέλματα, τον ομφαλό και τη βάλανο.

Η μεθοδική απόξεση, επιτρέπει την διαπίστωση ορισμένων κλινικών σημείων. Τα σημεία αυτά εξωτερικεύουν ειδικές ιστολογικές βλάβες και είναι τα εξής:

1. Λεύκανση των βλαβών με την απόξεση, φαιόχρωες βλάβες γίνονται λευκές ενώ δυσδιάκριτες ή αόρατες βλάβες γίνονται εμφανείς. Εάν ξύσουμε μια βλάβη, αρχίζουν να πέφτουν τα λέπια ακριβώς όπως γίνεται όταν ξύνουμε κερί που αποφλοιώνεται
2. Σημείο στεατοκυρίου. Με την απόξεση τα επιφανειακά λέπια πέφτουν υπό μορφή σκόνης ενώ τα εν τω βάθει παραμένουν λόγω μεγαλύτερης συνοχής και σχηματίζουν αμιαντώδη επιφάνεια
3. Σημείο αποκολλούμενου υμενίου, μετά την απόπτωση των λεπιών, αποσπάται εξ ολοκλήρου ή υπό τη μορφή ρακών, επιδερμικό υμένιο
4. Σημείο της αιματηρού δρόσου. Μετά την αφαίρεση του υμενίου παραμένει λεία, στιλπνή και υγρή επιφάνεια πάνω στην οποία αναβλύζουν γρήγορα μικρά σταγονίδια αίματος

Κλινικές μορφές

Για να γίνουν πιο κατανοητές οι κλινικές εκδηλώσεις της ψωρίασης θα την περιγράψουμε κάνοντας δύο διαχωρισμούς. Πρώτον θα γίνει η κατάταξη ανάλογα με τη μορφολογία των στοιχείων και δεύτερον ανάλογα με την εντόπιση αυτών.

ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

1. Σταγονοειδής
2. Ψωρίαση κατά πλάκες
3. Οστρακοειδής

ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ

- 1. Του τριχωτού της κεφαλής**
- 2. Παλαμών και πελμάτων**
- 3. Του πέους**
- 4. Των πτυχών**
- 5. Της ιεράς χώρας**
- 6. Των ονύχων**
- 7. Των βλεννογόνων**
- 8. Του προσώπου**

ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

1. Ερυθροδερμία

Η ψωριασική ερυθροδερμία περιλαμβάνει δύο τύπους. Μπορεί να αρχίσει σαν μια χρόνια ψωρίαση και να μεταπέσει σιγά - σιγά ή και απότομα σε απολεπιστική δερματίτιδα ή σπανιότερα να είναι η κύρια εκδήλωση της νόσου ακόμα και στα παιδιά. Μπορεί ακόμα να είναι το αποτέλεσμα κάποιας υπερευαισθησίας σε τοπική ή εσωτερική θεραπεία. Το εξάνθημα καταλαμβάνει ολόκληρη την επιφάνεια του σώματος, κάποτε όμως αφήνει ορισμένες περιοχές ανέπαφες.

Η δεύτερη μορφή είναι μέρος της ψωρίασης η οποία υπάγεται σε μια κατάσταση αστάθειας της νόσου. Μπορεί να εμφανισθεί οποιαδήποτε στιγμή είτε απότομα και χωρίς προηγούμενη ένδειξη ή να συνοδεύει κάποια περίοδο αυξημένης αντίστασης στα τοπικά θεραπευτικά μέσα ή έκθεση σε έντονο φως, οπότε ο οργανισμός έχει χάσει τον έλεγχο επί της νόσου.

Αρκετά συχνή εμφανίζεται στην αρθροπαθητική ψωρίαση. Επίσης μπορεί να ενεργοποιηθεί από διάφορες λοιμώξεις, υπασβεστιαμία και μετά από χορήγηση ανθελονοσιακών. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ψωρίασης δεν διακρίνονται, το δε δέρμα πάσχει ολόκληρο, ο άρρωστος έχει πυρετό και γενικότερα νιώθει μεγάλη κακουχία.

Η όλη πορεία της νόσου είναι ταραχώδης και επίμονος. Συχνά παρουσιάζονται υποτροπές, εμφανίζεται έντονος κνησμός, ο θάνατος δεν είναι σπάνιος. Η παρατεταμένη φλεγμονή του δέρματος εξαιτίας της ερυθροδερμίας έχει σημαντική επίπτωση στη θερμορρύθμιση, την κυκλοφορία του αίματος, την απορρόφηση από το έντερο και το

μεταβολισμό των πρωτεϊνών και του ύδατος. Το ερυθροδερμικό δέρμα, όπως και το ψωριασικό, είναι υποϊδρωτικό ή τελείως ανίδρωτικό λόγω της πλήρους ενδοεπιδερμικής απόφραξης του πόρου του ιδρωτοποιού αδένου. Αποτέλεσμα της διαταραχής αυτής είναι η υπερθερμία, η οποία είναι πολύ επικίνδυνη στις περιοχές όπου υπάρχει υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Η ροή του αίματος στο δέρμα, ο όγκος του αίματος και η καρδιακή λειτουργία αυξάνονται, αν δε οι διαταραχές αυτές διαρκέσουν επί μακρόν οδηγούν σε κάμψη του καρδιαγγειακού συστήματος.

Λόγω της μεγάλης απόπτωσης των λεπιών στην απολεπιστική δερματίτιδα, έχουμε απώλεια πρωτεϊνών κατά κύριο λόγο και σε λιγότερο βαθμό σιδήρου. Η μεγάλη υπολευκωματιναιμία και η καρδιακή ανεπάρκεια ίσως οδηγούν στο οίδημα που παρατηρείται στην ερυθροδερμία.

2. Φλυκταινώδης ψωρίαση

Είναι η μορφή της ψωρίασης όπου έχουμε ανάπτυξη φλυκταινών. Είναι δυνατόν επάνω στις ψωριασικές πλάκες να αναπτυχθούν φλύκταινες συνήθως μετά από ερεθισμό λόγω τοπικής θεραπείας ή να γενικευθούν. Η διάρκεια των φλυκταινών μπορεί να είναι βραχύβια ή να διαρκούν επί μακρόν.

Άλλοτε το φλυκταινώδες εξάνθημα αρχίζει από τις παλάμες και τα πέλματα και συγχρόνως γενικεύεται στο υπόλοιπο σώμα, ιδίως σε ψωριασικούς με λοιμώξεις των ανωτέρων αναπνευστικών οδών που βρίσκονται σε θεραπεία με αντιβιοτικά. Οι καταστάσεις αυτές διαρκούν λίγο χρονικό διάστημα και δεν συνοδεύονται από αξιόλογες συστηματικές διαταραχές. Συνήθως υπακούουν σε μία καλή τοπική αγωγή.

Διακρίνουμε δύο μορφές φλυκταινώδους ψωρίασης:

- **Φλυκταινώδη ψωρίαση παλαμών και πελμάτων**

Η φλυκταινώδης ψωρίαση των παλαμών και πελμάτων μπορεί να συνδυάζεται με την παρουσία ψωριασικών βλαβών σε άλλο μέρος του σώματος ή να είναι η μόνη εκδήλωση της νόσου (η ψωρίαση δυνατόν να εκδηλωθεί αρκετά χρόνια μετά).

Η φλυκταινώδης ψωρίαση των παλαμών και πελμάτων προσβάλλει κυρίως ενήλικους και περισσότερο τις γυναίκες παρά τους άνδρες.

- **Γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση (Zumbusch)**

Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται από μία οξεία γενικευμένη φλυκταίνωση που συνδυάζεται με υψηλό πυρετό, λευκοκυττάρωση και βαριά συστηματική διαταραχή.

Οι φλύκταινες (οι οποίες είναι στείρες) εμφανίζονται κατά αθροίσματα ή σε διαδοχικές εκθύσεις με υποτροπές, η δε πρόγνωση είναι αρκετά κακή).

Η όλη κατάσταση μπορεί να χαρακτηριστεί σαν εξανθηματική μορφή οξείας συστηματικής φάσης της ψωριασικής πορείας. Προσβάλλονται και τα δύο φύλα όπως και στην ψωρίαση. Οι πιο πολλές όμως περιπτώσεις αφορούν τις ηλικίες μετά τα 40 - χρόνια.

3. Αρθροπαθητική ψωρίαση (ψωριασική αρθρίτιδα)

Η ψωριασική αρθρίτιδα είναι μία φλεγμονώδης διαβρωτική νόσος των αρθρώσεων κάποτε βαριάς μορφής, συνήθως δε πολυαρθρίτιδα με προτίμηση στις μικρές αρθρώσεις των χεριών και ποδιών περιλαμβανομένων και των ακροφαλαγγικών και χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη με ψωρίαση και την απουσία ορολογικών ευρημάτων. Η εμφάνιση της ψωρίασης και της αρθρίτιδας στο ίδιο άτομο δεν μπορεί να χαρακτηριστεί σαν τυχαία συνύπαρξη ψωρίασης και ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Σ' αυτό βοήθησε η ανακάλυψη του ρευματοειδούς παράγοντα, ο οποίος βοήθησε πάρα πολύ στη διαφορική διάγνωση των αρθρίτιδων.

Η ψωριασική αρθρίτις προσβάλλει και τα δύο φύλα με ελαφρά προτίμηση προς τα θήλεα. Εμφανίζεται συχνότερα ανάμεσα στις ηλικίες 30-50. Περίπου 30% από τους συγγενείς ατόμων με ψωριασική αρθρίτιδα πάσχουν από αρθροπάθεια.

Τα αίτια καθώς και η παθογένεση της ψωριασικής αρθρίτιδας παραμένουν ακόμα άγνωστα. Επιδημιολογικές μελέτες απόδειξαν ότι η ψωρίαση και η πολυαρθρίτιδα εμφανίζονται μαζί πιο συχνά από ότι εμφανίζονται ξεχωριστά. Η εξήγηση του φαινομένου αυτού δεν είναι εύκολα κατανοητή. Από τη μελέτη των HLA βρέθηκε ότι όταν συνυπάρχει ψωρίαση και αρθροπάθεια βρίσκονται τα ίδια αντιγόνα όπως και στην ψωρίαση, δηλ. το B13 και BW17. Επί πλέον όταν συνυπάρχει και σπονδυλίτιδα, τότε βρίσκεται το HLA B27.

Εξέλιξη – πορεία της νόσου

Η ψωρίαση παρ' όλη τη μακρά πορεία της δεν είναι επικίνδυνη για την ζωή του αρρώστου. Ποτέ δεν είναι δυνατόν σήμερα, όπως και 100 χρόνια πριν να καθοριστεί πόσο θα διαρκέσει η πορεία της νόσου ούτε και πότε ή πόσες υποτροπές θα παρουσιασθούν σ' ένα ψωριασικό, ούτε και για πόσο χρονικό διάστημα θα μείνει χωρίς εξάνθημα. Είναι νόσος χρόνια, εξελισσόμενη με διαδοχικές περιόδους επιδεινώσεως, βελτιώσεως, «λεύκανσης» και υποτροπής.

Βεβαίως υπάρχουν μορφές ψωρίασης όπου η πρόγνωση είναι καλύτερη (σταγονοειδής), ενώ σ' άλλες μορφές η πρόγνωση είναι πιο κακή (ερυθροδερμική μορφή, αρθροπαθητική, φλυκταινώδης). Ένας άλλος παράγων που μπορεί να προδικάσει κακή πρόγνωση είναι το οικογενειακό ιστορικό και εμφάνιση της νόσου νωρίς.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου. Το φως του ήλιου και το θερμό κλίμα επιδρούν ευνοϊκά στην ψωρίαση, αντίθετα με το ψυχρό και ξηρό κλίμα. Απόδειξη αυτού η βελτίωση της ψωρίασης τους θερινούς μήνες και η χειροτέρευση τους χειμερινούς μήνες.

Η εξέλιξη της κάθε βλάβης είναι επίσης απροσδιόριστη. Περισσότερο επιμένουν οι βλάβες οι οποίες εντοπίζονται στους αγκώνες και τα γόνατα και ακόμα περισσότερο οι βλάβες του τριχωτού της κεφαλής. Όταν υπάρχει τάση προς ίαση, τότε οι βλάβες υποχωρούν προοδευτικά είτε καθ' όλη την έκταση της επιφάνειας είτε σε ορισμένα σημεία αυτής οπότε λαμβάνουν δακτυλιοειδή όψιν.

Μετά την εξαφάνιση των βλαβών δεν παραμένει ουλή, ενίοτε όμως παραμένει αχρωμία (ψωριασική λευκοδερμία).

Επιπλοκές

1. Λοιμώξεις

Σχετικά είναι σπάνιες, εκτός των περιπτώσεων όπου γίνεται τοπική χρήση κορτικοστεροειδών, ιδίως με κλειστή περίδεση και αναπτύσσονται θυλακίτιδες. Σε ποσοστό 50-70% των ψωριασικών στις βλάβες (λέπια) ανευρίσκονται σταφυλόκοκκοι. Λόγω της απόπτωσης των λεπιών οι άρρωστοι αυτοί δυνατόν να διασπείρουν τους σταφυλόκοκκους.

2. Εκζεματοποίηση

Είναι σπάνια επιπλοκή, εκτός στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο ψωριασικός έχει ευαισθητοποιηθεί σε διάφορες ουσίες λόγω της τοπικής θεραπείας, οπότε υπάρχει κίνδυνος για μια γενικευμένη απολεπιστική δερματίτιδα.

3. Κνησμός

Συνήθως δεν υπάρχει κνησμός στην ψωρίαση. Όταν όμως υπάρχει αυτός είναι διάφορου βαθμού από πολύ ελαφρός μέχρι πολύ έντονος. Κνησμός παρατηρείται πιο συχνά στην ψωρίαση των πτυχών. Ο κνησμός κατά κάποιο τρόπο αντανακλά την

ψυχοσύνθεση των ψωριασικών. Όσο πιο έντονος τόσο περισσότερο το άγχος του ασθενούς.⁵²

3.2 Λοιμώδεις παθήσεις του δέρματος

Οι λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με διάφορους τρόπους. Εδώ θα ασχοληθούμε με τα κύρια αίτια λοιμώξεων, τα οποία είναι:

- Τα βακτήρια
- Οι μύκητες
- Οι ιοί

3.2.1. Βακτηριακές Λοιμώξεις

Μολυσματικό Κηρίο

Αντιπροσωπεύει μια επιφανειακή λοίμωξη του δέρματος που προκαλείται είτε από τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο είτε από τον πυογόνο στρεπτόκοκκο, ενώ πιο συχνά ανευρίσκεται ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος. Παρατηρούνται και μεικτές λοιμώξεις.⁴

Τα κύρια διαγνωστικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι:

- Φυσαλίδες που ρύγγονται εύκολα
- Χρυσίζουσες εφελκίδες
- Ταχεία επέκταση
- Συχνά στο πρόσωπο

▪ Αιτιολογία

Η νόσος είναι συνήθης σε νεαρά άτομα. Είναι μεταδοτική και οι εξάρσεις εμφανίζονται σε ιδρύματα όπως σε παιδικούς σταθμούς και οικοτροφεία σχολείων. Τα μολυσμένο άτομο κατά τα άλλα είναι υγιές, αλλά σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει ένας προδιαθεσικός παράγοντας όπως δήγματα εντόμων, ψείρες στο τριχωτό της κεφαλής είτε τραύμα. Μια προϋπάρχουσα δερματική νόσος όπως το έκζεμα μπορεί να καταστήσει το

δέρμα ευπαθές σε δευτερογενή μικροβιακή λοίμωξη, οπότε και χρησιμοποιείται ο όρος «κηριοειδές»

▪ **Κλινικά Χαρακτηριστικά**

Ο ασθενής είτε οι γονείς του πάντοτε αναφέρουν ότι οι βλάβες αρχίζουν ως φυσαλίδες. Σε μερικές περιπτώσεις οι φυσαλίδες διατηρούνται για λίγες μέρες, με το περιεχόμενο κίτρινο πύον να διακρίνεται ευκρινώς. Στη συνέχεια, οι φυσαλίδες ρήγνυνται, και το πυώδες εξίδρωμα αποξηραίνεται και σχηματίζει χρυσίζουσες εφελκίδες. Σε άλλες περιπτώσεις οι φυσαλίδες είναι παροδικές και οι εφελκίδες αποτελούν το εμφανέστερο χαρακτηριστικό, αν και απομεινάρια της φυσαλιδώδους εξεργασίας μπορεί να είναι ορατά στα όρια της βλάβης. Οι βλάβες εμφανίζουν πολυκυκλική είτε κυκλική μορφολογία, και μπορούν να εμφανίζονται σε οποιοδήποτε μέρος του δέρματος, και ιδιαίτερα στο πρόσωπο. Εάν η λοίμωξη εντοπίζεται βαθύτερα, κάτω από την εφελκίδα σχηματίζεται αβαθές έλκος και η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως έκθυμα. Αυτή είναι συχνότερη σε τροπικά κλίματα και συχνότερα παρατηρείται στα κάτω άκρα μετά από δήγματα εντόμων.⁵⁴

Βακτηριακή Θυλακίτιδα

Ο όρος θυλακίτιδα αναφέρεται στη λοίμωξη μεμονωμένων θυλάκων. Ο οργανισμός που συνήθως είναι υπεύθυνος για την κατάσταση αυτή είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος. Χαρακτηριστικός είναι ο τύπος στον οποίο υπάρχει αποικισμός της ρινός που ακολουθείται από διασπορά στο δέρμα. Ο χαμηλός σίδηρος ορού έχει συσχετιστεί με χρόνια δοθιήνωση, καθώς η έλλειψη σιδήρου μπορεί να διαταράξει την προστατευτική βακτηριοκτόνο οξειδωτική δράση των ουδετερόφιλων.⁴

▪ **Κλινική εικόνα**

Οι πολλαπλές θυλακικές φλύκταινες που είναι διάσπαρτες στον κορμό ή στα άκρα είναι δυνατόν να αντιπροσωπεύουν μια βακτηριακή θυλακίτιδα. Πολλές από τις βλάβες μπορεί να είναι εν τω βάθει κείμενες και να εμφανίζονται ως ερυθματώδεις βλατίδες μόνο. Οι εκδορές μερικές φορές καλύπτουν την πρωτοπαθή φλύκταινα. Με την καλλιέργεια τίθεται η διάγνωση και υποδεικνύεται η επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού.

Βακτηριακή θυλακίτιδα παρουσιάζεται στη βρεγματική περιοχή του τριχωτού της κεφαλής και είναι πιο συχνή σε σκουρόχρωμους ασθενείς.

Ψευδάνθρακας και Δοθίνας

Ο όρος Δοθίνας χρησιμοποιείται στην περίπτωση που το ερύθημα της φλεγμονής από τη βακτηριακή λοίμωξη επεκτείνεται αρκετά πέρα από τον θύλακα της τρίχας. Ο Ψευδάνθρακας είναι ένα μεγαλύτερο σε μέγεθος λοιμώδες μόρφωμα που φέρει στην επιφάνειά του πολλούς θύλακες, από τους οποίους εξέρχεται πύον. Οι δοθίνες είναι ένα φλεγμονώδες οζίδιο, το οποίο εάν μείνει αθεράπευτο ρήγνυται, αποβάλλει πύον και επουλώνεται βραδέως.⁴

▪ **Κλινική εικόνα**

Ο δοθίνας συνίσταται σε ερυθρό, επώδυνο οζίδιο, που περιέχει πύο, που εκκενώνεται αυτόματα και ίαται με ουλή είτε και χωρίς ουλή (ανάλογα με το βάθος της βλάβης), ολόκληρη δε η εξεργασία διαρκεί λίγες μέρες. Ο ψευδάνθρακας αποτελείται από πολλούς δοθίνες, και γι' αυτό παρατηρούνται πολλές θέσεις εκκένωσης. Σ' αυτή την περίπτωση ο ασθενής μπορεί να μην αισθάνεται καθόλου καλά και να έχει πυρετό.⁵⁴

Ερυσίπελας

Ο ερυσίπελας αποτελεί μία επιφανειακή λοίμωξη του δέρματος με σημαντική λεμφαγγειακή προσβολή. Αυτή η κατάσταση είναι πιο συχνή σε βρέφη, νέα παιδιά και ηλικιωμένους. Παλαιότερα το πρόσωπο προσεβόλλετο συχνότερα, ενώ πιο πρόσφατα 70-80% των περιστατικών αφορούν τα κάτω άκρα, με μόνο 20% των περιπτώσεων να αφορούν το πρόσωπο.

Η πιο συχνή αιτία ερυσιπέλατος είναι στρεπτόκοκκοι ομάδος Α, ακολουθούμενη από στρεπτόκοκκους ομάδας G. Τα βακτήρια βρίσκουν δίοδο στο δέρμα μέσω ελκών, τοπικού τραύματος, εγκαύματος, ψωριασικής ή εκζεματικής βλάβης ή μυκητιάσεως. Στο νεογνό ερυσίπελας μπορεί να συμβεί στο ομφαλικό κολόβωμα.

Ερυσίπελας τείνει να συμβαίνει επί φλεβικής στάσεως, κατάχρησης οινόπνευματος, διαβήτου και σε περιοχές προϋπάρχουσας λεμφικής απόφραξης ή οιδήματος. Πρόδρομα συμπτώματα είναι κακουχία, πυρετός, φρίκια, ναυτία και έμετος και συμβαίνουν 4-48 ώρες

προ της εμφάνισης των πρώτων βλαβών του ερισυπέλατος. Ερυθρές, επώδυνες, σκληρές κηλίδες εμφανίζονται στο σημείο της λοίμωξης. Οι βλάβες ταχέως αυξάνουν σε μέγεθος σχηματίζοντας μία επαρμένη, στιλπνή πλάκα με σαφώς οριζόμενα όρια. Σοβαρή καυσalgία και ερυθρότης μπορεί να συμβούν. Ερυσίτελας χωρίς επιπλοκές περιορίζεται στο χόριο και στα λεμφαγγεία. Σοβαρή λεμφαδενοπάθεια και λευκοκυττάρωση είναι συχνά ευρήματα. Μερικές φορές η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί βαθύτερα στο χόριο και να λάβει την μορφή κυτταρίτιδας, υποδόριου αποστήματος και νεκρωτικής φασίτιδας.

Ερύθρασμα

Το ερύθρασμα αποτελεί μία συχνή επιφανειακή λοίμωξη του δέρματος που προκαλείται από το *Corynebacterium minutissimum*. Συμβαίνει συχνά σε υγρές, αποφρασσομένες περιοχές, όπως οι μεσογλουτιαίες σχισμές, οι μασχάλες, οι μεσοδακτύλιοι χώροι και οι υπομαστικές χώρες. Οι βλάβες συμβαίνουν συχνότερα σε άνδρες και παχύσαρκα άτομα με διαβήτη. Άλλοι παράγοντες που προδιαθέτουν σε ερύθρασμα είναι θερμό, υγρό κλίμα, μεγάλη ηλικία, ανοσοανεπάρκεια, υπεριδρωσία και κακή υγιεινή σώματος.

Το ερύθρασμα μπορεί να προκαλεί κνησμό και δυσφορία, αλλά πιο συχνά είναι ασυμπτωματικό και ο ασθενής παραπονείται μόνο για αλλαγή χρώματος στο δέρμα. Οι βλάβες είναι ελαφρώς επαρμένες και ρικνές και μπορεί να είναι είτε σαφώς οριζόμενες είτε ασαφώς. Καθώς η λοίμωξη εξελίσσεται, οι βλάβες γίνονται ερυθρόφαιες, ελαφρώς επαρμένες με κεντρική καθαρότητα. Στην διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται μυκητίαση, ποικιλόχρους πιτυρίαση, βουβωνική τριχοφυτίαση, ψωρίαση, παράτριμμα και δερματοφύτωση. Μία συνυπάρχουσα δερματοφύτωση ή λοίμωξη με *Candida Albicans* παρατηρείται σε 30% περιπτώσεων με μεσοδακτύλιο ερύθρασμα. Εξέταση με λάμπα Wood's δείχνει ερυθρό κοραλιοειδές χρώμα. Μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργειες συμβάλουν στην διάγνωση.

3.2.2. Μυκητιάσεις

Οι επιφανειακές λοιμώξεις του δέρματος που οφείλονται σε μύκητες, προσβάλλουν τις εξωτερικές στιβάδες του δέρματος, τα νύχια και το τριχωτό μέρος της κεφαλής, εμφανίζονται και στα δύο φύλα και οφείλονται είτε: σε δερματοφύτα, ομάδα μυκήτων που έχει την ικανότητα να προσβάλει την κεράτινη στιβάδα. Η λοίμωξη φέρει τη λατινική λέξη

tinea που συνοδεύεται από την ονομασία του τμήματος του σώματος που έχει προσβληθεί π.χ. tinea pedis (δερματομυκητίαση των ποδιών), είτε σε ζυμομύκητες (σακχαρομύκητες και βλαστομύκητες) π.χ. candida, malassezia, piedra σε ευρωτομύκητες (μούχλα).

Δερματόφυτα

Τα δερματόφυτα είναι οι συχνότεροι μύκητες που μολύνουν τον άνθρωπο. Είναι πρωτοπαθή και όχι ευκαιριακά παθογόνα, δηλ. μπορούν να μολύνουν υγιείς οργανισμούς χωρίς να απαιτούν κάποια βλάβη της ανοσίας τους ή κάποια πύλη εισόδου στο δέρμα όπως είναι ένα τραύμα. Επειδή εκλεκτικά τρέφονται με την κερατίνη (που αποτελείται από σκληρές πρωτεΐνες που χαρακτηρίζονται από τη μεγάλη περιεκτικότητά τους σε θείο) προσβάλλουν δομές του δέρματος που περιέχουν κερατίνη σε μεγάλη ποσότητα, όπως είναι η επιδερμίδα, τα νύχια και οι τρίχες.

Από τη σκοπιά του πως μολύνουν τον άνθρωπο, τα δερματόφυτα κατατάσσονται παραδοσιακά σε τρεις κατηγορίες: τα ανθρωπόφιλα, τα ζωόφιλα και τα γεώφιλα.

Τα ανθρωπόφιλα, τα σημαντικότερα και συχνότερα σήμερα δερματόφυτα, μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο, σπάνια με άμεση επαφή και συχνότερα με θραύσματα μύκητα ή λέπια δέρματος που φέρουν μολυσματικά σωματίδια μύκητα. Επίσης, τα θραύσματα μύκητα και τα λέπια αυτά αποπίπτουν από νοσούντες και προσκολλώνται σε αντικείμενα (πατώματα, λουτρά, χτένες, έπιπλα, κλπ), από τα οποία κάποιος που έρχεται σε επαφή μπορεί να μολυνθεί. Ορισμένα ανθρωπόφιλα δερματόφυτα όπως το *Trichophyton tonsurans* και το *Microsporum audouinii* μπορούν να προκαλέσουν μικρές επιδημίες σε σχολεία, φυλακές, οίκους ευγηρίας κλπ.

Τα ζωόφιλα μολύνουν κυρίως ζώα, όπως γάτες, σκύλους, πτηνά, πιθήκους, άλογα, ποντίκια, κουνέλια, σκαντζόχοιρους κ.α. και μολύνουν τον άνθρωπο που έρχεται σε στενή επαφή με τα ζώα αυτά. Τα δερματόφυτα αυτά τείνουν γενικά να μη μεταδίδονται μεταξύ ανθρώπων.

Τα γεώφιλα τέλος, αποτελούν τη σπανιότερη αιτία μολύνσεων στον άνθρωπο, ζουν κανονικά στο έδαφος και μπορούν να μολύνουν κάποιον που έρχεται σε επαφή με το χώμα στο οποίο ζουν.

▪ Κλινικά Χαρακτηριστικά

Τα δερματοφύτα μπορούν να μολύνουν την εξωτερική επιφάνεια του σώματος, όπου υπάρχει δέρμα, νύχια ή τρίχες. Οι επιφανειακές δερματομυκητιάσεις κατατάσσονται κλινικά ανάλογα με την περιοχή του σώματος που προσβάλλουν (Πίνακας 1). Η εντόπιση δεν αποκαλύπτει αναγκαστικά το υπεύθυνο είδος του μύκητα, αν και τα διάφορα είδη δερματοφύτων παρουσιάζουν προτίμηση για συγκεκριμένες θέσεις του σώματος. Για παράδειγμα, το είδος *Epidermophyton floccosum* παρουσιάζει προτίμηση για (και συνεπώς απομονώνεται συχνότερα από) τις μηρογεννητικές (βουβωνικές) πτυχές, δεν έχει ανευρεθεί ποτέ σε βλάβη τριχωτού της κεφαλής, και σπάνια μπορεί να προσβάλλει το δέρμα του κορμού και τα νύχια.

Μορφή	Εντόπιση
Δερματοφυτία κεφαλής	Τριχωτό της κεφαλής
Δερματοφυτία προσώπου	Πρόσωπο
Δερματοφυτία γενείου	Γένειο
Δερματοφυτία σώματος	Κορμός, άκρα
Δερματοφυτία βουβωνικών πτυχών	Βουβωνικές πτυχές
Δερματοφυτία χεριών	Χέρια
Δερματοφυτία πελμάτων	Πόδια
Ονυχομυκητίαση	Νύχια

→ Δερματοφυτίαση κορμού (*tinea corporis*)

Οι τυπικά δερματοφυτικές βλάβες είναι ωοειδείς και φυσαλιδώδεις και εντοπίζονται συνήθως στις εκτεθειμένες περιοχές του δέρματος. Αυτόματη ίαση συμβαίνει κεντρικά στις βλάβες. Το *T. rubrum* αποτελεί το κυριότερο αίτιο της δερματοφυτίασης του κορμού

→ Δερματοφυτίαση μηρογεννητικών πτυχών (*tinea cruris*)

Πρόκειται για μία πολύ κοινή λοίμωξη, απαντώμενη κυρίως σε νέους άντρες (αθλητές, στρατιώτες) και σε περιοχές με αυξημένη υγρασία (τροπικοί). Οι βλάβες

είναι ερυθματώδεις τοξοειδείς πλάκες με καθαρά όρια και ενίοτε κεντρική ίαση. Το *T. rubrum* αποτελεί το κυριότερο αίτιο της δερματοφυτίασης των μηρογεννητικών πτυχών. Η μόλυνση με *T. rubrum* τείνει να εξαπλώνεται σε άλλες περιοχές του σώματος όπως στα χέρια, στήθος, ράχη, γλουτούς κλπ

→ **Δερματοφυτίαση προσώπου (*tinea faciei*)**

Οι κλινικές εκδηλώσεις μπορεί να είναι μη ειδικές, με κυριότερες εκδηλώσεις κνησμό καύσο και ερύθημα. Απολέπιση, δακτυλιοειδείς βλάβες και φλεγμονώδη οζίδια απαντώνται σπανιότερα. Το *T. rubrum* αποτελεί το κυριότερο αίτιο της δερματοφυτίασης του προσώπου (80%)

→ **Δερματοφυτίαση γενείου (*tinea barbae*)**

Κλινικά, παρατηρούνται απολεπιστικές, ξηρές, ερυθρές κυκλικές βλάβες και ενίοτε θραυσμένες τρίχες. Η μορφή αυτή μπορεί τελικά να καταλήξει σε μόνιμη αλωπεκία.

→ **Δερματοφυτίαση πελμάτων (*tinea pedis*)**

Οι αιτιολογικοί οργανισμοί μεταδίδονται είτε με άμεση επαφή είτε από μολυσμένο περιβάλλον. Το *T. rubrum* αποτελεί το κυριότερο αίτιο της δερματοφυτίασης των πελμάτων (60% παγκοσμίως). Υπάρχουν 3 μορφές:

- α) μορφή με εντόπιση στις μεσοδακτύλιες πτυχές,
- β) χρόνια βλατιδο-λεπιδώδης μορφή και
- γ) οξεία ελκωτική μορφή

Η εντόπιση στις μεσοδακτύλιες πτυχές, η συνηθέστερη μορφή, χαρακτηρίζεται από λευκά ράκη κάτω από τα οποία βρίσκεται φλεγμονώδες ερυθρό, υγρό δέρμα. Η χρόνια βλατιδο-λεπιδώδης μορφή χαρακτηρίζεται από αργυρόχροα λέπια που καλύπτουν ερυθρό δέρμα των πελμάτων Όταν καλύπτει όλο το πέλμα, ο ασθενής φαίνεται σαν να φορά εφαρμοστά υποδήματα και η μορφή χαρακτηρίζεται ως «πόδι μοκασίνι». Η οξεία μορφή εξαπλώνεται σαν οξύ έκζεμα, οι βλάβες της συχνά είναι επιμολυσμένες με βακτήρια και μπορεί να καταλήξει σε πλήρη εξέλκωση του πέλματος και δευτερογενώς σε βακτηριακή λοίμωξη (ερυσίπελας)

→ **Δερματοφυτίαση χεριών (*tinea manuum*)**

Σχεδόν πάντα, η μορφή αυτή σχετίζεται επιδημιολογικά με δερματοφυτίαση των πελμάτων και συνεπώς πιστεύεται ότι ο οργανισμός μολύνει τα χέρια δευτεροπαθώς. Μπορεί να παρουσιάζεται με διάχυτη υπερκεράτωση των παλαμών και δακτύλων, με φυσαλιδώδεις πλάκες, με απολέπιση του δέρματος, με ερυθρές βλατιδώδεις βλάβες ή με ερυθρηματώδεις απολεπιστικές πλάκες της ράχης των χεριών

→ **Μόλυνση του τριχωτού του κεφαλιού**

Η μόλυνση του τριχωτού του κεφαλιού συμβαίνει συχνότερα σε παιδιά και εμφανίζεται με 2 κύριες κλινικές μορφές:

- Η **σημηγατορροϊκή μορφή** παρουσιάζει μια απολέπιση του δέρματος της κεφαλής, σαν πιτυρίδα, και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα παιδιά πριν την εφηβεία με εικόνα σημηγατορροϊκής δερματίτιδας (δηλ. πιτυρίδας). Αυτή η μορφή είναι φλεγμονώδης, με έντονη ερυθρότητα, ενίοτε πύον, πολλά λέπια και ελάττωση των τριχών που γίνονται επίσης λεπτές, ατροφικές και γκρίζες. Η μορφή αυτή σχετίζεται με το γένος *Microsporum*
- Στην μορφή με **μαύρα στίγματα**, οι τρίχες είναι σπασμένες στην επιφάνεια του δέρματος και παρατηρούνται ως μαύρα στίγματα μέσα σε μια περιοχή αλωπεκίας. Η μορφή αυτή είναι μεταδοτική μεταξύ ανθρώπων καθώς οφείλεται σε ανθρωπόφιλα είδη που μπορεί να δημιουργήσουν ακόμη και επιδημίες σε σχολεία. Αυτή η μορφή σχετίζεται κυρίως με τριχοφυτικά είδη

→ **Ονυχομυκητίαση**

Η ονυχομυκητίαση είναι η προσβολή και μόλυνση της πλάκας του νυχιού. Μπορεί να οφείλεται σε τρεις κατηγορίες μυκήτων, στα δερματόφυτα, σε ζύμες (είδη *Candida*) και σε νηματοειδείς μύκητες που δεν είναι δερματόφυτα.

Κατατάσσεται σε τέσσερις κλινικές μορφές:

1. Η **άπω υπονύχιος** ονυχομυκητίαση παρουσιάζεται με ονυχόλυση (ξεκόλλημα του νυχιού), πάχυνση του νυχιού λόγω συσσώρευσης σαθρού υλικού κάτω από τα νύχια και δυσχρωμία (το νύχι αλλάζει χρώμα κατά περιοχές, γίνεται κίτρινο, καφέ, μαύρο κλπ) που ξεκινά από την εξωτερική άκρη του νυχιού και προχωρά κεντρικά. Ο συνηθέστερος υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι το δερματόφυτο *Trichophyton rubrum*

2. Η εγγύς **υπονύχιος** ονυχομυκητίαση αρχίζει κεντρικά, κάτω από την εγγύς ονυχιαία πτυχή και προκαλείται τυπικά από το *Trichophyton rubrum*. Σχετίζεται ισχυρώς με ανοσοκαταστολή και συνεπώς η ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς πρέπει να διερευνάται
3. Η **επιπολής (επιφανειακή) λευκή** ονυχομυκητίαση παρουσιάζεται με μία λευκή, εύθρυπτη ονυχιαία επιφάνεια και αντιπροσωπεύει διήθηση της επιφανειακής στιβάδας του νυχιού. Συνήθως προκαλείται από το *Trichophyton mentagrophytes*, αν και με αυτή τη μορφή ονυχομυκητίασης έχουν σχετισθεί περιβαλλοντικοί μύκητες, όπως *Fusarium*, *Acremonium* και *Aspergillus*
4. Υπάρχει επίσης η ονυχομυκητίαση από *Candida* που παρατηρείται συνήθως στα νύχια των χεριών, συχνά σε γυναίκες που κάνουν πολλές οικιακές εργασίες και βρέχουν τα χέρια συχνά. Μπορεί να συνοδεύεται από φλεγμονή (ερυθρότητα, πρήξιμο, πόνος, θερμότητα) του περιβάλλοντος δέρματος που ονομάζεται περιωνυχία.

▪ Διάγνωση

Οι μυκητιασικές λοιμώξεις του δέρματος που οφείλονται σε δερματόφυτα μπορούν συνήθως να διαγνωσθούν κλινικά από τον γιατρό, αλλά η οριστική και αδιαφιλονίκητη διάγνωσή τους απαιτεί την ανεύρεση των μυκήτων στη μικροσκοπική εξέταση ή/και στην καλλιέργεια του δέρματος, νυχιών ή τριχών από την ύποπτη περιοχή. Η εργαστηριακή διερεύνηση των ύποπτων δερματικών βλαβών είναι χρονοβόρα απαιτεί εξειδίκευση, χρήση κατάλληλων θρεπτικών υποστρωμάτων, και ενδελεχή μικροσκόπηση. Περιλαμβάνει δε τέσσερις φάσεις:

1. Λήψη του δείγματος από τον ασθενή

Αυτή πρέπει να γίνεται από περιοχές που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να φέρουν μεγάλη ποσότητα μύκητα. Για παράδειγμα, στα νύχια η λήψη γίνεται κοντά στο δέρμα και εκεί που το νύχι έχει βλάβη και όχι από το υγιές νύχι. Πριν τη λήψη δείγματος, δεν πρέπει να έχει γίνει χρήση αντιμυκητιακού ή αντισηπτικού φαρμάκου για εύλογο διάστημα (που μπορεί να φτάνει και 1-2 μήνες για τα νύχια).

2. Άμεση μικροσκόπηση του δείγματος

Κατά τη μικροσκοπική εξέταση αναζητούνται στο υλικό υφές (τα κυλινδρικά κύτταρα των μυκήτων) και αρθροκονίδια (βαρελοειδή ανθεκτικά κύτταρα που σχηματίζονται κατόπιν αποδόμησης των υφών).

Το προς εξέταση κλινικό υλικό τοποθετείται αρχικά σε μία αντικειμενοφόρο πλάκα. Προστίθενται μία ή δύο σταγόνες ΚΟΗ (10-20%) και το δείγμα καλύπτεται με μία καλυπτρίδα. Εναλλακτικά, η καλυπτρίδα επιθέτεται αρχικά και το διάλυμα ΚΟΗ κατόπιν σε μία άκρη της. Το παρασκεύασμα θερμαίνεται ελαφρά, χωρίς να βράσει, και κατόπιν εξετάζεται στο μικροσκόπιο. Είναι σημαντικό να εστιάζει κανείς στρέφοντας τον μικρομετρικό κοχλία εστίασης του μικροσκοπίου «εμπρός και πίσω», ώστε να εξετάσει όλο το πάχος του υλικού για υφές. Οι υφές των μυκήτων αναγνωρίζονται από τα κανονικό κυλινδρικό σχήμα τους, τις διακλαδώσεις τους και την παρουσία διαφραγμάτων που μπορεί να φέρουν μια απαλή πρασινωπή απόχρωση. Οι παλαιότερες βλάβες μπορεί να παρουσιάσουν πολλά σφαιρικά σπόρια που καλούνται αρθροσπόρια. Η άσκηση πίεσης στην καλυπτρίδα με μία γόμα μολυβιού ή ένα καπάκι στυλού αυξάνει την αποδόμηση των κερατινοκυττάρων και των συσσωμάτων αυτών. Αν δεν παρατηρηθούν οργανισμοί αρχικά, η παραμονή 10-30 min της αντικειμενοφόρου πλάκας, στην οποία υπάρχει το υλικό προς μικροσκόπηση μία ή δύο σταγόνες ΚΟΗ (10-20%), μπορεί να διευκολύνει την ανίχνευση.

3. Καλλιέργεια αυτού σε ειδικά καλλιεργητικά υλικά

Τα δερματικά ξέσματα μπορούν επίσης να καλλιεργηθούν σε κατάλληλο υλικό. Η καλλιέργεια του οργανισμού, εκτός της διαγνωστικής βοήθειας και **διαγνωστικής βεβαιότητας** που προσφέρει, επιτρέπει επίσης την ακριβή ταυτοποίησή του.

4. Ταυτοποίηση του είδους του απομονωθέντος μύκητα.

Η απομόνωση ενός μύκητα από την καλλιέργεια πρέπει να ακολουθείται από την ταυτοποίηση αυτού. Η βέβαιη **ανεύρεση ενός δερματοφύτου σε μία δερματική βλάβη ενέχει αιτιολογική σημασία** και συνεπώς είναι καθοριστική στην ιατρική διάγνωση της συγκεκριμένης βλάβης και στην επιλογή της θεραπείας. Η διαδικασία ταυτοποίησης (ορθότερα ταξινόμησης) του απομονωθέντος μύκητα περιλαμβάνει αρχικά τον καθορισμό των μορφολογικών χαρακτηριστικών του σε μακροσκοπικό και μικροσκοπικό επίπεδο. Ακολουθεί η καλλιέργεια του σε ειδικά σπορογόνα υλικά (π.χ. άγαρ δεξτρόζης-πατάτας,

άγαρ-NaCl) και οι διάφορες βιοχημικές δοκιμασίες (άγαρ ουρίας, απαίτηση βιταμινών, ειδικά διαφοροποιητικά υλικά κλπ). Τέλος, στις δυσκολότερες περιπτώσεις επιχειρούνται μελέτες σύζευξης.

▪ Πρόληψη

Ο τομέας της πρόληψης των λοιμώξεων από *T. rubrum*, και γενικά από δερματόφυτα, δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς. Παρά το ότι ήδη χρησιμοποιούνται επιτυχώς εμβόλια για την πρόληψη των λοιμώξεων από ζώοφιλα δερματόφυτα όπως το *T. verrucosum* (πρόσφατα κυκλοφόρησε ένα εμβόλιο για τα άλογα, Insol Dermatophyton, που καλύπτει τα κυριότερα είδη δερματοφύτων που μολύνουν τον οργανισμό αυτό), για τα ανθρώπινα δερματόφυτα δεν έχουν κατασκευαστεί αντίστοιχα εμβόλια. Η ορθή απολύμανση κοινόχρηστων χώρων όπως τα μπάνια και οι δεξαμενές κολύμβησης καθώς και η ελάττωση των μολυσματικών πηγών μέσω έγκαιρης και πλήρους θεραπείας (δύο πλημμελώς εφαρμοζόμενα μέτρα επιδημιολογικού ελέγχου) παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των δερματοφυτικών λοιμώξεων.⁵⁵

3.2.3. Ιογενείς Λοιμώξεις

Ιλαρά

Η ιλαρά πρόκειται για μια ιογενή λοίμωξη του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος και του δέρματος, η οποία οφείλεται σε ένα RNA ιό της ομάδας των παραμυξοϊών. Ο ιός διασπείρεται και μολύνει μέσω της αναπνευστικής οδού με τα σταγονίδια λόγω όμως του εμβολιασμού σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχουν ελαττωθεί σημαντικά τα κρούσματα.

Είναι περισσότερο συχνή το χειμώνα και την άνοιξη. Οι ηλικίες στις οποίες εμφανιζόταν συχνότερα πριν την εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού είναι 5-10 ετών. Τα βρέφη μέχρι την ηλικία των 6 μηνών έχουν ανοσία από μητρικά αντισώματα. Η νόσος προσβάλλει άτομα τα οποία δεν έχουν νοσήσει και έρχεται κατά επιδημίες.

Ο χρόνος επώασης είναι 10-12 ημέρες. Κατόπιν εμφανίζεται πυρετός, κακοδιαθεσία, ρινίτιδα, επιπεφυκίτιδα, αρθραλγίες και επίμονος ξηρός βήχας, τα οποία υποχωρούν σε διάστημα λίγων ημερών. Στο πρόδρομο ή καταρροϊκό στάδιο παρουσιάζονται μικρές λευκωπές κηλίδες με κόκκινη περιφέρεια (κηλίδες Koplik) στην εσωτερική επιφάνεια των παρειών. Έπειτα ακολουθεί το λεγόμενο εξανθηματικό στάδιο όπου παρουσιάζεται το

εξάνθημα γύρω στην 4η- 5η ημέρα με πολυάριθμες ερυθρού χρώματος κηλίδες και μικρές βλατίδες στο πρόσωπο, πίσω από τα αυτιά και στο ανώτερο τμήμα του τραχήλου. Επεκτείνεται στον κορμό και στα άκρα σε διάστημα 3 ημερών με τάση συρροής των βλαβών.

Ο βήχας και ο πυρετός χειροτερεύουν. Λίγες μέρες μετά υποχωρεί ο πυρετός και μετά την 7η μέρα υποχωρεί και το εξάνθημα. Μερικές φορές δημιουργείται λεπτή απολέπιση του δέρματος.

Αφού υποχωρήσουν τα συμπτώματα ο άρρωστος εισέρχεται στο τρίτο στάδιο όπου είναι το στάδιο της ανάρρωσης.

Η ιλαρά προκαλεί επιπλοκές στο αναπνευστικό και νευρικό σύστημα όπως και σε άλλα συστήματα. Επιπλοκές που δημιουργούνται από το νευρικό σύστημα και που είναι πιο σπάνιες είναι: η εγκεφαλίτιδα και κάνει την εμφάνισή της συνήθως μια βδομάδα μετά την εμφάνιση του εξανθήματος και εκδηλώνεται με διέγερση, εμετούς, σπασμούς και τελικά κώμα. Όσοι επέζησαν έχουν μόνιμη εγκεφαλική βλάβη και καθώς σταδιακά επιδεινώνεται εκδηλώνεται μετά από χρόνια η υποξεία σκληρυντική παρεγκεφαλίτιδα. Οφείλεται πιθανόν σε διαταραχή της κυτταρικής ανοσίας με αποτέλεσμα να παραμένει ο ιός για πολλά χρόνια στα κύτταρα του εγκεφάλου.

Στο αναπνευστικό σύστημα οι συχνότερες επιπλοκές είναι η ωτίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα και βρογχοπνευμονία. Η εμφάνιση των επιπλοκών δημιουργείται από την συνέχιση του πυρετού μετά την εκδήλωση του εξανθήματος. Στα βρέφη μπορεί να εμφανιστεί βρογχολίτιδα, πνευμονία ή λαρυγγίτιδα.

Άλλες επιπλοκές είναι αιμορραγική ή μαύρη ιλαρά με χαρακτηριστικά τον πυρετό, αιμορραγίες από πολλά όργανα και προσβολή του νευρικού συστήματος. Επίσης άλλες επιπλοκές είναι η θρομβοπενία, η κερατίτιδα, η οπτική νευρίτιδα, η μυοκαρδίτιδα, η σκωληκοειδίτιδα, η αναζωπύρωση παλιάς φυματίωσης και πολλές άλλες.

Σε περίπτωση προσβολής μιας εγκύου γυναίκας μπορεί να υπάρξει πρόωρος τοκετός ή θάνατος του εμβρύου.⁵⁶

Ερυθρά

Η ερυθρά οφείλεται στον ιό της ερυθράς και μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο με άμεση επαφή (με τα σταγονίδια). Ο ιός βρίσκεται στις εκκρίσεις του ρινοφάρυγγα μια βδομάδα πριν, έως μια βδομάδα μετά την εμφάνιση του εξανθήματος και στο αίμα των πασχόντων μια έως δυο μέρες πριν, έως δυο μέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος.

Συνήθως τα περισσότερα κρούσματα ερυθράς παρατηρούνται στο τέλος του χειμώνα, μέχρι και την αρχή της άνοιξης.

Έχει χρόνο επώασης 14-21 ημέρες με χαρακτηριστικό πόνο στο φάρυγγα, μυαλγίες, πυρετό ο οποίος διαρκεί μία έως δύο μέρες και παρατηρείται διόγκωση των λεμφαδένων πίσω από τα αυτιά και τον τράχηλο και συνήθως προηγείται του εξανθήματος. Μετά τον πυρετό, δηλαδή την επόμενη μέρα εμφανίζεται κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα όμοιο με την ιλαρά αλλά με διαφορά ότι είναι πιο αραιό και αρχίζει από το κεφάλι και προχωράει προς το υπόλοιπο σώμα. Επίσης σημαντικό είναι ότι σε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους κατά τη διάρκεια της νόσου μπορεί να παρουσιασθεί παροδική διόγκωση και πόνος των αρθρώσεων.

Πρέπει να σημειωθεί η τερατογόνος δράση του ιού κατά την εγκυμοσύνη. Όταν η μητέρα έχει ανοσία στην ερυθρά, τους πρώτους 5-6 μήνες της ζωής του βρέφος έχει ανοσία από παθητικά αντισώματα της μητέρας.⁵⁶ Η εξέλιξη της ερυθράς είναι σχεδόν πάντοτε καλή. Οι επιπλοκές είναι σπάνιες: αρθρίτιδα, θρομβοπενική πορφυρά, εγκεφαλίτιδα και το σύνδρομο της συγγενούς ερυθράς, όταν νοσήσει η έγκυος.

Συγγενής Ερυθρά

Όταν η έγκυος νοσήσει από ερυθρά μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο έμβρυο, μεταδίδοντας του τον ιό μέσω του πλακούντα, με αποτέλεσμα να εκδηλώσει το νεογέννητο το σύνδρομο της συγγενούς ερυθράς. Εάν η λοίμωξη γίνει στο πρώτο τρίμηνο κατά την εγκυμοσύνη τότε το ποσοστό κινδύνου να εκδηλώσει ερυθρά είναι 50-80%, στο δεύτερο τρίμηνο είναι 10-20% και στο τρίτο τρίμηνο είναι πολύ μικρός. Μπορεί να υπάρχουν οι εξής εκδηλώσεις:

- ακουστικές (κώφωση)
- καρδιακές (συγγενής καρδιοπάθεια)
- οφθαλμικές (συγγενής καταρράκτης, μικροφθαλμία)
- εγκεφαλικές (διανοητική καθυστέρηση, μικροκεφαλία, υδροκεφαλία).⁵⁶

Ανεμευλογιά

Η ανεμευλογιά οφείλεται στον ιό της ανεμευλογιάς - έρπητα ζωστήρα. Κυρίως προσβάλλονται τα παιδιά αλλά με την έναρξη των εμβολιασμών έχει μειωθεί σημαντικά η επίπτωση της νόσου στις ανεπτυγμένες χώρες.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από την έκχυση ομάδων από αρκετές έως εκατοντάδες φυσαλίδες, που η καθεμία μοιάζει με δροσοσταλίδα σε ερυθριματώδη βάση και εντοπίζονται στον κορμό, στο πρόσωπο, στα άκρα και στον στοματικό βλεννογόνο. Κεφαλαλγία, κακουχία και πυρετός μπορεί να συνοδεύουν το εξάνθημα. Ο χρόνος επώασης της νόσου είναι 14-21 ημέρες. Οι βλάβες επουλώνονται καταλείποντας πολλές φορές εμβυθισμένες ουλές.

Οι πιο σοβαρές επιπλοκές της ανεμευλογιάς στα παιδιά που οδηγούν στο θάνατο είναι οι δευτερογενείς βακτηριακές λοιμώξεις και η πνευμονία. Ο πυρετός, το εντοπισμένο οίδημα ή η κυτταρίτιδα που εκδηλώνεται δύο ημέρες μετά την εμφάνιση της ανεμευλογιάς μπορεί να υποδηλώνουν νόσο από διεισδυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α. το πομφολυγώδες μολυσματικό κηρίο είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις να επιπλέξει τις βλάβες της ανεμευλογιάς.

Η συστηματική προσβολή είναι πιο συχνή σε ενήλικες και συνίσταται στην ανάπτυξη πνευμονίας, ηπατίτιδας, σπειραματονεφρίτιδας, εγκεφαλίτιδας και αρθρίτιδας. Η μητρική λοίμωξη κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να προκαλέσει σημαντικές βλάβες στο έμβρυο.

Κοινή Μυρμηκιά

Οι μυρμηκίες οφείλονται στον ανθρώπινο ιό των θηλωμάτων (HPV). Ο HPV είναι ένας DNA ιός που προσβάλλει τα επιδερμικά κύτταρα, αυξάνοντας τον πολλαπλασιασμό τους και δημιουργώντας έτσι τις μυρμηκιώδεις βλατίδες. Σήμερα έχουν ταυτοποιηθεί πάνω από 70 τύποι HPV. Αν και δεν αναγνωρίζονται συνήθως κατά την κλινική εξέταση, οι διάφοροι τύποι HPV προκαλούν συχνά ειδικούς τύπους μυρμηκιών. Οι μυρμηκίες είναι καλοήθεις αλλά η HPV λοίμωξη μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση πολλών νεοπλασματικών βλαβών (π.χ. καρκίνος τραχήλου της μήτρας, μυρμηκιώδεις καρκίνωμα).

Κυρίως προσβάλλονται παιδιά και ο χρόνος επώασης είναι συνήθως μερικές εβδομάδες έως ένας μήνας. Οι μυρμηκίες μεταδίδονται με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα:

- Πατώντας σε νεκρωμένο κερατινώδες υλικό που προήλθε από κάποιο με μυρμηκίες πέλματος
- Με αυτοενοφθαλισμό μέσω σύνθλιψης ή άλλου είδους κακοποίησης των βλαβών
- Με σεξουαλική μετάδοση μυρμηκιών πρωκτογεννητικής χώρας
- Με μετάδοση στο νεογνό από τη μητέρα κατά τη διάρκεια του τοκετού

- Με μετάδοση κοινών μυρμηκιών από χειραψία ή επαφή κατά τη διάρκεια παιχνιδιού
- Με αυτοενοφθαλισμό μέσω ξυρίσματος του γενείου στους άνδρες και τν ποδιών στις γυναίκες

Οι κοινές μυρμηκικές εμφανίζονται ως μονήρεις ή πολλαπλές υπερκερατώσεις ή μυρμηκιώδεις βλατίδες στα άκρα χέρια ή στα δάχτυλα παιδιών και εφήβων. Οι φυσιολογικές γραμμές του δέρματος διαταράσσονται. Οι περιονύχιες βλάβες είναι συχνές στα παιδιά και μπορεί να οδηγήσουν στον σχηματισμό αύλακας στον ονύχιο δίσκο εάν προκαλέσουν καθίζηση της μήτρας του όνυχα. Οι υπονύχιες βλάβες μπορεί να ανασηκώσουν το νύχι. Πολλές φορές παρατηρείται το ισομορφικό φαινόμενο με την εμφάνιση γραμμικών βλαβών στα σημεία ξεσμού. Οι μυρμηκικές είναι δυνατόν να υποστραφούν αυτομάτως, γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται στην επίθεση που υφίσταται ο ιός από το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού.

Στην περίπτωση αυτή, η μυρμηκία καθίσταται μελανή και νεκρωτική και αποπίπτει μέσα σε διάστημα μερικών εβδομάδων.

Οι επίπεδες μυρμηκικές εμφανίζονται ως μελαχρωματικές καστανόχροες ή ροδόχροες αποπλατυσμένες βλατίδες. Συνήθως μοιάζουν με σπύλους. Μερικές φορές καλύπτουν την περιοχή των ποδιών μιας γυναίκας που ξυρίζεται. Οι περισσότερες μυρμηκικές είναι εξωφυτικές (αναπτύσσονται προς τα έξω) αλλά οι πελματιαίες μυρμηκικές είναι ενδοφυτικές (αναπτύσσονται προς τα έσω), γιατί η πίεση που ασκείται στο πέλμα κατά τη βάδιση τις ωθεί προς το εσωτερικό του. Οι βλάβες θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τους κάλους και είναι δυνατόν να αφαιρεθούν με απόξεση χρησιμοποιώντας μια αιχμηρή λεπίδα. Η απόξεση της μυρμηκιάς αποκαλύπτει μαύρα στίγματα, ενώ του κάλου ένα διαφανές κέντρο.

Απλός Έρπης

Το 1970 θεωρούσαν ότι η λοίμωξη από HSV ήταν σπάνια, σοβαρή και ότι μεταδιδόταν μόνο κατά τη διάρκεια επιδημιών. Σήμερα έχει αποσαφηνιστεί το ότι η λοίμωξη από τον HSV είναι συχνή, συνήθως όχι σοβαρή και στην πλειονότητα των περιπτώσεων μεταδίδεται κατά τη διάρκεια ασυμπτωματικής απόπτωσης.

Πολλοί από τους ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί, ωστόσο είναι μολυσματικοί. Ο HSV-1 μπορεί να προκαλέσει τη νόσο τόσο στα χείλη όσο και στα γεννητικά όργανα, αλλά ο HSV-2 σχεδόν πάντα υποδηλώνει λοίμωξη γεννητικών οργάνων. Η συχνότητα της HSV-2 οροθετικότητας έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες και εξακολουθεί να αυξάνεται. Από κλινική άποψη, τα άτομα που έχουν προσβληθεί με τον

HSV-1 έχουν μικρότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τον HSV-2 αλλά ακόμα κι αν μολυνθούν, οι υποτροπές είναι συνήθως πιο ήπιες και όχι τόσο συχνές. Η λοίμωξη μιας περιοχής με ένα στέλεχος του ιού καθιστά τη λοίμωξη σε άλλο σημείο και με άλλη περιοχή δύσκολη (όχι όμως αδύνατη).

▪ **Κλινική εικόνα**

Ο ασθενής αρχικά παραπονείται για άλγος ή αίσθημα καύσου, ενώ μετά από μερικές ώρες εμφανίζει το χαρακτηριστικό εξάνθημα του απλού έρπητα που αποτελείται από ομαδοποιημένες φυσαλίδες σε ερυθριματώδη βάση. Η κλασική αυτή εικόνα μπορεί να μην είναι τόσο συχνή όσο οι «άτυπες». Οι ασθενείς είναι δυνατόν να παρουσιάζουν μόνο οίδημα, έλκη, εφελκίδες, ρωγμές, ερυθριματώδεις μεγάλες κηλίδες, φλύκταινες ή φευγαλέους «ερεθισμούς». Η πρωτολοίμωξη είναι πιο βαριά από τις υποτροπές. Πρόδρομο αίσθημα καύσου ή νυγμών μπορεί να σηματοδοτεί την έναρξη υποτροπής.

Οι βλάβες όταν εντοπίζονται στους γλουτούς, συγχέονται συχνά με δήγματα εντόμων. Η κλινική εικόνα είναι εκείνη μιας υποτροπιάζουσας βλάβης εντοπιζόμενης στους γλουτούς. Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για την πιθανή ασυμπτωματική απόπτωση του ιού. Κάθε βλάβη που εντοπίζεται στην περιοχή, η οποία καλύπτεται από το εσώρουχο, θα πρέπει να θεωρείται ως έρπης γεννητικών οργάνων.

Ανεξάρτητα από τον τύπο του ιού και την συχνότητα των υποτροπών, η ασυμπτωματική απόπτωση του ιού αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της λοίμωξης από τον HSV. Διαλείπουσα απόπτωση του HSV-2 λαμβάνει χώρα σε ασθενείς χωρίς συμπτώματα, οι οποίοι μπορούν έτσι να μεταδώσουν τη λοίμωξη. Είναι γνωστό ότι ασυμπτωματική απόπτωση είναι πιο συχνή σε άτομα προσφάτως μολυσμένα και σε ανοσοκατεσταλμένους. Η συχνότητα της ασυμπτωματικής απόπτωσης είναι υψηλότερη σε γυναίκες με περισσότερα συμπτωματικά επεισόδια. Η μακροχρόνια προληπτική χορήγηση ασυκλοβίρης μπορεί να μειώσει την ποσότητα της ασυμπτωματικής απόπτωσης.

Ερπητική Ουλοστοματίτιδα

Ο επιχείλιος έρπης είναι εξαιρετικά συχνός στο γενικό πληθυσμό. Η ερπητική ουλοστοματίτιδα αναφέρεται στην αρχική λοίμωξη των χειλέων από τον HSV. Ο HSV-1 είναι ο κύριος παθογόνος μικροοργανισμός.

Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση διάχυτης εφελκιδοποίησης και φυσαλιδοποίησης των χειλέων ή του στοματοφάρυγγα ενός παιδιού. Πυρετός και λεμφαδενοπάθεια μπορεί να συνοδεύουν το εξάνθημα. Υποτροπιάζοντα επεισόδια είναι δυνατόν να παρουσιαστούν αργότερα.

Επιχείλιος Έρπης

Μετά το αρχικό επεισόδιο της ερπητικής ουλοστοματίτιδας, ο ερπητοϊός παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση στα νεύρα του προσώπου. Η λανθάνουσα αυτή λοίμωξη βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του ανοσοποιητικού συστήματος. Κατά τη διάρκεια περιόδων ανοσοκαταστολής ή όταν η δράση του ανοσοποιητικού συστήματος έχει στραφεί κάπου αλλού (π.χ. κατά τη διάρκεια κοινού κρυολογήματος), μπορεί να εμφανιστεί υποτροπή. Άλλοι κλιτικοί παράγοντες είναι η οδοντιατρική εργασία, ο πυρετός, ο τοπικός τραυματισμός, η ψυχική καταπόνηση ή η έμμηνος ρύση.

Σχετικά με την κλινική εικόνα, χαρακτηριστικό είναι το άλγος ή το αίσθημα νυγμών που ακολουθείται από την εμφάνιση ομαδοποιημένων φυσαλίδων σε ερυθματώδη βάση που είναι συγκεκριμένες συνήθως στα όρια των χειλέων αλλά και στις γειτονικές περιοχές. Το επεισόδιο της λοίμωξης ακολουθεί μια πορεία 2-3 εβδομάδων.

Έρπης Ζωστήρας

Ο έρπης ζωστήρας αντιπροσωπεύει την αναζωπύρωση του ιού της ανεμευλογιάς-έρπητα ζωστήρα, ο οποίος έχει παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση επί σειρά ετών μετά από το επεισόδιο της ανεμευλογιάς. Ο ιός βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση για δεκαετίες και βρίσκεται υπό τον έλεγχο του ανοσοποιητικού συστήματος του σώματος. Όταν το ανοσοποιητικό σύστημα εξασθενεί με την ηλικία ή λόγω καταστολής, ο ιός επαναδραστηριοποιείται. Ο ιός είναι τροφικός με τα νεύρα και η πλειονότητα των λοιμώξεων προσβάλλει ένα ή περισσότερα δερμοτόμια. Μπορεί να ανευρεθούν κάποιες βλάβες έξω από το δερμοτόμιο, παρ' όλα αυτά, είναι δυνατή η γενίκευση του ζωστήρα, ειδικά σε εκείνους με μειωμένη κυτταρική ανοσία. Η λοίμωξη μπορεί να είναι πολύ επώδυνη και να προκαλεί δυσφορία στον ασθενή για διάστημα μεγαλύτερο του ενός μηνός. Η μεθερπητική νευραλγία (άλγος που ξεπερνά τις 4 εβδομάδες), αποτελεί μια πιθανή επιπλοκή που είναι δυνητικά εξουθενωτική για τον ασθενή. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 60 ετών.

▪ Κλινική εικόνα

Η νόσος χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ομαδοποιημένων φυσαλίδων που εδράζονται σε ερυθματώδη βάση και καταλαμβάνουν την περιοχή ενός δερμοτομίου, πιο συχνά προσβάλλεται ο κορμός και το πρόσωπο. Η εξάπλωση των βλαβών σταματά στη μέση γραμμή. Ο έντονος πόνος μπορεί να καταστήσει το άτομο δυσλειτουργικό. Αν η λοίμωξη αφορά την περιοχή των γεννητικών οργάνων, είναι δυνατόν να προκληθεί δυσουρία σε τέτοιο βαθμό ώστε να χρειαστεί καθετηριασμός. Δυσκοιλιότητα παρουσιάζεται στην περίπτωση προσβολής της περιοχής του ιερού οστού. Σε ήπιες περιπτώσεις παρατηρούνται μόνο διάσπαρτες ομάδες φυσαλίδων. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις προσβάλλεται σχεδόν ολόκληρο το δερμοτόμιο και μπορεί να εμφανιστεί αιμορραγία, νέκρωση και έλκωση. Κάθε ασθενής με οφθαλμικό έρπητα ζωστήρα θα πρέπει να παραπέμπεται σε οφθαλμίατρο. Όταν ο έρπης ζωστήρας προσβάλλει το αυτί, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση του συνδρόμου Ramsay Hunt.

Μετά από τη λοίμωξη του έρπητα ζωστήρα, είναι δυνατόν να παρουσιαστούν διάφορες δερματικές αλλοιώσεις όπως δακτυλιοειδές κοκκίωμα, σαρκοειδικό κοκκίωμα, κοκκιωματώδης αγγειίτιδα, λέμφωμα, ψευδολέμφωμα, σάρκωμα Kaposi και φαγέσωρες.

3.3 Ca δέρματος

Γενικά χαρακτηριστικά του καρκίνου

Ο καρκίνος ανήκει σε μια ομάδα ασθενειών που πρωταρχικό της χαρακτηριστικό είναι ότι τα κύτταρα μετατρέπονται από φυσιολογικά σε άτυπα και διαιρούνται πολύ συχνά, χωρίς έλεγχο και τάξη. Διακρίνονται μικροσκοπικώς πολύ διαφορετικά από τα φυσιολογικά (μη φυσιολογικό), ογκώδη και κακοσηματισμένα, είναι δηλαδή μια άτυπη, άσκοπη, ανώμαλη και απογραμμάτιστη ανάπτυξη νέων κυττάρων. Οι αλλαγές που συμβαίνουν όταν ένα κύτταρο γίνεται καρκινικό ομαδοποιούνται στις εξής τρεις κατηγορίες:

- **Αθανατοποίηση** (Immortalization) είναι η ιδιότητα της συνεχούς διαίρεσης και αύξησης χωρίς να συμβαίνουν απαραίτητα άλλες φαινοτυπικές αλλαγές.

- **Μετασχηματισμό** (Transformation) είναι η έλλειψη των φυσιολογικών περιορισμών της αύξησης. Τα μετασχηματισμένα κύτταρα δεν εξαρτώνται από τους παράγοντες που είναι απαραίτητοι για την κυτταρική αύξηση.
- **Μετάσταση** (Metastasis) είναι η ιδιότητα που αποκτούν τα κύτταρα να μεταναστεύουν σε άλλους φυσιολογικούς ιστούς και να αναπτύσσουν εκεί μια νέα αποικία.⁵⁷

Έτσι λοιπόν, παράγεται ιστός και ο όγκος αρχίζει να μορφοποιείται. Ο όγκος μπορεί να είναι καλοήθης ή και κακοήθης.⁵⁸

Καρκίνος του δέρματος

Υπολογίζεται ότι 4 στους 5 ανθρώπους με ανοιχτό δέρματος που ζουν σε περιοχές με υψηλή ηλιοφάνεια θα αναπτύξουν τουλάχιστον έναν δερματικό καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Ο δερματικός καρκίνος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, με υψηλότερη συχνότητα την 20ετία μεταξύ των 40 και 60 ετών. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αύξηση κρουσμάτων δερματικού καρκίνου σε νεότερα άτομα, συμπεριλαμβανομένων και των εφήβων.

Οποιοδήποτε μη συνηθισμένο ογκίδιο αναπτύσσεται στο δέρμα και επιμένει για περισσότερο από 3 μήνες, θα πρέπει να θεωρείται δερματικός καρκίνος μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο.

Η καλύτερη προφύλαξη γι' αυτά τα άτομα είναι η αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και ιδιαίτερα τα πρώτα 20 χρόνια της ζωής τους και η χρήση κατάλληλων ενδυμάτων και προστατευτικών αντηλιακών κρεμών.⁵⁹

Υπάρχουν οι εξής τρεις κατηγορίες καρκίνων του δέρματος:

- *Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα*
- *Βασιλοκυτταρικό καρκίνωμα*
- *Κακοήθες μελάνωμα*

1. Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων ή επιδερμικό καρκίνωμα) (SCC)

Αποτελεί ένα κακοήγη όγκο που προέρχεται από τα κερατινοκύτταρα της επιδερμίδας ή των εξαρτημάτων και του οποίου τα κύτταρα ωριμάζουν προς σχηματισμό κερατίνης.

Παρατηρείται τόσο στο δέρμα όσο και στους βλεννογόνους. Συνήθως αναπτύσσεται επί εδάφους ακτινικής υπερκεράτωσης, η οποία εντοπίζεται στο πρόσωπο και στην ραχιαία επιφάνεια των χεριών. Η βλάβη είναι επίπολης, σκληρή, χροιάς ερυθράς και μοιάζει με μυρμηγκιά ή με λεπιδώδη πλάκα. Με την πάροδο του χρόνου γίνεται μεγαλύτερη και εξελκούται, η δε εξέλκωση καλύπτεται από εφελκίδα. Στο κάτω χείλος αναπτύσσεται επί εδάφους λευκοπλακίας ή ακτινικής χειλίτιδος και κυρίως σε άνδρες που καπνίζουν. Τότε η επιφάνεια του χείλους γίνεται ξηρή, λεπιδώδης με ρωγμές. Αργότερα παρατηρείται διήθηση που είναι ένδειξη της ανάπτυξης του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Ο κίνδυνος των μεταστάσεων στους λεμφαδένες είναι μεγαλύτερος εφ'όσον η βλάβη ξεπερνά την διάμετρο του 1,5 cm ή χρονολογείται πάνω από 3 μήνες.⁶⁰

Εφ'όσον ιστολογικά εντοπίζεται μόνο στην επιδερμίδα, τότε αναφέρεται σαν καρκίνωμα insitu. Εφ'όσον όμως διασπάσει την βασική μεμβράνη και διηθήσει το χόριο, τότε αναφέρεται σαν διηθητικό.⁶¹

Σπάνια μπορεί να αναπτυχθεί επί φυσιολογικού δέρματος και όχι επί εδάφους προκαρκινωματώδους αλλοίωσης οπότε καλείται de novo ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Αυτός ο τύπος του καρκινώματος γίνεται ταχύτατα διηθητικός και συχνά μεθίσταται. Παρόμοια συμπεριφορά έχει και το διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, που αναπτύσσεται επί εδάφους χρόνιας ακτινοδερματίτιδας. Οι όγκοι αυτοί είναι πολλαπλοί και συχνά συνοδεύονται από βασικοκυτταρικά καρκινώματα. Ιστολογικά εμφανίζουν εικόνα ατρακτοκυτταρικού καρκινώματος, το οποίο διαφοροδιαγιγνώσκεται από σάρκωμα ή ακόμα από κακοήθες μελάνωμα.⁶³



Εικόνα 11: Περίπτωση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος σε ηλικιωμένο άτομο

2. Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC)

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ένας κακοηθής επιθηλιακός όγκος του δέρματος, ο οποίος προέρχεται από τα βασικά κύτταρα της επιδερμίδας και των εξαρτημάτων. Εντοπίζεται στο 75% των περιπτώσεων στην περιοχή του προσώπου. Κλινικά χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μικρά «μαργαριτοειδή» ογκίδια, τα οποία διατάσσονται γύρω από ένα κεντρικό εντύπωμα που μπορεί να ξεελκωθεί. Διάσπαρτα αγγεία παρατηρούνται στην περιφέρεια της βλάβης. Επεκτείνεται αργά και εκτός από την αιμορραγία που μπορεί να παρουσιάσει, είναι ασυμπτωματικό.⁶¹

Σε περίπτωση μελαγχρωματικού βασικοκυτταρικού καρκινώματος, όπου παρατηρείται παρουσία μελανοκυττάρων στον όγκο και κοκκία μελανίνης κυρίως σε μακροφάγα στο χόριο, η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από το μελάνωμα.

Ιστολογικά αποτελείται από αθροίσεις κυττάρων, τα οποία μοιάζουν με αδιαφοροποίητα, άωρα κύτταρα της βασικής στοιβάδας και χαρακτηριστικό στρώμα. Περιγράφονται διάφοροι ιστολογικοί τύποι βασικοκυτταρικού καρκινώματος, όπως το αδενοειδές, σκληρυντικό, το επίπολης επεκτεινόμενο κτλ.⁶³



Εικόνα 12: Περίπτωση βασικοκυτταρικού καρκινώματος

Μελάνωμα

Το κακοηθές μελάνωμα είναι ο κακοηθέστερος όγκος όχι μόνο του δέρματος αλλά και όλων των ιστών και οργάνων. Αναπτύσσεται στο υγιές δέρμα και προέρχεται από την

κακοήθη εξαλλαγή των μελανοκυττάρων. Αποτελεί διηθητικό όγκο, ο οποίος εντοπίζεται στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Παρ' όλα αυτά δεν πρέπει να συγχέεται με τον μελαγχρωματικό σπίλο, την γνωστή μας ελιά, ο οποίος είναι αποτέλεσμα φυσιολογικού πολλαπλασιασμού των μελανοκυττάρων. Ο μελαγχρωματικός σπίλος αποτελεί καλοήθη δερματική αλλοίωση, που παρουσιάζει συμμετρική ανάπτυξη, ομαλό περίγραμμα και ομοιόμορφο χρώμα, σε αντίθεση με το μελάνωμα το οποίο παρουσιάζει τους αντίθετους, ακριβώς, μορφολογικούς χαρακτήρες.⁶⁴

Πρόκειται για την κακοηθέστερη μορφή καρκίνου του δέρματος, που αναπτύσσεται από τα μελανοκύτταρα και που εύκολα προκαλεί μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.

Συνήθως το μελάνωμα αναπτύσσεται ως εξελικτικό στάδιο προϋπάρχοντος σπίλου, όταν αυτός “κακοφορμίζει”. Πλην της ηλιακής ακτινοβολίας στην ανάπτυξη του φαίνεται ότι παίζουν ρόλο γενετικοί, περιβαλλοντικοί κι ανοσολογικοί παράγοντες.²³

Ευτυχώς, το μελάνωμα μπορεί να είναι από τις πιο απλές μορφές καρκίνου κατά τη φάση της διάγνωσης και μια από τις πιο απλές μορφές καρκίνου όσον αφορά στη θεραπεία, εφόσον βρεθεί και αφαιρεθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα. Εάν όμως αφεθεί να εξαπλωθεί σε άλλα σημεία του σώματος (δώσει μεταστάσεις), τότε η πρόγνωση είναι πολύ μικρή. Περίπου 8.700 θάνατοι το χρόνο συμβαίνουν λόγω ύπαρξης μελανώματος.⁶⁵

Αιτιολογία μελανώματος

Η κύρια αιτία του μελανώματος πιστεύεται ότι είναι η μεγάλης διάρκειας *έκθεση στον ήλιο*. Το ηλιακό φώς εκθέτει το δέρμα μας στην υπερϊώδη ακτινοβολία. Άνθρωποι με ανοιχτό χρώμα δέρματος συνήθως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, αφού τα κύτταρα του δέρματος παράγουν μικρότερη ποσότητα μελανίνης. Η ακτινοβολία διακρίνεται σε UVA και UVB. Οι UVA σε ποσοστό πάνω από 80% σταματούν στην επιφάνεια της επιδερμίδας, ενώ το υπόλοιπο μπορεί να φτάσει στο κυρίως δέρμα. Αυτό το μικρό ποσοστό είναι υπεύθυνο για τις φωτοδερματίτιδες, για τη γήρανση της επιδερμίδας, για τις διάφορες παθήσεις του δέρματος και τελικά, για τον καρκίνο. Οι ακτίνες αυτές καταστρέφουν τα τριχοειδή αγγεία, τους ινοβλάστες και τις πρωτεΐνες των κυττάρων. Από την άλλη πλευρά, η δράση των UVB είναι πιο έντονη το καλοκαίρι, τις μεσημβρινές ώρες και όσο οδεύουμε προς τον Ισημερινό ή στα πιο ψηλά μέρη της Γης. Είναι οι ακτίνες που συμβάλλουν στο σχηματισμό της βιταμίνης D

και μένουν στην επιφάνεια της επιδερμίδας, διεγείροντας τα μελανοκύτταρα που παράγουν μελανίνη. Επιπλέον, είναι υπεύθυνες για το έγκαυμα που παρουσιάζεται έπειτα από 4 έως 5 ώρες έκθεσής μας στον ήλιο, ενώ προκαλούν και καρκίνο του δέρματος.⁶⁶



Εικόνα 13: Μελάνωμα

Ωστόσο, ορισμένοι πάσχοντες από μελάνωμα λένε ότι ποτέ δεν έκαναν ηλιοθεραπεία ή ποτέ δεν εκτέθηκαν στον ήλιο. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει κυρίως σε ανθρώπους με πολύ λευκωπό δέρμα. Πιθανόν οφείλεται στο ότι είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στον ήλιο και η επανειλημμένη έκθεση σε αυτόν κατά την παιδική τους ηλικία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης υπήρξαν οι κύριοι παράγοντες για την ανάπτυξη του καρκίνου τους.⁶⁷



Εικόνα 14: Μελάνωμα σε ηλικιωμένο άτομο

Οι περισσότεροι καρκίνοι του δέρματος δεν θεωρούνται γενικά πολύ επικίνδυνοι διότι θεραπεύονται εύκολα χειρουργικά ή φαρμακευτικά. Εξάιρεση αποτελεί ο κακοηθής σπίλος που ονομάζεται μελάνωμα, δηλαδή μελανός όγκος.

Το μελάνωμα είναι όχι μόνο ο πλέον κακοηθής δερματικός όγκος αλλά και από τους πλέον κακοηθείς όγκους γενικώς.

Το μελάνωμα μπορεί να διασπαρθεί σχεδόν σε κάθε όργανο ή ιστό του σώματος και να οδηγήσει στον θάνατο μέσα σ' ένα χρόνο μετά την υποτροπή του σε απομακρυσμένα

σημεία. Διασπείρεται από την μητέρα στο έμβρυο και είναι από τους όγκους που διασπείρονται συχνότερα στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό.

Εκτός από τις θλιβερές διαπιστώσεις υπάρχουν και ορισμένες; Ενθαρρυντικές. Όταν πρωτοεμφανιστεί το μελάνωμα ως κακοηθής σπίλος στο δέρμα, στον οφθαλμό, στα ούλα, στον κόλπο και στο ορθό, είναι ιάσιμο με περιορισμένης έκτασης χειρουργική επέμβαση.

Έχει λοιπόν, τεράστια σημασία η αναγνώριση των πρώιμων σημείων του μελανώματος. Εάν αυτό διεισδύσει βαθιά στο δέρμα και φτάσει στα λεμφαγγεία και στα αιμοφόρα αγγεία του χορίου, συνήθως είναι αδύνατο να ιαθεί, αν και με την χειρουργική ογκολογία μπορεί να επιτευχθεί μεγάλο διάστημα ελεύθερο νόσου.⁶⁸

Διάγνωση της νόσου

Το 75% των μελανωμάτων μπορεί να διαγνωστεί κλινικά, μόνο από την κλινική εξέταση και το ιστορικό του ασθενή, η ιστολογική επιβεβαίωση όμως είναι απαραίτητη.

Για την εφαρμογή της ιστολογική εξέτασης είναι αναγκαία η βιοψία της βλάβης. Κατά την βιοψία πρέπει να αφαιρείται όλη η αλλοίωση μαζί με υγιές δέρμα ενώ πρέπει ν' αποφεύγεται η λήψη μόνο τμήματος από την αλλοίωση.

Αυτό αιτιολογείται ως εξής:

- ◆ η εξαλλαγή μπορεί να αφορά μόνο ένα τμήμα του σπίλου, και
- ◆ η σταδιοποίηση γίνεται με βάση το βάθος και το πάχος της διήθησης.^{69,70}

Εκτομή – βιοψία με όριο 1 εκατοστό υγιούς δέρματος γίνεται για σχετικά μικρές βλάβες. Εάν η βλάβη αποδειχθεί ότι είναι μελάνωμα και εάν είναι πάχους μικρότερου του 1 χιλιοστού, τότε η πιθανότητα υποτροπής ή διασποράς είναι σχεδόν μηδενική και τίποτα περισσότερο δεν πρέπει να γίνει.

Για μεγαλύτερες βλάβες ή για βλάβες που εντοπίζονται σε περιοχές του σώματος όπου η σύγκλιση του τραύματος μετά την εκτομή είναι δύσκολη, μια μικρή βιοψία η “PUNCH” βιοψία, μπορεί να γίνει. Η περαιτέρω θεραπεία εξαρτάται από την προσεκτική μικροσκοπική ανάλυση του παρασκευάσματος.

Η παλιά αντίληψη ότι όλα τα μελανώματα πρέπει να αφαιρούνται με όριο εκτομής 5 εκατοστά φυσιολογικού δέρματος προς όλες τις κατευθύνσεις έχει μάλλον εγκαταλειφθεί.

Οι περισσότεροι ογκολόγοι - χειρουργοί στις Η.Π.Α. χρησιμοποιούν στενά όρια (1 εκατοστό) για λεπτές βλάβες (1 mm ή λιγότερο) και κάπως ευρύτερο (2-3 εκατοστά) για παχύτερες βλάβες.

Η συμβολή της Κυτταρολογίας στην διάγνωση είναι παραπάνω από αξιόλογη. Η διαβελόνης κυτταρολογική εξέταση πρωτοπαθών μελαγχρωματικών βλαβών είναι μια μέθοδος ακίνδυνη και αξιόπιστη (96-99% προγνωστική αξία). Χρησιμοποιείται για την προεγχειρητική διάγνωση κλινικά υπόπτων βλαβών, αλλά καλό θα ήταν ν' αποφεύγεται η εφαρμογή της σε μικρής διαμέτρου βλάβες, λόγω του σπάνιου μεν υπαρκτού δε κινδύνου πρόκλησης αιματώματος.⁷¹

Η τεχνική της μεθόδου είναι απλή. Η παρακέντηση των ψηλαφητών βλαβών και οργάνων γίνεται με την χρήση βελόνας 21-22 Gauge. Η με λεπτούς χειρισμούς παλλινδρομική κίνηση της βελόνας μόνης μέσα στην βλάβη, είναι αρκετή για την απόδοση επαρκών για διάγνωση κυτταρικών στοιχείων. Το υλικό επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρους πλάκες, μερικές από τις οποίες εμβαπτίζονται σε αλκοόλ 96% για εφαρμογή χρήσης κατά Παπανικολάου ενώ άλλες ξηραίνονται στον αέρα για χρώση MayGrunwald- Giemsa.

Επίσης, ακτινογραφία θώρακος είναι πάντα απαραίτητη. Αν και δεν είναι αναγκαία η λεμφογραφία από την ραχιαία επιφάνεια του ποδιού, συνίσταται σε υποψία μελανώματος κάτω άκρων ιδίως όταν υπάρχουν διογκωμένοι βουβωνικοί λεμφαδένες.

Άλλη διαγνωστική μέθοδος είναι η θερμογραφία και το test φωσφόρου 32 P, που δεν είναι ικανές να δώσουν θετικό αποτέλεσμα σε κάποια κλινική αμφιβολία αλλά είναι ικανές να επιβεβαιώσουν μία διάγνωση. Άρα, ένα αρνητικό αποτέλεσμα δεν είναι απαραίτητο να αποκλείει μια πιθανή διάγνωση μελανώματος.^{69,70,71}

Κεφάλαιο 4^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΙΣ ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ / ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

4.1 Κατακλίσεις

Πρόληψη κατακλίσεων

Η πρόληψη είναι η θεραπεία εκλογής των κατακλίσεων. Η επιτυχία της εξαρτάται άμεσα από τις ικανότητες των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν τους ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο. Η γνώση των παραγόντων κινδύνου που αναφέρθηκαν είναι απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί πλήρως η εκτίμηση του προβλήματος.

Οι στρατηγικές πρόληψης των κατακλίσεων σύμφωνα με την European Pressure Ulcers Advisory Panel (EPUAP) και την National Pressure Ulcers Advisory Panel (NPUAP), περιλαμβάνουν την αναγνώριση ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη κατάκλισης, τη διατήρηση και βελτίωση της ανοχής των ιστών στην πίεση για την πρόληψη της καταστροφής τους, την προστασία του σώματος από τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των εξωτερικών μηχανικών δυνάμεων όπως πίεση, τριβή και σύρσιμο, τη διατροφική υποστήριξη των ασθενών σύμφωνα με τις ανάγκες τους, τον έλεγχο και την αποφυγή της υπερβολικής.²⁵

Πίνακας 1. Στρατηγικές πρόληψης κατακλίσεων της EPUAP

- Αναγνώριση ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη κατάκλισης
- Διατήρηση και βελτίωση της ανοχής των ιστών στην πίεση για την πρόληψη της καταστροφής τους
- Προστασία σώματος από τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των εξωτερικών μηχανικών δυνάμεων: πίεση, τριβή και σύρσιμο
- Διατροφική υποστήριξη των ασθενών σύμφωνα με τις ανάγκες τους
- Έλεγχος και αποφυγή υπερβολικής υγρασίας (απώλεια ούρων, κοπράνων, εκκρίσεις τραυμάτων, ιδρώτας)

Επιφάνειες και Συσκευές Μείωσης ή Αποφόρτισης από την Πίεση

Οι συσκευές μείωσης της πίεσης χρησιμοποιούνται προκειμένου να ανακατανομηθεί η πίεση, να μειωθούν οι δυνάμεις διάτμησης και να ελεγχθεί το μικροκλίμα της περιοχής. Τα μαξιλάρια, τα στρώματα και οι κλίνες αποφόρτισης από την πίεση είτε δημιουργούν ένα εκμαγείο αγκαλιάζοντας το σώμα του ασθενή, προκειμένου να καταναείμουν το βάρος του σε μεγαλύτερη επιφάνεια επαφής (συσκευές συνεχούς χαμηλής πίεσης), είτε εναλλάσσουν μηχανικά την πίεση κάτω από τον ασθενή, μειώνοντας τη διάρκεια της ασκούμενης πίεσης (συσκευές εναλλασσόμενης πίεσης).⁷²

Τα στρώματα συνεχούς χαμηλής πίεσης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με την κατασκευή τους σε Δυναμικού Τύπου (Εναλλασσόμενης πίεσης αέρα, Συνεχούς χαμηλής πίεσης, Ρευστοποίησης της ύλης) και Στατικού Τύπου (Αφρού, Γέλης, Νερού)⁵. Τα πλέον διαδεδομένα στρώματα δυναμικού τύπου είναι αυτά της συνεχούς χαμηλής πίεσης αέρα (Continuousairflowsystem) τα οποία έχουν την ικανότητα να ανακατανέμουν το βάρος του ασθενή πάνω σε συνδεδεμένους αεροθαλάμους σε διαφορετικά μεγέθη, μειώνοντας έτσι την πίεση που ασκείται. Οι αεροθάλαμοι φουσκώνονται αυτόματα σε συγκεκριμένες πιέσεις ανάλογα με το βάρος του ασθενή, ώστε να παρέχουν αντιστάθμιση στο βάρος αυτό. Οι συσκευές εναλλαγής της πίεσης δημιουργούν εναλλασσόμενες υψηλές και χαμηλές πιέσεις μεταξύ του σώματος και της επιφάνειας στήριξης, συνήθως με το εναλλασσόμενο φούσκωμα και ξεφούσκωμα κυψελών με αέρα.

Από τα στατικού τύπου στρώματα, ως πλέον διαδεδομένα θεωρούνται τα εξειδικευμένα αφρώδη, τα οποία κατασκευάζονται έχοντας σαν βάση ένα αφρώδες υλικό από υψηλής πυκνότητας συνθετική πολυουρεθάνη. Το υλικό αυτό αναφέρεται και ως ελαστική βισκόζη.⁷²

Στις συσκευές αποφόρτισης από την πίεση, εκτός από τα στρώματα, συγκαταλέγονται και ειδικές κλίνες υψηλής τεχνολογικής εξειδίκευσης, οι οποίες συχνά αναφέρονται ως «θεραπευτικές κλίνες». Οι λειτουργίες των ειδικών κλινών περιλαμβάνουν τη ρύθμιση της θερμοκρασίας, τη φροντίδα ελκών με ρυθμιστές της πίεσης και διαχείρισης της υγρασίας, προγράμματα ρύθμισης της θέσης του ασθενή με συνεχή εναλλαγή, πλάγιες και πρηνείς θέσεις, υποβοήθηση της περιστροφής των ασθενών, τεχνικές φυσικοθεραπείας όπως δόνηση και κρούση, και βελτίωση της άνεσης του ασθενή.

Συστηματικές ανασκοπήσεις που μελέτησαν την αποτελεσματικότητα των συσκευών αποφόρτισης από την πίεση στην πρόληψη και φροντίδα των ελκών πίεσης, έδειξαν ότι οι συσκευές είναι σαφώς αποτελεσματικότερες από τα συνήθη νοσοκομειακά στρώματα, αλλά

δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών και μοντέλων των συσκευών.^{72,73} Ωστόσο, το κόστος ποικίλει σημαντικά ανάλογα με το βαθμό τεχνολογικής εξειδίκευσης και πολυπλοκότητας της κάθε συσκευής. Συνεπώς στην τελική απόφαση για τη χρήση των συσκευών πρέπει να συνεκτιμάται πάντα η σχέση αποτελεσματικότητας / κόστους.

Προς αυτή την κατεύθυνση, οι οργανισμοί δημόσιας ασφάλισης στις ΗΠΑ (CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services) έχουν ταξινομήσει τις ενδείξεις χρήσης των συσκευών αποφόρτισης από την πίεση, σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι στατικού τύπου συσκευές που δε χρειάζονται ηλεκτρική ενέργεια για τη λειτουργία τους, όπως τα στρώματα αφρού. Οι συσκευές αυτές είναι ιδανικές για ασθενείς με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων. Οι συσκευές της δεύτερης κατηγορίας είναι δυναμικές και απαιτούν τροφοδοσία με ρεύμα, όπως τα στρώματα χαμηλής πίεσης αέρα, και χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με μέτριο ή υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων ή σε ασθενείς με κατάκλιση ολικού πάχους. Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει μόνο υψηλής τεχνολογίας στρώματα και κλίνες ρευστοποίησης της ύλης, που χρησιμοποιούνται σε ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου εμφάνισης κατακλίσεων, καθώς και σε ασθενείς με κατακλίσεις σταδίου III και IV με αδυναμία επούλωσης ή με πολλαπλές ολικού πάχους κατακλίσεις.⁷⁴

Θεραπεία κατακλίσεων

Οι στρατηγικές θεραπείας των κατακλίσεων σύμφωνα με την European Pressure Ulcers Advisory Panel (EPUAP) και την National Pressure Ulcers Advisory Panel (NPUAP), περιλαμβάνουν

- ◆ την εκτίμηση της κατάκλισης,
- ◆ τον καθαρισμό του τραύματος και την απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών,
- ◆ τη χρησιμοποίηση κατάλληλου επιθέματος έτσι ώστε να διατηρείται η κατάλληλη υγρασία του τραύματος
- ◆ και η φροντίδα για μείωση της πίεσης στο σημείο της κατάκλισης.²⁵

Επούλωση Δερματικών Βλαβών και Τραυμάτων

Μετά τη δημιουργία ενός έλκους πίεσης, η προσπάθεια επικεντρώνεται στην προαγωγή της επούλωσης και στην πρόληψη επιπλοκών, όπως η επιμόλυνση του τραύματος. Η διαδικασία της φυσιολογικής επούλωσης ενός τραύματος περιλαμβάνει μια αυστηρά ρυθμισμένη ακολουθία κυτταρικής δραστηριότητας. Οι μηχανισμοί επούλωσης περιλαμβάνουν την εξωκυτταρική σύνθεση, την αγγειογένεση, τη συναίρεση του τραύματος και την επιθηλιοποίηση, που ποικίλουν σε ένταση ανάλογα με τον τύπο επούλωσης. Οι τύποι επούλωσης είναι τέσσερις. Η επούλωση σε πρώτο χρόνο, όταν ένα τραύμα κλείνει εντός ωρών από τη δημιουργία του. Η καθυστερημένη επούλωση σε πρώτο χρόνο, όταν ένα τραύμα παραμένει για συγκεκριμένο λόγο ανοιχτό για κάποιο χρόνο μέχρι τη σύγκλεισή του. Η επούλωση κατά δεύτερο σκοπό, όταν ένα τραύμα επουλώνεται με ανάπλαση του ιστού ακλουθώντας τις φάσεις της νεοαγγειογένεσης, της κοκκίωσης και της επιθηλιοποίησης. Τέταρτη κατηγορία είναι τα τραύματα μερικού πάχους ή τα τραύματα που περιλαμβάνουν την επιδερμίδα και μέρος του δέρματος, που επουλώνονται με επιθηλιοποίηση.

Η ιστική βλάβη έχει ως αποτέλεσμα βλάβη στο τοπικό αγγειακό δίκτυο. Η επακόλουθη αιμορραγία πλημμυρίζει το τραύμα με μεσολαβητές του καταρράκτη της πήξης. Απελευθερώνονται παράγοντες που προσελκύουν αιμοπετάλια στην περιοχή της βλάβης και έλκουν μακροφάγα, τα οποία αφαιρούν τους νεκρωμένους ιστούς και συντονίζουν τη διαδικασία επούλωσης εκλύοντας κυταροκίνες. Μέσω των κυταροκινών, διεγείρουν τους ινοβλάστες να ξεκινήσουν την παραγωγή κολλαγόνου και τους λείους μύες και τα ενδοθηλιακά κύτταρα να πολλαπλασιαστούν για την αγγειογένεση. Καθώς σχηματίζεται το καλούπι κολλαγόνου και τα νέα αγγεία γεφυρώνουν το τραύμα, η επιφάνεια επιθηλιοποιείται. Μήνες μετά την επούλωση η κολλαγενάση διασπά το δημιουργηθέν κολλαγόνο, ενώ νέο κολλαγόνο εναποτίθεται, μια διαδικασία που οδηγεί στην αναδιαμόρφωση του τραύματος.⁷⁵

Η αποτυχία επούλωσης οφείλεται σε τέσσερις αλληλένδετες καταστάσεις, την υποξία, τη λοίμωξη, το οίδημα και τις μεταβολικές διαταραχές. Οι καταστάσεις αυτές απαιτούν επιθετική και πολυπαραγοντική αντιμετώπιση με επαναλαμβανόμενους χειρουργικούς καθαρισμούς, επαναγγείωση όταν είναι αναγκαίο, αντιβιοτικά και ειδικά επιθέματα. Επί αποτυχίας, προτείνονται μια σειρά από συντηρητικές παρεμβάσεις που έχουν αναπτυχθεί για την προαγωγή της επούλωσης. Στις μεθόδους αυτές περιλαμβάνονται τα επιθέματα, η υδροθεραπεία, οι υπέρηχοι, η εφαρμογή αρνητικής πίεσης, το υπερβαρικό οξυγόνο και η ηλεκτροδιέγερση.⁷⁶

Είναι κοινά αποδεκτό ότι προϋπόθεση για να αρχίσει η διαδικασία επούλωσης είναι η αφαίρεση του νεκρωτικού ιστού. Η νέκρωση περιγράφει τις μορφολογικές αλλαγές που είναι αποτέλεσμα κυτταρικού θανάτου προκαλούμενου από μια προοδευτική ενζυμική κατάπτωση.

Κάτω από τον νεκρωτικό ιστό δύναται να υπάρχει υψηλή συγκέντρωση βακτηριδίων που έχουν εποικίσει τους ιστούς και τα οποία απελευθερούμενα μολύνουν και άλλα τραύματα. Είναι αναγκαίο να βρεθεί μια μέθοδος αφαίρεσης του νεκρώματος η οποία θα αποτρέψει την διασπορά των μολυσματικών βακτηριδίων.

Υπάρχουν πολλές λύσεις στο πρόβλημα της αφαίρεσης του νεκρωτικού ιστού. Αρκετές είναι οδυνηρές, δαπανηρές, χρονοβόρες και αδύναμες να αποτρέψουν την διασπορά των βακτηριδίων.

Υπάρχουν τέσσερις μέθοδοι αφαίρεσης των νεκρών ιστών οι οποίοι είναι οι εξής:

✚ *Χειρουργική*

✚ *Μηχανική*

(wet-to-dry-dressing) Εμποτισμένες γάζες με N/S 0,9% ή 0,15% τοποθετούνται πάνω στο τραύμα. Οι γάζες όταν στεγνώσουν απομακρύνονται και μαζί τους απομακρύνονται και νεκροί ιστοί.

✚ *Χημική*

Η χημική τοποθέτηση σκευασμάτων που περιέχουν βιολογικά ένζυμα συμβάλλει στην απομάκρυνση των νεκρών ιστών π.χ. το ένζυμο της κολλαγενάσης.

✚ *Αυτολυτική*

Ειδικά επιθέματα ή σκευάσματα τοποθετούνται στο τραύμα ώστε να διατηρούν την υγρασία του και να επιτρέπουν στα ένζυμα που περιέχονται στα υγρά του τραύματος να αφομοιώνουν τους νεκρούς ιστούς. Ως μέθοδος μπορεί να συνδυαστεί με τη χειρουργική μέθοδο.⁷⁷

Συντηρητικές Μέθοδοι Θεραπείας των Κατακλίσεων

♦ Επιθέματα

Η χρήση των επιθεμάτων ικανοποιεί την ανάγκη για προσωρινή υποκατάσταση του δερματικού ελλείμματος στην περιοχή του έλκους, μέχρι την πλήρη αποκατάσταση που θα επέλθει με την ολοκλήρωση της επουλωτικής διαδικασίας. Η δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών κάτω από τα επιθέματα προάγει τους φυσικούς μηχανισμούς αυτοκαθαρισμού του έλκους από τους νεκρωτικούς ιστούς όπως η αυτόλυση (autolysis) και η ωσμωτική απολέπιση (osmotic debridment), επιταχύνει τη νεοαγγειογένεση και την κοκκίωση μέσω της προαγωγής και προστασίας των φυσικών νεοαγγειογενετικών αυξητικών παραγόντων, μειώνει το αίσθημα του πόνου και προστατεύει το νέο ιστό από μηχανικούς τραυματισμούς

Με την προσθήκη των κατάλληλων δραστικών παραγόντων, κάποια επιθέματα παρέχουν μικροβιοκτόνο δράση (επιθέματα αργύρου, επιθέματα αργυρούχου σουλφαδιαζίνης) και κάποια άλλα αναλγητικές ιδιότητες (επιθέματα με ιμπουπροφένη). Ένα ακόμα χρήσιμο χαρακτηριστικό των επιθεμάτων είναι ότι μπορούν να συνδυαστούν με τις περισσότερες άλλες τεχνικές συντηρητικής αποκατάστασης των κατακλίσεων, όπως οι συνεδρίες υπερβαρικού οξυγόνου, η χρήση τοπικών αυξητικών παραγόντων, η χρήση Laser χαμηλών συχνοτήτων, η χρήση προνυμφών (Maggottherapy) κ.λ.π, επικαλύπτοντας τα έλκη μετά τη θεραπευτική παρέμβαση.⁷⁶

Η χρήση των σύγχρονων επιθεμάτων στη φροντίδα των κατακλίσεων μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα χρήσιμη, τόσο σε σχέση με την ασφαλέστερη και ταχύτερη επούλωση όσο και με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Μηχανισμός Δράσης των επιθεμάτων

Τα σύγχρονα επιθέματα αποτελούν τμήμα της υγρής μεθόδου φροντίδας των ελκών στην κατά δεύτερο σκοπό επούλωση. Η υγρή μέθοδος συνίσταται στη χρήση υλικών και τεχνικών που εξασφαλίζουν την ικανή και αναγκαία ποσότητα υγρασίας στην επιφάνεια του έλκους, ώστε να προάγονται οι φυσικοί μηχανισμοί αποκατάστασης και επούλωσης (απολέπιση, νεοαγγειογένεση, κοκκίωση, επιθηλιοποίηση) και ταυτόχρονα να μειώνεται ο κίνδυνος των λοιμώξεων. Επιγραμματικά, μπορούμε να συνοψίσουμε τον μηχανισμό δράσης των σύγχρονων επιθεμάτων ως εξής. Σωστή διαχείριση της υγρασίας στην επιφάνεια του έλκους.

- Πρόκληση ωσμωτικής και προαγωγή αυτολυτικής απολέπισης.
- Προστασία από επιμολύνσεις και αναμολύνσεις, περιορισμός των λοιμώξεων.

- Προαγωγή και ενίσχυση των νεοαγγειογενετικών μηχανισμών, του απαραίτητου κυτταρικού πολλαπλασιασμού και του σχηματισμού του νέου ιστού
- Προστασία του νεοσχηματισμένου ιστού από τραυματικές κακώσεις.
- Μείωση του πόνου.
- Βακτηριοκτόνος και βακτηριοστατική δράση (για τα επιθέματα με αντιμικροβιακούς παράγοντες)

♦ **Τα είδη των επιθεμάτων και η χρήση τους**

Τα επιθέματα διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες, ανάλογα με το υλικό και τη κατασκευαστική τους δομή. Το υλικό κατασκευής καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την απορροφητική τους ικανότητα, ενώ η διαφορετική κατασκευαστική τους δομή προσδίδει στα επιθέματα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την διαπερατότητα τους, την χωρητικότητα τους σε εξίδρωμα, την ικανότητα συγκράτησης του εξιδρώματος, την κολλητική τους ή μη ικανότητα και άλλα.

Η ταχύτατη εξέλιξη της βιοτεχνολογίας έχει σαν αποτέλεσμα να προσθέτονται συνεχώς νέα υλικά που προσφέρονται για τη φροντίδα των χρόνιων ελκών. Σε μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης αυτών των υλικών, οι κυριότερες κατηγορίες επιθεμάτων μπορούν να διακριθούν ως εξής.⁷⁶ :

1. Υδροκολλοειδή (hydrocolloid dressings)
2. Αλγηνικά (Alginate dressings)
3. Αφρώδη (Foam dressings)
4. Υδροτριχοειδικά (Hydrocapillary)
5. Απλές μεμβράνες
6. Υποκατάστατα δέρματος (Synthetic skin substitutes) και επιθέματα με κολλαγόνο (Collagen wound dressings)
7. Απολεπιστικοί παράγοντες (Debriding agents)
8. Επιθέματα με αντιμικροβιακούς παράγοντες (Antimicrobial dressings)

9. Αναλγητικά επιθέματα(Pain Reliving dressings)

Τα Υδροκολλοειδή, τα Αλγηνικά, τα Αφρώδη, τα Υδροτριχοειδικά, οι Απλές μεμβράνες και οι Υδρογέλες (Hydrogel) δεν περιέχουν κάποιο δραστικό παράγοντα. Τα επιθέματα αυτών των κατηγοριών, δημιουργούν τις κατάλληλες συνθήκες για την επούλωση, προάγουν την νεοαγγειογένεση, την κοκκίωση και την επιθηλιοποίηση, καθώς και τα φυσικά φαινόμενα αυτοκαθαρισμού του έλκους από τους νεκρωμένους ιστούς, μέσω της ενίσχυσης της αυτολυτικής απολέπισης και της πρόκλησης της ωσμωτικής απολέπισης.

Τα Υποκατάστατα Δέρματος και τα Επιθέματα Κολλαγόνου, τα Επιθέματα με Αντιμικροβιακό παράγοντα, τα Αναλγητικά Επιθέματα και οι Ενζυματικές κρέμες από τους Απολεπιστικούς παράγοντες, διατηρούν τα χαρακτηριστικά των προηγούμενων αλλά επειδή περιέχουν στη δομή τους και κάποιο δραστικό παράγοντα, αποκτούν και επιπρόσθετες ιδιότητες με βάση αυτόν τον παράγοντα. Για παράδειγμα, όταν ο παράγοντας αυτός είναι μικροβιοκτόνος, όπως ο άργυρος, ή παυσίπονο, όπως η μπουπροφένη, τότε τα επιθέματα χαρακτηρίζονται ως αντιμικροβιακά και παυσίπονα αντίστοιχα, διατηρώντας ταυτόχρονα τις βασικές ιδιότητες που τους προσδίδουν το βασικό υλικό και η κατασκευαστική τους δομή.

Τα επιθέματα που δεν περιέχουν κάποιο δραστικό παράγοντα γίνονται συνήθως πολύ καλά ανεκτά από τους ασθενείς, καθώς σπάνια προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες ή αλλεργικές αντιδράσεις. Τα επιθέματα που περιέχουν δραστικό παράγοντα, αν και γίνονται γενικά καλά ανεκτά από τους ασθενείς, μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες ή αλλεργικές αντιδράσεις, γεγονός που εξαρτάται από το είδος του δραστικού παράγοντα που περιέχεται στο επίθεμα.

Τα επιθέματα δε χρειάζεται να αφαιρούνται από την επιφάνεια του έλκους όταν ο ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις, εκτός αν αυτό κρίνεται απαραίτητο για τις ανάγκες της εξέτασης ενώ πρέπει να αφαιρούνται από την επιφάνεια του έλκους, όταν ο ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε ακτινοθεραπείες (ακτινοβολίες, διαθερμίες κλπ.), ή άλλες ακτινοθεραπευτικές παρεμβάσεις υψηλής ενέργειας κοντά στην περιοχή του έλκους, διότι οι ακτινοβολίες υψηλής ενέργειας μπορεί να αυξήσουν τη θερμοκρασία των επιθεμάτων, ιδιαίτερα όταν αυτά έχουν απορροφήσει εξίδρωμα, και να προκαλέσουν θερμική κάκωση στην επιφάνεια του έλκους.

Οι κατασκευαστές αναφέρουν ότι τα περισσότερα επιθέματα μπορούν να παραμείνουν στο έλκος μέχρι επτά ημέρες. Αυτό το χρονικό διάστημα συμπεραίνεται από εργαστηριακούς ελέγχους και αναφέρεται στην ικανότητα των επιθεμάτων να διατηρούν τις ιδιότητες τους ή να αποδίδουν σε θεραπευτικά επίπεδα το δραστικό παράγοντα που περιέχουν, μέχρι το

χρονικό διάστημα αναφοράς. Στη κλινική πράξη όμως δεν μπορεί να τηρηθεί αυτό το χρονικό όριο, καθώς η ανάγκη για καθαρισμό και έλεγχο της κατάστασης του έλκους, ή ο ταχύτερος κορεσμός των επιθεμάτων, οδηγούν σε συχνότερες αλλαγές.

Γενικά ισχύει ότι τα επιθέματα πρέπει να αλλάζονται άμεσα όταν φτάσουν στο σημείο κορεσμού ή όταν εμφανίσουν διαρροή, ενώ για τα έλκη με κλινική λοίμωξη η αλλαγή πρέπει να γίνεται κάθε μέρα. Στη κρίση των επαγγελματιών υγείας που χειρίζονται τέτοια έλκη είναι η εφαρμογή αλλαγών κάθε 2-3 ημέρες, αν χρησιμοποιούν επιθέματα με αντιμικροβιακό παράγοντα και εκτιμούν ότι η τοπική λοίμωξη είναι υπό έλεγχο. Ο φυσιολογικός ορός αποτελεί το υλικό επιλογής για τον καθαρισμό των ελκών κάθε αιτιολογίας πριν την τοποθέτηση των επιθεμάτων. Σε περίπτωση χρήσης τοπικών αντισηπτικών θεωρείται προτιμότερο τα έλκη να ξεπλένονται στο τέλος με φυσιολογικό ορό, ώστε να απομακρύνεται ο αντισηπτικός παράγοντας και μετά να γίνεται η τοποθέτηση των επιθεμάτων.

♦ Υδροθεραπεία

Η υδροθεραπεία ή υδρομασάζ είναι η παλαιότερη ίσως συντηρητική θεραπεία που εξακολουθεί να χρησιμοποιείται έως σήμερα. Χρησιμοποιήθηκε αρχικά σε εγκυματίες που είχαν ανάγκη εκτενούς χειρουργικού καθαρισμού με την εμβύθισή τους στη δεξαμενή Hubbard. Στη συνέχεια αναπτύχθηκαν μικρότερες δεξαμενές για τη φροντίδα ανατομικών μελών. Η θεωρία στην οποία βασίζεται η υδροθεραπεία είναι ότι ο στροβιλισμός και η ανακίνηση του νερού και ο εγχέομενος αέρας απομακρύνουν τα ακάθαρτα στοιχεία και τα τοξικά συγκρίματα από το τραύμα και διαλύουν τις συγκεντρώσεις βακτηριδίων. Το συνηθέστερο πρωτόκολλο εφαρμογής συνίσταται σε συνεδρίες των 20-30 λεπτών, 3-4 φορές την εβδομάδα, για ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Η ασκούμενη πίεση στο τραύμα μπορεί να υπερβαίνει τις 6psi, πίεση που συνιστάται για τον καθαρισμό υγιούς κοκκιώδους ιστού.⁷⁵ Πιθανές επιπλοκές είναι η βλάβη που σχηματίζόμενου κοκκιώδους ιστού, η παρεμπόδιση της μετανάστευσης επιδερμικών κυττάρων και η διαβροχή του τραύματος. Επιπλέον, σε θεραπείες των κάτω άκρων, γενικά είναι απαραίτητο το άκρο να τοποθετείται σε εξαρτώμενη θέση, γεγονός που αυξάνει τη φλεβική υπέρταση και τη συμφόρηση, ιδιαίτερα σε ασθενείς με φλεβική ανεπάρκεια. Παράπλευρα πλεονεκτήματα είναι η μείωση του πόνου κατά την αλλαγή επιθεμάτων σε ασθενείς με τραύμα που δεν πάσχουν από νευροπάθειες και η αύξηση της κυκλοφορίας στην επιφάνεια του τραύματος λόγω της θερμοκρασίας του νερού, που κυμαίνεται μεταξύ 35,5-39°C.

♦ Παλμική πλύση

Η παλμική πλύση είναι μια εναλλακτική της υδροθεραπείας πρόταση για τη φροντίδα του τραύματος. Η εφαρμογή της έγκειται στην υπό πίεση εφαρμογή διαλύματος στην επιφάνεια του τραύματος για τη μείωση του βακτηριακού φορτίου. Οι συνιστώμενες πιέσεις είναι μεταξύ 4-15psi, οι οποίες είναι ικανές να απομακρύνουν τα παθογόνα και τα συγκρίματα από την επιφάνεια χωρίς να προκαλέσουν περαιτέρω τραυματισμό και βακτηριακή διασπορά. Ωστόσο, ακόμη και εφαρμογή πιέσεων της τάξης των 90psi, δεν έδειξε ότι μπορεί να οδηγήσει σε είσοδο των βακτηριδίων βαθύτερα στο τραύμα και βακτηριαιμία. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι το αίσθημα πόνου κατά την εφαρμογή.⁷⁵

♦ Υπέρηχοι

Οι υπέρηχοι συνίστανται στη μετατροπή της ηλεκτρικής ενέργειας σε ηχητικά κύματα σε συχνότητες πάνω από τις αντληπτές από την ανθρώπινη ακοή (>20.000Hz). Ένα υδάτινο μέσο χρησιμοποιείται για τη μεταφορά των ηχητικών κυμάτων στους ιστούς. Το βάθος διείσδυσης των υπερήχων εξαρτάται από τη συχνότητα, συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η συχνότητα τόσο μειώνεται η διείσδυση στον ιστό. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα οφείλονται τόσο στις θερμικές, όσο και στις μη θερμικές ιδιότητες των υπερήχων. Σε ένταση 1-1,5W/cm² η κεφαλή του υπερήχου μεταδίδει θερμότητα στον ιστό. Ο θερμικός υπέρηχος χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της επούλωσης του τραύματος για να βελτιωθεί το είδος της ουλής σε σχέση με το τραύμα. Τα μη θερμικά αποτελέσματα των υπερήχων επιτυγχάνονται σε εντάσεις μεταξύ 0,3-1W/cm². Σε αυτή την ένταση οι υπέρηχοι εμφανίζουν διπλή δράση, τη δημιουργία κοιλοτήτων (cavitation) και την πρόκληση μονοκατευθυνόμενης ροής (streaming). Η δημιουργία κοιλοτήτων αναφέρεται στη δημιουργία φυσαλίδων αερίων, ενώ η πρόκληση ροής είναι η δημιουργία σταθερής μηχανικής δύναμης προς μια κατεύθυνση. Αυτές οι δράσεις προκαλούν αλλαγές στη διαπερατότητα της μεμβράνης, κατά συνέπεια και στη διάχυση των κυτταρικών μεταβολιτών.⁷⁵

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης υπερήχων συνοψίζονται στην κυτταρική στράτευση, τη σύνθεση κολλαγόνου, την αύξηση της δύναμης εφελκυσμού των δεσμών κολλαγόνου, την αγγειογένεση, τη σύγκλειση του τραύματος, τη διέγερση των ινοβλαστών και των μακροφάγων, την ινωδύλωση και τη μείωση της φλεγμονώδους φάσης και την προαγωγή της πολλαπλασιαστικής ή αναγεννητικής φάσης της επούλωσης. Στην κλινική πράξη οι συνεδρίες διαρκούν 5 λεπτά με παλμική εφαρμογή, με 2 sec εφαρμογής κυμάτων υπερήχων ακολουθούμενα από περίοδο ανάπαυλας 8msec. Τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών

είναι περισσότερο ενθαρρυντικά για τραύματα οφειλόμενα σε φλεβική στάση, ενώ παραμένουν αντικρουόμενα για τα έλκη κατάκλισης.⁷⁵

♦ **Εφαρμογή αρνητικής πίεσης**

Η εφαρμογή αρνητικής πίεσης ή αλλιώς σύγκλειση υποβοηθούμενη με αναρρόφηση (vacuum assisted closure – V.A.C. – Kinetic Concepts Inc., San Antonio Texas) εξελίσσεται ταχέως ως η βασική μέθοδος διαχείρισης των χρόνιων τραυμάτων. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί επίθεμα σε υπο-ατμοσφαιρική πίεση προκειμένου ένα ανοιχτό τραύμα να μετατραπεί σε ένα ελεγχόμενα κλειστό τραύμα. Αρχικά, μια ειδική γάζα από πολυουρεθάνη κόβεται στο μέγεθος και σχήμα του τραύματος και τοποθετείται εντός του. Οι πόροι του υλικού έχουν διάμετρο μεταξύ 400-600μm, ώστε να επιτρέπεται η ομοιόμορφη κατανομή της πίεσης στην επιφάνειά του και η μέγιστη ανάπτυξη των ιστών. Ένας σωλήνας παροχέτευσης από ανένδοτο υλικό, με πολλαπλές οπές, τοποθετείται εντός των στρωμάτων της ειδικής γάζας και το τραύμα καλύπτεται από ένα μη διαπερατό επίθεμα. Στη συνέχεια ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρρόφηση που λειτουργεί σε υπο-ατμοσφαιρική πίεση 100-125mmHg, με συνεχή ή διαλείπουσα εφαρμογή. Τα επιθέματα αλλάζονται κάθε 2-3 ημέρες.⁷⁵

Η αρνητική πίεση ασκεί σημαντικές επιδράσεις σε μακροσκοπικό και μικροσκοπικό επίπεδο. Η συνεχής αρνητική πίεση αρχικά αφαιρεί το διάμεσο οίδημα, μειώνοντας έτσι το χώρο της μεσοκυττάριας διάχυσης και βελτιώνοντας την οξυγόνωση του τραύματος. Επιπρόσθετα η πίεση του διαμέσου χώρου ελαττώνεται βελτιώνοντας την αιματική ροή, καθώς επιτρέπει στα συμπιεσμένα από την αυξημένη πίεση αγγεία να εκπτυχθούν πλήρως. Συγχρόνως, απομακρύνει και το χρόνιο διάμεσο υγρό, το οποίο περιέχει ποικίλους φλεγμονώδεις μεσολαβητές που καταστέλλουν το σχηματισμό υγιούς ιστού. Μετά τις 72 ώρες, το μεγαλύτερο ποσοστό του οιδήματος έχει απομακρυνθεί και η εφαρμογή πίεσης μετατρέπεται σε διαλείπουσα, επιτρέποντας την αύξηση της ανάπτυξης κοκκιώδους ιστού. Άλλα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι η μείωση της βακτηριακής μόλυνσης του τραύματος, η άνεση του ασθενή και η εξοικονόμηση χρόνου λόγω των αραιών αλλαγών κάθε 2-3 ημέρες, σε αντίθεση με τις συχνές αλλαγές των απλών επιθεμάτων. Πιθανή επιπλοκή είναι η νέκρωση του δέρματος κάτω από το σωλήνα παροχέτευσης, που, αν και σπάνια, μπορεί να συμβεί αν ο σωλήνας βρίσκεται σε επαφή με οστική προεκβολή ή σε ισχαιμικό τραύμα. Η μέθοδος αντενδείκνυται όταν στο τραύμα υπάρχουν εκτεθειμένα αγγεία, ενώ εφαρμόζεται με ιδιαίτερη προσοχή σε εκτεθειμένους μύες, τένοντες και οστά.

♦ Υπερβαρικό οξυγόνο

Η χρήση υπερβαρικού οξυγόνου στην αντιμετώπιση των τραυμάτων ξεκίνησε το 1961, όταν χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της αεριογόνου γάγγραινας. Η ατμοσφαιρική πίεση στην επιφάνεια της θάλασσας είναι 1ΑΤΑ. Σε αυτό το επίπεδο, η συγκέντρωση του οξυγόνου στο κορεσμένο αίμα είναι 0,3ml/dl και οι ιστοί απορροφούν 5-6ml οξυγόνου ανά dl αίματος, με φυσιολογική αιμάτωση. Αυτό είναι εφικτό λόγω της ικανότητας μεταφοράς οξυγόνου της αιμοσφαιρίνης. Σε 100% οξυγόνο σε 1ΑΤΑ, το οξυγόνο που διαλύεται στο αίμα είναι 1,5ml/dl, ενώ σε 3ΑΤΑ αυτό είναι 6ml/dl. Έτσι, σε 3ΑΤΑ το οξυγόνο που διαλύεται ισούται με αυτό που φυσιολογικά εξάγεται από την αιμοσφαιρίνη σε 1ΑΤΑ. Η φυσιολογική πίεση του οξυγόνου στο υποδόριο είναι 30-50mmHg. Τα περισσότερα χρόνια τραύματα αδυνατούν να επουλωθούν λόγω της τοπικής υποξίας (μερική πίεση οξυγόνου 5 έως 20mmHg), η οποία οδηγεί σε αναερόβιο κυτταρικό μεταβολισμό, αύξηση των γαλακτικού οξέος και οξέωση, που αναστέλλει την επούλωση του τραύματος. Συνεπώς η αύξηση της παροχής οξυγόνου θεωρητικά βελτιώνει την επουλωτική διαδικασία του τραύματος.⁷⁵

♦ Ηλεκτροδιέγερση

Η έρευνα σχετικά με τη χρήση της ηλεκτροδιέγερσης στην επούλωση των τραυμάτων ξεκίνησε 30 χρόνια πριν, με τη μέτρηση της διαδερμικής ηλεκτρικής τάσης στα 40mV και τη διαπίστωση ότι η επιφάνεια του δέρματος ήταν πάντα αρνητικά φορτισμένη συγκριτικά με τα βαθύτερα στρώματα του δέρματος. Χρησιμοποιούνται τέσσερις βασικές μορφές διέγερσης: με συνεχές ρεύμα, με χαμηλής συχνότητας εναλλασσόμενο ρεύμα, με υψηλής τάσης εναλλασσόμενο ρεύμα και με παλμικά ηλεκτρομαγνητικά πεδία.

Όταν χρησιμοποιείται συνεχές ρεύμα, τοποθετείται ένα ηλεκτρόδιο, θετικό ή αρνητικό, εντός του τραύματος και το άλλο ηλεκτρόδιο τοποθετείται στην επιφάνεια του δέρματος περιφερικά του τραύματος. Ρεύμα 0,03-1mA διοχετεύεται ακολούθως διαμέσου του τραύματος για μια περίοδο 1-3 ωρών. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται μία ή περισσότερες φορές την ημέρα μέχρι την επούλωση του τραύματος.⁷⁵ Το χαμηλής συχνότητας εναλλασσόμενο ρεύμα χρησιμοποιείται ευρέως στη φυσικοθεραπεία. Διαμέσου δύο ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στο δέρμα περιμετρικά του τραύματος, γίνεται διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των νεύρων, με ρεύμα έως 50mA, με συχνότητα 2-100Hz σε κύματα 45-500μsec. Επιτυγχάνεται έτσι διέγερση και συστολή των μυών της περιοχής και συνεπώς αύξηση της αιματικής ροής. Το υψηλής τάσης εναλλασσόμενο ρεύμα χορηγείται σε τάσεις 100-500V (συνήθως <200V) με μικρή διάρκεια παλμού και χαμηλή ένταση, 15-40mA.

Ο Gentzkow συνόψισε τις επιδράσεις του αρνητικού και του θετικού ρεύματος στους ιστούς. Και οι δύο μορφές διεγείρουν τη νεοαγγειογένεση, έχουν βακτηριοστατική επίδραση και διεγείρουν υποδοχείς για συγκεκριμένους αυξητικούς παράγοντες. Το αρνητικό ρεύμα μειώνει το οίδημα περιμετρικά του ηλεκτροδίου, λύει ή υγροποιεί νεκρωμένους ιστούς, διεγείρει την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού, αυξάνει την αιματική ροή, προκαλεί αύξηση των ινοβλαστών και παραγωγή κολλαγόνου, επάγει τη μετανάστευση επιδερμικών κυττάρων, προσελκύει ουδετερόφιλα και διεγείρει την κατευθυνόμενη νευρική ανάπτυξη. Το θετικό ρεύμα προάγει την ανάπτυξη και οργάνωση του επιθηλίου, δρα ως αγγειοσυσπαστικός παράγοντας, μετουσιώνει τις πρωτεΐνες, συμβάλλει στην πρόληψη της μετα-ισχαιμικής υπεροξειδωσής των λιπιδίων, ελαττώνει τα μαστοκύτταρα στα υπό επούλωση τραύματα και προσελκύει τα μακροφάγα.⁷⁸

Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

Οι κυριότεροι στόχοι για τον ασθενή περιλαμβάνουν την άρση της πίεσης, τη βελτίωση της κινητικότητας, τη βελτίωση της αισθητηριακής αντίληψης, τη βελτίωση της ιστικής διόδρωσης και της θρεπτικής κατάστασης, την ελαχιστοποίηση της δράσεως των δυνάμεων τριβής και ολίσθησης καθώς επίσης επούλωση των κατακλίσεων εάν υπάρχουν.⁷⁹

Η θεραπεία των κατακλίσεων βασίζεται σε τρεις κύριους άξονες:

1. Μείωση της πίεσης
2. Σωστή διαιτητική αγωγή
3. Τοπική φροντίδα των κατακλίσεων

Σχετικά με την μείωση της πίεσης και τη διαιτητική αγωγή ακολουθείτε προληπτικά μέτρα κατά της ανάπτυξης κατακλίσεων.

Η τοπική φροντίδα των κατακλίσεων προϋποθέτει την τοποθέτηση ειδικών επιθεμάτων και υλικών που έχουν τη δυνατότητα να διατηρούν την κατάκλιση υγρή. Έχει διαπιστωθεί ότι διατηρώντας μια κατάκλιση υγρή επιταχύνεται η διαδικασία επούλωσης. Ταυτόχρονα η χρήση των επιθεμάτων παρέχει την δυνατότητα

- Της απορρόφησης των

- της προαγωγής του φαινομένου της αυτόλυσης (απομακρύνονται από το έλκος οι νεκροί ιστοί)
- της προστασίας της κατάκλισης από βακτηρίδια.

Πάντως από κλινικής απόψεως πιστεύεται ότι δεν υπάρχει μοναδικός τρόπος επίδεσης για όλα α τραύματα, που να παράγει επιθυμητό μικρό-περιβάλλον.

Η καλύτερη πρόκληση για τους νοσηλευτές είναι η επιλογή της κατάλληλης επίδεσης για την περίπτωση, βασισμένης στην συχνή αξιολόγηση της προόδου της κατάκλισης. Κατά την αξιολόγηση εξετάζεται **η θέση, το μέγεθος, το βάρος και οι εκροές** της κατάκλισης. Επίσης ελέγχεται η κατάκλιση **για λοίμωξη ή νέκρωση**, καθώς και **η κατάσταση της γύρω περιοχής του δέρματος**.

Η σωστή θεραπεία των κατακλίσεων γίνεται από μια ομάδα που αποτελείται από ιατρούς, φυσιοθεραπευτές (κινησιοθεραπευτές και εργασιοθεραπευτές), νοσηλευτές, ψυχίατρο και κοινωνικό λειτουργό. Η συνεργασία ανάμεσα σ 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).

Νοσηλευτική φροντίδα των κατακλίσεων

1. Απομάκρυνση των νεκρωτικών εσχαρών

- ✓ Σταδιακή απόπτωση/ αυτόλυση
- ✓ Χρήση ενζύμων (κολλαγενάση)
- ✓ Χρήση υπέρτονου NaCl
- ✓ Χρήση αλγηνικών επιθεμάτων
- ✓ Αναίμακτος χειρουργικός καθαρισμός από τον ιατρό-χειρουργό¹⁷

Ο καθαρισμός του τραύματος είναι η απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών από το τραύμα. Με αυτόν τον τρόπο απομακρύνεται το μέσο το οποίο συντελεί στην ανάπτυξη λοίμωξης όπως βακτήρια, ξένα σώματα και απεκκρίματα. Επίσης διευκολύνεται η επούλωση και υποβοηθείται η εκτίμηση του τραύματος. Πολλές φορές υπάρχει η δυνατότητα το τραύμα να καθαριστεί με καθαρό νερό, νερό βρύσης ή φυσιολογικό ορό. Με αυτόν τον τρόπο ασκείται η ελάχιστη μηχανική δύναμη και ήπια πίεση.⁸⁰

2. Καθαρισμός / αντισηψία

- ✓ Απομάκρυνση ούρων / κοπράνων
- ✓ Καθημερινός καθαρισμός με νερό και σαπούνι ή φυσιολογικό ορό.
- ✓ Χρήση αντισηπτικών ανάλογα με τις καλλιέργειες των εκκρίσεων (Ποδιβόνη, Νιτρικός Άργυρος, Χλωρεξιδίνη, Βορικό οξύ κλπ)
- ✓ Η χρήση τοπικών αντιβιοτικών πρέπει να αποφεύγεται ¹⁷

Τα υλικά που χρησιμοποιούνται στον καθαρισμό των κατακλίσεων είναι πρώτα απ' όλα τα υποχλωρικά διαλύματα. Τα υποχλωρικά διαλύματα διαλύουν τους νεκρωμένους ιστούς, μειώνουν την κακοσμία και είναι τοξικά για τους ινοβλάστες. Ένα άλλο μέσο είναι τα διαλύματα ιωδιούχου ποβιδόνης. Έχουν ευρέους φάσματος αποτελεσματικότητα όταν χρησιμοποιούνται σε ανέπαφο δέρμα ή σε μικρά τραύματα για την εξόντωση μικροοργανισμών όπως Gram θετικών και αρνητικών μικροοργανισμών, αναερόβιων βακτηριδίων και σταφυλοκόκκων. Τα διαλύματα αυτά είναι τοξικά για τους ινοβλάστες σε κανονικές διαλύσεις και η αποτελεσματικότητά τους είναι αναμφίβολη όταν χρησιμοποιούνται σε μολυσμένα τραύματα.

Ένα τρίτο διάλυμα είναι το ακετοξικό οξύ. Το ακετοξικό οξύ χρησιμεύει κυρίως για τα επιφανειακά τραύματα γιατί σκοτώνει την *pseudomonas aeruginosa*. Επιπλέον δεν δρα απέναντι σε αναερόβια βακτηρίδια και σταφυλόκοκκους και είναι τοξικό για τους ινοβλάστες σε κανονικές διαλύσεις. Τέλος χρωματίζει διαφορετικά τα εξιδρώματα και αυτό βοηθάει στην εσφαλμένη ένδειξη και μειώνει τις λοιμώξεις. Το επόμενο διάλυμα το οποίο χρησιμοποιείται για τον καθαρισμό των κατακλίσεων είναι το υπεροξειδίο του υδρογόνου. Το διάλυμα αυτό χρησιμοποιείται για μηχανικό καθαρισμό και δρα έναντι αναερόβιων μικροβίων. Τέλος αυτό το διάλυμα είναι τοξικό για ινοβλάστες και νεοσυντιθέμενους ιστούς.⁸⁰

3. Συστηματική αντιμετώπιση των λοιμώξεων

- ✓ Καθημερινή κλινική εκτίμηση
- ✓ Συχνές καλλιέργειες
- ✓ Χορήγηση αντιβιοτικών βάσει δοκιμασιών ευαισθησίας

4. Προστασία των κατακλίσεων με τα ειδικά επιθέματα

- ✓ Υδροκολλοειδή
- ✓ Αφρώδη

- ✓ Αλγηνικά
- ✓ Υδροτριχοειδικά
- ✓ Υδρογέλες

Σκοπός της χρήσης των επιθεμάτων είναι η διατήρηση υγρού του περιβάλλοντος του τραύματος.

5. Υποβοήθηση της διαδικασίας της επούλωσης

- ✓ Καθαριότητα / αντισηψία
- ✓ Σίτιση / τεχνητή διατροφή
- ✓ Διόρθωση Ht και ηλεκτρολυτών
- ✓ «Επουλωτικά» σκευάσματα (επιθέματα κολλαγόνου / κυτταρίνης, Helixderm.¹⁷)

4.2 Διαβητικά έλκη ποδιού

Ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται στη φροντίδα των ασθενών με ΣΔ είναι ιδιαίτερα σημαντικός, όχι μόνο στην πρόληψη των επιπλοκών στα κάτω άκρα, αλλά και στην έγκαιρη θεραπεία τους σε πρώιμο στάδιο. Για το λόγο αυτόν, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει έγκαιρα το γιατρό για πρώιμα σημάδια έλκους στο πόδι του κάθε ατόμου με ΣΔ. Παράλληλα, για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση του έλκους, ο νοσηλευτής - σε συνεργασία με το γιατρό- θα πρέπει να προβαίνει στο σωστό, έγκαιρο και αποτελεσματικό καθαρισμό του έλκους στο διαβητικό πόδι.⁸¹

Σύμφωνα με τον Πιερράκο, η θεραπευτική αντιμετώπιση των ελκών του διαβητικού ποδιού περιλαμβάνει δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο αφορά στη θεραπευτική περίοδο μέχρι την επούλωση του έλκους, η οποία διαρκεί λίγες ημέρες, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει την περίοδο παρακολούθησης του τραύματος, η οποία είναι μεγαλύτερη των 60 ημερών, με σκοπό την αποφυγή της υποτροπής. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στη θεραπεία της νόσου στο πρώτο στάδιο και στην αποτροπή της μετάπτωσής της σε μια πιο βαριά κατάσταση για τον ασθενή.⁸²

Παράλληλα, για την αντιμετώπιση του έλκους του διαβητικού ποδιού ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη γενική παθολογική κατάσταση του ασθενούς (π.χ. άλλες παθήσεις, επίπεδα γλυκόζης, εργαστηριακός έλεγχος), την εκτίμηση του δέρματος, το επίπεδο

θρέψης του οργανισμού, τον πόνο, την ηλικία του ασθενούς, καθώς και την αξιολόγηση των αντικειμενικών ευρημάτων από την κλινική εξέταση.

Ανάλογα με την αιτιοπαθογένεια των βλαβών, η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τις παρακάτω δραστηριότητες:⁸³

1) *Καθορισμός αιτίου (π.χ. νευροπάθεια, ισχαιμία)*. Σημαντική βοήθεια στον καθορισμό της αιτίας μπορεί να προσφέρει ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς, ο οποίος θα πρέπει να δημιουργηθεί από την πρώτη στιγμή που ο ασθενής θα αναζητήσει ιατρική βοήθεια και να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με νευρολογικά και αρτηριακά ευρήματα, την κατάσταση του δέρματος και των νυχιών, καθώς και διάφορες βλάβες ή δυσμορφίες στα κάτω άκρα.⁸¹

2) *Αποφόρτιση περιοχής*. Θεμελιώδης κανόνας για την ίαση του έλκους θεωρείται ο περιορισμός της πίεσης που ασκείται στο πόδι. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση ειδικών υποδημάτων και ένθετων ειδικών πελμάτων, που μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα δημιουργίας του έλκους ή της επανεμφάνισής του.

3) *Καθαρισμός έλκους από κάθε αντιδραστικό και νεκρωμένο ιστό*

Οι υπάρχουσες μορφές καθαρισμού είναι:

- ✓ Ο αυτολυτικός καθαρισμός, όπου χρησιμοποιούνται τα ένζυμα και η υγρασία του ίδιου του σώματος για ενυδάτωση, μαλάκυνση και υγροποίηση του νεκρού ιστού, χωρίς να καταστρέφεται ο υγιής ιστός.
- ✓ Ο ενζυμικός καθαρισμός, όπου με τη βοήθεια χημικών ενζύμων παράγεται γρήγορα αντιδραστικός ιστός.
- ✓ Ο μηχανικός καθαρισμός, ο οποίος μπορεί να επιτευχθεί με μια απλή γάζα εμβαπτισμένη σε φυσιολογικό ορό.
- ✓ Ο χειρουργικός καθαρισμός, ο οποίος αποτελεί την ταχύτερη μέθοδο. Η μέθοδος αυτή είναι και αρκετά ελεγχόμενη, υπό την προϋπόθεση ότι ο θεράπων ιατρός γνωρίζει ακριβώς τον ιστό που αφαιρεί.⁸⁴

4) *Χρήση ειδικών επιθεμάτων*. Τα επιθέματα βοηθούν σημαντικά στην ίαση των ελκών, αφού κατασκευάστηκαν ειδικά για να έχουν λειτουργικές επιδράσεις. Για την αποτελεσματική χρήση των επιθεμάτων θα πρέπει:

- Το τραύμα και το περιβάλλον του να διατηρούνται υγρά

- Το επίθεμα να παραμένει στο τραύμα τον απαιτούμενο χρόνο
- Να επιτρέπεται η ανταλλαγή αερίων μεταξύ των ιστών
- Να παρέχεται θερμική μόνωση
- Να απορροφάται η πλεονάζουσα πυώδης εκροή
- Να γίνεται καθημερινή καθαριότητα του τραύματος με φυσιολογικό ορό

5) *Μεταμόσχευση τεχνητού δέρματος.* Τα συνθετικά μοσχεύματα αποτελούνται από δύο στρώματα δέρματος και περιλαμβάνουν ινοβλάστες, κολλαγόνο και κύτταρα κερατίνης. Χρησιμοποιούνται κυρίως στις κλινικές των νοσοκομείων και όχι στα εξωτερικά ιατρεία, λόγω του υψηλού κόστους τους.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού

Σε όλες τις χώρες, η διαχείριση της φροντίδας του διαβητικού ποδιού, απαιτεί ως επιτακτική ανάγκη την παρουσία εξειδικευμένου νοσηλευτή.

Ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να αξιολογεί και να προσφέρει εξειδικευμένη φροντίδα στα διαβητικά έλκη, η οποία περιλαμβάνει επούλωση των ελκών, χρήση κατάλληλων επιθεμάτων και αποφόρτιση των ευαίσθητων περιοχών των άκρων τους. Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής στην φροντίδα του διαβητικού ποδιού είναι επίσης, υπεύθυνος για την γενικότερη φροντίδα και την κατάλληλη εκπαίδευση του ίδιου του ασθενούς, αλλά και του περιβάλλοντός του.⁸⁵

Όπως προαναφέρθηκε, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην πρόληψη εμφάνισης επιπλοκών στα κάτω άκρα στους ασθενείς με διαβήτη. Για το σκοπό αυτόν, η παροχή ενημέρωσης και εκπαίδευσης στα άτομα αυτά θα πρέπει να εστιάζει:

1) Η καθημερινή φροντίδα των ποδιών

Σημαντικό παράγοντα για την πρόληψη του διαβητικού ποδιού αποτελεί η σωστή υγιεινή των ποδιών. Συγκεκριμένα, προτείνεται 2 έως 3 φορές την εβδομάδα ποδόλουτρο. Διάρκεια 3', θερμοκρασία 30-35 βαθμοί Κελσίου. Η χρησιμοποίηση αλάτων, κατά τη διάρκεια του μπάνιου, που περιέχουν αλκοόλ (αν εμπεριέχουν αλκοόλ, αυτό αναφέρεται κατά κανόνα στη συσκευασία), π.χ. σκόνες για ποδόλουτρο με χαμομήλι εμπεριέχουν πολύ αλκοόλ δεν ενδείκνυται. Καλό είναι να μην χρησιμοποιείται σαπούνι, γιατί έχει την ιδιότητα να

στεγνώνει το δέρμα. Σημαντικό είναι να χρησιμοποιεί ο ασθενής άλλα σκευάσματα που δεν περιέχουν σαπούνι. Μετά το ποδόλουτρο τα πόδια θα πρέπει να στεγνώνουν πάρα πολύ καλά, ακόμα και μεσοδακτύλια διαστήματα. Όταν το δέρμα των ποδιών είναι ξηρό, εμφανίζει απολέπιση ή ραγάδες. Αυτό είναι σημείο ότι τα πόδια είναι αφυδατωμένα. Η αφυδάτωση των ποδιών μπορεί να αποφευχθεί με την χρήση λιπαρών κρεμών.⁸¹

2) Ο καθημερινός έλεγχος των ποδιών

Οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να ελέγχουν καθημερινά αν υπάρχουν ερεθισμοί ή μυκητιάσεις στα νύχια ή μεταξύ των δακτύλων (αναγνωρίζεται από τις κοκκινίλες ή τα λευκά επιχρίσματα). Θα πρέπει δίνεται σημασία ακόμα και στον παραμικρό τραυματισμό και ο ασθενής να πηγαίνει αμέσως στο γιατρό να περιποιηθεί τα σημεία αυτά. Συνιστάται επίσης καθημερινός έλεγχος στα πόδια του ασθενούς, ιδίως από την κάτω πλευρά. Η χρήση του καθρέπτη ίσως να μπορεί να δώσει μια λύση. Κάθε φορά που εμφανίζεται κάτι μη φυσιολογικό στα πόδια ο ασθενής θα πρέπει να απευθύνεται αμέσως στο γιατρό. Σημαντικό παράγοντα πρόληψης του διαβητικού ποδιού αποτελεί η καθημερινή γυμναστική στα πόδια, π.χ. μάζεμα, τέντωμα δακτύλων.

3) Προσοχή στην επιλογή υποδημάτων

Ο διαβητικός ασθενής θα πρέπει να αγοράζει παπούτσια τα οποία να είναι φαρδιά, άνετα και να ταιριάζουν στο πόδι του. Το πόδι δεν πρέπει να είναι στριμωγμένο. Προτιμότερο είναι τα παπούτσια να αγοράζονται τις απογευματινές ώρες, όταν τα πόδια είναι ελαφρώς πρησμένα. Το καθημερινό βάδισμα είναι αρκετά σημαντικό. (πχ καθημερινοί περίπατοι τουλάχιστον 30 λεπτών). Θα πρέπει να προτιμούνται οι άσπρες κάλτσες από βαμβάκι. Πλένονται σε θερμοκρασίες βρασμού και, εκτός τούτου, είναι εύκολο να διαπιστωθεί αμέσως αν υπάρξουν ποτέ ίχνη από ένα τραυματισμό, δηλαδή αίμα ή πύο. Θα πρέπει να αποφεύγεται το βάδισμα δίχως παπούτσια

4) Τρόπος περιποίησης νυχιών

Το ψαλίδι και η ξύστρα ποδιών δεν θα πρέπει να πλησιάζουν τα πόδια. Ο κίνδυνος τραυματισμού είναι πολύ μεγάλος. Τα νύχια των ποδιών θα πρέπει να λιμάρωνται τακτικά, παρά να κόβονται. Τα νύχια θα πρέπει να λιμάρονται όσο δυνατόν ίσια, δηλαδή στις γωνίες να μην είναι πολύ κοντά. Έτσι τα νύχια δεν μπορούν εύκολα να μπουν στο κρέας του ποδιού.

5) Τι πρέπει να προσέχει ένα ασθενής με διαβήτη στις διακοπές

Κατά τη διάρκεια των διακοπών η πεζοπορία θα πρέπει να συνοδεύεται από άνετα και κατάλληλα παπούτσια. Μεγάλη προσοχή στους τραυματισμούς και φούσκες, κυρίως στη διάρκεια της ημέρας και κατά τη διάρκεια της οδοιπορίας. Σε περίπτωση που εμφανιστούν φούσκες, ο ασθενής θα πρέπει να συμβουλευτεί άμεσα ιατρό για τη διαδικασία ίασης τους. Είναι σημαντικό να αποφεύγεται η έκθεση για πολύ διάστημα στον ήλιο

Συμπερασματικά, η υιοθέτηση των παραπάνω οδηγιών από την πλευρά των διαβητικών ασθενών μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην πρόληψη εμφάνισης επιπλοκών στα κάτω άκρα.^{32,81}

Ο νοσηλευτής ως εκπαιδευτής του ατόμου με διαβήτη

Η εκπαίδευση αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή που εργάζεται στη φροντίδα των ασθενών με ΣΔ, αφού τους βοηθά να αυξήσουν το γνωστικό τους πεδίο αναφορικά με την κατάστασή τους και να διαχειριστούν αυτόνομα τη φροντίδα τους. Είναι σαφές ότι η κατάλληλη εκπαίδευση των διαβητικών ασθενών σχετικά με τη φροντίδα των ποδιών και την έγκαιρη αναγνώριση των διαφόρων προβλημάτων στα κάτω άκρα μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη μείωση των ελκών και κατ' επέκταση των ακρωτηριασμών.⁸¹

Αξίζει να τονιστεί ότι στα κέντρα εκπαίδευσης για το διαβήτη, όπου εφαρμόζεται συστηματική εκπαίδευση των ασθενών για τη φροντίδα των ποδιών, έχουν μειωθεί πάνω από 50% οι ακρωτηριασμοί και οι επιπλοκές του ΣΔ, οι ημέρες νοσηλείας, καθώς και το κόστος περίθαλψης των ασθενών. Συνεπώς, με την κατάλληλη εκπαίδευση για τη σωστή υγιεινή και φροντίδα των ποδιών προλαμβάνονται πολλοί ακρωτηριασμοί. Παράλληλα, σε μια μελέτη αναφορικά με τα πλεονεκτήματα της συστηματικής εκπαίδευσης στην επούλωση των ελκών των κάτω άκρων, βρέθηκε μείωση της επανεμφάνισης των ελκών σε ποσοστό 28% με τη βοήθεια της συστηματικής εκπαίδευσης.

Επομένως, οι εκπαιδευτικές αρμοδιότητες του νοσηλευτή που εργάζεται στη φροντίδα του διαβήτη αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του ρόλου του και θα πρέπει να εστιάζουν τόσο στην πρόληψη όσο και στην έγκαιρη αντιμετώπιση των ελκών του διαβητικού ποδιού. Για το λόγο αυτόν, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στο άτομο με ΣΔ, την οικογένειά του, το ιατρικό προσωπικό, καθώς και άλλους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να τους παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιπλοκών των κάτω άκρων. Παράλληλα, ο

νοσηλευτής χρειάζεται να επαγρυπνεί και να αναζητά νέες πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα του διαβητικού ποδιού και να τις κατανέμει με τρόπο αποτελεσματικό για τον ασθενή, με σκοπό τη διαρκή ενημέρωσή του.⁸⁴

Επιπλέον, η εκπαίδευση των διαβητικών ασθενών πρέπει να εστιάζει στη θεωρία του ελλείμματος αυτοφροντίδας η οποία θεωρείται ως η πλέον κατάλληλη για τα άτομα με χρόνια προβλήματα. Συγκεκριμένα, η θεωρία αυτή προσδιορίζει την ικανότητα του ατόμου να παρέχει αυτοφροντίδα, εντοπίζει τις ανάγκες αυτοφροντίδας του, καθορίζει τα ελλείμματα αυτοφροντίδας και προβαίνει στο σχεδιασμό της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας, με σκοπό την ενθάρρυνση του ασθενούς για ενεργό συμμετοχή σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας, ανάλογα με τις ικανότητές του. Συνεπώς, με την κατάλληλη εκπαίδευση, ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη, τα άτομα με ΣΔ μπορούν να αυξήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με δραστηριότητες αυτοφροντίδας, γεγονός που μπορεί να τα βοηθήσει στην προστασία της υγείας και της ευεξίας τους.

Η εκπαίδευση του ασθενούς μπορεί να επιτευχθεί με ατομική ή με ομαδική διδασκαλία και να περιλαμβάνει απλές συμβουλές, σεμινάρια σε ομάδες ασθενών, προβολή ταινιών, φυλλάδια και φωτογραφίες. Αξίζει να τονιστεί ότι, κατά την ομαδική εκπαίδευση, τα μέλη των ομάδων έχουν την ευκαιρία να αποκομίσουν περισσότερα στοιχεία σχετικά με την κατάστασή τους μέσω της συνεχούς ανταλλαγής απόψεων μεταξύ τους.

Η διδασκαλία μπορεί να διεξάγεται στο χώρο όπου νοσηλεύεται ο ασθενής, καθώς και στο χώρο όπου ζει ή εργάζεται ή ακόμη και σε οποιοδήποτε άλλο εκπαιδευτικό χώρο. Παράλληλα, μπορεί να διεξάγεται σε άμεση επαφή με το άτομο ή με διάφορες ομάδες, αλλά και μέσω τηλεφώνου ή ηλεκτρονικού υπολογιστή. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προβαίνει στην οργάνωση διαφόρων ενημερωτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σεμιναρίων και ημερίδων, τόσο για τα άτομα με διαβήτη και τις οικογένειές τους όσο και για τους σπουδαστές και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στη φροντίδα του διαβήτη.⁸⁶

Παρ' όλα αυτά, βασική προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής κλινικής φροντίδας και εκπαίδευσης αποτελεί η εξατομικευμένη αξιολόγηση των προβλημάτων και αναγκών του κάθε ασθενούς, σε στενή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Αυτό, γιατί πολλά άτομα με ΣΔ έχουν την τάση να παραμελούν τον εαυτό τους και να μην ασχολούνται ιδιαίτερα με τη φροντίδα του διαβητικού ποδιού, γιατί το θεωρούν «αναίσθητο» και ξένο λόγω συνυπαρχόντων προβλημάτων (π.χ. μειωμένη όραση). Γι' αυτό,

κατά την παροχή εκπαίδευσης, ο νοσηλευτής οφείλει να εξασφαλίζει την όσο το δυνατόν καλύτερη συνεργασία με τον ασθενή και οι συμβουλές προς αυτόν θα παρέχονται σε «μικρές δόσεις», στο κατάλληλο περιβάλλον, τη σωστή χρονική στιγμή και να επαναλαμβάνονται συχνά. Επιπλέον, η εκπαίδευση πρέπει να προσαρμόζεται στην εκάστοτε προσωπικότητα, τη διανοητική ικανότητα και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του κάθε ασθενούς, προκειμένου να είναι αποτελεσματική.^{87,83}

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με διαβητικό πόδι

Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή στη φροντίδα των ατόμων με ΣΔ, γιατί με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη τα άτομα αυτά και οι οικογένειές τους μπορούν να ξεπεράσουν την κρίση της διάγνωσης, να αποδεχθούν την κατάστασή τους και να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στο νέο τρόπο ζωής τους. Παράλληλα, αποκτούν την ψυχική ικανότητα να αναπτύξουν δεξιότητες αυτοφροντίδας και να προλάβουν την εμφάνιση επιπλοκών στα κάτω άκρα.⁸³

Για την αποτελεσματική παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα με ΣΔ, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει διαθεσιμότητα χρόνου, επίγνωση της κατάστασης του ασθενούς, άριστη κλινική κατάρτιση, πολύ καλές ικανότητες επικοινωνίας και μη κριτική στάση απέναντι στον ασθενή. Παράλληλα, θα πρέπει να ευαισθητοποιείται από τα πολύπλοκα προβλήματα των ασθενών και των οικογενειών τους, τα οποία προκύπτουν εξαιτίας της κατάστασής τους.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας του με τον ασθενή, ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί αποτελεσματική ενσυναίσθηση. Για να το επιτύχει αυτό, οφείλει να τοποθετεί τον εαυτό του στη θέση του ασθενούς και να αντιλαμβάνεται στον ψυχικό του κόσμο σαν να ήταν δικός του. Παράλληλα, θα πρέπει να συμμερίζεται και να κατανοεί τα συναισθήματα του ασθενούς και να έχει την ικανότητα μετάδοσης της κατανόησής του, χρησιμοποιώντας αποτελεσματικές μεθόδους επικοινωνίας. Οι αποτελεσματικές μέθοδοι επικοινωνίας περιλαμβάνουν την ικανότητα του νοσηλευτή να ακούει προσεκτικά τον ασθενή και να του επιτρέπει να εκφράσει τα συναισθήματά του, χωρίς να του ασκεί κριτική.⁸³

Εκτός αυτού, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα και τις προσδοκίες των ασθενών, τα οποία πιθανώς να κρύβονται πίσω από τις λέξεις και τις φράσεις

τους, γιατί πολλές φορές το γνωστικό και συγκινησιακό περιεχόμενο των φράσεων του ασθενούς παρουσιάζεται λεκτικά ή μη λεκτικά συγκαλυμμένο ή και εντελώς παραποιημένο. Συνεπώς, κατά τη διάρκεια της συνομιλίας τους, ο νοσηλευτής θα πρέπει όχι μόνο να ακούει τα όσα λέει ο ασθενής αλλά και να αντιλαμβάνεται το διαφορετικό τόνο και ένταση της φωνής του καθώς και τις διάφορες μη λεκτικές εκφράσεις του προσώπου του και των ματιών του. Για τον παραπάνω σκοπό, απαιτείται η αφιέρωση ικανού χρόνου στον ασθενή, προκειμένου να εκφράσει τις σκέψεις του, τους φόβους του και τις ανησυχίες του σχετικά με την κατάστασή του.⁸⁸

Πολύ μεγάλη είναι επίσης η σπουδαιότητα της ψυχολογικής υποστήριξης στις κατ' οίκον επισκέψεις σε συγκεκριμένες κατηγορίες ατόμων με διαβήτη, όπως είναι οι νεοδιαγνωσθέντες ινσουλινοεξαρτώμενοι διαβητικοί ασθενείς, στην οποία εντάσσονται πολλές φορές άτομα νεαρής ηλικίας. Στην περίπτωση αυτή, ο νοσηλευτής έχει να αντιμετωπίσει συχνά ένα νεαρό παιδί ή έναν έφηβο, φορτισμένο με όλους τους εύλογους φόβους, τις ανησυχίες, τις αντιδράσεις και τα ερωτηματικά σχετικά με την έκβαση της κατάστασής του. Παράλληλα, βρίσκεται αντιμέτωπος με μια ανήσυχη και τρομαγμένη οικογένεια, η οποία χρειάζεται εμψύχωση και σωστή ενημέρωση, προκειμένου να μπορέσει να παρέχει κατάλληλη υποστήριξη στο παιδί και να προλάβει τις μακροχρόνιες επιπλοκές της νόσου του, συμπεριλαμβανομένων και αυτών από τα κάτω άκρα. Επιπλέον, ο νοσηλευτής που εργάζεται στη φροντίδα των ατόμων με ΣΔ θα πρέπει να αποτελεί πηγή συμβουλών για τους υπόλοιπους νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας και να τους παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες και εναλλακτικές λύσεις, που να μπορούν να βοηθήσουν στην επίλυση πολύπλοκων προβλημάτων και στη λήψη συγκεκριμένων αποφάσεων, με απώτερο σκοπό την ψυχική ανακούφιση των ατόμων αυτών.⁸⁷

4.3 Έγκαυμα

Αντιμετώπιση των λοιμώξεων της εγκαυματικής επιφάνειας

Η φροντίδα μετά την ανάνηψη του εγκαυματία περιλαμβάνει τοπική αντιμικροβιακή θεραπεία, ενδοφλέβια αντιβιοτικά, χειρουργικό καθαρισμό του εγκαυματικού τραύματος και κάλυψη του τραύματος με μόσχευμα. Κατά την πρώτη μετεγκαυματική περίοδο το εγκαυματικό τραύμα ελέγχεται καλύτερα με τοπικά αντιβιοτικά. Τα συστηματικά αντιβιοτικά ενδείκνυνται μόνο αν υπάρχει διάγνωση συστηματικής λοίμωξης ή επιθετικής λοίμωξης τραύματος, καθώς και κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Η διατροφική υποστήριξη, η πρόληψη και ο έλεγχος των λοιμώξεων είναι μόνιμα θέματα στην φροντίδα του εγκαυματία.^{89,90}

Επειδή, αυξάνεται η απέκκριση του αντιβιοτικού και η διείσδυση στην εσχάρα είναι μικρή, πρέπει γενικά να χρησιμοποιούνται μεγάλες δόσεις συστηματικών αντιβιοτικών και η διάρκεια της συστηματικής αντιβιοτικής θεραπείας πρέπει να είναι μικρή για να περιορίσει την εμφάνιση ανθεκτικής χλωρίδας.⁹¹ Η πρόιμη ανάνηψη με υγρά και η αποφυγή σήψης μπορεί να μειώσει την επίπτωση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και την θνητότητα σε εγκαυματίες.⁹²

Η εφαρμογή τοπικών αντιμικροβιακών παραγόντων βοηθά σημαντικά στον έλεγχο των λοιμώξεων του εγκαύματος γιατί αυξάνει το χρονικό διάστημα μεταξύ της βλάβης και του αποικισμού και διατηρεί τη μικροβιακή χλωρίδα του τραύματος σε χαμηλά επίπεδα. Υπάρχει μία ποικιλία αντιβιοτικών και αντισηπτικών που χρησιμοποιούνται στην τοπική θεραπεία ελασσόνων εγκαυμάτων αλλά μόνο τέσσερις παράγοντες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί σε μείζονα εγκαύματα. Αυτά είναι η κρέμα αργυρούχου σουλφαδιαζίνης 1% (silver sulphadiazine), η Ιωδιούχος ποβιδόνη 10%, το διάλυμα νιτρικού αργύρου 11 0,5% και η κρέμα οξεικής μαφενίδης 11,1% (acetate maphenide). Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο είναι η αργυρούχος σουλφαδιαζίνη λόγω της χαμηλότερης τοξικότητας και της ευκολίας στη χρήση του.⁹³

→ Τοπική φροντίδα

Η **ανοικτή μέθοδος** ανήκει στις συντηρητικές μεθόδους φροντίδας και αποτελεί τη "φυσιολογική" μέθοδο για την αντιμετώπιση κυρίως των εκτεταμένων εγκαυματικών

επιφανειών.⁹⁵ Η ανοιχτή μέθοδος, με την έκθεση του τραύματος στον αέρα μετά τον καθαρισμό και την αντισηψία του, συντελεί στη δημιουργία μιας κρούστας από τα εκκρίματα, η οποία προστατεύει από την μόλυνση. Εφαρμόζεται κυρίως στα εγκαύματα της κεφαλής και του τραχήλου, καθώς και στα εκτεταμένα εγκαύματα του κορμού.⁹⁴

Μειώνει τις πιθανότητες επιμόλυνσης των εσχαρών, προάγει την ξηρότητα τους, ενώ, επειδή αφήνει ανοικτό το τραύμα, με τη λήψη συχνών καλλιεργειών από αυτό επιτρέπει τον έλεγχο της μικροβιακής χλωρίδας των εγκαυματικών επιφανειών, καθώς και της αιμάτωσης των άκρων τους. Επίσης, επιτρέπει τη συνεχή κινησιοθεραπεία. Βασική προϋπόθεση της μεθόδου αυτής είναι η δυνατότητα νοσηλείας σε απομονωμένους ή ειδικούς χώρους με σταθερή θερμοκρασία δωματίου (28-32C).⁹⁵

Επίσης, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να λαμβάνει τέτοιες, προφυλάξεις, ώστε να μειώνονται οι δυνατότητες διασταυρούμενης νοσοκομειακής επιμόλυνσης. Εφαρμόζεται σε μολυσμένες εγκαυματικές επιφάνειες, σε κυκλοτερή εγκαύματα άκρων, προσώπου, κορμού και περινέου.⁹⁵ Ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς μπορούν να μολυνθούν από μύκητες από το περιβάλλον της μονάδας, ενώ από την άλλη μεριά ασθενείς μολυσμένοι με μύκητες μπορούν να διασπείρουν αυτούς τους μικροοργανισμούς στο περιβάλλον τους. Πρέπει, να σημειώσουμε ότι στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι μυκητιασικές εγκαυματικές λοιμώξεις εμφανίζονταν πιο συχνά σε ασθενείς των οποίων τα εγκαύματα αντιμετωπιζόνταν με ανοιχτές μεθόδους από ότι σε ασθενείς όπου εφαρμόζονταν η κλειστή μέθοδος.⁹⁶

Η **κλειστή μέθοδος** βασίζεται στην επίδεση των εγκαυματικών επιφανειών με διάφορα στρώματα αποστειρωμένου επιδεσμικού υλικού, χωρίς όμως να εμποδίζεται η εξάτμιση του εξιδρώματος. Η κλειστή μέθοδος, με επίδεση του τραύματος με βαζελινούχες και απορροφητικές γάζες με βαμβάκι, αποτελεί την κλασική μέθοδο η οποία επιτρέπει την εκροή υγρών, προστατεύει από την μόλυνση και ανακουφίζει από τον πόνο. Η αλλαγή της επιδέσεως θα πρέπει να γίνεται κατ' αρχάς δύο φορές και αργότερα μια φορά την ημέρα, με στόχο την αποφυγή της υγράνσεως, η οποία συντελεί στην μόλυνση. Η επίδεση αυτή θα πρέπει να διατηρείται τουλάχιστον για τις πρώτες 10 ημέρες.⁹⁴

Μπορεί να εφαρμόζεται σε συνδυασμό με την ανοικτή μέθοδο, ενδείκνυται όμως στη θεραπεία κυρίως εγκαυμάτων μερικούς πάχους, περιορισμένων εγκαυμάτων σε εξωτερικούς ασθενείς και μετά την κάλυψη των εγκαυματικών επιφανειών με δερματικά μοσχεύματα. Βοηθάει στην επίσπευση της επιθηλιοποίησης. Το πρώτο στρώμα αποτελείται από μια

βαζελινούχο γάζα, ακολουθεί η τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών εμπλουτισμένων με διαφορά αντιμικροβιακά διαλύματα και τελικά γίνεται επίδεση με ελαστικό επίδεσμο. Χρησιμοποιούνται τοπικά αντιμικροβιακά για τον περιορισμό της μικροβιακής εισβολής και του μυκητιασικού αποικισμού στο εγκαυματικό τραύμα. Οι χρήσεις αυτών των αντιμικροβιακών παραγόντων αποσκοπούν στην προφύλαξη των περιοχών του δέρματος, όπου έχει διακοπεί η ακεραιότητα του, από λοίμωξη και η αντιμετώπιση πρωτοπαθών και δευτεροπαθών πυοδερματίτιδων. Τα αντιβιοτικά τοπικής χρήσης στοχεύουν ειδικά στις περιοχές όπου τοποθετούνται. Τα τοπικά και συστηματικά φαρμακευτικά μέτρα πρέπει να προστατεύουν έναντι και των παθογόνων μικροβίων της μήτρας στις γυναίκες, που όμως δεν παρατηρούνται συχνά σε έναν εγκαυματία.⁹⁶ Εκεί η συγκέντρωσή τους είναι η μέγιστη στην επιφάνεια του δέρματος και τείνει να μειώνεται στο υποδόριο λίπος και για αυτό είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση και πρόληψη λοιμώξεων στην επιδερμίδα και την εξωτερική επιφάνεια του χορίου. Συνήθως δεν έχουν σημαντικό κίνδυνο συστηματικής τοξικότητας.

Τα **τρία πιο συχνά** τοπικά αντιμικροβιακά είναι η **αργυρούχος σουλφαδιαζίνη** (silvadene), η **οξική μαφενίδη** (sulfamylon) και το **διάλυμα νιτρικού αργύρου** σε αναλογία 0,5ml% διαλύματος.⁹⁷

Κεφάλαιο 5^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΙΣ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

5.1 Γενική φροντίδα και προφύλαξη

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη των δερματικών παθήσεων, διδάσκοντας τη σωστή περιποίηση του φυσιολογικού δέρματος και ενθαρρύνοντας τους ανθρώπους να αποζητούν ιατρική συμβουλή για ανώμαλες καταστάσεις του δέρματος.

1. Καθαριότητα

Το εξωτερικό στρώμα των δερματικών κυττάρων και ο ιδρώτας έχουν όξινη αντίδραση και η παρουσίαση τους εμποδίζει τη ζωή και την ανάπτυξη των μικροβίων. Δυνατά σαπούνια που έχουν αλκαλική αντίδραση, μπορούν να εξουδετερώσουν αυτό το όξινο προστατευτικό περιβάλλον του δέρματος. Μπορεί ακόμη να απομακρύνουν τις λιπαρές εκκρίσεις των σμηγματογόνων αδένων που λιπαίνουν το δέρμα και συμβάλλουν στην υγεία του.

Το δέρμα πρέπει να πλένεται αρκετά συχνά για να απομακρύνονται οι εκκρίσεις και να προφυλάσσεται από μυρωδιές. Αυτό όμως δεν πρέπει να γίνεται τόσο συχνά επειδή προκαλεί ξηρότητα και βλάβες του δέρματος. Απολυμαντικά καθαριότητας είναι καλύτερα από τα σαπούνια στον καθαρισμό του δέρματος. Εν τούτοις και τα απολυμαντικά καθαριότητας και τα σαπούνια μπορεί να προκαλέσουν δερματικές αντιδράσεις. Υπάρχει μεγάλη διαφορά ανθρώπων στη συχνότητα του απαραίτητου μπάνιου για να εξασφαλίσει τον καθαρισμό του δέρματος, χωρίς τη δημιουργία δερματικής αντίδρασης.

2. Παρατήρηση Ανωμαλιών

Η φροντίδα του φυσιολογικού δέρματος περιλαμβάνει κανονική παρατήρηση των μελαχρωματικών περιοχών του δέρματος, των σπύλων ή άλλων αλλοιώσεων του δέρματος, κάθε αλλαγή στο χρώμα, στο μέγεθος πρέπει να αναφέρεται στον γιατρό αμέσως.

3. Κίνδυνος Αυτοθεραπείας

Οι άνθρωποι πρέπει να υποκινούνται για να αναζητούν την αρμόδια ιατρική βοήθεια όταν αναπτύσσονται βλάβες στο δέρμα. Αν και οι παθήσεις του δέρματος σπάνια προκαλούν το θάνατο, δημιουργούν όμως δυσφορία σε πολλά άτομα.

Πολλοί έχουν την τάση να στηρίζονται στις συμβουλές των φίλων ή τοπικών πρακτικών φαρμακοποιών ή σε φάρμακα που ίσως έχουν στα χέρια τους. Το δέρμα κάθε ανθρώπου αντιδρά διαφορετικά στην κάθε θεραπεία και ένα δέρμα που έχει ερεθιστεί ή προβληθεί μπορεί να αντιδράσει βίαια σε μη κατάλληλη θεραπεία. Ακόμη μπορεί να μην δώσουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, φάρμακα που δόθηκαν στον ίδιο ασθενή για παρόμοια δερματική βλάβη, λόγω αλλαγών του δέρματος.

5.2 Θεραπεία ερεθιστικής και αλλεργικής δερματίτιδας

Η θεραπεία που χρησιμοποιείται συνήθως σε αυτά τα δυο είδη δερματίτιδας συνίσταται στην απομάκρυνση της υπεύθυνης ουσίας από την επαφή με το δέρμα και στην χρήση τοπικών κορτικοειδών φαρμάκων και μαλακτικών αλοιφών/σκευασμάτων για την ανακούφιση των εξάρσεων.

5.3 Θεραπεία ατοπικής δερματίτιδας

Η αντιμετώπιση της ατοπικής δερματίτιδας περιλαμβάνει:

- Τους τοπικούς ενυδατικούς παράγοντες
- Τοπικά μαλακτικά με βαζελίνη, γαλακτώματα τουλάχιστον 3 φορές την ημέρα
- Μέτρα υγιεινής προστασίας, όπως χλιαρά λουτρά με γέλες ή σαπούνια με ουδέτερο pH
- Μέτρα σωστής ένδυσης, όπως ρούχα από βαμβάκι, μετάξι ή πολυεστέρα με λεπτές ίνες

Τα τοπικά κορτικοστεροειδή ανακόπτουν τη φλεγμονή και έχουν τη μεγαλύτερη προτίμηση στην αντιμετώπιση της νόσου. Πρέπει ωστόσο να αποφεύγεται η παρατεταμένη χρήση τους διότι οδηγεί σε δερματική ατροφία ή ακόμη και διαταραχή του φλοιοεπιπεφριδιακού άξονα. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν χρησιμοποιούνται τα πολύ ισχυρά στεροειδή για διάστημα μεγαλύτερο των τριών εβδομάδων. Οι τοπικοί αναστολείς της καλτσινευρίνης, όπως τα Pimecrolimus (Elidel), και Tacrolimus δεν έχουν αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες και μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα άτομα άνω των δύο ετών.

Πολλές μελέτες έδειξαν τη δραστικότητα και ασφάλεια του Pimecrolimus και στις ηλικίες άνω των τριών μηνών, αλλά η τελική απόφαση ανήκει στον θεράποντα ιατρό. Ένα μεγάλο πλεονέκτημα του Pimecrolimus είναι η αιτιολογική παρέμβαση του στην αντιμετώπιση της νόσου, διότι αντίθετα με τα τοπικά στεροειδή, δεν διαταράσσει τον δερματοεπιδερμικό φραγμό ύδατος που είναι μειονεκτικός στα άτομα με ατοπική δερματίτιδα.⁹⁸ Τα κινεζικά προϊόντα τύπου Chinese herbal πρέπει να αποφεύγονται διότι έχουν συνδυαστεί με ηπατοτοξικότητα και διατακτική μυοκαρδιοπάθεια. Τα ωμέγα 3 και 6 δεν βοηθούν, παρά τον αρχικό ενθουσιασμό. Οι συστηματικές θεραπείες, όπως η φωτοθεραπεία (UVA-UVB, UVA1, UVB στενού φάσματος), 2-3 φορές την εβδομάδα, μετά την ηλικία των 8 ετών, η κυκλοσπορίνη, η αζαθειοπρίνη, οι ανοσοσφαιρίνες, η κορτιζόνη, η ιντερφερόνη-γ είναι το θεραπευτικό καταφύγιο στις σοβαρές περιπτώσεις της νόσου.^{99,100,101,102}

5.4 Θεραπεία σμηγματορροϊκής δερματίτιδας

Η θεραπεία της σμηγματορροϊκής δερματίτιδας περιλαμβάνει ειδικά σαμπουάν για το τριχωτό της κεφαλής και αν όταν είναι απαραίτητο κερατολυτικές λοσιόν, ενώ για το δέρμα, ειδικές κρέμες με αντιμυκητιασικό και κορτιζόνη θεραπεύουν τις εξάρσεις.

5.5 Θεραπεία κνίδωσης

Ακριβώς επειδή τα αίτια των κνιδώσεων ποικίλουν, η αντιμετώπιση δεν μπορεί να είναι η ίδια. Κάθε περιστατικό πρέπει να αξιολογείται από ειδικό γιατρό, μιας και άλλοτε χρειάζεται εφησυχασμός και άλλοτε εγρήγορση, άλλοτε ειδική διαίτα και άλλοτε όχι, άλλοτε διερεύνηση και άλλοτε όχι. Αντιστοίχως, βέβαια, και η θεραπεία είναι ανάλογη της σοβαρότητας της κατάστασης.

Συνήθως χορηγούνται αντισταμινικά φάρμακα για να ανακουφίσουν ή να μειώσουν τον κνησμό στα εξανθήματα. Βοηθητικές μπορεί να είναι και οι κομπρέσες στα συγκεκριμένα σημεία. Ωστόσο, εάν η κνίδωση συνοδεύεται από αγγειοοίδημα ή συνοδεύεται από δυσκολία στην αναπνοή, ληθαργικότητα ή ωχρότητα, πιθανότατα η κνίδωση να είναι η αρχή μια γενικευμένης αναφυλακτικής αντίδρασης.⁵¹

5.6 Θεραπεία οξείας κνίδωσης

Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να καθοδηγούνται σχετικά με την αποφυγή λήψης αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (ACE), ασπιρίνης και άλλων μη

στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, καθώς αυτά μπορεί να επιδεινώσουν την κνίδωση. Η βάση της θεραπείας είναι τα αντισταμινικά.⁴

5.7 Θεραπεία οξείας κνίδωσης στα παιδιά

Η θεραπεία θα πρέπει να είναι αιτιολογική. Αν δεν ανευρεθεί κάποια αιτία, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί αμέσως μετά το λουτρό στις περισσότερες κνησμώδεις περιοχές ένα τοπικό στεροειδές μέσης ή υψηλής ισχύος, μια ενυδατική κρέμα ή αλοιφή στο υπόλοιπο δέρμα και ένα κατασταλτικό αντισταμινικό τις βραδινές ώρες.

5.8 Θεραπεία στην Ψωρίαση

Η ψωρίαση όπως και κάθε χρόνια νόσος με περιορισμένο αριθμό εναλλακτικών θεραπευτικών μέσων, απαιτεί σημαντική επιδεξιότητα. Μεγάλη σημασία ενέχει η εξακρίβωση διαφόρων γεγονότων που αφορούν την νόσο του ασθενούς.

1. **Η έκταση.** Οι ασθενείς ποικίλλουν ευρύτητα όσον αφορά την ανοχή τους προς την νόσο : ορισμένοι είναι σε αξιοσημείωτο βαθμό φλεγματικοί και ψύχραιμοι, άλλοι ποτέ δεν προσαρμόζονται σ' αυτήν, ενώ οι περισσότεροι εμφανίζουν μια στάση που βρίσκεται κάπου στην μέση μεταξύ των δύο αυτών ακρών
2. **Λειτουργικότητα.** Η ψωρίαση στις παλάμες μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την ικανότητα για εργασία, η ψωρίαση στις ράγες των δακτύλων μπορεί να επηρεάσει την δεξιοτεχνία, ενώ η μορφή της νόσου που προσβάλλει τα πέλματα μπορεί να δυσχεραίνει την βάδιση.
3. **Αισθητική.** Ευτυχώς η ψωρίαση συνήθως δεν προσβάλλει εκτεθειμένα τμήματα του δέρματος, αλλά εάν αυτό συμβαίνει η θεραπεία θα πρέπει να καταστεί πιο επιθετική.
4. **Συμπτώματα.** Στους περισσότερους ασθενείς η νόσος δεν προκαλεί κνησμό, μπορεί όμως να καθίσταται κνησμώδης είτε και επώδυνη, οπότε και η θεραπεία πρέπει να τροποποιείται ανάλογα
5. **Ο τύπος της ψωρίασης.** Η σταγονοειδής ψωρίαση έχει καλή πρόγνωση, αλλά οι ασθενείς με ερυθροδερμική, φλυκταινώδη είτε υποξεία ψωρίαση, είτε εκείνοι που είχαν πολλαπλές εισαγωγές στο νοσοκομείο, συχνά χρειάζονται συστηματική θεραπεία.
6. **Ηλικία και σωματική υγεία.** Συχνά είναι ευκολότερο για τον γιατρό να θεραπεύει ηλικιωμένους ασθενείς με εκτεταμένη ψωρίαση γιατί ο δερματολόγος μπορεί να

δικαιολογήσει τη συνταγογράφηση συστηματικής θεραπείας για τους ασθενείς αυτής της ηλικίας παρά για νεότερα άτομα που έχουν να ζήσουν ακόμα πολλές δεκαετίες.

7. **Προηγούμενες θεραπείες.** Οι περισσότεροι ασθενείς που έχουν την νόσο τους για αρκετό χρονικό διάστημα θα έχουν ήδη δοκιμάσει όλες τις διαθέσιμες τοπικές θεραπείες. Εάν έχουν διαπιστώσει κάποια ωφέλεια από μια οποιαδήποτε από τις θεραπείες αυτές αξίζει τον κόπο αυτή να δοκιμάζεται και πάλι.
8. **Η χρήση των στεροειδών.** Ο ασθενής που χρησιμοποιεί περισσότερα από 30 g δραστικού τοπικού κορτικοστεροειδούς ανά εβδομάδα, είτε εκείνος που συνεχώς αναζητά τα σωληνάκια με 100 g αλοιφής χρειάζεται οπωσδήποτε επανεκτίμηση της κατάστασης του.
9. **Παράγοντες που επηρεάζουν την νόσο.** Πάντοτε είναι χρήσιμο ο γιατρός να διερευνά τους παράγοντες που ο ασθενής θεωρεί ότι επηρεάζουν την νόσο του. Στους Παράγοντες που συνήθως επηρεάζουν την πορεία της ψωρίασης περιλαμβάνονται:
 - a. Το ηλιακό φως. Πολλοί βρίσκουν το ηλιακό φως ευεργετικό, και εφόσον αυτό συμβαίνει, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την θεραπεία οι υπεριώδεις ακτίνες.
 - b. Η ψυχική ένταση (stress) και το συναίσθημα της δυστυχίας. Μολονότι είναι δύσκολο ν' αποδειχθεί ότι το υπέρμετρο stress επιδεινώνει την ψωρίαση, η προσωπική δυστυχία καθιστά τον ασθενή λιγότερο ανεκτικό προς την νόσο του. Στις περιπτώσεις αυτές η απλή ψυχοθεραπεία μπορεί να προσφέρει πάρα πολλά.
 - c. Οινόπνευμα. Οι ασθενείς με εκτεταμένη ψωρίαση συχνά πίνουν πάρα πολύ. Είναι δύσκολο να αποφανθεί κανείς ποιο έρχεται πρώτο και ποιο δεύτερο, αλλά ελάχιστη αμφιβολία υπάρχει ότι η υπέρμετρη χρήση οινοπνεύματος επιδεινώνει την ψωρίαση. Στους ασθενείς αυτούς πρέπει να παρέχεται συμβουλή για την αποφυγή ή τον περιορισμό της κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Για την υποστήριξη της αντιψωριασικής θεραπείας ο γιατρός θα συστήσει:

1. αποφυγή τραυμάτων και άλλων προκλητικών αιτιών του φαινομένου koebner
2. εξυγίανση εστιακών λοιμώξεων, εάν ανεβρεθούν αυτές κατά την γενική εξέταση
3. ελάττωση βάρους σώματος, σε περίπτωση παχύσαρκων ασθενών. Η δίαιτα πρέπει να είναι ισορροπημένη
4. αποκατάσταση ορμονικών διαταραχών, εάν υπάρχουν

5. χορήγηση ηρεμιστικών, εάν οι ασθενείς είναι αγχώδεις ή εάν η ψωρίαση υποτροπιάζει μετά από ψυχικά stress.

Η τοπική θεραπεία είναι ο βασικός τρόπος αντιμετώπισης της νόσου. Σε αρκετές περιπτώσεις όμως είναι απαραίτητη η ενίσχυση της θεραπείας αυτής με άλλο τρόπο θεραπευτικής αγωγής.

Λόγω της ποικιλίας των εκδηλώσεων από άτομο σε άτομο η θεραπεία κατά κάποιο τρόπο εξατομικεύεται με γνώμονα την κατάσταση του ασθενούς και την έκταση του εξανθήματος, την προσωπικότητα του αρρώστου, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και την πιθανή πορεία των θεραπευτικών αναγκών. Η θεραπεία ενός ψωριασικού πρέπει να περιλαμβάνει σε γενικές γραμμές τα παρακάτω:

1. Γενικά και μη ειδικά μέτρα
2. Τοπική αγωγή με καθιερωμένα θεραπευτικά σχήματα
3. Κορτικοστεροειδή και κυτταροτοξικά φάρμακα
4. Φωτοχημειοθεραπεία
5. Διάφορους άλλους παράγοντες.

Γενικά Και μη Ειδικά Μέτρα

Πρέπει να γίνεται εμπειριστατωμένη εξήγηση στον άρρωστο ή στους γονείς του παιδιού με ψωρίαση, για τη φύση της νόσου, τη μη μεταδοτικότητα αυτής και όλες τις πιθανότητες για επέκταση, υποτροπή ή αποτυχία της θεραπευτικής αγωγής.

Οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες και το stress που κατέχουν τους ασθενείς αυτούς λόγω της δυσμορφίας της νόσου πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και ο θεράπων να τους ακούει με προσοχή και κατανόηση. Η διαίτα δεν είναι απαραίτητη σε καμιά μορφή ψωρίασης, διότι δεν προσφέρει τίποτα το ουσιαστικό. Η κλιματοθεραπεία με ανάπαυση και έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία καθώς και ο συνδυασμός με θαλάσσια μπάνια έχει γίνει πολύ προσφιλής ιδίως στους αρρώστους από τα βόρεια κλίματα.

Ο τρόπος αυτός θεραπείας έχει περισσότερη αξία στον ψυχολογικό τομέα παρά στην ίδια τη νόσο τους.

Τοπική Αγωγή με Καθιερωμένα Θεραπευτικά Σχήματα

Γενικός κανόνας στην τοπική θεραπεία της ψωρίασης είναι η χρησιμοποίηση ήπιων θεραπευτικών μέσων στην οξεία φάση της νόσου για ν' αποφύγουμε τον κίνδυνο της φλυκταινώδους ψωρίασης ή της ερυθροδερμικής μορφής της νόσου.

Η ισχυρή θεραπεία είναι δυνατόν να αυξήσει την απελευθέρωση των ενζύμων από τα κατεστραμμένα λυσοσωμάτια. Για τη χρόνια ψωρίαση χρησιμοποιούνται διάφορα σχήματα θεραπείας. Πολλές φορές γίνονται συνδυασμοί και παραλλαγές ανάλογα με την προσωπική εκτίμηση του καθενός, την πείρα που έχει αποκτήσει καθώς και τα μέσα που έχει στη διάθεσή του.

Επειδή οι ψωριασικές πλάκες καλύπτονται από παχύ στρώμα λεπιών, καλό είναι να γίνεται απομάκρυνση των λεπιών για να μπορέσουν να επιδράσουν τα διάφορα τοπικά θεραπευτικά μέσα που θα χρησιμοποιήσουμε. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούμε σαλικυλικό οξύ σε Vaseline και Lanoline σε αραίωση 5 - 10% ανάλογα με την περίπτωση ή υδατικές κρέμες που περιέχουν ουρία σε αναλογία 20%. Για την τοπική θεραπεία σήμερα χρησιμοποιούνται πολύ τα παράγωγα της πίσσας και κυρίως η ανθραλίνη, η διθρανόλη και η σικνολίνη.

Πίσσα

Η πίσσα χρησιμοποιείται πάνω από έναν αιώνα με καλά αποτελέσματα χωρίς να είναι γνωστός ο μηχανισμός δράσης της. Είναι ένα μείγμα από ουσίες που προέρχονται από γαιάνθρακες. Μολονότι για άλλες θεραπευτικές ουσίες αποδεικνύεται ότι έχουν αντιμυτωσική ενέργεια αυτό δεν αποδεικνύεται πειστικά και σταθερά για την πίσσα. έχει δυσάρεστη οσμή και λερώνει εύκολα, αλλά είναι εξαιρετικά χρήσιμη και ασφαλής. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό:

- **Με υπεριώδεις ακτίνες**
- **Με σαλικυλικό οξύ**
- **Με στεροειδή**

Δινθρανόλη

Χρησιμοποιείται μέσα σε πάστα οξειδίου του ψευδαργύρου ή άλλα ειδικά έκδοχα σε πυκνότητα 10,1 - 0,5%. Γίνεται επάλειψη των πλακών 1-2 φορές την ημέρα και λουτρό καθαριότητας. Από τις παρενέργειες της δινθρανόλης είναι ο χρωματισμός του δέρματος και

ο τοπικός ερεθισμός που προκαλεί. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα φαίνεται μετά από 1 - 2 εβδομάδες και διαρκεί συνήθως αρκετό διάστημα.

Υπεριώδες φως (UVB)

Η υπεριώδη ς ακτινοβολία (μικρού μήκους κύματος) καθιερώθηκε στη θεραπεία της ψωρίασης από το 1910 περίπου είτε με τη μορφή της φυσικής υπεριώδους ακτινοβολίας (ήλιος) ή με τεχνητή υπεριώδη ακτινοβολία (λάμπες).

Η δράση της ακτινοβολίας αυτής φαίνεται να οφείλεται στην αναστολή της μίτωσης των επιδερμικών κυττάρων. Προσοχή χρειάζεται να μην εκτίθενται οι άρρωστοι απότομα και παρατεταμένα για να αποφύγουμε τα εγκαύματα και ως εκ τούτου την εμφάνιση του φαινομένου Koebner.

Κορτικοστεροειδή και Κυτταροτοξικά Φάρμακα

1. Τοπικά κορτικοστεροειδή

Η χρήση των τοπικών κορτικοστεροειδών υπό τη μορφή αλοιφής ή κρέμας έχει δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα στη θεραπεία της ψωρίασεως. Ανάλογα με τον τύπο του σκευάσματος γίνονται επαλείψεις στην πάσχουσα περιοχή 1 - 2 - 3 φορές την ημέρα.

Τα κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται περισσότερο στα μέρη όπου είναι δύσκολη η χρησιμοποίηση της ανθραλίνης. Παλαιότερα η χρήση των κορτικοστεροειδών γινόταν με κλειστή περίδεση από φύλλα πλαστικού (πολυαιθυλένης) για ν' αυξήσουμε την απορροφητικότητα της δραστικής ουσίας. Από τη μέθοδο αυτή παρουσιάζονται ορισμένες παρενέργειες, όπως η εμφάνιση θυλακίτιδας και ατροφία του δέρματος.

Εκτός από τις κρέμες και τις αλοιφές χρησιμοποιούμε και διάφορα διαλύματα που περιέχουν κορτικοειδή. Τα διαλύματα αυτά ενδείκνυνται κυρίως για τις βλάβες στο τριχωτό της κεφαλής και τα νύχια. Σε μερικές περιπτώσεις, όπου οι βλάβες είναι μεμονωμένες και λίγες, χρησιμοποιούμε Triamsinolon για τοπικές διηθήσεις με λεπτή βελόνα ή Dermojet.

2. Τοπικά κυτταροστατικά

Υδατικό διάλυμα αζωθυπερίτου 0.1% -0,5% δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Πρόβλημα η ευαισθητοποίηση των αρρώστων σε μεγάλο ποσοστό (80%). Κρέμα ή αλοιφή

5% φλουοροουρακίλης βελτιώνει σημαντικά την ψωρίαση. Προσοχή γιατί προκαλεί επώδυνες διαβρώσεις και νεκρώσεις της επιδερμίδας.

Η νιτροσουρία (λομουστίν) δοκιμάστηκε σε αλοιφή σε πυκνότητα 0.1 %. Παρενέργεια ο πόνος που προκαλεί λόγω του τοπικού ερεθισμού του μη προσβεβλημένου δέρματος.

Φωτοχημειοθεραπεία (Puvα)

Το Puvα είναι σύνθετη λέξη από το Psoralen + UVA. Η μέθοδος αυτή είναι από τις νεότερες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ψωρίασης και βασίζεται στην αλληλεπίδραση ενός ψωραλενίου με μεγάλου μήκους κύματος υπεριώδη ακτινοβολία (UV A). Τα ψωραλένια (Psoralens) είναι φουροκουμαρίνες που έχουν φωτοευαισθητοποιό δράση. Η μεγάλου μήκους κύματος υπεριώδης ακτινοβολία (A) δεν έχει μόνη της ερυθματογόνο δράση. Με το συνδυασμό όμως του ψωραλενίου προκαλείται ερυθματογόνος δράση και θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ο μηχανισμός της προκαλούμενης βελτίωσης συνίσταται στη δέσμευση του ψωραλενίου στο DNA των επιδερμικών κυττάρων, η αναδίπλωση των οποίων παρεμποδίζεται από μία σύνθετη φωτοχημική αντίδραση. Επίσης υπάρχουν υπόνοιες ότι η χημειοθεραπεία έχει δράση στα φλεγμονώδη κύτταρα του ψωριασικού δέρματος.

Συνήθως, η PUVA εφαρμόζεται 3 φορές την εβδομάδα για τις πρώτες 5 εβδομάδες, δηλαδή μέχρις ότου επιτευχθεί συνήθως πλήρης "κάθαρση" της ψωρίασης και κατόπιν 1 φορά κάθε 7-10 ημέρες, σαν θεραπεία συντήρησης. Είναι πολύ προσφιλής στους νέους ασθενείς, γιατί προσφέρει καλό αισθητικό αποτέλεσμα και "μαύρισμα". Πάντως είναι σωστό να αποκλείονται οι ασθενείς με τύπους δέρματος I και II γιατί υπόκεινται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος αργότερα. Επίσης να αποκλείονται και εκείνοι που έχουν προηγούμενο ιστορικό ραδιοθεραπείας ή ιστορικό δερματικού νεοπλάσματος ή τέλος και εκείνοι που είχαν λάβει παλιότερα αρσενικό για θεραπεία ψωρίασης. Η PUVA είναι αποτελεσματική σε αρρώστους με σκούρο δέρμα, αν και η υπερμελάγχρωση που προκαλείται από τη θεραπεία δεν γίνεται πάντα ευχάριστα αποδεκτή από τους ασθενείς.

Είναι πολύ σημαντικό το να φορούν οι ασθενείς προστατευτικά γυαλιά, απ' τη στιγμή που θα πάρουν τα χάπια τους με τα ψωραλένια, μέχρι και 24 ώρες μετά, επειδή μπορεί να προκληθεί καταρράκτης ή και άλλες οφθαλμολογικές ανωμαλίες. Η θεραπεία φαίνεται ότι δεν βοηθά στις περιοχές του σώματος που είναι δυσπρόσιτες στην ακτινοβολία A, όπως π.χ.

οι πτυχές και το τριχωτό της κεφαλής. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ο κνησμός και το έγκαυμα του δέρματος. Ο κνησμός μπορεί να αντιμετωπισθεί με τη συνεχή χρήση ενυδατικών αλοιφών και υποκατάστατων σαπουνιού. Το έγκαυμα είναι συχνότερο στην αρχική φάση της θεραπείας, γι' αυτό και απαιτείται εμπειρία απ' το θεραπευτή στον καθορισμό της κατάλληλης δόσης. Τα ψωραλένια μπορεί να χρησιμοποιούνται και τοπικά, είτε σε μορφή τοπικών σκευασμάτων, είτε αφού προστεθούν στο νερό μπάνιου και κατόπιν επακολουθήσει έκθεση στην UVA. Η μέθοδος είναι αποτελεσματική αλλά και πάλι το έγκαυμα είναι συχνό.

Η τεχνική της μεθόδου έχει ως εξής:

Χορηγούμε στον άρρωστο δύο δισκία του ψωραλενίου (S - Methohypsoralen - 8 - Mor) εφ 'άπαξ και μετά 2 ώρες εκτίθεται στο μηχάνημα που παρέχει την ακτινοβολία A (το ψωραλένιο χορηγείται από το στόμα σε ποσότητα 0.6 mg/kg βάρους, κυκλοφορεί σε δισκία των 10 mg). Η θεραπεία γίνεται συνήθως ανά 2ήμερο.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα φαίνεται μετά από 2 - 3 εβδομάδες και γενικά κρίνεται σαν πολύ ικανοποιητικό.

Από τις παρενέργειες της μεθόδου αναφέρομε το ερύθημα και τον καύσο του δέρματος, τη ναυτία, τον κνησμό, τον πονοκέφαλο και τη ζάλη που συνοδεύουν την θεραπεία.

Από τις αντενδείξεις της θεραπείας είναι στα παιδιά, η εγκυμοσύνη, σε αρρώστους με γνωστή φωτοευαισθησία και γενικά σε πολύ ήπιες περιπτώσεις όπου τι τοπική θεραπεία έχει καλό αποτέλεσμα.

Ενδείκνυται σε μορφές γενικευμένης ψωρίασης όπου έχουν αποτύχει οι άλλες θεραπείες ή δεν μπορεί να χορηγηθεί το Methotrexate. Σε ήπιες μορφές όπου δεν μπορούμε να δώσουμε άλλη θεραπεία.

Συστηματική Θεραπεία

♦ Κορτικοειδή

Η συστηματική χορήγηση των κορτικοειδών αντενδείκνυται. Παρ' όλη τη βελτίωση που παρουσιάζεται από τα κορτικοστεροειδή, εν τούτοις οι παρουσιαζόμενες υποτροπές είναι πολύ έντονες, επί πλέον δε υπάρχει ο κίνδυνος της εμφάνισης ή μετάπτωσης σε φλυκταινώδη ψωρίαση. Στις μόνες μορφές που μπορούμε να χορηγήσουμε κορτικοστεροειδή είναι στη

φλυκταινώδη και ερυθροδερμική μορφή, πάντοτε όμως σε λογικές δόσεις και για μικρό χρονικό διάστημα.

♦ **Metrotrexate (MTX)**

Η χορήγηση των ανταγωνιστών του φυλλικού οξέος μπήκε στη θεραπεία της ψωρίασης από το 1955 και ακόμα χορηγείται πάντοτε με εξαιρετα αποτελέσματα. Το MTX χορηγείται από το στόμα, ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως η δε απέκκρισή του γίνεται κυρίως από τα νεφρά και το ήπαρ.

ΤΟ MTX αναστέλλει τη σύνθεση του ONA δι' ανταγωνισμού σαν ένζυμο για τη διϋδροφολική ρεδουκτάση και η δράση αυτή γίνεται από ταχέως πολλαπλασιαζόμενο επιδερμικό κύτταρο. Γενικά το MTX έχει την ικανότητα να αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων χωρίς να επιδρά στη λειτουργία αυτών. Τα πιο πάνω επιτυγχάνονται από την ικανότητα του φαρμάκου να ανταγωνίζεται την αναστολή της ρεδουκτάσης του φυλλικού οξέος και τη σύγχρονη ελάττωση στη σύνθεση του ONA από τη θυμίνη, το MTX δρα στα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα που βρίσκονται στην φάση =8= κατά την περίοδο που το φάρμακο χορηγείται. Βέβαια αρκετές από τις ενέργειες του MTX στις διάφορες μορφές ψωρίασης είναι ακόμα αδιευκρίνιστες.

Το MTX χορηγείται ενδομυϊκά κάθε 7 ημέρες 0.2 - 0.4 mg/kg βάρους. Η ίδια χορηγείται από το στόμα σε εφ' άπαξ δόση. Πριν αρχίσει η θεραπεία πρέπει να γίνεται έλεγχος της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας καθώς και αιματολογικός έλεγχος. Ο έλεγχος πρέπει να επαναλαμβάνεται στο μέσο καθώς και στο τέλος της θεραπείας.

Από τις πιο σοβαρές παρενέργειες του MTX είναι η κίρρωση του ήπατος. Από εκείνες που υποπίπτουν άμεσα στην αντίληψή μας είναι οι ελκώσεις που κάνει στη στοματική κοιλότητα. Παρ' όλους τους προαναφερθέντες κινδύνους το MTX χορηγείται στην ψωρίαση με πολύ καλά αποτελέσματα ιδίως στις μορφές εκείνες της ψωρίασης όπου δεν υπάρχει εκλογή για άλλη θεραπεία ή έχουν αποτύχει οι άλλες θεραπείες (φλυκταινώδης, ερυθροδερμική).

♦ **Υδροξουρία**

Η υδροξουρία είναι γνωστή από πολλά χρόνια για τη δράση της στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία.

Η δράση του φαρμάκου βασίζεται στην αναστολή της παραγωγής του ONA χωρίς να επηρεάζει το RNA ή τη σύνθεση των πρωτεϊνών.

Δεσμεύει τη μετατροπή των ριβονουκλεοτιδίων σε δεοξυριβονουκλεοτίδια δια παρεμβολής με το ένζυμο ριβονουκλεοσίδη - διφωσφορική ρεδοκτάση. Η δράση της είναι στον κυτταρικό κύκλο στην φάση =S=. Η υδροξυουρία χορηγείται από το στόμα σε δόσεις 0.5 gr 2-3 φορές την ημέρα. Απορροφάται τελείως και πολύ γρήγορα αποβάλλεται από τα νεφρά.

Οι παρενέργειές της είναι πολύ πιο ήπιες από το MTX και δεν προκαλεί βλάβη του ήπατος.

♦ **Αζαθειοπρίνη (Immuran)**

Παρεμβαίνει στην σύνθεση της πουρίνης, αναστέλλοντας το ένζυμο υποξανθίνη φωσφοριβοσιλτρανσφεράση, το οποίο μετατρέπει την υποξανθίνη στο ριβονουκλεοτίδιο του ινοσινικού οξύ. Επηρεάζει τόσο τη σύνθεση του ONA όσο και του DNA. Θεωρείται κατώτερο από θεραπευτικής απόψεως από το MTX. Δίνεται συνεχώς από το στόμα 1.5 - 3 mg/kg βάρους.

♦ **Μυκοφαινολικό οξύ**

Βρίσκεται ακόμα στο πειραματικό στάδιο με αποτελέσματα αμφισβητούμενα.

♦ **Ρετινοειδή**

Τα ρετινοειδή είναι τα νέα σκευάσματα που υπόσχονται πολλά στη θεραπεία της ψωρίασης και των άλλων δερματοπαθειών που οφείλονται σε διαταραχή της κερατινοποίησης καθώς και την ακμή.

Τα ρετινοειδή είναι συνθετικά ανάλογα του μορίου του οξέος της βιταμίνης Α. Τα πρώτα αποτελέσματα από μια εκτεταμένη μελέτη για τη θεραπεία της ψωρίασης ανακοινώθηκαν το 1977. Από τη μελέτη αυτή βρέθηκε η πολύ καλή ανταπόκριση των ρετινοειδών στην κοινή ψωρίαση και ακόμα τα καλύτερα αποτελέσματα στη φλυκταινώδη και ερυθροδερμική μορφή ψωρίασης.

Ο τρόπος δράσης των χορηγουμένων από το στόμα ρετινοειδών σε γενικές γραμμές φαίνεται να είναι η κυτταροτοξική δράση ιδίως στα προσβεβλημένα ψωριασικά κερατινοκύτταρα και ως εκ τούτου καθαρίζει την επιδερμίδα και έτσι αφήνει ελεύθερα το πεδίο για την προσέλευση νέας γενεάς κυττάρων, τα οποία απαντούν φυσιολογικά σ' ένα φυσιολογικό ερέθισμα για τον έλεγχο της ανάπτυξης και έτσι εμφανίζεται φυσιολογική η ανάπτυξη και ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων.

Τα ρετινοειδή χορηγούνται από το στόμα σε ποσότητα 1 mg/kg βάρους την ημέρα. Στη φλυκταινώδη χορηγούνται 75 mg την ημέρα και η ανταπόκριση είναι πολύ γρήγορη (από λίγες ημέρες μέχρι λίγες εβδομάδες). Στην ερυθροδερμική μορφή το θεραπευτικό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με μικρές δόσεις 25 - 35 mg ημέρα για μεγαλύτερη περίοδο (8 - 10 εβδομάδες).

Παρενέργειες ρετινοειδών

Τα ρετινοειδή έχουν τερατογόνο δράση γι' αυτό πρέπει στη χορήγησή τους να λαμβάνονται όλα τα ενδεικνύμενα μέτρα. Επίσης προκαλούν αύξηση των τριγλυκεριδίων του ορού, χειλίτιδα, ρινίτιδα, κνησμός, διάχυτος αλωπεκία και αύξηση των τρανσαμινασών είναι από τις συχνές και σχετικά ήπιες παρενέργειες.

Συνδυασμός διαφόρων θεραπευτικών μέσων

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε ότι τα χρησιμοποιούμενα γνωστά θεραπευτικά μέσα, αν γίνουν κατάλληλοι συνδυασμοί, δίνουν αποτέλεσμα που κρίνεται ως καλύτερο και συγχρόνως ελαττώνεται η δόση των φαρμάκων καθώς και ο χρόνος θεραπείας.

Οι συνδυασμοί αυτοί γίνονται με ανθραλίνη και PUVA, με τοπικά κορτικοστεροειδή, ρετινοειδή και MTX.

Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με ψωρίαση

Η φροντίδα αυτή γίνεται για να επιτευχθεί η ανύψωση του ηθικού του ασθενή και η σωματική του τόνωση, έτσι ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.

Επίσης από το νοσηλευτή –τρια γίνεται ενθάρρυνση και διδασκαλία για την αποδοχή της νόσου, αλλά και για τη σημαντική βοήθεια που μπορεί να προσφέρει ο ασθενής με τη συνεργασία του στη διαδικασία θεραπείας.

→ Ψυχολογική Τόνωση:

Ο ασθενής όταν έρχεται στο νοσοκομείο διακατέχεται από ένα σωρό αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία αφορούν την εμφάνιση και τη σοβαρότητα της νόσου. Τέτοια συναισθήματα είναι η ανησυχία, ο φόβος, η αγωνία κλπ

Ο νοσηλευτής –τρια οφείλει να αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, τον οποίο φροντίζει να ενημερώνει για τη δυσκολία ίασης και για τη χρονιότητα της νόσου. Ενώ

συγχρόνως θα τονίσει την έλλειψη μεταδοτικότητας όπως και τη δυσκολία επηρεασμού της γενικότερης υγείας από τη νόσο.

→ **Σωματική Τόνωση:**

Αυτή αφορά την καλή θρέψη του ασθενή, η οποία επιτυγχάνεται με τον καθορισμό σωστού διαιτολογίου από τον ιατρό.

Η συμβολή του νοσηλευτή -τριας στη διατροφή είναι σπουδαία. Μετά τον καθορισμό του σωστού διαιτολογίου από τον ιατρό ο νοσηλευτής –τρια παρακολουθεί τη διατροφή και φροντίζει για τη σωστή θρέψη του ασθενή, αλλά και για προβλήματα που ίσως προκύψουν.

→ **Δίαιτα του Ασθενή**

Η δίαιτα του ασθενή πρέπει να είναι ισορροπημένη, ν' αποτελείται δηλαδή από όλα τα απαραίτητα συστατικά για τον οργανισμό. Η αποφυγή ορισμένων ουσιών δεν έχει αποδειχθεί ότι πρέπει να γίνεται. Ο αποκλεισμός συστατικών από τον οργανισμό γίνεται μόνο όταν η χορήγηση κάποιου φαρμάκου το απαιτεί και όταν αυτά είναι επιβλαβή για την υγεία του ασθενή, λόγω ύπαρξης άλλων προβλημάτων υγείας. Συνήθως, γίνεται αποφυγή λιπιδίων,, λευκωμάτων και υδατανθράκων ενώ κατά την per os χορήγηση όλων των φαρμάκων γίνεται απαγόρευση του αλκοόλ. Ακόμα, ο αποκλεισμός συστατικών γίνεται και για την ελάττωση βάρους σε περιπτώσεις έντονης παχυσαρκίας.

→ **Καθαριότητα Σώματος:**

Είναι από τους βασικότερους παράγοντες για τη σωστή εφαρμογή αλλά και πορεία της ψωρίασης.

Το λουτρό καθαριότητας επιβάλλεται να γίνεται καθημερινά με ιδιαίτερη φροντίδα και επιμέλεια. Επίσης πρέπει να επαναλαμβάνεται όταν συγκεκριμένος τρόπος θεραπείας το απαιτεί. Το σαπούνι που χρησιμοποιείται πρέπει να έχει ουδέτερο pH.

Ο νοσηλευτής –τρια, τονίζει στον ασθενή:

- Τη σπουδαιότητα της καθαριότητας του δέρματος
- Την ανάγκη της καθημερινής εφαρμογής του λουτρού καθαριότητας
- Την επανάληψη του λουτρού μετά από συγκριμένη θεραπεία
- Τη σημασία της καθαριότητας με τη χρήση μη ερεθιστικών ουσιών για το δέρμα και χωρίς τη χρήση τρίφτη
- Την ανάγκη επίτευξης της καλύτερης λειτουργικότητας του δέρματος

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα των νυχιών, για την αποφυγή μόλυνσεως.

→ **Εξασφάλιση Επαρκούς και Καλού Ύπνου**

Ο ασθενής μετά τη διαδικασία εισαγωγής του στο νοσοκομείο, αισθάνεται κόπωση, αγωνία και φόβο. Αυτό είναι λογικό λόγω της αλλαγής των συνθηκών περιβάλλοντος αλλά και της ψυχολογικής του κατάστασης εξαιτίας της ασθένειας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να φροντίσει για τη σωματική αλλά και πνευματική ανάπαυση του ασθενή. Όμως, μόνο εάν ο ασθενής είναι ιδιαίτερα αγχώδης και αν κριθεί εντελώς απαραίτητο χορηγείται ηρεμιστικό.⁵²

Κεφάλαιο 6^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

6.1 Βακτηριακές λοιμώξεις

Αντιμετώπιση μολυσματικού κυρίου

Η νόσος σπάνια δεν διαγιγνώσκεται σωστά, μολονότι ο απλός έρπητας, και ιδιαίτερα οι πρωτογενείς προσβολές, σε μερικές περιπτώσεις εκλαμβάνονται εσφαλμένα ως μολυσματικό κηρίο, ενώ σε άλλες περιπτώσεις συμβαίνει το αντίθετο.

Η θεραπεία με το κατάλληλο αντιβιοτικό είναι αποτελεσματική. Μολονότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικά αντιβιοτικά, τα συστηματικά για 5 ημέρες είναι περισσότερο αποτελεσματικά και το εξάνθημα συνήθως εξαφανίζεται μέσα σε 24 ώρες. Οι στρεπτόκοκκοι ανταποκρίνονται στην πενικιλίνη (είτε στην ερυθρομυκίνη), πολλά όμως στελέχη σταφυλοκόκκων εμφανίζουν αντίσταση, οπότε η ερυθρομυκίνη είτε ή φθοριοκλωξακιλλίνη είναι τα φάρμακα που προτιμούνται.⁴

Αντιμετώπιση θυλακίτιδας

Θα πρέπει να χορηγηθεί ένα αντιβιοτικό per os όπως υποδεικνύεται από την καλλιέργεια. Ο συνήθης παθογόνος μικροοργανισμός είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, οπότε θα πρέπει να αρχίσει η χορήγηση της κατάλληλης εμπειρικής θεραπείας.

Οι επαναλαμβανόμενες καλλιέργειες μπορεί να βοηθήσουν. Θα πρέπει να καλλιεργείται υλικό από τη ρίνα και να αποθαρρύνεται ο ξεσμός τόσο της ρινός όσο και του δέρματος. Τέλος, εάν τα επίπεδα του σιδήρου είναι χαμηλά θα πρέπει να αποκαθίστανται.⁴

Θεραπεία δοθήνα

Η χρήση ζεστών επιθεμάτων δύο φορές την ημέρα μπορεί να βοηθήσει στη μετακίνηση του αποστήματος προς την επιφάνεια του δέρματος. Η διάνοιξη και η παροχέτευση της βλάβης όταν αυτή καταστεί κλυδάζουσα, αποτελεί την πρωταρχική

θεραπεία. Η απόπειρα πρόωμης διάνοιξης και παροχέτευσης μπορεί να οδηγήσει σε αιμορραγία χωρίς την έξοδο πύου. Δεν είναι απαραίτητη η per os λήψη αντιβιοτικών από υγιής ξενιστές αν διενεργηθεί διάνοιξη και παροχέτευση. Στις χρόνιες περιπτώσεις, το καθημερινό καθάρισμα του σώματος με εξαχλωροφαίνιο και η χρήση μουπιροσίνης ή Bactroban στη ρίνα και τον πρωκτό (για τον ασθενή μόνο ή για όλα τα μέλη της οικογένειας) είναι συνήθως αποτελεσματικά. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να χρειαστεί η λήψη αντιβιοτικών από το στόμα.

Θεραπεία ερυσιπέλατος

Χωρίς θεραπεία το ερύθημα κορυφώνεται σε 1 εβδομάδα και υποχωρεί σε 1-2 εβδομάδες. Σε μερικές περιπτώσεις συμβαίνει βαθιά λοίμωξη, δυνητικά θανατηφόρος. Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις συμβαίνουν σε 18-30% και μπορεί να προκαλέσουν πάχυνση δέρματος και απόφραξη λεμφαγγείων. Πρόωμες και ήπιες περιπτώσεις ερυσιπέλατος με αντιβιοτικά από του στόματος ή ενδομυϊκά. Μία πενικιλίνη ανθεκτική στην πενικιλινάση, πρώτης γενιάς κεφαλοσπορίνη ή ερυθρομυκίνη αποτελούν κατάλληλη θεραπευτική επιλογή. Πιο σοβαρές λοιμώξεις χρειάζονται ενδοφλέβια αγωγή. Το υποτροπιάζον ερυσίπελας δυνατόν να χρειάζεται μακροχρόνια προφυλακτική αγωγή με χαμηλή δόση πενικιλίνης ή ερυθρομυκίνης.¹⁰³

Θεραπεία ερυθράσματος

Η θεραπεία για το τοπικό ερύθρασμα περιλαμβάνει τοπικά αντιβιοτικά, από του στόματος αντιβιοτικά και άλλες θεραπείες. Μεσοδακτύλιες λοιμώξεις έχουν δειχθεί δύσκολο να αντιμετωπισθούν και συνήθως χρειάζονται τοπικά και από του στόματος αντιβιοτικά. Η πιο συχνή πρώτη γραμμής θεραπεία είναι Tab Ερυθρομυκίνη 250mg ανά 6 ώρες για 7-14 μέρες. Αυτή η θεραπεία είναι συνήθως αποτελεσματική. Σε ένα μικρό υποσύνολο ασθενών μία δόση κλαριθρομυκίνης 1gr έχει δειχθεί ότι καθαρίζει την λοίμωξη. Τοπικές θεραπείες όπως γέλη ερυθρομυκίνης 2%, διάλυμα κλινταμικίνης 2%, διάλυμα Whitfield (βενζοϊκό οξύ 12%, σαλυκυλικό οξύ 6%) και καθαρισμός με αντισηπτικό σαπούνι και νερό θεωρείται ότι έχουν ρόλο στην αγωγή. Τα συμπτώματα και οι βλάβες υποχωρούν σε 48 ώρες.¹⁰³

6.2 Μυκητιάσεις

Θεραπεία μυκητιάσεων από δερματοφύτα

Συστηματική, από του στόματος αγωγή, ενδείκνυται στη δερματοφυτίαση του τριχωτού, του γενείου, συνήθως στην ονυχομυκητίαση, στην εκτεταμένη δερματοφυτίαση του κορμού και στις εν τω βάθει (υποδόριες) μορφές. Στην ονυχομυκητίαση αγωγή από το στόμα δίδεται, συνεχόμενα ή διακοπτόμενα, για τουλάχιστον 3 μήνες, ενώ στην δερματοφυτίαση του τριχωτού συχνά για 2 ή περισσότερους μήνες. Τα συνήθη συστηματικώς χορηγούμενα φάρμακα είναι η γκριζεοφουλβίνη, η ιτρακοναζόλη και η τερβιναφίνη. Τα τοπικά χορηγούμενα φάρμακα (σε μορφή κρέμας, αλοιφής, λοσιόν, σκόνης κ.α.) που χρησιμοποιούνται ανήκουν σε τρεις κύριες κατηγορίες: στις αζόλες (μικοναζόλη, κλοτριμαζόλη, εκοναζόλη, σουλκοναζόλη, κετοκοναζόλη, οξικοναζόλη, τιοκοναζόλη, ισοκοναζόλη, μπιφοναζόλη, φεντικοναζόλη και σερτακοναζόλη), στις αλλυλαμίνες (τερβιναφίνη, ναφτιφίνη) και στις κυκλοπυριδινόνες (κυκλοπυροξολαμίνη). Άλλα τοπικά χορηγούμενα φάρμακα είναι η αμορολφίνη, η χαλοπρογκίνη και η τολναφτάτη.

Τα αντιμυκητιακά φάρμακα που δίνονται από το στόμα πρέπει πάντα να δίδονται με συνταγή και υπό παρακολούθηση γιατρού, λόγω των πιθανών παρενεργειών και αλληλεπιδράσεων τους με άλλα φάρμακα. Λόγω των πιθανών αυτών παρενεργειών και του υψηλού κόστους τους, στις προηγμένες χώρες της Αμερικής και Ευρώπης για την έναρξη αγωγής από το στόμα συχνά απαιτείται εργαστηριακή τεκμηρίωση της μυκητίασης, δηλαδή θετική καλλιέργεια.⁵⁵

6.3 Ιογενείς λοιμώξεις

Θεραπεία ιλαράς

Η θεραπεία είναι συμπτωματική. Ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν εμφάνιση βακτηριακής λοίμωξης ή άλλων επιπλοκών. Συνίσταται προληπτικά ανοσοποίηση.⁴

Θεραπεία ερυθράς

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία της ερυθράς, γι' αυτό και η αντιμετώπισή της είναι συμπτωματική : αντιπυρετικά, διατροφή με πολλά υγρά, κλπ.

Θεραπεία ανεμευλογίας

Σχετικά με τη θεραπεία της ανεμευλογίας, οι ενήλικες ασθενείς ωφελούνται από τη λήψη ασυκλοβίρης ή των παραγώγων της, αν ξεκινήσουν τη θεραπεία μέσα σε 24-48 ώρες από την εμφάνιση του εξανθήματος. Υπάρχει όφελος και για τα παιδιά εάν χορηγηθεί το φάρμακο μέσα σε 24 ώρες από την έναρξη της νόσου αλλά δεν είναι τόσο σημαντικό. Η εφαρμογή υγρών επιθεμάτων για την απομάκρυνση των εφελκίδων και η ακεταμινοφαίνη (όχι η ασπιρίνη, γιατί υπάρχει ο κίνδυνος ανάπτυξης συνδρόμου Reye) είναι επιβοηθητικά. Η ασυκλοβίρη μειώνει σημαντικά ή προφυλάσσει από την εμφάνιση πυρετού και φουσαλίδων αλλά δεν προλαβαίνει την ορομετατροπή στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης κατά του ιού της ανεμευλογίας - έρπητα ζωστήρα συνίσταται ως μέθοδος προφύλαξης σε ευπαθή άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο και έχουν εκτεθεί στον ιό και είναι αποτελεσματική εάν χορηγηθεί μέσα σε 96 ώρες μετά την έκθεση.⁴

Θεραπεία μυρμηκιών

Οι ομαλές μυρμηκιές συνήθως δεν απαιτούν θεραπεία, αλλά εάν αυτή ενδείκνυται, εφαρμόζεται καθημερινά ένα τοπικό παρασκεύασμα σαλικυλικού οξέος ή χρησιμοποιείται η μέθοδος της κολλητικής ταινίας.

Συνήθως αποφεύγεται η αντιμετώπιση των κοινών μυρμηκιών, ειδικά εάν το παιδί είναι μικρό και δεν συνεργάζεται όταν πρόκειται να διενεργηθεί κάποια επώδυνη επέμβαση. Συνίσταται στον γονέα η τοπική χρήση σαλικυλικού οξέος καθημερινά για αρκετούς μήνες. Στην περίπτωση που ενδείκνυται η θεραπεία των μυρμηκιών, η διενέργεια κρυοθεραπείας, κάθε 1-3 εβδομάδες επιφέρει την ίαση στο 40-60% μέσα σε 3 μήνες. Τα ποσοστά ίασης μειώνονται σημαντικά εάν ο ψεκασμός πραγματοποιείται κάθε 4 εβδομάδες. Σε μια εκτενή έρευνα έγινε σύγκριση των θεραπειών που ελάμβαναν χώρα κάθε 1, 2 και 3 εβδομάδες και ανευρέθηκε ότι η επιτυχία της μεθόδου συσχετίζεται με τον αριθμό των συνεδριών και όχι με το διάστημα που μεσολαβούσε ανάμεσα σ' αυτές. Επομένως, όταν ο ψεκασμός διενεργείται κάθε 1-2 εβδομάδες οδηγεί στην ταχύτερη υποχώρηση των βλαβών παρά όταν γίνεται κάθε 3 εβδομάδες.

Ένα μόνο κύκλος ψύξης- απόψυξης φαίνεται ότι είναι το ίδιο αποτελεσματικός όσο και οι δύο, εκτός ίσως από την περιοχή των πελμάτων. Θα πρέπει να τονίσουμε στον ασθενή ότι η 1 ή 2 θεραπείες δεν είναι συνήθως αρκετές. Οι μυρμηκιές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κάθε 1-3 εβδομάδες μέχρι να υποχωρήσουν και αυτό τις περισσότερες

φορές απαιτεί 5 ή πιο πολλές συνεδρίες. Συνίσταται η απόξεση των πελματικών μυρμηκίων πριν από την εφαρμογή ψύξης λόγω την ενδοφυτικής τους φύσης. Η καθημερινή τοποθέτηση τοπικών εμπλάστρων και η απόξεση που διενεργείται από τον ασθενή μπορεί να βοηθήσουν. Η διαδικασία αυτή ακολουθείται την εβδομάδα πριν από την επόμενη επίσκεψη. Στις εναλλακτικές μεθόδους καταστροφής περιλαμβάνεται η εφαρμογή τριχλωροξικού οξέος.⁴

Θεραπεία απλού έρπητος

Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι πλήρως ενήμεροι για τη λοιμώδη φύση της νόσου και τη δυνατότητα ασυμπτωματικής απόπτωσης. Η τοπική θεραπεία με ασυκλοβίρη ή πενσυκλοβίρη έχει ελάχιστο μόνο όφελος.

Η αποκάλυψη στον ασθενή ότι πάσχει από έρπητα γεννητικών οργάνων μπορεί να προκαλέσει πολλές αρνητικές συναισθηματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις. Οι ασθενείς μπορεί να αισθανθούν σε μεγάλο βαθμό ντροπή ή ενοχή και να κλάψουν μπροστά στον ιατρό. Επίσης είναι δυνατόν να πιστέψουν ότι τιμωρούνται για σεξουαλικές πράξεις που είναι ανήθικες ή ασύδοτες. Πολλές φορές αποσύρονται από κοινωνικές συναναστροφές και πανικοβάλλονται ότι πρέπει να ενημερώσουν τον τωρινό, τον πρώην ή τον μελλοντικό σεξουαλικό τους σύντροφο σχετικά με την ερπητική τους λοίμωξη. Μπορεί επίσης να φοβούνται τη σεξουαλική απόρριψη. Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι η μεθοδευμένη ψυχολογική παρέμβαση που δίνει έμφαση: στην πληροφόρηση αναφορικά με τη λοίμωξη, τους τρόπους μόλυνσης και μετάδοσης, την αναγνώριση των εκλυτικών παραγόντων καθώς επίσης και τον έλεγχο του στρες, καθώς και σε άλλες δεξιότητες χειρισμού της κατάστασης επέφερε πράγματι τη μείωση των υποτροπών.

Θεραπεία ερπητικής ουλοστοματίτιδας

Για τη θεραπεία χορηγούνται αντικοί παράγοντες per os. Η τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων δύο φορές την ημερησίως βοηθά στη μείωση της εφελκιδοποίησης. Η τοπική χρήση βαζελίνης ή μιας αντιβιοτικής αλοιφής περιορίζει την ανάπτυξη εφελκίδων και το άλγος και επιταχύνει την επούλωση.

Θεραπεία επιχείλιου έρπητα

Αν χορηγηθεί άμεσα θεραπεία με αντιικούς παράγοντες per os, μειώνεται κατά πολύ ο χρόνος επούλωσης. Η τοπική περιποίηση με καθαριστικό και αλοιφές συμβάλλει στην επιτάχυνση της επούλωσης. Η τοπική χρήση ασυκλοβίρης ή των παραγώγων της έχουν περιορισμένο όφελος ή κανένα, εκτός και αν ξεκινήσει τη στιγμή έναρξης των συμπτωμάτων.

Θεραπεία έρπητα ζωστήρα

Η έγκαιρη χορήγηση (π.χ. μέσα σε 72 ώρες από την εμφάνιση των δερματικών βλαβών) ασυκλοβίρης, φαμσυκλοβίρης ή βαλασυκλοβίρης, περιορίζει ο άλγος και μειώνει τον χρόνο επούλωσης. Η θεραπεία αυτή συνίσταται ισχυρά σε άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών με μέτρια ή βαριά κλινική εικόνα και άλγος ή σε εκείνους που πάσχουν από οφθαλμικό έρπητα ζωστήρα. Στους ανοσοκατεσταλμένους, η θεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται μέχρι να επουλωθούν οι βλάβες.

Σε μια μεγάλη έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 1.140 ασθενείς, έγινε σύγκριση μεταξύ της βαλασυκλοβίρης και της ασυκλοβίρης. Διαπιστώθηκε ότι χορήγηση βαλασυκλοβίρης μείωσε τη διάρκεια του πόνου. Έχει επίσης πιο απλό δοσολογικό σχήμα σε σχέση με την ασυκλοβίρη και γι' αυτό προτιμάται για τη θεραπεία της οξείας φάσης του έρπητα ζωστήρα σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Σε ασθενείς ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερους με μέτρια ή βαριά κλινική εικόνα και άλγος, στους οποίους τα κορτικοστεροειδή δεν αντενδείκνυνται, η πρεδνιζόνη βοηθά στην καταστολή αρκετών συμπτωμάτων. Πολλές φορές είναι αναγκαία η χρήση ναρκωτικών αναλγητικών. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τον κίνδυνο πιθανής μετάδοσης ανεμευλογιάς από τις βλάβες, μέχρι αυτές να εφελκιδωποιηθούν.

Κεφάλαιο 7^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

7.1 Γενικές αρχές

Το μελάνωμα είναι μια απρόβλεπτη νόσος με συχνά παράδοξη βιολογική συμπεριφορά και με δυνατότητα να υποτροπιάσει ή να δώσει μεταστάσεις ακόμα και μετά την παρέλευση πολλών ετών, οπότε η έννοια της ίασης στα μελανώματα παραμένει σχετική και αδιευκρίνιστη. Η αντιμετώπιση του κακοηθούς μελανώματος δεν έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία είκοσι χρόνια. Πέραν της χειρουργικής, η οποία είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής, μόλις πρόσφατα άρχισαν να εφαρμόζονται τρεις νέες μέθοδοι. Η πρώτη αφορά την προφυλακτική αφαίρεση των λεμφαδένων σε ασθενείς με ενδιάμεσου πάχους διήθησης μελάνωμα. Η δεύτερη αφορά την ανίχνευση και εντόπιση του λεμφαδένα «φρουρού» στην περιοχή της πρωτοπαθούς εστίας και η τρίτη αφορά την εφαρμογή μετεγχειρητικής ανοσοθεραπείας με α-ιντερφερόνη σε ασθενείς με μελάνωμα πάχους >4mm ή θετικών λεμφαδένες. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία αποτελούν τρόπους θεραπείας για το μεταστατικό μελάνωμα.¹⁰⁴

Η δυσκολία στη σύγκριση αποτελεσμάτων αντιμετωπίστηκε με τις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η συχνή απουσία φανερών κριτηρίων για την επιλογή θεραπευτικών μεθόδων και το γεγονός ότι τα διαθέσιμα αποτελέσματα δεν μπορεί να θεωρηθούν οριστικά, συμβάλλουν στην αίσθηση της σύγχυσης σχετικά με τις θεραπευτικές ενδείξεις για την ποικιλία των κλινικών σταδίων του μελανώματος.

Εάν η εξάπλωση γίνεται σε τοπικό επίπεδο, η χειρουργική αφαίρεση προτιμάται. Όμως σε περιστατικά με σημασία διασποράς της νόσου, η χημειοθεραπεία είναι η μέθοδος εκλογής. Ακτινοθεραπεία, ενδείκνυται σε πολύ ειδικές περιπτώσεις και με πολύ προσοχή. Τέλος, η ανοσοθεραπεία δίνει ενθαρρυντικά αποτελέσματα ενώ η ορμονοθεραπεία δίνει συνήθως αρνητικά αποτελέσματα.¹⁰⁵

7.2 Χειρουργική αντιμετώπιση

Προφυλακτική εκτομή λεμφαδένων

Υπάρχουν διάφορες διεθνείς μελέτες που υποστηρίζουν ότι ο προφυλακτικός λεμφαδενικός καθαρισμός στο στάδιο 1 του μελανώματος δεν βελτιώνει την πρόγνωση.

Η κριτική που ασκήθηκε στις μελέτες αυτές εντοπίστηκε στις προκαταλήψεις κατά την επιλογή των αρρώστων και στο γεγονός ότι η τυχαιοποίηση δεν περιελάμβανε ακριβή σταδιοποίηση με μέτρηση του πάχους της βλάβης.^{105,106}

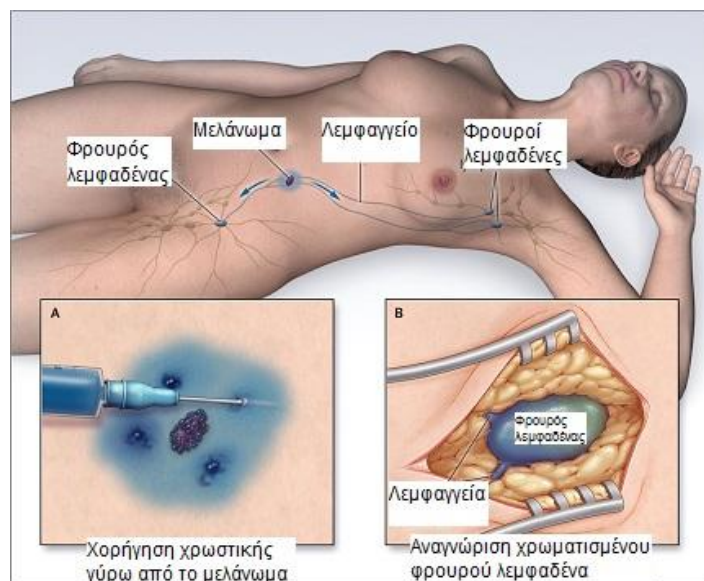
Στις Η.Π.Α. οι περισσότεροι χειρουργοί – ογκολόγοι, συμφωνούν στα παρακάτω:

- ✓ Σε βλάβες μικρότερες του 1 mm, ο λεμφαδενικός καθαρισμός δεν είναι αναγκαίος.
- ✓ Σε βλάβες μεγαλύτερες από 4 mmσε πάχος, ο κίνδυνος αφανών μεταστάσεων είναι υψηλός και η 5ετής επιβίωση σχετικά μικρή. Επομένως, θα ήταν δύσκολο ν' αναγνωρίσει κανείς κάποια σημαντική πρόοδο στην επιβίωση με τον προφυλακτικό λεμφαδενικό καθαρισμό.
- ✓ Σε βλάβες ενδιάμεσου πάχους (1 mm 3,5, mm), η πιθανότητα αφανών μεταστάσεων είναι σχετικά υψηλή και αυτοί είναι οι ασθενείς που αναμένεται να έχουν την μέγιστη ωφέλεια από τον προφυλακτικό καθαρισμό.

Υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό πληροφοριών που υποστηρίζουν αυτή την αντίληψη και οι περισσότεροι χειρουργοί αισθάνονται ότι ο κίνδυνος μετάστασης στους περιοχικούς λεμφαδένες είναι αρκετά υψηλός, ώστε να δικαιολογεί την εκτέλεση προφυλακτικού λεμφαδενικού καθαρισμού.¹⁰⁶

Προφυλακτική εκτομή δυο ή περισσότερων περιοχικών λεμφαδένων αποχετευτικών θέσεων

Οι περισσότεροι χειρουργοί θα προτιμούσαν να μην κάνουν λεμφαδενικό καθαρισμό σε δυο διαφορετικές θέσεις ταυτόχρονα, αλλά να παρακολουθούν τον άρρωστο στενά. Αυτό μπορεί να γίνει αν υπάρχει αντένδειξη. Τότε, χορηγείται μια χρωστική ή ραδιενεργός ουσία στην θέση του πρωτοπαθούς, η οποία δίνει στοιχεία σχετικά με το ποιά είναι η προτιμότερη λεμφική οδός για εκτομή.¹⁰⁷



Εικόνα 15: Διαδικασία εντοπισμού φρουρού λεμφαδένα

7.3 Ακρωτηριασμός

Ο ακρωτηριασμός δακτύλων για υπονύχιο μελάνωμα είναι παραδεκτή θεραπεία. Μεγαλύτεροι ακρωτηριασμοί γίνονται σπάνια, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν αναφορές για μικρές επιβιώσεις μετά από τέτοιους ακρωτηριασμούς. Έχουν αναφερθεί ακόμα και περιπτώσεις οι οποίες περιλαμβάνουν και μία σπάνια ημιπυελοκοτομή.

Εκτός από το υπονύχιο μελάνωμα λοιπόν, όλες οι πρόσφατες μελέτες συγκλίνουν στην αποφυγή ακρωτηριασμού κυρίως απομακρυσμένου για τις υπόλοιπες περιοχές του σώματος. Η καλύτερη θεραπεία για νόσο σε άκρο θα ήταν η κατ' αποκλεισμό έγχυση, κατά την οποία απομονώνεται το άκρο με ελαστικό-ισχαιμικό επίδεσμο και χορηγείται υπέρ-θανατηφόρος δόση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου.^{58,106,107}

7.4 Χημειοθεραπεία

Η μέθοδος της χημειοθεραπείας δίνει καλά αποτελέσματα συνήθως σε μεταστατικές μορφές μελανώματος ενώ ο ίδιος ο όγκος είναι αρκετά χημειοθεραπευτικός.

Η συνήθης αγωγή είναι με Dacarbazine(DTIC) : αναμένεται υποχώρηση της τάξης του 18% αλλά βραχείας διάρκειας και χωρίς επανάληψη. Είναι περισσότερο δραστική σε

πνευμονικές και δερματικές μεταστάσεις. Έχουν ακόμα δοκιμασθεί ως μονοθεραπεία οι νιτροζουρίες (BCNU, CCNU, methylCCNU) με λιγότερο καλά αποτελέσματα. Παρόμοια αποτελέσματα με την Dacarbazine έδωσαν και οι πλατίνες. Σήμερα βρίσκεται στην δεύτερη φάση η αξιολόγηση ενός φυτικού κυτταροτοξικού παράγοντα του Taxol.¹⁰⁸

Οι συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών ή η χημειοθεραπεία σε υψηλές δόσεις που έχει μέχρι τώρα δοκιμασθεί, δεν φαίνεται να είναι ανώτερη από την Dacarbazine όταν χρησιμοποιείται σαν μεμονωμένος παράγοντας. Πάντως ο συνδυασμός με Dacarbazine – CCNU – Bleomycin και Vincristine, έχει αναφερθεί να επιτυγχάνει πλήρη ύφεση σε 40% των ασθενών με μια μέση επιβίωση άνω των 12 μηνών.¹⁰⁹

Ο συνδυασμός CCNU -υροζουρίας – Dacarbazine καθώς και διάφοροι συνδυασμοί με πλατίνες, μπορούν να επιτύχουν αντικειμενική ύφεση σε περίπου 25-30% των περιπτώσεων.

Το αποτέλεσμα της θεραπείας εξαρτάται εν μέρει από το φύλο του ασθενούς (καλύτερα αποτελέσματα στις γυναίκες παρά στους άνδρες), τη γενική κατάσταση του ασθενή και την απουσία εκτεταμένης πολυσπλαχνικής προσβολής.¹⁰⁸

Φάρμακα Συνδυασμένης Χημειοθεραπείας στο Μελάνωμα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ			
ΦΑΡΜΑΚΑ	ΔΟΣΗ	ΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	ΗΜΕΡΕΣ
Bleomycin	154	Υποδόρια	1 ^η , 4 ^η
Vincristine	1 mg/m ²	Ενδοφλέβια	1 ^η , 5 ^η
CCNU (Lomustine)	8 mg/m ²	Per-os	1 ^η
Dacarbazine	200 mg/m ²	Ενδοφλέβια	1 ^η , 2 ^η , 3 ^η , 4 ^η , 5 ^η

Εικόνα 16: Φάρμακα συνδυασμένης χημειοθεραπείας στο Μελάνωμα

7.5 Ακτινοθεραπεία

Παρά το γεγονός ότι, από παλαιά τα μελανώματα θεωρούνται σχεδόν τελείως ανθεκτικά στην ακτινοθεραπεία, νεότερες αντιλήψεις στην ραδιοβιολογία δίνουν κάποιο έδαφος για αισιοδοξία.

Σε μερικές ειδικές περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική και πρέπει να δίνεται σε μεγάλες δόσεις (δηλαδή 500-600 Rδύο φορές την εβδομάδα) μάλλον παρά σε μικρές και πιο συχνά, όπως δίνεται για τους περισσότερους άλλους όγκους.¹⁰⁷

7.6 Ανοσοθεραπεία

Η ανοσοθεραπεία έχει εισαχθεί τελευταία στην θεραπευτική του μελανώματος, βρίσκεται όμως ακόμη στο πειραματικό στάδιο. Κλινικές παρατηρήσεις υποδηλώνουν ότι το μελάνωμα είναι επιδεικτικό ανοσοβιολογικής επιδράσεως. Έτσι ενώ το 1-2% όλων των νεοπλασμάτων είναι μελανώματα, 15% των περιπτώσεων αυτόματης υποχωρήσεως όγκων ανήκουν σε αρρώστους που έπασχαν από μελάνωμα.¹⁰⁹ Επίσης 4,5% των πρωτοπαθών μελανωμάτων εξαφανίζονται αυτομάτως. Με βάση λοιπόν τις παρατηρήσεις αυτές, έχουν γίνει απόπειρες αυξήσεως της άμυνας του οργανισμού.

Η θεραπεία είναι κυρίως μικροβιακή (BCG, Vaccinia, C. Parvum) και γίνεται με σκαριφισμούς στο δέρμα ή με ένεση σε συνδυασμό με κυτταροστατικά οπότε χορηγείται μεταξύ των περιόδων χημειοθεραπείας.

Προληπτική ανοσοθεραπεία καθυστερεί την εμφάνιση υποτροπής χωρίς ν' αυξήσει την επιβίωση. Ενοφθαλισμός δερματικών βλαβών συντελεί στην παροδική ή οριστική εξαφάνιση τους, όμως υποδόριοι όγκοι και μεταστάσεις στα σπλάχνα δεν επηρεάζονται.

7.7 Ενεργητική ανοσοποίηση

Έχει δοκιμασθεί η ανοσοποίηση με λεμφαδενικές μεταστάσεις ή υψηλού κινδύνου τοπική νόσο με ακτινοβολημένα αλλογενή κύτταρα μελανώματος, μόνο ή συνδυασμό με BCG. Η ανοσοποίηση όμως αυτή προκαλεί αντισώματα κατά αλλοαντιγόνου του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας και όχι κατά των ειδικών αντιγόνων του μελανώματος του

ξενιστή. Σήμερα γίνονται προσπάθειες να ενισχυθεί η αντιγονικότητα των κυττάρων του μελανώματος, επιμολύνοντας τα με μη παθογόνους ιούς, όπως ο ιός της νόσου Newcastle.

Οι πρωτεΐνες του ιού που εκφράζονται στην επιφανειακών μελανωματικών κυττάρων, φαίνεται να ενισχύουν την ανοσοδραστικότητα των αντιγόνων του όγκου.

Η αποτελεσματικότητα της ενεργητικής ανοσοποίησης ενισχύεται από την χορήγηση cyclophosphamide, πριν την χορήγηση του εμβολίου, η οποία δεσμεύει τη δράση της υποομάδας Ts κυττάρων που καταστέλλουν την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού στα αντιγόνα του όγκου.

Προσπάθειες γίνονται για την παρασκευή ανοσυνδεδεμένου εμβολίου με το γονίδιο p97 αντιγόνου του μελανώματος και του ιού vacinia ως όχημα.

Ως ενεργητική ανοσοποίηση μπορεί να θεωρηθεί και η ένεση μέσα στη βλάβη του εμβολίου BCG, προκειμένου να προκληθεί ανοσοδιέγερση.

Επίσης, για πρώτη φορά έγινε σε 50χρονο ασθενή στην Αυστραλία το αντικαρκινικό εμβόλιο, ο οποίος έπασχε από μελάνωμα σε προχωρημένο στάδιο και με πολλές μεταστάσεις. Το εμβόλιο έγινε σε 3 δόσεις σε διάστημα δέκα εβδομάδων. Μετά από επανέλεγχο της κατάστασης του, παρατηρήθηκε στασιμότητα στην ανάπτυξη μεταστατικών όγκων και μια συνεχής ανοσολογική αντίδραση στα καρκινικά κύτταρα.

Το εμβόλιο παρασκευάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε τα καρκινικά κύτταρα του ίδιου του ασθενούς να παράγουν μια νέα πρωτεΐνη – την GM-CSF- η οποία φαίνεται ότι ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα εναντίον των καρκινικών κυττάρων.^{108,110}

7.8 Υποστηρικτική Θεραπεία

Το μελάνωμα συνήθως δεν προκαλεί καταβολή δυνάμεων και οι ασθενείς αισθάνονται καλά σε όλη την διάρκεια της νόσου.

Το μελάνωμα γενικά δεν συνοδεύεται από σοβαρά συμπτώματα, εκτός αν τα προκαλεί η θέση του ή το μέγεθος του (π.χ. κεφαλαλγίες αν εντοπίζεται στον εγκέφαλο). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλους καρκίνους όπως της κεφαλής ή του εντέρου, όπου ο ασθενείς αδυνατίζουν και χάνουν την όρεξη τους σχεδόν από την έναρξη της νόσου.^{68,107}

Οι νέες θεραπείες σχεδιάζονται έτσι ώστε να επιτρέπουν και να ενθαρρύνουν όλες τις δραστηριότητες στους ασθενείς.

Η ήπια άσκηση, όπως το κολύμπι ή το περπάτημα, πρέπει να επιδιώκονται από όλους τους ασθενείς που αισθάνονται καλά. Εντονότερες ασκήσεις επιτρέπονται εφ' όσον δεν προκαλούν άσχημα αποτελέσματα, λόγω χάρη κακώσεις στα οστά.

Η καλή και ισορροπημένη διατροφή (δημητριακά ολικής αλέσεως ή σύνθετοι υδατάνθρακες) βοηθά. Οι περίεργες δίαιτες πρέπει ν' αποφεύγονται διότι συχνά υπολείπονται σε βασικά θρεπτικά συστατικά.

Πολλοί ασθενείς που αισθάνονται καλά πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι παίρνουν υψηλές δόσεις βιταμινών ή άλλων εκχυλισμάτων, αν και οι περισσότεροι ακολουθούν κάποια συμβατική αγωγή, όπως ανοσοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

Όπως σε κάθε καρκίνο, η ψυχολογική υποστήριξη είναι σημαντική για την καλή έκβαση της νόσου. Το υψηλό φρόνημα είναι σπουδαίος παράγοντας. Οι ομάδες υποστήριξης βοηθούν τον ασθενή να προσαρμοστεί ώστε να ξεπεράσει το πρόβλημα του όγκου.

Αν και δεν είναι δυνατό να εξηγηθεί, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι όσοι πιστεύουν πως θα πάνε καλά, πραγματικά έχουν καλύτερα αποτελέσματα απ' ότι όσοι εγκαταλείπουν κάθε ελπίδα μόλις μάθουν ότι πάσχουν από καρκίνο. Βέβαια η διάθεση δεν μπορεί μόνη της να κάνει πολλά πράγματα, όμως χωρίς κάποια θετική προοπτική, ακόμα και η αντικειμενική ύφεση της νόσου δεν βοηθά τον ασθενή να αισθάνεται καλύτερα.

7.9 Χειρουργική Θεραπεία – Ο ρόλος των Νοσηλευτών

Τέσσερις μορφές χειρουργικών επεμβάσεων γίνονται σε ασθενείς με κακοήθες μελάνωμα, όπου ο νοσηλευτής καλείται να παρέμβει:

1. Διαγνωστική βιοψία
2. Προφυλακτική εκτομή
3. Ριζική
4. Παρηγορική

1. Διαγνωστική Βιοψία - Νοσηλευτική Παρέμβαση

Η ύποπτη για μελάνωμα βλάβη υποβάλλεται σε βιοψία ώστε να τεκμηριωθεί η κλινική διάγνωση και να πραγματοποιηθεί η ιστολογική εξέταση του βιοψικού υλικού, που θα καθορίσει της περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση. Είναι αναγκαίο η βιοψία να περιέχει ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα της βλάβης και το βάθος της εκτομής θα πρέπει να ικανοποιεί

τις προϋποθέσεις για την μέτρηση του πάχους του μελανώματος και στην σταδιοποίηση του.^{111,109}

Ο νοσηλευτής γνωρίζοντας:

- ✓ Τον σκοπό της βιοψίας
- ✓ Τον τρόπο προετοιμασίας του ασθενή
- ✓ Τα αντικείμενα που θα χρειαστούν
- ✓ Τον τρόπο λήψεως του δείγματος και
- ✓ Τον χρόνο που θα χρειαστεί, είναι ικανοί να ενημερώσουν και να προετοιμάσουν τον ασθενή.

Με τον διάλογο ο ασθενής μπορεί να πληροφορηθεί για τα σχετικά με την βιοψία που πρόκειται να του γίνει, ενώ ο Νοσηλευτής μπορεί να πάρει στοιχεία για το ατομικό και το οικογενειακό ιστορικό υγείας. Στη συνέχεια, για να πραγματοποιηθεί η διαδικασία της βιοψίας, ο ασθενής ελευθερώνει το εξεταζόμενο μέλος του σώματός του και ο νοσηλευτής τον βοηθά να ξαπλώσει και να πάρει την κατάλληλη θέση.

Εκτελεί τοπική προεγχειρητική προετοιμασία με αντισηψία του μέλους και εφοδιάζει τον χειρουργό με τα κατάλληλα εργαλεία. Επίσης, κατά την διάρκεια της επέμβασης καθησυχάζει τον ασθενή από τους φόβους του.

Με το τέλος της επέμβασης, ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια για να ντυθεί και να συνέλθει πλήρως. Ενημερώνεται για την κατάσταση του τραύματος και ορίζεται η επόμενη ημερομηνία επισκέψεως του για επισκόπηση του τραύματος και για αλλαγή αυτού.¹¹²

2. Προφυλακτική, Ριζική και Παρηγορική Εκτομή - Νοσηλευτική Παρέμβαση

Στην περίπτωση του μελανώματος, ο προφυλακτικός καθαρισμός των λεμφαδένων συνίσταται συνίσταται σε εντοπισμένα μελανώματα διαμέσου πάχους. Η επέμβαση αυτή αναμένεται να βελτιώσει την πενταετή επιβίωση κατά 10 - 15%.

Η ριζική αφαίρεση του όγκου και των λεμφαδένων με μεγάλο μέρος υγιούς ιστού είναι απαραίτητη στο εντοπισμένο μελάνωμα με κλινικό στάδιο 3. Η εκτομή των βουβωνικών λεμφαδένων πρέπει να φθάνει μέχρι το διχασμό λαγονίων αγγείων, ενώ των μασχαλιαίων πρέπει να γίνεται μαζί με τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

Η παρηγορική γίνεται για τη ανακούφιση του αρρώστου από τις επιπλοκές της νόσου, όπως σε εντερική απόφραξη, σε εξελκωμένες εστίες και σε επώδυνες εντοπίσεις.

Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε ένα από τα τρία προαναφερθέντα είδη χειρουργικής επέμβασης (προφυλακτική, ριζική, παρηγορική, είναι βασικά η ίδια που εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς και σε κάθε είδος χειρουργικής επέμβασης που πραγματοποιείται. Βέβαια, ορισμένα ειδικά προβλήματα που τυχόν δημιουργηθούν πρέπει να τυγχάνουν ειδικής αντιμετώπισης.

106,71

Προεγχειρητική Ετοιμασία

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, την σοβαρότητα της επέμβασης και την κατάσταση του αρρώστου.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

1. Γενική
2. Τοπική
3. Τελική

1. Γενική Προεγχειρητική Ετοιμασία

- **Ψυχολογική Τόνωση**

Ο νοσηλευτής –τρια υποστηρίζει τον άρρωστο κατά την περίοδο των εξετάσεων και δικαιολογεί τον φόβο που τον διακατέχει για την διάγνωση. Αν οι εργαστηριακές εξετάσεις δείξουν πως ο οργανισμός του ασθενή είναι σε θέση να χειρουργηθεί και η βιοψία επιβεβαιώσει την ύπαρξη κακοήθειας, ενισχύεται η πεποίθηση του αρρώστου πως ο γιατρός θα εφαρμόσει την καλύτερη θεραπεία με τον σωστό επιστημονικό τρόπο.

Η σκέψη του ασθενή για την μετέπειτα πορεία της υγείας του και για την σωματική αρτιμέλεια, δημιουργεί άγχος. Αγωνία, φόβο και αγανάκτηση. Κύριος σκοπός των Νοσηλευτών είναι να μειώσουν την ένταση αυτών των συναισθημάτων και να ηρεμήσουν τον ασθενή. Τον ενθαρρύνουν να εκφράσει τα συναισθήματά του και λύνουν τυχόν απορίες ή παρερμηνεύσεις.

Ακόμα, ένας Νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθεί να εντοπίσει τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα του αρρώστου και να μάθει ποιά άλλη κοινωνική στήριξη έχει. Σε αυτό το σημείο ενθαρρύνεται και η παρέμβαση του συντρόφου ή της άμεσης οικογένειας.^{113,58}

Τέλος, ο ασθενής βεβαιώνεται ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο ώστε το αποτέλεσμα να είναι άριστο. Σημαντική ηθική στήριξη προσφέρει η αναφορά στον νοσηλευτή –τριας σε προηγούμενα περιστατικά και στην πλήρη θεραπεία τους. Καλό θα ήταν ο ασθενής να έρθει σε επαφή με άλλα άτομα που έχουν υποβληθεί σε αντίστοιχη χειρουργική θεραπεία.

- **Σωματική Τόνωση**

Η σωστή θρέψη του ασθενούς, εξασφαλίζεται με την ρύθμιση του διαιτολογίου του, το οποίο εμπλουτίζεται με υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα και βιταμίνες για ν' ανταπεξέλθει ο οργανισμός στις απαιτήσεις της εγχείρησης. Ο νοσηλευτής -τρια παρακολουθεί τον ασθενή να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που παρουσιάζει η διατροφή του

Γνωρίζοντας ότι σε κάθε εγχείρηση ο άρρωστος χάνει υγρά (αίμα, ιδρώτας, έμετοι) φροντίζει για την επαρκή κάλυψή του και παρακολουθεί την σχέση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Βοηθά έτσι στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών όπως shock, ναυτία, δίψα κ.α.

Μια ημέρα πριν την εγχείρηση, ο ασθενής τρέφεται ελαφρά και παραμένει νηστικός την ημέρα της επέμβασης για την αποφυγή εμέτων και μετεωρισμό της κοιλιάς.⁴²

- **Καθαριότητα του ασθενή**

Στην καθαριότητα του ασθενή περιλαμβάνεται ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα και το λουτρό καθαριότητας του δέρματος.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα έχει σαν σκοπό την αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου επάνω στο χειρουργικό τραπέζι, την ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασης από το χειρουργό και την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες.

Ο καθαρισμός του εντέρου επιτυγχάνεται με τη χρήση καθαρικών φαρμάκων και με το καθαρικό υποκλυσμό. Εκτελούνται συνήθως δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες πριν την εγχείρηση. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέως εντέρου.⁴²

Η καθαριότητα του σώματος του ασθενή, εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, που αποβλέπει στην αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της επέμβασης και ο άρρωστος προστατεύεται για να μην κρυώσει.

- **Προετοιμασία, Εκπαίδευση, Προσανατολισμός ασθενή**

Ο ασθενής ενημερώνεται και εκπαιδεύεται σε μετεγχειρητικές ασκήσεις των άκρων και των αναπνευστικών μυών. Επισημαίνεται η αξία των ασκήσεων, της συχνής αλλαγής θέσεως στο κρεβάτι και η όσο το δυνατό γρηγορότερη έγερση του αρρώστου, για την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών και παρενεργειών, όπως: πνευμονική εμβολή, θρομβοφλεβίτιδα κ.α.

Είναι απαραίτητο να ενημερωθεί ο άρρωστος πριν την επέμβαση, για να μην ανησυχήσει όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον και για άγνωστο λόγο.

- **Εξασφάλιση καλού ύπνου**

Πάντα η αναμονή για κάποια εγχείρηση προκαλεί αγωνία και φόβο. Ο ασθενής ταλαιπωρείται και δεν μπορεί να κοιμηθεί. Η αϋπνία και η κόπωση από αυτήν, προδιαθέτουν μια μετεγχειρητική πορεία με δυσχέρειες, ακόμα και εμφάνιση επιπλοκών.

Ο νοσηλευτής –τρια για να εξασφαλίσει στον ασθενή έναν ήσυχο και επαρκή ύπνο, του χορηγεί ύστερα από ιατρική εντολή και μόνο τη νύχτα της παραμονής της εγχείρησης κάποιο ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.⁴²

2. Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει την καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να αποφευχθούν μολύνσεις και επιπλοκές. Η προσοχή των νοσηλευτών εστιάζεται στη σωστή και ακίνδυνη αποτρίχωση. Πρέπει να αποφεύγονται οι μικροτραυματισμοί που θα διευκολύνουν τυχόν είσοδο μικροβίων.

Η θέση και έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου, εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης και πρέπει να περικλείει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

Στην περίπτωση που απαιτείται σύγχρονη πλαστική αποκατάσταση της περιοχής όπου θα γίνει η εκτομή, η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει και την προετοιμασία του δέρματος απ' όπου θα ληφθεί το μόσχευμα ή θα γίνει ο κρημνός.

3. Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Την ημέρα της επέμβασης, ο νοσηλευτής –τρια παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία και την γενική κατάσταση του ασθενή. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια πρέπει να σημειωθεί και αναφέρεται στον υπεύθυνο ιατρό.

Ο ασθενής στη συνέχεια ενημερώνεται για την ώρα που θα πάει στο χειρουργείο και υπενθυμίζεται ότι πρέπει να ουρήσει πριν του φορεθούν τα ρούχα του χειρουργείου. Μισή ώρα πριν την εγχείρηση, ο νοσηλευτής –τρια αφαιρεί όλα τα ενδύματα του ασθενή καθώς και τα κοσμήματα, τις ξένες οδοντοστοιχίες, πρόσθετα μέλη κλπ.

Είναι σημαντικό να ξεβάφονται τα νύχια στις ασθενείς, για να παρακολουθείται τυχόν εμφάνιση κυάνωσης κατά την νάρκωση. Αμέσως μετά ο ασθενής φοράει την ενδυμασία του χειρουργείου και παραμένει στο κρεβάτι του. Σ' αυτό το σημείο ενδείκνυται να γίνει η προνάρκωση. Το είδος της θα καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο και έχει σαν σκοπό την μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την πρόκληση υπνηλίας καθώς και την ελάττωση εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος. Επίσης, δημιουργείται το κατάλληλο περιβάλλον χωρίς θόρυβο και έντονο φωτισμό.

Μετά την προνάρκωση, ο ασθενής μεταφέρεται στο φορείο με το οποίο θα οδηγηθεί στην αίθουσα του χειρουργείου. Καθώς αναχωρεί δέχεται την συμπαράσταση και τις ευχές του νοσηλευτικού προσωπικού.

Κατά τη διάρκεια της αναμονής του αρρώστου από το χειρουργείο, οι νοσηλευτές ετοιμάζουν το θάλαμο, το κρεβάτι και το κομοδίνο του. Επίσης, ελέγχεται η φιάλη και η συσκευή οξυγόνου.¹¹³

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής επανέρχεται στο νοσηλευτικό τμήμα.

Είναι από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες νοσηλευτικές εργασίες. Σκοπός τους είναι:

1. Η προστασία του ασθενούς κατά τις φάσεις της ανάνηψης
2. Η παρακολούθηση της εξέλιξης της ασθένειάς του
3. Η ανακούφιση του πόνου
4. Η πρόληψη των επιπλοκών
5. Η υποστήριξη και η τόνωση του ασθενούς, για την ταχύτερη αποκατάστασή του.^{58,113}

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, περιλαμβάνει:

- Την προστασία του ασθενή κατά την μεταφορά του στον θάλαμο

- Την ασφαλή μεταφορά του ασθενή από το φορείο στο κρεβάτι του. Δίνεται η κατάλληλη θέση ανάλογα με την επέμβαση προσέχοντας τη σωστή λειτουργία των παροχτεύσεων
- Τον έλεγχο των ζωτικών σημείων
- Τον έλεγχο του τραύματος για τυχόν αιμορραγία
- Τον έλεγχο και την επισκόπηση της φλεβικής γραμμής και της ροής των χορηγούμενων υγρών
- Την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο, τις παρενέργειες της νάρκωσης και των άλλων προβλημάτων που αντιμετωπίζει συνήθως τα δύο πρώτα 24ωρα μετά την εγχείρηση
- Την καθαριότητα του σώματος
- Τις συχνές αλλαγές του επιδεσμικού υλικού για την πρόληψη μεθαιμορραγικού shock και αποφυγή μόλυνσης

Αν και όλα όσα αναφέρθηκαν αποτελούν βασικές νοσηλευτικές ενέργειες προς τον ασθενή, περισσότερο έντονη πρέπει να είναι η προσπάθεια προσέγγισης και παρακολούθησης της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης του αρρώστου.

Οι νοσηλευτές έχουν μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης. Η στάση αυτών καθώς και των συγγενών και η έκφραση των θετικών τους συναισθημάτων, θα κάνει τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με περισσότερη αισιοδοξία και δύναμη το μέλλον.¹¹⁴

Είναι γεγονός, πως η ίδια η ασθένεια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας (ακρωτηριασμός μελών, δυσμορφίες κλπ), απαιτούν μεγάλες αλλαγές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη στήριξη και εκπαίδευση (εκμάθηση τεχνικών).

Σε ανάλογες περιπτώσεις, όπου η πλήρης αποκατάσταση του ατόμου είναι αδύνατη, οι προσπάθειες να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει, με τις ικανότητες που του έχουν απομείνει.¹¹³

7.10 Χημειοθεραπεία - Ο ρόλος των Νοσηλευτών

Μια από τις κυριότερες θεραπευτικές επιλογές στην αντιμετώπιση του κακοήθους μελανώματος είναι η χημειοθεραπεία. Χρησιμοποιείται είτε σαν μεμονωμένος παράγοντας είτε σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται από το στόμα, ενδομυϊκά, ενδαγγειακά και με έγχυση σε κοιλότητα. Σε μελάνωμα των άκρων γίνεται χορήγηση του φαρμάκου ενδαρτηριακά, απομονώνοντας το μέρος του σώματος που νοσεί από την υπόλοιπη κυκλοφορία.

Συχνές τοξικές παρενέργειες είναι:

- Ναυτία
- Ανορεξία
- Έμετοι
- Στοματίτιδα
- Διάρροιες
- Αλωπεκία
- Περιφερική νευροπάθεια
- Δερματίτιδες
- Αύξηση της θερμοκρασίας

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας στη χημειοθεραπεία είναι:

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
3. Η έγκαιρη διαπίστωση των επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην προετοιμασία και εφαρμογή της χημειοθεραπείας, είναι:

- ✓ Ο σωστός χειρισμός στην προετοιμασία των φαρμάκων. Απαιτείται μεγάλη προσοχή για την αποφυγή λάθους στο θεραπευτικό σχήμα
- ✓ Ο έλεγχος του σημείου φλεβοκέντησης, η σωστή θέση και η συνεχής παρακολούθηση της έγχυσης
- ✓ Η παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων (πόνος, οίδημα, ερυθρότητα) και η διακοπή του φαρμάκου μετά από ιατρική εντολή

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην προσέγγιση του ασθενή, είναι:

- ✓ Η ενημέρωση του ασθενή για την ευεργετική δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, δηλαδή της καταστροφής των καρκινικών κυττάρων, αλλά και των παρενεργειών τους
- ✓ Η εκπαίδευση αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, ώστε να αποδεχθεί τη θεραπεία του

- ✓ Η αξιολόγηση της γενικής κατάστασής του, δηλαδή της κατάστασης του δέρματος, του τριχωτού της κεφαλής, της υγιεινής της στοματικής κοιλότητας, η σωστή διατροφή και το επίπεδο της διανοητικής κατάστασης.^{115,116}

Νοσηλευτική αντιμετώπιση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας

- Χορήγηση αντιεμετικών και αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, κατόπιν ιατρικής εντολής
- Γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας για την πρόληψη στοματίτιδας
- Δίνονται διουρητικά και ελέγχεται το ισοζύγιο αποβαλλομένων - προσλαμβανομένων υγρών
- Συστηματική θερμομέτρηση και χρήση ψυχρών επιθεμάτων
- Χορηγείται τροφή σε μικρά, συχνά και κυρίως ελκυστικά γεύματα. Η διαίτα πρέπει να είναι πλούσια σε υδατάνθρακες και λευκώματα. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται στην εμφάνιση ανορεξίας και απαιτείται συχνή μέτρηση του σωματικού βάρους
- Ενθαρρύνεται ο ασθενής και λαμβάνονται τα καλύτερα μέτρα για την πρόληψη της αλωπεκίας. Ενημερώνεται για την παροδικότητα του φαινομένου και για την χρήση μαντηλιού, καπέλου, ή περούκας
- Εξασφαλίζονται, άνετο περιβάλλον, ησυχία, σωματική και ψυχικά ανάπαυση.⁴²

7.11 Ακτινοθεραπεία - Η συμβολή των νοσηλευτών

Όπως έχει αναφερθεί, το μελάνωμα είναι όγκος ανθεκτικός στην ακτινοβολία. Συνεπώς η ακτινοβολία χρησιμοποιείται συνήθως για την ανακούφιση των αρρώστων με μεταστάσεις στον εγκέφαλο ή στα οστά. Χρησιμοποιείται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση.

Έχει αποδειχθεί, πως ημερήσιες υψηλές δόσεις ακτινοβολίας φέρνουν καλύτερα αποτελέσματα απ' ότι οι χαμηλές. Τα συνήθη σχήματα δεν ξεπερνούν τις τρεις βδομάδες, έτσι το κόστος είναι χαμηλότερο και ο ασθενής αποδέχεται περισσότερο την θεραπεία.

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας στην ακτινοθεραπεία, είναι:

- ✓ Η ενημέρωση του ασθενή για την ακτινοθεραπεία
- ✓ Η βοήθεια του για την εφαρμογή της θεραπείας

- ✓ Η προστασία του ασθενή, του περιβάλλοντος και του νοσηλευτή από την επίδραση της ακτινοβολίας
- ✓ Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην προστασία του ασθενή είναι:

- ✓ Η ενημέρωσή του για την αποτελεσματικότητα της αγωγής
- ✓ Η ευκαιρία για έκφραση αποριών, ανησυχίας, φόβου και γενικά όλων των συναισθημάτων που διακατέχουν τον ασθενή
- ✓ Η αξιολόγηση της γενικής κατάστασής του (σωματική τόνωση, περιποίηση δέρματος και ιδιαίτερα του σημείου που θα δεχτεί ακτινοβολία)

Νοσηλευτική αντιμετώπιση των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας

- ❖ Προστατεύεται η ακτινοβοληθείσα περιοχή από ήλιο ή κρύο
- ❖ Χορηγούνται αντιεμετικά και αντιδιαρροϊκά φάρμακα
- ❖ Χορηγείται ελαφρά τροφή, υψηλής όμως θερμιδικής αξίας
- ❖ Ελέγχεται το δέρμα του αρρώστου και καθαρίζεται συστηματικά, χωρίς να αφαιρεθεί το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή
- ❖ Ελέγχεται το ισοζύγιο των υγρών
- ❖ Ενημερώνεται για την πιθανή εμφάνιση τριχόπτωσης και ενθαρρύνεται για να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του, που συνήθως είναι παροδικό
- ❖ Προστατεύεται από λοιμώξεις και τραυματισμούς
- ❖ Καλύπτονται οι φυσικές του ανάγκες, όταν χρειάζεται να παραμένει κλινήρης
- ❖ Καταβάλλεται προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του, που συμβάλλει στην μείωση και στην σωστή αντιμετώπιση των δυσχερειών που τυχόν να εμφανιστούν κατά την περίοδο της ακτινοθεραπείας.^{113, 58,42}



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ορισμός – Σκοπός – Στάδια

Η διαδοχική σειρά των νοσηλευτικών ενεργειών που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους, διαμόρφωσαν το περιβάλλον τεκμηρίωσης της Νοσηλευτικής επιστήμης, γνωστό ως «Νοσηλευτική Διεργασία». Η ΝΔ είναι συστηματική μέθοδος λήψεων αποφάσεων και σχεδιασμού της Νοσηλευτικής Φροντίδας.¹¹⁷

Νοσηλευτική διεργασία *ο ρ ί ζ ε τ α ι* ως η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη. Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του.¹¹⁸ Η νοσηλευτική διεργασία *ε ί ν α ι* μια μέθοδος που τροποποιεί το ρόλο των νοσηλευτών, έτσι ώστε να ερευνά με επιστημονικό τρόπο πως να επιλύει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Η μέθοδος αυτή ανεβάζει τη νοσηλευτική από τέχνη σε επιστήμη.⁵⁸

Σ κ ο π ο ί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι οι ακόλουθοι:

1. Διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Πρόληψη της νόσου.
3. Προαγωγή της ανάρρωσης όταν υπάρχει νόσος.
4. Αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του

Ατόμου ¹¹⁸

Σ τ ά δ ι α της νοσηλευτικής διεργασίας είναι τα εξής:

1. Αξιολόγηση: Η συστηματική και συνεχής συλλογή δεδομένων του ασθενούς, η επιβεβαίωση της εγκυρότητας τους και η μετάδοσή τους σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Τα επόμενα στάδια της ΝΔ εξαρτώνται από την πληρότητα και ακρίβεια των συλλεγόντων δεδομένων.

2. Διάγνωση (αναγνώριση προβλήματος): η ανάλυση των δεδομένων του ασθενούς για την αναγνώριση των πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, των παραγόντων που προκαλούν ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτών των προβλημάτων, καθώς και των τρόπων αντιμετώπισης ή των δυνατοτήτων του ασθενούς.

3. Προγραμματισμός: ο καθορισμός των σκοπών/ εκβάσεων από το νοσηλευτή, σε συνεργασία με τον ασθενή, για την πρόληψη, ελάττωση ή επίλυση των προβλημάτων που αναγνωρίστηκαν στις νοσηλευτικές διαγνώσεις. Επίσης, περιλαμβάνει προσδιορισμό των σχετικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να βοηθήσουν τον ασθενή στην επίτευξη αυτών των σκοπών.¹¹⁹

4. Εφαρμογή: Περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και δραστηριότητες που θα βοηθήσουν τον άρρωστο να ανακουφισθεί από τα συμπτώματά του, να ικανοποιήσει όλες του τις ανάγκες, να προστατευθεί από επιπλοκές της νόσου ή από άλλος κινδύνου;, να πετύχει καλύτερη αποκατάσταση της υγείας του και τέλος να επιστρέψει στο κοινωνικό σύνολο σαν ένα χρήσιμο μέλος του.¹²⁰

5. Αξιολόγηση: Η εκτίμηση είναι η μέτρηση της έκτασης στην οποία έχουν επιτευχθεί οι σκοποί του ασθενούς. Ο νοσηλευτής και ο ασθενής συνεκτιμούν το βαθμό επίτευξης των σκοπών/ εκβάσεων που καθορίστηκαν στο σχέδιο της φροντίδας και προσδιορίζουν τους παράγοντες που επηρέασαν, είτε θετικά είτε αρνητικά, την επίτευξή τους. Η ανταπόκριση του ασθενούς στο σχέδιο καθορίζει εάν η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να συνεχισθεί, να τροποποιηθεί ή να τερματισθεί. Εάν η εκτίμηση υποδεικνύει την ανάγκη τροποποίησης της νοσηλευτικής φροντίδας, τότε η ακρίβεια, η πληρότητα και η σχετικότητα των δεδομένων της αξιολόγησης, καθώς και η καταλληλότητα των διαγνώσεων, των σκοπών και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, χρήζουν επανεξέτασης και τροποποίησης.¹¹⁹

Περιγραφή Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι μια συστηματική μέθοδος που κατευθύνει το νοσηλευτή και τον ασθενή στον αμοιβαίο:

1. προσδιορισμό των αναγκών για νοσηλευτική φροντίδα
2. σχεδιασμό και εφαρμογή της φροντίδας, και
3. εκτίμηση των αποτελεσμάτων

Η διεργασία παρέχει το πλαίσιο που δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή και τον ασθενή να πραγματοποιήσουν τα ακόλουθα:

- Συστηματική συλλογή των δεδομένων του ασθενούς (αξιολόγηση)
- Σαφής προσδιορισμός των δυνατοτήτων και των προβλημάτων του ασθενούς (διάγνωση)
- Ανάπτυξη ολιστικού εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας το οποίο καθορίζει τους επιθυμητούς σκοπούς του ασθενούς και τις αναμενόμενες εκβάσεις, καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να βοηθήσουν τον ασθενή να επιτύχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα (σχεδιασμός)
- Εκτέλεση του σχεδίου της φροντίδας (εφαρμογή)
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου φροντίδας, όσον αφορά στην επίτευξη των σκοπών του ασθενούς (εκτίμηση αποτελεσμάτων).¹¹⁹

Περιστατικό 1^ο

Όνοματεπώνυμο: Κ.Χ

Ηλικία: 54

Τόπος μόνιμης κατοικίας: Πάτρα

Επάγγελμα: Υδραυλικός

Ημερομηνία εισόδου: 28-1-07

Ημερομηνία εξόδου: 28-2-07

Παρούσα κατάσταση

Ο κύριος Κ.Χ. είναι 54 ετών, μόνιμος κάτοικος Πάτρας και έχει 2 παιδιά. Εισήχθη στα Τ.Ε.Π. του Γ.Ν.Π. στις 28-12-07 στις 11π.μ. με έγκαυμα στην πρόσθια άνω επιφάνεια του κορμού και (ΔΕ) άνω άκρο. Τα εγκαύματα προκλήθηκαν μετά από επαφή από φωτιά όταν προσπαθούσε να ανάψει φωτιά στην αυλή του σπιτιού του. Δεν παρουσιάζει αλλεργία ούτε κάποια χρόνια νόσο. Η έκταση του εγκαύματος καλύπτει το 15% της ολικής επιφάνειας σώματος. Κρίθηκε απαραίτητη η εισαγωγή του στην κλινική πλαστικής χειρουργικής για περαιτέρω παρακολούθηση.

Ατομικό ιστορικό

Δεν παρουσιάζει κάποιου είδους αλλεργία, ούτε πάσχει από κάποια χρόνια νόσο. Το 2002 υπεβλήθη σε αφαίρεση σκωληκοειδούς απόφυσης.

Εισαγωγή στην πλαστική χειρουργική κλινική

Όταν ο ασθενής εισήχθη στον θάλαμο, έγινε λήψη ζωτικών σημείων και ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας. Τα ζωτικά του σημεία κατά την εισαγωγή ήταν:

→ Θερμοκρασία 36,7 ° C

→ Αρτηριακή πίεση 150/90 mmHg

→ Σφύξεις 90/min

→ Αναπνοές 25/min

Η αντιμετώπιση του εγκαύματος στον ασθενή αρχίζει με χορήγηση

- Timentin,
- Augmentin,
- Human Albumin Grifols

Χορηγήθηκαν ισχυρά παυσίπονα (μορφίνη) λόγω του έντονου πόνου και πλάσμα σε συνδυασμό με ορούς (L/R, D/W, N/S) λόγω της μεγάλης απώλειας υγρών.

Το (ΔΕ) άνω άκρο και η πρόσθια άνω επιφάνεια του κορμού φέρουν επιδεσμικό υλικό το οποίο έχρηζε καθημερινής αλλαγής, δύο φορές την ημέρα αρχικώς και μετέπειτα αλλαγή μόνο μία φορά την ημέρα, με στόχο την αποφυγή της υγράνσεως, η οποία συντελεί στην μόλυνση. Αντιμετωπίστηκε με την κλειστή μέθοδο, με χρήση διαλύματος ιωδιούχου ποβιδόνης 2% και αντιβιοτικές γάζες fucidin. Στους πίνακες που θα ακολουθήσουν αναγράφονται τα προβλήματα του συγκεκριμένου ασθενή και οι νοσηλευτικές πράξεις που εφαρμόστηκαν σύμφωνα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Έντονος πόνος
στην περιοχή των
εγκαυμάτων**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

❖ Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο μέσα σε μια ώρα από την στιγμή που θα ξεκινήσουν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων
- ❖ Εξασφάλιση φυσικής άνεσης
- ❖ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
νοσηλευτικής φροντίδας**

- ❖ Χορηγήθηκε μορφίνη 10mg IV και έγινε επανάληψη της ίδιας δόσης μετά από 6 ώρες κατόπιν ιατρικής εντολής
- ❖ Εξασφαλίστηκε περιβάλλον που δεν προκαλεί δυσχέρεια στον ασθενή και περιορίστηκε το επισκεπτήριο

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Ο ασθενής ανέφερε μείωση του πόνου μέσα σε μισή ώρα από την χορήγηση του αναλγητικού
- ❖ Ο ασθενής αισθάνθηκε πιο άνετα

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Αύξηση της
θερμοκρασίας
δηλ. 38,5°C
λόγω
επιμόλυνσης του
εγκαύματος**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

- ❖ Ανακούφιση του ασθενούς από τον πυρετό
- ❖ Πτώση της θερμοκρασίας του σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα
- ❖ Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών λόγω συχνών εφιδρώσεων
- ❖ Ανεύρεση του αιτίου που προκάλεσε τον πυρετό
- ❖ Αντιμετώπιση της λοίμωξης

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Χορήγηση αντιβιοτικού και αντιπυρετικού
- ❖ Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων
- ❖ Ελαφρά κάλυψη του ασθενή
- ❖ Αύξηση χορήγησης υγρών στον ασθενή για πρόληψη αφυδάτωσης
- ❖ Λήψη θερμοκρασίας του ασθενούς ανά 1 ώρα μέχρι να πέσει ο πυρετός

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
νοσηλευτικής φροντίδας**

- ❖ Χορηγήθηκε αντιβίωση ευρέως φάσματος Amoxil 500ml IV σύμφωνα με την ιατρική συνταγή
- ❖ Δόθηκε 1 amp Apotel IV κατόπιν ιατρικής οδηγίας
- ❖ Έγινε τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων
- ❖ Χορηγήθηκε N/S 1000 ml, 1x2
- ❖ Θερμομέτρηση ανά 1 ώρα και καταγραφή στο διάγραμμα του ασθενούς
- ❖ Κάλυψη του ασθενούς με λιγότερα κλινოსκεπάσματα

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Αντιμετωπίστηκε η λοίμωξη
- ❖ Η θερμοκρασία επανήλθε στους 36,8°C
- ❖ Το αντιβιοτικό προορίζεται για λοιμώξεις που προέρχονται από θετικά και αρνητικά κατά gram μικρόβια
- ❖ Το Apotel μείωσε τον πυρετό με απευθείας δράση επί του θερμορρυθμιστικού κέντρου του Κ.Ν.Σ. αυξάνοντας την αποβολή θερμότητας από το σώμα με αύξηση του περιφερικού αίματος με την εφίδρωση

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Διαταραχή του
όγκου υγρών
σχετιζόμενη με την
μεγάλη απώλεια
υγρών μέσω των
εγκαυματικών
επιφανειών**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

- ❖ Ο ασθενής να αποκτήσει ισορροπημένο ισοζύγιο υγρών, όπως αυτό καταδεικνύεται από την αρτηριακή πίεση, τους σφυγμούς και την αποβολή των ούρων

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων
- ❖ Μέτρηση του ισοζυγίου των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- ❖ Λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
Νοσηλευτικής φροντίδας**

- ❖ Έγινε μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενούς ανά ώρα
- ❖ Ξεκίνησε μέτρηση και καταγραφή του ισοζυγίου των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- ❖ Χορηγήθηκαν L/R 1000ml, D/W 5% 1000 ml, N/S 1000 ml και 250 ml πλάσματος
- ❖ Χορηγήθηκαν 2 amp sodium chloride 15%, 2 amp potassium chloride 10% και 1 amp calcium gluconate 5% κατόπιν ιατρικής οδηγίας
- ❖ Έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Τα ζωτικά σημεία παρέμειναν σε φυσιολογικές τιμές
- ❖ Το ισοζύγιο των υγρών ήταν θετικό
- ❖ Οι βιοχημικοί δείκτες ήταν διαταραγμένοι και αποκαταστάθηκαν με την χορήγηση ηλεκτρολυτών
- ❖ Καλύφθηκαν οι απώλειες σε υγρά

Αξιολόγηση αρρώστου Προβλήματα- ανάγκες

Συνεχής εκροή
υγρών από τις
εγκαυματικές
περιοχές με
αποτέλεσμα να
υπάρχει κίνδυνος
επιμόλυνσης των
τραυμάτων

Αντικειμενικός σκοπός

❖ Απαλλαγή των
εγκαυματικών
επιφανειών από
μολυσματικά αίτια
(μικρόβια, ιοί,
βακτήρια)

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

- ❖ Συνεχής παρακολούθηση των εγκαυματικών επιφανειών για ενδεχόμενη επιμόλυνση
- ❖ Χορήγηση κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας
- ❖ Φροντίδα των εγκαυματικών επιφανειών με άσηπτες τεχνικές
- ❖ Χορήγηση τοπικών αντιβιοτικών
- ❖ Συνεχής πλύση με διάλυμα Hebitane scrub 4% w/v και NaCl 0,9%
- ❖ Τμηματική αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών

Εφαρμογή Προγραμματισμού Νοσηλευτικής φροντίδας

- ❖ Καθημερινή αξιολόγηση προκειμένου να προληφθεί η επιμόλυνση
- ❖ Τοποθετήθηκαν τοπικά αντιβιοτικά Fucidin Intertulle 2% 1x3 και Telonet 1x3 σύμφωνα με την ιατρική συνταγή
- ❖ Έγιναν συνεχείς πλύσεις των εγκαυματικών επιφανειών με NaCl 0.9% και Hebitane scrub 4% w/v
- ❖ Έγινε προσεκτική αφαίρεση νεκρωμένων ιστών και δόθηκε η κατάλληλη προσοχή στην διαδικασία χειρισμού του υγιούς επιθηλίου

Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας

- ❖ Η συνεχής εκτίμηση των εγκαυματικών επιφανειών σε συνδυασμό με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα είχαν ως αποτέλεσμα την πρόληψη των λοιμώξεων
- ❖ Στην πρόληψη της λοίμωξης συνέβαλε η περιποίηση της εγκαυματικής επιφάνειας με κατάλληλο αποστειρωμένο υλικό και η τήρηση των κανόνων άσηπτης τεχνικής

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Δύσπνοια –
Δυσφορία**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

- ❖ Επαναφορά της φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας και βελτίωση του αισθήματος δυσφορίας
- ❖ Πρόληψη επικείμενων επιπλοκών (υποξαιμία)

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Χορήγηση οξυγόνου και διουρητικού κατόπιν ιατρικής οδηγίας
- ❖ Τοποθέτηση ασθενούς σε ημικαθιστή θέση
- ❖ Λήψη αερίων αίματος

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
Νοσηλευτικής φροντίδας**

- ❖ Εφαρμογή μάσκας Venturi 8 lt σε 40%
- ❖ Χορήγηση 1 amp Lasix IV κατόπιν ιατρικής οδηγίας
- ❖ Έγινε λήψη αερίων αίματος

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενούς
- ❖ Τα αέρια αίματος ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Δυσφορία, άγχος,
αγωνία, φόβος και
γενικά δυσάρεστα
συναισθήματα
καταβάλλουν τον
ασθενή για την
πορεία του
εγκαύματος**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

- ❖ Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του και ψυχολογική υποστήριξη για να τα ξεπεράσει
- ❖ Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Διάλογος του ασθενή με άτομα που θα τον βοηθήσουν να ξεπεράσει τα δυσάρεστα συναισθήματα του
- ❖ Επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό
- ❖ Ενημέρωση του ψυχολόγου του νοσοκομείου

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
Νοσηλευτικής φροντίδας**

- ❖ Έγινε διάλογος με το νοσηλευτικό προσωπικό και απαντήθηκαν όλα του τα ερωτήματα
- ❖ Έγινε συνάντηση με τον αρμόδιο ψυχολόγο
- ❖ Δημιουργήθηκε το κατάλληλο περιβάλλον ώστε ο ασθενής να νιώσει πιο ήρεμος και ασφαλής
- ❖ Χρησιμοποιήθηκαν εικόνες, τηλεόραση, ραδιόφωνο, κλπ

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Ο ασθενής βοηθήθηκε να εκφράσει τα δυσάρεστα για αυτόν συναισθήματα αλλά δείχνει ακόμα τρομαγμένος

Περιστατικό 2^ο

Όνοματεπώνυμο: Σ.Κ.

Ηλικία: 72 ετών

Τόπος μόνιμης κατοικίας: Πάτρα

Επάγγελμα: Συνταξιούχος δημοσίου

Ημερομηνία εισόδου: 10-1-2011

Ημερομηνία εξόδου: 18-1-2011

Παρούσα κατάσταση

Ο κύριος Σ.Κ. είναι 72 ετών μόνιμος κάτοικος Πατρών και έχει 1 παιδί. Ο ασθενής ανέφερε την ύπαρξη σκουρόχρωμης βλάβης, η οποία βρισκόταν στο νύχι του μεγάλου δακτύλου του δεξιού ποδιού. Επίσης ανέφερε πως την συγκεκριμένη βλάβη την είχε παρατηρήσει εδώ και 2 χρόνια, αλλά τους τελευταίους μήνες είχε γίνει επώδυνη. Παρατήρησε αλλαγή στο μέγεθος και προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Π.Γ.Ν.Π. στις 10-1-2011 στις 10π.μ. για εξέταση. Μετά από εξέταση, διεγνώσθη μελάνωμα του δακτύλου και αποφασίστηκε η εισαγωγή του στην χειρουργική κλινική για περαιτέρω νοσηλεία.

Ατομικό ιστορικό

Το 1999 υποβλήθηκε σε χολοκυστεκτομή και το 2001 ύστερα από τροχαίο ατύχημα που είχε, υποβλήθηκε σε τοποθέτηση τεχνητού οστού του μηριαίου στο αριστερό πόδι.

Πριν 2 έτη παρατηρήθηκε ελαφρά πτώση του αιματοκρίτη του, αλλά και βλάβη σκουρόχρωμη στο νύχι του μεγάλου ποδιού του δεξιού ποδιού, στην οποία δεν έδωσε ιδιαίτερη σημασία, έως ότου αυτή έγινε επώδυνη και άρχισε να αλλάζει σχήμα.

Εισαγωγή στην χειρουργική κλινική

Όταν ο ασθενής εισήχθη στον θάλαμο, έγινε λήψη ζωτικών σημείων και έγινε ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας, της λογοδοσίας και του θερμομετρικού διαγράμματος. Στη συνέχεια, το προσωπικό προγραμματίσε για την επόμενη μέρα να υποβληθεί σε αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος και ΗΚΓ.

Οι γιατροί ενημέρωσαν τον ασθενή, πώς η καλύτερη θεραπεία για την περίπτωση του ήταν η χειρουργική αφαίρεση, όχι μόνο της βλάβης αλλά και του δακτύλου. Τον καθησύχασαν πως δεν υπάρχει μετάσταση στους λεμφαδένες και ενώ είχε ταραχτεί λίγο λόγω της κατάστασης, έδειξε να ηρεμεί και ειδικά όταν πληροφορήθηκε από τους γιατρούς πως η κατάσταση της υγείας του δεν θα παρουσιάσει πρόβλημα μετά την εξάρθρωση του δακτύλου.

Μετά από την ορθή προεγχειρητική ετοιμασία από το νοσηλευτικό προσωπικό, ο ασθενής χειρουργήθηκε στις 12-1-2011, όπου έγινε ο ακρωτηριασμός.

Μετεγχειρητικά ο ασθενής έτυχε της ανάλογης φροντίδας που χρειαζόταν και δημιουργήθηκαν όλες οι προϋποθέσεις για μια άνετη ζωή έξω από το νοσοκομείο. Στους πίνακες που θα ακολουθήσουν αναγράφονται τα προβλήματα του συγκεκριμένου ασθενή και οι νοσηλευτικές πράξεις που εφαρμόστηκαν σύμφωνα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Κατά την λήψη
των ζωτικών
σημείων, την
παραμονή της
επέμβασης
παρατηρήθηκε
αύξηση της Α.Π.
δηλ. 180/90
mmHg**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

- ❖ Η πτώση της Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Ενημέρωση του ιατρού για πιθανή χορήγηση κάποιου αντιυπερτασικού σκευάσματος
- ❖ Ενημέρωση του ασθενούς για την επικείμενη επέμβαση και συζήτηση μαζί του ώστε να εκφράσει τις απορίες και τις ανησυχίες του
- ❖ Συχνή μέτρηση της Α.Π.

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
Νοσηλευτικής φροντίδας**

- ❖ Δόθηκε Adalat caps, 5 mg, υπογλώσσια κατόπιν ιατρικής εντολής
- ❖ Έγινε συζήτηση με τον ασθενή για την διαδικασία της επέμβασης και το νοσηλευτικό προσωπικό καθυσύχασε τον ασθενή για την μετέπειτα καλή πορεία της υγείας του
- ❖ Γινόταν μέτρηση της Α.Π. κάθε μισή ώρα αρχικώς και μετά κάθε 2 ώρες και γινόταν καταγραφή στο διάγραμμα του

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Ο συνεχής έλεγχος της Α.Π. έδειξε πτώση της στα φυσιολογικά επίπεδα (130/70 mmHg)

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Πόνος στην
περιοχή του
δακτύλου**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

- ❖ Η υποχώρηση του πόνου και η ανακούφιση του ασθενή

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου κατόπιν ιατρικής εντολής
- ❖ Τοποθέτηση του μέλους σε ανάρροπη θέση
- ❖ Παρότρυνση του ασθενούς για κάποια εναλλακτική ενασχόληση (π.χ. διάβασμα κλπ.) με σκοπό την απόσπαση της προσοχής του από τον πόνο

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
Νοσηλευτικής φροντίδας**

- ❖ Χορηγήθηκε Lonarid, p.o. κατόπιν ιατρικής εντολής
- ❖ Το μέλος τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση και αυτό επιτεύχθηκε με την ανύψωση της κάτω πλευράς της κλίνης
- ❖ Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής για εναλλακτική ενασχόληση ώστε να αποσπαστεί η προσοχή του

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Ο πόνος υποχώρησε αρκετά και ο ασθενής ήταν και πάλι ήρεμος, ήσυχος και ευδιάθετος

Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες

**Ο ασθενής έχει
τάση για έμετο**

Αντικειμενικός
σκοπός

❖ Ανακούφιση του
ασθενούς από το
αίσθημα ναυτίας

Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας

❖ Χορήγηση
αντίστοιχης
φαρμακευτικής αγωγής

❖ Περιορισμός της
ελεύθερης χορήγησης
υγρών από το στόμα (per
os)

Εφαρμογή
Προγραμματισμού
Νοσηλευτικής φροντίδας

❖ Χορηγήθηκε 1 amp
Primperan IV

❖ Ο ασθενής
ενημερώθηκε να
περιορίσει την λήψη
υγρών από το στόμα

Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας

❖ Το αίσθημα
ναυτίας υποχώρησε
μετά από μια ώρα από
την χορήγηση του
αντιεμετικού

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Κεφαλαλγία,
αίσθημα ζάλης
και αδυναμίας**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

- ❖ Αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας
- ❖ Απαλλαγή από τα συμπτώματα ζάλης και αδυναμίας
- ❖ Πρόληψη από τραυματισμούς

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Χορήγηση ήπιου αναλγητικού φαρμάκου με ιατρική εντολή
- ❖ Χορήγηση βιταμινών μαζί με ενδοφλέβια υγρά, για την τόνωση και θρέψη του οργανισμού
- ❖ Συχνή παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι και 3ωρη λήψη των ζωτικών του σημείων

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
Νοσηλευτικής φροντίδας**

- ❖ Κατόπιν ιατρικής συνταγής χορηγήθηκε Panadol Tabl, p.o., 1x2
- ❖ Έγινε έναρξη ενδοφλέβιας υποστήριξης με βιταμίνες στο ορρό (Α, Β6, Β12, C, Κ)
- ❖ Γινόταν 3ώρη μέτρηση ζωτικών σημείων και οι τιμές καταγράφονταν στο διάγραμμα του ασθενούς και στην λογοδοσία
- ❖ Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να παραμένει στο κρεβάτι και να ξεκουράζεται ώστε να προληφθούν τυχόν τραυματισμοί από την ζάλη και την αδυναμία

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Ο ασθενής πλέον δεν εμφανίζει συμπτώματα και σημεία κεφαλαλγίας
- ❖ Τα ζωτικά σημεία εμφανίζουν φυσιολογικές τιμές
- ❖ Ο ασθενής φροντίζει να παραμένει αρκετές ώρες στο κρεβάτι του θαλάμου

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Ανορεξία, λόγω
κακής και
περιορισμένης
θρέψης**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

❖ Ολοκληρωμένη
σωστή διατροφή ώστε
ο ασθενής να παίρνει
τις απαραίτητες
θερμίδες και βιταμίνες

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

❖ Συνεργασία με τον
ιατρό και τον διαιτολόγο
του νοσοκομείου, ώστε να
δίδονται συχνά και μικρά
γεύματα και να
χορηγούνται όλες οι
πρωτεΐνες, άλατα,
βιταμίνες και
υδατάνθρακες που
απαιτούνται

❖ Διενέργεια συχνών
στοματικών πλύσεων, για
την αποφυγή κακοσμίας
και το αίσθημα
καθαριότητας στη
στοματική κοιλότητα

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
Νοσηλευτικής φροντίδας**

❖ Χορηγήθηκε και
προγραμματίστηκε ειδική
δίαιτα

❖ Δίνονταν μικρά,
συχνά και
καλοσερβιρισμένα γεύματα

❖ Μετά από κάθε τροφή
γίνονταν πλύσεις της
στοματικής κοιλότητας με
νερό και σόδα και αργότερα
με Hexalen, σχολαστικός
καθαρισμός των ούλων και
ελαφρό βούρτσισμα των
οδόντων

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

❖ Με την
εξασφάλιση
επαρκούς και
σωστής θρέψης, ο
ασθενής απέφυγε
προβλήματα
αδυναμίας, κόπωσης
και απώλειας
βάρους

**Αξιολόγηση
αρρώστου
Προβλήματα-
ανάγκες**

**Δυσλειτουργία
του εντερικού
σωλήνα**

**Αντικειμενικός
σκοπός**

- ❖ Η επαναφορά της φυσικής λειτουργίας του εντέρου

**Προγραμματισμός
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Διαπαιδαγώγηση του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό
- ❖ Χορήγηση κατάλληλου διαιτολογίου και μικρών συχνών γευμάτων
- ❖ Ενθάρρυνση του ασθενή για ενεργητικές και όχι παθητικές κινήσεις και για έγκαιρη κινητοποίηση

**Εφαρμογή
Προγραμματισμού
Νοσηλευτικής φροντίδας**

- ❖ Δόθηκαν συμβουλές για την διαίτα και τις δραστηριότητες του ασθενή
- ❖ Το διαιτολόγιο δεν περιείχε όσπρια, ή τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη, οι οποίες επιδεινώνουν την απώλεια κοπράνων
- ❖ Ο ασθενής κινητοποιήθηκε κι έτσι άρχισε να πραγματοποιεί μόνος τις ενεργητικές κινήσεις

**Αξιολόγηση
Νοσηλευτικής
Φροντίδας**

- ❖ Με την καθοδήγηση και την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση, η φυσιολογική εντερική λειτουργία επανακτήθηκε και πάλι

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σαπουντζή-Κρέπια Δ., «Χρόνια Ασθένεια – Νοσηλευτική φροντίδα. Μια ολιστική προσέγγιση», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998
2. Goldman L., Claude Bennet J., «Νοσολογία-Φυσιοπαθολογία. Διάγνωση. Θεραπεία», Γενική Επιμέλεια – Πρόλογος Ρούσσοι Χ., Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2003
3. Leonhardt H., Werner K., Werner P., «Color Atlas and Textbook of Human Anatomy: Locomotor system», 1985
4. White M.G., Cox H.N., «Παθήσεις του δέρματος», Πρόλογος Κατσαμπάς Α., Επιμέλεια Κρανιδιώτη Ε., Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2007
5. Κολοκώτσα–Βασιλειάδου Μ., «Στοιχεία Βιολογίας και Δερματολογίας», Εκδόσεις ΙΩΝ, Αθήνα 1996
6. Miller Y., Smint K., «Το δέρμα και η υγιεινή του», Εκδόσεις Αξιοτέλλης, Αθήνα 1997
7. Κατρίτσης Ε., Κελέκης Δ., «Ανατομία Φυσιολογία», 1997
8. Lippert H., «Ανατομική – Κείμενο και Άτλαντας», Έκδοση 5^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1993
9. Milne J.A., «An introduction to the Diagnostic Histopathology of the skin», Edward London Publications, London 1972
10. Barret J., Herdon D., «Έγχρωμος Άτλας Αντιμετώπισης του εγκαύματος», Μετάφραση Μαστοράκος Π., Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005
11. Μπεληγιάννη Γ., «Στοιχεία Βιολογίας και Δερματολογίας για τον κλάδο της Κομμωτικής Τέχνης», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1999
12. Jarret A., «The physiology and pathophysiology of the skin», Volume 2, Academic Press, London – New York 1973
13. Πέτρου Μ.Γ., «Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής», Τμήμα Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 1983

14. Adu Vivier McKee, «Κλινική Δερματολογία με εικόνες (ΑΤΛΑΣ)», Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
15. Πισίδης Α., «Ανατομική, Βασικές γνώσεις», Εκδόσεις Λύχνος
16. Μπαλάς Π., «Χειρουργική», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 2^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990
17. Κοτζαμπασάκης Σ., «Φροντίδα Δέρματος και Κατακλίσεων»
18. Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία», «Γενική Ιατρική και Χειρουργική», Τόμος 6^{ος}, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1992.
19. Γαλανού Ε., Ηλίου Α., Μαρκαντώνη-Ντουράκη Μ., «Δερματολογία», Έκδοση 4^η, 2005
20. Fitzpatrick T., Eisen A., Wolff K., et al, «Dermatology in General Medicine, Textbook and Atlas», Second Edition, “McGrow Hill” Book Company, New York, 1979
21. Panagiotopoulou K., Kerr S.M., «Pressure area care :an exploration of Greek nurses knowledge and practice», Jodr Nurs, 2002
22. Keller P., Wille J., van Ramshorst B., van der Werken C., «Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention», Intensive Care Med, 2002
23. <http://www.Mitropappas.gr>, «Έλκη κατακλίσεων»
24. Vanderwee K., Clark M., Dealey C., Gunningberg L., Defloor T., «Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study», J Eval Clin Pract, 2007
25. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, «Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide», Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009
26. Τζημουράκας Α., «Γηριατρική – Γεροντιατρική», Εκδόσεις Μέλισσα, Θεσσαλονίκη 1988
27. Irvine R.E., Bangall M.K., Smith B.J., «The older patient, A textbook of geriatrics», Hodderand Stoughton, London 1978
28. www.kataklisi-heraklion.com, «Θεραπεία Κατακλίσεων-Τραυμάτων»

29. Τσερώνη Μ., Ντάσιου Ζ., Φιλίππου Ν., Κακαριάρη Λ., Ευσταθίου Φ.Δ., Θάνου Ι., «Νέες τάσεις στην πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων», 26^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999, Πρακτικά Αθήνα 1999
30. Cullum N., McInnes E., Bell-Syer S.E., Legood R., «Support surfaces for pressure ulcer prevention», Cochrane Database Syst Rev, 2004
31. Μυγδάλης Η.Ν., «Το διαβητικό πόδι», Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2001
32. Αρβανιτάκης Ε., «Ελληνική Διαβητολογία Χρονικά», Τόμος 14^{ος}, Τεύχος 2^ο, 2001
33. <http://www.ede.gr>, Μελιδώνης Α., «Το διαβητικό πόδι», 2009
34. Καραμήτσος Δ., «Εσωτερική Παθολογία», Έκδοση 3^η, ΑΠΘ Θεσσαλονίκης, 1988
35. Μανές Χ., «Επιδημιολογία Διαβητικού ποδιού», Πρακτικά Εκπαιδευτικών Ημερίδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τόμος 1^{ος}, 2006
36. Σπαρούνη Ε.Β., «Το Διαβητικό Πόδι», Διδακτορική Διατριβή, ΑΠΘ Θεσσαλονίκης, 1990
37. Τσακιράκη Ν., «Πώς επηρεάζει ο τρόπος ζωής στην εκδήλωση του Διαβήτη», Διατριβή, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, 2005
38. Νικολόπουλος Α., Τεντολούρης Ν., Κωστάκη Μ., Κατσίλαμπρος Ν., «Λοιμώξεις στο διαβητικό πόδι», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 23^{ος}, Τεύχος 3^ο, 2006
39. Τερζή Μ., «The nurse's role in the prevention of diabetic foot ulcers», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 2008
40. www.theokononas.tripod.com/burn.htm, Κονώνας Θ., «Εγκαυματική Νόσος»
41. Trunkey, D.D., Lewis, F.R., «Current Therapy of Trauma» Mosby Inc, 1999
42. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (Νοσηλευτικές Διαδικασίες)», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1988
43. Ανδρουλάκης Γ., «Χειρουργική Σημειολογία», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2003
44. Ντολαντζάς Θ., «Ο γιατρός Συμβουλεύει...», Σύγχρονη Προληπτική Ιατρική, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Λίγκας, Αθήνα 2001

45. Βασιλάκος Δ., «Επείγουσα Θεραπευτική», University Studio Press, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2001
46. Μαντρέκας Α., «Έγκαυμα άμεση αντιμετώπιση», Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1998
47. Σέχας Μ., «Χειρουργική» Τόμος 1^{ος}, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1995
48. Ντολαντζάς Θ., «Συνοπτική Χειρουργική», Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992
49. <http://www.iatronet.gr/ygeia/dermatologia/article/6153/dermatitida-syxni-dermatologiki-pathisi.html>, Μουσαίου Β. «Δερματίτιδα: συχνή δερματολογική πάθηση»
50. Χαϊδεμένος Γ., «Κοινωνία και Υγεία VI», Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα 2007
51. Κατσούλη Κ.Σ., «Κνίδωση και αναφυλακτικές αντιδράσεις», Νοέμβριος 2012
52. Αστέριου Α., Λουμπάκη Ε., Συμνιανάκη Α., «Ψωρίαση», Πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, 2004
53. <http://www.psoriasis.gr/ti-einai-psoriasis.html>, Συγγρός Α., «Τι είναι ψωρίαση»
54. Γαλάνη Γ., Μουρδουκούτα Δ., «Ασθένειες του δέρματος και νοσηλευτικές παρεμβάσεις», Πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 2005
55. <http://panacea.med.uoa.gr>, Βελεγράκη Α., «Μυκητιάσεις Δέρματος – Δερματόφυτα», 2007
56. Κοτσασάββα Μ., Πανδριά Μ., «Ιογενείς λοιμώξεις του δέρματος και των βλεννογόνων», Πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης 2008
57. Κοντογιάννη Ε., «Ογκολογική», Παράγωγη, Τόμος 8^{ος}, Τεύχος 2^ο, 2006
58. Αθανάτου Ε., «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Έκδοση 7^η, Αθήνα 2004
59. <http://www.plasticsurgery.gr/el/45/index.htm>, Δασκαλάκης Μ., «Δερματικοί καρκίνοι και προ-καρκινοματώδεις καταστάσεις, πρόληψη και έγκυρη αντιμετώπιση»
60. Guyton A., Hall J., «Ιατρική Φυσιολογία», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 9^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 2001

61. Παπαβασιλείου Κ., Κουβαρης, Γεννατάς, Βωρος, «Ογκολογία», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1999
62. Bendl B.J., Graham J.H., «New concepts on the origin of squamous cell carcinomas of the skin: solar (senile) keratosis with squamous cell carcinoma--a clinicopathologic and histochemical study», Proc Natl Cancer Conf, 1970
63. Ιωάννοβιτς Ι., «Πλαστική Χειρουργική», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1998
64. Αποστολίκας Α., Βασιλόπουλος Π.Π., Λιαρικός Σ., Φιλόπουλος, «Το κακοήθες μελάνωμα», Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002
65. <http://www.skincancer.org/gr-GR/dysplastic-nevi>, «Σπίλοι και Μελάνωμα»
66. <http://www.health.in.gr>
67. Hawk J., McGregor J., «Δέρμα και Ήλιος», Μετάφραση Τσουλέα Ρ., Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
68. Dollinger M., Rosenbaun E., Cable G., «Ο καρκίνος – Διάγνωση, πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα, 1992
69. Keir L., Wise B., Krebs C., et al, «Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος», Μετάφραση Ταντοπούλου Μ., Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1996
70. Λισσαίος Β., Δόντας Ν., Ασημακόπουλος Γ., «Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991
71. Sauer C.G., «Manual of Skin Diseases», Sixth Edition, J.B. Lippincott Company Publications, Philadelphia 1991
72. McInnes E., Jammali-Blasi A., Bell-Syer SEM, Dumville J.C., Cullum N., «Support surfaces for pressure ulcer prevention», Cochrane Database Syst Rev 2011
73. Reddy M., Gill S.S., Rochon P.A., «Preventing pressure ulcers: a systematic review», JAMA 2006
74. Lyder C, Ayella E., «Pressure Ulcers: A patient safety issue. In Hughes RG (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses» Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008

75. Hess C.L., Howard M.A., Attinger C.E., «A review of mechanical adjuncts in wound healing: hydrotherapy, ultrasound, negative pressure therapy, hyperbaric oxygen, and electrostimulation», *Ann Plast Surg* 2003
76. Καλεμικεράκης Ι., «Τα Σύγχρονα Επιθέματα στη Φροντίδα των Διαβητικών Ελκών», σε Βογιατζόγλου Δ. Το Διαβητικό Πόδι, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 2008
77. Μπιγιάκη Κ., Χουστουλάκη Χ., «Τρίτη Ηλικία και Κατακλίσεις», Πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ηράκλειο 2006
78. Gentzkow G.D., «Electrical stimulation to heal dermal wounds», *J Dermatol Surg Oncol* 1993
79. Smelter S., Bare B., «Brunner and Suddaeth's Textbook of Medical-Surgical Nursing», Seventh Edition, Lippincott Company Publications, 1992
80. Χρίστη Σ., «Κατακλίσεις», Α.Τ.Ε.Ι. Λάρισας 2007
81. Γερογιάννη Κ., «Νοσηλευτική Ανασκόπηση», 2007
82. Πιερράκος Γ., «Κόστος Θεραπείας Έλκους στο Πόδι Διαβητικού Ασθενούς», Νοσηλευτική, 2002
83. Λεμονίδου Χ.Β., «Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στο Διαβήτη», *Νοσηλευτική* 1999, 2: 174-180
84. Θειάσπρας Λ., «Παρεμβάσεις και κατευθύνσεις για την αποτροπή της επιπλοκής του διαβητικού ποδιού στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη», Πειραιάς 2004
85. Καμπίτση Μ., «Διαβητικό πόδι – ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση της φροντίδα Διαβητικού ποδιού», Ανασκόπηση
86. Μπενρουμπή Μ., «Το Διαβητικό Πόδι, Στο: Χρόνιες Επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη: Πρόληψη – Αντιμετώπιση», Έκδοση 2^η, Αθήνα, 1999: 79-86
87. Λαχανά Σ., Γερογιάννη Γ., «Διερεύνηση του Ρόλου του Κλινικού Ειδικού Νοσηλευτή στο Διαβήτη», *Νοσηλευτική* 2003, 42:82-96
88. Νάτα-Νικιτάκη Μ., «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο σακχαρώδη διαβήτη», Πειραιάς, 2000, 124-131

89. Shirani K.Z., Vaughan G.M., Mason A.D. Jr et al., «Update on current therapeutic approaches in burns. Shock», 1996
90. Nguyen T.T., Gilpin D.A., Meyer N.A. et al., «Current treatment of severely burned patients» Ann. Surg., 1996
91. Panini R.P.G., Wilson A.P.R., Steer J.A., et al, «Wound Management in burn centres in the United Kingdom», Br J Surg, 1995
92. Chrysopoulos M.T., Jeschke M.G., Dziewulski P., et al, «Acute renal dysfunction in severely burned adults» , J Trauma, 1999
93. Κοτζαμπασάκης Σ., Μπαλτόπουλος Γ., «Εγκαύματα – Αρχές και Πρακτική της Αντιμετώπισης των εγκαυμάτων», Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2005
94. Κωστάκης Ι., «Σύγχρονη Χειρουργική, Διαγνωστική και Θεραπευτική», Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2005
95. Ιωάννοβιτς Ι., Αλεξάκης Δ., «Πλαστική Χειρουργική», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996
96. Σταθάτου Ε., «Η νοσηλευτική φροντίδα εγκαυμάτων με ενδονοσοκομειακή λοίμωξη», Διπλωματική εργασία, Αθήνα 2000
97. Kaye E.T., Kaye K.M., «Topical antibacterial agents», Inf Dis Chin North Am, 1995
98. Paul C, Cork M., Rossi A.B., et al, «Safety and tolerability of 1% pimecrolimus cream among infants: experience with 1133 patients treated for up to 2 years», *Pediatrics* 2006
99. Cerio R., «Eczema/Dermatitis. In: Jackson W.F. *Colour guide to the diagnosis and management of Allergic Disorders*», Mosby-Wolfe Medical Communications, London, Times Mirror International Publishers Ltd 1997.
100. Marks R., «*Eczema*», Martin Dunitz Ltd, London 1992.
101. Pons-Guiraud A., Vigan M., «*Allergies and Cosmetics*», Expansion Scientific Française, Paris 2004.

102. Claudel J.-P., «Le Maitre M. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant», *Nouv Dermatol* 2005
103. <http://www.sosiatroi.gr/el/medical-information/journals/skin-and-soft-tissue-infections-loimoxeis-dermatos-malakwn-moriwn.html>, Πεππάς Γ., «Λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων»
104. Haagedoom E., Oldhoff J., «Βασικές Γνώσεις Ογκολογίας», Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Επίτομος, Αθήνα 1994
105. Marks R., Knight A., Laidler P., «Atlas of Skin Pathology», Volume Eleven MTP Press Limited, Lancaster-England 1986
106. Canirares O., «Atlas of malignant and premalignant dermatoses», Shering Corporation, U.S.A., New Jersey-Kenitworth 1984
107. Kock S., Henneberry J., «Malignant melanoma of the Skin», *Journal of the American Academy of Dermatology*, Volume 40, Number 2, Part 1, February 1999
108. Κοσμιδης Π., «Επείγουσα Θεραπευτική Ογκολογία», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984
109. Ποτουρίδου Ε., Βέρρος Δ.Κ., Τσιανάκας Π. κ.α., «Κακοήθες μελάνωμα - Ένα διαγνωστικό πρόβλημα», *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας*, Τόμος 3^{ος}, Τεύχος 1^ο, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992
110. Μπούτης Λ., Παπαιωάννου Α., et al., «Κλινική Ογκολογία- με τη συνεργασία Ελλήνων Ειδικών και της U.I.C.C.», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1981
111. Κανιτάκης Ι., «Μεταστατικά νεοπλάσματα του δέρματος», *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας*, Τόμος 2^{ος}, Τεύχος 2^ο, Απρίλιος-Ιούνιος 1991
112. North N.Q., «Malignant Melanoma», *Nursing Times*, Volume 14, September 1983
113. Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ., «Γενική Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 18^η, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1994
114. Γούλια Γ.Ε., «Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1991

115. Bibblings J., «Nursing care Study – Malignant Melanoma», Nursing Times, Volume 29, January 1981
116. Αλεξόπουλος Α., «Ενημέρωση των ασθενών για συστηματική θεραπεία», Σεμινάρια Ογκολογίας, Περιλήψεις ομιλιών, Τόμος 10^{ος}, Αθήνα 1992
117. Kim M.J., McFarland G.k. and McLane A.M., «Pocket Guide to Nursing Diagnosis», Edition 3rd, St Louis, CV Mosby, 1989
118. Σαββοπούλου Γ., «Νοσηλευτική διεργασία: Βασική Νοσηλευτική Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση», Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2003
119. Taylor C., Lillis C., LeMore P., «Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας», Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002
120. Θωμαδάκης Π. και Πάλλη Α., «Νοσοκομειακά Πληροφοριακά Συστήματα και Νοσηλευτική Πληροφορική», Πτυχιακή Εργασία, Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 2005