

**Θ' ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ**

**μαζικές απωλειές - ατυχήματα**



**19 - 20 - 21**

**ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ**

**1982**

**ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΠΑΛΑΣ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

**Θ' ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ**



**μαζικές απώλειες - ατυχήματα**

**«ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ  
ΚΑΙ  
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ»**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
I. Οργάνωση Συνεδρίου	4
II. Συνοπτικό Πρόγραμμα	5
III. Αναλυτικό Πρόγραμμα	11
IV. Περιλήψεις εργασιών	30
V. Ευρετήριο ονομάτων	111

## I. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

### Προεδρείο

Υποστράτηγος (ΥΙ) Αντώνιος Πολυθοδωράκης,  
*Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΣ*  
Αρχιπλοίαρχος (ΥΙ) Παναγιώτης Σαμπάνης,  
*Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΝ*  
Ταξίαρχος (ΥΙ) Χαράλαμπος Βυσσούλης,  
*Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΑ*

### Επιστημονικοί Σύμβουλοι

Οι καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ.: Δ. Λαζαρίδης, Ο. Αλετράς

### Οργανωτική Επιτροπή

<b>Προέδρος</b>	Γεν. Άρτρος Ν. Χριστιανάκης
<b>Αντιπρόεδρος</b>	Άρτρος Σ. Καστανάκης
<b>Γραμματείς</b>	Άρτρος Α. Μηνάς Άρτρος Α. Κολιάκος Επτρος Κ. Καραχάλιος
<b>Ταμίας</b>	Λγός (ΔΥ) Ι. Ξανθόπουλος
<b>Μέλη</b>	Άρτρος Χ. Τσακiriδης Άρτρος Ι. Σιάπαντας Άρτρος Θ. Πρωτόπαπας Άρτρος Χ. Σαρηγιάννης Ανπχος (Ι) Γ. Πρίνος Επγός (Ι) Ν. Πουλαντζάς

**Καλλιτεχνική Επιμέλεια** Μ. Αντωνόπουλος

## II. ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

## Παρασκευή 19 Νοεμβρίου

### ΠΡΩΙ

#### ΑΙΘΟΥΣΑ «Α»

**09.30-10.30** Τελετή ενάρξεως

**11.15-13.30** Στρόγγυλη τράπεζα:

*«Η αντιμετώπιση των μαζικών απωλειών από ομαδικά ατυχήματα κάθε αιτιολογίας»*

Συντονιστής ο Υποστράτηγος (ΥΙ) ε.α. Κ. Σεγκούνης

### ΑΠΟΓΕΥΜΑ

#### ΑΙΘΟΥΣΑ «Α»

**16.00-17.15** Ελεύθερες ανακοινώσεις

**17.30-18.45** » »

**19.00-20.00** Διάλεξη:

*«Η περιθαλψη μαζικών ΑΥ εξ αιτίας προσβολής από τοξικές χημικές ουσίες»*

Από τον Αρχικτηνίατρο Θ. Πρωτόπαπα.

#### ΑΙΘΟΥΣΑ «Β»

**16.00-17.15** Ελεύθερες ανακοινώσεις

**17.30-18.45** » »

### ΒΡΑΔΥ

**21.30** Δεξίωση Συνέδρων στη ΛΑΦΘ.

## Σάββατο 20 Νοεμβρίου

### ΠΡΩΙ

#### ΑΙΘΟΥΣΑ «Α»

**08.00-09.30** Ελεύθερες ανακοινώσεις

**09.45-11.15** » »

**11.30-13.30** Στρόγγυλη τράπεζα:  
*«Η αντιμετώπιση των πολυτραυματιών»*  
Συντονιστής ο καθηγητής Δ. Λαζαρίδης

#### ΑΙΘΟΥΣΑ «Β»

**08.00-09.30** Ελεύθερες ανακοινώσεις

**09.45-11.15** » »

### ΑΠΟΓΕΥΜΑ

#### ΑΙΘΟΥΣΑ «Α»

**16.00-17.30** Ελεύθερες ανακοινώσεις

**17.45-19.15** » »

**19.30-20.30** Διάλεξη:  
*«Οργάνωση και λειτουργία ειδικών τμημάτων υποδοχής και νοσηλείας ΜΑΥ στα Νοσοκομεία»*  
Από τον Αρχίατρο Χ. Τσακιρίδη.

#### ΑΙΘΟΥΣΑ «Β»

**16.00-17.30** Ελεύθερες ανακοινώσεις

**17.45-19.15** » »

## Κυριακή 21 Νοεμβρίου

### ΠΡΩΙ

#### ΑΙΘΟΥΣΑ «Α»

**08.00-09.30** Ελεύθερες ανακοινώσεις

**09.45-11.15** » »

**11.30-13.30** Στρόγγυλη τράπεζα:  
«Αναπνευστική δυσχέρεια των ενηλίκων, *ARDS*»  
Συντονιστής ο καθηγητής Ο. Αλετράς

**13.45** Τελετή Λήξεως των εργασιών του Συνεδρίου



### III. ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 19 Νοεμβρίου**

## ΑΙΘΟΥΣΑ «Α»

**09.30-10.30** Τελετή ενάρξεως

**11.15-13.30** Συζήτηση σε **στρογγυλή τράπεζα:**

*Η αντιμετώπιση των μαζικών απωλειών από ομαδικά ατυχήματα κάθε αιτιολογίας.*

*Συντονιστής: Κ. ΣΕΓΚΟΥΝΗΣ Υποστράτηγος (ΥΙ) ε.α.*

*Εισηγητές:*

**Α. ΒΡΕΦΙΔΗΣ** Ταξίαρχος (ΥΙ) ε.α.-Χειρουργός

*«Γενική επισκόπηση ΜΑΥ»*

**Ι. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ** Αντιπλοίαρχος (ΥΙ)

*«Προβλήματα περισυλλογής και επί τόπου παροχής Α΄βοηθειών και διαλογής»*

**Β. ΘΕΟΔΩΡΟΥ** Αντιπλοίαρχος (ΥΙ)

*«Προβλήματα διακομιδών των μαζικών απωλειών»*

**Θ. ΜΠΑΛΛΗΣ** Αρχίατρος - Υφηγητής Νευροψυχίατρος

*«Ψυχιατρικά προβλήματα σε μαζικές καταστροφές».*

**Χ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ** Αρχίατρος - Χειρουργός

*«Η αντιμετώπιση των μαζικών απωλειών στα Νοσοκομεία»*

**Χ. ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ** Γεν. Αρχίατρος - Νευρολόγος Ψυχίατρος

*«Μελλοντικές απαιτήσεις και προοπτικές»*

## ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Γ. ΦΙΛΟΣ, Γ. ΧΑΝΟΣ, Α. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ

*Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

*Χειρουργική Κλινική Εκπ/κού Παραρτ/τος Αλεξ/πολης*

*Διευθυντής: Καθηγητής Α. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ*

Περιγράφονται δύο περιπτώσεις τραυματικής ρήξης του 12/δακτύλου που οφείλονταν σε κλειστές κακώσεις κοιλιάς εξ αιτίας τροχαίου ατυχήματος και αντιμετωπίστηκαν, με επιτυχία, στην κλινική μας.

Οι ρήξεις του 12/δακτύλου από κλειστές κακώσεις κοιλιάς είναι γενικά σπάνιες και αντιπροσωπεύουν το 5% περίπου του συνόλου των κοιλιακών κακώσεων. Πιο συχνά οι ρήξεις αυτές είναι ενδοπεριτοναϊκές (90%) και στο μισό περίπου των περιπτώσεων εντοπίζονται στη 2η μοίρα του 12/δακτύλου. Εξ άλλου, συχνά συνδυάζονται με κακώσεις και άλλων ενδοκοιλιακών οργάνων. Η κλινική εικόνα της ρήξης του 12/δακτύλου είναι εκείνη της οξείας κοιλιάς και η ακριβής διάγνωση μπαίνει κατά την εγχείρηση. Η χειρουργική αντιμετώπιση των κακώσεων του 12/δακτύλου είναι γενικά δύσκολη. Έχουν απλή συρραφή της ρήξης μέχρι και την ολική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή. Η επιλογή της μεθόδου καθορίζεται από τη βαρύτητα και την εντόπιση του δωδεκαδακτυλικού τραύματος καθώς και από την παρουσία ή μη κακώσεων σε άλλα όργανα.

Στην πρώτη από τις δικές μας περιπτώσεις επρόκειτο για κορίτσι 11 χρονών που διακομίστηκε στην κλινική μας για κάκωση κοιλιάς από τροχαίο ατύχημα με εικόνα οξείας κοιλιάς. Κατά τη λαπαροτομία διαπιστώθηκε σχεδόν πλήρης διατομή της 4ης μοίρας του 12/δακτύλου. Έγινε τελικοτελική αποκατάσταση της συνέχειας του γαστρεντερικού σωλήνα και η άρρωση βγήκε από την Κλινική χωρίς να παρουσιάσει κανένα μετεγχειρητικό πρόβλημα.

Η δεύτερη περίπτωσή μας αφορά άνδρα, ηλικίας 30 χρονών που διακομίστηκε ύστερα από τροχαίο ατύχημα με εικόνα καθολικής περιτονίτιδας από ρήξη κοίλου σπλάχνου. Κατά τη λαπαροτομία διαπιστώθηκε διατομή στο όριο 1ης και 2ης μοίρας του 12/δακτύλου που περιλάμβανε όλη σχεδόν τη περίμετρό του.

Έγινε σύγκλιση του κεντρικού κολοβάματος του 12/δακτύλου, δωδεκαδακτυλοστομία, οπισθία διαμεσοκολική Γ.Ε.Α., στελεχιαία βαγοτομή και περιφερική νηστιδοστομία. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο άρρωστος βγήκε από την Κλινική 3 εβδομάδες μετά την επέμβαση.

## ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Δ. ΚΑΡΑΚΑΝΤΖΑΣ, Ι. ΒΑΒΑΤΣΙΚΑΗΣ, Γ. ΤΖΕΓΑΣ

*Α' Χειρουργική Κλινική του Γ. Ν. Καβάλας*

Η ραγδαία αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων στη χώρα μας είναι υπεύθυνη για τη μεγάλη αύξηση της συχνότητας των κλειστών κακώσεων της κοιλίας. Η βαρύτητά τους αυξάνεται στους πολλαπλούς τραυματισμούς ενδοκοιλιακών οργάνων που το ποσοστό τους ανεβαίνει στο 70% των περιπτώσεων κλειστών κακώσεων της κοιλίας.

**Σκοπός** της κλινικής αυτής εργασίας είναι να μελετήσει τη συχνότητα των κλειστών κακώσεων της κοιλίας στα τροχαία ατυχήματα, το μηχανισμό προκλήσεώς τους και να εκτιμήσει την επίδραση των πολλαπλών τρώσεων ενδοκοιλιακών οργάνων στη βαρύτητά τους. Επίσης ν' αξιολογήσει τη συμβολή των διαγνωστικών μεθόδων και να καθορίσει τις ενδείξεις για λαπαροτομία.

**Υλικό και μέθοδοι.** Στη χρονική περίοδο 15 ετών, από τον Ιαν. 1966 μέχρι τον Ιαν. 1981, νοσηλεύτηκαν 250 περιπτώσεις κλειστών κακώσεων της κοιλίας ύστερ' από τροχαία ατυχήματα. Απ' αυτές χειρουργήθηκαν 105 περιπτώσεις. Θετική ήταν η συμβολή της κλινικής εξετάσεως, της παρακεντήσεως της κοιλίας, του ακτινολογικού και σπινθηρογραφικού ελέγχου στην προεγχειρητική διάγνωση.

**Αποτελέσματα.** Τ' αποτελέσματα της παρακεντήσεως της κοιλίας ήταν θετικά σε ποσοστό 75% στις περιπτώσεις μας κλειστών κακώσεων της κοιλίας ενώ ο ακτινολογικός έλεγχος στις περιπτώσεις ρήξεως κοίλου οργάνου ήταν θετικός σε ποσοστό 80%. Ο σπινθηρογραφικός έλεγχος έβαζε την ένδειξη λαπαροτομίας σε ρήξεις συμπαγών οργάνων. Το ποσοστό των αρνητικών ερευνητικών λαπαροτομιών ήταν μικρό.

**Συμπεράσματα.** Η συχνότης των κλειστών κακώσεων της κοιλίας ανευρίσκεται ηυξημένη στα τελευταία χρόνια.

Η ορθή εκτίμηση της κλινικής εξετάσεως και παρακλινικών μεθόδων βοηθούν στην έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση.

Η βαρύτης αυξάνεται στις πολλαπλές κακώσεις των ενδοκοιλιακών οργάνων.

## **ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΘΩΡΑΚΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΣ**

**Δ. ΤΣΑΝΤΗΛΑΣ, Γ. ΦΡΑΓΚΑΝΔΡΕΑΣ, Γ. ΜΥΚΟΝΙΟΥ, Α. ΤΣΑΛΙΚΙΔΗΣ,  
Μ. ΚΟΝΤΟΥΛΗΣ**

*Χειρουργική Κλινική Β' Νοσοκομείου Ι.Κ.Α. Θεσσαλονίκης*

*Διευθυντής: Δρ ΣΟΦ. ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ*

Η συχνότητα των τραυματικών κακώσεων του θώρακος και της κοιλίας παρουσιάζει προοδευτική αύξηση και στα δύο φύλα και σχεδόν σε όλες τις ηλικίες, λόγω των τροχαίων και εργατικών ατυχημάτων, του ποδοσφαίρου και των άλλων σπορ, που αυξήθηκαν πρόσφατα, λόγω της μεγάλης διάδοσης του αυτοκινήτου και της μηχανοποίησης της εργασίας.

Η συνύπαρξη σωματικής κάκωσης σε «καθαρά» κοιλιακό τραυματισμό δεν είναι ασυνήθιστη, ανέρχεται δε σε ποσοστό 5,8% του συνολικού περίπου αριθμού τραυματισμών (Drews 1973).

Η διάγνωση αυτών αποτελεί συχνά δύσκολο πρόβλημα για τον χειρουργό, ιδιαίτερα δε όταν αυτές είναι κλειστές και αφορούν πολυτραυματία.

Η παρούσα εργασία αφορά στην αντιμετώπιση και στα αποτελέσματα 247 περιπτώσεων ανοικτών και κλειστών θωρακικών και κοιλιακών κακώσεων που αντιμετωπίστηκαν στην Χειρουργική Κλινική Β' Νοσοκομείου Ι.Κ.Α. Θεσσαλονίκης κατά το τελευταίο 18μηνο, ήτοι από 1/1/1981 έως 15/6/1982.

Επίσης αναφέρεται η σχέση των θωρακικών και κοιλιακών κακώσεων έναντι των άλλων κακώσεων και περιγράφονται μερικές ενδιαφέρουσες περιπτώσεις.

## ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ ΣΠΛΗΝΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ

Επ' ευκαιρία 4 περιπτώσεων  
Α. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ, Θ. ΖΕΚΕΡΙΑΔΗΣ

*Β.Χ. του Γ. Ν. Καβάλας*

Έχοντας υπόψη τη μεγάλη συχνότητα των τροχαίων ατυχημάτων, τη μεγάλη βαρύτητα των πολυτραυματιών και τις μεγάλες ελλείψεις των επαρχιακών νοσοκομείων σε τεχνικό και επιστημονικό υλικό (έλλειψη μονάδων παρακολούθησης πολυτραυματιών, έλλειψη νευροχειρουργών κ.α.) πιστεύουμε ότι η ευθύνη του γενικού χειρουργού σ'αυτές τις καταστάσεις είναι πολύ μεγάλη. Η ευθύνη του δε γίνεται πολύ μεγαλύτερη, όταν εκτός των άλλων προβλημάτων του πολυτραυματία ο χειρουργός έχει να εκτιμήσει και αυτά της κοιλιάς του αρρώστου. Συνήθως όμως τα προβλήματα του πολυτραυματία δεν σταματούν στο οξύ πρώτο στάδιο της αντιμετώπισής τους. Συνεχίζονται και μετά από αυτό και μάλιστα με δυνητικό κίνδυνο για τη ζωή του. Ακριβώς σ' αυτόν τον κίνδυνο αναφέρεται η εργασία μας παρουσιάζοντας 4 περιπτώσεις σπληνεκτομής σε δεύτερο χρόνο. Και στις 4 περιπτώσεις οι άρρωστοι ήρθαν στο νοσοκομείο μετά από τροχαίο ατύχημα, αντιμετωπίστηκαν με επιτυχία τα προβλήματά τους κατά το οξύ πρώτο στάδιο και μετά πάροδο μιας έως τριών εβδομάδων άρχισαν να παρουσιάζουν μια προϊούσα πτώση του Ηct τους. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο που ακολούθησε, συμπεριλαμβανομένου και του σπινθηρογραφήματος ήπατος-σπληνός βρέθηκε και στις 4 περιπτώσεις υποκάψιο αιμάτωμα σπληνός που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με σπληνεκτομή.

Οι άρρωστοί μας σήμερα είναι καλά.

### ΕΛΑΦΡΑ ΚΑΚΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ — ΡΗΞΗ ΕΝΤΕΡΟΥ (Επί υπάρξεως κήλης)

Β. ΠΕΤΣΗΣ, Ι. ΚΩΣΤΗΣ, Σ. ΦΟΥΣΚΗΣ-ΜΑΡΙΝΟΣ, Α. ΜΩΡΑΪΤΙΔΗΣ,  
Ι. ΒΑΡΔΟΥΛΗΣ

*Χειρουργική Κλινική, Αχιλλοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου Βόλου*

Παρουσιάζονται 7 περιπτώσεις ρήξης εντέρου, σε αρρώστους με βουβωνοκήλη, που προκλήθηκε ύστερα από ελαφρά

πλήξη στην κοιλιά, ή αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Τονίζεται ότι και η μικρή κάκωση μπορεί να προκαλέσει μεγάλη βλάβη.

## **ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

**Α. ΑΓΟΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Ι. Ν. ΝΟΜΙΚΟΣ**

*Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

Οι τραυματικές κακώσεις της κοιλιάς (Τ.Κ.Κ.) εξακολουθούν να αποτελούν ένα οξύτατο ιατρικό πρόβλημα με κοινωνικές προεκτάσεις, ιδιαίτερα στις ημέρες μας που παρατηρείται μια εκρηκτική αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων. Ο βαριά τραυματισμένος άρρωστος είναι ο άρρωστος που χρειάζεται σωστή χρονολογική ιεράρχηση τόσο των διαγνωστικών όσο και θεραπευτικών βημάτων για την επιβίωσή του. Με τις σκέψεις αυτές επιχειρούμε μια ανάλυση των Τ.Κ.Κ. που αντιμετωπίστηκαν στο Γ.Ν.Α. στο διάστημα μιας τετραετίας (1978-1982). Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 35 άρρωστοι εκ των οποίων 29 άρρηνες και 6 θήλεις. Η ηλικία τους εκυμαίνεται από 5 μέχρι 80 έτη. Δεκαεπτά ασθενείς παρουσίαζαν κάκωση σε ένα μόνο ενδοκοιλιακό όργανο ενώ οι υπόλοιποι 18 σε περισσότερα του ενός σπλάχνα. Ο αριθμός των ενδοκοιλιακών κακώσεων που χρειάστηκε άμεση χειρουργική αποκατάσταση ήταν 55. Αναλυτικότερα 6 αφορούσαν το ήπαρ, 11 τον σπλήνα, 3 το νεφρό, 3 το πάγκρεας, 17 τον γαστρεντερικό σωλήνα, 2 την ουροδόχο κύστη και σε 2 υπήρχε ρήξη του διαφράγματος. Τέλος ένδεκα ασθενείς υπέστησαν αγγειακές κακώσεις σε μεγάλα αρτηριακά ή φλεβικά στελέχη. Με την ανάλυση των περιστατικών μας εξετάζομε σφαιρικά το θέμα των Τ.Κ.Κ. που αναμφισβήτητα απαιτούν όχι μόνο την επιστημονική αλλά και την ψυχική ωριμότητα της χειρουργικής ομάδας.

## **ΑΝΟΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ**

**Σ. ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ, Ν. ΨΑΛΛΙΔΑΣ, Γ. ΜΠΡΙΓΚΟΣ, Π. ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ,  
Ι. ΜΠΕΤΖΙΟΣ, Σ. ΚΑΣΣΩΤΗΣ, Κ. ΧΑΡΩΝΗΣ**

*Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών - Δ/ντής: Υφηγ. Κ. ΧΑΡΩΝΗΣ*

Κατά την διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας στη Γ' Χειρουργική Κλινική του Γ.Ν.Α. εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία 895 ασθενείς με κλειστές και ανοικτές κοιλιακές κακώσεις. Από αυτούς εισήχθησαν στην Κλινική 370 για νοσηλεία.



Από τους εισαχθέντες στους 238 τοποθετήθηκε σωληνάκι περιτοναϊκών πλύσεων για διάγνωση εσωτερικής αιμορραγίας, και 151 χειρουργήθηκαν, οι 119 αντιμετώπισθηκαν συντηρητικά. Είχαμε 39 μετεγχειρητικούς θανάτους στους 151 χειρουργημένους, θνησιμότητα 25,7%.

Στην παρούσα ανακοίνωση αναλύουμε λεπτομερειακά τις παραπάνω περιπτώσεις, κυρίως ως προς τις αιτίες του τραυματισμού και τις νεώτερες μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας.

Επίσης αναφερόμεθα στην ανάγκη ταχείας μεταφοράς των αρρώστων αυτών στα Νοσοκομεία, στην άρτια οργάνωση αυτών των Νοσοκομείων, στην εμπειρία του Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού, στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών και παράλληλα ανασκοπούμε την βιβλιογραφία ως προς τους σοβαρούς αυτούς τραυματισμούς.

### ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Γ. ΧΑΝΟΣ, Ν. ΤΣΙΝΟΓΛΟΥ, Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Α. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ

*Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης  
Χειρουργική Κλινική Εκπαιδευτικού Παραρτήματος Αλεξανδρούπολης  
Διευθυντής: Καθηγητής Α. Π. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ*

Οι κλειστές κακώσεις της κοιλιάς χαρακτηρίζονται γενικά από δυσκολίες διαγνωστικές και θεραπευτικές, έχουν σχετικά υψηλή θνητότητα και παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της αυξημένης συχνότητας με την οποία εμφανίζονται στην εποχή μας.

Στην εργασία αυτή αναλύεται το υλικό της Χειρουργικής Κλινικής του Εκπαιδευτικού Παραρτήματος Αλεξανδρούπολης, της τελευταίας 4ετίας. Στο διάστημα αυτό (Ιούνιος 1978-Μάιος 1982), νοσηλεύτηκαν 105 άρρωστοι με κακώσεις ικανές να προκαλέσουν βλάβες ενδοκοιλιακών οργάνων.

Από αυτούς, 20 χειρουργήθηκαν για οξεία χειρουργική κοιλιά και τα κύρια ευρήματα ήταν τα ακόλουθα: ρήξη σπληνός (3), ήπατος (3), νεφρού (1), δωδεκαδακτύλου (2), διαφράγματος (2), παχέος (2) και λεπτού εντέρου (1). Σε ένα βρέθηκε ρήξη ήπατος και σπλήνα, σε ένα ήπατος και νεφρού, και σε ένα σπλήνα και λεπτού εντέρου. Σε τρεις περιπτώσεις, σε πολυτραυματίες, η ερευνητική λαπαροτομία ήταν αρνητική για ενδοκοιλιακή βλάβη.

βη. Η διάγνωση στηρίχθηκε στην κλινική εικόνα και τη διαγνωστική παρακέντηση της κοιλιάς και βοηθήθηκε από τα συνήθη εργαστηριακά μέσα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση και το είδος της εγχείρησης καθορίζονταν από τα ευρήματα της λαπαροτομίας. Είχαμε 1 θάνατο (ποσοστό 5%) σε άρρωστο πολυτραυματία με ρήξη ορθοσιγμοειδούς.

## **Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΠΛΥΣΗ ΕΠΙ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ**

**Γ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, Γ. ΤΣΙΑΝΟΣ, Δ. ΚΟΝΤΟΚΩΤΣΙΟΣ**

*Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων*

Ως γνωστόν σε πολυτραυματίες με κλειστή κοιλιακή κάκωση συνυπάρχει σε μεγάλο ποσοστό κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Μ' αυτές τις συνθήκες όταν αντιμετωπίζεται καταπληξία, απώλεια συνειδήσεως και πολλαπλά τραύματα από διάφορα συστήματα, η αξιολόγηση των κλινικών ευρημάτων είναι συνήθως αναξιόπιστος ή και αδύνατος.

Η εκτέλεση της περιτοναϊκής πλύσεως σ' αυτούς τους ασθενείς θεωρείται απαραίτητος.

Στην εργασία περιγράφουμε τη μέθοδό μας. Η παρούσα εργασία είναι πρόδρομος ανακοίνωση της τεχνικής, των αποτελεσμάτων και των επιπλοκών της μεθόδου από την εφαρμογή της σε επαρχιακό νοσοκομείο της χώρας μας όπου ως γνωστόν υπάρχουν πολλές εργαστηριακές ελλείψεις.

## **ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΛΕΚΑΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ**

**Γ. ΒΕΛΜΑΧΟΣ, Κ. ΚΑΡΑΜΟΣΧΟΣ, Δ. ΤΑΧΤΣΙΔΗΣ, Γ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ,  
Β. ΑΞΕΝΙΔΗΣ**

*Νοσοκομείο Ατυχημάτων «ΑΠ. ΠΑΥΛΟΣ» Κ.Α.Τ. Κηφισιά*

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας (1972-1982) στη Γενική Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου Ατυχημάτων «ΑΠ. ΠΑΥΛΟΣ» Κ.Α.Τ., Κηφισιά, Αθήνα, είχαμε την ευκαιρία να νοσηλεύσουμε 408 πολυτραυματίες ασθενείς, οι οποίοι εκτός των άλλων κακώσεων από την κοιλιά, το θώρακα, το κεφάλι και τα άκρα, είχαν και βαριά κατάγματα λεκάνης. Σε όλους αυτούς

τους ασθενείς υπήρχε σημειολογία σοβαρής κοιλιακής κάκωσης, με αποτέλεσμα οι 114 (27,94%) να υποβληθούν σε επείγουσα λαπαροτομία. Οι υπόλοιποι 294 (72,06%) αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, από χειρουργικής πλευράς, για τις κοιλιακές τους κακώσεις και τις από αυτές μετατραυματικές επιπλοκές, για ένα διάστημα 4-18 ημερών. Στη συνέχεια διακομίστηκε στις ορθοπεδικές κλινικές του Νοσοκομείου, για την αντιμετώπιση των ορθοπεδικών προβλημάτων τους.

Σε όλες τις περιπτώσεις η κλινική και εργαστηριακή διάγνωση μιας σοβαρής ενδοκοιλιακής χειρουργικής κάκωσης και η λήψη απόφασης για λαπαροτομία βοηθήθηκε σημαντικά και πολλές φορές καθοριστικά, από τη διαγνωστική παρακέντηση της κοιλιάς και την τοποθέτηση σωλήνα από πολυαιθυλένιο. Από το σωλήνα αυτό εκάναμε ενδοπεριτοναϊκή πλύση με φυσιολογικό ορό και πολλές φορές διαγνώσαμε πρώιμα την ύπαρξη ενδοκοιλιακής αιμορραγίας. Αξίζει να σημειωθεί, ότι και στις 114 λαπαροτομίες διαπιστώσαμε οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα, το οποίο πολλές φορές έφθανε στο ύψος του διαφράγματος.

Σε πολλές περιπτώσεις ευρήκαμε περισσότερες από μία ενδοκοιλιακές κακώσεις, ενώ ήταν σημαντικός και ο αριθμός των οπισθοπεριτοναϊκών κακώσεων, της ουρήθρας, της εξωπεριτοναϊκής μοίρας του ορθού και των γεννητικών οργάνων, που οφείλοντο στα κατάγματα της λεκάνης.

Η θνησιμότητα ήταν 8,1% και πρέπει να σημειωθεί, ότι ένα σημαντικό ποσοστό θανάτων οφείλετο σε σοβαρές συνυπάρχουσες κακώσεις του εγκεφάλου και του θώρακα.

## **ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΣΠΛΑΓΧΝΩΝ ΜΕ ΚΛΕΙΣΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΛΕΚΑΝΗΣ**

**Ι. ΔΑΔΟΥΚΗΣ, Δ. ΜΠΟΤΣΙΟΣ, Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Ο. ΑΛΕΤΡΑΣ**

*Α' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική Α.Π.Θ.*

Από το 1965 μέχρι το 1981 νοσηλεύτηκαν στην Α' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης 251 τραυματίες με κλειστά κατάγματα λεκάνης. Σε 12 από τους ασθενείς αυτούς (5%) συνυπήρχαν σοβαρές κακώσεις σε διάφορα ενδοκοιλιακά σπλάγχνα.

Στους 10 ασθενείς η ενδοκοιλιακή κάκωση επιβεβαιώθηκε μετά ερευνητική λαπαροτομία ενώ στους υπόλοιπους 2 αποτέλεσε νεκροτομικό εύρημα.

Σε 4 ασθενείς η ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία διαπιστώθηκε με διαγνωστική περιτοναϊκή πλύση, ενώ η ενδοφλέβιος ουρογραφία απέδειξε ρήξη του νεφρού σε ένα ασθενή. Από τους ασθενείς που αντιμετώπισθηκαν εγχειρητικά επέζησαν όλοι εκτός από έναν που κατέληξε από επιβραδυσμένη ρήξη του σιγμοειδούς.

Η ύπαρξη κατάγματος Malgaigne ή καταγμάτων και στους δύο ηβοϊσχιακούς κλάδους και η ανάγκη χορήγησης τουλάχιστον 2 λίτρων αίματος για την ανάταξη ολιγαϊμικής καταπληξίας κάνουν πολύ πιθανή τη διάγνωση ενδοκοιλιακής κάκωσης. Στους ασθενείς αυτούς συνεπώς απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή για την έγκαιρη διάγνωση ενδεχόμενης ενδοκοιλιακής κάκωσης και ανάλογης χειρουργικής αντιμετώπισής της.

## **ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΑ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΑ: ΔΙΑΦΟΡΟ- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

**Λ. ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ, Α. ΑΛΩΝΙΣΤΙΩΤΗΣ, Θ. ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΣ,  
Ι. ΘΕΟΠΙΣΤΟΣ, Ι. ΠΟΥΛΑΝΤΖΑΣ**

*Α' Χειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών*

Τα οπισθοπεριτοναϊκά αιματώματα (Ο.Π.Α.) συνήθως απότοκα πυελικών καταγμάτων ή υποδηλώντα κάκωση οπισθοπεριτοναϊκών οργάνων, ποικίλουν σε έκταση και συνοδεύονται σε πολλές περιπτώσεις με εικόνα μεθαιμορραγικής καταπληξίας, η οποία όμως δυνατόν να είναι συνάρτηση τραυματισμού ενδοπεριτοναϊκών οργάνων. Τα συνήθη κλινικά και εργαστηριακά διαγνωστικά μέσα αποδεικνύονται, όχι σπάνια, ανεπαρκή για τη διαφορική διαγνωστική του αιτίου της αιμορραγίας και την ένδειξη της λαπαροτομίας, ενώ αντιθέτως η αρρωγή της περιτοναϊκής πλύσεως κρίνεται ως αξιόλογος. Στην δετία Δεκ. 1973-1981 και σε σύνολο 609 χειρουργηθέντων για κοιλιακό τραύμα παρατηρήθηκαν 133 ΟΠΑ (ποσοστό 21,8%) ενώ σε 457 συντηρητικά αντιμετωπισθέντες τραυματίες το ανάλογο ποσοστό ήταν 18,6%. Με την εξέλιξη της τεχνικής και την ορθή αξιολόγηση των στοιχείων του εκπλύματος, η περιτοναϊκή πλύσις εβοήθησε στην αποφυγή άσκοπης λαπαροτομίας σε 67 περιπτώσεις ΟΠΑ.

Αντιθέτως δεν αποφεύχθηκαν τελικά 24 επείγουσες κοιλιακές διερευνήσεις (ποσοστό 3,8%) στις οποίες μόνο εύρημα ήταν το ΟΠΑ.

Διάνοιξη του αιματώματος αποφασίσθηκε σε 17 από τους 133 τραυματίες, λόγω προφανούς κακώσεως οπισθοπεριτοναϊκού οργάνου. Οι σημειωθέντες θάνατοι είχαν άλλα αίτια, εκτός του ΟΠΑ, εκτός από δύο της ομάδας των 24 αρνητικών λαπαροτομιών, για τους οποίους εθεωρήθηκε ότι η επείγουσα εγχείρηση επιβάρυνε την γενική κατάσταση των πολυτραυματιών.

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΔΟΣΕΩΝ FENTANYL ΣΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Σ. ΧΑΛΚΙΑΣ, Μ. ΓΚΙΑΛΑ, Ν. ΣΑΦΛΕΚΟΣ, Ε. ΦΕΣΛΙΚΙΔΗΣ, Δ. ΛΑΠΠΑΣ

*Από το Πειραματικό Τμήμα της Αναισθησιολογίας της Ιατρικής Σχολής  
του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης*

Μελετήθηκαν 6 σκύλοι στους οποίους χορηγήθηκε Fentanyl 50 μg/kg σε μία και μόνη ταχεία δόση.

	ελέγχου	3'	15'	30'	60'
Καρδιακός Ρυθμός b/min	179,5	92,7	92,42	101,57	122,6
Καρδιακή Παροχή L/min	4,87	2,68	3,28	3,81	3,37
Αρτηριακή Πίεση mm Hg	Σ 205 Μ 156,42 Δ 132,14	122,14 94,99 81,42	140,2 100,8 81,14	154,7 106,8 88,85	172,1 127,3 105
Κεντρ. Φλεβ. Πίεση mm Hg	2,92	4,21	2,92	3,57	1,5
Όγκος Παλμού ml / b	27	28	35	37	27
Περ. Αγγειακές Αντιστάσεις dyn. sec. cm <sup>05</sup>	2566,9	2832,6	2457,2	2240,2	3020,8

Τα σκυλιά υποβλήθηκαν σε γενική αναισθησία με θειοπεντάλη 25 mg/kg. Η μυοχάλαση εξασφαλίστηκε με χορήγηση βρωμιούχου πανκουρονίου 0,1 mg/kg αρχικά και στάγδην έγχυση εν συνεχεία. Η συντήρηση της αναισθησίας έγινε με N<sub>2</sub>O/O<sub>2</sub> 50% και ο αερισμός των πνευμόνων ρυθμίστηκε με κριτήριο την εξασφάλιση νορμοκαπνίας.

Τοποθετήθηκαν αρτηριακοί και φλεβικοί καθετήρες για τις αιμοδυναμικές και αεριομετρικές μετρήσεις.

Μετρήθηκαν ο Καρδιακός Ρυθμός, η Καρδιακή Παροχή, η Αρτηριακή Πίεση, η Κεντρική Φλεβική Πίεση και υπολογίστηκαν ο Όγκος Παλμού και οι αντιστάσεις της Συστηματικής Κυκλοφορίας. Οι τιμές φαίνονται στον πίνακα.

*ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι μεταβολές των τιμών των διαφόρων παραμέτρων, οι οποίες εκφράζονται σαν μέσος όρος, δείχνουν ότι η ταχεία και εφ' άπαξ χορήγηση fentanyl 50 mg/kg προκάλεσε βραδυκαρδία μεγάλου βαθμού με αποτέλεσμα την πτώση της καρδιακής παροχής και της αρτηριακής πίεσεως, ενώ οι περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις και ο όγκος παλμού δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά.*

## **Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΜΙΣΧΩΤΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΜΥΟΣ ΣΕ ΣΚΥΛΟΥΣ**

**Ι. ΔΑΔΟΥΚΗΣ, Σ. ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ, Γ. ΚΑΡΚΑΒΕΛΑΣ, Α. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ, Ο. ΑΛΕΤΡΑΣ**

*Α' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική του Α.Π.Θ. και Χειρουργική Κλινική του Ε.Π.Α.*

Η αποκατάσταση μεγάλων ελλειμμάτων του δωδεκαδακτυλικού τοιχώματος εξακολουθεί να είναι ένα μεγάλο χειρουργικό πρόβλημα.

Για πρώτη φορά διεθνώς έγινε προσπάθεια καλύψεως μεγάλων ελλειμμάτων της προσθίας και των πλαγίων επιφανειών της δευτέρας μοίρας του δωδεκαδακτύλου με μισχωτό μόσχευμα τοιχωματικού περιτοναίου και εγκαρσίου κοιλιακού μυός σε 18 σκύλους. Όλα τα πειραματόζωα επέζησαν. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή χωρίς την εμφάνιση τοπικών ή γενικών

επιπλοκών και η λειτουργικότητα του δωδεκαδακτύλου ήταν καλή, κλινικά και ακτινολογικά. Τα πειραματόζωα θυσιάστηκαν σε διάφορα χρονικά διαστήματα μεταξύ της 3ης και της 245ης ημέρας. Σε 5 σκύλους, οι οποίοι θυσιάστηκαν μέσα στις πρώτες 60 ημέρες μετά την εγχείρηση, παρατηρήθηκε μικρού βαθμού στένωση που οφειλόταν προφανώς στην συνυπάρχουσα φλεγμονή και το οίδημα στην περιοχή του μοσχεύματος, ενώ σε κείνους που θυσιάστηκαν αργότερα ο αυλός του δωδεκαδακτύλου είχε φυσιολογικό εύρος. Η επιθηλιοποίηση στην περιφέρεια της εσωτερικής επιφάνειας του μοσχεύματος ήταν μακροσκοπικά και ιστολογικά εμφανής από την 7η μετεγχειρητική ημέρα και ολοκληρώνονταν σε 120 ημέρες από την εγχείρηση.

## **Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**Γ. ΚΑΛΟΓΡΑΙΑΣ, Ε. ΝΙΩΤΗΣ, Ε. ΧΑΤΖΗΓΩΑΝΝΟΥ, Δ. ΜΙΣΙΤΖΗΣ,  
Α. ΠΑΤΣΑΣ**

*Χειρουργική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Σάμου*

Οι πολυτραυματίες αποτελούν το 20% των τροχαίων θυμάτων και είναι οι ασθενείς εκείνοι που συνήθως αντιμετωπίζουμε σε μαζικά τροχαία ατυχήματα.

Το υλικό της μελέτης αυτής απετέλεσαν 52 πολυτραυματίες, άνδρες και γυναίκες επιβάτες λεωφορείου, το οποίο κατέπεσε σε κρημνό. Οι συχνότερες κακώσεις υπήρξαν οι κρανιοεγκεφαλικές από τις οποίες 14 ήταν θανατηφόρες. Ο θάνατος των τραυματιών αυτών επισυνέβη στο χώρο του ατυχήματος ή κατά τη διακομιδή τους στο νοσοκομείο. Άλλες κακώσεις που σημειώθηκαν ήταν, κακώσεις θώρακος, πολλαπλά τραύματα μαλακών μορίων, κακώσεις άκρων, κοιλιάς και σπονδυλικής στήλης.

Ο χρόνος διακομιδής των τραυματιών ήταν 1-2 ώρες. Οι περισσότεροι τραυματίες διεκομίσθηκαν με παντοειδή τροχοφόρα.

Βασική σημασία αποδόθηκε στη σωστή διαλογή και αξιολόγηση της βαρύτητας των τραυματιών.

Οι αρχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης ήταν: Η πρόληψη και η θεραπεία της τραυματικής καταπληξίας, η διαγνω-

στική παρακέντηση της κοιλίας, η τοποθέτηση κλειστής παροχευέσεως θώρακος, η ανάταξη και ακινητοποίηση των καταγμάτων.

Επτά από τους 52 ασθενείς διεκομίσθηκαν αεροπορικώς σε νοσοκομεία του κέντρου.

Συμπερασματικά πιστεύουμε ότι: α) προέκυψε πολύτιμη ωφέλεια από τη συνεργασία πολιτικών και στρατιωτικών υγειονομικών υπηρεσιών και β) η αντιμετώπιση του ατυχήματος ήταν μεθοδευμένη και αποτελεσματική παρά το ολιγάριθμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου.

## **Η ΠΕΙΡΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΓΑΛΟ ΣΕΙΣΜΟ ΤΗΣ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ Η. ΡΕΪΣΗΣ, Γ. ΜΠΑΣΔΑΝΗΣ, Κ. ΣΑΛΙΑΓΚΑΣ, Χ. ΦΡΟΝΗΣ, Ο. ΑΛΕΤΡΑΣ**

*Α' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική, Α.Π.Θ.*

Ο μεγάλος σεισμός της 20.6.78 μας έδωσε μια ξεχωριστή εμπειρία που η ιδιαιτερότητά της οφείλεται στη δύσκολη αντιμετώπιση των τραυματιών, που συσφραυόνταν σε ένα Νοσοκομείο όχι κατάλληλα προετοιμασμένο, γιατί δεν εφημέρευε, και που αντίθετα εκκενώνονταν ήδη από τους ασθενείς του ως επικίνδυνο.

Οι χώροι των εργαστηρίων και χειρουργείων δεν μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και η αντιμετώπιση των τραυματιών γινόταν αποκλειστικά στα εξωτερικά ιατρεία και στην ύπαιθρο (αυλή του Νοσ/μείου), μέσα σε σκηνές.

Οι περισσότεροι από τους τραυματίες ήταν θύματα του πανικού, άνθρωποι δηλ. που πήδηξαν από τα μπαλκόνια για να σωθούν ή θύματα τροχαίων ατυχημάτων. Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 60 τραυματίες απ' τους οποίους 17 ως εσωτερικοί ασθενείς. Τέσσερεις απ' αυτούς ήταν πολυτραυματίες. Τρεις υποβλήθηκαν σε εγχειρητική θεραπεία. Ένας από τους πολυτραυματίες απεβίωσε. Η διακομιδή των τραυματιών έγινε κυρίως με ιδιωτικά μέσα.

Το κυριώτερο συμπέρασμα είναι ότι η κάλυψη των αναγκών που μπορούν να δημιουργηθούν σε μια μείζονα καταστροφή όπως σε ένα μεγάλο σεισμό, είναι δυνατή, εφόσον οι χειρουργοί έχουν



αποκτήσει ουσιαστική πείρα στην τραυματιολογία. Πειραμαμένοι ορθοπαιδικοί και τραυματιολόγοι μπορούν να αντιμετωπίσουν γρήγορα και αποτελεσματικά μεγάλο αριθμό τραυματιών, ακόμη και χωρίς τη βοήθεια ενός αχρηστευμένου ακτινολογικού εργαστηρίου τουλάχιστον σε μια πρώτη φάση, εφ' όσον βέβαια πλαισιώνονται από χειρουργούς με επαρκή προπαίδευση στην τραυματιολογία.

Έτσι, αυτόματα δημιουργούνται ομάδες εργασίας πολύ αποτελεσματικές και αποφεύγεται η συσσώρευση των τραυματιών που επιτείνει την σύγχυση και το χάος.

## **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ**

(πειραματική μελέτη σε σκύλους)

**Ι. ΒΑΜΒΟΥΚΑΚΗΣ, Σ. ΒΑΣΑΜΙΔΗΣ, Α. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ,  
Γ. ΤΖΑΝΙΔΑΚΗΣ, Γ. ΜΕΣΣΑΡΗΣ**

*Α' Χειρουργική Κλινική του Γεν. Κρατ. Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας «Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»  
Αθήνα. Διευθυντής: Υφηγητής ΓΕΡ. ΜΕΣΣΑΡΗΣ*

Η αντιμετώπιση των τραυματικών κακώσεων του γαστρεντερικού σωλήνα (από του στομάχου μέχρι του ορθοσιγμοειδούς) αποτελούσε πάντοτε ένα σοβαρό πρόβλημα για τον χειρουργό.

Στην πειραματική μας αυτή εργασία, μελετούμε σε σκύλους τη δυνατότητα αποκατάστασης τραυματικών κακώσεων του γαστρεντερικού σωλήνα, με τη χρησιμοποίηση της ορογονικής επιφάνειας του λεπτού εντέρου για την επικάλυψη των τραυματικών χασμάτων.

Στη μελέτη μας χρησιμοποιήθηκαν 24 ενήλικες σκύλοι κοινής ράτσας που διαιρέθηκαν σε 2 ομάδες.

Στην ομάδα Ι, που περιλάμβανε 12 σκύλους, οι οποίοι χωρίστηκαν σε τρεις υποομάδες, έγινε αποκατάσταση τραυματικών κακώσεων του στομάχου με τη χρησιμοποίηση της ορογονικής επιφάνειας του εντέρου, που είχε πτυχωθεί κατά Noble και με την προσθήκη μιας εντεροεντεροαναστόμωσης τύπου Braun μεταξύ προσιούσης και απιούσης έλικας της Noble για την λειτουργική αποσυμφόρηση του τραυματισμένου στομάχου.

Στην ομάδα II, που περιλάμβανε επίσης 12 σκύλους που χωρίστηκαν σε 4 υποομάδες, έγινε αποκατάσταση τραυματικών κακώσεων του δωδεκαδακτύλου, νήστιδος, ειλεού και παχέος εντέρου, με τη χρησιμοποίηση της ορογονικής επιφάνειας παρακείμενης έλικας λεπτού εντέρου.

Τα αποτελέσματά μας από την παρακολούθηση των πειραματοζώων, για δύο χρόνια, υπήρξαν ικανοποιητικά. Ακτινολογικά παρατηρήθηκε πλήρης διαβατότητα της σκιερής ουσίας από τα τραυματισμένα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα και την έλικα που χρησιμοποιήθηκε για την αποκατάσταση της κάκωσης.

Νεκροτομικά δεν βρέθηκαν σημεία διαφυγής, φλεγμονής ή αιμορραγικών εξελκώσεων στα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα που έγινε η αποκατάσταση των τραυματικών κακώσεων.

Ιστολογικά βρέθηκε πλήρης επιθηλιοποίηση του ορογόνου του λεπτού εντέρου που εκάλυπτε το τραυματικό χάσμα.

## **ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ Μ. ΡΕΪΖΟΓΛΟΥ — ΖΑΒΙΤΣΑΝΑΚΗ**

*Γενικό Κεντρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης  
Β' Ανασθησιολογικό Τμήμα*

Σε περιπτώσεις ομαδικού ατυχήματος -αυτοκινητιστικού, σιδηροδρομικού, αεροπορικού, σεισμών, εκρήξεως βομβών κ.λπ.- συχνά δημιουργούνται καταστάσεις που θέτουν σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή των ατόμων.

Η έκβαση και το μέγεθος της συμφοράς του ατυχήματος εξαρτάται από την έγκαιρο, ταχεία και αποτελεσματική αντιμετώπιση των τραυματιών δηλ. ενέργειες που προϋποθέτουν πείρα, εξοπλισμό, οργάνωση.

Στην ανακοίνωση αναπτύσσονται το «σχέδιο» αντιμετώπισης μαζικού ατυχήματος που πρέπει να έχει σε ετοιμότητα κάθε Νοσοκομείο και η οργάνωση που επιβάλλεται από πλευράς αναισθησιολόγων για την αντιμετώπιση των τραυματιών στα εξωτερικά ιατρεία και στον τόπο του ατυχήματος.

## ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΤΑ ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ Α. ΖΑΒΙΤΣΑΝΑΚΗΣ, Κ. ΚΑΛΛΕΡΓΗΣ, Α.Σ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ

*Χειρουργική Παιδών και Ορθοπαιδική Κλινική του Α.Π.Θ.*

Στα θύματα των ατυχημάτων υπάρχουν βρέφη και παιδιά.

Οι κακώσεις είναι δυνατόν να είναι κρανιοεγκεφαλικές, να αφορούν τα σπλάγχνα της κοιλίας ή του θώρακος και τέλος να αφορούν τα οστά και τα μαλακά μόρια.

Παρουσιάζονται οι παρατηρήσεις ως προς τη συχνότητα θέσεως και είδος οργάνου όπως και η αντιμετώπισις σε μια σειρά από παιδιά που έπεσαν θύματα ομαδικών ατυχημάτων.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ (Μελέτη 40 περιπτώσεων)

Α. ΑΗΛΟΝΟΠΟΥΛΟΣ, Ρ. ΧΟΥΡΙ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

*Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης  
Χειρουργική Κλινική Εκπαιδευτικού Παραρτήματος Αλεξανδρούπολης  
Διευθυντής: Καθηγητής Α.Π. ΑΗΛΟΝΟΠΟΥΛΟΣ*

Από τον Οκτώβριο του 1978 μέχρι και τον Δεκέμβριο του 1981 στη Χειρουργική Κλινική του Εκπαιδευτικού Παραρτήματος Αλεξανδρούπολης του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, νοσηλεύτηκαν 40 πολυτραυματίες. Ο χαρακτηρισμός αυτός δόθηκε στους τραυματίες που εμφάνιζαν: α) Κάκωση μιας κοιλότητας (κεφαλής, θώρακα ή κοιλιάς) του σώματος και β) Ένα ή περισσότερα κατάγματα των μακρών οστών, της σπονδυλικής στήλης ή της λεκάνης. Από τους τραυματίες μας, οι 34 ήταν άνδρες και οι 6 γυναίκες, ηλικίας από 2 μέχρι 80 χρόνων. Σαν αιτία τραυματισμού, υπερείχε το τροχαίο ατύχημα (34/40). Κρανιοεγκεφαλική κάκωση ελαφρά ή βαρεία παρουσίασαν οι 35, κάκωση θώρακα ή κοιλιάς οι 34 και κάταγμα ενός ή περισσότερων μακρών οστών οι 39. Ένας είχε εκτεταμένη βλάβη μαλακών μορίων και 10 κατάγματα λεκάνης.

Από τους 40 πολυτραυματίες, οι 24 αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και οι 16 χειρουργήθηκαν. Έγιναν 4 λαπαροτομίες (για ρήξη ήπατος-σπληνός 1, διαφράγματος 1, εντέρου 1 και μεσεν-

τερίου 1), δύο κρανιοανατρήσεις για ενδοκρανιακό αιμάτωμα και 10 οστεοσυνθέσεις καταγμάτων. Είχαμε 5 θανάτους που οι 4 οφείλονταν σε βαρεία κρανιοεγκεφαλική κάκωση και ένας σε εκτεταμένη ρήξη λεπτού και παχέος εντέρου.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΑΠΟΤΥΧΙΕΣ ΣΕ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ

Κ. ΚΑΤΣΩΧΗΣ, Ε. ΦΑΧΑΝΤΙΔΗΣ, Ν. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΗΣ, Ο. ΑΛΕΤΡΑΣ

*Α' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική Α.Π.Θ.*

Τα διαγνωστικά προβλήματα που εμφανίζουν οι πολυτραυματίες είναι πολλά και ποικίλα. Η αύξηση της συχνότητας ιδιαίτερα των τροχαίων ατυχημάτων συνεπάγεται, εκτός των άλλων, συνδυασμούς κακώσεων διαφόρων οργάνων και ιστών που η κατανομή τους εμφανίζει δυσχέρειες.

Στην Κλινική μας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 18 χρόνων νοσηλεύτηκαν εκατοντάδες πολυτραυματίες. Στην εργασία αυτή αναλύονται οι περιπτώσεις 86 από αυτούς. Η επιλογή τους βασίσθηκε στη σοβαρότητα των πολλαπλών κακώσεων και στην ποικιλία των συνδυασμών τους.

Η διαγνωστική μεθοδολογία που εφαρμόστηκε στις περιπτώσεις αυτές περιελάμβανε την επισταμένη και επαναλαμβανόμενη κλινική εξέταση και τη συνηθισμένη παρακλινική έρευνα. Σε 8 περιπτώσεις απαιτήθηκε προσφυγή σε ερευνητική εγχείρηση, ενώ σε άλλες 5 περιπτώσεις η τελική διάγνωση και η διαπίστωση διαγνωστικού σφάλματος σε κακώσεις ενός ή περισσοτέρων οργάνων πραγματοποιήθηκε πάνω στη νεκροτομική τράπεζα.

Οι παράγοντες που συνέβαλαν στην αρχική διαγνωστική αποτυχία ήταν ανεπαρκής αρχική κλινική εξέταση, αποτυχία στην ακριβή ερμηνεία μερικών κλινικών σημείων, ανεπαρκής χρησιμοποίηση της ακτινολογικής έρευνας ή κακή ερμηνεία της και σε μερικές περιπτώσεις απουσία εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού κατά την επείγουσα φάση εκτίμησης του πολυτραυματία.

## ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΑΙ ΛΟΓΩ ΠΤΩΣΕΩΣ ΕΞ ΥΨΟΥΣ

Α. ΜΟΡΦΗΣ, Κ.Σ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ

*Β' Ορθοπαιδική Κλινική του Νοσ/μείου Ατυχημάτων*

Η εργασία αφορά 60 ασθενείς, οι οποίοι έπεσαν από διάφορα ύψη εκ τυχαίου γεγονότος ή εκ προθέσεως. Γίνεται μελέτη των κακώσεων και του αριθμού εν σχέσει προς: α) το ύψος πτώσεως, β) τρόπον πτώσεως, γ) έδαφος επί του οποίου προσέκρουσαν, δ) επάγγελμα, ε) ηλικία, στ) γένος.

Το είδος της κακώσεως εξαρτάται όχι μόνον εκ του ύψους πτώσεως, αλλά και του τρόπου πτώσεως. Οι πλείστοι των ασθενών μας υπέστησαν μίαν ή δύο κακώσεις. Εκ του τρόπου πτώσεως βλέπομεν, ότι οι εν ορθία στάσει ή επί τους πόδας πιπτοντες είναι οι περισσότεροι, οι οποίοι και υπέστησαν τις περισσότερες κακώσεις.

Μεγάλη σημασία έχει η σύστασις του εδάφους όπου έπεσαν. Επί σκληράς και ανενδότου επιφανείας, όπως τσιμέντο, άσφαλτος ή σκληρό χώμα, οι κακώσεις είναι πολύ περισσότερες και αφορούν τα 3/4 των περιπτώσεών μας.

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΚΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ - ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ

Π. ΣΕΡΕΝΕΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ

*Ορθοπαιδική Κλινική Ιου Θεραπευτηρίου, Αθήνα.  
Διευθυντής: Ε. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ*

Το πολυτραυματικό Σύνδρομο χαρακτηρίζεται από την καταστροφή ενός ή περισσοτέρων οργανικών συστημάτων και πολλαπλών καταγμάτων με απώλεια της λειτουργικότητάς των.

Οι κακώσεις τα τελευταία χρόνια έχουν διαφοροποιηθεί σ' ότι αφορά την δυναμικότητα, ταχύτητα επενεργείας και σφοδρότητά τους. Ο ασθενής δέχεται ταυτόχρονα στα διάφορα οργανικά συστήματά του καθώς και στο στηρικτικό-κινητικό σύστημα πολλαπλές δυνάμεις καταστροφής.

Το πολυτραυματικό σύνδρομο δεν είναι η άθροιση των επί μέρους κακώσεων, αλλά μια σύνθετη χωρίς ενδιάμεσο χρόνο προσαρμογής παθολογική διαφοροποίηση των βασικών-ζωτικών λειτουργιών με προεκτάσεις στο καρδιαγγειακό, ουροποιητικό και ενδοκρινολογικό σύστημα.

Πέραν αυτών έχουμε εκτροχιασμό του ισοζυγίου των υγρών-ηλεκτρολυτών. Υπάρχει πάντα μείωση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος και στις σοβαρές περιπτώσεις εμφανίζεται ολιγαμικό Σοκ. Διακρίνονται 3 βαθμοί βαρύτητας στον πολυτραυματία.

1ος Βαθμός: ελαφρός τραυματισμός που υποχρεώνει παραμονή στο Νοσοκομείο. Θλάσεις, θλαστικά τραύματα, απλά κατάγματα, κακώσεις αρθρώσεων και μυϊκών μαζών. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις Ιου βαθμού.

2ος Βαθμός: Βαρύς τραυματισμός, εκτεταμένα βαθειά θλαστικά τραύματα, ανοικτά κατάγματα με παρεκτόπιση και συντριπτικά. Καταπληξία. Κρανιοεγκεφαλική κάκωση 2ου βαθμού.

3ος Βαθμός: Βαρύτατος τραυματισμός με πιθανή κατάληξη του ασθενή. Βαρύ Σόκ, ολιγαμία  $> 50\%$  PAO<sub>2</sub>  $> 60$  mm Hg, θωρακοκοιλιακές κακώσεις με τρώσεις των οργάνων. Πολλαπλά κατάγματα, κρανιοεγκεφαλική κάκωση 3ου και 4ου βαθμού.

Ευθύς εξ αρχής ιδιαίτερης προσοχής χρήζουν οι οργανικές λειτουργίες της αναπνοής και του καρδιαγγειακού συστήματος. Η οστεοσύνθεση στον πολυτραυματία εντάσσεται και αποτελεί μέρος στο σύνολο των κακώσεων του πολυτραυματικού συνδρόμου. Ο βαθμός προτεραιότητας στην θεραπεία εξαρτάται από την βαρύτητα του τραυματισμού του πληγέντος οργανικού συστήματος ή μέλους. Η οστεοσύνθεση στην άμεση μετατραυματική φάση είναι μια συλλογική απόφαση που λαμβάνεται σε συνεργασία με τις αντίστοιχες ειδικότητες που αντιμετωπίζουν τους επί μέρους τραυματισμούς. Εμείς προτείνουμε -εκτός των επιπλεγμένων καταγμάτων που χρήζουν άμεση αντιμετώπιση- την πρώιμη οστεοσύνθεση κάτω από την προστασία της γενικής εντατικής θεραπείας. Κατ' αυτόν τον τρόπο αποσοβούνται κίνδυνοι για το ίδιο το κάταγμα και αποφεύγονται επιπλοκές στον οργανισμό γενικά.

Στον πολυτραυματία με κρανιοεγκεφαλική κάκωση π.χ. η πρώτη σταθεροποίηση του κατάγματος προσφέρει πολλά και αποτρέπει μη ανατάξιμες επιπλοκές, όπως πνευμονίες, μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος, θρομβοεμβολικά επεισόδια, κατακλίσεις, οι οποίες οφείλονται βεβαίως κατ' εξοχήν στην καταπληξία, η ανάπτυξη τους όμως στηρίζεται κατά πολύ στην ακινησία, όταν η αστάθεια των καταγμάτων δεν επιτρέπει την κινητοποίηση.

## Η ΑΕΡΟΜΕΤΑΦΟΡΑ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Θ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

*Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»*

Η επιτυχής αντιμετώπιση επειγουσών περιπτώσεων (ατυχημάτων, καρδιακών προσβολών, εσωτερικών αιμορραγιών κλπ.) εξαρτάται μεταξύ των άλλων και εκ της παροχής των πρώτων βοηθειών εις τον τόπον του ατυχήματος, εκ της ταχείας μεταφοράς του πάσχοντος, εκ της καθ' οδόν συνεχίσεως της θεραπείας και εκ της υποδοχής εις Κέντρο δυνάμενον να προσφέρη παντός είδους περιθαλψιν. Η μεταφορά των βαρέως πασχόντων παρ' ημίν γίνεται δια των νοσοκομειακών αυτοκινήτων εις εξαιρετικάς δε μόνον περιπτώσεις, δι' ελικοπτέρου ή αεροπλάνου (σχεδόν πάντοτε στρατιωτικών) ή δια πλοίων. Οργανωμένα κέντρα αερομεταφοράς ως εις τας χώρας της Δυτικής Ευρώπης, Η.Π.Α. ή αλλαχού δεν έχομεν.

Δια ταύτα προβαίνομεν εις ανασκόπησιν των συστημάτων αερομεταφοράς διαφόρων χωρών και περιγράφομεν τον τρόπον λειτουργίας και εξοπλισμού των Κέντρων και των αεροπλοίων.

## ΣΧΕΔΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΩΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Γ. ΡΕΝΤΗΣ, Β. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Α. ΡΕΝΤΗΣ

*Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

Η προσκομιδή πολλών συγχρόνως τραυματιών δημιουργεί στο μικρό γενικό Νοσοκομείο πολλά προβλήματα και θέτει σε δοκιμασία την επάρκειά του σε προσωπικό και μεσα καθώς και την ικανότητα ανταπόκρισης όλων σε εξαιρετικές συνθήκες που

απαιτούν καλή οργάνωση και συνεργασία. Στην παρούσα εργασία, για να αποφεύγεται ο αιφνιδιασμός και το απρόβλεπτο, στοιχία που επιτείνουν το χάος και την αρρυθμία, προτείνεται σχέδιο προκαθορισμένο για την αντιμετώπιση των ομαδικών ατυχημάτων, έτσι ώστε τη δεδομένη ώρα ο ρόλος του προσωπικού να είναι γνωστός για τον καθένα και οι κινήσεις όλων γνωστές. Το σχέδιο αυτό με προσαρμογές στις ειδικές συνθήκες κάθε νοσοκομείου θα πρέπει να είναι γραμμένο με λεπτομερείς οδηγίες που πρέπει να μελετηθούν καλά από το προσωπικό. Κατά διαστήματα, άσκηση για την εξοικείωση όλων πάνω στο σχέδιο μπορεί να βοηθήσει στην καλλίτερη εφαρμογή του.

## **ΑΙ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑΙ ΡΟΠΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 12ΕΤΙΑΝ 1967-1978**

**Ε. ΣΩΛΗΝΑΡΑΙΟΣ, Κ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ  
ΚΑΙ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΣΩΛΗΝΑΡΑΙΟΥ**

Εκ της μελέτης των 313.000 νοσηλευθέντων εις τα διάφορα νοσοκομεία της χώρας, δια χρονίαν βρογχίτιδα, άσθμα και εμφύσημα κατά τα έτη 1962-1978, διαπιστώσαμεν τα κάτωθι:

1) Αύξεις εις τον αριθμὸν τῶν νοσηλευθέντων εντὸς 12ετίας κατὰ 214,3%. 2) Η σχέση εις ἀνδρῶν - γυναικῶν ἐκυμάνθη ἀπὸ 1,34 τὸ 1967 μέχρι 1,60 τὸ 1978. 3) Ὁ μεγαλύτερος ἀριθμὸς τῶν πασχόντων, βάσει τοῦ ἀπολύτου ἀριθμοῦ, ἀνήκει εις τὴν ὁμάδα ἡλικιῶν 60-69 ἐτῶν. 4) Ἐντυπωσιακὴ μείωσις τοῦ ἀριθμοῦ τῶν πασχόντων ἐσημειώθη εις τὴν ὁμάδα ἡλικιῶν μέχρι 19 ἐτῶν καὶ ταυτοχρόνως αὐξήσις τῶν νοσηλευθέντων ἀτόμων τῆς ἀποκαλουμένης τρίτης ἡλικίας κατὰ 283%. 5) Ὁ δεικτὴς νοσηρότητος ἀπὸ 15,14 ποῦ ἦτο τὸ 1967 ἀνήλθεν εις 29,55 τὸ 1978. 6) Ὁ ἀπόλυτος ἀριθμὸς τῶν πασχόντων αὐξάνει βαθμιαίως καὶ εις τὰ 10 διαμερίσματα τῆς χώρας. 7) Τα διαμερίσματα τῆς Περιφερείας Πρωτευούσης, τῆς Μακεδονίας καὶ τῆς Κρήτης παρουσιάζουν τὸν μεγαλύτερον ἀριθμὸν πασχόντων, βάσει τοῦ ἀπολύτου ἀριθμοῦ τῶν νοσηλευθέντων. Ἀντιθέτως ἐπὶ τῆς βάσει τοῦ ἐιδικοῦ δεικτοῦ νοσηρότητος (ἐπὶ πληθυσμοῦ 100.000), τὴν μεγαλυτέραν νοσηρότητα παρουσιάζει ἡ Κρήτη, αἱ νήσοι τοῦ Ἰονίου καὶ τοῦ Αἰγαίου Πελάγους καὶ ἡ Θράκη. Ἡ διαπίστωσις αὐτὴ χρῆζει ἰδιαίτερας



ερεύνης. Εκ της ερεύνης των 32.266 θανάτων που επήλθον κατά τα έτη 1962-1978 διεπιστώσαμεν ότι: 1) Ο αριθμός των θανόντων ηυξήθη κατά 170% μεταξύ των ετών 1962-1978. 2) Η σχέσις θανόντων ανδρών - θανουσών γυναικών εκυμάνθη από 1,03 : 1 το 1962 μέχρι 1,54 : 1 το 1978, η συσχέτισις αὐτὴ καθ' ἣν ο αριθμὸς των προσβεβλημένων γυναικῶν εἶναι ο αὐτὸς με εκείνον των ανδρῶν περίπου, χρήζει περαιτέρω μελέτης και αιτιολογήσεως. 3) Ο αριθμὸς των θανόντων εἰς τὰς αγροτικὰς περιοχὰς εἶναι μεγαλύτερος εκείνου των αστικῶν και το σημεῖον αὐτὸ χρήζει περαιτέρω διερευνήσεως. 4) Ο μεγαλύτερος, ἀπόλυτος αριθμὸς, των θανόντων ἀνήκει εἰς τὴν ομάδα ηλικιῶν 60-69 ετών. 5) Πρόβλημα θνησιμότητος δεν υφίσταται εἰς τὰς ομάδας ηλικιῶν μέχρι 19 ετών, 20-29 και 30-39 ετών. 6) Ο συντελεστὴς θνησιμότητος ηυξήθη ἀπὸ 9,87 που ἦτο το 1962 εἰς 20,08 το 1978. Η τόσοσημαντικὴ αὐξήσις της νοσηρότητος και της θνησιμότητος των αποφρακτικῶν πνευμονοπαθειῶν εντὸς 12 ετών θα πρέπει να ἐπισύρῃ τὴν προσοχὴν του ΥΚΥ και να προβῆ εἰς τὴν διερευνήσιν και αντιμετώπισιν του προβλήματος.

## **ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΘΩΡΑΚΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥΣ**

**Δ. ΚΑΡΑΚΑΝΤΖΑΣ, Θ. ΖΕΚΕΡΙΔΗΣ, Ι. ΦΕΣΑΤΙΔΗΣ**

*Α' Χειρουργικὴ Κλινικὴ του Γ.Ν. Καβάλας*

Η συχνότητα των κλειστών κακώσεων του θώρακος και των επιπλοκῶν τους αὐξήθηκε σημαντικὰ στα τελευταία χρόνια και εἶναι ἀνάλογη με τὴν αὐξήση των τροχαίων και εργατικῶν ατυχημάτων.

**Σκοπὸς** της παρούσας εργασίας εἶναι να μελετήσῃ το εἶδος και τὴν συχνότητα των κλειστών κακώσεων του θώρακος καθὼς και των επιπλοκῶν τους. Ἰδιαιτέρως να ἐπισημάνῃ τὴν συχνότητα με τὴν ὁποία οἱ κλειστές κακώσεις του θώρακος συνοδεύονται ἀπὸ τὴν ἀνάπτυξη κλειστοῦ πνευμοθώρακα. Τέλος να τονίσει τὴ συμβολὴ του ακτινολογικοῦ ἐλέγχου τόσο στη διάγνωση των κλειστών κακώσεων του θώρακος ὅσο και των επιπλοκῶν τους.

**Υλικὸ και Μέθοδοι.** Στη χρονικὴ περίοδο μιας 10ετίας, ἀπὸ τον Ιαν. 1972 μέχρι τον Ιαν. του 1982, νοσηλεύτηκαν στην Α' Χειρουργικὴ Κλινικὴ του Γ.Ν.Κ. 530 κλειστές κακώσεις του

θώρακος. Απ' αυτές οι 275 ήταν απλά κατάγματα πλευρών, ποσοστό 51,8%, 95 ήταν πολλαπλά κατάγματα πλευρών, ποσοστό 17,9%, 42 περιπτώσεις κλειστού πνευμοθώρακα, ποσοστό 7,91% και τέλος παρουσιάστηκε αιμοθώρακας σε 28 περιπτώσεις, ποσοστό 5,29%. Η διάγνωση στηρίχτηκε στον ακτινολογικό έλεγχο του θώρακος.

**Αποτελέσματα:** Τα απλά και πολλαπλά κατάγματα πλευρών ανταποκρίθηκαν ευνοϊκά στη συντηρητική αγωγή. Τριάντα εννέα περιπτώσεις πνευμοθώρακα ιάθηκαν με τη διασωλήνωση της θωρακικής κοιλότητας ενώ σε τρεις περιπτώσεις πνευμοθώρακα παρατηρήθηκε υποτροπή ύστερ' από τη διασωλήνωση.

**Συμπέρασμα.** Οι κλειστές κακώσεις του θώρακος συνοδεύονται σε ένα ποσοστό από τις επιπλοκές του πνευμοθώρακα και αιμοθώρακα.

Η συμβολή του ακτινολογικού ελέγχου στη διάγνωση των κλειστών κακώσεων του θώρακος και των επιπλοκών τους είναι σημαντική.

Η έγκαιρη και σωστή θεραπευτική αντιμετώπισή τους προλαμβάνει τις σοβαρές καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές.

## ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΥΞΙΑ

Φ. ΝΩΤΗΣ, Σ. ΜΠΟΥΤΖΟΥΒΗΣ, Κ. ΚΟΙΛΑΚΟΣ, Κ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ

*Α' Χειρουργική Κλινική Τζανείου Γενικού Νοσοκομείου Πειραιώς*

Η κλινική εικόνα της τραυματικής ασφυξίας χαρακτηρίζεται από μία έντονη ιώδη απόχρωση του δέρματος της κεφαλής και του τραχήλου, αμφοτερόπλευρο αιμορραγία υπό τους επιπεφυκώτα και διαφόρου βαθμού οίδημα του προσώπου.

Προκαλείται μετά από μεγάλη συμπίεση του θώρακα και παλινδρόμηση αίματος από τη δεξιά καρδιά προς τις μεγάλες φλέβες του τραχήλου και της κεφαλής.

Στις 8-2-81 ημέρα γενικής εφημερίας, διακομίσθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία της Α' Χειρουργικής Κλινικής του Τζανείου Γενικού Νοσοκομείου Πειραιώς 19 άτομα ηλικίας από 15 μέχρι 42 χρονών πάσχοντα από τραυματική ασφυξία.

Επίσης διακομίσθηκαν άλλοι 19 νεκροί που η νεκροτομική έρευνα έδειξε σαν αιτία θανάτου την τραυματική ασφυξία.

Παρουσιάζονται λόγω του ενδιαφέροντος και της σπανιότητας της παθήσεως σε ειρηνική περίοδο και συζητείται η εφαρμοσθείσα θεραπεία που ήταν απόλυτα επιτυχής σ' αυτούς που διακομίσθηκαν ζωντανοί.

### ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΕΣ

Ο. ΑΛΕΤΡΑΣ, Ι. ΔΑΔΟΥΚΗΣ, Δ. ΜΠΟΤΣΙΟΣ, Κ. ΠΑΠΑΠΟΥΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ

*Α' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική Α.Π.Θ.*

Περιγράφονται 10 περιπτώσεις ασθενών με τραυματική διαφραγματοκήλη μετά από κλειστή κάκωση του θώρακα ή της κοιλίας.

Σε 8 ασθενείς η ρήξη αφορούσε στο αριστερό και σε 2 στο δεξιό ημιδιάφραγμα. Η διάγνωση έγινε αμέσως μετά το ατύχημα σε 5 ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Σε 4 από τους υπόλοιπους ασθενείς η διάγνωση έγινε μετά παρέλευση 35 ημερών μέχρι και 3 ετών από το ατύχημα, ενώ ένας ασθενής ήταν ασυμπτωματικός επί 35 χρόνια και στη συνέχεια είχε συμπτώματα οισοφαγίτιδας.

Η διάγνωση βασίσθηκε στην κλινική εικόνα και στον ακτινολογικό έλεγχο. Όλοι οι ασθενείς χειρουργήθηκαν, 8 με διαθωρακική προσπέλαση, ένας με κοιλιακή και ένας με θωρακοκοιλιακή. Έγινε ανάταξη των σπλάγχχνων που είχαν προσπέσει στη θωρακική κοιλότητα και σύγκλειση του ανοίγματος του διαφράγματος. Σε καμιά περίπτωση δεν απαιτήθηκε η χρησιμοποίηση μοσχεύματος.

Υπήρξε ένας ενδονοσοκομειακός θάνατος από συνυπάρχουσα βαρεία κάκωση του ήπατος.

Η ρήξη του διαφράγματος συνοδεύεται συνήθως από άλλες κακώσεις και απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση.

## ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΕΣ (Ανακοίνωση δύο περιπτώσεων)

Γ. ΜΗΝΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ, Α. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ

*Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης  
Χειρουργική Κλινική Εκπαιδευτικού Παραρτήματος Αλεξανδρούπολης  
Διευθυντής: Καθηγητής Α.Π. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ*

Οι τραυματικές ρήξεις του διαφράγματος είναι δυνατό να προκληθούν από κλειστή ή ανοιχτή κάκωση. Η πρόπτωση ενδοκοιλιακών σπλάχνων στο θώρακα μέσα από τις ρήξεις αυτές, μπορεί να γίνει αμέσως ή καθυστερημένα. Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις τραυματικής διαφραγματοκήλης που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική του Ε.Π.Α. Πρόκειται για δύο πολυτραυματίες από τροχαιο ατύχημα που χειρουργήθηκαν επειγόντως για οξεία κοιλία και τραυματική διαφραγματοκήλη. Στον πρώτο, η ρήξη του διαφράγματος, μήκους 9 εκ., εντοπιζόνταν αριστερά και μέσα απ' αυτή προέπιπτε ο σπλήνας. Η διαφραγματοκήλη συνοδευόνταν από συντριπτικά κατάγματα του σώματος των  $O_2$  και  $O_3$  σπονδύλων, πολλαπλά κατάγματα πλευρών αριστερά, κάταγμα (κλειστό) του αριστερού βραχιονίου και ανοιχτό κάταγμα των οστών της αριστερής κνήμης. Στον δεύτερο, η ρήξη μήκους 15 εκ. ήταν δεξιά και απ' αυτή προέπιπτε ολόκληρος ο δεξιός λοβός του ήπατος. Συνυπήρχε εκτεταμένο οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα, κάταγμα της λεκάνης και βαρεία εγκεφαλική διάσειση. Η αντιμετώπιση της διαφραγματοκήλης και στους δύο αρρώστους έγινε με θωρακοκοιλιακή προσπέλαση κατά την οποία επιτεύχθηκε συρραφή του διαφράγματος σε δύο στρώματα, αφού πρωύτερα ανατάχθηκαν τα σπλάχνα που προέπιπταν.

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και οι άρρωστοι, 10 και 7 μήνες αντίστοιχα μετά την εγχείρηση, είναι πολύ καλά. Οι τραυματικές διαφραγματοκήλες είναι σχετικά σπάνιες και, σε αναλογία 90-95%, αφορούν στο αριστερό ημιδιάφραγμα. Επισημαίνεται το ιδιαίτερο ενδιαφέρον της δεύτερης περίπτωσης μας που η τραυματική ρήξη εντοπιζόνταν στο δεξιό ημιδιάφραγμα.

## **ΒΛΑΒΑΙ ΚΑΡΔΙΑΣ ΕΚ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ**

**B. ΒΟΤΤΕΑΣ, Α. ΜΥΖΑΛΗΣ, Χ. ΖΙΩΡΗΣ, Δ. ΙΕΡΕΜΙΑΣ, Γ. ΚΟΥΚΟΥΛΙΔΗΣ,  
Μ. ΜΟΥΣΤΑΡΔΑΣ, Γ. ΜΠΑΚΟΥΛΑΣ**

*Εκ της Καρδιολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Βασίλειος Παύλος».  
Διευθυντής: Υφηγ. Γ. ΜΠΑΚΟΥΛΑΣ*

Η αύξηση του αριθμού των τροχαίων ατυχημάτων έχει δημιουργήσει πλείστα όσα κοινωνικά και ιατρικά προβλήματα. Ιδιαίτερώς τα διαγνωστικά προβλήματα εκ κλειστών θωρακικών τραυμάτων είναι πάρα πολλά και αφορούν την έγκαιρον κατά το δυνατό διάγνωση των βλαβών των ενδοθωρακικών οργάνων. Αι κακώσεις εκ κλειστών θωρακικών τραυμάτων έχουν συχνότατα αντίκτυπον επί της καρδίας δυνάμεναι να προκαλέσουν διαφόρου εντοπίσεως και βαρύτητος βλάβες επ' αυτής με άμεσον συνέπεια την διαταραχήν της ομαλής λειτουργίας. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να παρουσιάσωμε το σύνολον των καρδιακών βλαβών εκ κλειστών θωρακικών τραυμάτων, επ' ευκαιρία δύο ημετέρων περιπτώσεων και να συζητήσωμε επί τη βάσει και βιβλιογραφικών δεδομένων την συχνότητα και τας επιπτώσεις μιας εκάστης εξ αυτών επί της καρδιακής λειτουργίας. Εκ των ημετέρων δύο περιπτώσεων, η μία αφορά βλάβη του μυοκαρδίου αυτού καθ' εαυτού του τύπου του καρδιακού μώλωπος (Cardiac contusion) και η άλλη του περικαρδίου υπό την έννοια της περικαρδίτιδος. Επισημαίνονται τα σημεία τα οποία πρέπει να εξετάζη ο ιατρός κατά την αντιμετώπιση τοιούτων αρρώστων και συζητούνται οι πιθανοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί προκλήσεως των διαφόρων βλαβών επί της καρδίας.

### **ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΡΗΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ**

**ΧΡ.ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗΣ,Ι.ΧΑΪΔΕΜΕΝΑΚΗΣ,Γ.ΠΟΥΡΑΚΗΣ,Π.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ**

*Από την Χειρουργική Κλινική του 424 ΓΣΝΕ.*

Ανακοινούνται 9 περιπτώσεις τραυματικής ρήξης του αριστερού ημιδιαφράγματος (7 κλειστές και 2 ανοικτές).

Περιγράφεται η κλινική εικόνα και αναλύονται τα διαγνωστικά προβλήματα κυρίως σε πολυτραυματίες. Επισημαίνεται η αύξηση της συχνότητας της τραυματικής ρήξης του διαφράγματος σε τροχαία ατυχήματα και η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της ορθής αντιμετώπισης με χειρουργική αποκατάσταση της ρήξης για την διάσωση του ασθενούς.

**ΕΠΙ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝΤΩΝ  
ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ  
Σ. Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ, Β. ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ**

*Εκ της Χειρουργικής Κλινικής του Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης  
Διευθυντής: Υφηγ. Σ. ΣΚΑΜΝΑΚΗΣ*

Ανακοινούνται τρεις περιπτώσεις διατιτρινόντων καρδιακών τραυμάτων εκ των οποίων, οι δύο χειρουργήθηκαν με ευνοϊκόν αποτέλεσμα και αποτελούν, εξ όσων δυνάμεθα να γνωρίζουμε, την τρίτην και τετάρτην περιπτώσιν εις την Ελληνικήν Βιβλιογραφίαν.

Τονίζονται: α) Η αξία του οργανωμένου συστήματος διακομιδής, υποδοχής, ταχείας και ακριβούς διαγνώσεως των ασθενών αυτών, και β) Δίδεται, γενικώς, έμφασις εις τας πλέον βασικάς ενεργείας δια την αποτελεσματικήν αντιμετώπισιν αυτών των άκρως επειγόντων περιστατικών. Ανασκοπείται, εν συνεχεία, η Ελληνική και ξένη βιβλιογραφία και επιχειρείται η εξήγησις της σπανίας περιγραφής παρομοίων περιπτώσεων εις την Ελληνικήν βιβλιογραφίαν.

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ «ΛΙΠΩΔΗ ΕΜΒΟΛΗ»  
Π. ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΜΠΑΛΜΠΟΥΖΗΣ, Π. ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ**

*Β' Ορθοπεδική Κλινική 401 Γ.Σ.Ν.Α.*

Το σύνδρομο της «λιπώδους εμβολής» παρουσιάζεται υπό τω φως των συγχρόνων αντιλήψεων σαν μια μορφή καταπληξίας πνεύμονος (shock lung).

Μετά την ανάλυση των παθογενετικών μηχανισμών και την περιγραφή της κλινικής εικόνας του συνδρόμου παρουσιάζονται στην εργασία αυτή τα συγκριτικά αποτελέσματα της προ δεκαετίας και της σύγχρονης θεραπείας του συνδρόμου στις δικές μας περιπτώσεις.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου, το οποίο πρέπει να θεωρείται σαν αναμενόμενη επιπλοκή των καταγμάτων των μακρών αυλοειδών οστών και όχι σαν «κεραυνός εν αιθρία».

## ΠΕΙΡΑ ΑΠΟ 178 ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Α. ΒΩΡΟΣ, R. NICHOLS

*Tulane University, N. Orleans (ΗΠΑ)*

Σε διάστημα 2 χρόνων (1980-1981) αντιμετωπίστηκαν 178 ανοικτά τραύματα κοιλίας στη Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Tulane της Ν. Ορλεάνης (ΗΠΑ). Τα περισσότερα ήταν από πυροβόλα όπλα (σφαίρες) και αφορούσαν κύρια άνδρες νεαρής ηλικίας.

Όλοι οι άρρωστοι υποβλήθηκαν σε ερευνητική λαπαροτομία που σε 17 περιπτώσεις ήταν χωρίς ευρήματα. Ο μέσος χρόνος που πέρασε από τον τραυματισμό μέχρι την άφιξη του αρρώστου στο χειρουργείο ήταν 1,5-2 ώρες. 21 τραυματίες ήταν σε shock όταν έφθασαν στο Νοσοκομείο. Σε 5 περιπτώσεις χρειάστηκε να γίνει αποκλεισμός της κατιούσης αορτής με αριστ. θωρακοτομή (clamp) πριν από την κύρια εγχείρηση. Σε 20 τραυματίες συνυπήρχε τραύμα στο θώρακα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις το κοιλιακό τραύμα αφορούσε περισσότερα από ένα ενδοκοιλιακά όργανα, σε 3 περιπτώσεις την αορτή και τα λαγόνια, σε 5 περιπτώσεις την κάτω κοίλη (σε 2 έγινε απολίνωση) και σε μία περίπτωση βρέθηκε επικοινωνία κάτω κοίλης φλέβας με το 12/λο. Πέθαναν μόνο 6 (ποσοστό 3,3%). Οι κυριότερες επιπλοκές ήταν κοιλιακό απόστημα (8), διαπύση εγχειρητικού τραύματος (12), shock lung (6), συστηματική λοίμωξη από *Candida* (2), μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα (4) και ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία (1).

Συζητείται η επείγουσα προετοιμασία των αρρώστων για το χειρουργείο, η εγχειρητική τακτική κατά όργανο και η μετεγχειρητική υποστήριξη και παρακολούθηση σύμφωνα με τις αρχές του αναφερομένου Κέντρου που έχει ειδική πείρα σε βαρείς τραυματισμούς.

## ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 977 ΜΙΚΡΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ

Κ.Χ. ΠΑΠΠΗΣ, Δ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ, Ι. ΧΑΤΖΑΚΗΣ

*Χειρουργική Κλινική Παιδικού Νοσοκομείου Πεντέλης.*

Από Ιανουάριο 1980 μέχρι Ιούνιο 1982 μελετήθηκαν με προσχεδιασμένο «Πρωτόκολλο Κακώσεων» 977 τραυματισμένα παιδιά (674 ή 69% αγόρια και 303 ή 31% κορίτσια, σχέση 2:0,9), που νοσηλεύθηκαν στη Χειρουργική Κλινική του Παιδικού Νοσοκομείου Πεντέλης, για μηχανικές ή θερμικές κακώσεις. 459 (47%) από τα παιδιά αυτά τραυματίστηκαν στο σπίτι, 378 (38,7%) έξω από το σπίτι και 140 (14,3%) στο Σχολείο, την Παιδική Χαρά ή Κατασκήνωση.

Επιχειρείται συσχετισμός της ηλικίας του τραυματία με τον τόπο του ατυχήματος και τη φύση της σωματικής βλάβης για προφυλακτικό προκαθορισμό της πιθανής κακώσεως ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Θα συζητηθούν επίσης η ώρα που τραυματίζονται τα παιδιά σε σχέση με θερμικές ή μηχανικές κακώσεις, ο χρόνος νοσηλείας, καθώς και η κατάχρηση της κατά ρουτίνα ακτινογραφήσεως του κρανίου.

### ΤΟ ΣΙΔΗΡΟΔΡΟΜΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΤΗΣ 25.7.82 ΣΤΗΝ ΔΡΑΜΑ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ, ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΧΡ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Η. ΡΕΪΣΗΣ, Χ. ΦΡΟΝΗΣ ΚΑΙ  
Ο. ΑΛΕΤΡΑΣ

*Από την Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική  
του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ  
Διευθυντής: Ο Καθηγητής ΟΜΗΡΟΣ ΑΛΕΤΡΑΣ*

Στην Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου - Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ - νοσηλεύθηκε ένα μέρος των τραυματιών από το ατύχημα του τραίνου στις 25.7.82.

Οι τραυματίες διακομίσθηκαν στο Νοσοκομείο μετά από την αντιμετώπισή τους σε πρώτη φάση, είτε στον τόπο του ατυχήματος είτε στο τοπικό Νοσοκομείο της πόλης της Δράμας. Η μεταφορά τους σ' εμάς έγινε με ελικόπτερα και με ασθενοφό-



ρα αυτοκίνητα. Με την ευκαιρία επιχειρείται στην εργασία αυτή να επισημανθούν τα διάφορα οργανωτικά, πρακτικά, κοινωνικά και ιατρικά προβλήματα που θέτουν παρόμοιες καταστάσεις. Δεν προτείνονται λύσεις για τα παραπάνω προβλήματα αλλά επιχειρείται συζήτηση ώστε τα συμπεράσματα που θα προκύψουν να μεταφερθούν ως προτάσεις ή εισηγήσεις στους αρμοδίους φορείς για να χαραχθεί υπεύθυνα ένας κοινός σωστός τρόπος αντιμετώπισης παρόμοιων δυσάρεστων καταστάσεων.

## ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΜΕ ΠΥΡΟΒΟΛΑ ΟΠΛΑ ΚΑΙ ΕΚΡΗΚΤΙΚΟΥΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥΣ

Γ. ΠΟΥΡΑΚΗΣ, Χ. ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗΣ, Χ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ, Σ. ΚΑΣΤΑΝΑΚΗΣ

*Από την Χειρουργική Κλινική του 424 ΓΣΝΕ*

Από το 1971 μέχρι το 1982 εις την Χειρουργική Κλινικήν του 424 ΓΣΝΕ ενοσηλεύθησαν 143 τραυματίες εκ πυροβόλων όπλων και εκρηκτικών μηχανισμών. Όλοι οι τραυματίες ήσαν άνδρες νέας ηλικίας. 118 περιπτώσεις ωφείλοντο σε ατυχήματα και 25 ήσαν αποτέλεσμα αυτοτραυματισμού.

Τα τραύματα με πυροβόλα όπλα ήσαν 111 και με εκρηκτικούς μηχανισμούς 32, από απόψεως δε εντοπίσεως 13 περιπτώσεις αφορούσαν τον θώρακα, 15 την κοιλίαν, 3 την κοιλίαν και τον θώρακα, 89 τα άκρα, 2 τα άκρα και την κοιλίαν και 21 την κεφαλήν.

Τα τραύματα της κοιλίας αντιμετωπίσθησαν με άμεσον εγχείρησιν διά την έγκαιρον αποκατάστασιν των τρωθέντων ενδοκοιλιακών σπλάγχχνων.

Τα τραύματα του θώρακος αντιμετωπίσθησαν αρχικά με κλειστή παροχέτευση του θώρακος και θωρακοτομή δια τον έλεγγον μεγάλης αιμορραγίας ή διαφυγής αέρος.

Εις τα τραύματα της κεφαλής έγινε χειρουργικός καθαρισμός, προσπάθεια καλύψεως τυχόν ελλείμματος και πρόληψις της λοιμώξεως.

Εις τα τραύματα των άκρων εγένετο καλός χειρουργικός καθαρισμός, αφαιρέσεις κατά το δυνατόν ξένων σωμάτων και επούλωσις κατά β' σκοπόν.

Είχαμε 5 θανάτους.

## ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΑΠΟ ΠΥΡΟΒΟΛΟ ΟΠΛΟ

Γ. ΜΕΣΣΑΡΗΣ, Ι. ΒΑΜΒΟΥΚΑΚΗΣ, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ, Α. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ,  
Ν. ΛΕΒΕΝΤΑΚΟΣ

*Α' Χειρουργική Κλινική του Γεν. Κρατ. Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας «Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»,  
Αθήνα. Διευθυντής: Υφηγητής ΓΕΡ. ΜΕΣΣΑΡΗΣ*

Οι πολυτραυματισμοί από πυροβόλο όπλο εμφανίζουν στα τελευταία χρόνια μια σημαντική έξαρση. Παρουσιάζονται συνήθως σαν αποτέλεσμα απόπειρας ανθρωποκτονίας ή αυτοκτονίας ή σαν αποτέλεσμα ένοπλης αναταραχής ή ληστείας και εξακολουθούν να έχουν βαρύτερη πρόγνωση.

Στην Α' Χειρουργική Κλινική του Γεν. Κρατ. Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας «Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ» Αθηνών, στην τελευταία 4ετία (1978-1981) είχαμε την ευκαιρία να νοσηλεύσουμε και να χειρουργήσουμε τρεις πολυτραυματίες από πυροβόλο όπλο.

Ο πρώτος ασθενής, ήταν άνδρας ηλικίας 25 ετών, που τραυματίστηκε σε απόπειρα αυτοκτονίας και έφερε πολλαπλές κακώσεις του λεπτού εντέρου, του σπληνός, του μεσεντερίου και των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Ο δεύτερος ασθενής, που ήταν επίσης άνδρας ηλικίας 33 ετών, έφερε πολλαπλές κακώσεις του δεξιού λοβού του ήπατος, του λεπτού εντέρου, του διαφράγματος και του πνεύμονος.

Ο τρίτος ασθενής, τέλος, ήταν άνδρας ηλικίας 27 ετών, θύμα ένοπλης ληστείας Τραπέζης, έφερε ρήξη ήπατος, σπληνός, διαφράγματος, στομάχου και αριστ. πνεύμονος. Όλοι οι ασθενείς μας αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, όπου έγινε προσπάθεια αποκατάστασης των τραυματικών βλαβών. Κατά τη διακομιδή τους στο νοσοκομείο ευρίσκοντο εις βαρεία γενική κατάσταση, με βλάβες σε διάφορα όργανα και συστήματα.

Παρουσιάζουμε τις περιπτώσεις αυτές και συζητούμε τη μεθόδευση που ακολουθήσαμε, την προτεραιότητα που δώσαμε κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαβών ζωτικών οργάνων ως και των επιπλοκών αυτών και τα αποτελέσματα που είχαμε εκ της τακτικής μας.

## ΣΧΕΔΟΝ ΟΛΙΚΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΣ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΑ ΑΠΟ ΚΥΝΗΓΕΤΙΚΟ ΟΠΛΟ

ΣΠ. ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ, Α. ΜΠΟΥΝΟΒΑΣ, Ρ. ΧΟΥΡΙ, Α. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ

*Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης  
Χειρουργική Κλινική Εκπαιδευτικού Παραρτήματος Αλεξ/πολης  
Δ/ντής: Καθηγητής Α.Π. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ*

Οι επανασυγκολλήσεις άκρων, παρά τις σημαντικές προόδους που σημειώθηκαν τα τελευταία χρόνια, εξακολουθούν να αποτελούν «επιτεύγματα» της Χειρουργικής.

Στην εργασία αυτή περιγράφεται μία περίπτωση σχεδόν ολικού τραυματικού ακρωτηριασμού δεξιού άνω άκρου στο ύψος του βραχίονα από κυνηγετικό όπλο σε νέο άνδρα, που διακομίστηκε στην Κλινική μας σε προ shock κατάσταση, 6 ώρες μετά το ατύχημα.

Στην εγχείρηση που ακολούθησε διαπιστώθηκαν τα εξής:

1) Έλλειμμα δέρματος δεξιού βραχίονα διαστάσεων 8×15 cm που αφορούσε το 60% της περιφέρειας. 2) Έλλειμμα ποικίλης έκτασης των πρόσθιων και οπίσθιων μυών του βραχίονα. 3) Συντριπτικό κάταγμα μεσότητας δεξιού βραχιονίου οστού. 4) Πλήρης διατομή με έλλειμμα 3-4 cm των βραχιονίων αγγείων, του κερκιδικού και του μέσου νεύρου και σχεδόν πλήρης διατομή του ωλενίου νεύρου.

Σε πρώτη εγχείρηση έγινε επαναγγείωση του άκρου, ενώ σε επόμενες εγχειρήσεις αποκαταστάθηκε η συνέχεια των νεύρων με παρεμβολή μοσχευμάτων. Το έλλειμμα του δέρματος καλύφθηκε με ελεύθερο δερματικό μόσχευμα μερικού πάχους.

Μετεγχειρητικά ο άρρωστος υποβλήθηκε συστηματικά σε φυσιοθεραπεία και σήμερα, 20 μήνες μετά τον τραυματισμό, η λειτουργικότητα του άκρου κρίνεται σαν απόλυτα ικανοποιητική.

## Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΑΡΕΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΠΟ ΠΥΡΟΒΟΛΑ ΟΠΛΑ

I. ΙΩΑΝΝΟΒΙΤΣ, Α. ΡΑΠΙΔΗΣ, Α. ΦΟΥΣΤΑΝΟΣ, Γ. ΚΟΤΣΙΑΝΟΣ,  
Β. ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ

*Α' Χειρουργική Κλινική και Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική  
του Πανεπιστημίου Αθηνών*

Η αντιμετώπιση των τραυμάτων του προσώπου από πυροβόλα όπλα αποτελεί ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα της επανορθωτικής χειρουργικής, διότι οι προκαλούμενες βλάβες συνίστανται συνήθως από πλήρη καταστροφή των ανατομικών στοιχείων και ιστικών τμημάτων της περιοχής. Στην παρούσα ανακοίνωση αναφερόμεθα επί 9 περιπτώσεων βαρέων τραυμάτων προσώπου, που οφείλοντο σε απόπειρες αυτοκτονίας ή ατυχήματα. Για την αποκατάσταση χρησιμοποιήθηκαν δερμούποδορειοί κρημνοί εκ των περιοχών της κεφαλής και του θώρακος, σε μερικές δε των περιπτώσεων αποκαταστάθηκαν τα οστικά ελλείμματα της γνάθου δια ελευθέρων οστικών αυτομοσχευμάτων. Η αντιμετώπιση των ασθενών τούτων είχε σαν βασικό σκοπό τη σχετική χειρουργική αποκατάσταση της στοματικής και ρινικής κοιλότητας και ακολούθως την όσο το δυνατό καλύτερη αισθητική αποκατάσταση του προσώπου. Για τον σκοπό αυτό ακολουθήσαμε τρία χειρουργικά στάδια: α) Φροντίζουμε να διατηρήσουμε ό,τι έχει απομείνει από τους τραυματισθέντες ιστούς, να αποκαταστήσουμε σχετική ανατομική συνέχεια και να παράσχομε στον ασθενή τη δυνατότητα της αμέσου επιβίωσης, β) προετοιμάζουμε τους σχετικούς κρημούς με τους οποίους αποκαθιστούμε τα διάφορα ελλείμματα και γ) φροντίζουμε για την καλύτερη αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση της περιοχής.

## ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΜΕ ΕΤΟΜΙΔΑΤΗ ΣΕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΜΙΚΡΟΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΞ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Γ. ΠΑΠΑΧΙΛΛΕΑ, Π. ΛΥΜΠΕΡΗΣ

*Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

*Ανασθησιολογικό Τμήμα*

*Διευθύντρια: Σ. ΙΛΚΟΥ*

Σε 48 ασθενείς, διαφόρου ηλικίας και φύλου, που επρόκειτο να υποβληθούν σε μικράς διάρκειας κλειστές ορθοπεδικές επεμ-

βάσεις π.χ. ανατάξεις καταγμάτων και διαστρεμμάτων, υπό γενική αναισθησία, χορηγήσαμε Ετομιδάτη, σε συνδυασμό με ατροπίνη και αναλγητικό (Fentanyl). Μελετήθηκαν η έναρξη δράσεως, η διάρκεια δράσεως, ο χρόνος ανανήψεως, η επίδραση του φαρμάκου στο καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα, ο μετεγχειρητικός έμετος και ναυτία, η μετεγχειρητική αμνησία, η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς καθώς επίσης και οι διάφορες παρενέργειες του φαρμάκου, όπως οι μυοκλονίες, ο νυσταγμός και το ερυθματώδες εξάνθημα.

Σαν συμπέρασμα έχουμε ότι, η ετομιδάτη σε συνδυασμό με Fentanyl δύναται να προτιμηθή επιτυχώς έναντι άλλων σχημάτων για μικράς διάρκειας ορθοπεδικές επεμβάσεις.

## ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΙΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΕΙΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ (Αλεξιπτωτισται) Π. ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, Π. ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ

*Β' Ορθοπεδική Κλινική 401 ΓΣΝΑ*

Η εργασία αφορά εις ατυχήματα, τα οποία συνέβησαν κατά την διάρκειαν ενός έτους εις τους άνδρας Μονάδος ειδικής συνθέσεως και αποστολής (Μοίρα Αλεξιπτωτιστών).

Η εργασία καταγράφει και αναλύει το ποσοστόν και το είδος των ατυχημάτων κατά την διάρκειαν των τριών φάσεων δραστηριότητος της ειδικής αυτής Μονάδος, ήτοι: α) ατυχήματα συνήθους φύσεως, β) ατυχήματα ειδικής εκπαιδεύσεως και γ) ατυχήματα αεραποβατικών ασκήσεων.

Εις περίοδον ειρήνης το ποσοστόν ατυχημάτων της Μ.Α.Α., τα οποία εξητάσθησαν υπό του ιατρού Μονάδος και εκρίθησαν ότι έπρεπε να παραπεμφθούν εις Νοσοκομείον Βάσεως, ήτο 30% της δυνάμεως της Μονάδος.

Το ανωτέρω ποσοστόν ατυχημάτων από απόψεως είδους κακώσεως κατανέμεται ως εξής:

1. Θλάσεις και θλαστικά τραύματα 38%
2. Εξάρθρηματα, διαστρέμματα και λοιπαί βλάβαι αρθρώσεων (πλην της Ο.Μ.Σ.Σ.) 35%
3. Κατάγματα των οστών και των άκρων 3%

4. Άσχηπται φλεγμοναί μυών, τενόντων κ.λπ. 3%
5. Οσφυαλγία 19%
6. Διάφοροι άλλαι κακώσεις 2%

Κατά ανατομική περιοχή τα ατυχήματα κατανέμονται ως εξής: 28% κατά γόνυ αρθρώσεις, το 23% ποδοκνημικαί αρθρώσεις, το 21,5% οσφυϊκή χώρα, το 11% άκραι χείρες, το δε υπόλοιπον 16,5% αι λοιπαί ανατομικαί περιοχαί.

Το ποσοστόν νοσοκομειακής νοσηλείας της υπό εξέτασιν Μονάδος ήτο 2,2% του συνόλου αυτής και η απουσία των ανδρών της λόγω νοσηλείας ήτο κατά μέσον όρον 34 ημέρες ανά άνδρα ετησίως.

Η εργασία επίσης αναφέρεται εις την μεγάλης σημασίας παράμετρον της απομειώσεως της παρατακτής δυνάμεως της Μονάδος λόγω ατυχημάτων. Ο μέσος όρος μηνιαίας απομειώσεως της παρατακτής δυνάμεως της εξεταζομένης Μονάδος ήτο 15,5% άνδρες ή 3,5% της δυνάμεως της Μ.Α.Α.

Η ανωτέρω απομειώσεις της παρατακτής δυνάμεως δύναται να επηρεάση το αξιόμαχον και την ετοιμότητα μιας Μονάδος ειδικής αποστολής και υψηλών απαιτήσεων.

Μετά την ανάλυσιν των στοιχείων της εργασίας παρετηρήθη υφ' ημών, ότι το ποσοστόν προσελεύσεως ατυχημάτων εις τα Ορθοπεδικά Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου Βάσεως ήτο 74,4% επί του συνόλου των ατυχημάτων της Μονάδος. Το στοιχείον τούτο υποδεικνύει: (1) το μεγάλο ποσοστό ατυχημάτων τα οποία εμπίπτουν εις την ευθύνην των Ορθοπεδικών, (2) το αναμενόμενον λίαν υψηλόν ποσοστόν ατυχημάτων εν πολέμω, εχόντων ανάγκην ορθοπεδικής αντιμετώπισεως, (3) την ανάγκην εκπαίδευσεως των νεαρών Στρατιωτικών Ιατρών κυρίως εις την Ορθοπεδικήν Τραυματολογίαν με κύριον σκοπόν την αντιμετώπισιν των ατυχημάτων εις πρώτον επίπεδον κατά ορθόν, ταχύ και κατά το δυνατόν πλήρη τρόπον, ως και την διενέργειαν των διακομιδών κατά τους ενδεδειγμένους τρόπους.

## Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Γ. ΚΟΤΣΙΑΝΟΣ, Α. ΦΟΥΣΤΑΝΟΣ, Μ. ΣΕΧΑΣ, Β. ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ,  
ΓΡ. ΣΚΑΛΚΕΑΣ

*Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική του Παν/μίου Αθηνών*

Αναφερόμεθα σε 31 περιπτώσεις βαρέων κακώσεων των κάτω άκρων συνισταμένων από έλλειψη δέρματος και λοιπών μαλακών μορίων, που συνοδεύοντο σε ορισμένες περιπτώσεις από κατάγματα ή και οστικά ελλείμματα. Η αντιμετώπιση είχε σκοπό την ταχύτερα και όσο το δυνατόν καλύτερη λειτουργική αποκατάσταση του άκρου και αποτελείτο από την άμεσο, που αποσκοπούσε στην κατά το δυνατόν διατήρηση των βιωσίμων ιστών και στην αώτερη, που αποσκοπούσε στην καλύτερη λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση του άκρου. Κατ' αυτή ανάλογα με το είδος και την θέση του τραύματος καθώς και τον προσχεδιασμό του τρόπου αποκαταστάσεώς του, προετοιμάζαμε την τραυματισθείσα περιοχή χειρουργικώς ή φαρμακευτικώς και εάν χρειαζόταν προπαρασκευάζαμε τους σχετικούς δερμούποδορειούς κρημνούς. Τέλος δε προχωρούσαμε στις απαραίτητες αυτομεταμοσχεύσεις. Ορισμένα τραύματα αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς κατά τα τελευταία έτη με συντηρητική τοπική θεραπεία χωρίς να χρειασθεί μεταμόσχευση δέρματος. Στην παρούσα εργασία παρατηρείται η ευνοϊκή εξέλιξη τόσο στο χειρουργικό όσο και στο συντηρητικό τομέα αντιμετώπισεως των τραυμάτων αυτών.

## Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

ΞΑΝΘΗ ΜΙΧΑΗΛ, ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ — Ι. ΒΑΛΑΒΑΝΗΣ, ΟΡΘΟΠ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

*Εξωτερικό ορθοπαιδικό ιατρείο ΙΚΑ, Αγίων Αναργύρων*

Μελετήσαμε 196 ασθενείς που υπέστησαν ατυχήματα με μωσκελετικές βλάβες, όπως κακώσεις μαλακών μορίων, κατάγματα, εξάρθρηματα κ.τ.λ. και που η άμεση θεραπευτική αντιμετώπισή τους έγινε κυρίως από ορθοπαιδικούς ή γενικούς χειρουργούς.

Οι ασθενείς αυτοί είναι κάτοικοι της περιοχής Αγ. Αναργύ-

ρων Αττικής, κατεχοχόν εργατικής περιοχής. Από τους ασθενείς αυτούς, οι 99 που αποτελούν την ομάδα Α', μετά την ολοκλήρωση της κυρίως θεραπείας τους (ακινητοποίηση με γύψινο επίδεσμο ή νάρθηκα, χειρουργική επέμβαση κ.τ.λ.) παραπέμφθηκαν στη συνέχεια για αποθεραπεία σε μονάδα ιατρικής αποκατάστασης. Οι υπόλοιποι 97, που αποτελούν την ομάδα Β', και που τους επιλέξαμε με κριτήριο ότι είχαν αντίστοιχες κακώσεις και αντίστοιχη βασική αντιμετώπιση με τους της ομάδας Α', καθοδηγήθηκαν από τους θεράποντες γιατρούς τους με γενικές υποδείξεις σε εξατομικευμένη προσπάθεια κινητικής επαναπροσαρμογής τους.

Η πρώτη εκτίμηση των ασθενών και των δύο ομάδων έγινε αμέσως μετά την ολοκλήρωση της άμεσης θεραπείας τους και η δεύτερη τρεις μήνες αργότερα.

Τα αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης των εκτιμήσεων για τις δύο ομάδες των ασθενών αυτών, δείχνουν ότι η ιατρική αποκατάσταση συμβάλλει ιδιαίτερα στη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών, που έπαθαν ατυχήματα, στην ελάττωση του χρόνου που παραμένουν εκτός εργασίας και στην επακόλουθη ελάττωση των οικονομικών απωλειών στη διάρκεια της ασθένειάς τους.

Από τις παρατηρήσεις αυτές συμπεραίνουμε ότι υπάρχει ανάγκη ευρύτερης και βαθύτερης κατανόησης της αξίας και της συμβολής της ιατρικής αποκατάστασης, και ότι αυτό είναι δυνατό να πετύχει με ειδική εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση τόσο των γιατρών των ειδικοτήτων που αντιμετωπίζουν τα ατυχήματα, όσο και γενικότερα των φοιτητών της ιατρικής, αλλά ακόμη και των διοικητικών στελεχών των ασφαλιστικών φορέων.

## **Η ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΣΕ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ «ΘΞΕΙΑ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΗΣΗ»**

**Γ. ΚΟΥΛΑΛΗΣ, Γ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΗΣ, Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Δ. ΙΝΤΖΕΣ,  
Α. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Β. ΘΩΜΑΪΔΗΣ**

*Ορθοπαιδική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης*

Η ενδοσκοπική εξέταση της αρθρώσεως του γόνατος καθιερώθηκε, στην περασμένη δεκαετία, σαν η ασφαλέστερη μέθοδος διαγνωστικής των βλαβών του γόνατος.



Στην Αμερική, Ιαπωνία και Ευρώπη, η αρθροσκόπηση του γόνατος θεωρείται απαραίτητη πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση και εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια, όλο και πιο πολύ, στα γόνατα που πρόσφατα έχουν τραυματισθεί, για να γίνει ακριβής εκτίμηση του μεγέθους της βλάβης, της ακολουθητέας θεραπευτικής αγωγής και της προγνώσεως, που ιδίως στους αθλητές κλάσεως, αλλά και στους εν ενεργεία τραυματίες, είναι βασικής σημασίας.

Στην Ελλάδα ξεκινώντας την καθαρώς προσωπική προσπάθειά μας από το 1974 και έχοντας σήμερα ξεπεράσει τις 320 αρθροσκοπήσεις, τολμούμε να ισχυριστούμε ότι συμβαδίζοντας με τους αλλοδαπούς συναδέλφους μας, έχουμε να επιδείξουμε μια αξιόλογη σειρά ευρημάτων και πείρας.

Η εμπειρία μας αυτή, μας εφοδίασε με το απαραίτητο θάρρος για την «οξεία αρθροσκόπηση», δηλαδή την αρθροσκόπηση σε πρόσφατο τραυματισμό στο γόνατο.

Τα τελευταία δύο χρόνια, οξεία αρθροσκόπηση εφαρμόσαμε σε 16 γόνατα. Τα 12 από αυτά είχαν ακόμη αίμαρθρο και τα 4 είχαν ήδη περάσει στο στάδιο του υδράρθρου, δηλαδή ήταν τουλάχιστον 5 ημερών.

Τα αποτελέσματα αναλύονται και η αξία της εξεταστικής μεθόδου, η οποία είναι τελείως ακίνδυνη, μας δίνει πληρέστερη ενημέρωση.

Η εφαρμογή της τοπικής αναισθησίας την κατέστησε εύκολη ώστε να μπορεί να γίνεται και στο εξωτερικό ιατρείο.

**ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ  
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΕΩΣ  
HOFFMANN ΣΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ  
Ν. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Ι. ΤΙΝΤΩΝΗΣ, Δ. ΠΑΥΛΑΚΗΣ**

*«Ασκληπιείον» Ε.Ε. Σταυρού Βούλας (Γ' Ορθοπαιδική Κλινική).*

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούμε στην Κλινική μας το σύστημα εξωτερικής οστεοσυνθέσεως κατά Hoffmann. Αναφέρομε τις αρχές τοποθετήσεώς του και τονίζουμε μερικές τεχνικές δυσκολίες τις οποίες συναντήσαμε κατά την εφαρμογή του σε

ορισμένες περιπτώσεις και αναλύουμε τον τρόπο με τον οποίο τις υπερνικήσαμε. Το σύστημα αυτό παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα, τα σπουδαιότερα από τα οποία κατά τη γνώμη μας είναι τα εξής: είναι εύκολο στην χρήση του και τοποθετείται γρήγορα με τη λιγώτερη δυνατή βλάβη των ιστών και της οστικής ουσίας. Αντέχει σε πολύ μεγάλες δυνάμεις στροφής και κάμψεως διατηρώντας έτσι μακροχρόνια άριστη συγκράτηση και σταθερότητα. Διευκολύνει την περιποίηση τραυμάτων, επιτρέπει ποικιλία πλαστικών επεμβάσεων και εξασφαλίζει πρώιμη φόρτιση και φυσικοθεραπεία.

Εφαρμόσαμε την οστεοσύνθεση αυτή σε επιπλεγμένα τραύματα των άκρων, σε συντριπτικά κατάγματα με ή χωρίς οστικά κενά, σε δύσκολα ασταθή κατάγματα, σε επιμολυνθείσες οστικές κακώσεις ή σηπτικές ψευδαρθρώσεις.

Αντιμετωπίσαμε με τον τρόπο αυτό 17 αρρώστους (14 άνδρες και 3 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 35 χρόνια. Ειδικότερα, τοποθετήσαμε το σύστημα αυτό σε 13 κνήμες, 1 ποδοκνημική άρθρωση, 1 μηριαίο, 1 ωλένη και 1 βραχιόνιο. Αναλύουμε τα αποτελέσματα τα οποία υπήρξαν πολύ ικανοποιητικά.

### **ΤΑ ΣΥΝΤΡΙΠΤΙΚΑ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΤΗΣ ΚΝΗΜΗΣ («pilon tibial» fractures)**

**Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Κ. ΑΓΓΕΛΙΔΗΣ, Γ. ΚΟΥΛΑΛΗΣ, Γ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΗΣ,  
Σ. ΛΟΡΕΝΤΖΟΣ, Β. ΘΩΜΑΪΔΗΣ**

*Ορθοπαιδική Κλινική Β' Γεν. Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης*

18 ενδάρθρικά κατάγματα του κάτω άκρου της κνήμης αντιμετώπισθηκαν χειρουργικά.

Βασικές αρχές της θεραπείας ήταν:

1. Η αποκατάσταση του μήκους της περόνης
2. Η ανατομική αποκατάσταση της κνημιαίας γλήνης
3. Η τοποθέτηση μοσχευμάτων σπογγώδους οστού
4. Η σταθερή εσωτερική οστεοσύνθεση.

Μετεγχειρητικά γίνονταν πρώιμη κινητοποίηση της ποδοκνημικής αρθρώσεως και η φόρτιση γίνονταν μετά 4-6 μήνες. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησεως ήταν 20 μήνες.

Η συνέχιση εφαρμογής της μεθόδου κρίνεται δικαιολογημένη λόγω της μεγάλης αναλογίας καλών αποτελεσμάτων, την απουσία σοβαρών επιπλοκών (εκτός μιας) και του μικρού χρόνου λειτουργικής αποκαταστάσεως.

## Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΝΗΜΗΣ ΜΕ ΗΛΟΥΣ ENDER ΚΑΙ ΑΜΕΣΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Π. ΣΜΥΡΝΗ, Φ. ΜΕΡΙΑΝΟΥ, Ι. ΧΑΓΕΡ

*Ε' Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου ΚΑΤ, Κηφισιά, Αθήνα*

Τα κατάγματα της κνήμης ήταν και παραμένουν από τα σοβαρότερα προβλήματα της τραυματολογίας διότι:

1. Είναι πολύ συχνά
2. Αφορούν κυρίως τις νεότερες κοινωνικά αποδοτικές ηλικίες και
3. Δεν έχει βρεθεί γι' αυτά απόλυτα ικανοποιητική θεραπεία.

Στην παρούσα εργασία γίνεται ανασκόπηση της εμπειρίας 4 χρόνων με την εφαρμογή των ενδομυελικών ήλων Ender σε 105 κατάγματα της κνήμης. Η μέθοδος αφορά όλα τα είδη καταγμάτων της κνήμης, απλά, επιπεπλεγμένα, συντριπτικά με εξαίρεση μόνο τα εντοπιζόμενα 5 εκ. ή λιγώτερο μακρυνά από το γόνυ και την ποδοκνημική.

Αναφέρεται το πειραματικό στάδιο κατά το οποίο έγινε η δοκιμασία αντοχής του υλικού σε διατμηθέντα ξηρά οστά κνήμης. Γίνεται κατάταξη των καταγμάτων σύμφωνα με τις ανατομικές παραμέτρους του Edwards (1965) και τις αιτιολογικές των Ellis κ.λπ. Περιγράφεται η μέθοδος θεραπείας και τα αποτελέσματά της.

Βασικά πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι:

1. Η πλήρης κινητοποίηση και χρήση του μέλους κατά την διάρκεια της πωρώσεως.
2. Η ταχεία ανάπτυξη εξωγενούς πόρου.
3. Ο περιορισμός των επιπλοκών στο ελάχιστο.

## Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΚΝΗΜΙΑΙΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΝ

Γ. ΑΜΠΑΤΖΙΔΗΣ, Γ. ΚΟΥΛΑΛΗΣ, Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Δ. ΙΝΤΖΕΣ,  
Σ. ΛΟΡΕΝΤΖΟΣ, Β. ΘΩΜΑΪΔΗΣ

*Ορθοπαιδική Κλινική ΙΚΑ*

Στην πενταετία 1977-1982 αντιμετώπισθηκαν εγχειρητικά 24 πρόσφατα κατάγματα κνημιαίων κονδύλων σε 24 ασθενείς (15 άνδρες - 9 γυναίκες) ηλικίας 16 έως 72 ετών.

Οι 19 από τους ασθενείς αυτούς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση αμέσως μετά τον τραυματισμό τους, ενώ οι 5 μετά από 10 περίπου ημέρες, επειδή συνοδές κακώσεις εμπόδιζαν την άμεση επέμβαση.

Βασική επιδίωξή μας ήταν η κατά το δυνατό αποκατάσταση της αρθρικής επιφάνειας των κνημιαίων κονδύλων, η διάσωση των μηνίσκων και η συρραφή συνδέσμων του γόνατος που είχαν υποστεί ρήξη.

Για την οστεοσύνθεση χρησιμοποιήθηκε ποικιλία υλικού που κρίθηκε κατάλληλο, όπως πλάκες T, ήλοι Webb ή Andressen, βελόνες Steinmann, κοχλίες σπογγώδους ουσίας, με σύγχρονη τοποθέτηση λαγονίου μοσχεύματος, όπου ήταν απαραίτητο.

Σε όλες τις περιπτώσεις τοποθετήθηκε οπίσθιος γύψινος νάρθηκας για την ανάπαυση του γόνατος και για διάστημα όχι μεγαλύτερο των δύο εβδομάδων.

Εκτός από μια περίπτωση με ελαφρού βαθμού μετεγχειρητική διαπύση του τραύματος, δεν υπήρξαν άλλες επιπλοκές για τους ασθενείς, οι ημέρες νοσηλείας των οποίων κυμάνθηκαν από 12 ως 34.

Η πόρωση των καταγμάτων συμπληρώθηκε στον φυσιολογικό χρόνο και η κινητοποίηση των αρθρώσεων που άρχισε την δεύτερη εβδομάδα μετά την εγχείρηση, επέτρεψε την κατά το δυνατό ταχύτερη αποκατάσταση πλήρους κινητικότητας των γονάτων.

Η πλήρης φόρτιση επιτράπηκε στους ασθενείς έπειτα από 5-7 μήνες μετά την εγχείρηση.

**Η ΣΤΑΘΕΡΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΣΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ  
ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΝΘΗΡΩΝ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΙΚΗ  
ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ  
Γ. ΣΑΡΙΑΔΑΚΗΣ, Ι. ΚΙΝΙΑΣ, Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ**

*Εκ της ΣΤ' Ορθοπαιδικής Κλινικής του Ασκληπιείου Βούλας του Ε.Ε.Σ.  
Διευθυντής: Υφηγητής Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ*

Στην δεκαετία 1972-1981 εφαρμόσαμε σε ηλικιωμένους καταγματίες της περιοχής των τροχανθήρων χειρουργική θεραπεία με σύστημα Richard's. Με το σύστημα αυτό επιτύχαμε σταθερή οστεοσύνθεση που μας επέτρεψε την γρήγορη κινητοποίηση των αρρώστων. Αυτό είχε σαν συνέπεια να μειωθούν στο ελάχιστο οι επιπλοκές από την κατάκλιση, να περιορισθεί η θνησιμότητα σε χαμηλά επίπεδα και να κατεβεί κατά πολύ ο χρόνος νοσηλείας. Ολίσθηση του ήλου στην άρθρωση, ραιβοποίηση στο κατάγμα, θραύση στο σύστημα και ψευδάρθρωση δεν παρατηρήθηκε, εφ' όσον το κατάγμα ανατάχθηκε ανατομικά και τοποθετήθηκε πλάκα σωστής γωνίας, που επέτρεψε αξονική συμπίεση στην εστία του κατάγματος. Ο χρόνος της εγχείρησης μειώθηκε αισθητά, στην πλειονότητα των αρρώστων, η επισκληρίδιος αναισθησία ήταν αρκετή και η πόρωση ήταν γρήγορη.

**ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ.  
ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ  
DR Ε. ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΗΣ, ΘΕΟΧ. ΑΠΟΣΤΟΛΙΑΔΗΣ, Π. ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ**

*Ω.Ρ.Α. Κλινική Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης  
Δ/ντής: Καθηγ. Α. ΜΑΝΩΛΙΑΔΗΣ*

Η ανατομική και λειτουργική ιδιομορφία του στοματογοναθικού υποστρώματος, επιβάλλουν ιδιαίτερη αντιμετώπιση των κακώσεων του σπλαγχνικού κρανίου.

Η βασική αρχή της ορθοπαιδικής, ανάταξη-ακινητοποίηση του κατάγματος η οποία διέπει φυσικά και τα κατάγματα του σπλαγχνικού κρανίου, εφαρμόζεται με διαφορετικό τρόπο απ' ότι στα κατάγματα των μακρών οστών.

Και αυτό αφ' ενός μεν γιατί η ανατομική κατασκευή του προσωπικού κρανίου δεν επιτρέπει εύκολα σε κάθε περίπτωση την προσπέλαση της γραμμής του κατάγματος σε όλη την έκτασή της προκειμένου να επιτευχθεί πλήρης ανάταξη, αφ' ετέρου δε δεν είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν στην περιοχή οι κλασσικές μέθοδοι ακινητοποιήσεως (γύψινοι επίδεσμοι κ.λπ.).

Η βασική λοιπόν επιδίωξη στη θεραπευτική αντιμετώπιση των καταγμάτων του σπλαγχνικού κρανίου αποβλέπει στην «ανάρτησή» του σε «άθικτα» ανατομικά στοιχεία (άνω γνάθος σε κατάγματα της κάτω γνάθου, ζυγωματικά οστά σε Le Fort I, ζυγωματικές αποφύσεις του μετωπιαίου οστού σε Le Fort II και III κατάγματα) αφού προηγουμένως έχει επιτευχθεί η αναδιοργάνωση του σπλαγχνικού κρανίου με την τοποθέτηση δοκών ή ναρθηκών στις γνάθους, επαναφορά της κεντρικής οδοντικής συκλείσεως και διαγναθικής ακινητοποιήσεως.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η «ανοικτή» επέμβαση στη γραμμή του κατάγματος, όπου είναι δυνατόν, επιτυγχάνοντας έτσι την απόλυτη συναρμογή των κατεαγότεων άκρων και την ανακατασκευή των ανατομικών στοιχείων του σπλαγχνικού κρανίου δημιουργώντας τις καλύτερες συνθήκες για τη λειτουργική και αισθητική αποκατάστασή του, προϋποθέσεις ανυπέρβλητες για να διατηρηθεί η σωματική και ψυχική ισορροπία του ασθενούς, η οποία σε αντίθετη περίπτωση διαταράσσεται σοβαρότατα, με όλα τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα που δημιουργούνται από την ιδιοσυστασία ενός τέτοιου ατόμου, αδυναμία προς διατροφή, ομιλία, συννααστροφή, εργασία, κοινωνική συμμετοχή και προσφορά.

## ΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΡΙΝΟΣ:

### ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΝ

A. Σ. ΛΟΧΑΪΤΗ - Δρ Πλαστ. Χειρ. Επιμ. Κλιν. Εγκαιμ. και Πλαστ. Κ.Α.Τ.  
*Wexham Park & West Middlx Hosp. England.*

*Δ/ντής: Mr. M.N. Saad F.R.C.S. & S. H. Harrison F.R.C.S.*

Εξετάζεται η παθογένεια του οστέινου σκελετού καθώς και του διαφράγματος 120 περιπτώσεων κατάγματος της ρινός, προερχομένων από τα Νοσοκομεία Wexham Park & West Middlx Hosp. England, κατά το χρονικό διάστημα 70-73. Στο σημείον της

κλινικής-εξετάσεως και της σαφούς διαγνώσεως των καταγμάτων της ρινός, τονίζομεν τα κλινικά αλλά και τα λοιπά ακτινολογικά ευρήματα, άνευ της ακριβούς γνώσεως των οποίων είναι δυνατόν να συμβούν πολλά λάθη και κακή χειρουργική αντιμετώπισις των καταγμάτων της ρινός. Στο σημείον της διαγνώσεως τονίζεται ακόμη, η ανάγκη της εκτιμήσεως και του είδους του κατάγματος, δια την λήψιν αποφάσεως προς καλύτεραν χειρουργικήν αντιμετώπισιν αυτών. Περιγράφονται αι απόψεις που επικρατούν σήμερον κατά την χειρουργικήν αντιμετώπισιν, αλλά και διάφορα σημεία και εμπειρίες που κατά την γνώμην μας έχουν μεγάλην σημασίαν. Τονίζεται επίσης η μεγάλη σημασία της πρωταρχικής (άμεσου) χειρουργικής θεραπείας και γίνεται ειδική αναφορά στον χρόνο κατά τον οποίον θα πρέπει να εφαρμόζεται η χειρ/κή θεραπεία. Τέλος αναφερόμεθα εις την παθογένειαν και μελετάμε τον μηχανισμόν των επιπλοκών μετά από την άμεσον χειρουργικήν θεραπείαν. Συγχρόνως σημειώνομεν τους τρόπους και τις μεθόδους που κατά την γνώμην μας θα πρέπει να εφαρμοσθούν δια την καλύτεραν χειρουργικήν αντιμετώπισιν των επιπλοκών και των κακών αποτελεσμάτων από την άμεσον χειρουργικήν αντιμετώπισιν των καταγμάτων κυρίως.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΩΣ** αναλύεται πλήρως η παθογένεια και η παθοφυσιολογία των καώσεων της ρινός. Δίδεται απόλυτος προτεραιότης εις την πρωταρχικήν χειρουργικήν αντιμετώπισιν των και συζητούνται από κάθε άποψη τα ακριβή διαγνωστικά σημεία και η κατάλληλος χειρουργική αντιμετώπισις των, συμφώνως προς την ηλικίαν και τον μηχανισμόν της καώσεως. Τέλος γίνεται λεπτομερής αναφορά της παθογενείας των ανεπιτυχών αποτελεσμάτων της πρωταρχικής χειρουργικής και προτείνονται τρόποι και μέθοδοι δευτεροπαθούς αντιμετώπισεως.

## **ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΕΔΑΦΟΥΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΟΥ ΚΟΓΧΟΥ**

**X. ΜΑΡΤΗΣ, Ν. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Κ. ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ**

*Γναθοχειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.-424 ΓΣΝΕ*

Η ραγδαία αύξηση του αριθμού των τροχαιών και εργατικών ατυχημάτων των τελευταίων δεκαετιών, είχε σαν συνέπεια την αύξηση των καταγμάτων του μέσου τριτημορίου του προσώπου και συνεπώς και των εδαφοκογχικών καταγμάτων.

Οι στατιστικές τα ανεβάζουν από 10-40%. Εμείς στο υλικό μιας 10ετίας 1970-1980 διαπιστώσαμε ότι το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 53%.

Τα κατάγματα του εδάφους του κόγχου μπορούν να διαιρεθούν σε 4 ομάδες. 1. Γραμμοειδή κατάγματα του εδάφους του κόγχου. 2. Συντριπτικά κατάγματα χωρίς μετατόπιση. 3. Μετατοπισμένα κατάγματα του εδάφους όπου τα μεμονωμένα οστικά θραύσματα έχουν ακόμα περισοτική σύνδεση. 4. Ελλειμματικά κατάγματα του εδάφους.

Θεωρείται ουσιαστικό να γνωρίζει κανείς τις διαταραχές που συνοδεύουν τα κατάγματα αυτά και που τις διακρίνουμε:

A) Σε λειτουργικές: 1. Διπλωπία. 2. Περιορισμός της κινητικότητας του βολβού. 3. Αναισθησία ή υπαισθησία του υποκογχίου ν. Β) Σε αισθητικές: 1. Προς τα κάτω μετατόπιση του οφθαλμικού βολβού. 2. Ενόφθαλμος. 3. Εξόφθαλμος. 4. Επιπέδωση του μήλου της παρειάς.

Η διάγνωση εμφανίζει δυσχέρειες ιδιαίτερα στην πρώιμη φάση λόγω οιδήματος ή αιματώματος μέσα στον κόγχο.

Η στενή συνεργασία με έμπειρο οφθαλμίατρο, το Hess-screen Test, η δοκιμασία της παθητικής έλξεως των μυών βοηθούν στην διάγνωση, που θα επιβεβαιωθεί ακτινολογικώς με την ακτινογραφία κόγχων κατά Blondeau και την μετωπιαία τομογραφία κόγχων.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του εδαφοκογχικού κατάγματος διακρίνεται στην άμεση, κατά την 10-12 ημέρα μετά το ατύχημα που έχουμε και τα καλύτερα αποτελέσματα και στη μελλοντική.

Η θεραπεία σκοπεύει στην αποκατάσταση του οστέινου κογχικού περιγράμματος με ανάταξη του κατάγματος και οστεοσύνθεση με σύρμα και στην ανακατασκευή του εδάφους του κόγχου, με εμφύτευση οστέινων μοσχευμάτων, φύλλου Silastic ή λυοφιλιμένης σκληρής μήνιγγας.



**ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΑ  
ΕΥΡΗΜΑΤΑ - ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ 12 ΕΤΩΝ**  
**Δ. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ε. ΒΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ, Ι. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Μ. ΜΕΖΙΤΗΣ,  
Ι. ΚΟΥΝΤΟΥΡΗΣ, Ν. ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ**

*Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείου Ατυχημάτων  
«Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» ΚΑΤ - ΚΗΦΙΣΙΑ*

Παρουσιάζεται μία λεπτομερής 12ετής ανασκόπηση των αιτιών και της εντοπίσεως, ως και των συνοδών της γναθοπροσωπικής κακώσεων που ενοσηλεύθησαν στην Γναθοχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου Ατυχημάτων.

**ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΟΥ  
ΚΟΡΩΝΟΕΙΔΕΚΤΟΜΕΣ**

**Ε. ΒΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ, Δ. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Μ. ΜΕΖΙΤΗΣ,  
Ι. ΚΟΥΝΤΟΥΡΗΣ, Ν. ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ**

*Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείου Ατυχημάτων  
«Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» ΚΑΤ - ΚΗΦΙΣΙΑ*

Στους τραυματισμούς της γναθοπροσωπικής χώρας ένα σημαντικό ποσοστό καταλαμβάνουν τα κατάγματα του ζυγωματικού οστού και τόξου.

Αναφέρεται η κλινική σημειολογία και η ακτινογραφική τους εικών και εξετάζονται οι λόγοι που παρόμοια κατάγματα αναγκασθήκαμε να αντιμετωπίσουμε σε δεύτερο χρόνο.

Μελετάται τέλος η μεθοδολογία αντιμετώπισεώς των.

**ΟΙ ΒΙΑΙΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΥΠΑΙΘΡΟ**  
**Δ. ΜΩΡΑΪΤΙΔΗΣ, Σ. ΦΟΥΣΚΗΣ-ΜΑΡΙΝΟΣ, Μ. ΑΜΠΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ,  
Β. ΠΕΤΣΗΣ, Ι. ΒΑΡΔΟΥΛΗΣ, Α. ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗΣ**

*Χειρουργική Κλινική Αχιλλοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου Βόλου*

Παρουσιάζονται 161 περιπτώσεις βιαιών θανάτων που συνέβησαν κατά τη χρονική περίοδο 1977-1981 και προσκομίσθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου. Οι 128 περιπτώσεις ήταν άνδρες,

(ποσοστό 79,5%) και 33 γυναίκες (ποσοστό 20,5%). Οι περισσότεροι βίαιοι θάνατοι οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα ήτοι 119 περιπτώσεις (ποσοστό 73,9%). Οι 96 πέθαναν ακαριαία ή κατά τη μεταφορά τους στο Νοσοκομείο, όπου έγινε η διαπίστωση του θανάτου και στη συνέχεια νεκροτομή. Οι υπόλοιποι 65 πέθαναν στο Νοσοκομείο σε χρονικό διάστημα από λίγα λεπτά μέχρι 7 μέρες.

**ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ  
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 1000 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ  
Π. ΕΠΙΒΑΤΙΑΝΟΣ, Δ. ΨΑΡΟΥΛΗΣ, Γ. ΜΑΚΑΡΩΝΑ-ΝΑΟΥΜ**

*Εργαστήριο Ιατροδικαστικής-Τοξικολογίας Α.Π.Θ.*

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν κατά σειρά συχνότητας την πρώτη αιτία των βιαιών θανάτων στην Ελλάδα.

Στην παρούσα εργασία αναλύονται 1000 περιπτώσεις θανάτων από τροχαία ατυχήματα και παρατίθενται χρήσιμα στατιστικά στοιχεία όσον αφορά το φύλον, την ηλικία, την εποχή του έτους που λαμβάνουν χώρα, καθώς επίσης το είδος και την εντόπιση των θανατηφόρων και των προκαλουμένων γενικά κακώσεων σ' αυτά.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ  
ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ ΕΠΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ  
Η ΜΑΖΙΚΩΝ ΑΠΩΛΕΙΩΝ**

**ΧΑΡ. ΨΑΡΡΑΣ**

*N.I.M.T.S.*

Η αναγνώριση των νεκρών είναι απαραίτητη για λόγους κοινωνικούς και νομικούς. Δεν είναι όμως πάντοτε δυνατό να γίνει όταν τα ατομικά χαρακτηριστικά αλλοιώνονται. Ακόμη και τα δακτυλικά αποτυπώματα και άλλα γνωρίσματα καταστρέφονται σε ατυχήματα από πυρκαϊές ή εκρήξεις ευφλέκτων υλών.

Η εφαρμογή του ακτινολογικού ελέγχου στις περιπτώσεις αυτές είναι αναντικατάστατη.

Η όλη εργασία θα μπορεί να διακριθεί σε δύο φάσεις:

1. Ακτινογράφιση των μη αναγνωρισθέντων θυμάτων. Θα χρησιμοποιηθούν 3-4 μεγάλα φιλμ και θα περιλάβουν όλο το σώμα σε συνήθεις Π.Ο προβολές. Τα ρούχα και τα άλλα εξαρτήματα δεν θα αφαιρεθούν γιατί θα δώσουν χρήσιμες πληροφορίες.

2. Ταυτοποίηση των θυμάτων. Σ' αυτό θα οδηγήσει ο καθορισμός του φύλου, της ηλικίας, της σωματικής κατασκευής, η αναγνώριση ακτινοσκοιρών σωμάτων στο θύμα από προηγούμενες επεμβάσεις π.χ. μέταλλα οστεοσυνθέσεως, χειρουργικά clips, ιδιομορφίες του σκελετού, παλαιά κατάγματα.

Χρήσιμη, εδώ κύρια στηρίζεται η ταυτοποίηση, είναι η σύγκριση με τυχόν ακτινογραφίες που υπάρχουν στα χέρια των συγγενών. Η μορφολογία των μετωπιαίων κόλπων, οδοντιατρικές εργασίες, η σπονδυλική στήλη και λεκάνη όπου συναντώνται μοναδικοί συνδυασμοί φυσιολογικών ανατομικών παραλλαγών και εκφυλιστικών αλλοιώσεων είναι αυτά που θα βοηθήσουν περισσότερο.

Ακόμη και όταν τελικά η αναγνώριση αποδειχθεί δύσκολη ή αδύνατη, οπωσδήποτε θα διευκολυνθεί ο αποκλεισμός ή η υποστήριξη συμπερασμάτων άλλων μεθόδων.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΙΣ ΜΑΖΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ Π. ΕΠΙΒΑΤΙΑΝΟΣ

*Εργαστήριο Ιατροδικαστικής-Τοξικολογίας Παν. Θεσ/νίκης*

Η πιθανότητα μιας μαζικής καταστροφής είναι αυξημένη στην εποχή μας γιατί στους σεισμούς και τις πυρκαϊές προστέθηκε η χρήση των πολεμικών όπλων μαζικών καταστροφών και των γρήγορων μέσων μαζικών μεταφορών.

Η Ιατροδικαστική παρόλον ότι φαίνεται να ασχολείται, εκ πρώτης όψεως, με άλλα θέματα, εν τούτοις παίζει σπουδαίο ρόλο στην οργάνωση για την αντιμετώπιση, τη διάγνωση και την απονομή δικαιοσύνης στις περιπτώσεις μαζικών καταστροφών.

Έτσι οργανωτικά ασχολείται με τη μετακίνηση των νεκρών, την πληροφόρηση του κοινού, την επίδοση των νεκρών και την λήψη προφυλακτικών μέτρων.

Ο διαγνωστικός της ρόλος είναι διπλός διότι ασχολείται και βοηθά στη διάγνωση επί των συνθηκών του ατυχήματος δίνοντας πληροφορίες για το αν φταίει ο πιλότος ή οδηγός, η μηχανή ή ακόμη και άλλοι παράγοντες (καιρός κ.λπ.) ενώ με τα μέσα που διαθέτει και χρησιμοποιεί (φωτογράφιση, νεκροψία, νεκροτομία, τοξικολογία, ιστολογία, βιολογία, στοματολογία κ.λπ.) βοηθά στη διαπίστωση της ταυτότητας των θυμάτων και του τρόπου που επήλθε ο θάνατός τους.

Τέλος βοηθά στην απονομή δικαιοσύνης από πλευράς ποινικής (ποιός φταίει) και αστικής (θέματα κληρονομιάς και αποζημιώσεων).

## Ο ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΟΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΑΙΤΙΩΝ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΧΑΡ. ΨΑΡΡΑΣ

*N.I.M.T.S.*

Γνωστοί μηχανισμοί κακώσεων κατά κανόνα προκαλούν συγκεκριμένους τύπους οστικής βλάβης. Ιδιαίτερα στη Σ.Σ. είναι δυνατός ο υπολογισμός με σχετική ακρίβεια της φοράς των δυνάμεων που προκαλούν καθορισμένους τύπους καταγμάτων. Συνυπάρχουσες κακώσεις και κατάγματα άλλων οστών θα επιβεβαιώσουν την υπόθεση.

Από τον ειδικό τύπο των ευρημάτων και την εντόπιση θα εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την κινητική της κακώσεως δηλ. το μέγεθος και τη φορά των δυνάμεων και τις συνθήκες του ατυχήματος.

Ακόμη η εφαρμογή του ακτινολογικού ελέγχου σαν ρουτίνα μετά από πολύνεκρα και συνδυασμένα με συγκρούσεις, εκρήξεις, εγκαύματα, ατυχήματα θα βοηθήσει στη χρονική διάκριση της προκλήσεως μηχανικών και θερμικών κακώσεων, πράγμα όχι πάντοτε εύκολο με την απλή επισκόπηση και έμμεσα, στον καθορισμό της χρονικής αλληλουχίας των γεγονότων.

Γενικά στην ανάλυση των ευρημάτων τρεις κατηγορίες πρέπει να ομαδοποιηθούν:

1. Τύποι κακώσεων του κάθε θύματος.
2. Τύποι κακώσεων όλων των θυμάτων ενός συμβάντος.
3. Τύποι όμοιων κακώσεων μεταξύ των θυμάτων ξεχωριστών αλλά παρόμοιων συμβάντων.

Η συνδυασμένη μελέτη θα καθορίσει σε πολλές περιπτώσεις τα ειδικά αίτια και τους μηχανισμούς των ατυχημάτων, με την πείρα που θα αποκτηθεί θα συμβάλλει στη βελτίωση των συνθηκών και την πρόληψη.

## ΚΡΥΟΠΑΓΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΥΓΡΟ CO<sub>2</sub>

### Ε. ΠΟΡΦΥΡΗΣ, Δ. ΤΣΟΥΚΑΤΟΣ, Ν. ΣΓΟΥΡΑΣ

*Από την Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.  
Διευθυντής: Δρ. Ν. ΣΓΟΥΡΑΣ*

Το CO<sub>2</sub> εκτός των άλλων χρήσεων, χρησιμοποιείται σαν μέσο κατασβέσεως πυρκαϊών. Οι συνήθεις πυροσβεστήρες που κυκλοφορούν περιέχουν ή διάλυμα NaHCO<sub>3</sub> με φιάλη H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> ή Al<sub>2</sub>(SO<sub>4</sub>)<sub>3</sub> και NaHCO<sub>3</sub> τα οποία αντιδρούν και παράγουν αφρό CO<sub>2</sub>.

Εάν ανοιχθεί απότομα η στρόφιγγα των αεροκυλίνδρων του πυροσβεστήρα, το περιεχόμενο υγρό CO<sub>2</sub>, εκτονοῦται σε στερεοποιημένη λευκή χιονώδη μάζα, εξαχνούμενο στους -78.5°C. Εάν η μάζα αυτή έλθει σε επαφή με το δέρμα προκαλεί βλάβες, του τύπου κρυοπαγήματος, των οποίων η βαρύτητα εξαρτάται από την επιφάνεια που προσεβλήθη και από το χρόνο της εκθέσεως, μοιάζουν δε με τις εγκαυματικές αλλοιώσεις και διαιρούνται όπως και αυτές σε μερικού και ολικού πάχους του δέρματος.

Εάν λοιπόν αναλογισθεί κανείς ότι τέτοιες συσκευές εκτοξεύσεως υγρού CO<sub>2</sub> υπάρχουν σε μεγάλους χώρους, με πολύ ανθρώπινο δυναμικό και μεγάλες πιθανότητες εκρήξεως πυρκαϊάς (εργοστάσια, μηχανοστάσια πλοίων, εγκαταστάσεις πετρελαιοειδών κ.λπ.) και όπου το εκτονούμενο CO<sub>2</sub> κατακλύζει κυριολεκτικά το χώρο σε ελάχιστο χρόνο, μπορεί κανείς να φαντασθεί τις μεγάλες απώλειες ή και τις βαρείες βλάβες που μπορεί να υποστεί το προσωπικό που βρίσκεται εγκλωβισμένο στο χώρο της πυρκαϊάς.

Κάτι τέτοιο συνέβη προ μηνών σε μεγάλο πετρελαιοφόρο πλοίο και με την ευκαιρία αυτού του ατυχήματος, νοσηλεύθηκε στην Κλινική μας ένας εκ των ασθενών που υπέστησαν κρουπαγγήματα από το CO<sub>2</sub>.

Θεωρήσαμε λοιπόν σκόπιμο παρουσιάζοντας αυτό το περιστατικό να αναλύσουμε τον τρόπο ενεργείας του υγρού CO<sub>2</sub>, την παθοφυσιολογία των επερχομένων βλαβών, τον τρόπο αντιμετώπισης και τέλος να επισημάνουμε τους κινδύνους που αντιμετωπίζει το προσωπικό σε χώρους με τέτοια συστήματα κατασβέσεως πυρκαϊών.

## ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σ. ΑΝΟΥΣΗΣ, Ν. ΜΑΡΜΑΡΑΣ, Θ. ΔΡΟΣΟΣ, Α. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ

*Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Θ.Π. «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»  
Διευθυντής: Δρ. Σ. ΑΝΟΥΣΗΣ. ΑΘΗΝΑ*

Η εργασία αυτή αναφέρεται στα συμβάματα που παρουσιάστηκαν στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Η Παμμακάριστος» κατά τις εργαστηριακές εξετάσεις και θεραπεία επί 6994 ασθενών που νοσηλεύτηκαν σ' αυτή κατά τα έτη 1977-1981. Από αυτούς 420, ποσοστό 6%, παρουσίασαν Ιατρογενείς επιπλοκές κατά την εργαστηριακή έρευνα και 430, ποσοστό 6,14%, κατά την φαρμακευτική αγωγή.

Η πρώτη κατηγορία αναλύεται ως εξής:

Επιπλοκές ή συμβάματα 1) Παρακεντήσεων, 84 περιπτώσεις, ποσοστό 20%. 2) Καθετηριασμοί, 310 περιπτώσεις, ποσοστό 73,80%. 3) Ενδοσκοπήσεις 2 (0,47%). 4) Βιοψίες 4 (0,97%). 5) Ραδιολογικές εξετάσεις 17 (4,04%). 6) Ραδιοϊσοτοπικές εξετάσεις 3 (0,71%).

Ο μεγάλος αριθμός των συμβαμάτων κατά τους καθετηριασμούς οφείλεται στις ουρολοιμώξεις που προκαλούνται από τους καθετηριασμούς της ουροδόχου κύστεως.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, 430 περιπτώσεις (ποσοστό 6,14% επί των νοσηλευθέντων).

Με τη στατιστική αυτή εργασία αποδεικνύεται ότι πλήθος Ιατρογενών ασθενειών παρουσιάζεται κατά την έρευνα και θεραπεία (Audy 1970), οι οποίες είναι περισσότερες στα Πανεπιστημικά Νοσοκομεία ή μεγάλα ερευνητικά κέντρα (Mc Lamb and Huntley 1967).

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ  
ΚΑΙ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ ΜΕ ΣΥΝΗΘΗ ΜΕΣΑ  
ΚΑΙ ΜΕ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΕΣ**  
ΣΠ. ΜΗΛΙΓΚΟΣ

*Γεν. Νοσοκομείο Νικ. Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» Β' Χειρουργική Κλινική*

Είναι γνωστό ότι οι πολυτραυματίες λόγω της έκπτωσης των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο από ανακοπή εάν δεν τους παρασχεθεί άμεση βοήθεια στον τόπο που έγινε το ατύχημα. Στις βαριές αυτές περιπτώσεις για να επιτύχει κανείς τη διάσωση του πολυτραυματία απαιτείται άμεση εκτίμηση της κατάστασής του και ταχεία και αποτελεσματική θεραπεία σε άρτια εξοπλισμένη μονάδα και με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. Επειδή ο κίνδυνος δεν είναι μόνο στον τόπο του τραυματισμού αλλά και στη μεταφορά και στη νοσηλεία του στο Νοσοκομείο, τα τελευταία χρόνια η κατασκευή οργάνων και συσκευών βοηθάει στη διάσωση βαριά τραυματισμένων γιατί δίνεται ο απαραίτητος χρόνος για την ανάνηψη των ζωτικών τους λειτουργιών. Η πείρα μας από τη χρησιμοποίηση των παραπάνω οργάνων σε παρόμοιες περιπτώσεις στηρίζεται στην αντιμετώπιση 14 πολυτραυματιών που παρουσίασαν συμπτώματα παύσης της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας και αντιμετωπίστηκαν αμέσως με τις παραπάνω συσκευές, σε σχέση με 14 άλλους που αντιμετωπίστηκαν με άλλα μέσα. Αποδείχθηκε με τη χρησιμοποίησή τους ότι είναι δυνατό οι τραυματίες αυτοί να διατηρηθούν στη ζωή για αρκετό χρόνο, επειδή αποφεύγονται οι διαταραχές των αερίων του αίματος και της οξεοβασικής ισορροπίας αφού μπορούμε να πετύχουμε καλή παροχή από το μυοκάρδιο και καλή οξυγόνωση στο αίμα και τους ιστούς.

Από τη μελέτη των περιπτώσεών μας συμπεραίνουμε ότι η βοήθεια των παραπάνω οργάνων στη διάσωση των πολυτραυματιών είναι μεγάλη όπως αποδεικνύεται από τα αποτελέσματά μας.

## Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Γ. ΑΔΑΜΙΔΗΣ, Α. ΒΕΛΕΝΗΣ, Ξ. ΒΡΑΚΑΣ, ΙΑΤΡΟΠΟΥΛΟΣ,  
Τ. ΧΑΤΖΗΘΑΝΑΣΙΟΥ

*Χειρουργική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Δράμας*

Κατά την 7ετία 1975-1981 νοσηλεύθηκαν στη Χειρουργική Κλινική του Γεν. Νοσοκομείου Δράμας 1254 περιπτώσεις κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων.

Κατά σειρά συχνότητας ήταν εγκεφαλικές διασεισεις, πολλαπλές κακώσεις και βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Στις τελευταίες κατατάξαμε τα κατάγματα βάσεως, τα εμπιέσματα και τα επιπεπλεγμένα κατάγματα του θόλου, τα ενδοκρανιακά αιματώματα, τις υπαραχνοειδείς αιμορραγίες, τις βαριές διάχυτες εγκεφαλικές βλάβες και την τραυματική επιληψία.

Η διαγνωστική προσπάθεια βασίστηκε κυρίως στη φυσική εξέταση, στην επαναλαμβανόμενη βασική νευρολογική εξέταση και στη μελέτη των ακτινογραφιών του κρανίου.

Η συντηρητική θεραπεία αφορούσε την καταπολέμηση του εγκεφαλικού οιδήματος και η χειρουργική κάλυψε όλες τις συνοδούς κακώσεις. Λόγω των ειδικών συνθηκών που υπάρχουν στα Επαρχιακά Νοσοκομεία, εκτελέστηκαν ολιγάριθμες επεμβάσεις επί εστιακών βλαβών σε επιλεγμένους ασθενείς και πραγματοποιήθηκαν 38 διακομιδές σε Νευροχειρουργικά κέντρα. Σημειώθηκαν 24 θάνατοι στην Κλινική και 14 σ' αυτούς που διακομίσθηκαν.

Αναφέρονται τέλος τα προβλήματα που υπάρχουν στα Επαρχιακά Νοσοκομεία από την έλλειψη μέσων, εξειδίκευσης και ειδικών συμβούλων.

### Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ CT ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΕΚ\*

Κ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΜΑΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

401 Γ.Σ.Ν.Α.

Προ της εισαγωγής της CT στην καθ' ημέρα διαγνωστική πράξη, η διάγνωση του χειρουργήσιμου ή μη αρρώστου με ΚΕΚ

\* ΚΕΚ: Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.



στηριζόταν στο ιστορικό, την κλινική εικόνα, νευροφυσιολογικές μεθόδους (ΗΕΓ, ΗΧΩ-εγκ.), νευροακτινολογικές μεθόδους (α/α, αγγειογραφία) ή ραδιοϊσοτοπικές μεθόδους. Η CT έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των διαγιγνώσκομένων αρρώστων με χειρουργήσιμη βλάβη.

Κατά το διάστημα 20 Ιουλίου 1979 έως 20 Ιανουαρίου 1982 νοσηλεύθηκαν στη ΝΡΧ Κλινική του 401 Γ.Σ.Ν.Α. 611 άρρωστοι με ΚΕΚ. Μεταξύ αυτών 51 περιπτώσεις ήσαν ή πολύ βαριές ή αφορούσαν σε αρρώστους που απαιτήθηκε χειρουργική επέμβαση. Από τους 51 αυτούς αρρώστους 9 πέθαναν λόγω στελεχιαίας βλάβης (από 4 ωρών μέχρι 22 ημερών). Σε 25 περιπτώσεις έγινε επέμβαση (θεραπευτική σε 23 και διαγνωστική μόνο σε 2). Υπήρχαν 7 άρρωστοι με εμπίεσμα+θλάση της εγκ. ουσίας, 5 άρρωστοι με επισκληρίδιο αιμάτωμα (σε δύο συνυπήρχε και βαρεία θλάση της εγκ. ουσίας), 6 άτομα με υποσκληρίδιο αιμ., 1 με ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα, 1 με ρινόρροια ΕΝΥ+θλάση μετωπικής χώρας και οι υπόλοιποι 31 είχαν οίδημα ή θλάση εγκεφάλου. Σε 39 περιπτώσεις έγινε CT, ενώ στις υπόλοιπες 12 λόγω της βαρύτητας της καταστάσεως δεν κατέστη δυνατό να γίνη.

Σε 10 περιπτώσεις (6 θετικές και 4 αρνητικές) υπήρξε διάσπαση μεταξύ της κλινικής υπόνοιας και του ευρήματος (4 άρρωστοι με επισκληρίδιο, 1 με ένδειξη και 1 με μετακακωσική υπόπυκνη περιοχή). Σε 4 αρρώστους με αρνητικά ευρήματα η κλινική εικόνα εδείχθη ότι ωφείλετο σε οίδημα ή θλάση και όχι αιμάτωμα. Σε 2 άλλους αρρώστους ευρέθησαν υπόπυκνες περιοχές, όπως παρατηρείται μετά απορρόφηση αιματώματος ενδοεγκεφαλικού. Στο ιστορικό τους υφίστατο παλαιά ΚΕΚ. Στους υπόλοιπους αρρώστους η CT εικόνα συνέπεσε με την κλινική διάγνωση. Από τους υπόλοιπους 12 σε 2 περιπτώσεις έγινε δοκιμαστική κρανιοανάτρηση γιατί τούτο εκρίθηκε εξαιρετικώς επείγον (θετική στον ένα και αρνητική στον άλλο).

## **ΡΙΝΟ- Η ΣΤΟΜΑΤΟΤΡΑΧΕΙΑΚΗ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ ΣΤΗ Μ.Ε.Π.**

**Γ. ΑΝΙΣΟΓΛΟΥ, Φ. ΑΛΕΒΙΖΟΥ, Β. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Ν. ΜΠΑΛΑΜΟΥΤΣΟΣ**

*Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησεως Θεαγενείου Ιατρικού Ινστιτούτου*

Η διασωλήνωση της τραχείας εξασφαλίζει τη βατότητα των αεροφόρων οδών και συμβάλλει σημαντικά στην ελάττωση της

θνητότητας κατά τη διάρκεια χορηγήσεως γενικής αναισθησίας.

Χρησιμοποιήσαμε διασωλήνωση της τραχείας σαν μέθοδο εκλογής αντί της τραχειοστομίας για τη διατήρηση ανοικτών των αεροφόρων αναπνευστικών οδών σε αρρώστους που παρουσίαζαν αναπνευστική ανεπάρκεια ποικίλης αιτιολογίας (τροχαίο ατύχημα, εγκεφαλική αιμορραγία, βαρεία μυασθένεια, καρδιακή ανακοπή, εισρόφηση... ).

Ο χρόνος διασωληνώσεως κυμαινόταν από 2 έως 41 ημέρες. Προτιμούσαμε τη ρινοτραχειακή οδό επειδή είναι πιό άνετη για τον ασθενή και γιατί περιορίζονται σημαντικά οι μετακινήσεις του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Όταν η ρινοτραχειακή διασωλήνωση δεν ήταν δυνατή, καταφεύγαμε στη στοματοτραχειακή. Χρησιμοποιήσαμε ενδοτραχειακούς από PVC με αεροθάλαμο μεγάλου όγκου και χαμηλής πιέσεως.

Για την αποφυγή του κινδύνου της εισροφήσεως και την εξασφάλιση στεγανότητας διατείνουμε τον αεροθάλαμο, αποφεύγοντας την άσκηση πιέσεως μεγαλύτερης από 25 mm Hg στο βλεννογόνο της τραχείας χρησιμοποιώντας ένα ειδικό μανόμετρο και εφαρμόζοντας το στηθοσκόπιό μας στο ύψος του λάρυγγος για ήχους διαφυγής αέρος.

Κατά τη διάρκεια της διασωληνώσεως φροντίζαμε για τη θέρμανση και ύγρανση του εισπνεομένου μίγματος και κάναμε αναρροφήσεις των βρογχικών εκκρίσεων με άσηπτες συνθήκες και φυσιοθεραπεία του αναπνευστικού συστήματος. Όταν η διάρκεια διασωληνώσεως παρατεινόταν, η αλλαγή του ενδοτραχειακού σωλήνα γινόταν κάθε 5 έως 8 ημέρες. Για την αλλαγή του ενδοτραχειακού δε χρησιμοποιήσαμε ποτέ μυοχάλαση και μόνο αν ήταν αναγκαίο, κάποιο κατασταλτικό φάρμακο και ψεκάσμο του στοματοφάρυγγος με λιδοκαΐνη.

Η μέθοδος αποδείχθηκε επιτυχής στην αντιμετώπιση των ασθενών και δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΤΗ Μ.Ε.Π.

Α. ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ, Χ. ΝΑΣΡΟ, Ε. ΣΟΦΙΑΝΟΣ, Χ. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ,  
Ν. ΜΠΑΛΑΜΟΥΤΣΟΣ

*Αναισθησιολογική Μονάδα και Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησεως Θεαγνεύειου  
Ιατρικού Ινστιτούτου*

Ο ενθουσιασμός της δεκαετίας του 1950 με την εφαρμογή της υποθερμίας και της δεκαετίας του 1960 με τη χρήση του υπεραερισμού για την αντιμετώπιση των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων έχει μετριασθεί και από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 έχει κερδίσει αρκετή δημοτικότητα η χρήση των θειοβαρβιτουρικών στην αντιμετώπιση βλαβών του εγκεφάλου. Η επιτυγχανόμενη ελάττωση του μεταβολισμού του εγκεφαλικού κυττάρου και της εγκεφαλικής αιματικής ροής έχει σαν επακόλουθο ελάττωση τόσο των απαιτήσεων του εγκεφάλου σε οξυγόνο όσο και της ενδοκρανίου πίεσεως.

Η χορήγηση βαρβιτουρικού σε συνδυασμό με υπεραερισμό, χορήγηση διουρητικού και κορτικοειδών, εφαρμόστηκε σε δύο ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις από τροχαία ατυχήματα, σε δύο με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, σε ένα με εγκεφαλική βλάβη μετά από καρδιακή ανακοπή και σε ένα ασθενή με status epilepticus.

Η καταστολή των ασθενών γινόταν με αρχική δόση θειοπεντάλης 5-20 mg/kg που χορηγείτο κλασματικά. Η διατήρηση της καταστολής γινόταν με συνεχή ενδοφλέβιο χορήγηση θειοπεντάλης σε δόση 3-5 mg/kg/h με αντλία χορηγήσεως υγρών. Η διάρκεια της αγωγής ήταν 4,8 ημέρες που κυμαίνονταν από 4-6. Μετά το πέρας της αγωγής διακόπταμε τη χορήγηση και επιτρέπαμε στους ασθενείς να αποβάλουν το ενδοφλέβιο αναισθητικό και να ανανήψουν. Κατά τη διάρκεια της αγωγής οι ασθενείς είχαν ρινοτραχειακή ή στοματοτραχειακή διασωλήνωση και βρισκόταν σε τεχνητό αερισμό. Την αγωγή μας συμπληρώναμε με χορήγηση μαννιτόλης 20% σε δόση 30 gr/4ωρο και δεξαμεθαζόνης σε δόση 8 mg/6ωρο και μη αποπολωτικό μυοχαλαρωτικό (βρωμιούχο Πανκουρόνιο) σε δόση 1-2 mg/h για τη διευκόλυνση του τεχνητού αερισμού.

Για τον έλεγχο των ζωτικών λειτουργιών χρησιμοποιούσαμε ηλεκτροκαρδιοσκόπιο, αρτηριακή γραμμή για συνεχή και άμεση μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως, καθετήρα κεντρικής φλεβικής πίεσεως, σφυγμομανόμετρο, καθετήρα κύστεως για ωριαία μέτρηση ούρων και τηλεθερμόμετρο. Η αποτελεσματικότητα του τεχνητού αερισμού ελεγχόταν με ανάλυση των αερίων του αρτηριακού αίματος φροντίζοντας να διατηρούμε το pH 7,35-7,45, το pCO<sub>2</sub> μεταξύ 25-30 mmHg και το pO<sub>2</sub> άνω των 90 mmHg.

Από τους προαναφερθέντες 6 ασθενείς οι 5 ανένηψαν πλήρως και επανήλθαν στις προηγούμενες δραστηριότητές τους ενώ ο 6ος κατέληξε λόγω σηψαιμίας χωρίς να επανέλθει η εγκεφαλική του λειτουργία.

## Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΣΤΟ 424 ΓΣΝΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗ — ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μ. ΦΡΟΥΣΙΟΣ, Σ. ΚΑΣΤΑΝΑΚΗΣ, Χ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ, ΧΡ. ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗΣ,  
ΓΡ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, ΛΑΖ. ΤΣΟΥΣΚΑΣ

*Εκ του 424 ΓΣΝΕ*

Γίνεται ανασκόπηση της αντιμετώπισης των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων στο 424 ΓΣΝΕ με τις σύγχρονες αντιλήψεις της νευροχειρουργικής και τη χρήση των συγχρόνων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων. Αναλύονται τα προβλήματα πρώτων βοηθειών στο χώρο του ατυχήματος, της διακομιδής και της νοσοκομειακής αντιμετώπισης του ασθενή. Δίδεται ιδιαίτερα βαρύτητα στην ακριβή εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή και στην ταχεία αντιμετώπισή του.

Επισημαίνεται η απαραίτητη συνεργασία των ειδικοτήτων για την καλύτερη περίθαλψη του πολυτραυματία.

Διαφαίνεται αισιοδοξία για την επιβίωση και αποκατάσταση των ασθενών με τη νοσηλεία τους σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

**ΟΙ ΟΨΙΜΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΜΕΤΑ  
ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 20-30  
ΕΤΩΝ. ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ  
ΧΡ. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Μ. ΦΡΟΥΣΙΟΣ**

*Εκ του 424 ΓΣΝΕ*

Αναλύονται οι αλλοιώσεις στον εγκέφαλο ασθενών της στρατευσίμης ηλικίας που υπέστησαν κρανιοεγκεφαλική κάκωση και εμφάνισαν την κλινική εικόνα της βαρείας εγκεφαλικής διάσεισης και θλάσης που δεν χειρουργήθηκαν και ασθενών με επισκληρίδιο αιμάτωμα που χειρουργήθηκαν. Εις τους ασθενείς δεν υπάρχουν εστιακά κλινικά σημεία πλην ορισμένων διαταραχών των ανωτέρων πνευματικών και ψυχικών λειτουργιών.

Τίθεται το πρόβλημα της αντιμετώπισης των από πλευράς στρατολογικής κρίσης και εργασίας.

**Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΙΩΝ ΣΤΟ ΚΙΧΝΕ  
ΣΕ ΕΙΡΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ**

**Γ. ΜΗΝΟΠΟΥΛΟΣ, επίταρος, Β. ΠΕΝΟΠΟΥΛΟΣ, Δ.Ε. Ανθυπίατρος**

*216 ΚΙΧΝΕ*

Από 1-1-81 μέχρι 30-6-82 νοσηλεύτηκαν στη Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου μας, για διάφορα ατυχήματα, 375 άρρωστοι.

Είκοσι τέσσερις απ' αυτούς είχαν υποστεί εγκαύματα, οι 7 σε έκταση πάνω από 30% και οι 17 μεταξύ 15 και 30%.

Οι υπόλοιποι 351 άρρωστοι νοσηλεύτηκαν για μηχανικές κακώσεις. Οι 30 απ' αυτούς είχαν πολλαπλές κακώσεις, έτσι το σύνολο των κακώσεων ήταν 372 σε αριθμό 351 αρρώστων. Σε 177 υπήρχε σαν κάκωση κάταγμα ενώ στις υπόλοιπες 195 αυτή αφορούσε μαλακά μόρια. Βαρείες κακώσεις ήταν οι 20, μέσης βαρύτητας οι 197 και μικρές οι 155.

Η αντιμετώπιση των ασθενών, εξ αιτίας της φύσης και της σύνθεσης του Νοσοκομείου, έγινε από το αυτό προσωπικό σε όλες τις περιπτώσεις. Το γεγονός αυτό έχει το πλεονέκτημα της

άμεσης αντιμετώπισης των βαρέως πασχόντων από προσωπικό, επιστημονικό και νοσηλευτικό, με ικανή πείρα στην αντιμετώπιση ατυχημάτων που δρα σαν «Μονάδα αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών». Εξ αιτίας όμως της καθημερινής εφημερίας του Νοσοκομείου και του μεγάλου αριθμού του συνόλου των ατυχημάτων, η καταπόνηση του προσωπικού είναι μεγάλη.

## ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΕΝΑ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ι. ΒΑΒΑΤΣΙΚΛΗΣ, Δ. ΜΠΑΝΤΟΥΝΑΣ, Ν. ΛΥΡΑΝΤΖΟΠΟΥΛΟΣ,  
Γ. ΜΠΑΧΤΣΕΤΖΗΣ

*Από τη Χειρ/κή Κλινική του Γ.Ν. Κομοτηνής*

Στη μηχανοποιημένη κοινωνία μας, οι τραυματισμοί από διάφορα ατυχήματα αυξάνονται προοδευτικά με απειλητικές, θάλαγγε κανείς, διαθέσεις εναντίον των κατοίκων του πλανήτη μας.

Στις γενικές εφημερίες των επαρχιακών νοσοκομείων το 40-60% αφορά τραυματισμούς και το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευομένων σ' αυτά αντιστοιχεί σε τραυματικές κακώσεις.

Αναλύονται 1072 τραυματικές κακώσεις κάθε φύσεως που αντιμετωπίστηκαν στη Χειρ/κή Κλινική του Γ.Ν. Κομοτηνής κατά τα τελευταία πέντε χρόνια.

Ο μέσος όρος ηλικίας των τραυματισμένων ήταν 39 ετών με υπεροχή 2,7:1 στους άνδρες και μάλιστα στις νεώτερες ηλικίες.

Από τους 1072 ασθενείς μας οι 102 προσήλθαν νεκροί, οι 380 μετά την περιποίηση των τραυμάτων τους απήλθαν του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι 590 εισήχθησαν στην κλινική με μέση διάρκεια νοσηλείας αυτών περίπου 10 ημέρες. Η θνητότητα κυμαινόταν γύρω στο 11,9%.

Αν αφαιρεθούν τα βαρεία θλαστικά τραύματα απανταχού του σώματος, πρώτες σε συχνότητα ήταν οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ακολουθούσαν τα κατάγματα και οι πολυτραυματίες που ήταν και το δυσκολότερο πρόβλημά μας.

Παρατηρήσαμε υπερδιπλασιασμό των κακώσεων από τροχαία ατυχήματα στα τελευταία 3 χρόνια. Φαίνεται δε ότι η πιο λίγο αιματηρή περίοδος είναι οι μήνες του χειμώνα.

Σκοπός αυτής της εργασίας δεν είναι μόνο η συστηματική έκθεση και η περιγραφή των κακώσεων που αντιμετώπιστηκαν, όσο η επισήμανση και η εντόπιση ιδιότυπων δυσχερειών που υπάρχουν στα επαρχιακά νοσοκομεία λόγω της ελλείψεως εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με αποτέλεσμα η ανάπτυξη τραυματολογικών κλινικών και μονάδων εντατικής νοσηλείας να είναι ανεπαρκής.

## ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Σ. ΒΑΣΣΑΜΙΔΗΣ, Α. ΛΙΑΚΟΣ, Θ. ΚΟΝΩΝΑΣ, Σ. ΚΡΗΤΙΚΑΣ

*Πλαστική Χειρ. Κλινική Ιπποκρατείου Νοσ/μείου Αθηνών*

Το έγκαυμα χαρακτηρίζεται σαν ειδική νόσος που έχει ανάγκη ειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και ειδικών χώρων για την αντιμετώπισή του.

Από την πείρα μας στην αντιμετώπιση εγκαυμάτων, για τις ελληνικές συνθήκες, έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής:

— Καθοριστικό ρόλο για την πρόγνωση ενός εγκαυματος παίζει η σωστή αρχική αντιμετώπισή του που συνίσταται στην έγκαιρη χορήγηση υγρών, στην άμεση επικάλυψή του προς αποφυγή επιμόλυνσης και στον καθαρισμό των νεκρωμάτων σε συνθήκες χειρουργείου.

— Η συνεχής παρακολούθηση της διούρησης και η ρύθμιση των ηλεκτρολυτών, λευκωμάτων κ.λπ. ανά δωρο είναι απαραίτητη τα πρώτα 24ωρα, προϋποθέτει όμως την ύπαρξη συγχρόνου βιοχημικού εργαστηρίου και αποκλειστικού νοσηλευτικού προσωπικού.

— Η έλλειψη ειδικών θαλάμων νοσηλείας, εξοπλισμού και εξειδικευμένου προσωπικού είναι η αιτία που χαρακτηρίζεται σαν μη ικανοποιητική η παρεχόμενη περίθαλψη, με αποτέλεσμα την παράταση του χρόνου νοσηλείας, και την εγκατάλειψη μεγάλου ποσοστού αναπηριών.

— Μερική αντιμετώπιση του προβλήματος θα μπορούσε να γίνει με τη δημιουργία Πλαστικών Κλινικών μικρής δυναμικότητας σε επίκαιρα σημεία της χώρας, οι οποίες εκτός του Νοσηλευτικού έργου θα μπορούσαν να αποτελέσουν κέντρα επιμόρφωσης για το Γενικό ή Αγροτικό Γιατρό.

— Όσον αφορά τα μαζικά εγκαύματα καθώς και τις ειδικές μορφές εγκαυμάτων (χημικά - ηλεκτρικά - αναπνευστικά) που απαιτούν ειδικές γνώσεις, η δημιουργία μιας υπηρεσίας σε μεγάλη Πλαστική Κλινική με συμβουλευτικά και συντονιστικά καθήκοντα, προς όλο το Ιατρικό Δυναμικό, θα αναπλήρωνε ένα μεγάλο κενό στον σημαντικό αυτόν τομέα της Υγείας.

## ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΟΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ 401 ΓΣΝΑ 1971-1982

Κ. ΡΩΣΣΗΣ, Δ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΜΑΚΡΗΣ, Γ. ΒΙΤΟΥΛΙΑΣ

*Πλαστική Χειρουργική Κλινική και Εγκαυμάτων 401 Γ.Σ.Ν.Α.*

Σήμερα η αντιμετώπιση και θεραπεία των εγκαυμάτων εμπίπτει εις το πεδίο της Πλαστικής Χειρουργικής και μάλιστα των Μονάδων Εγκαυμάτων. Εις τα κέντρα αυτά, πλαισιωμένα δια του επαρκούς και εμπείρου προσωπικού και διαθέτοντα τον απαραίτητον τεχνικόν εξοπλισμόν, γίνεται η συντονισμένη και επί ορθολογικής βάσεως θεραπεία των εγκαυμάτων. Δια την θεραπείαν των εγκαυμάτων απαραίτητος είναι η εκτίμησις της βαρύτητός των, η οποία ομού μετά λοιπών καθοριστικών παραγόντων, θα αποτελέσει το μέτρον εκλογής της καταλλήλου θεραπείας. Η ταχεία έναρξις της θεραπείας είναι καθοριστική της περαιτέρω πορείας του εγκαύματος. Σταθμόν εις την αντιμετώπισιν των εγκαυματικών απετέλεσεν η δημιουργία της Μονάδος Εγκαυμάτων του 401 Γ.Σ.Ν.Α. το έτος 1971. Η Μονάς διαθέτει πλήρη τεχνικόν εξοπλισμόν συμφώνως προς τα διεθνώς παραδεκτά, και πλαισιούται δια επαρκούς ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καταλλήλως εκπαιδευμένου. Δύναται να αντιμετωπίσει εν καιρώ ειρήνης περί τους 8 βαρέως εγκαυματίας συγχρόνως, ενώ υπάρχει πρόβλεψις δια την επάνδρωσιν και επέκτασιν της Μονάδος εν καιρώ πολέμου. Η Μονάς ενοσηλεύσεν και αντιμετώπισεν επιτυχώς κατά τα έτη 1971-1982 691 άτομα με θνησιμότητα 0,6%. Από του 1973 ανέλαβεν και την νοσηλείαν ιδιωτών. Η αποκατάστασις των ασθενών πλην δύο περιπτώσεων ήτο πλήρης. Η θεραπεία ήτο συντηρητική ή χειρουργική, αναλόγως της εκτάσεως και του βάθους του εγκαύματος. Εφηρμόσθη προκειμένου περί συντηρητικής θεραπείας η ανοικτή μέθοδος, ενώ



προκειμένου περί χειρουργικής τοιαύτης η κάλυψις των εγκαυματικών επιφανειών δια ομοιομοσχευμάτων. Ο Μ.Ο. ημερών νοσηλείας των ασθενών ευρίσκεται εις παραδεκτά επίπεδα. Η Μονάς συνέβαλεν τα μέγιστα εις την καθ'όλου αντιμετώπισιν των εγκαυματιών εις τας Ενόπλους Δυνάμεις και επιφέρουσα αλλαγὴν εις τας ἄλλοτε κρατούσας συνθήκας νοσηλείας τούτων, ἐπέτυχεν τὴν ταχείαν καὶ πλήρη ἀποκατάστασιν των.

## **Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΕΞΤΡΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ Κ. ΜΑΝΤΙΝΑΟΣ, Σ. ΙΟΡΔΑΝΙΔΗΣ, Ν. ΓΑΛΑΝΗΣ**

*Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Β' Χειρουργική Κλινική  
Διευθυντής: Καθηγητής ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ*

Η χρήση των Δεξτράνων σαν υποκατάστατο του πλάσματος στην αντιμετώπιση της εγκαυματικής καταπληξίας που συζητήθηκε τον τελευταίο καιρο, ανασκοπείται με βάση τις σημερινές απόψεις.

## **ΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΑΡΕΤΑΙΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΠΕΡΙΠΟΥ ΑΙΩΝΑ ΒΑΣ. ΠΕΛΕΚΟΥΔΑΣ, ΣΠ. ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗΣ, ΒΑΣ. ΡΟΖΟΣ**

*Έδρα Ιστορίας της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

Στο διάστημα Ιούνιος 1883 - Ιούνιος 1884, στην πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική (Δ/ντής ο τακτικός καθηγητής Θ. Αρεταίος), νοσηλεύθηκαν συνολικά περίπου 320 ασθενείς. Απ' αυτούς οι 104 ήσαν τραυματίες. Τα τραύματα που έφεραν, ο τότε βοηθός της κλινικής Δ.Τ. Ταμπακόπουλος τα κατατάσσει ως εξής:

Θλάσεις 10, εγκαύματα 10, κατάγματα 22, εξάρθρωμα 1 και κυρίως τραύματα 62.

Η θνησιμότητα ανέρχεται σε 14%. Νεκροτομές γίνονται σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, όταν το επιτρέπουν οι συγγενείς του αποθανόντος. Σαν κύρια επιπλοκή αναφέρεται το ερυσίπελας.

Περιγράφουμε ορισμένες αξιοπρόσεκτες θεραπευτικές αγωγές, σε διάφορες περιπτώσεις, χρησιμοποιώντας τη γλώσσα της εποχής εκείνης και καταλήγουμε στο συμπέρασμα, πως η αντιμετώπιση των τραυματιών κατά τα τέλη του 19ου αιώνα δεν ήταν άσχημη, λαμβανομένων υπ' όψη των υπάρχόντων φαρμάκων και της Ιατρικής τεχνολογίας της εποχής.

## ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΟΜΗΡΙΚΑ ΕΠΗ ΔΗΜ. ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ, ΣΠ. ΜΑΡΚΕΤΟΣ

*Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών (Ιστορία της Ιατρικής)*

1. Στην αρχή τονίζεται ότι ο μελετητής των Ομηρικών επών αντιλαμβάνεται να προβάλλουν αναδυόμενα, όχι μόνον η αντικειμενική συνθετική μορφή της ζωής, η βαθύτερη υφή των βιοθεωρητικών αντιλήψεων και της ψυχολογικής δομής της εποχής εκείνης, αλλά και να αναπηγάζουν στοιχεία των ιατρικών εμπειριών εκ του αποθησαυρισμάτος των.
2. Περιγράφονται τα χρησιμοποιούμενα στις πολεμικές συγκρούσεις όπλα (τέμνοντα, νύσσοντα και προκαλούντα ρήξη ή θλάση), που τεκμηριώνονται με πολλά αποσπάσματα των Ομηρικών κειμένων, καθώς και οι χρησιμοποιούμενες τοξικές ουσίες για τις επαλείψεις των αιχμών και καθορίζεται η περιοχή των δηλητηριωδών βοτάνων.
3. Περιγράφεται η διαδικασία της θεραπείας των τραυμάτων και η κατ' αυτήν χρησιμοποίηση αναλγητικών, αιμοστατικών και επούλωτικών φαρμάκων. Αναφέρονται οι τόποι της θεραπείας και ο τρόπος της μεταφοράς των τραυματιών, καθώς και οι θεραπευτές-ιατροί, ανάμεσα από τους οποίους ξεχώριζαν δύο: ο χειρουργός Μαχάων και ο παθολόγος Ίποδαλείριος, παιδιά του Ασκληπιού.
4. Τονίζεται, τέλος, ότι η Ιατρική στην Ομηρική εποχή δεν είχε περιέλθει στη δικαιοδοσία του Ιερατείου.

## ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.

Γ. ΣΑΡΙΑΔΑΚΗΣ, Ι. ΚΙΝΙΑΣ, Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ

*Από την ΣΤ΄ Ορθοπαιδική Κλινική του Ασκληπείου Βούλας του Ε.Ε.Σ.  
Διευθυντής: Υφηγητής Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ*

Η σύγχρονη ρήξη ή ο τραυματισμός της μασχαλιαίας, υποπλάτειου ή βραχιονίου αρτηρίας σε κλειστά κατάγματα του βραχιονίου οστού είναι σπάνια επιπλοκή. Οι δύο περιπτώσεις αναφέρονται, η μια σε τέλεια ρήξη της βραχιονίου αρτηρίας με κάταγμα στο κάτω τριτημόριο του οστού και η άλλη σε τρώση της μασχαλιαίας και υποπλάτειου αρτηρίας με υποκεφαλικό κάταγμα στο ύψος του χειρουργικού αυχένα. Η πρώτη περίπτωση διαπιστώθηκε και αντιμετωπίστηκε τη μέρα του ατυχήματος, ενώ η δεύτερη αντιμετωπίστηκε χειρουργικά δέκα μέρες από το ατύχημα κατά την ώρα της οστεοσύνθεσης του κατάγματος. Και στις δύο περιπτώσεις έγινε οστεοσύνθεση στο κάταγμα και συρραφή στα αγγεία, με αποτέλεσμα τη λειτουργική αποκατάσταση του άκρου.

## Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ ΣΤΑ ΒΑΡΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ

Σ. ΙΟΡΔΑΝΙΔΗΣ, Κ. ΜΑΝΤΙΝΑΟΣ, Ν. ΓΑΛΑΝΗΣ

*Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης  
Β΄ Χειρουργική Κλινική  
Διευθυντής: Καθηγητής ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ*

Επειδή η ελεύθερη μεταμόσχευση δέρματος δεν έχει καλά αποτελέσματα σε απογυμνωμένα οστά και τένοντες, η χρήση των κοιλιακών κρημών στην αντιμετώπιση βαριών κακώσεων των άνω άκρων αποτελεί τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

Στη Β΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης ο κρημνός αυτός την τελευταία δεκαετία εφαρμόστηκε 12 φορές με καλά αποτελέσματα.

## ΚΑΚΩΣΕΙΣ «ΤΗΣ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ»

Σ. ΚΡΗΤΙΚΑΣ, Α. ΝΗΣΙΩΤΗΣ, Α. ΛΙΑΚΟΣ, Σ. ΒΑΣΣΑΜΙΔΗΣ, Θ. ΚΟΝΩΝΑΣ

*Πλαστική Χειρουργική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσ/μείου Αθηνών*

Η λειτουργικότητα του χεριού στηρίζεται στην ισορροπία των ανταγωνισμών των μονάδων κινητικότητας που αποτελούν η κάθε μια ιδιαίτερα άρθρωση. Στο χέρι έχουμε πολυάριθμες αρθρώσεις που μπορούν να λειτουργούν η μια ανεξάρτητα της άλλης πάντα όμως με τη συνεργασία ανταγωνιστικών δυνάμεων. Ένας τραυματισμός καταστρέφει την ισορροπία αυτή και μόνο όταν κατέχουμε τους μηχανισμούς της ισορροπίας των διαφόρων αρθρώσεων είναι δυνατό να ενεργούμε θετικά από θεραπευτική άποψη στην αποκατάσταση της ισορροπίας.

Η γνώση σε βάθος των ανατομικών κατασκευών των διαφόρων κινητικών μηχανισμών της άκρας χειρός είναι προϋπόθεση για την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής.

Οι πολυσύνθετοι μηχανισμοί κινητικότητας των δακτύλων στις μηχανικές κακώσεις και κάθε μόλυνση έρχεται να προσθέσει δευτεροπαθείς βλάβες που είναι εκείνες που προκαλούν και τις σοβαρότερες διαταραχές και αναπηρίες. Γιατί η αντίδραση του οργανισμού που εκδηλώνεται με την ανάπτυξη συνδετικού ιστού στην περιοχή της μόλυνσης είναι η κύρια αιτία των διαταραχών κινητικότητας. Ένα από τα σοβαρότερα κριτήρια για την πρόγνωση αποτελεί ο έλεγχος του συστήματος αγγειώσεως, που είναι κι αυτός πολύ εύκολο να διαταραχθεί από το επερχόμενο μετατραυματικό οίδημα που ενεργεί ακόμα και πάνω στα νεύρα, στο λεπτότατο αυτό δίκτυο της άκρας χειρός. Πρώτο λοιπόν καθήκον μας στην αντιμετώπιση των κακώσεων της άκρας χειρός είναι η προστασία από τη μόλυνση. Πρέπει να καταβληθεί κάθε προσπάθεια για την αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος, να πάρουμε μέτρα για την κυκλοφορία του αίματος και για την αντιμετώπιση του μετατραυματικού οιδήματος.

### ΤΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΧΕΡΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ν. Π. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Θ. ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ

*Νοσοκομείο Ατυχημάτων «Απόστολος Παύλος». Κηφισιά.*

Πολλά έχουν γραφτεί για το τι πρέπει να κάνει κανείς όταν

έχει να αντιμετωπίσει ένα πρόσφατα τραυματισμένο χέρι, λίγος λόγος όμως έχει γίνει για το πώς μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή ΑΦΟΥ περάσει από την πρώτη αυτή φάση.

Τρεις είναι κυρίως οι παράγοντες που θα καθορίσουν την τύχη του χειρουργημένου χεριού. Αυτοί είναι:

1. Το είδος της κακώσεως και ο αριθμός των τραυματισμένων ιστών.
2. Το είδος της αποκατάστασεως που πρόσφερε ο πρώτος χειρουργός.
3. Η προσωπικότητα του αρρώστου.

Από αυτούς τους παράγοντες ο πρώτος είναι δεδομένος και δε μπορούμε να τον τροποποιήσουμε. Συνεπώς η ευθύνη και προσπάθειά μας είναι να επέμβουμε ευνοϊκά στους δύο άλλους.

Είναι γνωστό ότι σε κάθε τραυματισμό ο οργανισμός θα αντιδράσει με την παραγωγή ουλώδους ιστού. Η επούλωση όμως αυτή γίνεται διάχυτα, χωρίς συγκεκριμένο στόχο και καλύπτει όλους τους ιστούς, τραυματισμένους ή όχι, στη θέση που θα τους βρεί. Πιστεύουμε στο «κάνε τα όλα στην πρώτη αντιμετώπιση». Έτσι δημιουργούμε τις καλές προϋποθέσεις για μια άμεση ενεργητική κινητοποίηση, που θεωρούμε απόλυτα απαραίτητη για την πρόληψη της δυσκαμψίας.

Με αυτόν τον τρόπο μειώνουμε τους αστάθμητους παράγοντες..

Από πλευράς φυσικών μέσων, τα υπέρηχα, η ξηρά θερμότητα και τα δινόλουτρα προσφέρουν κάποια βοήθεια. Την ουσιαστικότερη όμως βοήθεια θα την προσφέρει ο ίδιος ο άρρωστος στον εαυτό του κινητοποιώντας ενεργητικά τις αρθρώσεις του και τους τένοντες σύμφωνα με τις οδηγίες που θα λάβει. Συνεπώς η κυριότερη προσφορά μας στον άρρωστο βρίσκεται στο να του δώσουμε να καταλάβει τι ακριβώς ζητάμε από αυτόν και παράλληλα να τον πείσουμε να εφαρμόσει τις συγκεκριμένες οδηγίες μας.

## **ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΣ**

**N. ΣΓΟΥΡΑΣ, Ε. ΠΟΡΦΥΡΗΣ, Δ. ΤΣΟΥΚΑΤΟΣ**

*Από την Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.  
Διευθυντής: Δρ. Ν. ΣΓΟΥΡΑΣ*

Το χέρι αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα όργανα του ανθρώπου λόγω των πολλαπλών λειτουργιών του.

Η μεγάλη ανάπτυξη και διάδοση της μηχανής στον αιώνα μας προδιαθέτει σε κακώσεις της χειρός. Ιδιαίτερα οι εργάτες της βιομηχανίας είναι οι πλέον εκτεθειμένοι σε τέτοιες κακώσεις. Από τα βιομηχανικά ατυχήματα το 1/3 αφορούν το χέρι.

Στην εργασία αυτή παρουσιάζουμε με την ευκαιρία της αντιμετώπισης 95 περιπτώσεων βαρειών και εκτεταμένων κακώσεων της χειρός που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική στα 10 τελευταία χρόνια, το όλο πρόβλημα στο σύνολό του από διαγνωστικής και θεραπευτικής πλευράς και τονίζουμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων, ιδιαίτερα αυτών που χρησιμοποιήθηκαν στις περιπτώσεις μας.

Βέβαια δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι τελευταίες πρόοδοι στη μικροχειρουργική έχουν αλλάξει ορισμένες απόψεις και δίδουν νέες κατευθύνσεις στην αντιμετώπιση ορισμένων από τα προβλήματα αυτά, αλλά προς το παρόν και μέχρις ότου και στη χώρα μας οι εφαρμογές της μικροχειρουργικής φθάσουν σε επίπεδα καθημερινής εφαρμογής σε τέτοιες κακώσεις, οι καθιερωμένες μέθοδοι θεραπείας θα έχουν τη θέση τους στην καθ' ημέρα πράξη.

## ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Δ. ΚΑΡΑΚΑΝΤΖΑΣ, Θ. ΖΕΚΕΡΙΔΗΣ, Ι. ΒΑΒΑΤΣΙΚΑΝΗΣ

*Α' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Καβάλας*

Μετατραυματική αναπνευστική ανεπάρκεια παρουσιάζεται σε τραυματίες με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κλειστές κακώσεις θώρακος ή κοιλίας ή σε πολυτραυματίες. Η αιτιολογία της είναι πολλαπλή και περιλαμβάνει αιτίες όπως είναι η θλάση του πνεύμονος, η ατελεκτασία, ο πνευμοθώρακας ή η αναπνευστική δυσχέρεια των ενηλίκων. (ARDS)

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να μελετήσει και αξιολογήσει τη μετατραυματική ανεπάρκεια όπως παρουσιάζεται και αντιμετωπίζεται αυτή στους διαφόρους τραυματισμούς. Να τονίσει τη σημασία της στη μετατραυματική πορεία και να υπογραμμίσει τη συμβολή της έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισης της καταστάσεως αυτής στην εξέλιξη του ασθενούς.

**Υλικό και μέθοδοι.** Στο χρονικό διάστημα μιας 10ετίας νοσηλεύθηκαν και αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά ή συντηρητικά 50 περιπτώσεις κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, 530 κλειστών κακώσεων θώρακος και 93 περιπτώσεις κλειστών κακώσεων της κοιλίας. Εκτελέστηκαν 20 τραχειοστομίες και 58 διασωληνώσεις του θώρακος για τη θεραπεία της μετατραυματικής αναπνευστικής ανεπάρκειας.

**Αποτελέσματα.** Όταν ο βαθμός της μετατραυματικής αναπνευστικής ανεπάρκειας ήταν μικρός η συντηρητική αγωγή με τη χρησιμοποίηση αναλγησίας και μυοχάλασης σε συνδυασμό με αναπνευστική φυσιοθεραπεία είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Επίσης ικανοποιητικά αποτελέσματα σε βαρύτερες περιπτώσεις είχαν η τραχειοστομία στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις καθώς και η παροχέτευση της θωρακικής κοιλότητας στις περιπτώσεις πνευμοθώρακα και αιμοθώρακα επί κλειστών κακώσεων του θώρακα.

**Συμπέρασμα.** Η μετατραυματική αναπνευστική ανεπάρκεια είναι σοβαρή κατάσταση που συνοδεύει τους τραυματισμούς. Η γνώση της ύπαρξης της καταστάσεως αυτής και η έγκαιρη αντιμετώπισή της βοηθά στη γρήγορη ανάρρωση και αποκατάσταση των ασθενών αυτών.

## ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΑ

Ε. ΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ, Χ. ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗΣ, Χ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ, Σ. ΚΑΣΤΑΝΑΚΗΣ,  
Μ. ΦΡΟΥΣΙΟΣ

424 ΓΣΝΕ

Οι κλειστες κακώσεις του θώρακα που νοσηλεύθηκαν στο 424 ΓΣΝΕ στα τελευταία δώδεκα χρόνια (1971-1982) μελετούνται και αναλύονται σε σχέση με τα αίτια, τη συχνότητα, την εντόπιση, τις επιπλοκές, τις συνυπάρχουσες κακώσεις και τη θεραπεία τους.

Στις κακώσεις αυτές, που αφορούν κυρίως νέα άτομα χωρίς προϋπάρχουσες παθήσεις του αναπνευστικού, δεν περιλαμβάνονται οι απλές, χωρίς επιπλοκές, θλάσεις του θώρακα.

Οι παρατηρήσεις και τα συμπεράσματά μας σε 150 συνολικά περιπτώσεις είναι:

1. Σαν συχνότερη αιτία των κακώσεων εμφανίζονται τα τροχαία ατυχήματα.

2. Συνοδές κακώσεις από το Κ.Ν.Σ., την κοιλιά, τον κορμό και τα άκρα συνυπάρχουν στις περισσότερες περιπτώσεις και ο αριθμός των πολυτραυματιών παρουσιάζεται αυξημένος τα τελευταία χρόνια.

3. Τα απλά κατάγματα των πλευρών είναι η συχνότερη βλάβη και αφορά συνήθως πολλές πλευρές.

4. Επιπλοκές από τα κατάγματα των πλευρών, όπως αιμοθώρακας, πνευμοθώρακας, αιμοπνευμοθώρακας, υποδόριο εμφύσημα και ασταθής θώρακας, εμφανίζονται στο ένα τρίτο περίπου από τις περιπτώσεις ενώ σε μικρότερο σχετικά ποσοστό συνυπάρχει θλάση του πνεύμονα.

5. Από θεραπευτικής πλευράς μεγάλη σημασία έχει η καταπολέμηση του πόνου για την πρόληψη των επιπλοκών από κατακράτηση εκκρίσεων. Αποτελεσματική είναι η διήθηση των μεσοπλευριών νεύρων με τοπικό αναισθητικό. Η αντιμετώπιση των επιπλοκών από τα κατάγματα γίνεται με παρακέντηση ή κλειστή παροχέτευση του θώρακα.

6. Η μεγάλη συχνότητα και βαρύτητα των συνοδών κακώσεων επιβάλλει την αναζήτησή τους με επιμονή, ώστε να εφαρμόζεται έγκαιρα η κατάλληλη αγωγή. Επισημαίνονται τα δύσκολα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα που συχνά παρουσιάζονται.

7. Γενικά, οι κακώσεις του θώρακα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν δυνητικά βαριές διότι σημαντικός αριθμός ασθενών με ελαφρές φαινομενικά βλάβες, μπορεί να αναπτύξει βαριές όνιμες επιπλοκές που απαιτούν έντονη θεραπευτική αγωγή.

## **ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ**

**Α. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ, ΧΡ. ΤΣΩΛΟΣ, Α. ΠΑΝΑΓΗΣ**

*Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης  
Χειρουργική Κλινική Εκπ/κού Παπα/τος Αλεξ/πολης  
Δ/ντής: Καθηγητής Α.Π. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ*

Οι κλειστές κακώσεις των νεφρών, με κύριο σύμπτωμα την αιματουρία, είναι αρκετά συχνές τα τελευταία χρόνια, λόγω του αυξημένου αριθμού των τροχαίων ατυχημάτων.



Στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική του Εκπαιδευτικού Παραρτήματος Αλεξανδρουπόλεως τα τελευταία 3 χρόνια αντιμετωπίστηκαν 23 ασθενείς με κλειστή κάκωση των νεφρών, που διακομίστηκαν λόγω μικρής ή μεγάλης αιματοουρίας. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ακτινολογικό έλεγχο (ουρογραφία) αμέσως μετά την εισαγωγή τους στην Κλινική και τα αποτελέσματα συνηγορούσαν για ρήξη νεφρού σε ένα ασθενή και για θλάση μικρού ή μεγαλύτερου βαθμού στις υπόλοιπες 22 περιπτώσεις.

Χειρουργήθηκε αυθημερόν ένας πολυτραυματίας με κοματιασμένο το δεξιό νεφρό που είχε τραυματική ρήξη του ήπατος και του δεξιού διαφραγματικού θόλου. Ακόμη ένας ασθενής, με αιματοουρία που σταμάτησε και επαναλήφθηκε, χειρουργήθηκε τη 16η η μέρα μετά την κάκωση. Και στους δύο έγινε νεφρεκτομή.

Οι υπόλοιποι 21 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και σ' όλους η αιματοουρία σταμάτησε σε άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα και η νεφρική λειτουργία αποκαταστάθηκε πλήρως. Η συντηρητική αγωγή περιλάμβανε: απόλυτη κατάκλιση του πάσχοντος, χορήγηση μεγάλης ποσότητας υγρών από του στόματος και ενδοφλεβίως, αντιβίωση και μετάγγιση αίματος (όπου χρειαζόταν).

## ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΝΕΦΡΩΝ

Ι. ΓΑΓΑΝΑΚΗΣ, Σ. ΣΚΑΜΝΑΚΗΣ, Κ. ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΡΩΜΠΗΣ  
Σ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ, Κ. ΣΑΧΙΝΗΣ

*Ουρ/κή Κλιν. Ιπποκρατείου Γεν. Νοσ/μείου Θεσ/νίκης*  
*Χειρ/κή Κλιν. Ιπποκρατείου Γεν. Νοσ/μείου Θεσ/νίκης*

Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματά μας από την αντιμετώπιση 48 ασθενών με νεφρικό τραύμα, που νοσηλεύθηκαν στο Ιπποκράτειο Γεν. Νοσοκομείο από το 1973 μέχρι σήμερα (Ουρολογική και Χειρουργική Κλινική).

Από τους 48 ασθενείς οι 45 είχαν κλειστά νεφρικά τραύματα και 3 ανοικτά.

Από την ομάδα των 3 ασθενών με ανοικτά νεφρικά τραύματα σε 2 ασθενείς έγινε νεφρεκτομή, ενώ στον 3ο συρραφή νεφρικού παρεγχύματος.

Από την ομάδα των 45 ασθενών με κλειστά νεφρικά τραύματα σε 5 ασθενείς υποχρεωθήκαμε να επέμβουμε χειρουργικά λόγω επιδεινώσεως της πορείας τους.

Οι υπόλοιποι 40 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με επιτυχία με συντηρητική αγωγή.

Η παρακολούθηση των ασθενών της ομάδας αυτής (από 1-3 έτη) δεν απέδειξε την ύπαρξη όψιμης επιπλοκής.

Τονίζονται τα πλεονεκτήματα της συντηρητικής αντιμετώπισης των νεφρικών τραυμάτων, η ανάγκη καλής προεγχειρητικής έρευνας και η σχολαστική παρακολούθηση της πορείας των ασθενών που βρίσκονται σε συντηρητική θεραπεία για την πρόληψη επικίνδυνων επιπλοκών.

## **ΝΕΦΡΙΚΑΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΑΡΧΟΥΣΑΙ ΝΕΦΡΙΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

**Α. ΚΑΛΙΝΔΕΡΗΣ, Κ. ΣΠΑΝΟΣ, Ι. ΙΩΣΗΦΙΔΗΣ, Β. ΚΑΤΣΙΚΑΣ,  
Γ. ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΥ**

*Ουρολογική Κλινική - Α.Π.Θ.*

Αναλύονται 50 περιπτώσεις νεφρικών κακώσεων οι οποίες νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας κατά τη διάρκεια μιας δεκαετίας επί συνόλου 16.000 ουρολογικών ασθενών. Οι περισσότερες από τις κακώσεις ήταν αποτέλεσμα τροχαίων ατυχημάτων και συνυπήρχαν και διάφορες άλλες κακώσεις. Ο έλεγχος σε αρκετούς από τους ασθενείς αυτούς απέδειξε την ύπαρξη συγγενούς ανωμαλίας του ουροποιητικού η οποία απετέλεσε προδιαθετικό παράγοντα στην πρόκληση της κακώσεως.

Οι ασθενείς μας στο μεγαλύτερο ποσοστό αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Επί τη ευκαιρία γίνεται ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας επί των νεωτέρων διαγνωστικών μέσων και της βοήθειας την οποία παρέχουν για την ορθή αντιμετώπιση των νεφρικών κακώσεων.

## **Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**

**Κ. ΠΟΥΛΙΟΣ, Α. ΨΑΡΑΣ, Γ. ΦΑΡΜΑΚΗΣ, Κ. ΜΗΛΛΑΘΙΑΝΑΚΗΣ**  
*Θεραπευτήριο «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Ουρολογική Κλινική*

Παρουσιάζονται 11 περιπτώσεις κλειστών κακώσεων του

νεφρού, οι οποίες νοσηλεύτηκαν στην Ουρολογική Κλινική του Θεραπευτηρίου «ο Ευαγγελισμός» κατά την τελευταία διετία, με σκοπό να εκτεθεί η συμβολή της αγγειογραφίας στην αντιμετώπισή τους.

Όλοι οι ασθενείς είχαν πρόσφατη κλειστή τραυματική κάκωση του νεφρού με κύριο σύμπτωμα την ολική μακροσκοπική ικανού βαθμού αιματοουρία και αντιμετώπιστηκαν συντηρητικά.

Η απόφαση για τη συντηρητική αντιμετώπιση βασίστηκε κυρίως στα αγγειογραφικά ευρήματα σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα, την ουρογραφία και το ραδιοϊσοτοπικό έλεγχο.

Με την αγγειογραφική μελέτη έγινε δυνατή η εκτίμηση της βαρύτητας της νεφρικής βλάβης σε αντίθεση με τα όχι πάντα σαφή δεδομένα της ουρογραφίας. Έτσι εκτιμήθηκαν στις πραγματικές τους διαστάσεις η ακεραιότητα ή μη του νεφρικού παρεγχύματος, η συμμετοχή του πυελοκαλυκτικού συστήματος και η έκταση της βλάβης των αγγείων.

Από τις παρατηρήσεις μας μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι η αγγειογραφία αποτελεί ασφαλή διαγνωστική μέθοδο και η αυξανόμενη εμπειρία από την καθημερινή εφαρμογή της την καθιστούν απαραίτητη για τον ακριβέστερο προσδιορισμό των τραυματικών αλλοιώσεων του νεφρού.

## ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΗΣ Σ.Σ. - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Μ. ΦΡΟΥΣΙΟΣ, Σ. ΓΕΩΡΓΑΚΗΣ, Β. ΤΟΣΟΥΝΙΔΗΣ, ΑΘ. ΠΑΖΑΡΛΙΩΤΗΣ,  
ΧΡ. ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗΣ, Χ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ, ΣΠ. ΚΑΣΤΑΝΑΚΗΣ

Από 424 ΓΣΝΕ

Αναλύονται οι κακώσεις της Σ.Σ. που νοσηλεύθηκαν στο 424 ΓΣΝΕ κατά την τελευταία πενταετία. Εκτίθενται τα αίτια, η συχνότητα κατά μοίρα της Σ.Σ., ο μηχανισμός των καταγμάτων και η κλινική εικόνα από τη συμμετοχή του νωτιαίου μυελού και των ριζών.

Μελετώνται τα προβλήματα που προκύπτουν ανάλογα με το ύψος της βλάβης και ιδιαίτερα οι διαταραχές της αναπνοής, η αιμορραγία εκ του πεπτικού και οι διαταραχές της ουροδόχου κύστης.

Το θέμα καλύπτεται με παραδεκτές απόψεις για τη χειρουργική ή συντηρητική αντιμετώπιση και τις μεθόδους.

Το ατομικό και κοινωνικό πρόβλημα των ασθενών με βαριές νευρολογικές εκπτώσεις αναλύεται και συζητάται.

## ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΙΡΑΣ ΜΑΣ 2 ΧΡΟΝΩΝ

Η. ΚΑΦΕΤΖΗΣ, Α. ΤΑΚΚΑΣ, Ν. ΑΛΟΥΜΑΝΗΣ, Β. ΛΕΟΥΤΣΑΚΟΣ

*Γενικό Νοσοκομείο Νικαίας - Πειραιά*

*(Α' Χειρουργική Κλινική)*

Το νοσοκομείο μας βρίσκεται σε μιὰ έντονα αναπτυσσόμενη βιομηχανική περιοχή και δέχεται πολλά τροχαία και εργατικά ατυχήματα. Τα δύο τελευταία χρόνια διακομίστηκαν στην κλινική μας (Α' Χειρουργική) 93 πολυτραυματίες.

Από αυτούς οι 64 ήταν άνδρες και οι 29 γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν για τους άνδρες 37 και για τις γυναίκες 42.

Χειρουργήθηκαν οι 47 (ποσοστό 50%), ενώ οι υπόλοιποι αντιμετώπισθηκαν συντηρητικά.

Στην εργασία μας επιχειρείται μια κριτική ανάλυση των περιστατικών για τον τρόπο διάγνωσης και αντιμετώπισής τους, για το είδος των επεμβάσεων και για την έκβασή τους.

Διαγνωστικά εκτός από την κλινική εικόνα βοήθησε κατά κύριο λόγο η παρακέντηση κοιλιάς. Θεραπευτικά έγιναν ηπατεκτομές τυπικές και άτυπες, απολίνωση της ηπατικής αρτηρίας, σπληνεκτομές, εντερεκτομές, γαστροδωδεκαδακτυλοτομές κλπ.

Από αυτούς που χειρουργήθηκαν πέθαναν 6 (ποσοστό 12%).

Οι πολυτραυματίες αποτελούν ένα σημαντικό αριθμό βαρέων περιστατικών που χρειάζονται συντονισμένη προσπάθεια από πολλές ιατρικές ειδικότητες. Όπου έγινε άμεση αντιμετώπιση σώθηκε ο άρρωστος.

Οι άνδρες ήταν διπλάσιοι από τις γυναίκες λόγω προφανώς της συχνότερης μετακίνησής τους και της κατ'εξοχή συμμετοχής τους στην παραγωγή.

Από το μέσο όρο ηλικίας φαίνεται ότι οι νέοι και οι μέσης ηλικίας άνθρωποι κάνουν πραγματική σπονδή στην άσφαλτο.

## ΣΚΕΨΕΙΣ ΠΑΝΩ ΣΤΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΠΤΕΡΟΥ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΜΙΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΠΑΝ. Γ. ΧΑΝΤΖΟΣ

ΣΕΥ/401 ΓΣΝΑ

Η χρήση του Ε/Π για την έγκαιρη και άνετη διακομιδή των απωλειών υγείας γενικεύεται τα τελευταία χρόνια και στη χώρα μας. Στην εργασία που ακολουθεί εξετάζονται οι δυνατότητες και οι περιορισμοί των διαφόρων τύπων Ε/Π που χρησιμοποιούνται από τις Ένοπλες Δυνάμεις για Ιατρικούς σκοπούς και εκτίθενται ορισμένες απόψεις για την πιό ορθολογιστική και επωφελή χρησιμοποίησή τους σε σχέση με το είδος της νόσου, τη βαρύτητά της, την απαιτούμενη Νοσηλεία και την ιδιαίζουσα μορφή του Ελληνικού χώρου.-

### ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΡΗΞΕΩΣ ΣΠΛΗΝΟΣ

Γ. ΠΑΠΑΚΑΚΗΣ, Γ. ΒΕΛΜΑΧΟΣ, Α. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Γ. ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΣ  
Σ. ΑΜΑΡΙ, Β. ΑΞΕΝΙΔΗΣ

*Νοσοκομείο Ατυχημάτων «Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», Κ.Α.Τ. Γεν. Χειρ/κή Κλινική*

Πολλές εργασίες σχετικές με την ανάγκη διατήρησης του τραυματισμένου σπλήνα, έχουν δει το φως της δημοσιότητας τα τελευταία 5 χρόνια.

Η μετά σπληνεκτομή σήψη και η σπουδαιότητα του οργάνου στην αντίσταση του οργανισμού κατά των λοιμώξεων, ήταν γνωστή από το 1919 με δημοσίευση των Morris D.H και Bullock F.D.

Στη Γενική Χειρ/κή Κλινική του Νοσ/μείου ΚΑΤ, έγινε προσπάθεια τα τελευταία 2 χρόνια συντηρητικής αντιμετώπισης ρήξεων σπληνός.

Στο διάστημα από 12-6-80 μέχρι 16-6-82, αντιμετωπίσαμε 67 περιστατικά ρήξεων σπληνός. Από αυτά τα 5 αντιμετωπίστηκαν με σπληνορραφή και ήταν όλα πάνω από 27 χρόνων. Ένα ήταν ιατρογενής ρήξη και τα υπόλοιπα από κλειστή κοιλιακή κάκωση. Ένα επίσης είχε και ρήξη ήπατος, σ' όλα βάλαμε παροχέτευση που βγήκε σε 48 ώρες. Κανένας δε χρειάστηκε να ξαναχειρουργηθεί, ενώ κανένα δεν παρουσίασε πυρετό μέχρι της εξόδου του από το Νοσ/μείο.

Δε χορηγήθηκαν προληπτικά αντιβιοτικά.

Ο τρόπος συρραφής και η επιθετικότητα του χειρουργού στη συντηρητική αντιμετώπιση της ρήξεως σπληνός, συζητούνται σ' αυτήν την εργασία.

## ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

I. ΠΟΥΛΑΝΤΖΑΣ, Α. ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ, Κ. ΚΙΝΔΥΛΙΔΗΣ, Η. ΤΣΙΠΡΑΣ

*Α' Χειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.*

Το πάγκρεας παρουσιάζει χαμηλό δείκτη συμμετοχής στους τραυματισμούς κοιλιακών σπλάγχων, οι συνέπειες όμως και της ελάχιστης παγκρεατικής κακώσεως μπορεί να είναι καταστροφικές. Στην δετία Δεκ. 1973-Δεκ. 1981 αντιμετωπίστηκαν 9 περιπτώσεις παγκρεατικού τραυματισμού οι οποίες αποτελούν μικρό ποσοστό (1,6%) του συνόλου των κοιλιακών κακώσεων κατά το αυτό χρονικό διάστημα. Σε όλες τις περιπτώσεις συνυπήρχαν δύο ή περισσότερες συνοδοί κακώσεις ενδοκοιλιακών σπλάγχων. Η πιθανή διάγνωση παγκρεατικής κακώσεως ετέθη προεγχειρητικά σε 4 πολυτραυματίες ενώ στους λοιπούς 5 η βαρεία μεθαιμορραγική καταπληξία ή ο ανοικτός τραυματισμός οδήγησαν σε άμεση λαπαροτομία και η παγκρεατική κάκωση αποτέλεσε εγχειρητικό εύρημα. Η εγχειρητική τεχνική περιέλαβε ολόκληρο το φάσμα, από της συρραφής έως της μερικής ή ολικής παγκρεατεκτομής, ανάλογα με τον τύπο της κακώσεως και το χρόνο που μεσολάβησε από τον τραυματισμό μέχρι τη χειρουργική επέμβαση. Η θνητότητα και οι επιπλοκές ήταν σε υψηλά επίπεδα (66,6% και 100%) γεγονός που οφείλεται και στις συνοδούς ενδο- ή εξωπεριτοναϊκές κακώσεις. Ιδιαίτερα τονίζονται τα κριτήρια με βάση τα οποία πιθανολογείται η διάγνωση προεγχειρητικά ως και τα ενδεικτικά του παγκρεατικού τραυματισμού εγχειρητικά ευρήματα.

## ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

N. ΧΑΡΛΑΥΤΗΣ, I. ΔΑΔΟΥΚΗΣ, N. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΗΣ, ΟΜ. ΑΛΕΤΡΑΣ

*Α' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης*

Μελετήθηκαν 36 ασθενείς με ανοικτές και κλειστές κακώσεις

ήπατος που νοσηλεύτηκαν τη τελευταία 20ετία (1963-1982) στην Α' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική του Α.Π.Θ.

Απ' αυτούς χειρουργήθηκαν οι 34, ενώ σε 2 η κάκωση του ήπατος διαπιστώθηκε κατά τη νεκροτομή. Συνυπαρξη άλλων βαρειών κακώσεων με συχνότερη τη ρήξη του σπληνός διαπιστώθηκε σε 25 περιπτώσεις. Οι μέθοδοι θεραπείας που εφαρμόστηκαν είναι οι εξής: Σε 5 ασθενείς, στους οποίους η αιμορραγία είχε επισχεθεί κατά την εγχείρηση, έγινε απλή παροχέτευση. Σε 19 περιπτώσεις έγινε συρραφή του ηπατικού τραύματος. Σε 2 ασθενείς έγινε λοβεκτομή. Απολίνωση της ιδίως ηπατικής αρτηρίας και συρραφή του τραύματος έγινε σε 3 περιπτώσεις. Σε 4 ασθενείς με βαρεία κάκωση του ήπατος έγινε συρραφή και επιπωματισμός και σ' ένα μόνο επιπωματισμός.

Είχαμε 18 θανάτους. Από αυτούς σαν κύριο αίτιο θεωρήθηκε η κάκωση του ήπατος σε 12, ενώ στους υπολοίπους οι συνυπάρχουσες κακώσεις.

Οι κακώσεις του ήπατος και σήμερα ακόμη συνοδεύονται από μεγάλη θνητότητα, γι' αυτό απαιτείται προσεκτική εκτίμηση, άμεση αντιμετώπιση της αιμορραγικής καταπληξίας, έγκαιρη μεταφορά των ασθενών στο χειρουργείο και εκτέλεση της εγχείρησης από έμπειρους χειρουργούς.

## ΣΥΝΘΕΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΗΠΑΤΟΣ

Α. ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ, Ε. ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ, Α. ΤΣΙΚΚΙΝΗΣ, Ι. ΠΟΥΛΑΝΤΖΑΣ

*Α' Χειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.*

Οι ηπατικοί τραυματισμοί μετά από ανοικτές ή κλειστές κοιλιακές κακώσεις συνιστούν βαρύτερη κλινική κατάσταση, η οποία απαιτεί ορθή και ριζική, κατά περίπτωση, χειρουργική αγωγή. Κατά την δετία Δεκ. 1973-Δεκ. 1981 αντιμετωπίστηκαν 62 περιπτώσεις ηπατικού τραύματος εκ των οποίων 15 (24,2%) ήταν σύνθετες κακώσεις του ηπατικού παρεγχύματος και των αγγείων της προσαγωγού ή και της απαγωγού κυκλοφορίας, των εξωηπατικών χοληφόρων ή της κάτω κοίλης φλεβός. Στο σύνολο των τραυματιών με σύνθετο ηπατικό τραύμα απαιτήθηκε εκτομή ηπατικού παρεγχύματος και επί 9 περιπτώσεων εφαρμόσθηκε

παροδική απόφραξη της προσαγωγού ή και της απαγωγού κυκλοφορίας του ήπατος. Μόνο 2 από την ομάδα αυτή των τραυματιών είχαν αμιγή ηπατική κάκωση, ενώ οι λοιποί παρουσίαζαν ποικίλους συνδυασμούς τραυμάτων άλλων ενδοκοιλιακών οργάνων ως και κακώσεις οστικές, θωρακικές ή και του Κ.Ν.Σ. Η χειρουργική θνητότητα και οι επιπλοκές που είχαν σχέση με την ηπατική κάκωση ήταν 33,3% και 53,3% αντίστοιχα. Η σειρά αυτή των τραυματιών προσέφερε συμπυκνωμένη εμπειρία με συνέπεια την εξειδίκευση στο θέμα ενημέρωση και τον καλύτερο συντονισμό ενεργειών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

## ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Α. ΖΗΣΙΑΔΗΣ, Ο. ΓΑΜΒΡΟΣ, Γ. ΜΙΣΙΑΣ, ΟΜ. ΑΛΕΤΡΑΣ

*Α' Χειρουργική Προπαιδευτική Κλινική Α.Π.Θ.*

Από το 1965 μέχρι το 1981 αντιμετώπιστηκαν στην Κλινική μας 16 ασθενείς με τραυματική κάκωση του παχέος εντέρου (κόλου και ορθού).

Σε 11 ασθενείς ο τραυματισμός του εντέρου ήταν αποτέλεσμα κλειστής κοιλιακής κάκωσης, από τροχαίο ή εργατικό ατύχημα, ενώ σε 3 ήταν συνέπεια ανοικτής κάκωσης της κοιλιάς, που έγινε με πυροβόλο όπλο (2 περιπτώσεις) ή με νύσσον-τέμνον όργανο (1 περίπτωση). Τέλος σε 2 περιπτώσεις η κάκωση ήταν ιατρογενής και έγινε κατά την εφαρμογή περιτοναϊκών πλύσεων σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.).

Ως προς την εντόπιση, σε 5 από τους ασθενείς μας η βλάβη αφορούσε μόνο στο κόλον και σε 2 μόνο στο ορθό. Στους υπόλοιπους συνυπήρχε κάκωση ενός ή περισσοτέρων ενδοκοιλιακών σπλάγχχνων (8 ασθενείς), του κρανίου και/ή εγκεφάλου (2 ασθενείς) και του μυοσκελετικού συστήματος (3 ασθενείς). Σε 4 περιπτώσεις η κάκωση του παχέος εντέρου δεν αφορούσε σε όλους τους χιτώνες του τοιχώματος. Επρόκειτο απλώς για ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα ή ρήξη του ορομυϊκού χιτώνα.

Όλοι οι ασθενείς εισήχθησαν στο Τμήμα μας, 2 μέχρι 24 ώρες μετά τον τραυματισμό τους και χειρουργήθηκαν μετά από στοιχειώδη προετοιμασία και ανάνηψη.



Θεραπευτικά, σε 9 ασθενείς έγινε πρωτογενής συρραφή του τραύματος του εντέρου και παροχέτευση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Σε 4 από αυτούς η πρωτογενής σύγκλιση του κόλου συνδυάστηκε με κεντρική κολοστομία. Σε 3 άλλες περιπτώσεις έγινε αντίστοιχα α) εκτομή τμήματος του εγκαρσίου και τελικοτελική αναστόμωση β) εξωτερίκευση του τμήματος του εντέρου που είχε υποστεί την κάκωση και γ) εκτομή του ορθοσιγμοειδούς κατά Hartmann.

Τέλος στους 4 ασθενείς με τη θλάση του τοιχώματος του εντέρου έγινε κένωση του αιματώματος και/ή αποκατάσταση του ορομυϊκού χιτώνα.

Συνολικά σημειώθηκαν 6 θάνατοι. Δύο απ' αυτούς αφορούσαν στους ασθενείς με την Χ.Ν.Α., ενώ ένας άλλος ασθενής κατέληξε την 40η μετεγχ. ημέρα από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

## **ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΕΙΛΕΟΥ ΜΕΤΑ ΚΛΕΙΣΤΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

**Γ. ΤΣΙΑΝΟΣ, Γ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, Δ. ΔΟΥΓΕΝΗΣ,  
Α. ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ-ΚΟΥΜΠΟΥΡΑ**

*Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων*

Παρουσιάζεται περίπτωση νέου, ηλικίας 18 ετών, ο οποίος μεταφέρθη στο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, με πρόπτωση έλικος του ειλεού, 50cm περίπου, εκ του πρωκτού συνεπεία ρήξεως της ενδοπυελικής μοίρας του ορθού και συνοδού ρήξεως του σιγμοειδούς.

Το ανωτέρω συνέβη μετά από κλειστό τραυματισμό της κοιλίας συνεπεία τροχαιού ατυχήματος.

Συζητείται η αντιμετώπιση του ασθενούς ο οποίος τελικώς κατέληξε συνεπεία των συνοδών κακώσεων.

Παρουσιάζεται λόγω της σπανιότητας της κακώσεως και ιδιαιτέρως του συνδυασμού της ταυτοχρόνου ρήξεως ορθού και σιγμοειδούς.

## ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΡΗΞΕΙΣ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

I.N. ΝΟΜΙΚΟΣ, Α. ΑΓΟΡΟΓΙΑΝΝΗΣ

*Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας*

Η ρήξη των μεσεντερίων αγγείων (Μ.Α.) και η επακολουθούσα αιμορραγία είτε στην περιτοναϊκή κοιλότητα είτε μεταξύ των φύλλων του μεσεντερίου αποτελεί ένα σχετικώς συχνό επακόλουθο των τραυματικών κακώσεων της κοιλιάς. Στην περίπτωση της ελεύθερης ρήξης η παρουσία μεγάλης ποσότητας αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα κατευθύνει την αναζήτηση του αιμορραγούντος οργάνου σε άλλες περιοχές με αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος για τον άρρωστο.

Στην εργασία μας παρουσιάζονται 8 άρρωστοί με κακώσεις των μεσεντερίων αγγείων σε συνδυασμό με βλάβη και άλλων ενδοκοιλιακών οργάνων. Πέντε εξ αυτών είχαν ελεύθερη ρήξη και αιμοπεριτόναιο ενώ στους υπόλοιπους τρεις υπήρχε τεράστιο αιμάτωμα μεταξύ των φύλλων του μεσεντερίου. Η απολίνωση των αιμορραγούντων αγγείων ήταν αρκετή σε όλες τις περιπτώσεις για τον έλεγχο της αιμορραγίας χωρίς να απειληθή η βιωσιμότης του εντέρου. Υπήρξε ένας θάνατος κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως από υποογκαιμικό shock. Τέλος επιχειρείται μια ταξινόμηση των κακώσεων των μεσεντερίων αγγείων ανάλογα με την ανατομική εντόπιση της βλάβης για τη σωστή λήψη θεραπευτικών αποφάσεων όσον αφορά τη λειτουργική επάρκεια του εντέρου.

### ΟΙ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ

ΧΑΡ. ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ, ΧΡ. ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗΣ, ΓΕΩ. ΠΟΥΡΑΚΗΣ,  
ΕΥΑΓ. ΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ, ΜΙΧ. ΦΡΟΥΣΙΟΣ, Δ. ΜΑΡΟΥΓΙΑΝΝΗΣ

*424 Γ.Σ.Ν.Ε. / Χειρουργικές Κλινικές*

Το Νοσοκομείο μας εφημερεύει με ένα εφημερεύοντα γιατρό και τρεις βοηθούς γιατρούς, που έχουν την ευχέρεια να καλέσουν οποιοδήποτε ειδικό, αν χρειαστεί.

Οι ατυχηματίες έρχονται με κάθε διαθέσιμο μέσο, αυτοκίνητο ως και ΕΠ, ανάλογα με την απόσταση, με ή χωρίς προειδοποίηση.

Την τελευταία πενταετία δέχτηκε 44 πολυτραυματίες, δηλαδή τραυματίες που έφεραν κακώσεις σε περισσότερες από μια περιοχές του σώματος ή / και συστήματα οργάνων, που τουλάχιστον η μιά τους ήταν κατηγορίας βαρύτητας I ή II.

Συνοπτικά οι πολυτραυματίες μας παρουσίαζαν τις εξής κακώσεις:

α. Μαλακά μόρια:	1	βαρύτητας	I ή II	5
	2	βαρύτητας	III	5
β. Κατάγματα οστών:	1	βαρύτητας	I ή II	27
	2	βαρύτητας	III	15
γ. Κακώσεις κεφαλής	1	βαρύτητας	I ή II	24
	2	βαρύτητας	III	13
δ. Κακώσεις εγκεφάλου	1	βαρύτητας	I ή II	26
	2	βαρύτητας	III	7
ε. Κακώσεις θώρακα	1	βαρύτητας	I ή II	7
	2	βαρύτητας	III	12
στ. Κακώσεις κοιλίας	1	βαρύτητας	I ή II	5
	2	βαρύτητας	III	2
ζ. Διαταραχές ζωτικών σημείων			I ή II	12
			III	32

Όλοι τους νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ, πριν, μετά ή και χωρίς καμιά χειρουργική επέμβαση με μέση διάρκεια ολικής νοσηλείας 39,48 μέρες, που κυμάνθηκαν από 9 ως 188.

Πέθαναν τέσσερις άρρωστοι με κυριότερη αιτία θανάτου τη βαριά θλάση του στελέχους του εγκεφάλου: οι δυο κατέληξαν την ίδια μέρα, ο ένας την πέμπτη και ο τελευταίος τη 12η μέρα νοσηλείας του.

Μέσος όρος ημερών νοσηλείας 78,72 με ανώτερο όριο τις 245 και κατώτερο τις 35 μέρες.

Τέσσερις κατέληξαν ανάπηροι 1/5 και δύο 1/4. Οι υπόλοιποι συνέχισαν τη θητεία τους σαν I/1 ή I/2.

V. ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ  
ΟΝΟΜΑΤΩΝ

A

ΑΓΓΕΛΙΔΗΣ Κ.	69
ΑΓΟΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Α.	35, 109
ΑΔΑΜΙΔΗΣ Γ.	83
ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Α.	31, 36, 41, 46, 55, 62, 99
ΑΛΕΒΙΖΟΥ Φ.	84
ΑΛΕΤΡΑΣ Ο.	38, 41, 43, 47, 54, 59, 105, 107
ΑΛΟΥΜΑΝΗΣ Ν.	103
ΑΛΩΝΙΣΤΙΩΤΗΣ Α.	39
ΑΜΑΡΙ Σ.	104
ΑΜΠΙΑΤΖΙΔΗΣ Γ.	67, 69, 71
ΑΜΠΙΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Μ.	76
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ Δ.	59
ΑΝΙΣΟΓΛΟΥ Γ.	84
ΑΝΟΥΣΗΣ Σ.	81
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Γ.	87
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Β.	84
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Ν.	68
ΑΞΕΝΙΔΗΣ Β.	37, 104
ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Θ.	72
ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ Δ.	61
ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	104

B

ΒΑΒΑΤΣΙΚΛΗΣ Ι.	32, 89, 97
ΒΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ Ε.	76, 76
ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	100
ΒΑΛΑΒΑΝΗΣ Ι.	66
ΒΑΛΣΑΜΙΔΗΣ Σ.	44, 90, 95
ΒΑΜΒΟΥΚΑΚΗΣ Ι.	44, 61
ΒΑΡΔΟΥΛΗΣ Ι.	34, 76
ΒΕΛΕΝΗΣ Α.	83
ΒΕΛΜΑΧΟΣ Γ.	37, 104
ΒΙΤΟΥΛΙΑΣ Γ.	91
ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ Ι.	36
ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ Β.	63, 66
ΒΟΤΤΕΑΣ Β.	56
ΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ Ε.	98, 109
ΒΡΑΚΑΣ Ε.	83
ΒΩΡΟΣ Δ.	58

## Γ

ΓΑΓΑΝΑΚΗΣ Ι.	100
ΓΑΛΑΝΗΣ Ν.	92, 94
ΓΑΜΒΡΟΣ Ο.	107
ΓΕΩΡΓΑΚΗΣ Σ.	102
ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Γ.	37, 108
ΓΚΙΑΛΑ Μ.	40

## Δ

ΔΑΔΟΥΚΗΣ Ι.	38, 41, 54, 105
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΗΣ Ν.	47, 105
ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ Σ.	35
ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ Α.	86
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Χ.	38
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Χ.	67, 69, 71
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Δ.	91
ΔΟΥΓΕΝΗΣ Δ.	108
ΔΡΟΣΟΣ Θ.	81

## Ε

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΗΣ Ε.	72
ΕΠΙΒΑΤΙΑΝΟΣ Π.	77, 78
ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Π.	57, 64

## Ζ

ΖΑΒΙΤΣΑΝΑΚΗΣ Α.	46
ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ Ν.	76, 76
ΖΕΚΕΡΙΔΗΣ Θ.	34, 52, 97
ΖΗΣΙΑΔΗΣ Α.	107
ΖΙΩΡΗΣ Χ.	56

## Η

ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	48
---------------	----

## Θ

ΘΕΟΔΩΡΟΥ Β.	50
ΘΕΟΠΙΣΤΟΣ Ι.	39
ΘΩΜΑΪΔΗΣ Β.	67, 69, 71

I

ΙΑΤΡΟΠΟΥΛΟΣ	83
ΙΕΡΕΜΙΑΣ Δ.	56
ΙΝΤΖΕΣ Δ.	67, 71
ΙΟΡΔΑΝΙΔΗΣ Σ.	92, 94
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Α.	104
ΙΩΑΝΝΟΒΙΤΣ Ι.	63
ΙΩΣΗΦΙΔΗΣ Ι.	101

K

ΚΑΛΙΝΔΕΡΗΣ Α.	101
ΚΑΛΛΕΡΓΗΣ Κ.	46
ΚΑΛΟΓΡΑΙΑΣ Γ.	42
ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ Ε.	106
ΚΑΡΑΚΑΝΤΖΑΣ Δ.	32, 52, 97
ΚΑΡΑΜΟΣΧΟΣ Κ.	37
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Κ.	74
ΚΑΡΚΑΒΕΛΑΣ Γ.	41
ΚΑΣΣΩΤΗΣ Σ.	35
ΚΑΣΤΑΝΑΚΗΣ Σ.	60, 87, 98, 102
ΚΑΤΣΙΚΑΣ Β.	101
ΚΑΤΣΩΧΗΣ Κ.	47
ΚΑΦΕΤΖΗΣ Η.	103
ΚΙΝΔΥΛΙΔΗΣ Κ.	105
ΚΙΝΙΑΣ Ι.	72, 94
ΚΟΙΛΑΚΟΣ Κ.	53
ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Π.	57, 64
ΚΟΝΤΟΚΩΤΣΙΟΣ Δ.	37
ΚΟΝΤΟΥΛΗΣ Μ.	33
ΚΟΝΩΝΑΣ Θ.	90, 95
ΚΟΤΣΙΑΝΟΣ Γ.	63, 66
ΚΟΥΚΟΥΛΙΔΗΣ Γ.	56
ΚΟΥΛΑΛΗΣ Γ.	67, 69, 71
ΚΟΥΝΤΟΥΡΗΣ Ι.	76, 76
ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗΣ Α.	76
ΚΡΗΤΙΚΑΣ Σ.	90, 95
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	83
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Κ.	53
ΚΩΣΤΗΣ Ι.	34

Λ

ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Ν.	74
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ.	81
ΛΑΠΠΑΣ Δ.	40
ΛΕΒΕΝΤΑΚΟΣ Ν.	61
ΛΕΟΥΤΣΑΚΟΣ Β.	103
ΛΙΑΚΟΣ Α.	90, 95
ΛΟΡΕΝΤΖΟΣ Σ.	69, 71
ΛΟΧΑΙΤΗ Α.	73
ΛΥΜΠΕΡΗΣ Π.	63
ΛΥΡΑΝΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Ν.	89

Μ

ΜΑΚΑΡΩΝΑ - ΝΑΟΥΜ Γ.	77
ΜΑΚΡΗΣ Ν.	91
ΜΑΝΤΙΝΑΟΣ Κ.	92, 94
ΜΑΡΚΑΝΤΩΝΗΣ Ν.	83
ΜΑΡΚΕΤΟΣ Σ.	93
ΜΑΡΜΑΡΑΣ Ν.	81
ΜΑΡΟΥΓΙΑΝΝΗΣ Δ.	109
ΜΑΡΤΗΣ Χ.	74
ΜΕΖΙΤΗΣ Μ.	76, 76
ΜΕΡΙΑΝΟΥ Φ.	70
ΜΕΣΣΑΡΗΣ Γ.	44, 61
ΜΗΛΛΑΘΙΑΝΑΚΗΣ Κ.	101
ΜΗΛΙΓΚΟΣ Σ.	82
ΜΗΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	55, 88
ΜΙΣΙΑΣ Γ.	107
ΜΙΣΙΤΖΗΣ Δ.	42
ΜΙΧΑΗΛ Ξ.	66
ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ Π.	72
ΜΟΡΦΗΣ Α.	48
ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ Β.	57
ΜΟΥΣΤΑΡΔΑΣ Μ.	56
ΜΠΑΚΟΥΛΑΣ Γ.	56
ΜΠΑΛΑΜΟΥΤΣΟΣ Ν.	84, 86
ΜΠΑΛΜΠΟΥΖΗΣ Δ.	57
ΜΠΙΑΝΤΟΥΝΑΣ Δ.	89
ΜΠΙΑΣΔΑΝΗΣ Γ.	43



ΜΠΑΧΤΣΕΤΖΗΣ Γ.	89
ΜΠΕΤΖΙΟΣ Ι.	35
ΜΠΟΤΣΙΟΣ Δ.	38, 54
ΜΠΟΥΝΟΒΑΣ Α.	62
ΜΠΟΥΤΖΟΥΒΗΣ Σ.	53
ΜΠΡΙΓΚΟΣ Γ.	35
ΜΥΖΑΛΗΣ Α.	56
ΜΥΚΟΝΙΟΥ Γ.	33
ΜΩΡΑΪΤΙΔΗΣ Α.	34
ΜΩΡΑΪΤΙΔΗΣ Δ.	76

## Ν

ΝΑΣΡΟ Χ.	86
ΝΗΣΙΩΤΗΣ Α.	95
NICHOLS R.	58
ΝΙΩΤΗΣ Ε.	42
ΝΙΩΤΗΣ Φ.	53
ΝΟΜΙΚΟΣ Ι.	35, 109

## Π

ΠΑΖΑΡΛΙΩΤΗΣ Α.	102
ΠΑΝΑΓΗΣ Α.	99
ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ Θ.	95
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Δ.	76, 76
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Ν.	95
ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Σ.	41, 55, 62
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Π.	56
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ Χ.	86, 88
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Ν.	74
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Γ.	37
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Θ.	50
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ι.	76, 76
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Λ	67
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Σ.	57, 100
ΠΑΠΑΚΑΚΗΣ Γ.	104
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Α.	44, 61
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Χ.	59
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Β.	46
ΠΑΠΑΠΟΥΛΟΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ Κ.	54
ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ Λ.	39, 105, 106

ΠΑΠΑΧΙΛΛΕΑ Γ.	63
ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗΣ Σ.	92
ΠΑΠΠΗΣ Κ.	59
ΠΑΤΣΑΣ Α.	42
ΠΑΥΛΑΚΗΣ Δ.	68
ΠΕΛΕΚΟΥΔΑΣ Β.	92
ΠΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Β.	88
ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.	46
ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Β.	72, 94
ΠΕΤΣΗΣ Β.	34, 76
ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Θ.	39
ΠΟΛΥΡΑΚΗΣ Γ.	56, 60, 109
ΠΟΡΦΥΡΗΣ Ε.	80, 96
ΠΟΥΛΑΝΤΖΑΣ Ι.	39, 105, 106
ΠΟΥΛΙΟΣ Κ.	101

Ρ

ΡΑΠΙΔΗΣ Α.	63
ΡΕΪΖΟΓΛΟΥ - ΖΑΒΙΤΣΑΝΑΚΗ Μ.	45
ΡΕΪΣΗΣ Η.	43, 59
ΡΕΝΤΗΣ Α.	50
ΡΕΝΤΗΣ Γ.	50
ΡΟΖΟΣ Β.	92
ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ Δ.	95
ΡΩΜΠΗΣ Β.	100
ΡΩΣΣΗΣ Κ.	91

Σ

ΣΑΛΙΑΓΚΑΣ Κ.	43
ΣΑΡΗΓΙΑΝΝΗΣ Χ.	56, 60, 87, 98, 102, 109
ΣΑΡΙΔΑΚΗΣ Γ.	72, 94
ΣΑΦΛΕΚΟΣ Ν.	40
ΣΑΧΙΝΗΣ Κ.	100
ΣΓΟΥΡΑΣ Ν.	80, 96
ΣΕΡΕΝΕΣ Π.	48
ΣΕΧΑΣ Μ.	66
ΣΚΑΛΚΕΑΣ Γ.	66
ΣΚΑΜΝΑΚΗΣ Σ.	100
ΣΜΥΡΝΗ Π.	70
ΣΟΦΙΑΝΟΣ Ε.	86

ΣΠΑΝΟΣ Κ.	101
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	51
ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Α.	34
ΣΩΛΗΝΑΡΑΙΟΣ Ε.	51
ΣΩΛΗΝΑΡΑΙΟΥ Κ.	51

### Τ

ΤΑΚΚΑΣ Α.	103
ΤΑΧΤΣΙΔΗΣ Δ.	37
ΤΖΑΝΙΔΑΚΗΣ Γ.	44
ΤΖΕΓΑΣ Γ.	32
ΤΙΝΤΩΝΗΣ Ι.	68
ΤΟΣΟΥΝΙΔΗΣ Β.	102
ΤΣΑΚΙΡΙΔΗΣ Χ.	60, 87, 98, 102, 109
ΤΣΑΛΙΚΙΔΗΣ Α.	33
ΤΣΑΝΤΗΛΑΣ Δ.	33
ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ Π.	35
ΤΣΙΑΝΟΣ Γ.	37, 108
ΤΣΙΚΚΙΝΗΣ Α.	106
ΤΣΙΝΟΓΛΟΥ Ν.	36
ΤΣΙΠΡΑΣ Η.	105
ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ-ΚΟΥΜΠΟΥΡΑ Α.	108
ΤΣΟΥΚΑΤΟΣ Δ.	80, 96
ΤΣΟΥΣΚΑΣ Λ.	87
ΤΣΩΛΟΣ Χ.	99

### Φ

ΦΑΡΜΑΚΗΣ Γ.	101
ΦΑΧΑΝΤΙΔΗΣ Ε.	47
ΦΕΣΑΤΙΔΗΣ Ι.	52
ΦΕΣΛΙΚΙΔΗΣ Ε.	40
ΦΙΛΟΣ Γ.	31
ΦΟΥΣΚΗΣ - ΜΑΡΙΝΟΣ Σ.	34, 76
ΦΟΥΣΤΑΝΟΣ Α.	63, 66
ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ Ε.	48
ΦΡΑΓΚΑΝΔΡΕΑΣ Γ.	33
ΦΡΟΝΗΣ Χ.	43, 59
ΦΡΟΥΣΙΟΣ Μ.	87, 88, 98, 102, 109

X

ΧΑΓΕΡ Ι.	70
ΧΑΪΔΕΜΕΝΑΚΗΣ Ι.	56
ΧΑΛΚΙΑΣ Σ.	40
ΧΑΝΟΣ Γ.	31, 36
ΧΑΝΤΖΟΣ Π.	104
ΧΑΡΛΑΥΤΗΣ Ν.	105
ΧΑΡΩΝΗΣ Κ.	35
ΧΑΤΖΑΚΗΣ Ι.	59
ΧΑΤΖΗΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Τ.	83
ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ Δ.	93
ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΟΥ Ε.	42
ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΥ Γ.	101
ΧΟΥΡΙ Ρ.	46, 62

Ψ

ΨΑΛΛΙΔΑΣ Ν.	35
ΨΑΡΑΣ Λ.	101
ΨΑΡΟΥΛΗΣ Δ.	77
ΨΑΡΡΑΣ Χ.	77, 79