



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος
Ξ. Μιχαήλ

Α' Αντιπρόεδρος
Α. Παπαδέας

Β' Αντιπρόεδρος
Μ. Τζάρα

Γεν. Γραμματέας
Ν. Ρούσσος

Ειδ. Γραμματέας
Σ. Σπύρου

Ταμίας
Ν. Ανανίδης

Αναπλ. Ταμίας
Κ. Τζιτζικώστας

ADVISORY
BOARD

President
X. Michail

1st Vice President
A. Papadeas

2nd Vice President
M. Tzara

Secretary General
N. Roussos

Secretary
S. Spirou

Treasurer
N. Ananidis

2nd Treasurer
K. Tzitzikostas

Αθήνα 7 Απριλίου 2008

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Σε ακρωτηριασμό ενός ή και των δυο άκρων υποβάλλονται κάθε χρόνο περίπου πέντε χιλιάδες άνθρωποι στην Ελλάδα. Από αυτούς το 80 - 85% ακρωτηριάζονται στα κάτω άκρα και το 15-20% στα άνω άκρα !

Η πλειοψηφία των ακρωτηριασμών οφείλεται σε διάφορες ασθένειες, (όπως ο σακχαρώδης διαβήτης 2.500 – 3500 ακρωτηριασμοί το χρόνο), σε τροχαία αλλά και σε εργατικά ατυχήματα.

Αυτό τονίστηκε κατά τη διάρκεια Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας, που διοργάνωσε η Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης το Σάββατο στο Ανατολικό Αμφιθέατρο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών « Γ. Γεννηματάς».

Το κόστος, σε απώλεια ανθρώπινου δυναμικού, όπως ανέφεραν οι Φυσίατροι, είναι σημαντικό καθώς η πλειοψηφία των ακρωτηριασμών γίνεται σε άτομα ηλικίας από 21 μέχρι 65 χρόνων.

Πολλοί από τους ακρωτηριασμούς θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, όπως στην περίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη, ενώ άλλοι (τροχαία και εργατικά ατυχήματα)θα μπορούσαν να προβλεφθούν με την λήψη μέτρων.

Εάν ωστόσο οι ακρωτηριασμοί κρίνονται αναγκαίοι για την προστασία της ζωής των πασχόντων, άλλο τόσο σημαντική είναι και η μετεγχειρητική τους διαχείριση για την καλύτερη ποιότητα του υπόλοιπου της ζωής τους.

Καταλυτικό ρόλο, κατά την απαραίτητη μετεγχειρητική περίοδο νοσηλείας των ακρωτηριασμένων, παίζουν οι φυσίατροι που καλούνται με την επιστημονική τους γνώση να οργανώσουν « την εκπαίδευση των πασχόντων» για το νέο τρόπο ζωής τους.

«Βασικοί μετεγχειρητικοί στόχοι μετά από κάθε ακρωτηριασμό, όπως ανέφερε χαρακτηριστικά η φυσίατρος κ Αικατερίνη Κοτρώνη είναι :

- ∅ Η Πρώιμη κινητοποίηση του ακρωτηριασμένου με την εφαρμογή προσωρινής πρόθεσης (τεχνικού μέλους).
- ∅ Η πρόληψη των επιπλοκών από τον κλινοστατισμό και την ακινησία.
- ∅ Η αντιμετώπιση του πόνου.
- ∅ Η εκπαίδευση του ατόμου ώστε να καταστεί ανεξάρτητο παρά τον ακρωτηριασμό.
- ∅ Η εκπαίδευση στην σωστή φροντίδα του κολοβώματος και η προετοιμασία του κολοβώματος να δεχτεί το πρόσθετο μέλος.

Όπως είναι φυσικό κάθε ασθενής μετά τον ακρωτηριασμό νιώθει απογοήτευση, άγχος, μη αναγνώριση του σωματικού ειδώλου και κατάθλιψη.

Η ψυχολογική αυτή κατάσταση προκύπτει από τα αμείλικτα ερωτήματα, στα οποία καλείται να δώσει απαντήσεις ο γιατρός.

- ∅ Πως θα κινείται στο μέλλον.
- ∅ Πως θα επηρεαστεί η σεξουαλική του ζωή.
- ∅ Θα μπορεί να ανταποκριθεί στον κοινωνικό, οικογενειακό και επαγγελματικό του ρόλο.

Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών είναι βασική προκειμένου ο ασθενής να μπορέσει να συμφιλιωθεί αρχικά με τη νέα σωματική του κατάσταση και στη συνέχεια να διαχειριστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τη φροντίδα του ακρωτηριασμένου μέλους του.

Στη φάση αυτή η βοήθεια του φυσίατρου είναι καθοριστική και μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση ενός καλού επιπέδου ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Η εκπαίδευση του ασθενούς, όπως τονίστηκε στην Ημερίδα, αφορά σε:

- ∅ Απλές καθημερινές δραστηριότητες.
- ∅ Μετακινήσεις, μεταφορές, έγερση από το δάπεδο.
- ∅ Κατάλληλες θέσεις στο κρεβάτι.
- ∅ Χρήση βοηθημάτων μετακίνησης- βάδισης.

Ένα σοβαρό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν άμεσα, οι μισοί τουλάχιστον από όσους υποβάλλονται σε ακρωτηριασμούς, είναι οι **αφόρητοι πόνοι** και ο τρόπος ανακούφιση τους.

Ο μετεγχειρητικός πόνος μετά από κάθε ακρωτηριασμό αντιμετωπίζεται με **ναρκωτικά αναλγητικά, ειδική αντλία χορήγησης φαρμάκου** που χειρίζεται ο ασθενής και **επισκληρίδια**.

ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΗ Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΑΤΡΟΥ

«Η σκληρή αυτή πραγματικότητα ομολογεί ότι είναι απαραίτητη η παρουσία Φυσιατρου ως συνεργάτη και συμβούλου σε όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα όπου αντιμετωπίζονται ασθενείς που

αναπόφευκτα καταλήγουν σε ακρωτηριασμό» τόνισε η καθηγήτρια κ **Ξανθή Μιχαήλ**, Πρόεδρος της **Ελληνικής Εταιρείας Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης**.

Η κ **Μιχαήλ** συμπλήρωσε πως «στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η αντιμετώπιση των ασθενών που πρόκειται να ακρωτηριασθούν γίνεται από διεπιστημονική ομάδα ειδικών. Οι ασθενείς άμεσα μετεγχειρητικά διακομίζονται σε **Ειδικά Κέντρα Αποκατάστασης** (Limb fitting Center), όπου όλοι οι εμπλεκόμενοι επιστήμονες είναι εξειδικευμένοι στις σύγχρονες επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις των ακρωτηριασμών και των προθέσεων».

Επίσης τόνισε πως στις χώρες αυτές υπάρχουν ειδικές υψηλού επιστημονικού επιπέδου σχολές για την εκπαίδευση των ειδικών που κατασκευάζουν και εφαρμόζουν τις προσθέσεις (τεχνητά μέλη) και που ονομάζονται Προσθετιστές.

Στην Ημερίδα αναφέρθηκε ακόμη πως **είναι λυπηρό ότι δεν υπάρχει στην Ελλάδα καμία αμιγώς εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα που να καλύπτει διεπιστημονικά από την πρόληψη μέχρι και την αποκατάσταση των ακρωτηριασμένων.** (συμπεριλαμβανομένων των ειδικών χειρουργικών τεχνικών και των συγχρόνων προσθέσεων που επιλέγονται εξατομικευμένα από τον χειρουργό σε συνεργασία με τον Φυσιατρο και τον Προσθετικό τεχνικό συνεκτιμώντας τις δυνατότητες και τους εφικτούς λειτουργικούς στόχους) .

Είναι παγκόσμια παραδεκτό ότι η σωστή επιλογή, κατασκευή και εφαρμογή των συγχρόνων προσθέσεων σε συνδυασμό με ένα εντατικό πρόγραμμα κινητικής και λειτουργικής επανεκπαίδευσης του ακρωτηριασμένου ασθενούς, θα βοηθήσουν ώστε η πρόθεση και το κολόβωμα να λειτουργήσουν σαν ένα ενιαίο δίπολο που θα δώσει έτσι την ευκαιρία στους ακρωτηριασμένους- ιδίως των κάτω άκρων-να βαδίζουν και να μην γίνεται αντιληπτό ότι φέρουν πρόσθεση.

Το καλλίτερο παράδειγμα άρτιας προσθετικής εφαρμογής σε ακρωτηριασμένους και άριστης λειτουργικής αποκατάστασης και Κοινωνικής Επανένταξης είναι οι αθλητές δρόμου στους Παραολυμπιακούς αγώνες!

ΒΑΣΙΚΗ ΑΙΤΙΑ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Όπως τονίστηκε με έμφαση στην Ημερίδα η βασική αιτία ακρωτηριασμού σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και στη χώρα μας είναι ο σακχαρώδης διαβήτης.

Η πιο σοβαρή επιπλοκή της ασθένειας είναι το «πόδι του διαβητικού», στο οποίο συνήθως δημιουργείται φλεγμονή από την είσοδο μικροβίων, η οποία μπορεί να εξελιχθεί προς το χειρότερο με κατάληξη τον ακρωτηριασμό του σκέλους.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 70% των ακρωτηριασμών των κάτω άκρων γίνονται σε διαβητικούς ασθενείς.

Δεδομένα από τις ΗΠΑ τεκμηριώνουν σαν συνολικό κόστος για την ίαση έλκους τα 10 -14.000 δολάρια και για ακρωτηριασμό κάτω από το γόνατο τα 60.000 δολάρια, με απροσδιόριστο τον ακριβή υπολογισμό άλλων παραγόντων (απώλεια εργασίας, εισοδήματος, ψυχολογική επιβάρυνση, οικογενειακά προβλήματα κλπ.).

Επιπρόσθετα θα έπρεπε να υπολογίζονται και τα επιπλέον έμμεσα κόστη λόγω απώλειας ποιότητας ζωής. Στις Η.Π.Α το ολικό κόστος του διαβητικού ποδιού έχει υπολογισθεί σε 4,000,000,000 κάθε χρόνο.

Τέλος πολλές σημαντικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι ακρωτηριασμοί μπορούν να μειωθούν κατά 50% αν ακολουθηθούν σωστές στρατηγικές.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ: COSMOS ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ