

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ:

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ
ΣΤΙΣ
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ
ΣΤΗ
ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΚΑΙ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σπουδάστριες: Κουρτέση Αγγελική
Λάνταβου Βασιλική

Υπεύθυνος Καθηγητής:
Γ. Κροκιδάς



ΠΑΤΡΑ, Μάρτιος 1988

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1222
----------------------	------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σ'αυτή την πτυχιακή εργασία, εξετάζονται οι χειρουργικές επεμβάσεις του εντέρου στη νεογνική και βρεφική ηλικία καθώς επίσης και ο ρόλος του Νοσηλευτή ή της Νοσηλεύτριας στις επεμβάσεις αυτές.

Επίσης παρουσιάζονται στατιστικοί πίνακες και στατιστικά στοιχεία, καθώς επίσης, διατριβές και μελέτες παιδοχειρουργών.

Απο τη θέση αυτή, ευχαριστούμε θερμά τον καθηγητή κ.Κροκιδά Γεώργιο Επιμελητή Α΄Παιδιατρικής Κλινικής Καραμανδανείου Νοσοκομείου Παίδων Πατρών, για την ανάθεση της εργασίας και την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια που μας προσέφερε για την αποπεράτωση της.

Επίσης, ευχαριστούμε θερμά για την πολύτιμη βοήθειά τους, τους παιδοχειρουργούς κ. Γιαννουλόπουλο, κ. Ζευγώλη και κ. Μπίρμπα.

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Η Χειρουργική είναι ένας απο τους κλάδους της Ιατρικής που παρουσίασε αλματώδη πρόοδο τις τελευταίες δεκαετίες. Οι παράγοντες που συντέλεσαν σε αυτό είναι πολλοί. Μερικοί απο αυτούς είναι:

- 1) Κατανόηση των φάσεων ορισμένων παθήσεων.
- 2) Αναγνώριση της σπουδαιότητας του ρόλου της υδατοηλεκτρολυτικής, οξεοβασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου.
- 3) Βελτίωση των εργαλείων, συσκευών και μηχανημάτων που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις.
- 4) Σημαντική πρόοδος στον τομέα της αναισθησιολογίας, ώστε σήμερα να είναι δυνατές μεγάλες επεμβάσεις.
- 5) Καταπολέμηση αποτελεσματικά των λοιμώξεων.
- 6) Συμπλήρωση της χειρουργικής και με άλλες θεραπείες.
- 7) Βελτίωση της αποκατάστασης του χειρουργημένου αρρώστου.
- 8) Εμπειρο και σωστά καταρτισμένο προσωπικό στις χειρουργικές μονάδες.
- 9) Αλλαγή στο πρίσμα μέσα μέσα απο το οποίο η υγειονομική ομάδα βλέπει τον χειρουργικό άρρωστο. Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του χειρουργημένου αρρώστου επικεντρώνεται σήμερα στην πλήρη αποκατάστασή του.

Η Παιδοχειρουργική είναι κλάδος της χειρουργικής. Είναι μια ειδικότητα η οποία στις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο. Παθήσεις θανατηφόρες κάποτε, σήμερα χειρουργούνται με καλές προοπτικές για την πορεία της υγείας του παιδιού. Νεογνά λίγων μόλις ημερών χειρουργούνται με επιτυχία

σε παθήσεις που λίγα χρόνια πριν, ήταν αδύνατη η ίαση τους.

Νοσηλευτικά ιδρύματα με κατάλληλη υποδομή, κτιριακές εγκαταστάσεις, οργανωμένα χειρουργεία, μηχανήματα και εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας καθώς επίσης ειδικά εκπαιδευμένοι παιδοχειρουργοί και Νοσηλευτικό προσωπικό κατάλληλα καταρτισμένο, συντελούν και συμπληρώνουν την αλματώδη πρόοδο στον τομέα της Χειρουργικής Παίδων.

Ένα σημενιτικό κεφάλαιο στην παιδοχειρουργική είναι οι επεμβάσεις στην νεογνική και βρεφική ηλικία, σε παθήσεις του πεπτικού συστήματος.

Υπάρχει μια σειρά από παθήσεις που παρουσιάζονται στην πολύ μικρή ηλικία ακόμα και σε νεογνά λίγων μόνο ημερών, σε πρόωρα νεογνά ακόμα και σε βρέφη και χρειάζονται έγκαιρη διάγνωση και άμεση χειρουργική επέμβαση για την διάσωση του βρέφους ή του νεογνού.

Στην μελέτη αυτή αναφέρονται οι παθήσεις του πεπτικού από τον πυλωρό έως το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου που παρουσιάζονται από την γέννηση του παιδιού έως την ηλικία του ενός έτους, και που η θεραπεία τους είναι στις περισσότερες περιπτώσεις μόνο Χειρουργική.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η κατανόηση της σοβαρότητας των παθήσεων του πεπτικού συστήματος στην πολύ νεαρή ηλικία του νεογνού και του βρέφους, καθώς επίσης και η ανάλυση της κάθε πάθησης ξεχωριστά, με τα χαρακτηριστικά της σημεία, τις ιδιαιτερότητές της και την κατάλληλη για κάθε περίπτωση θεραπεία.

Επίσης είναι απόλυτα απαραίτητο να κατανοηθεί η σημαντική συμβολή του έμπειρου προσωπικού, Ιατρικού, Νοσηλευτικού και Βοηθητικού, στις ιδιαιτερότητες και σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνες

δραστηριότητες και υπηρεσίες, σ'ένα τομέα της Ιατρικής, τόσο ευαισθητοποιημένο όπως είναι η Χειρουργική Παίδων, ιδιαίτερα στην ηλικία απο 0 έως 1 έτους.

Περίληψη

Σκοπός της αναφοράς αυτής στο θέμα των επεμβάσεων στη νεογνική και βρεφική ηλικία είναι η ανάλυση των παθήσεων του πεπτικού συστήματος των νεογνών και βρεφών που χρειάζονται άμεση χειρουργική επέμβαση. Ιδιαίτερη σημασία και ανάλυση δίδεται στις παθήσεις του εντέρου στις χειρουργικές επεμβάσεις σ' αυτόν τον τομέα καθώς επίσης και στην νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών.

Τα στοιχεία προέκυψαν από την μελέτη βιβλιογραφίας πάνω σε θέματα ανατομίας, Φυσιολογία, Εμβρυολογίας, Χειρουργικής, Παιδιατρικής, Νοσηλευτικής καθώς επίσης και διατριβές Παιδοχειρουργών σε μεμονωμένες περιπτώσεις ασθενών και επεμβάσεων.

Ξεκινώντας από την Ανατομία αναφέρονται όλα τα τμήματα του πεπτικού συστήματος καθώς επίσης και το φυσιολογικό τους σχήμα, μήκος και μέγεθος. Τα στοιχεία της Εμβρυολογίας μας ενημερώνουν για την εμβρυική κατάσταση του πεπτικού συστήματος καθώς επίσης για την παθολογική εμβρυολογία από διάφορες παθήσεις συγγενείς.

Η Φυσιολογία αναφέρεται στην λειτουργία του κάθε οργάνου. Τα βιβλία χειρουργικής, Παιδιατρικής Νοσηλευτικής αναφέρονται στις παθήσεις του εντέρου, στην Χειρουργική αντιμετώπισή τους, καθώς επίσης και στη νοσηλευτική φροντίδα.

Στις διατριβές Παιδοχειρουργικών αναφέρονται οι κυριότερες από τις παθήσεις που παρουσιάζονται στην νεογνική και βρεφική ηλικία καθώς επίσης τα κύρια χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης, η αντιμετώπιση της προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιασθούν, η διαφορική διάγνωση και διαγνωστικές μέθοδοι.

Δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στη νοσηλευτική αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών. Η νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί ιδιαίτερες γνώσεις, χειρισμούς, άμεση και γρήγορη επέμβαση.

Ενας αριθμός στατιστικών στοιχείων, καθώς επίσης και πίνακες υπολογισμών βοηθούν στην πλήρη ενημέρωση και κατανόηση των επεμβάσεων του εντέρου και στα ποσοστά επιτυχίας της κάθε περίπτωσης.

Ενας μικρός αριθμός Ιστορικών σε χειρουργικές περιπτώσεις βρεφών και νεογνών τα οποία χειρουργήθηκαν στο Νοσοκομείο Παίδων Πατρών, βοηθάει στην καλύτερη κατανόηση της κάθε περίπτωσης. Στα ιστορικά αυτά των περιπτώσεων αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία του νεογνού ή βρέφους, οι κληρονομικές παθήσεις, αν υπάρχουν, τα χαρακτηριστικά στοιχεία και σημεία της νόσου. Αναφέρονται επίσης αναλυτικά όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις του παιδιού προεγχειρητικά και κατά την μεταγχειρητική πορεία. Επίσης η χορήγηση φαρμάκων ορρών και τροφής αναφέρονται αναλυτικά σε ημερήσια δόση.

Επίσης στη μελέτη αυτή αναφέρονται συμπεράσματα και αποτελέσματα που προκύπτουν από την κάθε περίπτωση ξεχωριστά, βάσει των ιδιαιτεροτήτων της κάθε πάθησης, σε συνδυασμό πάντα με την ηλικία του παιδιού, την έγκαιρη μεταφορά του στα χέρια έμπειρων Χειρουργών, την έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική επέμβαση, καθώς επίσης και την μετεγχειρητική του κατάσταση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Α Π Ε Π Τ Ι Κ Ο Υ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

ΤΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Στόμα - φάρυγγας - οισοφάγος - στομάχος - λεπτό έντερο -
παχύ έντερο.

ΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Είναι ένας σωλήνας κυλινδρικός, που εκτείνεται από τον πυλωρό ως την ειλεοτυφλική βαλβίδα.

Μήκος: 6,5 μέτρα κατά μέσο όρο.

Μέρη: Δωδεκαδάκτυλο (2,5 - 3,0 εκ.)

Κήστη (2,5 μ.)

Ειλεός (3,5 μ.)

Ο βλεννογόνος του λεπτού εντέρου χαρακτηρίζεται από την παρουσία των λαχνών. Πρόκειται για μικρές κυλινδρικές προεκβολές του βλεννογόνου ύψους 0,5-1,2 χιλ. και διαμέτρου 0,1 χιλ.

Οι λάχνες φτάνουν στις 40 κατά τετραγωνικό χιλιοστό επιφάνειας προσδίδουν χνουδωτή υφή στο βλεννογόνο και αυξάνουν την επιφάνειά του κατά 5 - 6 φορές.

Δωδεκαδάκτυλο

Είναι το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου και ενώνει τον πυλωρό με την κήστη. Είναι το ευρύτερο, βραχύτερο και πλέον ακίνητο τμήμα του λεπτού εντέρου.

Περιγράφονται 4 μοίρες (1η, 2η, 3η και 4η, που σχηματίζουν μια αγκύλη γύρω από την κεφαλή του παγκρέατος. Το πρώτο μισό της πρώτης μοίρας περιβάλλεται πλήρως από περιτόναιο και είναι σχετικά ευκίνητο. Το υπόλοιπο δωδεκαδάκτυλο προσφύεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα και είναι

ακίνητο.

Περίπου στη μέση της δεύτερης μοίρας εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι των δυο μεγαλύτερων εξωτοιχωματικών αδένων του πεπτικού συστήματος δηλαδή ο κοινός χοληδόχος πόρος από το ήπαρ και ο μείχων παγρεατικός πόρος από το πάγκρεας.

Το δωδεκαδάκτυλο τελειώνει μπροστά από τον δεύτερο οσφυϊκό σπόνδυλο.

ΝΗΣΤΗ ΚΑΙ ΕΙΛΕΟΣ (ελικοειδές έντερο)

Αρχίζει από την νηστιδωδεκαδακτυλική καμπή και τελειώνει στην ειλεοτυφλική βαλβίδα.

Έχει ελικοειδή πορεία και περιβάλλεται από περιτόναιο κρέμεται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με μια πτυχή του περιτόναιου που ονομάζεται μεσευτέριο.

Σε περίπου 2% του πληθυσμού βρίσκεται η απόφυση του MECKEL. Είναι ένα κυλινδρικό εκκόλπωμα του ελεύθερου χείλους του ειλεού μήκους 2-2,5 εκ. συνήθως σε απόσταση 1 μ. από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Είναι υπόλειμμα του ομφαλευτερικού πόρου.

Ο βλεννογόνος του λεπτού εντέρου παρουσιάζει εγκάρσιες, κυκλοτερείς πτυχές και καλύπτεται εξολοκλήρου από τις εντερικές λάχνες. Οι κυκλοτερείς πτυχές σχηματίζονται τόσο από τον βλεννογόνο όσο και από τον υποβλεννογόνο χιτώνα. Οι εντερικές λάχνες είναι προσεκβολές του βλεννογόνου μόνο.

Αποτελούνται από επιθήλιο και ένα αγγειοσυνδετικό υπόστρωμα μέσα στο οποίο αρχίζει τυφλά ένα λεμφαγγείο το χυλοφόρο τριχοειδές. Το επιθήλιο του εντερικού βλεννογόνου αποτελείται κυρίως από απορροφητικά κύτταρα ανάμεσα στα οποία υπάρχουν διάσπαρτα καλυκοειδή (βλεννογόνα) κύτταρα και εντεροενδοκρινή κύτταρα.

Τα απορροφητικά κύτταρα εμφανίζουν στην ελεύθερη επιφανειά τους μικρές προσεκβολές που ονομάζονται μικρολάχνες.

Ανάμεσα στις μικρολάχνες εκβάλλουν οι εντερικοί αδένες. Στο δωδεκαδάκτυλο υπάρχουν επιπλέον υποβλεννογόνοι αδένες οι αδένες του BRUNNER.

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του λεπτού εντέρου

Αναφέραμε ήδη ότι ο βλεννογόνος της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου είναι λείος. Απο την δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου ο βλεννογόνος εμφανίζει τις κυκλοτερείς πτυχές, οι οποίες είναι υψηλές (ως 1 εκ.) και πυκνά διαταγμένες στο δωδεκαδάκτυλο και την νήστη.

Στον ειλεό γίνονται βαθμιαία χαμηλότερες και αραιότερες μέχρι που εξαφανίζονται στην τελική του μοίρα. Στην τελική μοίρα της νήστης και στον ειλεό εμφανίζονται αθροίσματα λεμφολιδίων, λιγότερα στην αρχή και πυκνότερα κατόπιν, που σχηματίζουν τις πλάκες του PAYER, αντίστοιχα προς το ελεύθερο χείλος του εντέρου.

Το λεπτό έντερο έχει ευρύτερο αυλό και παχύτερο τοίχωμα στην αρχή και στενεύει βαθμιαία κατόπιν. Αντίστοιχα προς το μεσεντερικό χείλος, στην μεν νήστη το περιτόναιο είναι λεπτότερο, χωρίς πολύ λίπος και τα ευθέα αγγεία είναι μακρύτερα, ενώ όσο προχωράμε στον ειλεό, εμφανίζεται περισσότερο λίπος και τα ευθέα αγγεία γίνονται βραχύτερα.

Απο τα παραπάνω είναι σαφές ότι μπορούμε εύκολα να διακρίνουμε την αρχική μοίρα της νήστης απο την τελική μοίρα του ειλεού αλλά η μετάβαση απο την μια μοίρα στην άλλη είναι βαθμιαία. Στο λεπτό έντερο ολοκληρώνεται η πέψη των τροφών και γίνεται η απορρόφηση των προϊόντων της πέψης.

ΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται από το τυφλό ως το πρωκτό.

Μήκος: περίπου 1,4 μ.

Μέρη: τυφλό και σωληνοειδής υπόφυση.

Κολο (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν, και σιγμοειδές).

Απευθυμένο ή ορθό.

Το παχύ έντερο διακρίνεται εύκολα από το λεπτό, χάρη στην ύπαρξη των εκκολπωμάτων, των κολικών ταινιών και των επιπλοικών αποφύσεων.

Τα εκκολπώματα είναι σακκοειδή ανευρύσματα του τοιχώματος του παχέος εντέρου και χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφίξεις.

Οι κυκλωτερείς περισφίξεις αντιστοιχούν προς τις μηνοειδείς πτυχές που υπάρχουν στο εσωτερικό του παχέος εντέρου ενώ τα εκκολπώματα αντιστοιχούν προς τις κολικές κυψέλες.

Οι κολικές ταινίες είναι τρεις και σχηματίζονται από παχύνσεις της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας.

Αρχίζουν από τη βάση της σιγμοειδούς απόφυσης, διατρέχουν σχεδόν όλο το κόλο, γίνονται δυο στην τελική μοίρα του σιγμοειδούς και εξαφανίζονται στο ορθό. Διακρίνουμε την ελεύθερη ταινία που στρέφεται προς την περιτοναϊκή κοιλότητα, την επιπλοϊκή ταινία που συμφύεται προς το επιπλέον και την μεσοκολική ταινία που συμφύεται προς το μεσόκολο.

Οι επιπλοϊκές αποφύσεις είναι λιπώδεις προσεκβολές του περιτοναίου κατά μήκος της ελεύθερης και της επιπλοϊκής κολικής ταινίας.

Δεν υπάρχουν στο τυφλό ενώ αραιώνουν και εξαφανίζονται προς την

απω μοίρα του σιγμοειδούς.

1. ΤΟ ΤΥΦΛΟ ΚΑΙ Η ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ

Είναι η πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Αρχίζει τυφλά και τελαιώνει στο ύψος της ειλεοκολικής βαλβίδας.

Βρίσκεται μέσα στο δεξιό λαγόνιο βάθρο.

Το τυφλό συνήθως περιβάλλεται απο περιτόναιο και κρέμεται απο μια περιτοναϊκή, πτυχή που λέγεται μεσοτυφλο (σίγκρινο, μεσό-κολο, μεσ-εντέριο, μεσο-σιγμοειδές).

Στο τυφλό εισφύεται ο ειλεός και σχηματίζεται η ειλεοκολική βαλβίδα. Στη θέση αυτή το τοίχωμα το τυφλού πτυχώνεται προς τα μέσα και το στόμιο της εμφανίζεται σαν σχισμή μπροστά απο την μεσοκολική ταινία.

Η σχισμή παρουσιάζει άνω και κάτω χείλος. Τα χείλη ενώνονται και σχηματίζουν τον πρόσθιο και οπίσθιο χαλινό της βαλβίδας.

Πριν τη βαλβίδα και για αρκετά εκατοστόμετρα ο μυϊκός χιτώνας του ειλεού παχύνεται και σχηματίζει τον σφιγκτήρα του ειλεού.

Η ειλεοκολική βαλβίδα αποτρέπει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του παχέος εντέρου προς το λεπτό, εμποδίζοντας έτσι την είσοδο μικροβίων, που φυσιολογικά υπάρχουν στο κόλο.

Περίπου 2 εκ. κάτω απο το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας υπάρχει το στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Η σκωληκοειδής απόφυση, έχει μήκος 2-3,0 εκ. (συνήθως 8 εκ.) και διάμετρο 0,5-1 εκ.

Η βάση της βρίσκεται στην κοινή αρχή των τριών κολικών ταινιών. Περιβάλλεται απο περιτόναιο και κρέμεται με μια περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται μεσεντερίδιο.

Η θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης ποικίλει σε σχέση προς το τυφλό: συνηθέστερα τη βρίσκουμε πίσω απο το τυφλό (οπισθοτυφλική 65% των περιπτώσεων) ή μέσα στην πύελο (λαγονοπυελική, 31%).

Ο βλεννογόνος της σκωληκοειδούς χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλών λεμφαλιδίων, που συχνά καταλαμβάνουν και τον υποβλεννογόνο χιτώνα. Θεωρείται μάλλον μέρος του λεμφοποιητικού συστήματος παρά του πεπτικού.

2. ΤΟ ΚΟΛΟ

Αρχίζει από το ύψος της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και φθάνει μέχρι το ύψος του 3ου ιερού σπονδύλου, όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο.

Διακρίνουμε:

α) Το ανιόν κόλο. Καλύπτεται κατά 3.1 περίπου από περιτόναιο, ενώ προς τα πίσω προσφύεται προς τα όργανα που υπάρχουν εκεί, με χαλαρό συνδετικό ιστό. Το ανιόν κόλο ανέρχεται σε επαφή με το πρόσθιο και πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα, ως την κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος, όπου και στρέφεται προς τα μπρός και αριστερά.

Σχηματίζεται έτσι η δεξιά (ηπατική) κολική καμπή, που είναι και το όριο μεταξύ ανιόντος και εγκάρσιου κόλου. Οι τρεις κολικές ταινίες στο ανιόν κόλο στρέφονται: η ελεύθερη προς τα μπρός, η επιπλοική προς τα πίσω και έξω και η μεσοκολική προς τα πίσω και έσω.

β) Το εγκάρσιο κόλο. Περιβάλλεται ολόκληρο από περιτόναιο και κρέμεται από μια πλατιά πτυχή που λέγεται εγκάρσιο μεσόκολο.

Το εγκάρσιο μεσόκολο εκτείνεται ανάμεσα στους νεφρούς και προσφύεται μπροστά στην δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου και στο πρόσθιο χείλος του σώματος του παγκρέατος. Το εγκάρσιο κόλο συνδέεται επίσης προς το μείζον τόξο του στομάχου με τον γαστροκολικό σύνδεσμο, ο οποίος είναι η ανώτερη μοίρα του μείζονος επιπλόου.

Το εγκάρσιο κόλο φέρεται απο το δεξιό υποχόνδριο προς το αριστερό, όπου στρέφεται προς τα πίσω και πάνω, φτάνει μέχρι το κάτω άκρο του σπλήνα και στρέφεται απότομα προς τα κάτω.

Σχηματίζεται έτσι η αριστερή (σπληνική) κολική καμπή, απο όπου αρχίζει το κατιόν κόλο.

Αυτή η καμπή βρίσκεται ψηλότερα και βαθύτερα και είναι οξύτερη απο τα δεξιά.

Επίσης, είναι πιο ακίνητη, διότι συγκρατείται απο μια περιτοναϊκή πτυχή, τον φρενοκολικό σύνδεσμο.

Οι τρεις κολικές ταινίες στρέφονται: Η ελεύθερη προς τα κάτω, (αντίκρυ στις έλικες του λεπτού εντέρου), η επιπλοϊκή προς τα πάνω και μπρός (όπου προσφύεται το μείζον επίπλου) και η μεσοκολική προς πάνω και πίσω (όπου προσφύεται το εγκάρσιο μεσόκολο).

γ) Κατιόν κόλο. Απο την αριστερή κολική καμπή το κόλο συμφύεται προς το οπίσθιο τοίχωμα της κοιλιακής κοιλότητας, καλύπτεται απο περιτόναιο μόνο κατά το ήμισυ και κατέρχεται ως τον αριστερό λαγόνιο βόθρο).

Στο σημείο αυτό κάμπτεται προς τα δεξιά και μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλο.

δ) Σιγμοειδές κόλο. Αρχίζει απο το άνω στόμιο της πύελου και φθάνει μπροστά απο τον 3ο ιερό σπόνδυλο, ακολουθώντας σιγμοειδή πορεία (σαν 5).

Είναι το πιο ευκίνητο τμήμα του παχέος εντέρου, διότι κρέμεται απο μια μακριά πτυχή του περιτοναίου που λέγεται μεσοσιγμοειδές. Στο σιγμοειδές απομένουν δυο κολικές ταινίες, που τελικά εξαφανίζονται.

ε) Απευθυσμένο (ή ορθό). Βρίσκεται μέσα στην πύελο και σχεδόν εξολοκλήρου κάτω απο το περίτονο πέταλο του περιτοναίου.

Προς τα κάτω διεύρυνεται και σχηματίζει την κοπροδόχο λήκυυθο. Δεν παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του υπόλοιπου παχέος εντέρου (ταινίες εκκολπώματα αποφύσεις). Η βλεννογόνος του εμφανίζει τρεις μόνιμες εγκάρσιες πτυχές απο τις οποίες η άνω και η άπω βρίσκονται αριστερά και η μέση δεξιά.

Στην τελική μοίρα του απευθυσμένου η κυκλοτερής μυική στοιβάδα παχύνεται και σχηματίζει τον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού.

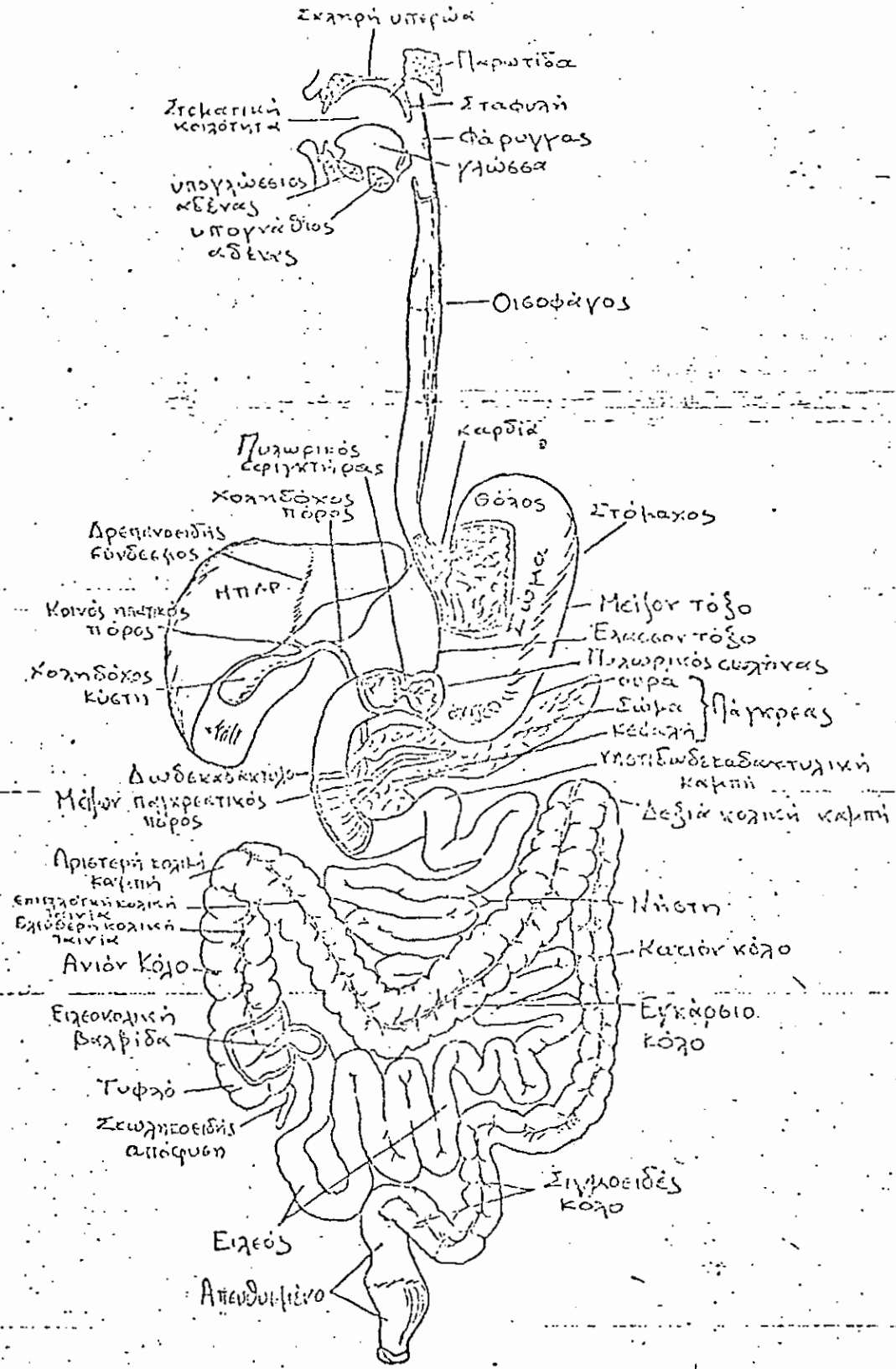
Σχηματίζεται έτσι ένα κυκλοτερές έπαρμα του βλεννογόνου, που λέγεται αιμορροϊδικός δακτύλιος.

Αντίστοιχα προς αυτόν τον μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο του εντερικού βλεννογόνου, ενώνεται με το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του δέρματος της πρωκτικής περιοχής.

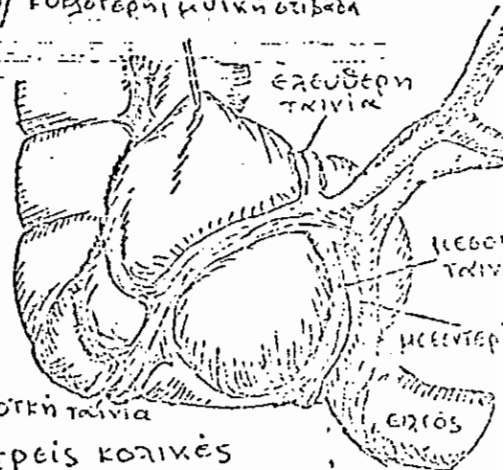
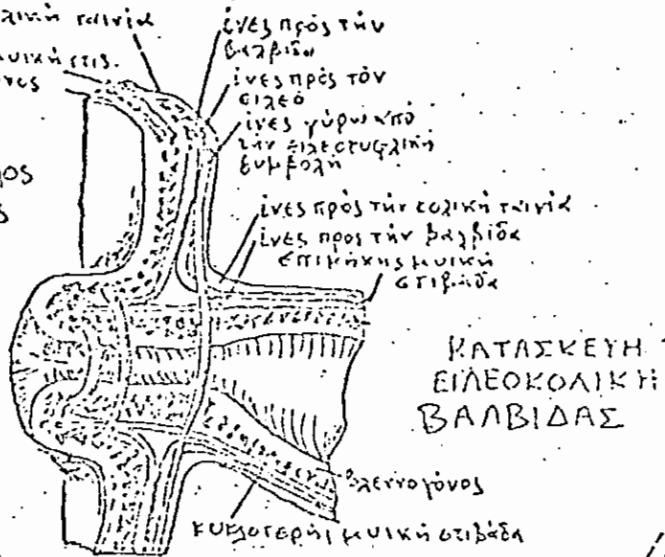
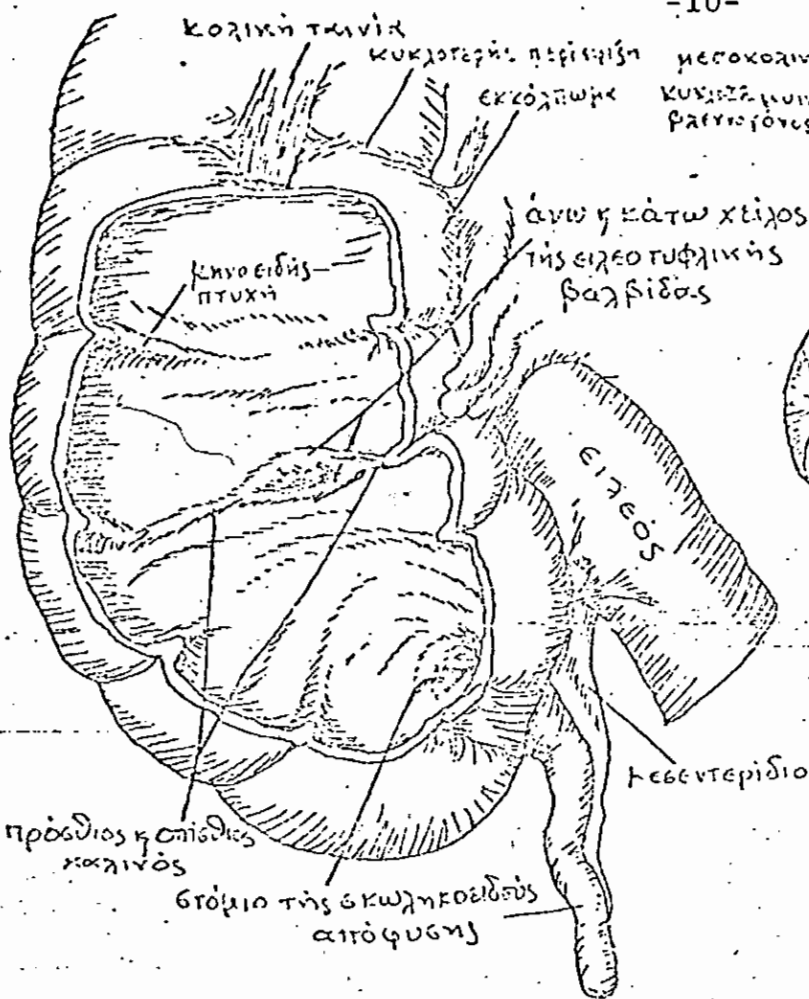
Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου καλύπτεται απο κυλινδρικό επιθήλιο που περιέχει πολλά κάλυκοειδή κύτταρα. Οι αδένες είναι απλοί σωληνοειδείς που στο χόριο υπάρχουν πολλά μονήρη λεμφολίδια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

Ε Μ Β Ρ Υ Ο Λ Ο Γ Ι Α Π Ε Π Τ Ι Κ Ο Υ



ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ & ΟΙ ΠΡΟΣΑΡΤΗΜΕΝΟΙ ΑΔΕΝΕΣ.



ΤΥΦΛΟ, ΕΙΛΕΟΚΟΙΛΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ

Οι τρεις κοιλές ταινίες συναντώνται στη βάση της εκωληκοειδούς.

2η μοίρα του 12 δακτύλου

δεξιά κοιλική καμπίη

Ανιόν κόζο

Άνω μεσεντερικά κρτηρία

Ειλεοτυφλική βαρβίδα

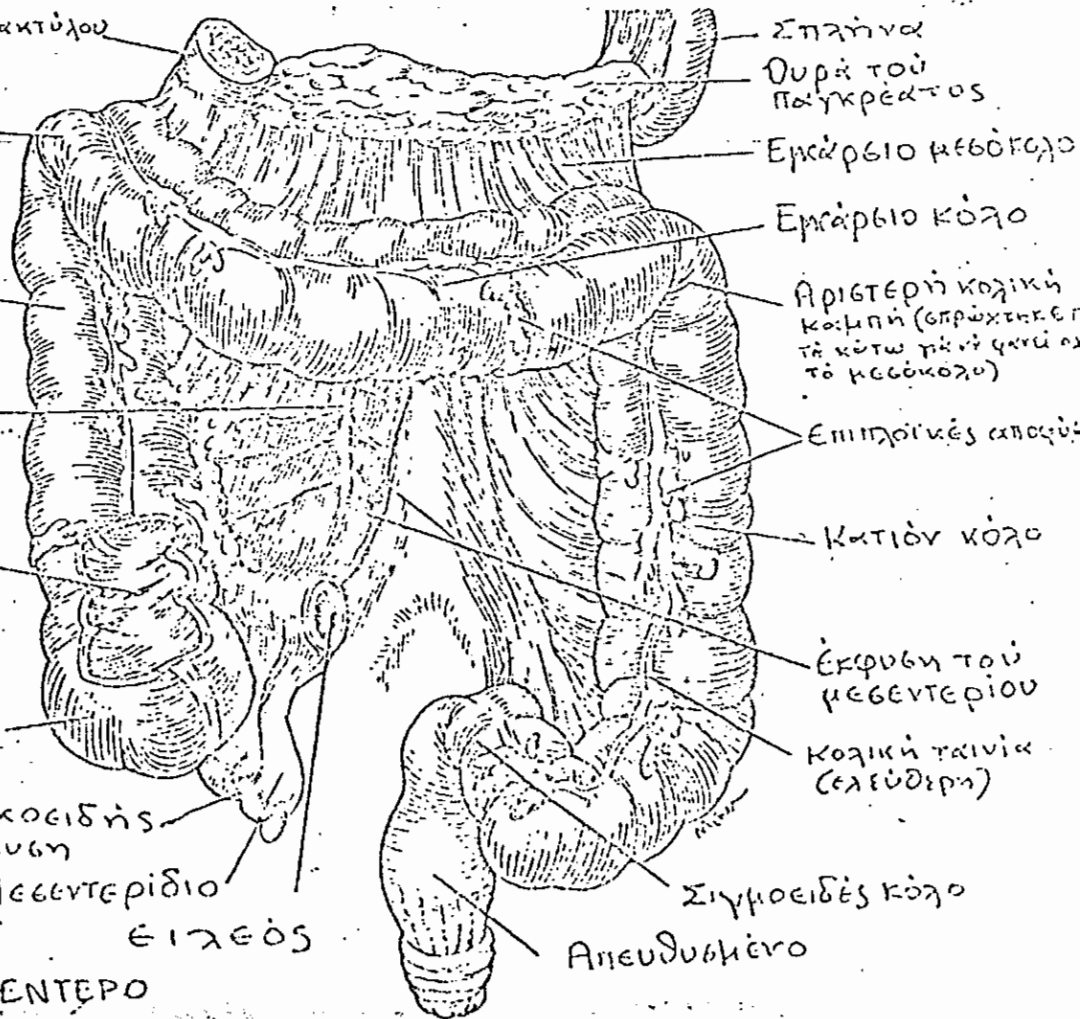
Τυφλό

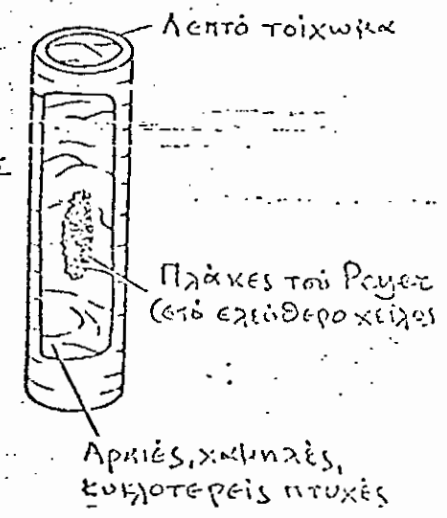
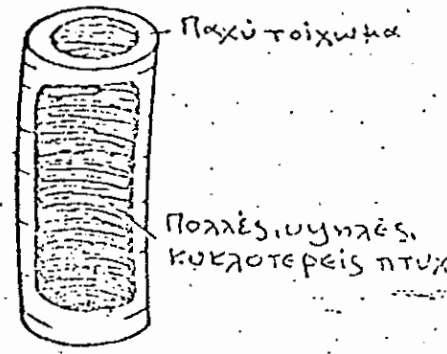
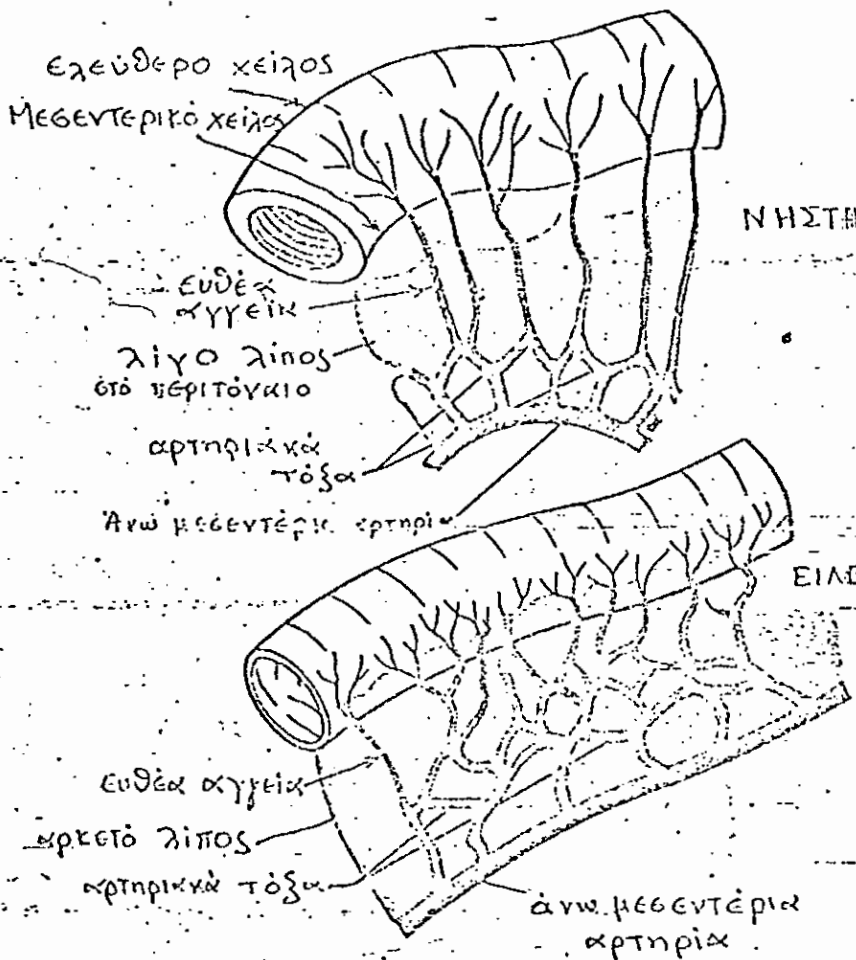
Εκωληκοειδής απόφυση

Μεσεντερίδιο

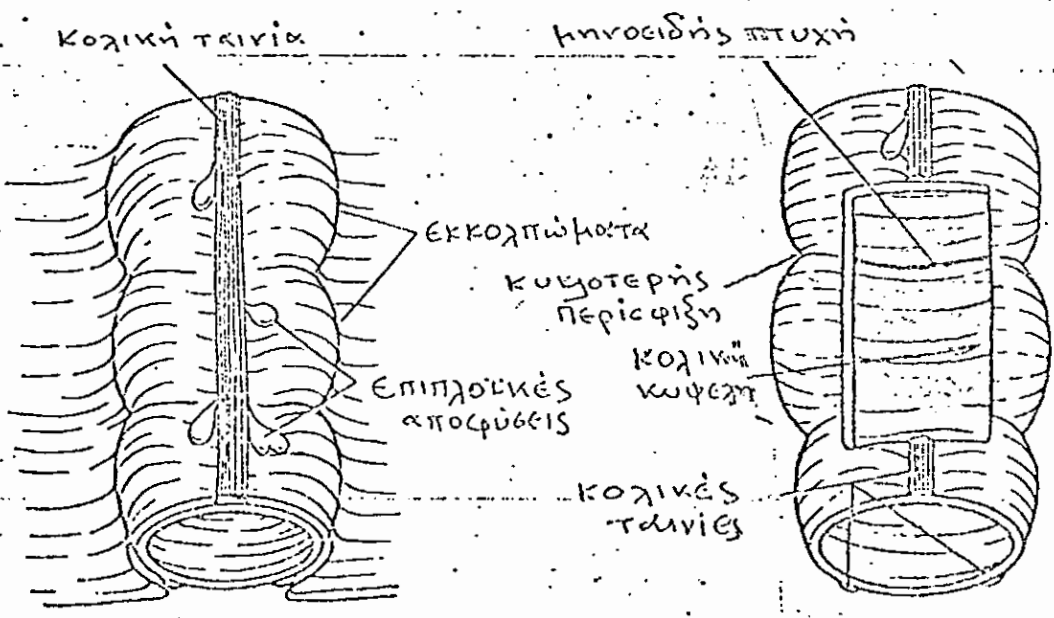
ΕΙΛΕΟΣ

ΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

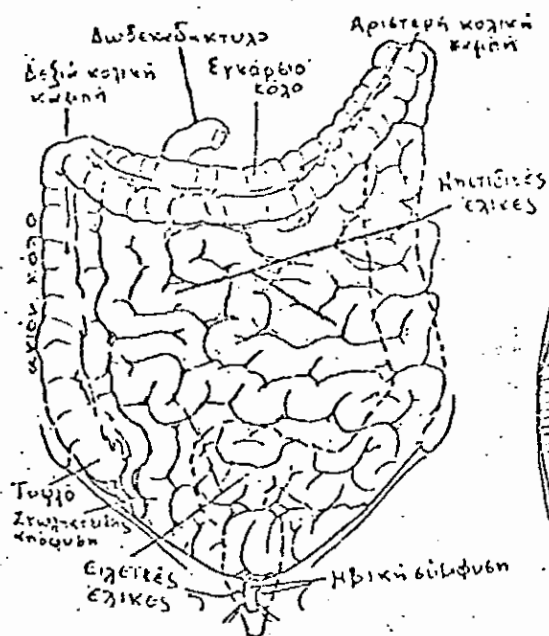




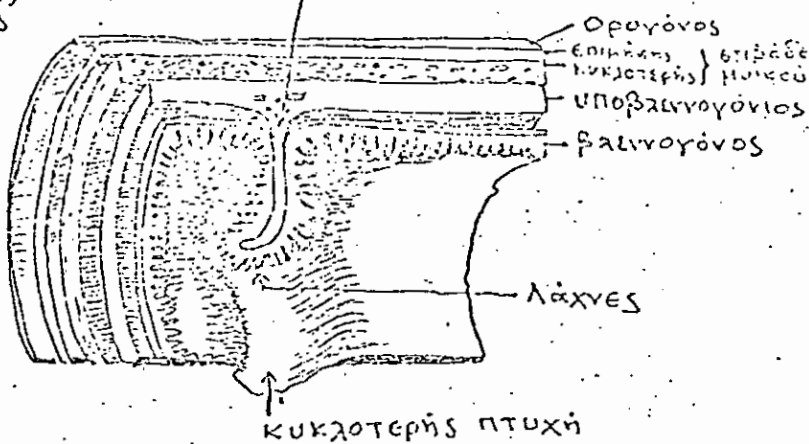
ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΒΑΙΚΟΔΟΥΣ ΕΙΣΤΕΡΟΥ



ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.



Ο υποβλαστρογόσιος μετέχει στην κατασκευή των κυκλωτέρων πτυχών.



ΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

ΤΟ ΤΟΙΧΩΜΑ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.

προέξτε ότι οι λάχνες σχηματίζονται μόνο από τον βλαστρογόσιο

Απορροφητικά κύτταρα

ψεκτροειδής επικάλυψη (μικρολάχνες)

κλαυροειδές κύτταρο (βλαστρογόσιο)

αιμοφόρα τριχοειδή αγγεία

φλεβίδιο

αρτηρίδιο

Χυλοφόρο τριχοειδές (προέξτε ότι αρχίζει τυφλά από την κορυφή της λάχνης)

Εντερικός αδένας

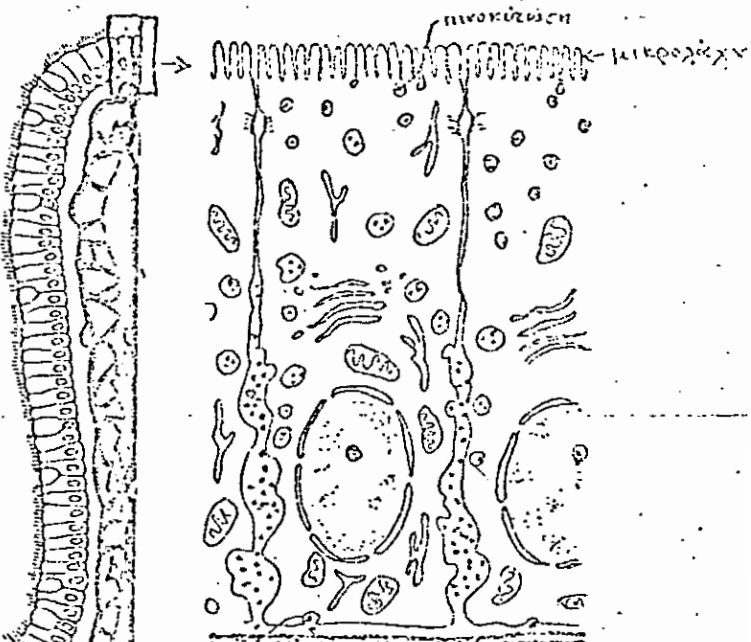
κρίστη του Lieberkühn

αρτηρία

φλέβα

λεμφαγγείο

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΛΑΧΝΗΣ



Τριχοειδές αγγείο
ΕΝΑ ΑΠΟΡΡΟΦΗΤΙΚΟ ΚΥΤΤΑΡΟ
ΒΕΒΛΕΠΕΙ ΠΡΟΣ ΤΟ ΟΠΟΙΟΝ ΕΝΑ
ΤΡΙΧΟΕΙΔΕΣ ΑΓΓΕΙΟ.

ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το πρωτογενές έντερο ή πεπτικό σύστημα σχηματίζεται κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας.

Για περιγραφικούς λόγους ο πρωτογενής πεπτικός σωλήνας διαιρείται σε τρία μέρη: το πρόσθιο έντερο, το μέσο έντερο και το οπίσθιο έντερο.

ΤΟ ΠΡΟΣΘΙΟ ΕΝΤΕΡΟ

Ο οισοφάγος: Αρχικά ο οισοφάγος είναι πολύ κοντός αλλά γρήγορα φτάνει το τελικό του σχατικό μήκος.

Ο λείος μυϊκός ιστός το οισοφάγου αναπτύσσεται από το σπλαχνικό μεσέγχυμα που είναι γύρω από τον οισοφάγο.

Το στομάχι. Το στομάχι πρώτα φαίνεται σαν μια ατρακτοειδής διεύρυνση του πρόσθιου εντέρου· αυτή η καταβολή γρήγορα μεγαλώνει και φαρδαίνει προσθιοπίσθια.

Το δωδεκαδάκτυλο. Το δωδεκαδάκτυλο σχηματίζεται από το ουραίο τμήμα του πρόσθιου εντέρου και το κεφαλικό τμήμα του μεσαίου εντέρου.

ΤΟ ΜΕΣΟ ΕΝΤΕΡΟ

ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Στην αρχή το μέσο έντερο επικοινωνεί ευρύτατα με το λεκιθικό ασκό, αλλά αυτή η ένωση σε λίγο χρονικό διάστημα ελλαπτώνεται σε ένα στενό λεκιθικό μίσχο ή λεκιθικό λόρο.

ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΗΛΗΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Καθώς το μέσο έντερο επιμηκύνεται, σχηματίζεται μια κοιλιακή αγκύλη που έχει σχήμα U και που προβάλλει μέσα στον ομφάλιο λώρο.

Αυτός ο σχηματισμός της κήλης είναι μια κανονική μετανάστευση του μέσου εντέρου στο έξω σπλαχνικό κοίλωμα που γίνεται γιατί δεν υπάρχει αρκετός χώρος μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η έλλειψη του χώρου οφείλεται πρωταρχικά κυρίως στο μεγάλο μέγεθος που έχουν το συκώτι και τα νεφρά. Μέσα στον ομφάλιο λώρο, η αγκύλη του μέσου εντέρου περιστρέφεται αντιωρολογικά, καθώς βλέπουμε από την κοιλιακή πλευρά το έμβρυο, γύρω από την κοιλιακή πλευρά το έμβρυο, γύρω από τον άξονα της πάνω μεσεντερικής αρτηρίας. Αυτό φέρνει το κεντρικό σκέλος της αγκύλης του μέσου εντέρου προς τα δεξιά και το περιφερικό σκέλος προς τα αριστερά.

Επάνοδος του μέσου εντέρου

Κατά τη δέκατη εβδομάδα, τα έντερα γυρνούν γρήγορα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και αυτό λέγεται ελλάττωση της κήλης του μέσου εντέρου. Καθώς τα έντερα επιστρέφουν από τον ομφάλιο λώρο περιστρέφονται ακόμα περισσότερο.

Η ελλάττωση στο σχετικό μέγεθος του συκωτιού και των νεφρών και το μεγάλωμα της περιτοναϊκής κοιλότητας είναι οι πλέον πιθανοί σοβαροί παράγοντες που σχετίζονται με την επάνοδο των εντέρων στην κοιλιακή κοιλότητα.

Μονιμοποίηση του μέσου εντέρου

Επιμήκυνση του κεντρικού τμήματος του κόλου δίνει σχηματισμό στην ηπατική καμπή και στο ανερχόμενο κόλου.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση να κατεβαίνουν από το πάνω στο κάτω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλιακής κοιλότητας. Καθώς τα έντερα παίρνουν την τελευταία θέση τους, τα μεσεντέρια πιέζονται στο οπίσθιο τοίχωμα της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Το μεσεντέριο του ανερχόμενου κόλου σταδιακά εξαφανίζεται.

Τα άλλα παράγωγα της αγκύλης του μέσου εντέρου διατηρούν τα μεσεντέριά τους.

Το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση

Οι καταβολές για το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση είναι το εκκόλπωμα του τυφλού που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της 5ης εβδομάδας. Αυτός ο κωνοειδής θύλακας, εμφανίζεται στο ουραίο άκρο της αγκύλης του μέσου εντέρου.

Το περιφερικό άκρο της ή η κορυφή απο το τυφλό σάκκο δεν μεγαλώνει τόσο γρήγορα και έτσι σχηματίζεται η σκωληκοειδής απόφυση. Στην γέννηση είναι ένας μακρύς τυφλός σωλήνας σχατικά μεγαλύτερος απο ότι είναι στον ενήλικα.

ΤΟ ΟΠΙΣΘΙΟ ΕΝΤΕΡΟ

Το οπίσθιο έντερο εκτείνεται απο το μέσο έντερο μέχρι την αμαρική μεμβράνη. Αυτή η μεμβράνη αποτελείται απο το ενδόδερμα της αμάρας και το εξώδερμα του αρχέγονου πρωκτού ή πρωκτικού εντυπώματος.

Το επεκτεινόμενο τελικό τμήμα του οπίσθιου εντέρου ή αμάρα δέχεται κοιλιακά την αλλαντοΐδα.

Η αμάρα διαιρείται με ένα μετωπικό μεσεγχυματικό διάφραγμα το ουροθρικό διάφραγμα που βρίσκεται στη γωνία ανάμεσα στην αλλαντοΐδα και στο οπίσθιο έντερο.

Καθώς αυτό το διάφραγμα μεγαλώνει προς την αμαρική μεμβράνη πτυχές σχηματίζονται απο τα πλάγια τοιχώματα της αμάρας. Αυτές οι πτυχές προχωρούν η μια προς την άλλη και ενώνονται διαιρώντας την αμάρα σε δυο μέρη: 1) ραχιακά το ορθό και το πάνω πρωκτικό σωλήνα και 2) κοιλιακά τον ουρογεννητικό κόλπο.

Στο τέλος της έκτης εβδομάδας, το ουροθρικό διάφραγμα έχει συνενωθεί με τη μεμβράνη της αμάρας διαιρώντας την έτσι σε μια ραχιακή πρωκτική μεμβράνη και σε μια μεγαλύτερη κοιλιακή ουρογεννητική μεμβράνη. Αυτές οι μεμβράνες σπάζουν στο τέλος της 7ης βδομάδας και έτσι δημιουργείται ο πρωκτικός σωλήνας.

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Πυλωρική στένωση. Ο αυλός του πυλωρού είναι πολύ περιορισμένος κύρια γιατί η μυική στιβάδα του σφιγκτήρα είναι υπερτροφική. Αυτή η συνηθισμένη ανωμαλία εμφανίζεται σε 1 περίπου στις 200 γεννήσεις αρσενικών νεογνών και 1 σε 1000 γεννήσεις θηλυκών νεογνών. Η αιτιολογία αυτής της κατάστασης είναι άγνωστη.

Ανωμαλίες των εντέρων

Ομφαλοκήλη ή εξόμφαλος

Αυτή η κατάσταση εμφανίζεται περίπου μια φορά στις 6.600 γεννήσεις και είναι αποτέλεσμα από την έλλειψη επανόδου των εντέρων στην περιτοναϊκή κοιλότητα που γίνεται στο τέλος του πρώτου σταδίου της περιστροφής της αγκύλης του μέσου εντέρου. Η κήλη μπορεί να αποτελείται από μια απλή εντερική έλικα ή μπορεί να περιέχει το μεγαλύτερο μέρος από τα έντερα και ακόμα μπορεί να περιλαμβάνει συκώτι, σπλήνα και πάγκρεας. Το σκέπασμα του σάκκου της κήλης είναι το αμνίο του ομφάλιου λώρου.

Μη περιστροφή. Αυτή η σχετικά συνήθης περίπτωση, που καλείται πολλές φορές αρισιερότατο κόλου, είναι συνήθως ασυμπτωματική αλλά η περιστροφή των εντέρων μπορεί να γίνει.

Στη μη στροφή η αγκύλη του μέσου εντέρου δεν τελειώνει στις πρώτες 180° της περιστροφής.

Ετσι το λεπτό έντερο βρίσκεται στη δεξιά μεριά της περιτοναϊκής κοιλότητας και ολόκληρο το παχύ έντερο στα αριστερά.

Μικτή στροφή και περιστροφή.

Το τυφλό βρίσκεται κάτω απο το πυλωρό και είναι προσκολλημένο στο οπισθιοπεριτοναϊκό τοίχωμα με περιτοναϊκές συνδέσεις που παίρνουν πάνω απο το δωδεκαδάκτυλο.

Αυτές οι συνδέσεις και συχνή παρουσία μιας περιστροφής των εντέρων, συνήθως προκαλούν δωδεκαδακτυλική απόφραξη.

Αυτός ο τύπος της κακής περιστροφής, είναι αποτέλεσμα απο αδυναμία της αγκύλης του μέσου εντέρου να τελειώσει την περιστροφή του.

Αντίθετη περιστροφή. Πολύ σπάνια, τα έντερα περιστρέφονται με ωρολογιακή παρά με αντιωρολογιακή κατεύθυνση και σ'αυτή την περίπτωση το δωδεκαδάκτυλο βρίσκεται μπροστά απο το εγκάρσιο κόλου. Σαν αποτέλεσμα αυτού, το εγκάρσιο κόλο μπορεί να αποφραχθεί.

Υποηπατικό τυφλό

Αδυναμία να επιμηκυνθεί το κεντρικό μέρος του κόλου γίνεται περίπου σε 6% των εμβρύων και έχει σαν αποτέλεσμα το τυφλό και η σκληροειδής απόφυση στον ώριμο οργανισμό να βρίσκονται αμέσως κάτω απο το συκώτι.

Κινητό τυφλό

Περίπου σε 10% των ανθρώπων, βρίσκεται αυτή η ανωμαλία που είναι αποτέλεσμα απο μη πλήρη προσκόλληση του ανερχόμενου κόλου. Αυτό είναι σημαντικό να είναι γνωστό γιατί υπάρχει ποικιλία στις θέσεις που μπορεί να έχει η σκληροειδής απόφυση και επειδή μπορεί να συμβεί συστροφή του τυφλού.

Παραδωδεκαδακτυλική ή εσωτερική κήλη

Κατά τη διάρκεια της επανόδου του μέσου εντέρου στην περιτοναϊκή κοιλότητα το λεπτό έντερο περνάει στο μεσεντέριο της αγκύλης του μέσου εντέρου σχηματίζοντας έτσι ένα σάκκο που μοιάζει με κήλη. Αυτή η μη συνηθισμένη κατάσταση πολύ σπάνια προκαλεί συμπτώματα.

Περιστροφή του μέσου εντέρου

Επειδή τα μεσεντέρια δεν υφίστανται προσκόλληση του κανονικού τύπου, περιστροφή των εντέρων πολύ συχνά γίνεται με κακή στροφή της αγκύλης του μέσου εντέρου.

Το λεπτό έντερο κρεμιέται απο ένα πολύ στενό μίσχο που σχηματίζεται απο τα πάνω μεσεντερικά αγγεία, και τις πιο πολλές φορές περιστρέφεται γύρω απο αυτό το μίσχο και προκαλεί δωδεκαδακτυλική απόφραξη.

Εντερική στένωση και ατρησία

Στένωση και ολική απόφραξη ή ατρησία του εντερικού αυλού βρίσκεται πολύ συχνά στο δωδεκαδάκτυλο και στον ειλεό. Ελλάττωμα στο επαρκή σχηματισμό κοιλοτήτων που σχηματίζονται κατά την κανονική εντερική αυλοποίηση αφήνει ένα εγκάρσιο διάφραγμα και αυτή η κατάσταση ονομάζεται διαφραγματική ατρησία.

Όταν δεν σχηματίζεται αρκετός αριθμός κοιλοτήτων κατά την αυλοποίηση, ή διάτρηση του εγκάρσιου διαφράγματος τότε επίσης μπορεί να προκύψει στένωση.

Εγκόλπωμα του MECKEL και άλλα υπολλείμματα του λεικιθικού ασκού

Το εγκόλπωμα του MECKEL που είναι στον ειλεό είναι μια απο τις συχνές ανωμαλίες του εντερικού σωλήνα και έχει κλινική σημασία γιατί πολλές φορές μπορεί να ερεθιστεί και να προκαλέσει συμπτώματα που να υπενθυμίζουν σκωληκοειδίτιδα.

Το τοίχωμα του εγκολώματος έχει όλα τα στρώματα του ειλεού και μπορεί ακόμα να περιέχει γαστρικό και παγκρεατικό ιστό. Ο γαστρικός βλεννογόνος πολύ συχνά εκκρίνει υδροχλωρικό οξύ και συχνά προκαλεί έλκη.

Το εγκόλωμα του MECKEL παρατηρείται σε 2-4% των ανθρώπων και είναι υπόλλειμμα του λεκιθικού μίσχου. Τυπικά παρουσιάζεται σαν ένας θύλακας που μοιάζει σαν δάκτυλο 3-6 πόντους μακρύ.

Αδιάτρητος πρωκτός και σχετικές μ' αυτή συγγενείς ανωμαλίες

Κάποια μορφή αδιάτρητου πρωκτού συναντιέται μια φορά περίπου σε 5.000 γεννήσεις.

Οι περισσότερες ορθοπρωκτικές ανωμαλίες είναι αποτέλεσμα απο- ανώμαλη ανάπτυξη του ουροορθικού διαφράγματος που έχει σαν απο- τέλεσμα τη μερική διαίρεση της αμάρας σε ουρογεννητικό και ορθο- πρωκτικό τμήμα.

Άγενεσία του πρωκτού με ή χωρίς συρίγγιο

Άγενεσία του πρωκτού με συρίγγιο, είναι αποτέλεσμα απο μη πλήρη χωρισμό της αμάρας απο το ουροορθικό διάφραγμα.

Στένωση του πρωκτού

Ο πρωκτός είναι στην κανονική του θέση, αλλά ο πρωκτικός σωλήνας είναι πολύ στενός.

Αυτή η ανωμαλία κατά πάσα πιθανότητα είναι αποτέλεσμα απο μια ελαφρά ραχιαία παραλλαγή του ουροορθικού διαφράγματος καθώς μεγαλώνει η ουραία για να ενωθεί με την αμαρική μεμβράνη.

Μεμβρανική ατρησία του πρωκτού

Ο πρωκτός είναι στην κανονική θέση αλλά ένα λεπτό στρώμα απο ιστό ξεχωρίζει τον πρωκτικό σωλήνα απο το εξωτερικό. Αυτή η σπάνια περίπτωση είναι αποτέλεσμα απο αδυναμία να διατηρηθεί η πρωκτική μεμβράνη στο τέλος της έβδομης εβδομάδας.

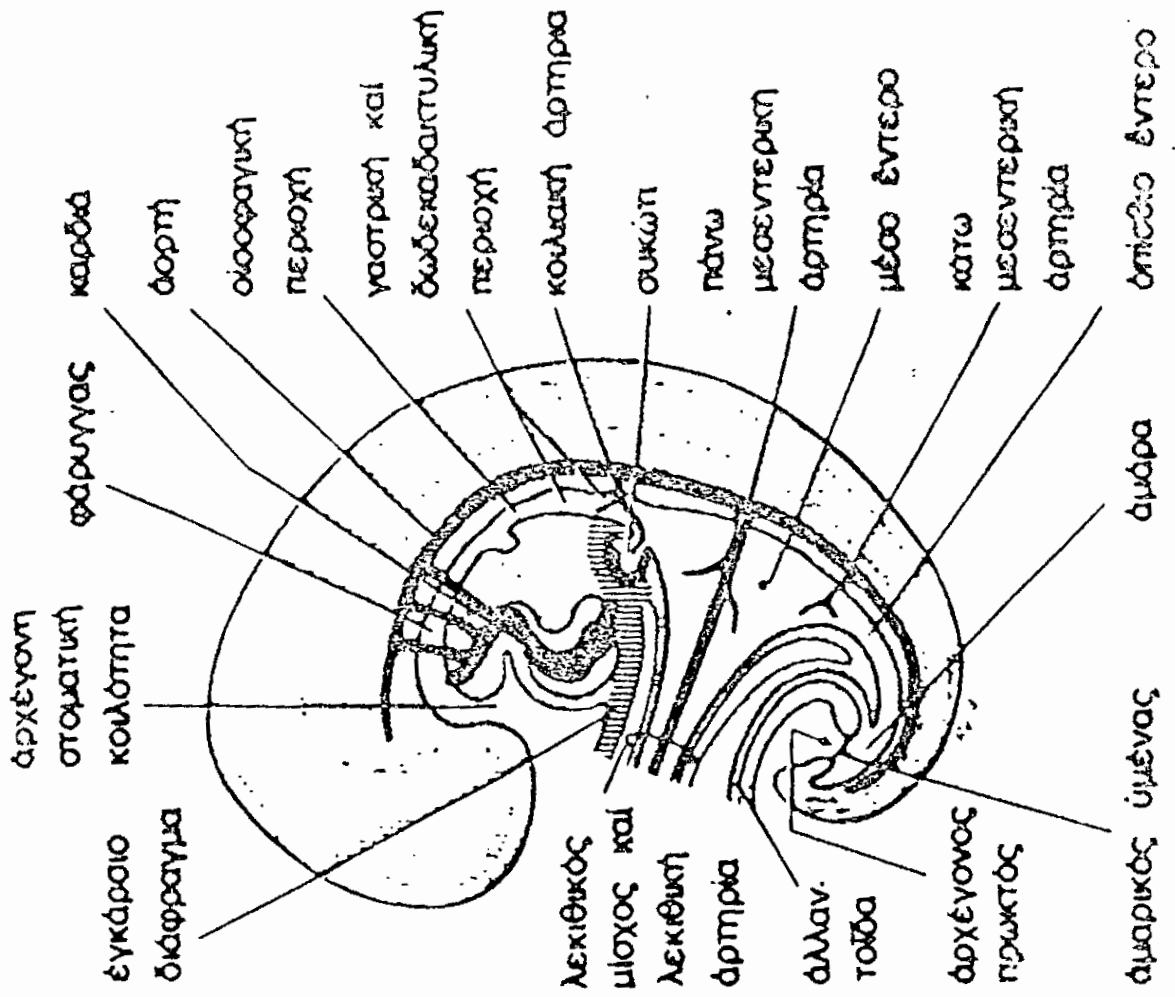
Ατρησία του ορθού

Τόσο ο πρωκτικός σωλήνας όσο και το ορθό υπάρχουν, αλλά ξεχωρίζονται απο ένα άτρητο τμήμα του ορθού.

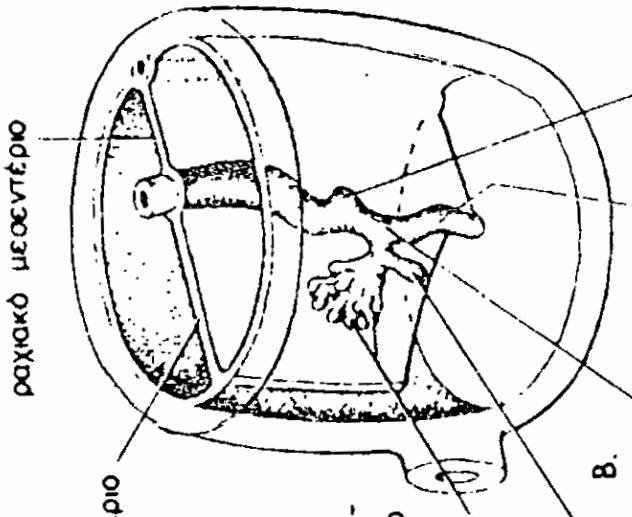
Η αιτία γι αυτήν την ανωμαλία μπορεί να είναι ανώμαλη αυλοποίηση ή ελλαττωματική αιμάτωση.

Ορθοπρωκτική αγενεσία με ή χωρίς συρίγγιο.

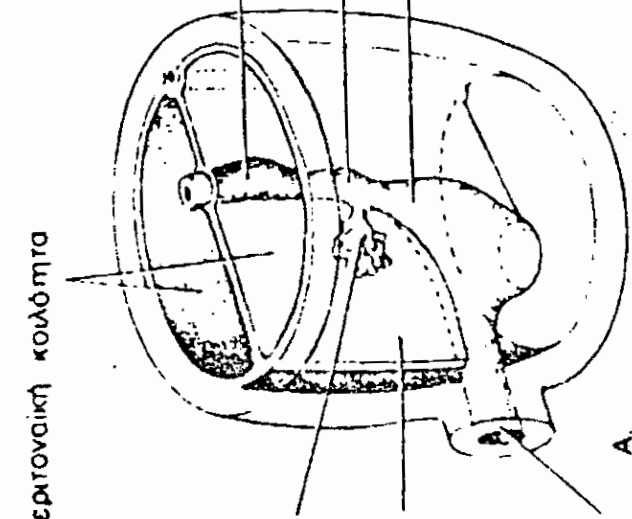
Το ορθό τελειώνει πολύ πιο ψηλά απο τον πρωκτικό σωλήνα και αυτή είναι η πιο συχνή εμφάνιση ορθοπρωκτικής ανωμαλίας. Αν και το ορθό μπορεί να τελειώνει τυφλά τις πιο πολλές φορές υπάρχει ένα συρίγγιο στην ουρήθρα στους άνδρες ή στον κόλπο στις γυναίκες.



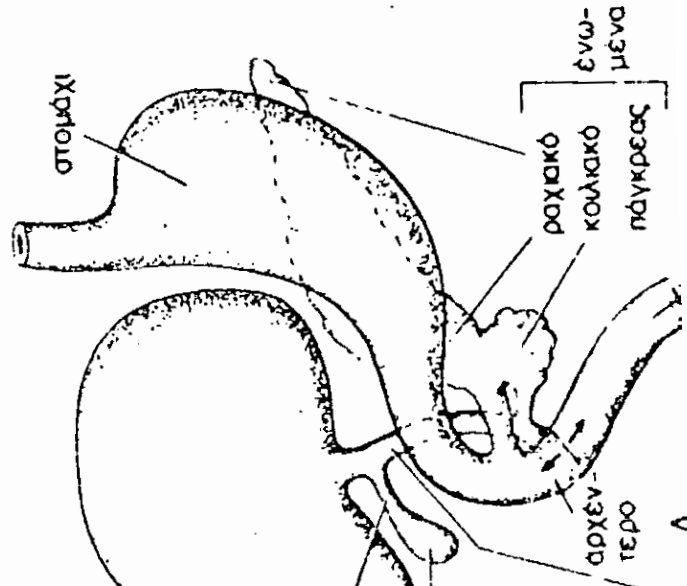
Σχηματική παράσταση από μέση όβελια τομή ενός έμβριου 4 βδομάδων που δείχνει το πρωτογενές έντερο ή πρωτογενές πεπτικό σύστημα και την αιμάτωση του.



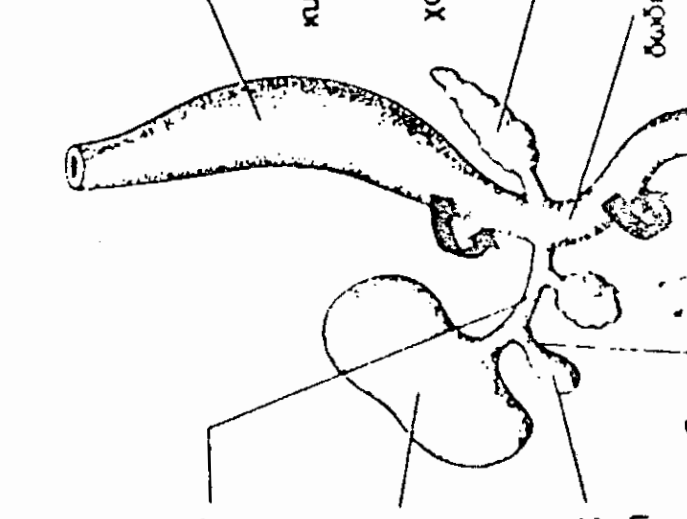
ραχιακό μεσεντέριο
 ραχιακό μεσεντέριο
 αρχέντερο μέσο έντερο
 ραχιακό μεσεντέριο
 μέσο έντερο
 ραχιακό μεσεντέριο



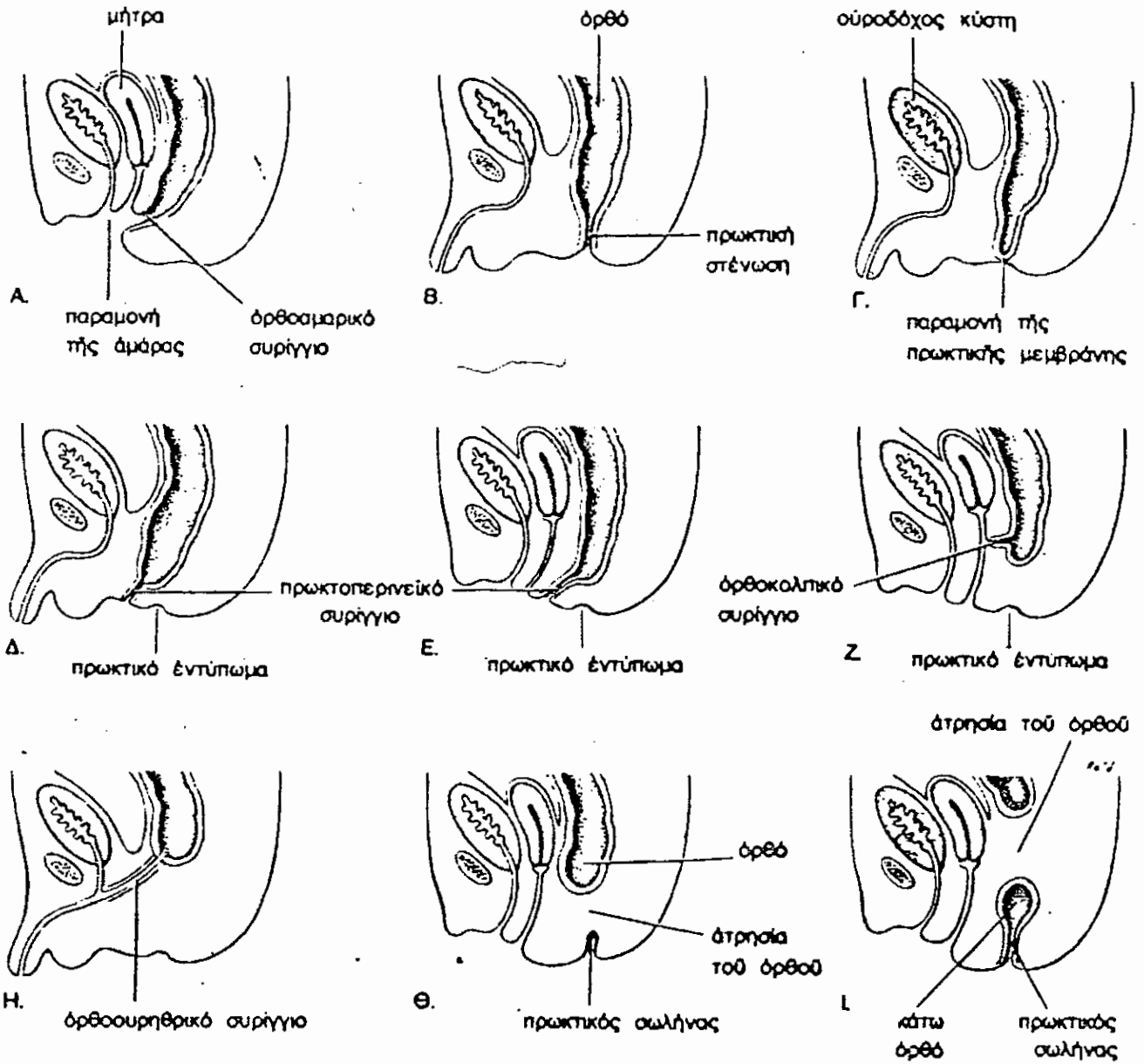
περιτοναϊκή κοιλότητα
 ήπατικό εκκόλλημα
 κοιλιακό μεσεντέριο (τιμήμα από το εγκάρσιο διάφραγμα)
 λεκτιβικός πόρος
 αρχέντερο μέσο έντερο
 ραχιακό μεσεντέριο
 μέσο έντερο
 ραχιακό μεσεντέριο



στομάχι
 αρχέντερο
 ραχιακό κοιλιακό πάγκρεας
 ένω-μένα

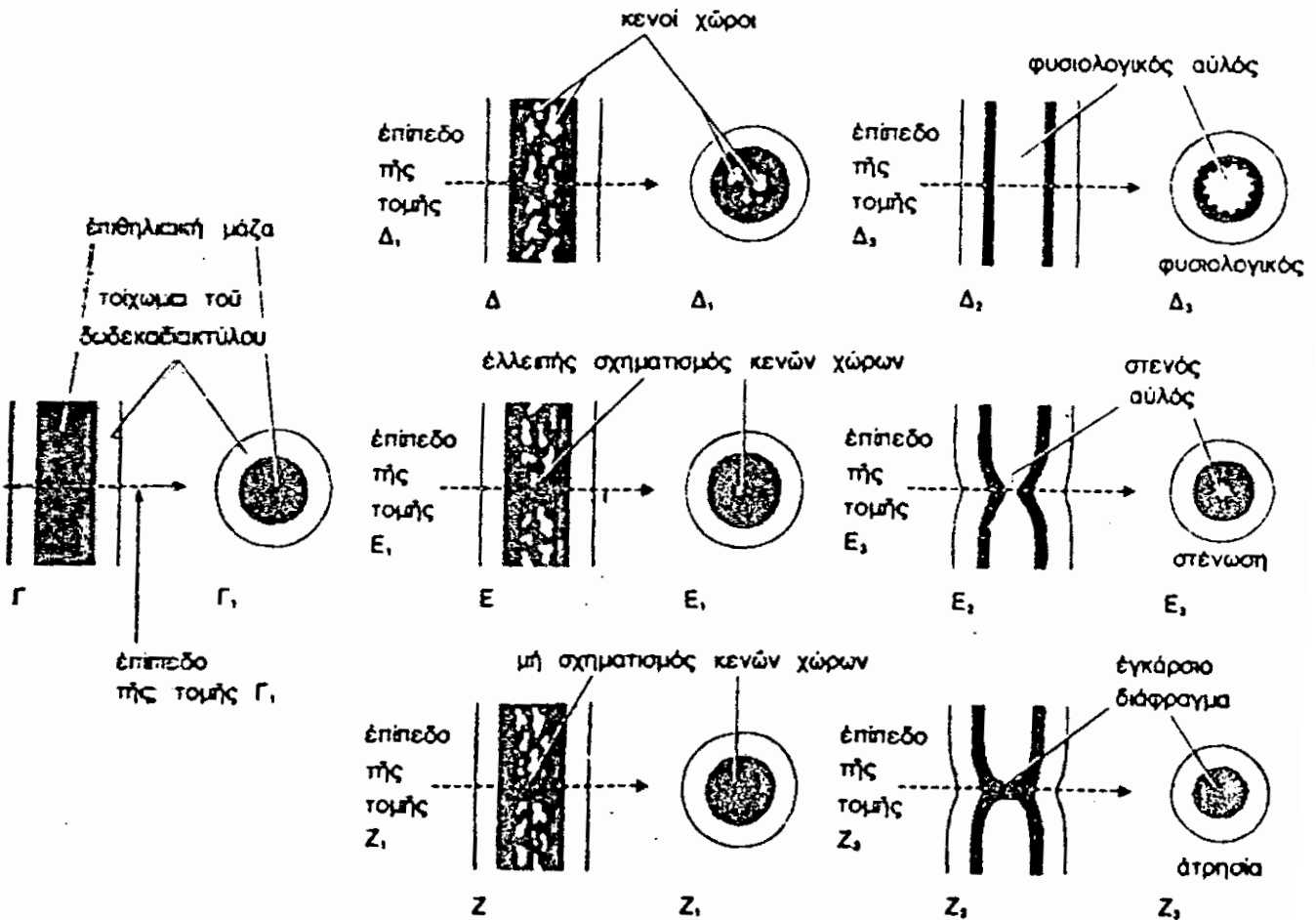
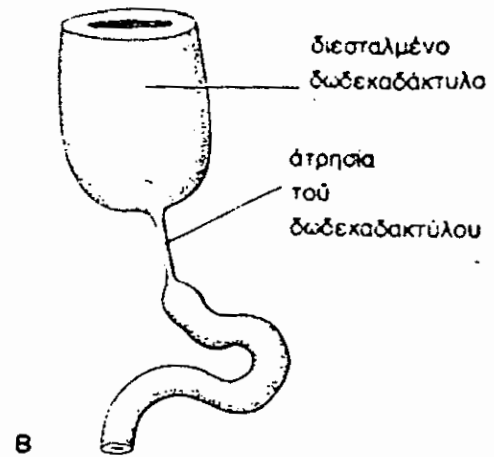
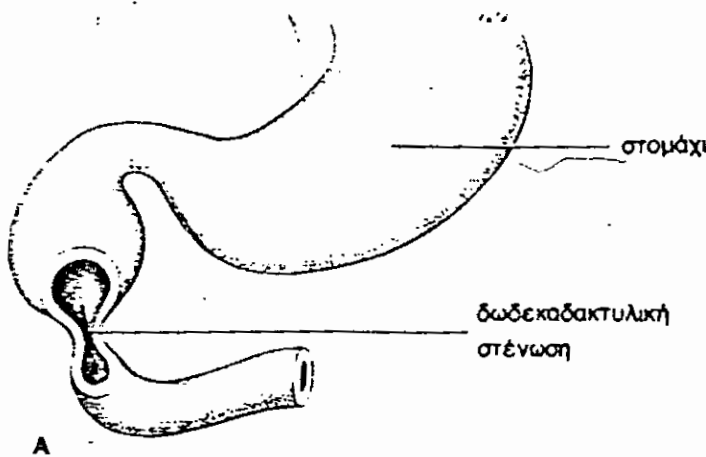


στομάχι
 κυστικός πόρος
 χοληδόχος κύστη
 ραχιακό πάγκρεας
 δωδεκαδακτυλική άγκυλη
 κοινός χοληδόχος πόρος
 σπικώτι
 χοληδόχος κύστη



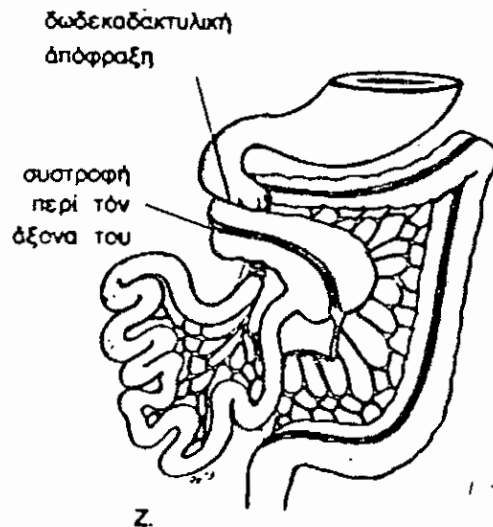
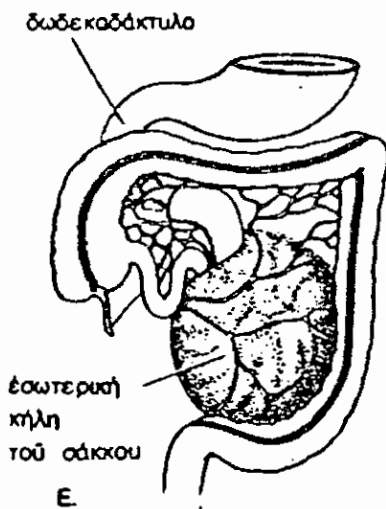
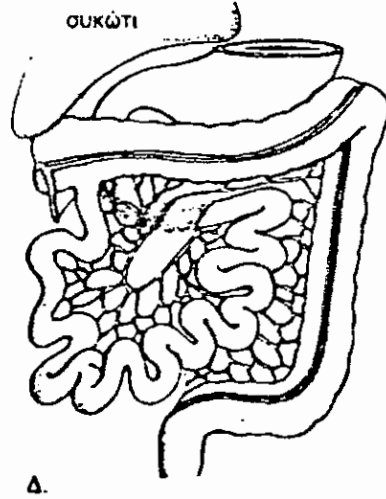
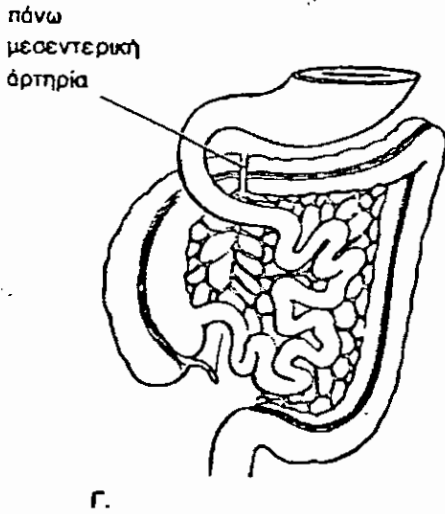
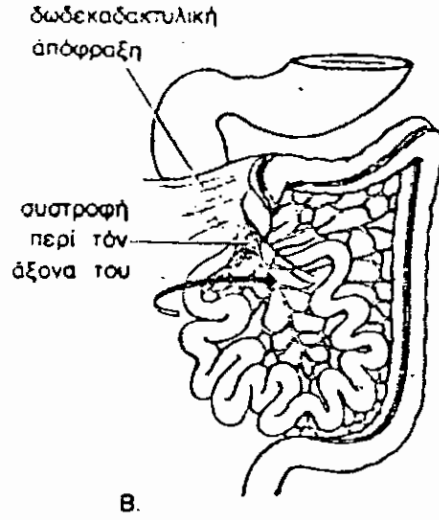
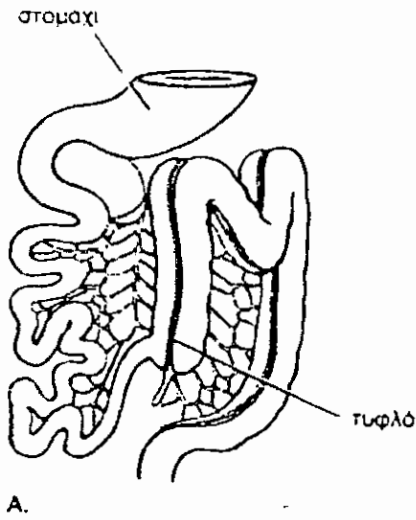
Σχηματικές παραστάσεις που δείχνουν διάφορες όρθοπρωκτικές ανωμαλίες. Α. Άμαρα που παρέμεινε και παρατηρήστε την κοινή έκβολή που έχει τό έντερο, τό ούροποιητικό και τό γεννητικό σύστημα. Αύτή ή πολύ σπάνια περίπτωση παρουσιάζεται συνήθως στα κορίτσια. Β. Πρωκτική στένωση. Γ. Ύμενώδης άτρησία (καλυμμένος πρωκτός). Δ και Ε. Πρωκτική άγενεσία με σφίγγιο. Ζ. Όρθοπρωκτική άγενεσία με όρθοκολπικό σφίγγιο. Η. Όρθοπρωκτική άγενεσία με όρθοσφαιρικό σφίγγιο. Ζ και Η. Η ανωμαλία αυτή ονομάζεται μερικές φορές παραμένουσα άμαρα. Θ και Ι. Όρθική άτρησία.

ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

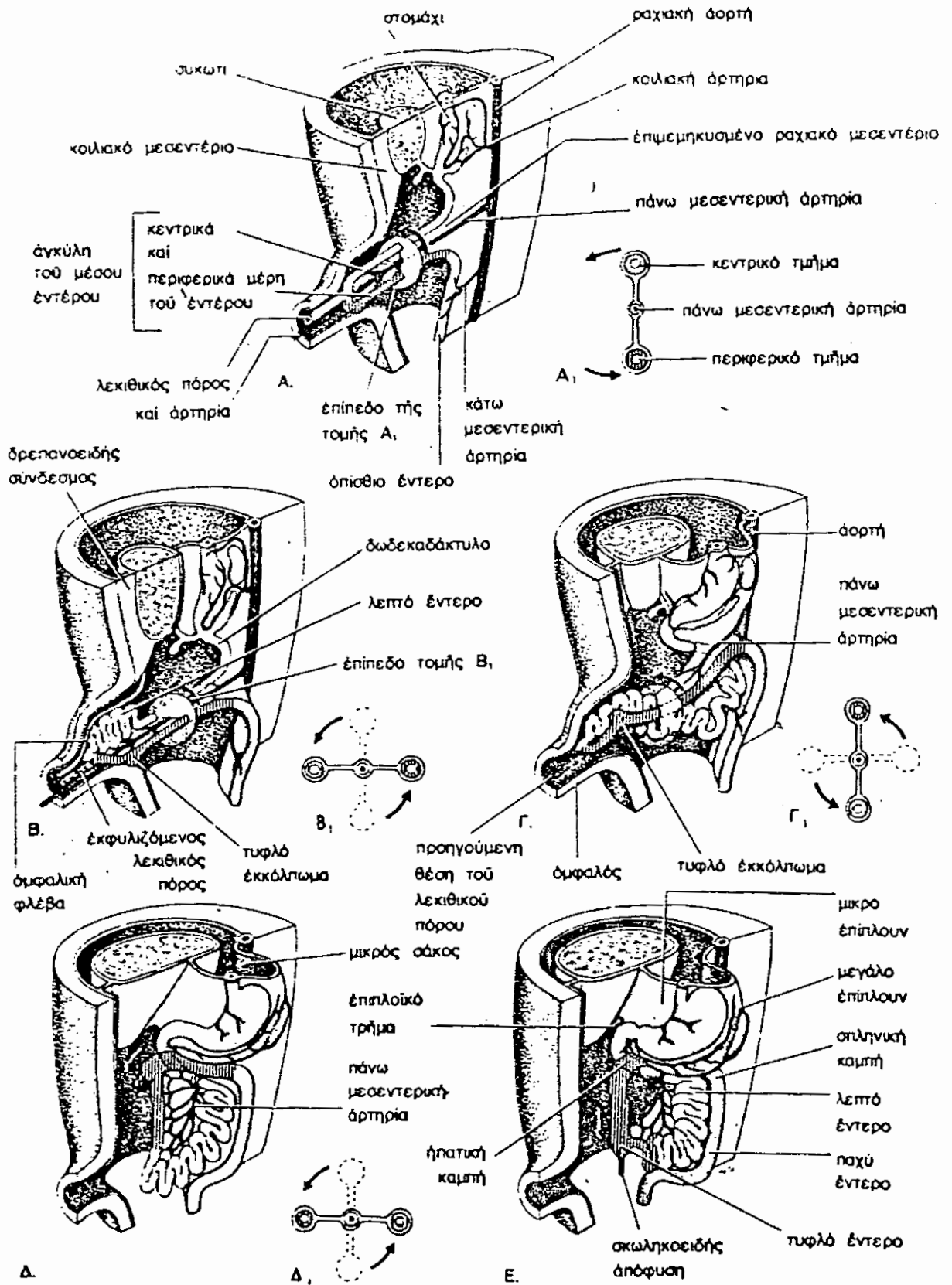


Σχηματικές παραστάσεις που δείχνουν τούς 2 συνηθισμένους τύπους τής συγγενούς έντερικης απόφραξης. Α. Δωδεκαδακτυλική στένωση. Β. Δωδεκαδακτυλική άτρησία. Γ μέχρι Ζ. Διαγραμματικές επιμήκεις και εγκάρσιες τομές του δωδεκαδακτύλου που δείχνουν (1) τό φυσιολογικό σχηματισμό κοιλότητας (Δ μέχρι Δ₃), (2) στένωση (Ε μέχρι Ε₃) και (3) άτρησία (Ζ μέχρι Ζ₃).

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



Σχηματικές παραστάσεις πού δείχνουν ποικίλλες άνωμαλίες από τη στρόφη τού μέσου έντέρου. Α. Δέν έγινε στρόφη. Β. Μικτή περιστροφή και συστρόφη περί τόν άξονά του. Γ. Αντίθετη περιστροφή. Δ. Υποηπατικό τυφλό. Ε. Παραδωδεκαδακτυλική κήλη. Ζ. Συστροφή τού μέσου έντέρου περί τόν άξονά του.



Σχηματικές παραστάσεις που δείχνουν τη περιστροφή του μέσου έντερου καθώς φαίνεται από τα άριστερά. Α. Γύρω στο τέλος της 5ης βδομάδας φαίνεται ότι μέρος της αγκύλης του μέσου έντερου είναι μέσα σπών ομφαλίου λώρου. Παρατηρήστε το μακρύ διαίτιο ραχιακό μεσεντέριο που περιέχει την πάνω μεσεντερική αρτηρία. Α₁. Εγκάρσια τομή της αγκύλης του μέσου έντερου που δείχνει την αρχική σχέση των τμημάτων του μέσου έντερου και της αρτηρίας. Β. Επόμενο στάδιο που δείχνει την αρχή της περιστροφής του μέσου έντερου. Β₁. Δείχνει την κατά 90° αντικωρολογιακή στροφή που μεταφέρει το κεντρικό τμήμα προς τα δεξιά. Γ. Περίπου 10 βδομάδες όπου δείχνεται η επιστροφή των εντέρων στη κοιλιά. Γ₁. Δείχνει μία επί πλέον στροφή 90°. Δ. Λίγο αργότερα κατά την επιστροφή των εντέρων στη κοιλιά. Δ₁. Δείχνει ότι έχει γίνει μία ακόμα στροφή 90° του έντερου κάνοντας έτσι συνολικά στροφή 270°. Ε. Τελευταία φάση της όμοιης έμβρυϊκής περιόδου μετά τη κάθοδο του τυφλού στη κανονική θέση και τη σταθεροποίηση του έντερου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α Π Ε Π Τ Ι Κ Ο Υ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι κινήσεις του λεπτού εντέρου, όπως και άλλων τμημάτων του γαστρεντερικού σωλήνα μπορούν να διαιρεθούν σε συστολές ανάμιξης (αναμικτικές) σε συστολές προώθησης (προωθητικές).

Ωστόσο ο διαχωρισμός αυτός είναι σε μεγάλο βαθμό τεχνητός, γιατί όλες ουσιαστικά οι κινήσεις του λεπτού εντέρου προκαλούν το λιγότερο κάποιου βαθμού ταυτόχρονη ανάμιξη και προώθηση.

ΣΥΣΤΟΛΕΣ ΑΝΑΜΙΞΗΣ (ΤΜΗΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΟΛΕΣ)

Η διάταση ενός τμήματος του λεπτού εντέρου από χυμό προκαλεί την έκκλιση τοπικών ομόκεντρων δακτυλιοειδών συστολών που παρουσιάζονται σε διάφορες καταστάσεις κατά μήκος του εντέρου. Αυτές οι ρυθμικές συστολές εμφανίζονται στο δωδεκαδάκτυλο με ρυθμό 11-12 στο λεπτό και στα κατώτερα τμήματα με προοδευτικά βραδύτερα, ως τις 7 ανά πλεπτό στο τελικό τμήμα του ειλεού.

Οι συστολές αυτές προκαλούν 'κατάτμηση' του λεπτού εντέρου, διαχωρίζοντάς το σε τμήματα ανα κανονικές αποστάσεις, που του δίνουν τη μορφή αρμαθιάς από λουκάνικα.

Καθώς χαλαρώνει η μια ομάδα συστολών αρχίζει μια νέα, αυτή τη φορά όμως σε καινούργια σημεία μεταξύ των θέσεων των προηγούμενων συστολών. Έτσι οι τμηματικές συστολές 'κομματιάζουν' το χυμό πολλές φορές κάθε λεπτό, διευκολύνοντας, μ' αυτόν τον τρόπο, την ανάμιξη των στερεών συστατικών της τροφής με τις εκκρίσεις του λεπτού εντέρου.

ΠΡΟΩΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

Ο χυμός προωθείται στο λεπτό έντερο με τα περισταλτικά κύματα. Τα κύματα αυτά μπορούν να παρατηρηθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του λεπτού εντέρου και κινούνται με κατεύθυνση προς το δακτύλιο

του λεπτού εντέρου και κινούνται με κατεύθυνση προς το δακτύλιο με ταχύτητα που κυμαίνεται απο 0,5-2 εκ το δευτερόλεπτο και είναι μεγαλύτερη στα κεντρικότερα και πολύ μικρότερη στα τελικά τμήματα του εντέρου. Φυσιολογικά πάντως, είναι πολύ ασθενή, και συνήθως εξαφανίζονται αφού διανύσουν λίγα μόνο εκατοστόμετρα και έτσι η κίνηση του χυμού είναι βραδεία. Σαν αποτέλεσμα η τελική ταχύτητα κίνησης του χυμού κατά μήκος του λεπτού εντέρου είναι κατά μέσο όρο 1εκ./λεπτό. Αυτό σημαίνει ότι φυσιολογικά, για την προώθηση του χυμού απο τον πυλωρό ως την ειλεοτυφλική βαλβίδα απαιτούνται 3-5 ώρες.

Η περισταλτική δραστηριότητα του λεπτού εντέρου αυξάνει πολύ μετά τα γεύματα. Αυτό οφείλεται αφ' ενός μεν στην είσοδο χυμού στο δωδεκαδάκτυλο, αφ' ετέρου δε στο λεγόμενο γαστρεντερικό αντανικλαστικό, το οποίο πυροδοτείται απο τη διάταση του στομάχου και άγεται κυρίως με το μυεντερικό πλέγμα απο το στομάχι προς το τοίχωμα του λεπτού εντέρου. Το αντανικλαστικό αυτό αυξάνει τη συστολική διεγερσιμότητα-κινητική και εκκριτική-του λεπτού εντέρου.

Το αντανικλαστικό περισταλτισμού. Η συνηθέστερη αιτία περισταλτισμού του λεπτού εντέρου διεγείρει υποδοχείς του τοιχώματός του οι οποίοι εκλύουν ένα τοπικό μυεντερικό αντανικλαστικό που αρχίζει με συστολή της επιμήκους μυικής στιβάδας, σε μήκος αρκετών εκατοστομέτρων, η οποία ακολουθείται απο συστολή της κυκλοτερούς μυικής στιβάδας.

Ταυτόχρονα οι συσταλτικές διεργασίες εξαπλώνονται με κατεύθυνση προς τα κάτω, με τη διαδικασία του περισταλτισμού.

Η μετατόπιση του περισταλτικού κύματος κατά μήκος του εντέρου ελέγχεται απο ένα μυεντερικό πλέγμα και δεν παρατηρείται όταν

το πλέγμα έχει αποκλειστεί με φάρμακα ή ίταν έχει εκφυλιστεί.

Η πολύ έντονη διέγερση του εντερικού βλεννογόνου, που συμβαίνει σε μερικές φλεγμονώδεις εξεργασίες είναι δυνατό να προκαλέσει το λεγόμενο βίαιο περισταλτισμό, δηλαδή ένα ισχυρό περισταλτικό κύμα που μέσα σε λίγα λεπτά διανύει μεγάλες αποστάσεις στο έντερο. Τα κύματα αυτά μπορούν να παρασύρουν το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου εξωθώντας τα προς το παχύ και μ' αυτόν τον τρόπο, να το απαλλάξουν από τις ερεθιστικές ουσίες ή από την υπερβολική διάταση.

Η λειτουργία των περισταλτικών κινήσεων του λεπτού εντέρου δεν περιορίζεται μόνο στην προώθηση του χυμού προς την ειλεοτυφλοϊκή βαλβίδα αλλά και στην διασπορά του κατά μήκος του εντερικού βλεννογόνου.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΕΙΛΕΟΤΥΦΛΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Κύρια λειτουργία της ειλεοτυφλικής βαλβίδας είναι η παρεμπόδιση της παλινδρόμησης του κοπρανώδους υλικού από το παχύ στο λεπτό έντερο. Τα χείλη της ειλεοτυφλικής βαλβίδας προβάλλουν μέσα στον αυλό του τυφλού και γι' αυτό το λόγο κλείνουν ερμητικά, όταν το τελευταίο γεμίσει. Συνήθως η αντλία μπορεί να αντισταθεί σε αντίθετη πίεση 50-60 εκ. νερού.

Σε έκταση αρκετών εκατοστομέτρων πριν από την ειλεοτυφλική βαλβίδα ο μυϊκός χιτώνας του ειλεού είναι πιο παχύς και ονομάζεται ειλεοτυφλικός σφιγκτήρας.

Φυσιολογικά το τμήμα αυτό διαιρείται σε μικρού βαθμού συστολή και επιβραδύνει την κένωση του περιεχόμενου του ειλεού στο τυφλό, εκτός από το χρόνο αμέσως μετά τη λήψη γεύματος, οπότε το γαστροειλεϊκό αντανακλαστικό επιτείνει τον περισταλτισμό του ειλεού.

Επίσης η ορμόνη γαστρίνη, της οποίας την έκκριση απο το γαστρικό βλεννογόνο προκαλεί η παρουσία τροφής στο στομάχι, ασκεί άμεση χαλαρωτική δράση στον ειλεοτυφλικό σφιγκτήρα , επιτρέποντας έτσι την γρήγορη κένωση του ειλεού. Παρόλα αυτά, μόνο 800 ML χυμού περνούν καθημερινά απο τον ειλεό στο τυφλό έντερο.

Η αντίσταση που προβάλλει η ειλεοτυφλική βαλβίδα, παρατείνει την παραμονή του χυμού μέσα στον ειλεό διευκολύνοντας μ' αυτό τον τρόπο την απορρόφηση.

Ελεγχος του ειλεοτυφλικού σφιγκτήρα

Ο βαθμός συστολής του ειλεοτυφλικού σφιγκτήραελέγχεται κυρίως απο ανταναικλαστικά του τυφλού.

Όταν το τυφλό διατείνεται, ο βαθμός συστολής του ειλεοτυφλικού σφιγκτήρα αυξάνεται με αποτέλεσμα μεγάλη επιβράδυνση της κένωσης του πρόσθετου χυμού απο τον ειλεό. Η παρουσία, επίσης, οποιασδήποτε ερεθιστικής ουσίας στο τυφλό, προκαλεί σύσπαση του ειλεοτυφλικού σφιγκτήρα.

Για παράδειγμα, όταν υπάρχει φλεγμονή της σκωλεικοειδούς απόφυσης, ο ερεθισμός αυτού του στοιχειώδους υπολλείμματος του τυφλού, μπορεί να προκαλέσει τόσο έντονο σπασμό του ειλεοτυφλικού σφιγκτήρα ώστε να αποκλείει τελείως την κένωση του ειλεού. Τα ανταναικλαστικά αυτά, απο το τυφλό προς τον ειλεοτυφλικό σφιγκτήρα, άγονται με το μυεντερικό πλέγμα.

Κινήσεις του παχέος εντέρου

Οι λειτουργίες του παχέος εντέρου (κόλου) είναι:

1. Η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών απο το χυμό και
2. Η εναποθήκευση του κοπρανώδους υλικού ώσπου να γίνει δυνατή η εξώθησή του. Το κεντρικό ημόριο του κόλου εκτελεί κυρίως απορρό-

ψηση και το περιφερικό εναποθήκευση' επειδή, γι' αυτές τις λειτουργίες δεν απαιτούνται έντονες κινήσεις, φυσιολογικά οι κινήσεις του κόλου είναι βραδείες. Ωστόσο, ακόμη και βραδείες, έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια μ' αυτά των κινήσεων του λεπτού εντέρου και μπορούν επίσης να διακριθούν σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης.

Κινήσεις ανάμιξης - Κολικές κυψέλες

Όπως στο λεπτό έντερο παρατηρούνται κινήσεις τμηματικές, έτσι και στο παχύ παρατηρούνται μεγάλες κυκλικές συστολές. Σε καθένα από αυτά τα σημεία συστολής, συσπάται η κυκλική μυϊκή στιβάδα, μερικές φορές προκαλώντας στένωση του αυλού του κόλου ως την πλήρη απόφραξη. Ταυτόχρονα συστέλλεται και η επιμήκης μυϊκή στιβάδα του κόλου, που είναι κατανεμημένη σε τρεις επιμήκεις μυϊκές ταινίες τις λεγόμενες κολικές ταινίες. Οι συνδυασμένες συστολές της κυκλικής στιβάδας και των επιμήκων ταινιών των λείων μυών του κόλου έχουν ως αποτέλεσμα την προβολή των ανερέθιστων περιοχών του με τη μορφή σακκοειδών εγκολπώσεων, που ονομάζονται κολικές κυψέλες. Οι συστολές των κυψελών συνήθως φθάνουν στη μεγαλύτερή τους ένταση σε 30 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που θα αρχίσουν και μετά εξαφανίζονται μέσα στα επόμενα 60 δευτερόλεπτα. Κατά διαστήματα, οι συστολές αυτές, παράλληλα με την κυκλική τους πορεία, κινούνται επίσης αργά και προς την κατεύθυνση του δακτυλίου. Μετά από λίγα ακόμα λεπτά, παρουσιάζονται νέες συστολές των κολικών κυψελών, σε γειτονικές (αλλά όχι στις ίδιες) θέσεις. Κατά συνέπεια, το κοπρανώδες περιεχόμενο του παχέος εντέρου 'ανασκαλεύεται' βαθμιαία και ανακατεύεται με τρόπο που μοιάζει πολύ με το τσάπισμα. Μ' αυτό τον τρόπο όλη η ποσότητα της κοπρανώδους μάζας εκτίθεται βαθμιαία στην βλενογόνια επιφάνεια του

παχέος εντέρου και το υγρό της μέρος απορροφάται προοδευτικά ώσπου απο τα 800 ml της ημερήσιας ποσότητας του χυμού να βγούν στα κόπρανα μόνο 80 - 150 ml.

Κινήσεις προώθησης - 'Μαζικές κινήσεις'

Στο παχύ έντερο δεν παρατηρούνται περισταλτικά κύματα του τύπου του λεπτού εντέρου. Αντίθετα, το κοπρανώδες περιεχόμενό του, προωθείται πριν τον πρωκτό με ένα άλλο τύπο κινήσεων, τις λεγόμενες μαζικές κινήσεις, οι οποίες συνήθως εμφανίζονται μόνο μερικές φορές την ημέρα και πιο πολύ για 15 περίπου λεπτά στο διάστημα της πρώτης μέρας, πάνω - κάτω μετά το πρόγευμα.

Τη μαζική κίνηση χαρακτηρίζει ή ακολουθεί αλληλουχία γεγονότων: αρχικά εμφανίζεται ένα σημείο στένωσης σε κάποια περιοχή διάτασης ή ερεθισμού του κόλου. Πολύ γρήγορα στη συνέχεια, 20 η περισσότερα του παχέος εντέρου περιφέρικα απο τη στένωση συστέλλονται σχεδόν ως ενιαίο σύνολο και ωθούν·όλο μαζί το κοπρανώδες υλικό αυτής της περιοχής προς τα κάτω. Η πυροδότηση της συστολής ολοκληρώνεται σε 30 δευτερόλεπτα περίπου και μετά, στη διάρκεια των επόμενων 2-3 λεπτών, το τμήμα χαλαρώνει. Μαζικές κινήσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του κόλου, αν και είναι συχνότερες στο εγκάρσιο ή το κατιόν κόλο. Όταν οι κινήσεις αυτές έχουν ωθήσει μια μάζα κοπράνων στο ορθό, γίνεται αντιληπτή η επιθυμία για αφόδευση.

Πυροδότηση των μαζικών κινήσεων με το γαστροκολικό και το δωδεκαδακτυλικό αντανακλαστικό.

Η εμφάνιση μαζικών κινήσεων μετά τα γεύματα προκαλείται τουλάχιστον κατά ένα μέρος, απο το γαστροκολικό και το δωδεκαδακτυλικό αντανακλαστικό.

Τα αντανακλαστικά αυτά οφείλονται σε διάταση του στομάχου και

του δωδεκαδακτύλου και μεταβιβάζονται κυρίως με το μυεντερικό πλέγμα.

Εντονες μαζικές κινήσεις είναι επίσης δυνατόν να προκαλέσει ο ερεθισμός του κόλου. Για παράδειγμα, άτομα με παθολογικές καταστάσεις στο κόλο, (ελκώδης κολίτιδα) παρουσιάζουν πολλές φορές σχεδόν αδιάκοπα μαζικές κινήσεις.

ΑΦΟΔΕΥΣΗ

Το περισσότερο χρόνο το ορθό δεν περιέχει κόπρανα. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στο ότι σε απόσταση 20 εκ. περίπου πάνω από τον πρωκτό, εκεί που το σιγμοειδές μεταπίπτει στο ορθό, υπάρχει ένας ασθενούς λειτουργικότητας σφιγκτήρας. Ωστόσο, όταν μια μαζική κίνηση προωθεί κόπρανα μέσα στο ορθό, φυσιολογικά αρχίζει η διαδικασία της αφόδευσης, δηλαδή η ανταναικλαστική σύσπαση του ορθού του σιγμοειδούς και του κατιόντος κόλου, καθώς και η χάλαση των σφιγκτήρων του πρωκτού.

Η μη συνεχής διαφυγή κοπρανώδους υλικού από τον πρωκτό πραγματοποιείται με την τονική σύσπαση 1) του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, μιας κυκλοτερούς μάζας λείων μυικών ινών αμέσως στο εσωτερικό του πρωκτού, και 2) του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, που αποτελείται από γραμμωτές μυικές ίνες, βρίσκεται λίγο πιο έξω από τον έσω σφιγκτήρα τον οποίο περιβάλλει, και ελέγχεται από το νευρικό σύστημα, δηλαδή βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο της βούλησης.

Κανονικά η αφόδευση είναι αποτέλεσμα του ανταναικλαστικού της αφόδευσης. Όταν οι αισθητικές νευρικές ίνες του ορθού διεγείρονται από τη διάταση του οργάνου, μεταβιβάζουν σήματα στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού και από εκεί, ανταναικλαστικά, μεταβιβάζονται σήματα στο κατιόν, το σιγμοειδές, το ορθό και

τον πρωκτό, με παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες των παρασυμπαθητικών σπλαχνικών νεύρων. Αυτά τα παρασυμπαθητικά σήματα πυροδοτούν ισχυρά περισταλτικά σήματα, τα οποία μερικές φορές είναι ικανά να αδειάσουν ολόκληρο το τμήμα του παχέος εντέρου από τη σπληνική καμπή ως το δακτύλιο.

Επίσης τα προσαγωγά σήματα που μπαίνουν στο νωτιαίο μυελό, πυροδοτούν άλλα φαινόμενα, όπως τη βαθιά αναπνοή, το κλείσιμο της γλωττίδας και τη σύσπαση των κοιλιακών μυών, για να ωθήσουν προς τα κάτω το κοπρανώδες περιεχόμενο του κόλου, και του πυελικού εδάφους για να έλξει το δακτύλιο προς τα πάνω και έξω και να εξωθήσει τα κόπρανα προς τα κάτω.

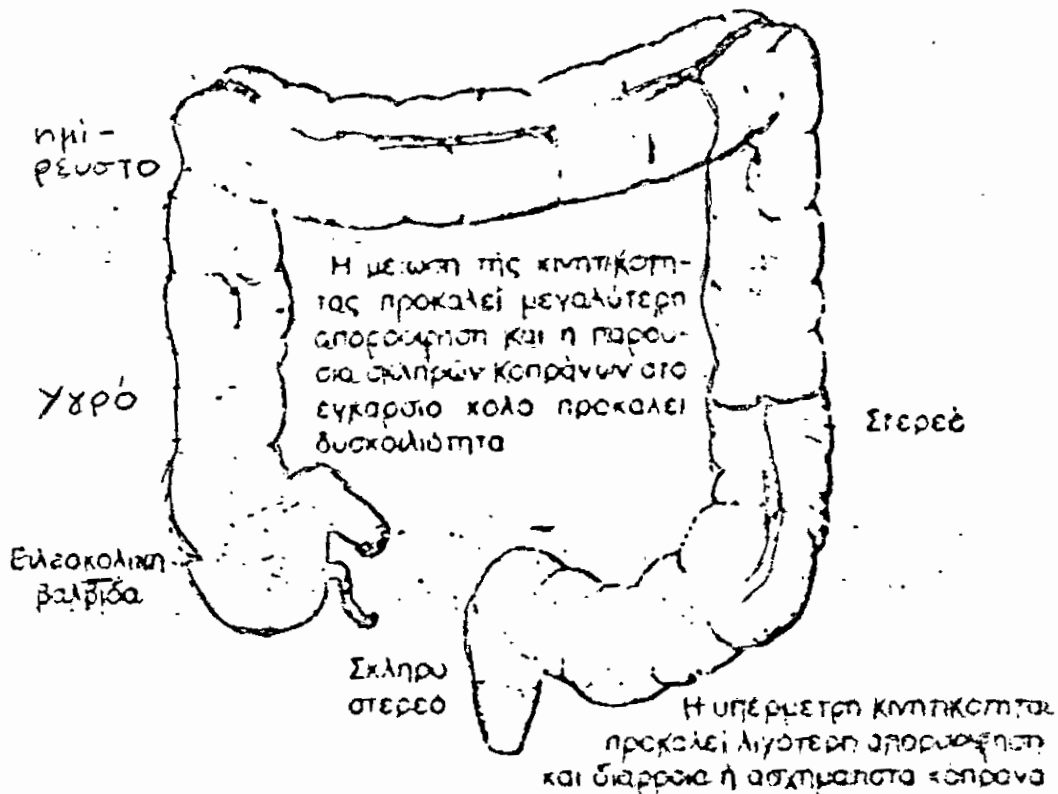
Ωστόσο, παρά την ύπαρξη του αντανακλαστικού της αφόδευσης, για να πραγματοποιηθεί αυτή, είναι απαραίτητα και άλλα φαινόμενα. Εκτός από την περίπτωση των βρεφών και των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων, η βούληση ελέγχει τον έξω σφιγκτήρα και είτε αναστέλλει τη συστολή του επιτρέποντας την αφόδευση, είτε την αυξάνει, αν η στιγμή είναι κοινωνικά απρόσφορη για την πραγματοποίησή της. Αν ο έξω σφιγκτήρας διατηρηθεί συσπασμένος, με αποτέλεσμα να μη γίνει αφόδευση, το αντανακλαστικό της αφόδευσης καταργείται μετά από λίγα λεπτά και συνήθως δεν ξαναεμφανίζεται παρά μόνο όταν μια νέα ποσότητα κοπράνων μπει στο ορθό, πράγμα που μπορεί να συμβεί αρκετές ώρες μετά.

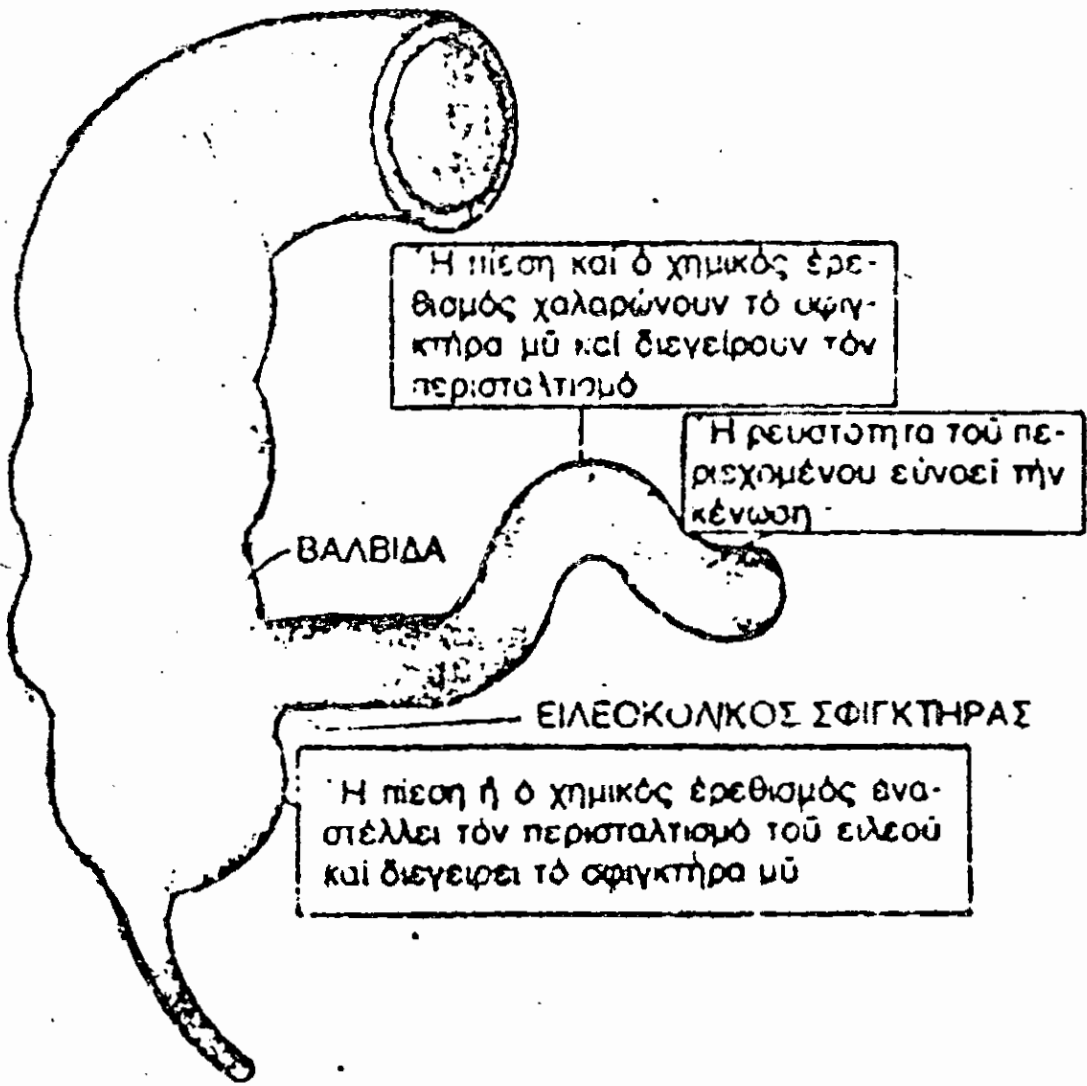
Όταν το άτομο βρεί την κατάλληλη ευκαιρία για αφόδευση, τα αντανακλαστικά της αφόδευσης είναι δυνατό μερικές φορές να πυροδοτηθούν με μια βαθιά αναπνοή, με την οποία κατέρχεται το διάφραγμα, και μετά με σύσπαση των κοιλιακών μυών, η οποία αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση, και έτσι, προωθεί κόπρανα μέσα στο ορθό, με αποτέλεσμα την έκλυση νέων αντανακλαστικών. Δυστυχώς, τα αντανακλασ-

τικά που προκαλούνται μ'αυτόν τον τρόπο, δεν είναι πάντοτε αποκλειστικά όσο τα φυσικά, και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο τα άτομα που αναστέλλουν τα φυσικά αντανακλαστικά τους, έχουν πολύ συχνά την τάση να παρουσιάζουν έντονη δυσκοιλιότητα.

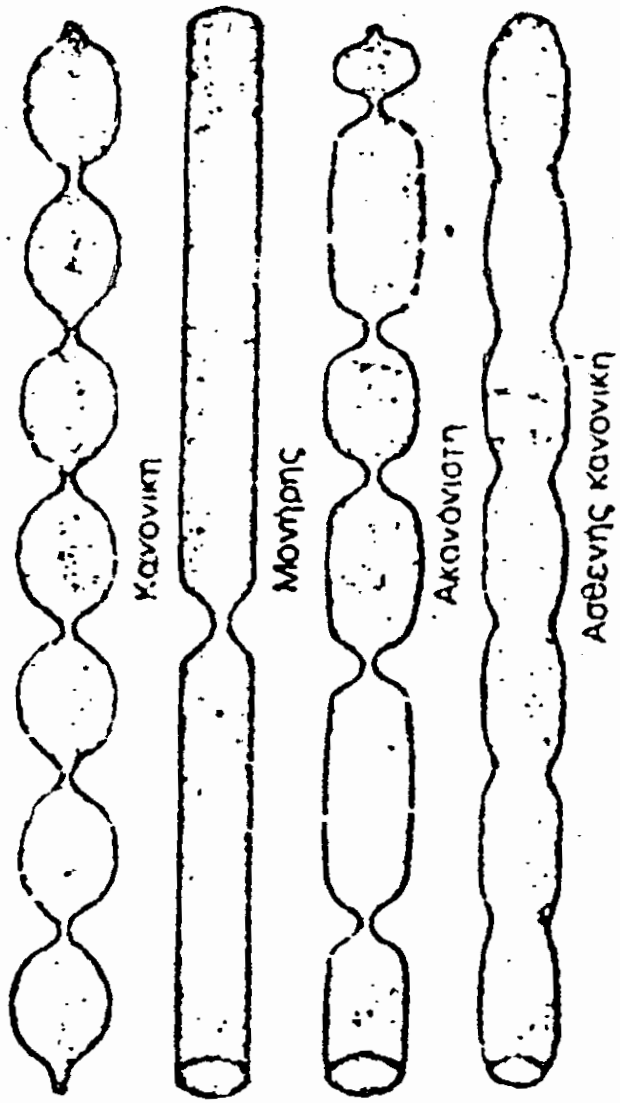
Πολτώδες

Ημιολτώδες





Κένωση στὴν εἰλεοκολική βαλβίδα.



Τμηματικές κινήσεις τού λεπτού έντέρου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ Π Ε Π Τ Ι Κ Ο Υ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΑ

Το 1646 ο Γερμανός Γιατρός HILDAVUS περιέγραψε πρώτος τα συμπτώματα και την κλινική εικόνα της πυλωρικής στένωσης.

Το 1870 ο Δανός Παιδίατρος HIRSCHSPRAUNG έκανε την πρώτη ακριβή περιγραφή της παθολογικής Ανατομίας και των κλινικών ευρημάτων της ανωμαλίας.

Η πρώτη επιτυχής εγχείρηση, έγινε το 1898. από τον LOEBKER που εκτέλεσε οπίσθια γαστρεντεροστομία.

Η πυλωρομυοτομή των DUFOUR και FREDET το 1905 και WEBER το 1910, αναπτύχθηκε βασικά από τον RAMSTERT το 1911 και θεωρείται μια από τις μεγαλύτερες προόδους της χειρουργικής παιδών.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Παρατηρείται μεγάλου βαθμού υπερτροφία του μυϊκού ιστού του πυλωρού, κυρίως της κυκλοτερούς στιβάδας του μυϊκού χιτώνα αλλά και του ελαστικού ιστού. Ο πυλωρός γίνεται σαν ελαία και το υπόλοιπο στομάχι υπερτρέφεται διατείνεται και εμφανίζει υπερπερισταλτικότητα. Οι περισταλτικές κινήσεις του στομάχου αυξάνονται σε ένταση προοδευτικά λόγω του εμποδίου στο πυλωρό και είναι ανώμαλος.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νεώτερες έρευνες έδειξαν ότι στον πυλωρό υπάρχουν δυο τύποι γαγγλιακών κυττάρων και ότι ο ένας τύπος απουσιάζει στη πυλωρική στένωση. Δεν έχει διευκρινισθεί εάν αυτό οφείλεται σε εκφυλιστική επεξεργασία ή σε αποτυχία της εξέλιξης του οργάνου.

Επομένως, πιθανόν να υπάρχει ανωμαλία του μυεντερικού πλέγ-

ματος, όπως στο συγγνές μεγάλολο.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Ποικίλλει με τη γεωγραφική κατανομή, το φύλο και τη φυλή. Παρατηρείται σε 1-4 νεογνά στα 1000 ζώντα. Η πάθηση είναι 3-4 φορές συχνότερη στα αγόρια και 50% σε πρωτότοκά νεογνά, σ'αυτά δε εμφανίζεται 78-90% σε αγόρια, είναι συχνότερη στους Βόρειους Ευρωπαίους, και πιο μικρότερη συχνότητα παρατηρείται στους νέγρους της Αμερικής και Αφρικής.

Πρόσφατα το ενδιαφέρον εντοπίζεται στη γεννητική της πάθησης.

Ο CARTER παραδέχεται ότι στη γεννητική αυτή προδιάθεση, συμμετέχει ένας άλλος μεταλλακτικός γόνος που επηρεάζεται από το φύλο σε τέτοιο βαθμό ώστε τα κορίτσια να απαιτούν ισχυρότερη επίδραση του γενετικού αυτού παράγοντα προτού αναπτύξουν την πάθηση. Έτσι προσβάλλεται μεγαλύτερος αριθμός παιδιών και αδελφών από πάσχουσες μητέρες παρά από αγόρια που οι περισσότεροι συγγενείς αρρώστων και των δυο φύλων, απ'ότι θα αναμένεται, η δε αυξημένη συχνότητα εντοπίζεται στα κορίτσια.

Επίσης παίζουν ρόλο και διάφοροι κληρονομικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες όπως η μεταβίβαση ενός παθολογικού γόνου κυρίως σε αδέρφια.

Αδέρφια πασχόντων παιδιών, πάσχουν 15 φορές πιο συχνά από άλλα παιδιά χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Έχουν περιγραφεί μέχρι 7 αδέρφια να πάσχουν από πυλωρική στένωση.

Έχει παρατηρηθεί ότι τα συμπτώματα εμφανίζονται αργότερα σε παιδιά που γεννιούνται στο νοσοκομείο, παρά στο σπίτι και αργότερα στα νεογνά που σιτίζονται κάθε 4 ώρες, παρά σε εκείνα που σιτίζονται κάθε τρεις ώρες.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1. Εμμετοι. Είναι το κυριότερο σύμπτωμα. Είναι χαρακτηριστικά ρουκετειδεείς όχι χολώδεις, επειδή η απόφραξη είναι πάνω από το φύμα του VATER. 17-18% μπορεί να περιέχουν φρέσκο αίμα, λόγω ερεθιστικής γαστρίτιδας.

2. Δυσκοιλιότητα.

3. Απώλεια βάρους

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Εκτός των χαρακτηριστικών ρουκετοειδών εμμετών, οι οποίοι συμβαίνουν λίγο μετά τη σίτιση του νεογνού ή και αργότερα και των κενώσεων πείνας, παρατηρείται ότι το νεογνό είναι ανήσυχο, ωχροό, αφυδατωμένο, με ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αναιμία.

Σε ένα ποσοστό 2-17% παρατηρείται ίκτερος του νεογνού, για το οποίο παίζει ρόλο η γλυκουρονική τρασφεράση του ήπατος, της οποίας η δράση ελλαττώνεται δεκαπλάσια. Παρατηρείται πείσης διάταση του επιγαστρίου του νεογνού, ορατές περισταλτικές κινήσεις του στομάχου που διαγράφονται κάτω από το κοιλιακό τοίχωμα.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

1. Προσδιορίζουμε το βαθμό της υποχλωρεμικής αλκάλυσης.
2. Το υψηλό pH του αίματος.
3. Το υψηλό CO₂.
4. Το χαμηλό χλώριο του ορού του αίματος.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση πρέπει να γίνεται σχεδόν πάντα με μόνο το ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση. Σπάνια πρέπει να γίνεται ακτινολογική εξέταση.

Χρειάζεται προσεκτικό ιστορικό και αβίαστη και επανειλημμένη προσπάθεια ψηλάφησης του υπερτροφικού πυλωρού. Αν το βρέφος είναι ήδη αφυδατωμένο και επομένως δεν πρέπει να χαθεί πολύτιμος χρόνος, τότε και η ψηλάφηση είναι ευκολότερη και επομένως καθυστέρηση δεν χρειάζεται. Αν πάλι το βρέφος είναι σε καλή κατάσταση υδάτωσης και θρέψης, τότε πρέπει να περιμένουμε 12 και 24 ώρες για να προσπαθήσουμε να ψηλαφήσουμε τον υπερτροφικό πυλωρό στη διάρκεια ενός γεύματος δυο ή τρεις ή και τέσσερις φορές.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι χειρουργική και συντηρητική. Σήμερα, με την ύπαρξη σε πολλές πόλεις της Ελλάδας καλών χειρουργικών κλινικών, καλών χειρουργών επίσης δε και με τις μεγαλύτερες δυνατότητες μεταφοράς ενός βρέφους σε μεγάλο αστικό κέντρο έχει αποδειχτεί ότι η θεραπεία κάθε βρέφους με υπερτροφική στένωση του πυλωρού πρέπει να είναι χειρουργική.

Τα πλεονεκτήματα της χειρουργικής θεραπείας είναι πολύ φανερά. Με αυτήν πετυχαίνεται γρήγορα η άρση του αιτίου της νόσου και μέσα σε τρεις τέσσερις μέρες το βρέφος μπορεί να πάρει ολόκληρο το ποσό των αναγκαίων θερμίδων.

Η παραμονή των περισσότερων βρεφών στο νοσοκομείο ή στην κλινική δεν πρέπει να υπερβεί τις 4 ημέρες.

Η θνησιμότητα σε πολλές στατιστικές είναι μικρότερη από 1%.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μόνη εγχείρηση που σήμερα χρησιμοποιείται είναι κατά FREDET-RAMSTEDT.

Η εγχείρηση ορίζεται με την επόμενη της μέρας που ετέθη η διάγνωση. Στις 12 με 24 ώρες που μεσολαβούν μεταξύ διάγνωσης και εγχείρησης γίνονται δυο τρεις πλύσεις του στομάχου με ισότονο

διάλυμα χλωριούχου νατρίου. Η τελευταία πλύση γίνεται πριν από την εγχείρηση. Στο ίδιο χρονικό διάστημα διακόπτεται η χορήγηση γάλακτος και δίδονται 50-100 μλ διαλύματος 0,18% χλωριούχου νατρίου με 5% γλυκόζης κάθε τρεις ώρες.

Η χορήγηση υγρών από το στόμα διακόπτεται έξι ώρες πριν την εγχείρηση.

Στα βρέφη που διατρέφονται τεχνητά, αρχικά δίνουμε γάλα μισό αποβουτυρωμένο μετά τις πρώτες έξι ώρες της υδρικής δίαιτας και σε διπλή αραίωση από την κανονική.

Δίνουμε 15-20 μλ. κάθε δυο ώρες. 24 ώρες μετά την εγχείρηση, προσφέρουμε το ίδιο γάλα σε κανονική αραίωση και σε ποσότητα περί του 60 μλ. κάθε δίωρο, δηλαδή το δεύτερο 24ωρο, δίνουμε 10-20 γεύματα αν το βρέφος είναι ανήσυχο και δεν κοιμάται. Αν η σίτιση αυτή γίνει εύκολα δεκτή τις πρώτες δυο μέρες μετά την εγχείρηση, το βρέφος εμφανίζει ένα ή δυο εμμέτους.

Αυτοί δεν πρέπει να μας ανησυχήσουν και υποχωρούν ανα στα επόμενα γεύματα δώσουμε μικρότερο ποσό γάλακτος. Αν όμως οι εμμετοί συνεχιστούν και μετά τις πρώτες 48 ώρες και δεν είναι απλώς αναγωγές, τότε πρέπει να υποψιασθούμε ότι η εγχείρηση δηλαδή η διαίρεση του μυϊκού δακτυλίου υπήρξε ατελής.

Η παραπάνω αγωγή εφαρμόζεται στα βρέφη που βρίσκονται σε ικανοποιητική γενική κατάσταση όταν μπει η διάγνωση. Πολλά όμως βρέφη από τη μακριά διάρκεια των εμμετών, εμφανίζουν σημεία αφυδάτωσης, αλκάλωσης και δυστροφίας. Στα βρέφη αυτά είναι απαραίτητο να διορθωθούν τα ελλείμματα νερού και ηλεκτρολυτών έστω και αν αυτό σημαίνει καθυστέρηση της εγχείρησης 6 ή 12 ώρες. Τα βρέφη όταν έχουν τους εμμετούς από πολύ καιρό και είναι φανερά αφυδατωμένα, παρουσιάζουν το πιο κλασικό παράδειγμα

της υποκαλιαιμικής αλκάλωσης. Είναι η περίπτωση που έχει δημιουργηθεί έλλειμμα καλίου και δεν διορθώνεται η αλκάλωση όσο και να δώσουμε χλωριούχο νάτριο αν συγχρόνως δεν χορηγήσουμε και την κατάλληλη ποσότητα χλωριούχου καλίου. Το σημείο αυτό πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθεί γιατί είναι δυνατό να δοθεί η εντύπωση ότι διορθώθηκε η αφυδάτωση και όμως να παρατείνεται και η αλκάλωση και το έλλειμμα καλίου. Επομένως, μόλις βεβαιωθούμε ότι υπάρχει αρκετή διούρηση, προσθέτουμε στα παρεντερικά διαλύματα και το διάλυμα χλωριούχου καλίου. Αν η αλκάλωση είναι πολύ έντονη και δεν άρχισε να διορθώνεται σε λίγες ώρες με την κατάλληλη αγωγή, καταφεύγουμε ακόμη και στη χορήγηση διαλύματος χλωριούχου αμμωνίου αυτό όμως είναι αναγκαίο σε πολύ λίγες παραμελημένες περιπτώσεις.

Η παρεντερική χορήγηση νερού, ηλεκτρολυτών και γλυκόζης παρατείνεται αν είναι ανάγκη και 24 ώρες μετά την εγχείρηση.

Μετά την εγχείρηση και την επιτυχή επανασίτιση, η βελτίωση της θρέψης του βρέφους είναι φανερή απο μέρα σε μέρα. Το βρέφος έχει υποστεί ένα έλλειμμα θερμιδικό και πρέπει η ποσότητα τροφής που του προσφέρουμε να είναι μεγαλύτερη απο την κανονική. Αφήνουμε βέβαια το βρέφος να πάρει όση θέλει απο αυτή. Η ημερήσια αύξηση του βάρους μπορεί να ανεβεί και σε 50-60 γρ. για μερικές βδομάδες.

ΑΤΡΗΣΙΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Πρώτος ο CALBER χειρουργός από τη Γλασκώβη το 1733. ανακοίνωσε περί-
πτωση ενδογενούς απόφραξης του 12δακτύλου.

Αιτιολογία

Αναφέρονται διάφορα αίτια και προδιαθεσικοί παράγοντες που
ευθύνονται για την πρόκληση συγγενών ανωμαλιών στις οποίες υπ-
άγονται και οι ατρησίες του πεπτικού σωλήνα.

- α) Γενετικοί - κληρονομικοί παράγοντες
- β) Μητρικές συστηματικές λοιμώξεις
- γ) Φάρμακα που χορηγούνται στη διάρκεια του α' τριμήνου της κύησης.
- δ) Ακτινοβολίες.
- ε) Ανοσοποιητικές βλάβες
- στ) υποξιά.
- ζ) Διαταραχές του ενάμνιου υγρού όπως ολιγάμνιο ή πολυάμνιο.

Παθογένεια

Για τις ατρησίες του εντέρου αναφέρονται:

- α) Ελλείμματα διάπλασης
- β) Φλεγμονώδεις εξεργασίες
- γ) Εγκολεασμός του εντέρου στην εμβρυϊκή ζωή που προκαλεί ισχαι-
μία λόγω καταστροφής των αγγείων και επομένως δημιουργία χάσμα-
τος του εντέρου και του μεσεντερίου.

Τύποι ατρησίας

Διακρίνονται σε:

- α) Ατρησία του 12δακτύλου χωρίς χάσμα μεταξύ των δυο τμημάτων
τα οποία χωρίζει με διάφραγμα (τύπος I).
- β) Ατρησία στην οποία τα δυο τυφλά άκρα του 12δακτύλου ενώνονται
με λώδη χορδή (τύπος II)

γ) Ατρησία με χάσμα ανάμεσα στα δυο τμήματα και τριγωνική έλλειψη του μεσεντερίου (τύπος III).

δ) Στένωση του 12δακτύλου με διάφραγμα που έχει κεντρική οπή και σε σχήμα T στην περιοχή του φύματος VATER.

ε) Δακτυλιοειδές πάγκρεας.

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Η συχνότητα συνύπαρξης και άλλων ανωμαλιών ποικίλει απο 50-90%.

Την μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζει η μογγολοειδής ιδιωτεία σε ποσοστό 8-41%.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η ατρησία και η στένωση του 12δακτύλου υπολογίζονται σε ποσοστό 16-34% στις εντερικές αποφράξεις των νεογνών γενικά.

Το 12δάκτυλο κατέχει την τρίτη θέση στα διάφορα τμήματα του πεπτικού σωλήνα σε ποσοστό 24% περίπου και οι ατρησίες και οι στενώσεις του αντιπροσωπεύουν το 6-12% των ίδιων ανωμαλιών του πεπτικού σωλήνα.

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες η συχνότητα της ενδογενούς απόφραξης του 12δακτύλου είναι 1:6.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

α) Κληρονομικότητα: θεωρίες μέχρι το 1970 αναφέρουν ότι η ενδογενής απόφραξη του 12δακτύλου κληρονομείται σαν μια αυτόσωμη υπολειπόμενη ανωμαλία που παρατηρείται συχνά σε οικογένειες συνδιαζόμενη και με άλλες σοβαρές ανωμαλίες.

Αναφέρεται επίσης ότι η πιθανότητα εμφάνισης συγγενούς απόφραξης του 12δακτύλου σε ένα νεογνό που ένας αδελφός είχε ατρησία είναι: 1:40.

β) Ηλικία μητρός: Στατιστικά δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη σχέση των διαφόρων ηλικιών των μητέρων και της συχνότητας της ανωμαλίας ή τον τύπο της απόφραξης (I).

ΕΞΩΓΕΝΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Το αίτιο της απόφραξης αυτής είναι η παρουσία συγγενών ταινιών ή συμφύσεων που πιέζουν το 12δακτύλο κάτω από το φύμα του VATER συνήθως και οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν ατελή ή πλήρη απόφραξη του αυλού.

Οι ταινίες αυτές οι οποίες είναι πλατιές από ινώδη ιστό, εκτείνονται από το τυφλό που συνήθως βρίσκεται στο άνω δεξιό τμήμα της περιτοναϊκής κοιλότητας και της κάτω επιφάνειας του ήπατος.

Κλινική εικόνα

Τα κύρια κλινικά σημεία της απόφραξης του 12δακτύλου είναι:

- α) Εμετοί κατά κανόνα χολώδεις.
- β) Απουσία φυσιολογικών κενώσεων μηκωνίου.
- γ) Διάταση της άνω κοιλίας με ή χωρίς διαγραφή περισταλτικών κινήσεων του στομάχου.

Όταν η απόφραξη είναι πλήρης, οι χολώδεις εμετοί εμφανίζονται στο πρώτο 24ωρο (90%).

Όταν η απόφραξη είναι ατελής το ποσοστό κατέρχεται στο 50%.

Οι κενώσεις του μηκωνίου μπορεί να λείπουν ή να είναι ελάχιστης ποσότητας και είναι πάντοτε χρωματισμένες με χολή.

Η διάταση της άνω κοιλίας οφείλεται στη μεγάλη διάταση του στομάχου και του 12δακτύλου πάνω από την απόφραξη.

Είναι ευνόητο ότι οι συνεχείς εμετοί του νεογνού προκαλούν αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Ακτινολογική διάγνωση

Η απλή ακτινογραφία σε ορθία θέση νεογνού είναι παθολογική γιατί το 96% θέτει τη διάγνωση.

Παρατηρούμε την κλασική διπλή φυσσαλίδα αέρος που οφείλεται στη μεγάλη διάταση του στομάχου και του 12δακτύλου όπως είπαμε κάτω από την οποία σε πλήρη απόφραξη δεν υπάρχει αέρας στο έντερο ενώ σε ατελή υπάρχει περιορισμένη ποσότητα αέρα μέσα στο έντερο.

Η φυσσαλίδα του 12δακτύλου είναι η μικρότερη, μπορούμε όμως να καταστήσουμε πιο ευκρινή τη διπλή φυσσαλίδα εισάγωντας 20 κυβ. εκ. αέρος μέσα στο στομάχι με ρινογαστρικό καθετήρα σιτίσεως. Και στην πλάγια ακτινογραφία θα δούμε χαρακτηριστική εικόνα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις χορηγούμε σκιερά ουσία (DIOMOCIL) για πληρέστερο έλεγχο του στομάχου και του εντέρου.

Διαφορική διάγνωση

Είναι κλινική και ακτινολογική.

Κλινική: Είναι απαραίτητη για να βοηθήσει στην ορθή αντιμετώπιση του νεογνού τόσο προεγχειρητικά όσο και εγχειρητικά.

Μεταξύ ατρησίας και στένωσης βασική σημασία έχουν οι εμμετοί οι οποίοι σε ατρησία αρχίζουν συνήθως λίγες ώρες μετά τον τοκετό.

Είναι ισχυροί και μεγάλης ποσότητας, σπάνια ρουκετοειδείς και σχεδόν πάντοτε χολώδεις. Ενώ στη στένωση αρχικά η κλινική εικόνα και τα συμπτώματα του νεογνού είναι οβληχρά οι δε έμμετοί δεν έχουν διαλείποντα χαρακτήρα.

Ακτινολογική: Η ακτινολογική διαφορική διάγνωση θα γίνει μεταξύ ατρησίας πυλωρού, ατρησία 12δακτύλου, απόφραξης από δακτυλιοειδές πάγκρεας, από συγγενική πυλωρική στένωση η οποία σπάνια θέτει πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης επειδή ως γνωστόν χαρακτηρίζε-

ται απο τους ρουκετοειδείς μη χολώδεις εμμετούς που εμφανίζονται συνήθως μετά τις 3 πρώτες εβδομάδες ζωής, την ψηλάφιση της πυλωρικής ελαίας κ.λ.π. Διαφορική διάγνωση επίσης πρέπει να γίνει μεταξύ ενδογενούς και εξωγενούς απόφραξης του 12δακτύλου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α) Προεγχειρητική αγωγή: Έχει μεγάλη σημασία για την τελική έκβαση:

α1) Τοποθέτηση του νεογνού σε ειδική θερμοκοιτίδα για παροχή O₂ και κατάλληλη θερμοκρασία περιβάλλοντος.

α2) Εισάγουμε στο νεογνό ρινογαστρικό καθετήρα για αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου λόγω του κινδύνου της εισρόφησης και πρόκλησης χημικής πνευμονίας.

α3) Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (διαλύματος γλυκόζης και ηλεκτρολυτών).

α4) Διόρθωση της ανεπάρκειας του λευκώματος που έχει μεγάλη σημασία για την ευνοϊκή εξέλιξη της γενικής κατάστασης του νεογνού όπως επίσης και η αποκατάσταση της ισορροπίας του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.

α5) Αντιμετώπιση της υποκαλαιμίας ή των ελλειμμάτων καλίου.

Η εγχείρηση πρέπει να γίνει έγκαιρα όταν η θερμοκρασία του νεογνού είναι φυσιολογική γιατί η καθυστέρηση έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση των διαταραχών του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.

β) Εγχειρητική αγωγή : Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι αντιμετώπισης της απόφραξης του 12δακτύλου ανάλογα με τα παθολογοανατομικά ευρήματα. Οι μέθοδοι όμως που επικρατούν οι οποίες συγκεντρώνουν και τα περισσότερα πλεονεκτήματα είναι:

β1) Βασιικά η αναστόμωση του 12δακτύλου.

β2) Αναστόμωση του 12δάκτυλου και της αρχής της νηστίδας ισοπερισταλτικά και διαμεσοκολικά.

Απο την αναστόμωση εισάγουμε την νήστιδα καθετήρα σίτισης για την άμεση έναρξη σίτισης του νεογνού.

Σε ειδικές περιπτώσεις βαριάς κατάστασης του νεογνού προωρότητα, συνύπαρξης άλλων βαριών συγγενών ανωμαλιών κ.λ.π. εκτελούμε γαστροστομία αρχικά για την επαρκή εκκένωση του στομάχου και την αναχαίτιση των εμμέτων.

Στις περιπτώσεις αυτές για ένα χρονικό διάστημα η σίτιση του νεογνού γίνεται παρεντερικώς με ειδικά θρεπτικά διαλύματα.

γ) Μεταχειρητική αγωγή: Αποσκοπεί:

Μετά την ανάληψη του νεογνού στο χειρουργείο απο τον αναισθησιολόγο.

γ1) Στην νοσηλεία του νεογνού μέσα σε ειδική χειρουργική θερμοκοιτίδα. Έτσι προλαμβάνεται η απώλεια θερμότητας απο την επιφάνεια του σώματος του νεογνού που γίνεται κυρίως δια αγωγής και ακτινοβολίας αλλά και εξάτμισης διατηρούμενης της θερμοκρασίας μέσα στη θερμοκοιτίδα σε 30°C ενώ στο εξωτερικό περιβάλλον πρέπει να είναι 25°C - 27°C .

Απαραίτητη επίσης είναι η διατήρηση της υγρασίας μέσα στη θερμοκοιτίδα σε επίπεδα κορεσμού 100% που μειώνει στο μισό την απώλεια υγρών του νεογνού.

Επομένως, πρέπει να είναι συνεχής η παρακολούθηση των νεογνών αυτών για τυχόν μεταβολή του ρυθμού της αναπνοής τους και της χροιάς του δέρματος.

γ2) Στην αντιμετώπιση της μετεχειρητικής μεταβολικής κατάστασης των νεογνών που αντιμετωπίζεται ανάλογα και έχει σχέση με

την ισορροπία των υγρών του οργανισμού του νεογνού, το μεταβολισμό του νατρίου, χλωρίου, καλίου, μαγνησίου, αζώτου, και ζακχάρου στο πλαίσιο της κατακράτησης υγρών στον οργανισμό του νεογνού μετεγχειρητικά αφ' ενός, αφ' ετέρου δε της απώλειας μεγάλης ποσότητας υγρών και ηλεκτρολυτών απο το στομάχι με τις αναρροφήσεις.

Η ποσότητα των υγρών αυτών φθάνει πολλές φορές το 125 κυβ. εκ. κατά χιλιόγραμμα βάρους σώματος στο 24ωρο υπολογιζομένων και των απωλειών μέσα στον εντερικό αυλό.

γ3) Στη συνεχή αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου με μόνοιμο ρινογαστρικό καθετήρα.

γ4) Στη διατροφή των νεογνών έγκαιρα με γάλα που στην αρχική περίοδο χορηγείται απο τον καθετήρα που είναι στην νήστιδα.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

α) Προεγχειρητικά οφείλεται σε διάφορα αίτια όπως είναι το μικρό βάρος γέννησης ή προωρότητα, οι συνυπάρχουσες ανωμαλίες, η μογγολοειδής ιδιωτία, οι λοιμώξεις, η σηψαιμία και η καθυστέρηση της διάγνωσης ή της εγχείρησης, που προκαλούν διαταραχές της ισορροπίας του ύδατος και των ηλεκτρολυτών ή πνευμονία απο εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου λόγω των εμμέτων.

Συνήθως, η σύγχρονη επίδραση δυο ή περισσοτέρων αιτιών, προκαλεί το θάνατο των νεογνών ιδιαίτερα δεν ενοχοποιείται ο συνδιασμός προωρότητας και συνυπαρχουσών ανωμαλιών που προκαλεί ειδικά στην ενδογενή απόφραξη του 12δακτύλου αυξημένη θνησιμότητα (41%).

Σε νεογνά με μεγάλο βάρος γεννήσεως και χωρίς συνυπάρχουσες ανωμαλίες η θνησιμότητα δεν είναι μεγαλύτερη απο 6-15%.

β) Η μεταγχειρητική θνησιμότητα σε ενδογενή απόφραξη του 12δακτύλου απο το 1956 μέχρι σήμερα, μειώθηκε πάρα πολύ, δεν περνάει το 10% περίπου, στα νεογνά που έχουν άνω των 2.500 γρ. και χωρίς άλλη ανωμαλία.

ΑΤΡΗΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΜΩΣΗ ΝΗΣΤΙΔΟΣ ΚΑΙ ΕΙΛΕΟΥ

Η πρώτη περίπτωση ατρησίας του τελικού ειλεού περιγράφηκε το 1884 σαν νεκροτομικό εύρημα.

Η πρώτη εγχείρηση για ατρησία του ειλεού έγινε το 1889 και η πρώτη επιτυχής εγχείρηση για την ίδια ανωμαλία το 1911.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η ατρησία του λεπτού εντέρου διακρίνεται σε τρεις τύπους:

1) τύπο, I με διάφραγμα 2) τύπος II με ινώδη χορδή 3) τύπος III με χάσμα και του μεσεντερίου.

Δεν είναι ασυνίθηστη η δημιουργία πολλαπλών ατρησιών του λεπτού εντέρου, υπάρχει και η μορφή της συνύπαρξης πολλαπλών ατρησιών και έλλειψης του μεσεντερίου οπότε το λεπτό έντερο κρέμεται ελικοειδώς ελεύθερο από τη ρίζα της άνω μεσεντερίας αρτηρίας.

Αποτέλεσμα της ανωμαλίας αυτής είναι η μεγάλη διάταση των κεντρικών ελικών κυρίως της αμέσως πάνω από την απόφραξη της οποίας η διάμετρος μπορεί να γίνει μεγαλύτερη από αυτή που υπάρχει στον ενήλικα.

Η διάταση επηρεάζει την φλεβική κυκλοφορία της έλικας η οποία είναι πολύ συχνά κυανωτική ή μπορεί να δημιουργηθούν και νεκρωτικές περιοχές.

Σε περιπτώσεις στένωσης το περιφερικό έντερο περιέχει μηκόνιο και αέρα.

Παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν ατρησία και στένωση του λεπτού εντέρου είναι:

- α) περιτονίτιδα από μηκόνιο με συμφύσεις που στραγγαλίζουν το έντερο και προκαλούν βλάβη των αγγείων.
- β) ειλεός εκ μηκωνίου
- γ) η συστροφή τμήματος του εντέρου με τον ίδιο μηχανισμό.
- δ) ομφαλομεσεντερικός πόρος που παραμένει με μηχανισμό συνεχούς

έλεξης πάνω στο έντερο.

ε) στροφή ή έλεξη εντερικής έλικας μέσα σε σάκκο εξώμφαλου ή κήλης.

στ) ενδομήτριος εγκολεασμός

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η συχνότητα ατρησίας του λεπτού εντέρου είναι:

1:5.000 - 1: 3.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών.

Εντόπιση συχνότερη στο 12δάκτυλο, ακολουθούν δε ο ειλεός η νήστιδα και τελευταίο το κόλο.

Προωρότητα αναφέρεται στο 1/3 των περιπτώσεων. Σχετικά με το ιστορικό της μητέρας αναφέρεται ότι το 1/3 περίπου έχουν υδράμνιο σε περιπτώσεις μόνο ατρησίας νήστιδας.

Συχνότερες συνυπάρχουσες ανωμαλίες είναι αυτές που έχουν σχέση με τη στροφή του εντέρου και εξώμφαλος.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

α) Χολώδεις έμμετοι που είναι το συχνότερο σύμπτωμα. Όσο πιο ψηλά είναι η απόφραξη, τόσο νωρίτερα εμφανίζονται χολώδεις έμμετοι. Όταν η απόφραξη είναι χαμηλά οι έμμετοι καθυστερούν 24 και περισσότερες ώρες και δεν είναι ούτε ρουκετοειδείς ούτε μεγάλοι, είναι όμως αργότερα κοπρανώδεις.

β) Δυσκοιλιότητα. Η επίσχεση αποβολής μηκωνίου ή αποβλή μικρής ποσότητας δεν έχει σχέση με την ατρησία ή την στένωση του εντέρου γιατί το μηκόνιο παράγεται στον αυλό του εντέρου σ'όλη τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής και επομένως αποβάλλεται ανεξάρτητα του επιπέδου της ατρησίας. Επίσης, ένα φυσιολογικό νεογνό, μπορεί να αργήσει να αποβάλλει μηκόνιο.

γ) Μετεωρισμός της κοιλιάς. Είναι θετικό σημείο και έχει σχέση με το επίπεδο της απόφραξης.

Στην ατρησία του τελικού ειλεού και του κόλου ο μετεωρισ-

μός αφορά όλη την κοιλιά και είναι μεγάλου βαθμού που προκαλούν μεγάλη τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων και του δέρματος το οποίο είναι πολύ τεταμένο και γίνεται στιλπνό παρουσιάζοντας διάταση των φλεβών του.

Επίσης οι πολύ διατεταμένες έλικες του εντέρου και ο διατεταμένος στόμαχος πιέζουν τα διαφράγματα προς τα άνω, προκαλώντας αναπνευστική και κυκλοφορική δυσχέρεια ή ανεπάρκεια.

Ο διαφραγματισμός επηρεάζει την διαφραγματικού τύπου αναπνοή του νεογνού, ελλατώνοντας την λειτουργία των πνευμόνων.

Στην κλινική εξέταση υπάρχει τυμπανικότητα στην επίκρουση και στην ακρόαση, κατάργηση των εντερικών ήχων.

δ) Ορατές περισταλτικές κινήσεις του εντέρου στα κοιλιακά τοιχώματα.

Δεν είναι σταθερό σημείο γιατί αν και αναφέρεται στο 1/5 των περιπτώσεων, μπορεί να παρατηρηθεί και σε φυσιολογικά πρόωρα νεογνά που έχουν λεπτά κοιλιακά τοιχώματα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εγχειρητική αγωγή συνίσταται σε εγκάρσια τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων και η διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας εκτομή του ατρήτου τμήματος του εντέρου και αναστόμωση.

Προηγείται κένωση του εντερικού αυλού απο το μηκόνιο γίνεται δε έλεγχος όλου του εντέρου για πιθανή ανεύρεση και άλλης ανωμαλίας.

ΕΙΛΕΟΣ ΑΠΟ ΜΗΚΩΝΙΟ

Είναι συχνό αίτιο περιτονίτιδας απο μηκόνιο. Στις περισσότερες άλλες αποφράξεις οι ακτινογραφίες σε οριζόντιά και όρθια θέση παρουσιάζουν υδραερικά επίπεδα, αυτό όμως δεν παρατηρείται στον ειλεό απο μηκόνιο, αν δεν έχει συμβεί διάτρηση του γαστρεντερικού σωλήνα του εμβρύου.

Αντίθετα, το λεπτό έντερο που παρουσιάζει διάταση, μπορεί να παρουσιάζει κοκκώδη εμφάνιση ή μικρές φυσαλίδες ανακατεμένες με μηκόνιο.

1. Απο το ορθό δε θα αποβληθεί μηκόνιο ακόμα και μετά απο ερεθισμό του δακτυλίου.
2. Εχουν παρατηρηθεί σπάνιες περιπτώσεις (οικογενείς και μη) που δεν συνοδεύονταν απο ινοκυστική νόσο αλλά παρουσίαζαν την κλινική εικόνα και τα ακτινολογικά ευρύματα.
3. Πρέπει να εκτελείται δοκιμασία ιδρώτα
4. Οι εξετάσεις δραστηριότητας της θρυψίνης κοπράνων είναι αρυκτικές στην ινοκυστική νόσο αλλά είναι επίσης αρυκτικές και σε όλους τους τύπους της πλήρους απόφραξης.

ΑΠΟΦΥΣΗ MECKEL

ΙΣΤΟΡΙΑ

Η απόφυση MECKEL αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1598 από τον FABRICIUS HILDANUS και αργότερα το 1672 από τον LAVATER.

Ο RUYSCH απεικόνισε την ανωμαλία το 1701 και την ίδια εποχή περίπου ο LITTRE περιέγραψε μια κήλη που περιείχε το εκκόλπωμα αυτό.

Ο MORGANI το 1769 αναγνώρισε την συγγενή καταγωγή του μορφώματος αυτού.

Ο MECKEL στην ανακοίνωσή του το 1809 και σε επόμενες δημοσιεύσεις, περιέγραψε τη σοβαρή του μελέτη για την ανωμαλία αυτή και καθιέρωσε την θεωρία της εμβρυϊκής καταγωγής της απόφυσης από τον λεκιθικό ασκό.

Ο BRUN το 1834 περιέγραψε ύπαρξη βλεννογόνου στον ομφαλό. Παρουσία παγκρεατικού ιστού στην απόφυση, αναφέρθηκε από τον ZENKER το 1861 γαστρικός δε βλεννογόνος περιγράφηκε μετά το 1900.

Η μεγαλύτερη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για το θέμα αυτό έγινε το 1947 από τον MOSES που ανέφερε 1605 περιπτώσεις.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το τυπικό εκκόλπωμα του MECKEL, εκφύεται συνήθως από το αντιμεσεντερικό χείλος του τελικού ειλεού και σε απόσταση 40 - 100 εκ. από την ειλεοτυφλική βαλβίδα.

Έχει μήκος 3-6 εκ. και διάμετρο περίπου 2 εκ. αναφέρεται όμως και μήκος 1-26 εκ..

Αποτελείται από όλα τα ανατομικά στρώματα του εντέρου και αιματούται από ένα ουραίο τμήμα της άνω μεσεντερίου αρτηρίας

που αποτελεί τον παραμένοντα κεντρικό κλάδο της εμβρυϊκής δεξιάς ομφαλομεσεντερικής αρτηρίας.

Τα περιγραφέντα εκκολπώματα του μεσεντερίου οποιουδήποτε μήκους θεωρούνται ραχιαία υπολλείμματα που αναπτύχθηκαν μεταξύ έσω και έξω βλαστικού δέρματος στο αρχικό στάδιο της εμβρυϊκής εξέλιξης.

Ο βλεννογόνος της απόφυσης είναι ειλειϊκός (50%), γαστρικός (43-90%) παγκρεατικός (2,3-5,4%), δωδεκαδακτυλικός, της νήστιδος ή βλεννογόνος παχέος εντέρου ή συνδυασμός αυτών. Επίσης έχει περιγραφεί σε λίγες περιπτώσεις παρουσία βλεννογόνου χοληδόχου πόρου.

Με τον γαστρικό βλεννογόνο συνυπάρχουν αδέννες του θόλου του στομάχου σε ποσοστό 85% των περιπτώσεων που παράγουν υδροχλωρικό οξύ.

Ο αυλός της απόφυσης είναι δυνατόν να έχει την ίδια διάμετρο με τον αυλό του εντέρου συνήθως όμως είναι μικρότερος. Επίσης αναφέρεται στένωση του αυλού του εντέρου στο σημείο της έκφυσης του MECKEL.

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Σε νεκροτομές βρεφών που κατέληξαν απο άλλα αίτια σε μεγάλο ποσοστό βρέθηκαν συνυπάρχουσες άλλες ανωμαλίες, κυρίως του κεντρικού νευρικού και καρδιαγγειακού συστήματος (33%).

Υποστηρίζεται επίσης ότι άτομα που νοσούν λόγω επιπλοκών της απόφυσης του MECKEL, παρουσιάζουν σε πολύ μικρότερη συχνότητα άλλων συγγενών ανωμαλιών (4,4%) όπως επίσης η σημασία της άτυπης μορφολογίας της απόφυσης σε συσχετισμό με την συνύπαρξη άλλων συγγενών ανωμαλιών.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η απόφυση MECKEL είναι δυνατό να αποτελεί τυχαίο εγχειρητικό

εύρημα ή νεκροτομικό.

Συνήθως η απόφυση είναι ασυμπτωματική, ιδιαίτερα δε σε βρέφη που αποτελούν το 60% των περιπτώσεων. Οσον αφορά στη σχέση αρρένων θηλέων, αναφέρεται συχνότερη επίπτωση στους άρρενες (2:1,3:1).

Την πλειονότητα των επιπλοκών αποτελούν η αιμορραγία, η εντερική απόφραξη, η εκκολπωματίτιδα, η αποβλή μηκωνίου ή κοπράνων απο τον ομφαλό και διάτρηση με περιτονίτιδα.

Σπανιότερες επιπλοκές είναι περίσφιξη της απόφυσης σε λοξή βουβωνοκήλη, ή σε ομφαλοκήλη στα νεογνά, όπως επίσης συστροφή της απόφυσης ή δημιουργία ενδοτοιχωματικού αιματώματος σε φλεγμένους απόφυση ή ενσωμάτωση της απόφυσης εντός του αυλού του λεπτού εντέρου, με συνέπεια την οξεία εντερική απόφραξη. Η επιπλοκή της οξείας εντερικής απόφραξης, αποτελεί το 90% περίπου των επιπλοκών.

A. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις η αιμορραγία της απόφυσης MECKEL οφείλεται σε εξέλκωση του βλεννογόνου του ειλεού που γειτνιάζει με τον έκτοπο γαστρικό βλεννογόνο, που παράγει υδροχλωρικό οξύ (92%).

Η αιμορραγία εμφανίζεται συχνότερα στις ομάδες ηλικιών κάτω των των 2 ετών, ποικίλλει δε σε ποσότητα απο μικρής υποτροπιάζουσας αιμορραγίας μέχρι πολύ μεγάλης που προκαλεί μεθαιμορραγικό SHOCK. Αναφέρεται συχνότητα της επιπλοκής αυτής 31-34%.

B. ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

Η απόφυση MECKEL είναι δυνατό να προκαλέσει εντερική απόφραξη με δυο κύριους μηχανισμούς.

α. Εγκολεασμό του εντέρου με οδηγό την απόφυση.

β. πρόπτωση του εντέρου εντός του βρόγχου ινώδους χορδής που αποτελεί υπόλλειμμα του ομφαλεντερικού πόρου ή στροφή (στραγγαλισμό του εντέρου) γύρω από την χορδή αυτή.

Η συγγενής αυτή χορδή ή ταινία, μπορεί να εξτείνεται από την απόφυση, μέχρι του κοιλιακού τοιχώματος ή της βάσης του μεσεντερίου ή άλλης έλικας του εντέρου.

Αναφέρεται συχνότητα εγκολεασμού 11-62% και εντερική απόφραξη, λόγω συγγενών ταινιών 16-38%.

Γ. ΟΞΕΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕCKEL (εγκολπωματίτιδα)

Η κλινική εικόνα της φλεγμονής της απόφυσης είναι όπως στην οξεία σκωληκοειδίτιδα, γι' αυτό η διαφορική διάγνωση είναι ανέφικτη προεγχειρητικά.

Η νέκρωση και η διάτρηση του εντέρου που μπορεί να συμβεί με αποτέλεσμα την ιδιαίτερα επικίνδυνη χημική και βακτηριακή περιτονίτιδα, εντοπίζεται στην εξέγκωση του βλεννογόνου του ειλεού που προκλήθηκε από τη δράση των αδένων του έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου.

Αναφέρεται συχνότητα φλεγμονής 21-25%.

Δ. ΑΠΟΒΟΛΗ ΥΓΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΜΦΑΛΟ

Στην περίπτωση ανοικτού ομφαλεντερικού πόρου ή ομφαλεντερικού συριγγίου, ο ομφαλός αποβάλλει μηκύνιο ή κοπρανώδες υγρό.

Εάν αποβάλλονται ούρα ή βλέννη, θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση των συγγενών ανωμαλιών στη χώρα αυτή (εκτελείται συριγγογραφία μετά από έγχυση σκιεράς ουσίας).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην προεγχειρητική διάγνωση της απόφυσης ΜΕCKEL είναι δυνατό να βοηθήσει το κοιλιακό σπινθηρογράφημα, κυρίως στα χρόνια κοιλιακά άλγη ή υποτροπιάζουσες αιμορραγίες ή φλεγμονές του πεπτικού

συστήματος, δεδομένου ότι ο απλός ακτινολογικός έλεγχος, δεν είναι ικανός να επιβεβαιώσει ή να αποκλείσει τη διάγνωση.

Υποστηρίζεται ότι στις περιπτώσεις μεγάλης και αιφνίδιας ή υποτροπιάζουσας και χαρακτηριστικής της υπόφυσης MECKEL, ενδείκνυται ενδοσκοπική η μελέτη μετά απο διάβαση βαριούχου πολτού. Το αρνητικό αποτέλεσμα των εξετάσεων αυτών επιβάλλει τον έλεγχο μέσω του σπινθηρογραφήματος.

Η αρχή της μεθόδου αυτής βασίζεται στη συγκέντρωση της ραδιενεργού ουσίας στο γαστρικό βλεννογόνο και επομένως είναι δυνατός ο προσδιορισμός έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου, ο οποίος στην απόφυση MECKEL ανιχνεύεται ευκολότερα.

Συνίσταται να προηγηθεί του σπινθηρογραφήματος η χορήγηση σιμετιδίνης, η οποία ελαττώνει σημαντικά την έκκριση των κυττάρων, με αποτέλεσμα την συνεχή συγκέντρωση της ραδιενεργού ουσίας στον γαστρικό βλεννογόνο. Προτείνεται για την παιδική ηλικία η χορήγηση 20 MC/χιλιογρ. β. σώματος. Επίσης υποστηρίζεται ότι ο καλύτερος χρόνος για την απεικόνιση του έκτοπου βλεννογόνου είναι 30΄της ώρας μετά την ένεση της ραδιενεργού ουσίας. Η αποτυχία της μεθόδου αυτής στη διάγνωση της απόφυσης MECKEL, ερμηνεύεται απο το γεγονός ότι τα έκτοπα γαστρικά κύτταρα είναι δυνατό να έχουν διάχυτη κατανομή, οπότε είναι δύσκολο να προσδιορισθούν ιστολογικά.

Νεώτερα αποτελέσματα έδειξαν ότι με την μέθοδο αυτή η θετική διάγνωση για την ύπαρξη απόφυσης MECKEL, ανέρχεται σε ποσοστό 80-90% ενώ για τηναπουσία της είναι άνω του 90%.

Η τυπική αιμορραγία της απόφυσης MECKEL, είναι συνήθως μετρίου ή μεγάλου μεγέθους, βυσσινόχροη και εμφανίζεται πάντοτε αιφνίδια και χωρίς προηγούμενα συμπτώματα.

Σε ποσοστό 50% των ασθενών η αιμορραγία είναι βυσσινόχροη, επίσης δε στο ίδιο ποσοστό ερυθρά και μέτρια σε ποσότητα.

Είναι χαρακτηριστική η αυξημένη συχνότητα της αιμορραγίας στο πρώτο έτος της ζωής, ο δε μεγαλύτερος αριθμός κενώσεων σε ένα 24ωρο έχει σχέση με την ηλικία των βρεφών.

Όσον αφορά στο ερυθρό ή βυσσινόχροη της αιμορραγίας, μεγάλη σημασία έχει ο χρόνος παραμονής του αίματος εντός του εντερικού σωλήνα.

Αναφέρεται ότι πολύ μικρές χρόνιες αιμορραγίες, δυνατό να προκαλέσουν μέλαινες κενώσεις, με αποτέλεσμα συχνά την πτώση της αιμοσφαιρίνης μέχρι 3-4 γρ%.

Κλινική διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει απο αιμορραγούντες κίρσους του οισοφάγου, αιμορραγία γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, αιμορραγούντες πολύποδες κυρίως του παχέος εντέρου, αιμαγγειώματα του εντέρου, αιμοραγική διάθεση και ραγάδες του δακτυλίου. Επίσης αιμορραγίες που οφείλονται σε στραγγαλισμό του εντέρου ή εγκολεασμό με την βοήθεια της σχετικής συμπτωματολογίας, της κλινικής σημειολογίας, και της εργαστηριακής μελέτης.

Η επιπλοκή της αιμορραγίας θεωρείται ότι είναι η πιο σοβαρή απο κλινικής άποψης και πολλές φορές προκαλεί σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα στον ασθενή οξύ μεθαιμορραγικό SHOCK, που απαιτεί επείγουσα προεγχειρητική αντιμετώπιση με μεταγγίσεις αίματος και άμεση ερευνητική λαπαροτομία.

Εγχειρητικά ευρήματα σε βράφη που χειρουργήθηκαν για εντερορραγία, η οποία είχε τους χαρακτήρες αιμορραγίας απόφυσης MECKEL ήταν: αιμορραγούντα εκκολπώματα λόγω έλκους απο την παρουσία έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου εκτός περιπτώσεων στην οποία η αιμορραγία οφείλεται σε εγκολεασμό της απόφυσης.

Στις παραπάνω περιπτώσεις γίνεται εκτομή των αιμορραγούντων αποφύσεων MECKEL και συρραφή του εντέρου κατά τον εγκάρσιο άξονα. Είναι δυνατό η φλεγμένουςα απόφυση να προκαλέσει συμπτωματολογία και κλινική σημειολογία οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Ποσοστό 1% των ασθενών είναι δυνατόν να παρουσιάσει υποτροπή της οξείας εντερικής απόφραξης λόγω συμφυτικής κατάστασης του εντέρου απο την προηγηθείσα φλεγμονώδη αλλοίωση του τοιχώματος του εντέρου. Συνήθως η παθολογοανατομική εικόνα επιβάλλει εντερεκτομή. Αναφέρεται αυξημένη η θνησιμότητα στα νεογνά, που παρουσιάζουν επιπλοκές της απόφυσης MECKEL.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΚΑΤΑΤΟΠΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕΣΚΕΛ ΣΤΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΚΑΙ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ Χ. ΕΥΑΓΓΕΛΑΤΟΣ,

Α. ΜΠΙΡΜΠΑΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΠΑΠΑΠΑΥΛΟΥ.

Χειρουργική Κλινική 'Καραμανδανείου Νοσοκομείου Παίδων Πατρών'
(Διευθυντής Γ. Γιαννουλόπουλος).

Στη χειρουργική κλινική του καραμανδανείου Νοσοκομείου Παίδων Πατρών, στη διάρκεια της πρώτης οκταετίας, χειρουργήθηκαν 13 νεογνά και βρέφη για Μεκέλειο απόφυση.

Περιγράφουμε τις διάφορες επιπλοκές που παρουσίασε η απόφυση σε 10 ασθενείς (77%) ενώ σε 3 (23%) ασθενείς αποτέλεσε τυχαίο εύρημα σε εγχείρηση σκωληκοειδεκτομής για οξεία σκωληκοειδίτιδα. Αιμορραγούσα Μεκέλειο απόφυση είχαν 5 ασθενείς (38,5%), σε 2 νεογνά και σε 1 βρέφος (23%) αποτέλεσε δε αίτιο εγκολεασμού του εντέρου, φλεγμένουςα δε και προκαλούσα συμφυτικό ειλεό, βρέθηκε σε 2 βρέφη αντίστοιχα (23%). Αγόρια ήσαν 10 (77%) και κορίτσια 3 (23%).

Περιγράφονται η συμπτωματολογία των ασθενών και η κλινική εικό-

να, σε σχέση με το χρονικό διάστημα που πέρασε μέχρι την εγχείρηση, καθώς και τα παθολογοανατομικά ευρήματα.

Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται στην εκτομή των αποφύσεων στη λύση των συμφύσεων και στην ανάταξη του εγκολεασμού.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές παρουσίασαν 4 ασθενείς (31%) η δε έκβαση όλων των περιπτώσεων ήταν καλή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Οι επιπλοκές της απόφυσης ΜΕΣΚΕΛ δημιουργούν σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή των νεογνών και βρεφών, αυξάνουν δε σημαντικά το ποσοστό θνησιμότητας, εάν δεν λάβει χώρα η έγκαιρη μεταφορά των ασθενών και δεν εφαρμοσθεί άμεσα η κατάλληλη προεγχειρητική αγωγή για την ανάταξη των διαταραχών του οργανισμού και η ενδεικνυόμενη χειρουργική θεραπεία.

2. Οι σοβαρές διαταραχές αφορούν στο άμεσο αιμορραγικό SHOCK λόγω της αιφνίδιας και μεγάλης αιμορραγίας συνήθως, στον μεταβολισμό, στα υγρά και στους ηλεκτρολύτες του ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου χώρου, σε οξεία εντερική απόφραξη.

Επίσης, στην τοξική κατάσταση του οργανισμού, λόγω διάχυτης περιτονίτιδας, που είναι αποτέλεσμα φλεγμονής και διάτρησης της απόφυσης.

3. Στις αιμορραγίες συνίσταται η ταχεία μετάγγιση αίματος μέχρις ότου η αιμοσφαιρίνη αυξηθεί στα 8-9 μγ % προκειμένου να υποβληθεί ακίνδυνα ο μικρός ασθενής σε ερευνητική λαπαροτομία και χειρουργική θεραπεία με γενική νάρκωση.

4. Η οξεία φλεγμονή της απόφυσης, δεν αποτελεί συχνή κλινική οντότητα, πλην όμως η παθολογοανατομική αλλοίωση του ιστού είναι δυνατόν να προκαλέσει διάτρηση και διάχυτη περιτονίτιδα όπως στην οξεία σκωληκοειδίτιδα, χωρίς να είναι δυνατό κλινικά να

διαφοροδιαγνωσθεί.

5. Στις οξείες επιπλοκές της απόφυσης και κυρίως στην αιμορραγία, δεν συνίσταται η καθυστέρηση της εγχείρησης λόγω ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων (σπινθηρογράφημα) για την πιθανή επιβεβαίωση της διάγνωσης, γιατί η απώλεια χρόνου είναι σε βάρος της υγείας του παιδιού.

6. Η παιδοχειρουργική κλινική εμπειρία, αποτελεί τον γνώμονα της έγκαιρης διάγνωσης καθώς και της άμεσης εφαρμογής της προεγχειρητικής αγωγής για την προετοιμασία του ασθενή και της ειδικής εγχειρητικής μεθόδου θεραπείας των διαφόρων επιπλοκών της απόφυσης στη νεογνική και βρεφική ηλικία.



Απόφυση του
Meckel. Εικόνα κατά τη δι-
άρκεια έγχειρήσεως για έγ-
κολεασμό.

ε

ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Κατά την εμβρυϊκή ζωή το έντερο και το μεσεντέριο φυσιολογικά λαμβάνουν διάφορες θέσεις. Ετσι μπορούν να προκύψουν ποικίλες ανωμαλίες συστροφής. κατά το συνηθέστερο τύπο ανώμαλης συστροφής το τυφλό δεν κατέρχεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Στη θέση αυτή αναπτύσσονται νέοι σύνδεσμοι, ινώδεις δε ταινίες διέρχονται:

α) Απο το εγκάρσιο και το ανιόν κόλο προς το ήπαρ.

β) Απο τα κοιλιακά τοιχώματα προς το δωδεκαδάκτυλο. Η νηστηδωδεκαδακτυλική και η ειλεοτυφλική καμπή πλησιάζουν, το λεπτό έντερο κυριολεκτικά κρέμεται και η πιαθνότητα συστροφής του μεσεντερίου είναι μεγάλη.

Συμπτώματα

Εμφανίζονται λίγες ώρες μετά τη γέννηση. Συνίσταται σε χολώδεις εμμετούς είτε συνεχείς είτε περιοδικούς συνοδευόμενοι απο περιοδική διάταση της κοιλιάς και δυσκοιλιότητας, είτε συμπτώματα ειλεού.

ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Με τον όρο αυτό εννοείται η παρουσία στρογγύλου η επιμήκης εντερικού σχηματισμού έχοντας λεπτό μυϊκό τοίχωμα επενδυσμένο απο βλεννογόνο παρόμοιο με το βλεννογόνο οποιουδήποτε τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα. Συνήθως επικοινωνεί με το φυσιολογικό έντερο. Το μήκος του εντερικού αυτού σχηματισμού ποικίλλει, εαν δεν υπάρχει διαφραγματικήλη, μπορεί εκτός την κοιλιά να καταλαμβάνει και μέρος της θωρακικής κοιλότητας.

Ο διπλασιασμός του εντέρου μπορεί να προκαλέσει ήδη απο την νεογνική περίοδο συμπτώματα εντερικής απόφραξης, μεγάλη αιμορραγία ή διάτρηση του υπάρχοντος έλκους.

Η θεραπεία συνίσταται στην άμεση χειρουργική επέμβαση.

ΕΝΤΕΡΙΚΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Εντερικοί πολύποδες αναπτύσσονται στο παχύ έντερο συχνότερα στο λεπτό.

Σε 85% των περιπτώσεων ο πολύποδας βρίσκεται στο ορθό ή στο σιγμοειδές, έτσι ψηλαφάται με το δάκτυλο ή είναι ορατός με το ορθοσιγμοειδοσκόπιο. Το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι η αποβολή λίγου αίματος απο το ορθό.

Μεγάλος πολύποδας σε μικρή απόσταση απο το δακτύλιο μπορεί να προκαλέσει τεϊνισμό.

Συνήθως ο πολύποδας αναπτύσσεται είτε στο ορθό είτε στο σιγμοειδές.

Δεν αποκλείεται όμως η ύπαρξη δυο, τριών ή περισσότερων πολυπόδων.

Σπάνια είναι η οικογενής πολλαπλή πολυπόδωση των PEUTZ-JEGHERS, είτε κληρονομείται με επικρατό γονύλλιο και χαρακτηρίζεται απο πολλαπλούς πολύποδες κατά μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα και την εναπόθεση μελαγχρωστικής στο βλεννογόνο του στόματος.

Ο πολύποδας αποκαλύπτεται με δακτυλική εξέταση αν δεν βρίσκεται στο ψηλό τμήμα του εντέρου, με ακτινογραφία στο ψηλό τμήμα του εντέρου, με ακτινογραφία μετα βαριούχο υποκλυσμό.

Η θεραπεία συνίσταται σε χειρουργική αφαίρεση. Αν ο πολύποδας βρίσκεται στο ορθό ή στο όριο μεταξύ ορθού και σιγμοειδούς, αφαιρείται εύκολα με στραγγαλισμό μέσω του ορθοσιγμοειδοσκοπίου.

ΧΡΟΝΙΑ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Πρόκειται περί σοβαρής αγνώστου οικολογίας νόσου, καθώς ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου γίνεται υπεραιμικός και εύθρυπτος, εξελκώνεται και συχνά αιμορραγεί. Μπορεί να αναπτυχθούν στο έντερο μορφώματα που μοιάζουν με πολύποδες.

Συνήθως προσβάλλονται το ορθό και το κατώτερο τμήμα του κόλου. Ο βλεννογόνος καλύπτεται από βλεννώδες ή βλεννοπυώδες εξίδρωμα και διηθείται από πολυμορφοπύρρηνα υποβλεννογονίως, αναπτύσσοντας αποστήματα, τα οποία συνεχόμενα επεκτείνονται, καταστρέφουν το βλεννογόνο και δημιουργούν έλκη. Τα χρόνια της νόσου τα έλκη διαβιβρώσκου το έντερο τόσο σε βάθος όσο και σε έκταση. Προοδευτικά προκαλείται ουλοποίηση και έτσι στένωση και βράχυνση του εντέρου.

Αίτια

Τα αίτια της ελκώδους κολίτιδας, κατά καιρούς θεωρήθηκαν μικροοργανισμοί, ψυχικοί και αλλεργικοί παράγοντες, ως και ανοσοποιητικές διαταραχές.

Κανένα όμως από τα αίτια αυτά δεν μπορεί να ενοχοποιηθεί με βεβαιότητα.

Διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας του ασθενή και προσβολή από τη νόσο άλλων μελών της οικογενείας διαπιστώνεται σε σημαντικό αριθμό περιπτώσεων.

Κλινική εικόνα

Προέρχον σύμπτωμα είναι οι διαρροϊκές κενώσεις, οι οποίες συνήθως περιέχουν βλέννα και αίμα.

Άλλοτε προηγούνται κοιλιακά άλγη, τεϊνισμός και αιμορραγία από το ορθό.

Άλλες εκδηλώσεις είναι ανορεξία, πυρετός, ναυτία, έμμετοι, κακουχία και διόγκωση του ήπατος και του σπλήνα. Πριν παρατηρείται στασιμότητα ή απώλεια βάρους και υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη, ενδεχομένως αρθρίτιδα, σιδηροπενική αναιμία, οξώδες ερύθημα ή γαγγραινώδης πυοδερμία.

Σε σοβαρές χρόνιες περιπτώσεις την δυστροφία συνοδεύουν υποπρωτεϊναιμικά οίδημα.

Σπάνια η νόσος εκδηλώνεται με αρθρίτιδα, στασιμότητα βάρους ή οζώδες ερύθημα, πολύ πριν την εμφάνιση των τυπικών διααρροϊκών κενώσεων.

Διάγνωση

Κατά τα αρχικά στάδια είναι δυσχερής, γιατί οι διααρροϊκές κενώσεις λαμβάνονται ως αποτέλεσμα μικροβιακής λοιμώξεως.

Η ταχύτητα της καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων κατά την ακμή της νόσου, είναι αυξημένη.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση, ιδίως κατά τις πρώτες εβδομάδες της νόσου, όταν ο ακτινολογικός έλεγχος με βαριούχο υποκλυσμό δεν αποκαλύπτει σαφείς αλλοιώσεις. Βραδύτερα διαπιστώνεται ακτινολογικώς, εξαφάνιση των φυσιολογικών πτυχών του παχέος εντέρου, το οποίο έτσι δίνει την εντύπωση μολυβδοσωλήνα.

Πρόγνωση

Είναι αμφίβολη κατά την παιδική ηλικία, γιατί η ύφεση της νόσου δεν προδικάζει ίαση.

Εχουν περιγραφεί υποτροπές μετά απο ύφεση διάρκειας ακόμη και πέντε ετών.

Οι σοβαρότερες επιπλοκές είναι η διάτρηση του εντέρου, η θρόμβωση ενδοκοιλιακού αγγείου και η γαγγραινώδης υποδερμία.

Η θνητότητα αναβιβάζεται σε 10%. Αξιόλογο ποσοστό ασθενών εξακολουθεί να πάσχει και κατά την ενήλικη ζωή.

Θεραπεία

Βασικά είναι συντηρητική. Συνίσταται σε ειδική δίαιτα, σε χορήγηση φαρμάκων και ψυχοθεραπεία.

Απο τη δίαιτα αποκλείονται τροφές που αφήνουν μεγάλο υπόλλειμμα και προτιμάται σιτηρό πλούσιο σε λεύκωμα και εναπορρόφητες, υδατάνθρακες (κρέας, αυγά, γάλα, τυρί, λευκό ψωμί, ρύζι κ.λ.π.)

Προστίθεται σύμπλεγμα βιταμινών Α, Β, C, D, K και σίδηρος. Επι μεγάλης αναιμίας επιβάλλεται μετάγγιση αίματος. Αυτοί οι ασθενείς ωφελούνται από τη χρήση σαλικυλαζοσουλφαπυριδίνης σε δόση 150 μγ β σ/24ωρο. περίπου 6-8 εβδομάδες.

Αν οι ιστολογικές βλάβες περιορίζονται στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου, συνιστώνται υποκλυσμοί για 50-150 μλ νερό περιέχοντας 50-100 μγ υδρακορτιζόνη ή 20-40 μγ μεθυλορεδνιζολόνης.

Οι υποκλυσμοί συνεχίζονται καθημερινώς πριν τη νυκτερινή κατάκλιση μέχρι να βελτιωθεί η κατάσταση.

Αν η κολίτιδα είναι ανθεκτική σ' αυτή τη θεραπευτική αγωγή, απόλυτα ενδείκνυνται η χορήγηση κορτικοστεροειδών είτε από το στόμα είτε παρεντερικώς. Συνήθως προηγούνται, αρχικά, επί 1 εβδομάδα 2 μγ πρεδνιζόνη/KG β 6/24ωρο. Στη συνέχεια η δόση μειώνεται ανα εβδομάδα κατά 1/5 μέχρι να ανευρισθεί η δόση συντηρήσεως. Η δόση συντηρήσεως εξακολουθεί να χορηγείται επί 4-6 μήνες.

Σε χρόνιες περιπτώσεις, στις οποίες η νόσος είτε δεν ανταποκρίνεται στα κορτικοστεροειδή είτε επιπλέκεται με εκσημασμένη εντερορραγία, περιτονίτιδα ή γαγγραινώδη πυοδερμία, επιβάλλεται χειρουργική επέμβαση, είτε ημικολεκτομή ή ολική κολεκτομή άλλοτε δε δημιουργία παραφύση έδρας.

Η τελευταία αποτελεί λύση απελπισίας, γιατί γίνεται αιτία σοβαρού ψυχικού τραύματος.

Η αναζήτηση και η απομάκρυνση των αιτιών της ψυχικής ανισοροπίας του ασθενούς επιβάλλονται. Συνήθως, αυτό βρίσκεται εντός των δυνατοτήτων του έμπειρου παιδίατρου. Αλλοτε όμως, είναι αναπόφευκτη η προσφυγή σε ικανό παιδοψυχίατρο.

ΟΓΚΟΙ

1. Νευροβλάστωμα

Είναι ο συχνότερος συγγενής όγκος. Μπορεί να είναι μεγάλος

ή μικρός και παρουσιάζεται ανώμαλος και σκληρός σαν πέτρα. Είναι δυνατό να προέρχεται απο διάφορες θέσεις. Σε σπάνιες περιπτώσεις ο όγκος αυτός μπορεί να προκαλεί διάρροια ή υπέρταση εκκρίνοντας κατεχολαμίνες.

Θα πρέπει να γίνονται προσδιορισμοί των τιμών των κατεχολαμινών και των μεταβολιτών τους.

2. Όγκος του WILMS

Είναι ο δεύτερος σε συχνότητα όγκος των νεογνών. παρουσιάζεται σαν λεία μάζα στο λαγόνιο και μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρος. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται ελαφρά για να μην προκληθεί ρήξη.

3. Τερατώματα

Αυτές οι αποτιτανωμένες ιεροκοκυλικές και οπισθοπεριτοναϊκές μέζες (απο οστά και δόντια) είναι δυνητικά κακοήθεις.

4. Βοτρυοειδές σάρκωμα

Είναι όγκος σε σχήμα τσαμπιού και ξεκινά απο τα όρια του αιδίου ή του κόλπου. Μπορεί να είναι μικρός και έτσι να θεωρηθεί για φυσιολογικός.

5. Άλλοι όγκοι

Αιμαγγειώματα, λεμφαγγειώματα, ηπατοβλάστωμα, ηπάτωμα, αμάρτωμα και νεφροί.

ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΣ ΣΤΑ ΒΡΕΦΗ

ΙΣΤΟΡΙΑ

Αποστήματα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο αναφέρονται τον 18ο αιώνα. Η πάθηση ονομαζόταν 'παρατυφλίτιδα' που ήταν φλεγμονή του τυφλού δεν ήταν όμως γενικά παραδεκτό ότι η φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης αποτελούσε το αρχικό αίτιο της πάθησης αυτής.

Το 1883 ο μεγάλος Γάλλος Χειρουργός DUPUYTREN υποστήριξε με έμφαση ότι η σκωληκοειδής απόφυση ήταν η πρωταρχική αιτία. Το γεγονός δε ότι στις νεκροτομές βρισκόταν συνήθως το τελικό στάδιο της πάθησης, καθυστέρησε αρκετά την κατανόηση της πραγματικής παθοφυσιολογίας.

Η ανακοίνωση του παθολογοανατόμου R.FITZ στο HARVARD το 1886 άλλαξε κάθε άποψη γιατί επινόησε τον όρο 'σκωληκοειδίτιδα' αντί του όρου 'περιτυφλίτιδα'.

Σ'αυτήν την κλασσική εργασία απόδειξε ότι η φλεγμονή αρχίζει στην σκωληκοειδή απόφυση και όχι στο τυφλό, παρότρυνε δε για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Η πρώτη επιτυχής σκωληδοειδεκτομή, έγινε το 1869 από τον MORTON στην Φιλαδέλφεια και μέσα σε 3 χρόνια η εγχείρηση γινόταν παντού, αλλά ιδιαίτερα στις Η.Π.Α.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι απαραίτητο να καθορισθεί ο χρόνος της έναρξης των συμπτωμάτων γιατί στα παιδιά η σκωληκοειδής απόφυση συνήθως παθαίνει ρήξη 24-36 ώρες μετά την έναρξη του κοιλιακού πόνου. Για το λόγο αυτό χρειάζεται να ληφθεί ένα ιστορικό από τους γονείς με λεπτομέρειες.

Η σωστή διάγνωση έχει άμεση σχέση με την διαγνωστική ικανότητα του χειρουργού όταν εξετάζει ένα βρέφος με κοιλιακά άλγη και επομένως στην εξέταση ενός παιδιού με την υποψία της οξείας

σκωληκοειδίτιδας. Ο χειρουργός βασίζεται στην προσωπική του εμπειρία και γνώση της παθοφυσιολογίας της κοιλιακής νόσου. Στην πάθηση αυτή αναφέρεται και ανορεξία που ορισμένοι την περιγράφουν με ποσοστό 50%.

Το πρώτο σύμπτωμα στην σκωληκοειδίτιδα, είναι το κοιλιακό άλγος.

Μετά απο λίγες ώρες ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει εμμέτους, η'απουσία όμως των οποίων δεν έχει μεγάλη σημασία. Επίσης παρατηρούμε ότι πολλοί ασθενείς με διάτρηση της απόφυσης, δεν είχαν εμμέτους.

Η σημασία των εμμέτων για την διάγνωση, λαμβάνεται υπόψη κυρίως όταν ακολουθούν τον περιομφαλικό πόνο. Αντίθετα, στην γαστρεντερίτιδα οι εμμέτοι προηγούνται του κοιλιακού άλγους.

Ο μηχανισμός των εμμέτων, πιστεύεται ότι ξεκινάει απο τους υποδοχείς της σκωληκοειδούς. Αυτό παρατηρήθηκε στη διάρκεια εγχειρήσεων που έγιναν με τοπική αναισθησία σε ηλικιωμένους ασθενείς στους οποίους το κοιλιακό τοίχωμα παρ'όλο ότι είχε αναισθητοποιηθεί τελείως, έλξη της απόφυσης μπορούσε να προκαλέσει έμμετο.

Μετά απο μερικές ώρες ο περιομφαλικός πόνος συνήθως μεταφέρεται και εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Η εντόπιση αυτή προκαλείται πιθανώς απο μια μικρή ποσότητα υγρού που μετακινείται απο την απόφυση στο τοιχωματικό περιτόναιο.

Σε περιπτώσεις οπισθοτυφλικής θέσης της σκωληκοειδούς απόφυσης έχει παρατηρηθεί ότι ο περιομφαλικός πόνος μπορεί να διατηρηθεί και για μέρες ακόμα και μπορεί να μην φτάσει στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, ακόμα και σε περιπτώσεις διάτρησης.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Τα κλινικά σημεία αρχίζουν να φαίνονται μετά την εντόπιση

του πόνου στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Στην αρχή υπάρχει μια υποχωρούσα ευαισθησία στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιακής χώρας.

Καθώς η φλεγμονή του περιτοναίου προχωρεί, αναπτύσσεται αντίσταση του ορθού κοιλιακού μυ, με τη θέληση του παιδιού, στη συνέχεια σύσπαση των μυών του δεξιού λαγόνιου βόθρου (αυτόματη χωρίς τη θέληση του παιδιού) και τελικά αναπηδώσα ευαισθησία. Η ευαισθησία αυτή παρουσιάζεται όταν ο εξετάζων ιατρός πιέζει τα κοιλιακά τοιχώματα προς τα κάτω βραδέως, σταματώντας στη συνέχεια για λίγα δευτερόλεπτα όταν ο άρρωστος αισθάνεται καλά και τελικά απομακρύνει τα χέρια του ταχαιώς. Εάν ο άρρωστος αντιδράσει, ξαφνικά η εξέταση αυτή είναι πολύ πειστική για αντίδραση του περιτοναίου.

Η δακτυλική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει ευαισθησία που οφείλεται σε ερεθισμός του περιτοναίου του δεξιού δουγλασίου χώρου.

Η θερμοκρασία του παιδιού που πάσχει από οξεία σκληλοειδίτιδα, συνήθως αυξάνεται μέχρι 38-38,5⁰C.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

1) Η αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος μέχρι και 20.000 ορισμένες φορές και αύξηση των πολυμορφοπύρηνων μέχρι και 80-90% πολλές φορές, δεν βοηθάει πολύ στη διάγνωση γιατί παρατηρούνται και σε άλλες λοιμώξεις ακόμα και σε ιώσεις.

Λευκοπενία σε οξεία σκληλοειδίτιδα χωρίς διάτρηση μπορεί να έχει σχέση με προηγηθείσα λογενή λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος.

2) Ακτινογραφία της κοιλιάς γίνεται στην βρεφική ηλικία όταν υπάρχει πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης. Είναι δυνατόν να παρατηρήσουμε μια κύρτωση της σπονδυλικής στήλης με το κοίλο προς το δεξιό μέρος που οφείλεται σε σύσπαση των δεξιών κοιλιακών μυών.

Επίσης συχνή είναι η σκιαγράφηση ενός διατεταμένου τυφλού που περιέχει ένα υδραερικό επίπεδο. Ακόμα μπορούμε να δούμε έναν ασβεστοποιημένο κοπρόλιθο, μέσα στον αυλό της σκωληκοειδούς απόφυσης, αυτό όμως πετυχαίνεται όταν το παιδί τοποθετείται σε διαφορετικές θέσεις.

Σ' ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών, η παρουσία του λίθου αυτού μαζί με κοιλιακά άλγη έχει σχέση με διάτρηση της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Σε περίπτωση διάτρησης ειδικά σε βρέφη, παρατηρούμε μια διαύγαση που οφείλεται στα αέρια του εντέρου στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της περιτοναϊκής κοιλότητας και μια αύξηση του πάχους του πλαγίου κοιλιακού τοιχώματος που οφείλεται σε οίδημα των ιστών.

Η διάτρηση σε παιδιά κάτω των 2 ετών γίνεται πολύ γρήγορα και η περιτονίτιδα που επακολουθεί είναι διάχυτη γιατί το επίπλουν στην ηλικία αυτή είναι κοντό και επομένως δεν φτάνει στο δεξιό λαγόνιο βόθρο για να καλύψει την απόφυση και το τυφλό και να δημιουργήσει τοπική περιτονίτιδα.

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα στην πολύ μικρή ηλικία, είναι σπάνια και αναφέρεται μόνο 2%.

Η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στα βρέφη, είναι πολύ δύσκολη γι' αυτό τα πιο πολλά έρχονται στο νοσοκομείο με διάχυτη περιτονίτιδα.

Σε περίπτωση αμφιβολίας για την διάγνωση, απαραίτητη είναι η ακτινογραφία θώρακος στην οποία μπορούμε να δούμε πνευμονία του κάτω λοβού στην οποία οφείλονται τα κοιλιακά άλγη που μεταδίδονται προς τα κάτω δια του φρενικού νεύρου.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΔΙΑΤΡΗΣΗ

Όταν γίνει διάτρηση της φλεγμένουςας απόφυσης που συνήθως εντοπίζεται στην κορυφή της και σε ένα ποσοστό υπάρχει και κοπρό-

λιθος στον αυλό της, το παιδί μένει ακίνητο και μπορεί να τραβάει το δεξί του πόδι προς τα πάνω.

Επίσης, σε πολλά παιδιά παρατηρείται υπέρκαμψη του δεξιού ισχίου και σε ορισμένες περιπτώσεις πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση απο οστεομυελίτιδα, ή πύαρθρο της κατισχίον άρθρωσης, ή υμενίτιδα.

Το παιδί με περιτονίτιδα τοπική ή διάχυτη, αναπνέει συχνά με ανοιχτό το στόμα, λόγω μικρού βαθμού ταχύπνοιας στο τέλος δε κάθε εισπνοής μπορεί να σταματάει να αναπνέει για λίγο, λόγω κοιλιακού πόνου.

Επίσης, οι έμμετοι στις περιπτώσεις περιτονίτιδας είναι πιο συχνοί, στην αρχή χολώδεις αργότερα όμως γίνονται κοπρανώδεις λόγω πάρεσης του εντέρου (παρελυτικός ειλεός οπότε το εντερικό περιεχόμενο προχωρεί προς τον στόμαχο και αποβάλλεται με τους εμμέτους.

Το σώμα του παιδιού είναι θερμό και το δέρμα ξηρό, έχει δε υψηλό πυρετό ($38,5 - 40^{\circ}\text{C}$). Παρουσιάζει επίσης Ιπποκράτειο προσωπείο.

Σε περίπτωση διάχυτης περιτονίτιδας στο πρώτο στάδιο η τοπική κλινική σημειολογία συνίσταται σε καθολική σύσπαση και αντίσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων χωρίς μετεωρισμό της κοιλιάς και με έντονη ευαισθησία, δηλαδή πρόκληση πόνου στην απλή ψηλάφηση του κοιλιακού τοιχώματος είτε με την παλάμη, είτε με το δάκτυλο του εξετάζοντα ιατρού.

Αργότερα, παρατηρείται καθολικός μεωρισμός της κοιλιάς λόγω μεγάλης διάτασης του εντέρου που είναι συνέπεια της διάχυτης φλεγμονής του περιτοναίου και του διάχυτου πύου μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Σε παιδιά που έχουν τοπική περιτονίτιδα, δηλαδή ελεύθερο πύο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, η κλινική σημειολογία εντοπίζεται στο

τοίχωμα της δεξιάς κάτω κοιλιακής χώρας ή στο δεξιό μεσογάστριο, όταν η θέση του τυφλού είναι υψηλή.

Δηλαδή, εκτός του αυτόματου ή προκλητού πόνου στην ψηλάφηση και της σύσπασης ή αντίστασης των τοιχωμάτων, σε μεγάλο ποσοστό ψηλαφούμε μια επώδυνη ανώμαλη και ακίνητη μάζα στη χώρα αυτή, η οποία ψηλαφάται επίσης δια του πρόσθιου και πλάγιου τοιχώματος του ορθού στην δακτυλική εξέταση.

Επίσης, η μάζα αυτή ψηλαφάται καλύτερα με την αμφίχειρη εξέταση, δηλαδή απο το κοιλιακό τοίχωμα με την παλάμη και με τον δεξιό δείκτη απο το ορθό.

Για να μην συμβεί περιτονίτιδα, πρέπει να γίνει έγκαιρα η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας. Οι παράγοντες επομένως που είναι απαραίτητοι για να γίνει έγκαιρα η διάγνωση είναι οι εξής:

- 1) Κλινική εμπειρία του Παιδιάτρου και του Παιδοχειρουργού.
- 2) Λήψη πολύ καλού ιστορικού που θα βοηθήσει εύκολα τη διαφορική διάγνωση.
- 3) Καλή κλινική εξέταση
- 4) Συνεργασία των γονέων.
- 5) Εκτίμηση των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης σε σχέση με την ανατομική (θέση απόφυσης, ηλικία παιδιού, χρόνο νόσησης, τα ειδικά συμπτώματα).

Ενα άλλο κλινικό σύμπτωμα που έχει μεγάλη σημασία για την διαφορική διάγνωση, είναι οι διαρροϊκές κενώσεις που παρουσιάζουν πολλά παιδιά με περιτονίτιδα και που συμβαίνει ακόμα σε οξεία σκωληκοειδίτιδα χωρίς διάτρηση όταν η απόφυση έχει πυελική θέση οπότε ερεθίζεται το ορθοσιγμοειδές απο το φλεγμονώδες υγρό. Επίσης σπάνια έχει συμβεί και συχνουρία ή αιματουρία, λόγω επέκτασης της φλεγμονής στην ουροδόχο κύστη.

Οι διααρροϊκές κενώσεις στην περιτονίτιδα, περιέχουν μικρή ποσότητα βλέννης και δεν είναι μεγάλες όπως αντίθετα συμβαίνει στην γαστρεντερίτιδα.

Η αφυδάτωση που έχουν τα παιδιά με περιτονίτιδα, οφείλεται σε απώλεια πλάσματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τα παιδιά με περιτονίτιδα παρουσιάζουν κλινικά το γνωστό "Ιπποκράτειο προσωπείο" ή περιτοναϊκό, που χαρακτηρίζει την βαριά κλινική εικόνα από την αφυδάτωση και την τοξικότητα των ιστών.

Συνήθως η κλινική πορεία ενός αποστήματος είναι μακρότερη από τη διάχυτη περιτονίτιδα, όταν δε συμβεί το απόστημα να ραγεί προς την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα, εκτός του έντονου κοιλιακού άλγους που είναι χαρακτηριστικό των αποστημάτων του δεξιού λαγόνιου βόθρου και της πυελικής κοιλότητας, το παιδί δείχνει εικόνα μεγάλου βαθμού τοξικότητας, ολιγουρία, στικτό δέρμα, σημεία σηψαιμίας από αρνητικά κατά GRAM μικρόβια και πτώση του αριθμού των αιμοπεταλίων.

Στην ακρόαση, οι περισταλτικοί ήχοι του εντέρου, απουσιάζουν ή είναι σπάνιοι.

Στην επίκρουση των κοιλιακών τοιχωμάτων, διαπιστώνουμε είτε έντονη τυμπανικότητα, είτε αμβλύτητα πάνω από το διάχυτο πύο ή το απόστημα ή από μάζα εντερικών ελίκων που έχουν συμπέσει. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια ή κατακεκλιμένη θέση, δείχνουν τις διατεταμένες έλικες του εντέρου που περιέχουν αέρια χωρίς υδραερικά επίπεδα.

Αλλά ακτινολογικά ευρήματα στις περιτονίτιδες, είναι η κατάργηση της σκιάς του γοίτου μός πάχυνση του κοιλιακού τοιχώματος λόγω του φλεγμονώδους, παρουσία κοπρόλιθου στον αυλό της απόφυσης ή στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και η τυπική υδραερική

εικόνα στην κάτω κοιλιακή ή πυελική κοιλότητα.

Και στην οξεία σκωληκοειδίτιδα χωρίς διάτρηση σε ικανό αριθμό ασθενών, είναι δυνατό στην απλή ακτινογραφία κοιλίας να παρατηρήσουμε ανώμαλη κατανομή των αερίων στο έντερο, ελεύθερο περιτοναϊκό υγρό, σκολίωση της Σ.Σ.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1) Γαστρεντερίτιδα. Αποτελεί τη συχνότερη αιτία κοιλιακών αλγών στα παιδιά, που μεταφέρονται στην παιδιατρική και παιδοχειρουργική εφημερεύουσα κλινική των νοσοκομείων.

2) Ουρολοίμωξη. Στη λοίμωξη αυτή ο πυρετός και η λευκοκυττάρωση, αυξάνονται πολύ και δυσανάλογα προς τα κλινικά ευρήματα από την κοιλία.

Η όλη εικόνα έρχεται σε αντίθεση με την συνήθη της οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Σε περίπτωση μικρού σκωληκοειδογενούς αποστήματος, μπορεί να παρατηρήσουμε σχολική απόφραξη του δεξιού ουρητήρα και στα ούρα παρουσία ερυθρών αιμοσφαιρίων και πυοσφαιρίων.

3) Δυσκοιλιότητα. Συμβαίνουν κοιλιακά άλγη στην περιοχή του τυφλού, ήπιου χαρακτήρα, χωρίς άλλα συμπτώματα, στην ψηλάφηση δε βρίσκουμε μια κινητή λίγο επώδυνη μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο που οφείλεται σε κοπρόσταση.

4) Φλεγμονώδεις παθήσεις της πυέλου

5) Μεσεντερική αδενίτιδα λόγω ιώσεων στην οποία το παιδί έχει πολύ υψηλό πυρετό, εμέτους, ερυθρότητα του προσώπου και φλεγμονή του βλεννογόνου του φάρυγγα ή αμυδαλίτιδα.

6) Αδενίτιδα ειλεοτυφλική ή του δεξιού λαγονίου βόθρου. Πρόκειται περί εντοπισμένης φλεγμονής των λεμφαδένων στον δεξιό λαγόνιο βόθρο και όχι της διάχυτης μορφής. Έδω ο πόνος εντοπίζεται στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιακής χώρας και δεν αρχίζει

στην περιτομιακή χώρα.

7) Λαγώνιος και βουβωνική αδενίτιδα. Η φλεγμονή των αδένων της δεξιάς βουβωνικής χώρας, συνήθως είναι αποτέλεσμα τραυματισμού του δεξιού σκέλους.

8) Λοίμωξη απο σαλμονέλλες, δηλαδή τυφικές και παρατυφικές λοιμώξεις. Οι διάρροιες εδώ είναι μεγάλες και παρατεταμένες.

9) Πνευμονία. Σε περίπτωση πνευμονίας που εντοπίζεται στον κάτω λόβό του πνεύμονα και ιδιαίτερα του δεξιού, ο πόνος αντανακλά στην κοιλιακή χώρα δια του 10ου και 11ου θωρακικού νεύρου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εγχείρηση για την οξεία σκωληκοειδίτιδα, πρέπει να γίνει μετά τη διάγνωση μέσα σε ένα λογικό χρονικό διάστημα ωρών.

Σε περιπτώσεις δυνατού πόνου, η εγχείρηση γίνεται σύντομα, οπωσδήποτε όμως δεν πρέπει να καθυστερήσει περισσότερο απο ένα 12ωρο το αργότερο.

Είναι απαραίτητη η προεγχειρητική αγωγή για τη διόρθωση της αφυδάτωσης και της διαταραχής των ηλεκτρολυτών, της αλκάλωσης λόγω πολλών εμμέτων, της ελάττωσης της υψηλής θερμοκρασίας του σώματος, της αντιμετώπισης του μετεωρισμού της κοιλιάς με εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα και χορήγηση αντιβιοτικών.

Στις απλές περιπτώσεις οξείας σκωληκοειδίτιδας χωρίς επιπλοκές, δεν υπάρχει ανάγκη χορήγησης υγρών ενδοφλεβίως ή αντιβιοτικών.

Η καλή προεγχειρητική αγωγή, έχει μεγάλη σημασία για την καλή έκβαση της εγχείρησης και της μετεγχειρητικής πορείας του αρρώστου, με αποτέλεσμα να μειώνεται πάρα πολύ η θνησιμότητα σε περιπτώσεις τοπικής και κυρίως διάχυτης περιτονίτιδας.

Το παιδί με περιτονίτιδα, τουλάχιστον για λίγες ώρες πρέπει να προετοιμασθεί με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, πλάσματος

ή ακόμα και μετάγγιση αίματος, σε βαριές τοξικές καταστάσεις.

Στην εγχείρηση, η διάνοιξη περιτοναϊκής κοιλότητας, γίνεται με εγκάρσια ή λοξή λαγόνιο τομή. Στη συνέχεια εξωτερικεύουμε το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση η οποία μπορεί να εμφανίζει διάχυτη φλεγμονή ή περιορισμένη στην κορυφή της, να είναι διογκωμένη ή γαγγραινώδης, να περιέχει κοπρόλιθο ή να παρουσιάζει ακόμη και διάτρηση.

Η εγχείρηση γίνεται πολύ δύσκολη, όταν η θέση της απόφυσης είναι οπισθοτυφλική ανιούσα ή υφηπατική και όταν ακόμη υπάρχουν πολλές φλεγμονώδεις συμφύσεις.

Σε περιπτώσεις τοπικής ή διάχυτης περιτονίτιδας είναι πάντοτε εφικτή η σκωληκοειδεκτομή μετά την αναρρόφηση του πύου και τη λύση των συμφύσεων ή ψευδομεμβρανών μεταξύ των εντερικών ελίκων που πολλές φορές βρίσκουμε.

Γίνεται πλύση της περιτοναϊκής κοιλότητας με ζεστό φυσιολογικό ορό, τοποθετούμε δε παροχέτευση στην περιτοναϊκή κοιλότητα και καθετήρα για καθημερινές εγχύσεις διαλύματος κεφαλοσπορίνης. Το αντιβιοτικό αυτό χορηγείται και ενδοφλεβίως στην μετεγχειρητική αγωγή.

Δείγμα πύου στέλνουμε για καλλιέργεια και τέστευαισθησίας των μικροβίων στα αντιβιοτικά, έτσι ώστε να χορηγήσουμε μετεγχειρητικά στο παιδί τα καταλληλότερα φάρμακα.

Σε περιπτώσεις βαριάς περιτονίτιδας, με σοβαρές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις των ιστών και αιμορραγία, γίνεται μετάγγιση αίματος στη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και μετεγχειρητικά αν χρειασθεί.

Σε περιπτώσεις παραμελημένης τοπικής περιτονίτιδας (αποστήματος του λαγόνιου βόθρου ή της πυέλου) προβαίνουμε σε παροχέτευση του αποστήματος με γενική νάρκωση, την δε σκωληκοειδεκ-

τομή προγραμματίζουμε μετά ένα εξάμηνο τουλάχιστον, για να απορροφηθούν οι φλεγμονώδεις ιστοί και οι συμφύσεις.

Αντιμετωπίζουμε και τις περιπτώσεις του αποφρακτικού ειλεού σε περιτονίτιδες, λόγω σύμφυσης και απόφραξης εντερικών ελίκων ή πίεσης του εντέρου απο το απόστημα.

Τα μικρόβια που καλλιεργούνται στο δείγμα του πύου που στέλνουμε στο εργαστήριο είναι κυρίως κολοβακτηρίδια (70-90%) ή πρωτέας ή κλεμπσιέλλες και αναερόβια μικρόβια τα οποία είναι υπεύθυνα για τις περιτονίτιδες σε ποσοστό 40-60% αλλά και οι ιοί μπορεί να προκαλέσουν διάτρηση της σκληροειδούς απόφυσης και διάχυτη περιτονίτιδα όπως είναι ο ιός της ιλαράς ή ανεμοβλογιάς.

Σε αιματογενείς όμως περιτονίτιδες όπου δεν υπάρχει διάτρηση της απόφυσης, συνήθως καλλιεργούμε πνευμονιόκοκκο ή σταφυλόκοκκο και πολύ σπάνια κολοβακτηρίδιο που προκάλεσε την σηψαιμία.

Αρχίζουμε την αντιβίωση εμπειρικά περιμένοντας το αποτέλεσμα της καλλιέργειας του πύου και τοτέστ ευαισθησίας στα διάφορα αντιβιοτικά.

Εφαρμόζουμε συνδυασμένη θεραπεία ενδοφλέβιας χορήγησης και στάγδην έγχυσης μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, διαλυμάτων κεφαλοπορινών ή χορηγούμε αμυνογλυκοσίδες (BRIKLIN, NETROMYCIN).

Για τα αναερόβια μικρόβια χορηγούμε ειδικά αντιβιοτικά όπως είναι το FLAGYL, DALACIN.

Εκτός της αντιβίωσης στην μετεγχειρητική αγωγή, εφαρμόζουμε παρεντερική χορήγηση των απαραίτητων υγρών (διάλυμα ηλεκτρολυτών, διάλυμα γλυκόζης 5%, φυσιολογικό ορό, πλάσμα ή υποκατάστατα αυτού, μετάγγιση αίματος).

Παρακολουθούμε τη θερμοκρασία του ασθενούς με τρίωρη θερμομέτρηση, το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα, το ποσόν των ούρων του 24ώρου αν είναι αναγκαίο και αν μας επιτρέπει η ηλι-

κία του βρέφους, και φροντίζουμε ο ρινογαστρικός καθετήρας να παροχέτευει το περιεχόμενο του στομάχου κανονικά κάνοντας πλύσεις με φυσιολογικό ορρό. Τέλος κάνουμε αλλαγές του τραύματος καθημερινά.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1) Διαπύση επιπολής ή στο βάθος του χειρουργικού τραύματος.

Οφείλεται σε ανάπτυξη των ίδιων μικροβίων ή σε επιμόλυνση με ψευδομονάδα του κυανού πύου.

Στις περιπτώσεις αυτές ανοίγουμε το τραύμα για την παροχέτευση του πύου και εφαρμόζουμε αντισηψία με H_2O_2 πωματίζοντας την κοιλότητα με αποστειρωμένη γάζα.

2) Υποτροπή του πυελικού αποστήματος ή της τοπικής ή της πολύ σπάνια διάχυτης περιτονίτιδας. Η επιπλοκή αυτή μπορεί να συμβεί όταν δεν έχει γίνει καλή παροχέτευση του πύου ή όταν τα μικρόβια είναι ανθεκτικά και στα ισχυρότερα αντιβιοτικά ή όταν το αντιβιοτικό δεν φτάνει στις κοιλότητες, λόγω ανάπτυξης κάψας απο παχύ φλεγμονώδη ιστό. Σημειωτέον ότι η διάνοιξη των πυελικών αποστημάτων γίνεται απο το πρόσθιο τοίχωμα του ορθού χωρίς να κάνουμε λαπαροτομία. Το κεντρικό σημείο της κοιλότητας που κλυδάζει, το εντοπίζουμε με την δακτυλική εξέταση.

3) Συμφυτικός ειλεός. Προκαλείται απο τις φλεγμονώδεις συμφύσεις και ψευδομεμβράνες οι οποίες πολλές φορές συμφύονται στερεά πάνω στο τοίχωμα του εντέρου και είναι αδύνατο στην εγχείρηση να αφαιρεθούν, γιατί μια τέτοια προσπάθεια προκαλεί μεγάλη αιμορραγία και νέκρωση του ορογόνου χιτώνα του εντέρου.

Η αντιμετώπιση είναι στην αρχή συντηρητική είναι δυνατόν όμως ο ασθενής να ξαναχειρουργηθεί για την επιπλοκή αυτή.

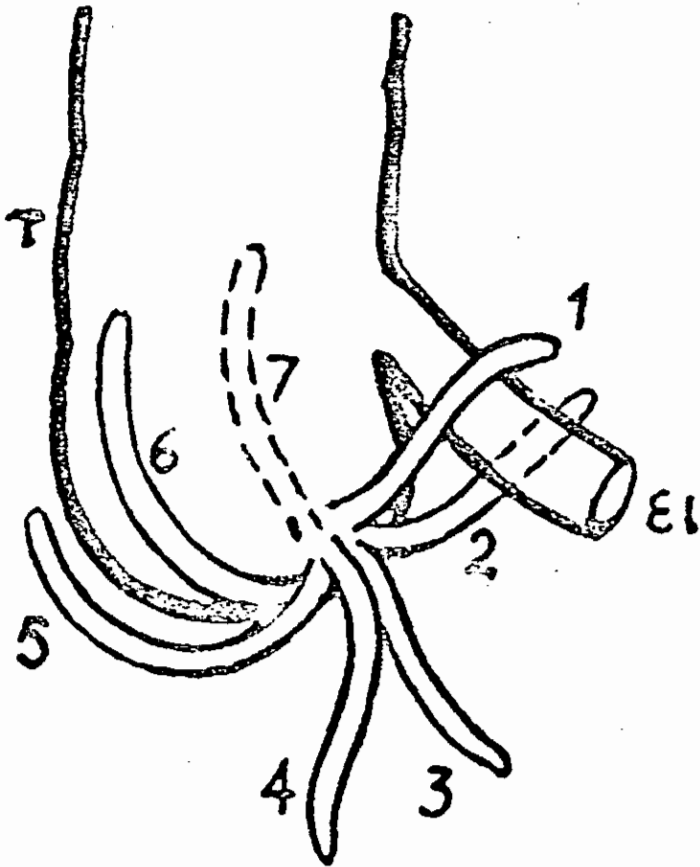
Ο συμφυτικός μεταγχειρητικός ειλεός, δεν είναι τόσο συχνή επιπλοκή, συνήθως δε θεραπεύεται συντηρητικά, είτε στην άμεση

Σκωληκοειδίτις

Διάφορες θέσεις της σκωληκοειθούς

1. Πρόσθια έσω 2. πίσω απο τον
ειλεό. 3.4 κάτω τελική 5. κά-
τω έξω 6. Ανιούσα 7. οπισθο-
τυφλική

Ε.Τ. = ειλεός



είτε στην απώτερη μετεγχειρητική περίοδο.

4) Αιμορραγία του τραύματος ή στην περιτοναϊκή κοιλότητα (εσωτερική).

Η διάγνωση θα γίνει απο το πρόσφατο αίμα που θα δούμε στις γάζες του τραύματος, ή σε περίπτωση εσωτερικής αιμορραγίας, τις διαταραχές του σφυγμού (ταχυσφυγμία), την πτώση της αρτηριακής πίεσης, την ωχρότητα του δέρματος και των βλεννογόνων του ασθενή και αργότερα τις διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας του αναπνευστικού, ουροποιητικού και νευρικού συστήματος.

Σε επιπολής αιμορραγία κάνουμε απολίνωση των αγγείων που αιμοραγούν.

Σε εσωτερική αιμορραγία χορηγούμε αμέσως αίμα και όταν η πίεσή του ανέβει σε επιθυμητό επίπεδο, μεταφέρεται στο χειρουργείο όπου κάνουμε λαπαροτομία για την απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου και την αφαίρεση των πηγμάτων του αίματος απο την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Η θνησιμότητα στις περιτονίτιδες ακόμα και στις πολύ βαριές είναι πολύ μικρή με προϋπόθεση όμως την έγκαιρη μεταφορά και διάγνωση του παιδιού στο Νοσοκομείο και τη σωστή αντιμετώπιση.

ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΜΕΓΑΚΟΛΟ

Το 1866 ο Δανός Παιδίατρος HIRSCH SRUNG περιέγραψε την κλινική εικόνα και τα νεκροτομικά ευρήματα σε δυο βρέφη ηλικίας 7 και 11 μηνών, που πέθαναν από δυσκοιλιότητα που συνδιαζόταν με διάταση και υπερτροφία του κόλου.

Ήταν ο πρώτος που ανέφερε ότι η πάθηση αυτή που πήρε και το όνομά του, οφείλεται σε συγγενή ανωμαλία.

Παθολογική ανατομία

Χαρακτηρίζεται από επίμονον από της γεννήσεως δυσκοιλιότητα και διατάσεως της κοιλιάς.

Ιστολογικώς διαπιστώνεται έλλειψη των παρασυμπαθητικών γαγγλιακών κυττάρων του μυεντερικού πλέγματος του AUERBACH. Η γαγγλιονική περιοχή του εντέρου, εκτείνεται από το δακτύλιο μέχρι ύψους 5-25 εκατοστών.

Λειτουργική συνέπεια της έλλειψης των αγγαγγλιακών κυττάρων, είναι αύξηση του μυϊκού τόνου και της συστολής του αγγαγγλιονικού τμήματος της οποίας επέρχεται μυϊκή χάλαση. Παρακωλύεται η προώθηση του εντερικού περιεχομένου με αποτέλεσμα αρχικά μεν υπερτροφία, ακολουθεί δε σημαντική διάταση της υπερκείμενης του αγγαγγλιονικού τμήματος μοίρας του εντέρου, εντός της οποίας συσσωρεύονται κόπρανα.

Αιτιολογία

Το συγγενές μεγάκολο είναι αποτέλεσμα της διακοπής της μετανάστευσης των νευροβλαστών του πεπτικού σωλήνα στο τελικό τμήμα του εντέρου.

Είναι βέβαιο ότι η πάθηση αυτή παρουσιάζει οικογενειακή επίπτωση.

Προσεκτική γενετική μελέτη έδειξε ότι υπάρχει 20% πιθανότητα να εμφανισθεί σε αδελφούς.

Ο τύπος της 'βραχείας έλικας' του συγγενούς μεγακόλου, αναφέρεται ότι είναι 5 φορές συχνότερος σε αγόρια, ο τύπος όμως του εκτεταμένου μεγακόλου εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα στα δυο φύλα.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Στη νεογνική ηλικία το 1/5 των περιπτώσεων εντερικής απόφραξης, οφείλεται στο συγγενές μεγάλολο.

Διάφορες στατιστικές αναφέρουν συχνότητα 1 συγγενές μεγάλολο σε 5.000-10.000-20.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών.

Στην Αμερική γεννιούνται κάθε χρόνο 700 νεογνά με συγγενή μεγάλολα ενώ στα εκτεταμένα υπάρχει οικογενειακή επίπτωση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η πάθηση αυτή διαφέρει απο πολλές άλλες συγγενείς ανωμαλίες του πεπτικού συστήματος, γιατί συνήθως τα νεογνά αυτά γεννιούνται με φυσιολογικό βάρος σώματος.

Τα συμπτώματα και η κλινική σημειολογία σε μεγάλο ποσοστό είναι εμφανής τα δυο πρώτα 24ωρα της ζωής, μέχρι την 6η δε μέρα σχεδόν όλα τα νεογνά παρουσιάζουν τα συμπτώματα του συγγενούς μεγακόλου.

α) Οι έμμετοι: Είναι συνήθως δυο φορές πιο συχνοί απο τα άλλα συμπτώματα. Αναφέρονται σε ποσοστό νεογνών 88,3%. Συνήθως είναι χολώδεις, μπορεί όμως να είναι και κοπρανώδεις.

β) Αρνηση τροφής: Παρατηρείται σε ορισμένα νεογνά και θεωρείται πρωίμο σύμτωμα.

γ) Διάταση της κοιλιάς: Δεν αποτελεί πρωίμο κλινικό σημείο γιατί ο μετεωρισμός της κοιλιάς συχνά αυξάνειλόγω, αφ'ενός κατάποσης αέρος, αφ'ετέρου ανάπτυξης αερίων μέσα στο έντερο.

δ) Ορατές περισταλτικές κινήσεις διατεταγμένων ελίκων του εντέρου και ψηλάφηση αυτών σε πολλές περιπτώσεις κάτω απο τα κοιλια-

κά τοιχώματα.

ε) Διαταραχή αποβολής μηκωνίου: Αποτελεί χαρακτηριστικό κλινικό σημείο στο συγγενές megacolon και παρατηρείται συχνά.

Μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα αλλά σε ικανό αριθμό νεογνών μπορεί να συνοδεύεται απο εμμέτους.

Αναφέρεται ότι στο 50% των νεογνών παρατηρείται καθυστέρηση στην αποβολή του μηκωνίου και στο 1/3 των περιπτώσεων αποβολή πολύ μικρής ποσότητας σκληρού μηκωνίου.

Αναφέρεται όμως σε λίγα νεογνά φυσιολογική αποβολή μηκωνίου.

στ) Διάρροια: Συχνά αποτελεί απώτερη κλινική εκδήλωση της ανωμαλίας στη νεογνική περίοδο και είναι αποτέλεσμα εντεροκολίτιδας η οποία συμβαίνει και αποτελεί σοβαρή επιπλοκή.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Ακτινολογική μελέτη

α) Γίνεται απλή ακτινογραφία κοιλιάς του νεογνού σε ορθία θέση. Στα νεογνά στην απλή ακτινογραφία είναι αδύνατη η διαφορική διάγνωση μεταξύ των διατεταγμένων ελίκων του λεπτού και του παχέος εντέρου.

β) Βαριούχος υποκλυσμός. Έχει μεγάλη σημασία στη διάγνωση του συγγενούς megacolon στη νεογνική περίοδο. Μετά έγχυση ορισμένης ποσότητας.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Επειδή το συγγενές megacolon δημιουργεί ατελή εντερική απόφραξη στο νεογνό ή το παιδί, πρέπει στη διαφορική διάγνωση να περιλαμβάνονται παθήσεις που προκαλούν ατελή απόφραξη του εντέρου όπως π.χ. ατελής απόφραξη του αυλού του εντέρου απο μηκόνιο ή έλκος ή στένωση συγγενή ή πίεση του εντέρου εν των έξω ή ατελή στροφή αυτού, ή λειτουργικές διαταραχές του εντέρου.

Επίσης, η διαφορική διάγνωση απο την πλήρη μηχανική εντερι-

κή απόφραξη θα γίνει εύκολα η λήψη απλών ακτινογραφιών της κοιλιάς σε όρθια θέση, οι οποίες δείχνουν διάταση των εντερικών ελικών και πολλά υδραερικά επίπεδα τα οποία μεγαλώνουν εκ των άνω προς τα κάτω διακοπτόμενα απότομα στο επίπεδο της πλήρους απόφραξης.

Κάτω απο το επίπεδο αυτό δεν παρατηρείται αέρας στο έντερο το τμήμα δε αυτό της κοιλιάς παρουσιάζει όπως λέμε '!'σέγή!'.

Στις περιπτώσεις αυτές, η διαφορική διάγνωση γίνεται απο τις εξής παθήσεις ή συγγενείς ανωμαλίες:

- α) Ατρησία του τελικού ειλεού και του κόλου.
- β) Ειλεός εκ βύσματος μηκωνίου
- γ) ειλεός εκ μηκωνίου που οφείλεται στην ισοκυστική νόσο.
- δ) Ατελής στροφή του εντέρου.
- ε) Αδράνεια του κόλου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1) Συντηρητική: Γίνεται καθημερινά με υποκλυσμό φυσιολογικού διαλύματος χλωριούχου νατρίου σε θερμοκρασία 35°C. Δεν χρησιμοποιείται νερό λόγω του κινδύνου της ενδοτοξίνωσης

2) Χειρουργική: Στην νεογνική περίοδο και σε ειδικές περιπτώσεις παραμελημένου megάκολου σε βρέφη και παιδιά, εκτελούμε στην πρώτη φάση δεξιά κολοστομία. Αργότερα, μετά ένα έτος, εκτελούμε την κοιλιοπερινεϊκή εγχείρηση για τη θεραπεία του συγγενούς megάκολου χρησιμοποιώντας ορισμένες τεχνικές, οι κλασσικές των οποίων είναι οι μέθοδοι, SWENSON, SOAVE, MARTIN στο ολικό συγγενές megάκολο, DUHAMEL κ.λ.π.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Στο νεογνικό megάκολο η θνησιμότητα παραμένει πολύ υψηλή (20-70%). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν τη σημασία που έχει η άμεση εγχείρηση της κολοστομίας λόγω του ότι αποτρέπει την

υψηλή θνησιμότητα απο την έντεροκολίτιδα που αναπτύσσεται σύντομα στα νεογνά με την πάθηση αυτή.

ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΙΤΙΔΑ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η νεκρωτική έντεροκολίτιδα είναι βαριά, συχνά θανατηφόρος πάθηση που παρατηρείται κυρίως σε πρόωρα νεογνά. Τα διάφορα Κέντρα αναφέρουν συχνότητα απο 1 μέχρι 10% για τα νεογνά που γεννιούνται πρόωρα.

1. Η συχνότητα εξαρτάται απο τον τύπο του πληθυσμού αρρώστων νεογνών που εισάγονται συχνότερα στα διάφορα τμήματα νεογνών.
2. Η πάθηση παρατηρείται και σε τελειόμηνα νεογνά καθώς και σε μεγαλύτερα παιδιά.
3. Τις περισσότερες φορές η έναρξη συμβαίνει κατά την 6η ή 7η ημέρα της ζωής αλλά η πάθηση παρατηρείται και πολύ νωρίς ή και αργά.
4. Η θνησιμότητα που αναφέρεται είναι υψηλή, μέχρι 50%-70% στα μικτού βάρους νεογνά με βαρύτερη προσβολή.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα αίτια της νεκρωτικής έντεροκολίτιδας, δεν έχουν προσδιορισθεί τελείως. Το αρχικό γεγονός φαίνεται ότι είναι κάποια βλάβη του βλεννογόνου απο διάφορες αιτίες, όπως εντερική ισχαιμία εξαιτίας θρομβώσεως, υπόταση, ασφυξία ή άλλο έντονο STRESS.

1. Η συχνότητα είναι μεγαλύτερη σε νεογνά που υποβάλλονται σε καθετηριασμό της ομφαλικής αρτηρίας ή σε αφαιμαξομετάγγιση.
2. Κλινικές εντυπώσεις και εργαστηριακά στοιχεία, δείχνουν ότι η χορήγηση υπέρτονων τροφών ή φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι δυνατόν να προκαλέσει βλάβη του βλεννογόνου οδηγώντας σε προδιάθεση προς την πάθηση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- α) Υποψία της διαγνώσεως πρέπει να δημιουργείται σε κάθε περίπτωση που το πρόωρο νεογνό μικρού βάρους παρουσιάζει ξαφνικά διάταση της κοιλιάς ή ειλεό, που συχνά συνοδεύεται από αιματηρές ή χολώδεις προσμίξεις στο περιεχόμενο της γαστρικής αναρροφήσεως.
- β) Αιματηρή διάρροια συμβαίνει συχνά, αλλά εξαιτίας του ειλεού είναι δυνατόν να μην παρατηρηθεί.
- γ) Η παρουσία εντερικής πνευματώσεως, που διαπιστώνεται κατά τον ακτινολογικό έλεγχο της κοιλιάς επιβεβαιώνει τη διάγνωση.
- δ) Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί η ύπαρξη ελεύθερου ενδοπεριτοναϊκού αέρα ή αέρα στο πυλαίο σύστημα. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν βαριά προγνωστικά σημεία.
- ε) Η διαταραχή της απορροφήσεως των υδατανθράκων φαίνεται ότι είναι πρώιμο σημείο της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

A. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

1. Αρχικά μέτρα

- α. Γεύματα. Πρέπει να περιορίζεται αμέσως η λήψη από το στόμα, οποιασδήποτε ουσίας.
- β. Πρέπει να τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας για παροχέτευση.
- γ. Αντιβιοτικά. Πρέπει να γίνονται καλλιέργειες κοπράνων και να αρχίζει συστηματική χορήγηση ευρέους φάσματος αντιβιοτικών γιατί πολύ συχνά παρατηρείται ταυτόχρονη ανάπτυξη σηψαιμίας. Συνιστούν την ενδοεντερική χορήγηση αντιβιοτικών χωρίς όμως να έχει αποδεχθεί η αποτελεσματικότητά τους. Επειδή προϋπόθεση της αναπτύξεως της παθήσεως είναι ο αποικισμός του γαστρεντερικού σωλήνα από μικρόβια, η ενδοεντερική χορήγηση αντιβιοτικών έχει κάποια θεωρητική βάση.

δ. Υποκατάστατα του πλάσματος. Συνιστάται η χορήγηση και αυτών, πχ. δεξτράνης, αλλά οπωσδήποτε δεν έχουν μελετηθεί. Ενδείκνυται η προσεκτική παρακολούθηση της πίεσης του αίματος και η σωστή χρησιμοποίηση του πλάσματος και του αίματος.

2. Πρόσθετες εξετάσεις.

α. Ακτινολογικοί έλεγχοι. Στις περιπτώσεις που υπάρχει υποψία της παθήσεως, αλλά οι ακτινολογικές εξετάσεις της κοιλιάς δεν είναι αμέσως θετικές, θα πρέπει να γίνεται επανάληψη των ακτινογραφιών κάθε 4-6 ώρες.

β. Επειδή η πάθηση συνοδεύεται συχνά απο διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, πρέπει επίσης να γίνεται συχνά έλεγχος της πυκνότητα και αρίθμησης των αιμοπεταλίων.

3. Σε μερικά νεογνά είναι δυνατόν να απαιτηθεί πρόσθετη αγωγή για την καταπληξία και την οξέωση.

4. Διάρκεια της θεραπείας. Η αγωγή πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 7-10 μέρες, γιατί πολλές φορές η πάθηση υποτροπιάζει όταν η χορήγηση τροφής απο το στόμα επαναληφθεί πριν απο τον χρόνο αυτό.

5. Επειδή η στέρηση τροφής απο το στόμα είναι μακροχρόνια, πρέπει να εφαρμόζεται ολική παρεντερική διατροφή απο περιφερικό αγγείο, με υδατάνθρακες, λεύκωμα και λίπος.

B. Χειρουργική θεραπεία

Πολλές φορές, η συντηρητική αγωγή μόνο, δεν αρκεί και πρέπει να αντιμετωπίζεται μεχειρουργική επέμβαση.

Για το λόγο αυτό, έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη απο την αρχή της παθήσεως χειρουργική εξέταση ώστε να δίνεται στο χειρουργο η ευκαιρία να παρακολουθεί τον άρρωστο.

1. Ενδείξεις

α. Οι περισσότεροι γιατροί θεωρούν τη διάτρηση σαν απόλυτη έν

δειξη χειρουργικής επεμβάσεως πριν όμως συμβεί η διάτρηση, οι χειρουργικές ενδείξεις είναι σχετικά ασαφείς. Ελεύθερος αέρας δεν παρατηρείται πάντα κατά τη διάτρηση και σε αρρώστους στους οποίους δεν έγινε διάγνωση της διατρήσεως είναι δυνατόν να αναπτυχθεί απόστημα.

β. Πολλές φορές το SHOCK και η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη δεν είναι δυνατόν να υποχωρήσουν μόνο με τη συντηρητική αγωγή και η νοσηρή επεξεργασία δεν μπαίνει κάτω από έλεγχο παρά μόνο αφού αφαιρεθεί το νεκρωμένο τμήμα του εντέρου.

γ. Η έκταση της εντερικής πνευματώσεως που βρίσκεται κατά την ακτινολογική εξέταση, δεν φαίνεται να συμβαδίζει με τη γενική βαρύτητα της παθήσεως και η έντονη πνευμάτωση που δείχνει η ακτινογραφία δεν αποτελεί απαραίτητα ένδειξη χειρουργικής επεμβάσεως.

δ. Σε μερικά νεογνά, που αντιμετωπίζονται συντηρητικά και χειρουργικά, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σχηματισμός στενώσεων με υποτροπές συμπτωμάτων αποφράξεως, που κατά την μετέπειτα διαδρομή της παθήσεως, δημιουργούν την αγωγή επεμβάσεων.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Προς το παρόν, δεν υπάρχει συγκεκριμένη μέθοδος προφυλάξεως από την πάθηση. Σε εργαστηριακά πειράματα βρέθηκε, ότι το μητρικό γάλα είναι χρήσιμο, αλλά δεν έχει γίνει κλινική μελέτη με νεογνά.

Συνιστάται επίσης η χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα, αλλά τα αποτελέσματα από τη δοκιμαστική εφαρμογή τους είναι πειστικά.

ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ

Ο εγκολεασμός αποτελεί στην καθημερινή ιατρική πράξη, ιδιαίτερο διαγνωστικό πρόβλημα για τους παιδιάτρους και χειρουργούς.

Είναι απο τις συχνότερες αιτίες εντερικής απόφραξης στην παιδική και βρεφική ηλικία με σπανιότερη επιπλοκή την νέκρωση και διάτρηση του εντέρου.

Ασθενείς που χειρουργήθηκαν με την ένδειξη του επείγοντος, έδειξαν ότι:

Η έγκαιρη μεταφορά και διάγνωση των μικρών ασθενών μεζί με την άμεση χειρουργική επέμβαση, εξασφαλίζουν την καλή έκβαση, μειώνοντας σημαντικά το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη θνησιμότητα.

Ο μεγαλύτερος αριθμός εγκολεασμών παρατηρείται την άνοιξη και το καλοκαίρι.

Η συμπτωματολογία αρχίζει με έντονο κοιλιακό άλγος το οποίο εμφανίζεται εν αιθρία και έχει διαλλείποντα χαρακτήρα, διαρκεί δε απο λίγα λεπτά μέχρι μισή ώρα.

Ο χαρακτηριστικός αυτός πόνος, παρατηρείται σε όλους τους ασθενείς (100%).

Μαζί με τον πόνο, οι ασθενείς παρουσιάζουν ωχρότητα, εφίδρωση, έμετοι κυρίως χολώδεις, κλινική εικόνα κόπωσης, αιμορραγία απο το ορθό, μετά απο το πρώτο 24ωρο και της έναρξης του εγκολεασμού. Το αίμα είναι πάντα μικρής ποσότητας αναμεμειγμένο με βλέννη.

Η κλινική σημειολογία αφορά την χαρακτηριστική αλλαντοειδή μάζα του εγκολεασμού και η οποία εντοπίζεται στο δεξιό τεταρτημόριο κυρίως της κοιλιακής χώρας, την ωχρότητα του προσώπου κυρίως την περίοδο του πόνου, τον μετεωρισμό της κοιλιάς μετά το πρώτο 24ωρο απο την έναρξη του εγκολεασμού επιτεινόμενος με

την πάροδο του χρόνου και το τοξικό SHOCK και μετά το δεύτερο 24ωρο με μεγάλο βαθμού αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Ο εγκολεασμός είναι σχετικά συχνή πάθηση της βρεφικής και πρώτης παιδικής ηλικίας και απο τις πιο επείγουσες χειρουργικές παθήσεις. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν σε παιδιά ηλικίας κάτω των 2 ετών.

Όσον αφορά το φύλο, παρατηρείται μεγαλύτερη νοσηρότητα στα αγόρια, και η εποχιακή κατανομή της πάθησης υποστηρίζεται ότι δεν σχετίζεται με την έναρξη των λοιμώξεων του αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος.

Απο απόψεως συμπτωμάτων, το χαρακτηριστικά εμφανιζόμενο κοιλιακό άλγος, προέχει στους περισσότερους των ασθενών, και οι αιμορραγικές κενώσεις ακολουθούν την περίοδο των αλγών. Το αποβαλλόμενο αίμα είναι ερυθρό, αναμεμειγμένο με βλέννη. Η παρατήρηση αυτή σε συνδιασμό με το ιστορικό άλγους, θέτει πάντοτε την διάγνωση, ανεξάρτητα αν ψηλαφόταν η χαρακτηριστική αλλαντοειδής και επώδυνη ενδοκοιλιακή μάζα της εντερικής απόφραξης ανάλογα με το χρόνο της έναρξης του εγκολεασμού, μπορεί να είναι τροφώδεις-χολώδεις ή κοπρανώδεις.

Η επώδυνη και μάλλον κινητή αλλαντοειδής μάζα του εγκολεασμού, ψηλαφάται κυρίως στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς, ή στο μεσογάστρο και στις παραμελημένες περιπτώσεις, ψηλαφάται προβάλλουσα μάζα εντός του ορθού με δακτυλική εξέταση.

Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει με όλες τις μορφές εντερικής απόφραξης, καθώς με την γαστρεντερίτιδα.

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως η αιμορραγία, η ρήξη της αναστόμωσης, η υποτροπή του εγκολεασμού, ο παραλυτικός ειλεός, και η διαπύηση του χειρουργικού τραύματος, συμβαίνουν σε ποσοστό 8-11%.

Η έγκαιρη διάγνωση του εγχολεασμού και η άμεση χειρουργική θεραπεία αυτού, με την ευχερή ανάταξη του εντέρου, σώζουν πάντοτε τη ζωή των ασθενών.

Προϋποθέσεις και μέθοδος συντηρητικής ανάταξης

1. Η βασική προϋπόθεση είναι η ύπαρξη ενός έμπειρου ακτινολόγου και η συνεχής συμπαράσταση και συνεργασία του χειρουργού. Σε περίπτωση δυσχέρειας ή αποτυχίας της ανάταξης το βρέφος οδηγείται κατ'ευθείαν στο χειρουργείο.

2. Η προσπάθεια της ανάταξης με υδροστατική πίεση, έχει το πλεονέκτημα ότι συνδιάζει διαγνωστική και θεραπευτική μέθοδο.

3. Στο βρέφος με την υπόνοια εγχολεασμού τοποθετούμε μόνιμο στομαχικό καθετήρα για την εκκένωση του περιεχομένου του στομάχου και για την εκτόνωση της πίεσης που μπορεί να δημιουργηθεί σ' αυτόν και ανάλογα με την κλινική κατάσταση του παιδιού αρχίζουμε την χορήγηση υγρών ενδοφλέβια σύμφωνα με τις γενικές αρχές ενυδάτωσης.

4. Επειτα απο συνεννόηση με το χειρουργό για να εξασφαλίσουμε την παρουσία και συμπαράστασή του, το βρέφος οδηγείται στο ακτινολογικό μηχάνημα και εκεί τοποθετείται καθετήρας βαθιά μέσα στο απευθυσμένο. Συγκρατούμε τους γλουτούς σφικτά τον ένα προς τον άλλον για να μπορεί να απωθηθεί ο καθετήρας ή να γυρίσει πίσω η σκιερή ουσία.

5. Αρχίζουμε την εισαγωγή της σκιερής ουσίας υψώνοντας το δοχείο που την περιέχει, στην αρχή μόνον 40 εκ. πάνω απο το επίπεδο του απευθυσμένου.

Όταν προχωρήσει η σκιερή ουσία και συναντήσει την κορυφή του τμήματος που έχει εγχολεασθεί και δημιουργηθεί το τυπικό έλλειμμα στην σκιά, ανεβάζουμε το δοχείο που περιέχει τη σκιερή ουσία σε ύψος μεταξύ 80-100 εκ. και ποτέ ψηλότερα.

6. Παρατηρούμε στην οθόνη, ανάβοντας κατά μικρά διαστήματα τη λυχνία ώστε να μην εκθέτουμε το παιδί υπέρμετρα σε ακτινοβολία, την προώθηση της σκιεράς ουσίας και την οπισθοχώρηση του τμήματος που έχει εγκολεασθεί.

Θεωρούμε ότι η ανάταξη έγινε πλήρης όταν η σκιερά ουσία εισέλθει από την ειλεοκολική βαλβίδα στον ειλεό και προχωρήσει αρκετά μέσα σ' αυτόν.

7. Αν σε κάποιο σημείο αυτής της διαδικασίας σταματήσει η προώθηση της σκιεράς ουσίας για περισσότερο από 10', θεωρούμε ότι δεν πρέπει να επιμείνουμε με υδροστατική πίεση, σταματούμε την προσπάθεια και προχωρούμε προς χειρουργική επέμβαση.

8. Μετά την έξοδο ενός μεγάλου τμήματος της σκιεράς ουσίας από το παχύ έντερο, επαναλαμβάνουμε μια εκκενωτική ακτινογραφία για να βεβαιωθούμε ότι δεν έγινε άμεση υποτροπή του εγκολεασμού και ότι δεν υπάρχει κανένα ύποπτο έλλειμμα στην περιοχή της ειλεοκολικής βαλβίδας.

9. Όταν η ανάταξη θεωρηθεί ότι πέτυχε, απαιτείται η παρακολούθηση του βρέφους, κατά προτίμηση μέσα στο νοσοκομείο, για τρεις, τέσσερις μέρες για να βεβαιωθούμε ότι δεν επανέρχονται τα συμπτώματα και ότι η γενική κατάσταση του παιδιού είναι καλή.

Κίνδυνοι και μειονεκτήματα της συντηρητικής μεθόδου

Οι κίνδυνοι και τα μειονεκτήματα μπορεί να αποφευχθούν αν ακολουθηθεί καλή επιλογή των περιπτώσεων που θα υποβληθούν σ' αυτή τη μέθοδο και ιδιαίτερα εάν δεν χρησιμοποιηθεί η μέθοδος αυτή σε παιδιά που η γενική τους κατάσταση, έχει ήδη σαφώς επηρεασθεί, που βρίσκονται σε μια κατάσταση ολιγαιμικού SHOCK ή έντονης αφυδάτωσης.

Για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της ρήξης του εντέρου δεν πρέπει να γίνονται χειρισμοί στην κοιλιά για να βοηθηθεί η προώθηση

της σκιερός ουσίας και η ανάταξη.

Πρέπει να υπάρξει απόλυτη βεβαιότητα για την πλήρη ανάταξη. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου το τελικό τμήμα της κορυφής του τμήματος του ειλεού που εγκολεάσθηκε δεν μπορεί να υποχωρήσει πέρα από την ειλεοκολική καμπή και παραμένει επομένως εκεί η αρχή του εγκολεασμού. Αυτό μπορεί να γίνει φανερό από έναν έμπειρο ακτινολόγο, αλλά και στην περίπτωση αυτή θεωρείται από τους χειρουργούς ότι με μια μικρή τομή είναι δυνατή η χειρουργική ανάταξη.

Ετσι και πάλι έχει το βρέφος ωφεληθεί γιατί αποφεύγεται η μεγάλη τομή και οι χειρισμοί σε μεγάλο τμήμα του εντέρου και της κοιλιάς.

Πρέπει να αποφευχθεί μεγάλη καθυστέρηση. Αν δεν πετύχει η ανάταξη και αν υπάρχουν αμφιβολίες αν η ανάταξη είναι πλήρης, το παιδί έπειτα από έλεγχο της γενικής του κατάστασης μεταφέρεται στο χειρουργείο.

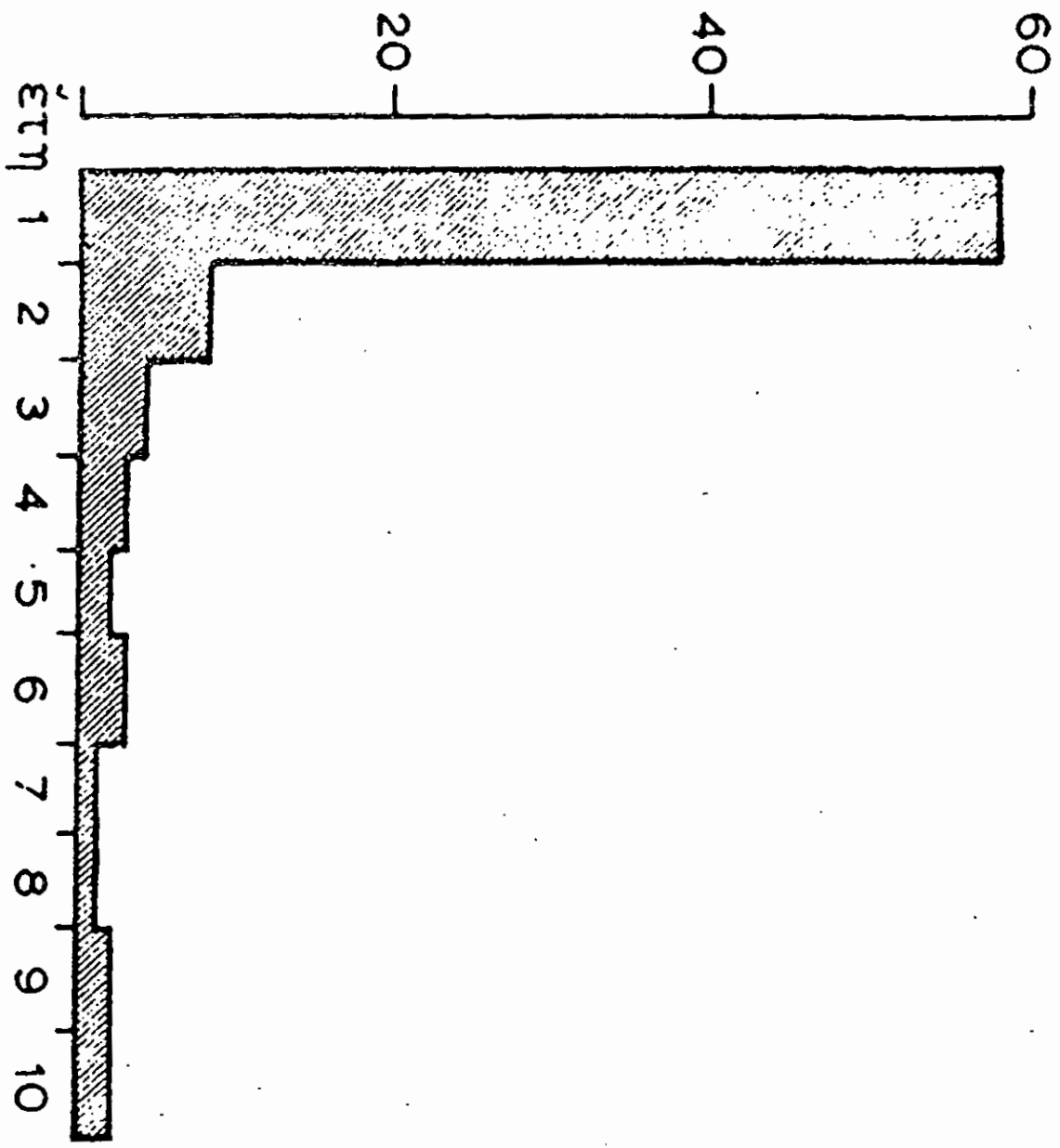
Χειρουργική θεραπεία

Αν δεν υπάρξουν οι παραπάνω προϋποθέσεις για συντηρητική ανάταξη ή αν αυτή αποτύχει ή αν δεν είναι πλήρης, τότε προχωρούμε στη χειρουργική θεραπεία που φεύγει από την αρμοδιότητα του παιδίατρο. Ο παιδίατρος όμως πρέπει να εξακολουθήσει να έχει άμεση εποπτεία και ανάμιξη, ιδιαίτερα όταν η χειρουργική θεραπεία δεν γίνεται σε παιδοχειρουργική κλινική όπου υπάρχει μεγαλύτερη εμπειρία στα θέματα της παρακολούθησης της γενικής κατάστασης του βρέφους και του ισοζυγίου νερού και ηλεκτρολυτών.

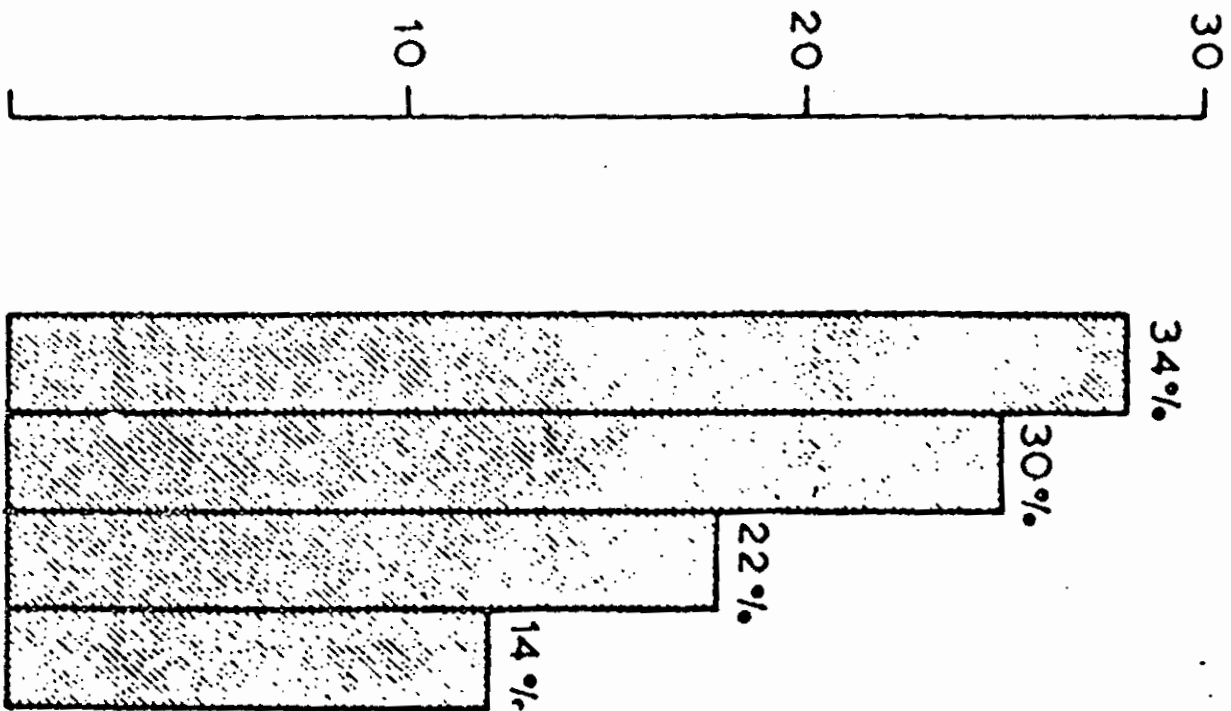
Η πιθανότητα υποτροπής υπάρχει και δεν φαίνεται ότι είναι μεγαλύτερη σε μια από τις δυο θεραπευτικές μεθόδους. Υπάρχει επίσης πάντα η πιθανότητα μετά από τη χειρουργική επέμβαση να δημιουργηθούν συμφύσεις που να οδηγήσουν σε μηχανικό ειλεό.

αριθμός
αοθενών

Εργολεσμοί. Συχνότητα κατ' ηλικία



ἀριθμός
ἀποθευῶν

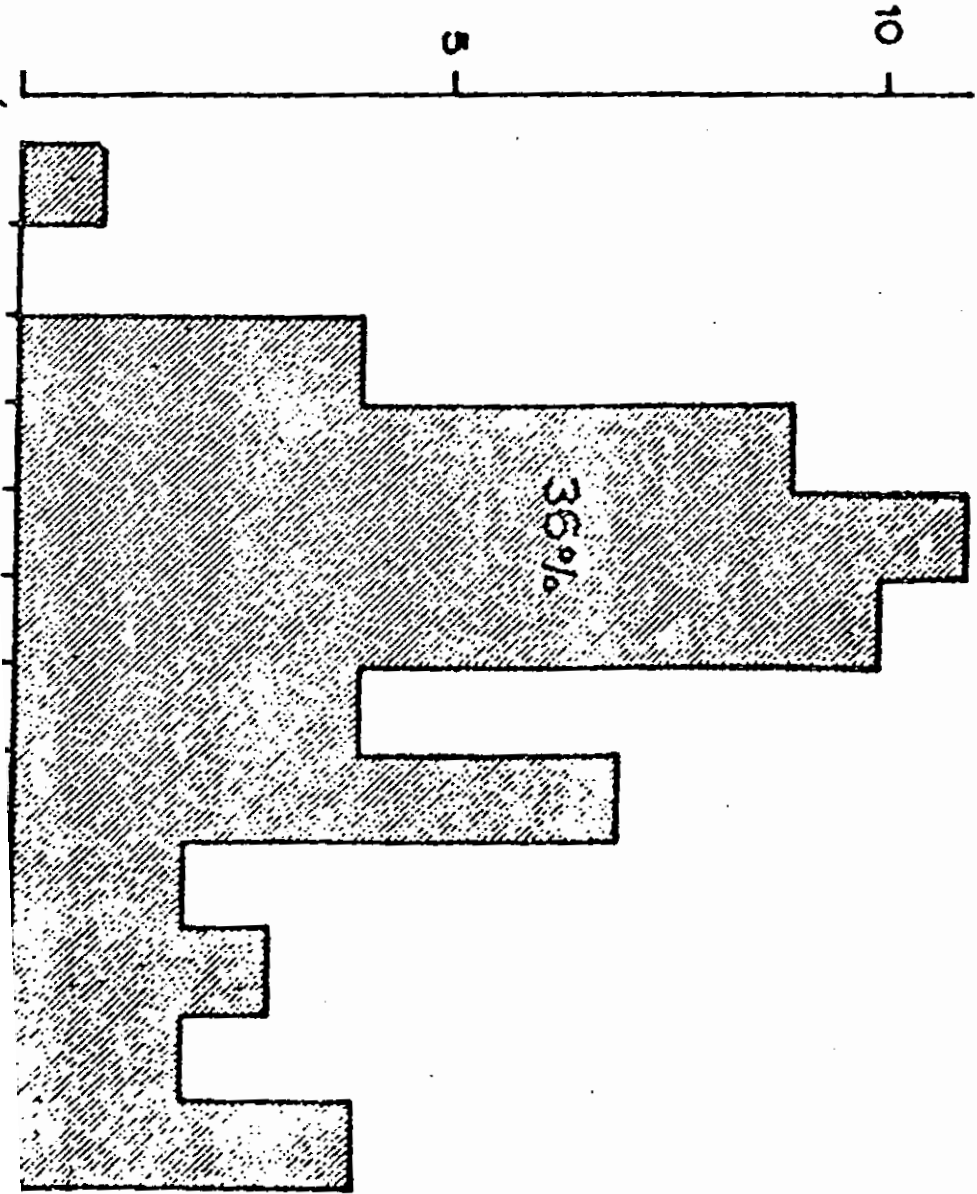


.. Ἐγινεασομὸς . Ἐποχικὴ κατανομή

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

συχνότητα κατά το πρώτον έτος

άριθμός
άσθενών



ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Οι ανωμαλίες αυτές ήσαν γνωστές απο αιώνων και την πρώτη προσπάθεια επικοινωνίας του τυφλού εντέρου με το περίνεο, έκανε ο Βυζαντινός γιατρός Παύλος απο την Αίγινα τον 7ο αιώνα.

Για 1000 χρόνια ίσχυε η τυφλή αυτή μέθοδος μέχρι το 1787 που ο BELL έκανε εγχειρητική προσπέλαση στο περίναιο για να εντοπίσει τον τυφλό ασκό του εντέρου.

Στη συνέχεια απο το 1833 σε διάφορες μέχρι το 1959, η χειρουργική μέθοδος θεραπείας τροποποιήθηκε και βελτιώθηκε σημαντικά.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Εχει άμεση σχέση με την κατάληξη του εντέρου στο μυϊκό στρώμα της πυέλου.

α) Όταν το έντερο τελειώνει στην κεφαλική μούρα του ανελητήρα μιοι ανωμαλίες ονομάζονται υψηλές ή υπερανελητήριες.

β) Όταν το έντερο εκτείνεται μέσα στον ηβοορθρικό δακτύλιο είναι κατώτερες ή διανελητήριες.

γ) στην τρίτη ενδιάμεση κατηγορία ανήκουν εκείνες που αν και το συρίγγιο μπορεί να εφάπτεται στον ηβοορθρικό μυ, το κυρίως έντερο σταματάει πάνω απο αυτόν.

APPEN NEGNO

α) Υψηλές ανωμαλίες

Ορθοπρωκτική αγενεσία με ορθοουρηθρικό συρίγγιο. Το συρίγγιο είναι συνήθως μικρό και επικοινωνεί με την οπίσθια ουρήθρα.

Ο ανελητήρας μιοι είναι συνήθως καλά σχηματισμένος και νευρούται φυσιολογικά.

Ο έσω σφιγκτήρας συνήθως αναφέρεται ότι λείπει.

Άλλη παραλλαγή πιο σπάνια της ανωμαλίας αυτής, είναι η αγενεσία με ορθοκυστικό συρίγγιο. Είναι πολύ πιο βαρειά και σε

μεγάλη συχνότητα συνοδεύεται με βαριάς μορφής ανωμαλίες του ουροποιητικού συτήματος, της σπονδυλικής στήλης, του πνευλικού εδάφους και οργάνων άλλων σωμάτων.

Τα νεογνά με τις πολλές αυτές ανωμαλίες, καταλήγουν λίγες μέρες μετά τη γέννηση.

Η ατρησία ορθού είναι σπάνια ανωμαλία και πιθανό να δημιουργείται στην διάρκεια της εξέλιξης του εμβρύου.

Τα νεογνά με ατρησία πρωκτού ή την αγενεσία, δεν έχουν οπή στο περίνεο και επομένως δεν αποβάλλουν μηκόνιο παρά μόνο απο την ουρήθρα, όταν υπάρχει συρίγγιο.

Στο σημείο του πρωκτού υπάρχει ένα εντύπωμα του δέρματος ή μια προβάλλουσα ραφή.

β) Ενδιάμεσες ανωμαλίες

Είναι περισσότερο πολύπλοκες. Ο πρωκτικός σωλήνας λείπει μερικώς ή τελείως. Συχνότερη είναι η αγενεσία πρωκτού με ορθοβολβικό συρίγγιο, όμως και αγενεσία χωρίς συρίγγιο. Η ορθοπρωκτική στένωση όπως και η ατρησία του ορθού πιθανό να οφείλεται σε ισχαιμία.

γ) Χαμηλές ανωμαλίες

Στις περιπτώσεις αυτές βλέπουμε να υπάρχει μια μεμβράνη στο σημείο του πρωκτού ή μια πολύ μικρή οπή απο την οποία βγαίνει μηκόνιο. Και στις δυο περιπτώσεις ο δακτύλιος και ο πρωκτικός σωλήνας του ηβοορθρικού μυ είναι φυσιολογικοί. Επίσης μπορεί και ο έξω σφιγκτήρας να είναι στη θέση του και φυσιολογικά ανεπτυγμένος.

Πιο συχνή ανωμαλία χαμηλή είναι το πρωκτοδερματικό συρίγγιο.

ΘΗΛΥ ΝΕΟΓΝΟ

α) Υψηλές ανωμαλίες

Είναι σπανιότερες, πολύ σπάνια είναι η ορθοπρωκτική αγενεσία. Οι πιο πολλές από τις υψηλές ανωμαλίες, έχουν ένα συρίγγιο που η οπή του εκβάλλει στο άνω τμήμα του κόλπου με αποτέλεσμα το έντερο να αδειάζει ικανοποιητικά για λίγες βδομάδες μετά τη γέννηση. Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται ακράτεια ούρων ή απόφραξη της ουρήθρας.

β) Ενδιάμεσες ανωμαλίες

Είναι σπάνιες. Περιλαμβάνουν αγενεσία πρωκτού, με ορθοβολβικό συρίγγιο και ορθοπρωκτική στένωση.

γ) Χαμηλές ανωμαλίες

Ο πλήρως καλυμμένος πρωκτός είναι σπάνιος στα θήλια νεογνά. Επίσης δε, ο πρωκτός μπορεί να εντοπίζεται περισσότερο πιο μπροστά από την φυσιολογική θέση σαν πρόσθιος περινεϊκός πρωκτός ή βολβικός πρωκτός. Και στους 2 τύπους, οι μύες του σφιγκτήρα υπάρχουν συνήθως και η λειτουργία του πρωκτού είναι φυσιολογική.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

α) Γενετικοί παράγοντες

Έχουν περιγραφεί ορισμένες οικογένειες στις οποίες τα περισσότερα μέλη παρουσίασαν την ανωμαλία. Από μελέτες καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ένας αυτόνομος υπολειπόμενος τύπος κληρονομικότητας.

Σε μερικές οικογένειες φαίνεται ότι υπάρχει ένας επικρατών γόνος έχει δε περιγραφεί σε δυο οικογένειες ένα σύνδρομο που οφείλεται σε ένα αυτόσωμο επικρατούντα χαρακτήρα και που προσβάλλει τον πρωκτό τα χέρια και τα αυτιά.

Υποστηρίζεται ότι σε μερικές περιπτώσεις ορθοπρωκτικών ανωμαλιών οι γενετικοί παράγοντες μπορεί να είναι πιο σημαν-

τικοί παρά σε άλλους.

β) περιβαλλοντικοί παράγοντες

Η λήψη θαλαδομίδης απο την μητέρα στους πρώτους τρείς μήνες της εγκυμοσύνης και αντιουλληπτικά φάρμακα απο το στόμα έχουν ενοχοποιηθεί. Θεωρητικά, λήψη ουσιών που αναστέλλουν την αναπαραγωγή του φυλλικού οξέος ή η ανεπάρκεια του στον οργανισμό, μπορούν να προκαλέσουν πολλαπλές ανωμαλίες σε διάφορα συστήματα όπως στους σπονδύλους, στο ουροποιογεννητικό και στην ορθοπρωκτική χώρα.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η μέση συχνότητα είναι 1:5.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών. Η συχνότητα είναι ίδια στις λευκές και στις μαύρες φυλές. Σχετικά με το φύλο υπάρχει αυξημένη συχνότητα στα αγόρια (57-66%).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

- α) Αμέσως μετά τη γέννηση πρέπει να παρατηρήσουμε το περίνεο του νεογνού για πιθανή ατρησία του πρωκτού.
- β) Να παρατηρήσουμε την αποβολή μηκωνίου στα ούρα για την επιβεβαίωση του συριγγίου.
- γ) Σε παραμελημένη περίπτωση υπάρχει κλινική εικόνα χαμηλής εντερικής απόφραξης (μετεωρισμός, χολώδεις έμμετοι και κοπρανώδεις).

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Η απλή ακτινογραφία της κοιλιάς σε όρθια θέση και ανεστραμμένη (το κεφάλι κάτω και τα πόδια ψηλά) δείχνει στην μεν πρώτη περίπτωση την τυπική εικόνα της χαμηλής εντερικής απόφραξης, στη δε δεύτερη τα αέρια στο έντερο να σταματούν σε ένα επίπεδο που το συσχετίζουμε με την ηβοκοκυγική γραμμή πάνω απο την οποία οι ατρησίες θεωρούνται υψηλές.

Επίσης χρησιμοποιείται σήμερα η μελέτη με υπερήχους για τον προσδιορισμό της απόστασης του τυφλού άκρου του εντέρου απο το

δέρμα του περινέου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην αρχή, ύστερα απο την κατάλληλη προεγχειρητική αγωγή, γίνεται στις περιπτώσεις ατρησίας του πρωκτού ή χαμηλής ατρησίας του ορθού ή ορθοαιδοϊκού συριγγίου είτε πρωκτοπλαστική ή κάθετη περινεϊκή τομή αντίστοιχα για την αποβολή του μηκωνίου και επομένως την λύση της απόφραξης.

Στις περιπτώσεις υψηλής ατρησίας του ορθού στην πρώτη φάση γίνεται κολοστομία (δεξιά εγκαρσιοτομία) αργότερα δε μετά τον πρώτο χρόνο της ηλικίας και εφ'όσον το νήπιο έχει καλή γενική κατάσταση εκτελείται η κοιλιοπερινεϊκή εγχείρηση για την αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου μέχρι του πρωκτού, με διάφορες κλασσικές τεχνικές.

Στην περίπτωση αυτή, βασική σημασία έχει η διεισβολή του εντέρου μέσα απο το δακτύλιο του ηβοορθρικού μυός ο οποίος στη νεογνική ηλικία είναι δύσκολο να εντοπισθεί και ο οποίος υποκαθιστά σε ένα βαθμό την λειτουργία του ανύπαρκτου σφιγκτήρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στις περιπτώσεις χαμηλής ατρησίας χωρίς άλλες ανωμαλίες, η θνησιμότητα είναι πάρα πολύ μικρή.

Στις περιπτώσεις όμως χαμηλών ή υψηλών ατρησιών που συνοδεύονται και απο άλλες βαρειές ανωμαλίες η θνησιμότητα φθάνει το 12% και 35% περίπου αντίστοιχα.

Για την θνησιμότητα αυτή ενοχοποιούνται οι συνυπάρχουσες βαρειές ανωμαλίες.

ΑΠΟΦΥΣΗ ΜΕΣΚΕΛ

ΠΙΝΑΚΑΣ I

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

	αριθμός ασθενών	%
Κοιλιακό άλγος	5	50%
Εμμετοι	4 *	40%
Πυρετός	3	30%
Αιμορραγικές κενώσεις	9	90%
Ωχρότητα	8	80%
Μετωρισμός	4	40%
Ψηλάφηση μάζας εγχολεασμού	2	20%
Ηλεκτρολυτικές διαταραχές	4	40%

ΑΠΟΦΥΣΗ ΜΕΣΚΕΛ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

/Α	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		ΧΡΟΙΑ		ΧΡΟΝΟΣ
			ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ	
			ΚΕΝΩΣΕΩΝ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ		
1	55 ημ.	Α	2/24 ωρ.	μέτρια	βυσινόχροη	15 ωρ.	
2	3,5 μην.	Α	1/24 ωρ.	μέτρια	βυσινόχροη	24 ωρ.	
3	11 μην.	Α	3/24 ωρ.	μέτρια	κόκκινη	2 ημερ.	
4	12 μην.	Θ	4/48 ωρ.	μέτρια	κόκκινη	6 ημερ.	
5	12 μην.	Α	1/24 ωρ.	μικρή	βυσινόχροη	11 ημερ.	

ΑΠΟΦΥΣΗ ΜΕΣΚΕΛ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

<u>A/A</u>	<u>ΗΛΙΚΙΑ</u>	<u>ΦΥΛΟ</u>	<u>ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ</u>
1	55 ημ.	A	Αιμορραγία
2	3,5 μην.	A	Αιμορραγία - εγχολεασθείσα
3	12 μην.	A	Αιμορραγία
4	12 μην.	Θ	Εγχολεασμός εντέρου
5	15 μην.	Θ	Αιμορραγία
6	13 μην.	A	Αιμορραγία
7	12 μην.	A	Αιμορραγία
8	11 μην.	A	Φλεγμονή
9	12 μην.	Θ	Συμφυτικός ειλεός
10	12 μην.	A	Εγχολεασμός εντέρου
11	10 μην.	A	Τυχαίο εύρημα
12	8 μην.	A	Τυχαίο εύρημα
13	17 μην.	A	Τυχαίο εύρημα

ΑΠΟΦΥΣΗ ΜΕΣΚΕΛ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Α	ΑΜ	ΗΛΙΚΙΑ	ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΤΥΦΛΟ εκ	ΜΗΚΟΣ εκ.	ΜΗΚΟΣ ΒΑΣΗΣ	ΘΕΣΗ ΕΚΦΥΣΗΣ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΚΟ ή ΑΝΤΙΜΕΣΕΝΤΕ- ΡΙΚΟ ΧΕΙΛΟΣ
	18	55 ημ.	60	1	1,5	A.X.
	3123	3,5 μην.	25	1,5	1	A.X.
	24896	12 μην.	80	6	2	A.X.
	15311	12 μην.	30	3	2	A.X.
	24129	15 μην.	70	3	3	A.X.
	4809	13 μην.	80	3	2	A.X.
	5402	12 μην.	70	2	1	M.X.
	20450	11 μην.	40	5	3	A.X.
	681	12 μην.	70	4	2	A.X.
	8061	12 μην.	80	6	2	A.X.
	18845	10 μην.	40	3	2	A.X.
	2123	8 μην.	100	3	2,5	A.X.
	17366	17 μην.	60	5	2	A.X.

ΑΠΟΦΥΣΗ ΜΕΣΚΕΛ

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

ΟΜΑΛΗ	9	69%
-------	---	-----

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1) Διαπύση τραύματος	2	15%
2) Πυρετός	2	15%
3) Εντερική απόφραξη (εντεροκτομή)	1	7%

ΕΓΚΟΛΙΕΣΜΟΣ

<u>ΧΡΟΝΟΣ</u>	<u>0-12</u>	<u>12-24</u>	<u>24-48</u>	<u>>48</u>	<u>ολική συχνότητα</u>
Αλγος	90%	92%	100%	100%	95%
Αιμορ. κεν.	50%	55%	61%	83%	62%
Εμμετοι	40%	64%	77%	100%	70%
Μάζα ψηλ.	75%	84%	80%	100%	85%
Ωχρότης	60%	80%	90%	100%	82%
Μετ/σμός	-	16%	38%	100%	38%
Αρ. ασθενών	20	25	26	12	83

Συχνότητα συμπτωμάτων κλινικών ευρημάτων εν σχέσει προς τον χρόνο έναρξης.

ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ

Οργανικά αίτια

1. Απόφυσις MECKEL	7 (8,5%)
2. Πολύποδες λεπτού εντέρου	4 (5%)
3. Ινοσάρκωμα ειλεού	1 (1,2%)
4. Ειλεοτυφλικές πτυχές	11 (13%)
5. Μεσεντερική αδενίτιδα	21 (25%)

ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ

Θάνατοι σε σχέση προς το χρόνο
εισαγωγής απο ενάρξεως συμπτωμάτων

ΧΡΟΝΟΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ
18 - 36	11	0
36 - 48	4	1
48 - 92	3	3

ΙΣΤΟΡΙΚΑ

Κατσιμάρδου Μαρία

Διάγνωση: Απόφραξη στην αρχή της νήστιδας.

Αίτια εισόδου: Εμμετοι απο τη γέννηση

Εισήλθε 28-1-87

Ημ. Γέννησης: 26-1-1987

Βάρος γέννησης: 2150 gr

Μητέρα: ηλικία 23

Μιευτικό Ιστορικό

1983: ♂ 3700 καλή

1985: ♀ 2500 καλή

Διάρκεια κυήσεως 35 εβδομάδες.

Γεννήθηκε με ισχνιακή προβολή, έκλαψε και ανέπνευσε αμέσως και είναι ζωηρό. Κάνει εμμέτους και δεν είχε μηκόνιο.

Με την υποψία της εντερικής απόφραξης μεταφέρεται σε Νοσοκομείο παιδων.

Είναι ζωηρό και αντιδρά ζωηρά στα ερεθίσματα, παίρνει Pentrexil 75gr X 3 και Ceramycin 5grX 2 γιατί είχε ριγμένο θυλάκιο και αμνιακό υγρό κιτρινόχρουν. Η γενική κατάσταση του νεογνού είναι πολύ καλή.

Γενική εξέταση αίματος

Αιματοκρίτης: 50%

Αριθμός λευκών αιμ. 8500

Ca ορού 78

CRP αρνητικό

Χολερυθρίνη 98

Πολυμορφοπύρηνα 27

Λεμφοκύτταρα 67

Αλκαλική φωσφοτάση 15 μον

Χρόνος πήξεως Na 152

Συστολή θρόμβου Κ6 Ομάς αίματος 0 (θετικό)

Εξετάσεις μικροβιολογικού εργαστηρίου

Ηλεκτρολύτες

Na 1.39

Ka = 4,2

Χολερουθρίνη: 9,70 mg

Γενική εξέταση ούρων

E.B. 1016

PH: 75

Πυοσφαίρια: σπάνια

Επιθήλια: πολλά

28/1/1987. Δεν έβγαλε μηκόνιο βράγχος φωνής. Η κοιλιά του δεν είναι μετεωρισμένη, ούτε σκαφοειδής. Καρδιακοί τόνοι κατά φύση. Εντερικοί ήχοι ακούγονται αραιοί.

Απο το ρινογαστρικό → χολώδεις εκκρίσεις

A/a κοιλίας → υψηλή εντερική απόφραξη.

Εγινε εγχείρηση και βρέθηκε τριπλή εντερική απόφραξη στην αρχή της νήστιδας.

Εγινε αναστόμωση.

30/1/1987. Παρεντερική διατροφή, ομαλή πορεία.

4/2/1987 7η μετεγχειρητική: Ομαλή πορεία. Αναπνευστικό: Κ.Φ. καρδιακοί παλμοί κ.φ. Έχει κενώσεις μηκωνίου.

5/2/1987. Αναπνευστικό κ.φ. εντερικοί ήχοι παράγονται. Παρεντερική διατροφή. Απο το Levin βγαίνουν χολώδη υγρά.

6/2/87 Αρχίζει σίτηση.

7/2/87 Παρεντερικά παίρνει Aminoplasmal - Lipofudin. Παίρνει γάλα 6cc X 12 με Levin.

Εκανε δυο εμμέτους. Μένει υπόλειμα στο στομάχι 4 - 5cc.

Χολερουθρίνη: 11,9. Κενώσεις μικρές κίτρινες.

11/2/87: Παίρνει γάλα 12cc X 2 και παρεντερικά Aminoplasmal

12/2/87: Παίρνει γάλα 14cc X 2 (σε ορισμένα γεύματα μένει υπόλ-
λειμμα).

Κενώσεις διαρροϊκές

ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

27/1/1987 : 1mg Konakion 1mg I.M. άπαξ
1mg Amricciline 100 mg X 2 I.V.
1mg Buclin 15mg X 2 I.V.

19/2/1987 : Konakion 1mg ανα τριήμερον

Κάρτα χορηγήσεως υγρών και ηλεκτρολυτών

		Ποσότης ανα 24ωρον
27/1/1987	Διάλυμα 1 + 4	
28/1/1987	Aminoplasmal 1+4	150 cc
29/1/1987	Aminoplasmal	80 cc
	Lipofuntin	30 cc
	1+4 (10%)	200 cc
30/1/1987	Aminoplasmal	80 cc
	Lipofuntin	30 cc
	1+4 (10%)	240 cc
31/1/1987	Aminoplasmal	80 cc
	Lipofuntin	30 cc
	1+4 (10%)	190 cc
1/2/1987	Aminoplasmal	80 cc
	Lipofudin	30 cc
	1+4 (10%)	200 cc
2/2/1987	Aminoplasmal	80 cc
	Lipofudin	30 cc
	1+4 (10%)	220 cc
7/2/1987	Aminoplasmal	60 cc

	Lipofudin	20 cc
	1+4 (10%)	170 cc
8/2/1987	Aminoplasmal	60 cc
	Lipofudin	20 cc
	1+4 (10%)	120 cc

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ

<u>6/2/1987</u>	<u>7/2/1987</u>	<u>8/2/1987</u>	<u>9/2/1987</u>	
22 X 4	12 X 6	12 X 10	12 X 8	12 X 10
	4	10	10	8
	4	10	10 υπ.5	8
	4 υπ. 5	10	8	10
	4 πρασιν.	10	8	10
4	6 υπ. 5		8	10
4	6 υπ. 5		8	10
4			8	10
4			8	10
4			8	10
4			8	10

Κενώσεις κίτρινη Κίτρινη Κ.Κ. Κ.Κ.

2 κίτρινοι

1 κίτρινη

ΤΡΙΩΡΟΣ ΘΕΡ/ΣΗ

Κυμάναιτε απο 36^{7ο}C - 38^{4ο}C

Στις 30/1/1987: 38^{4ο}C.

Στις 2/2/1987: 36^{7ο}C.

ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΥΓΡΩΝ LEVIN 24ώρου

<u>29/1/10987</u>	<u>20/1/1987</u>	<u>31/1/1987</u>	<u>5/2/1987</u>
20 cc	43 cc	15 cc	85 cc
72 cc	40 cc		

Χαλουλας

Διάγνωση: Εγκολεασμός

Ηλικία: 3 μηνών

Εισήλθε 1/8/1987 Εξήλθε: 8/8/1987

Θεραπεία: Χειρουργική ανάταξη

Εκβαση: Ιαση

Παρούσα νόσος

Σήμερα το μεσημέρι η μητέρα παρατήρησε μια μικρή διαρροϊκή κένωση με αίμα.

Το απόγευμα παρατήρησε μεγαλύτερη διαρροϊκή κένωση βλεννώδη και με μεγαλύτερη πρόσμιξη αίματος. Το παιδί ήταν απύρετο. Εισήχθη στην παιδιατρική κλινική του νοσοκομείου και μετά χειρουργική εξέταση διακομίστηκε στην Π.Χ. κλινική.

Παρούσα κατάσταση

Αναπνευστικό: Εκπτυξη θώρακος κ.φ. φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα.

Κυκλοφοριακό: κ.φ.

Πεπτικό: Βλεννοαιματηρή κένωση. Ψηλαφάται αλλαντοειδή μάζα στο υπογάστριο. Το παιδί φαίνεται να άλγει έντονα.

Εγινε έλεγχος μα βαριούχο υποκλυσμό ο οποίος απέδειξε STOP της σκιαγραφικής ουσίας στο ορθοσιγμοειδές.

ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ

2/8/87

Τομή (Δ Ε) Παράμεση (Μ.Τ.Δ.) περιτοναίου εξέρχεται ορρώδες αντιδραστικό υγρό.

Ψηλαφάται μεγάλης έκτασης αλλαντοειδής μάζα η οποία λόγω του μεγάλου είναι αδύνατον να εξέλθει της τομής. Διενεργείται ευρεία επέκταση της τομής οπότε διαπιστώνεται ότι η έκταση του εγκολεασμού φθάνει μέχρι το ορθοσιγμοειδές.

Διενεργείται ανάταξη του εγκολεασθέντος τμήματος το οποίο εκτείνεται από την τελική έλικα του ειλεού μέχρι το ορθοσιγμοειδές.

Τοποθέτηση επιθεμάτων θερμών στον τελικό ειλεό όπου και το πλέον ευαίσθητο σημείο του εγκολεασμού, οπότε, διαπιστώνεται βίωσιμο το έντερο.

Τυπική σκωλ/μή καλή. Καθαρισμοί. Συρραφή τραύματος κατά στρώματα.

4/8/1987: Γενική κατάσταση του ασθενούς καλή.

Παρ/ση:

6/8/1987 Το παιδί σιτίζεται και ενεργείται κανονικά.

Αφαιρέθηκε ο ορρός.

8/8/1987: Γενική κατάσταση ασθενούς καλή

Εξέρχεται σήμερα με οδηγίες

ΚΑΡΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ

1/8/1987 1+4 1.000cc ανα 24 ωρο.

Ampiciline 200 mg X 4 I.V.

50 cc plasma

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Αιματοκρίτης: 26%

Αριθ. λευκών αιμ.: 8.400

Ηωσινοφιλία: 2

Πολυμορφοπύρηνα: 48

Λεμφοκύτταρα: 44

Μεγ. μονοπύρηνα: 6

K⁺ 5,5

Na⁺ 14.8

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ

Κυμαίνεται από 36°C - 37°C.

Τζανης ♂

Διάγνωση: χαμηλή ατρησία ορθού

Ημερομηνία εισόδου: 13/8/1987. Εξόδου: 28/8/1987

Αιτία εισόδου: Μη έξοδος μηκωνίου

Βάρος: 2300 gr

Ηλικία: 2 ημερών

Τοκετός: Τελειόμηνο με φυσιολογικό τοκετό, κεφαλική προβολή.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Το νεογνό χειρουργήθηκε στις 14/8/1987 με ομαλή μετεγχειρητική πορεία απο πλευράς χειρουργικού τραύματος.

Εγινανα δυο διαστολές

Στις 17/8/1987 το παιδί ήταν πεσμένο και είχε οιδήματα κάτω άκρων. Χορηγήθηκε Aminoplasmal 100 cc, 50 cc και lasix 3 mg για 2 συνεχείς μέρες.

Εγινε εργαστηριακός έλεγχος ο οποίος έδειξε στοιχεία λοιμώξεως και χορηγήθηκε αντιβίωση ampiciline 80 mg X 4, Bticlin 25 mg X 2 claforan 150 mg X 2.

Στη διάρκεια αυξήθηκαν η ουρία και κρεατινίνη και αραιώσαμε για 4 ημέρες τις δόσεις των φαρμάκων.

Πήρε για 3 μέρες Aminoplasmal.

Η απο του στόματος σίτιση, διακόπηκε για 2 ημέρες, λόγω της καταστάσεως του παιδιού, 17/8 και 18/8 και συνεχίσθηκε και, η διάρκεια της αντιβίωσης ήταν 10 ημέρες.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ 14/8/1987

Λευκά: 12.200

Πολυμορφοπύρρηνα: 79

Λεμφοκύτταρα: 15

Μεγ. μονοπύρρηνα: 6 GRP (-)

Ούρα: Ε.Β. 1012 πυοσφαίρια σπάνια

Χολερουθρίνη: 10 mg

24/8/1987:

Λευκά: 13.600

Ηωσινόφιλα: 2

Πολυμορφοπύρηνα: 51

Λεμφοκύτταρα: 40

Κρεατινίνη: 0,78 mg

GRP (-) Ουρία: 0,31gr%.

Στις 13/8/1987 μεταφέρθηκε απο το 409 νοσοκομείο για πιθανή ατρησία ορθού. Το παιδί εμφανίζει διαμαρτία και στο πέος.

17/8/1987 Είναι πεσμένο. Δεν τρώει καλά και διάρροιες δύσοσμες.

Ακτινολογική εξέταση: υποτονία αυτού.

18/8/1987: Βελτίωση καταστάσεως. Εχει μια μικρή κένωση πράσινη με βλέννες.

Καλή γενική κατάσταση. Οίδημα κάτω άκρων.

ΚΑΡΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ

13/8/1987: Dextose 10% 250cc σε 24ωρο

15/8/1987: 1+4 (10% 190cc

16/8/1987: 1+4 100cc

17/8/1987: 1+4 100cc

Aminoplasmal 100cc

Lasix 3mg άπαξ

50cc ολικό αίμα

18/8/1987 1+4 100 cc

Aminoplasmal 100cc

Lasix 3mg I.V. άπαξ.

19/8/1987 1+4 (10%) 140cc

Aminoplasmal 50cc

20/8/1987 Stop

ΚΑΡΤΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

17/8/1987: Ampiciline 1mg 80mgX4 I.V.
Briclin 1mg 25mgX2 I.V.
lm Glaforan 150 mg X 2 I.V. stop

19/8/1987 Briclin 15 mg X 2 I.V.
Glaforan 70 mg X 2 I.V.

24/8/1987 Ampiciline 1 mg 150mg X 4
Briclin 1 mg 15 mg X 3
Claforan 1 mg 100 mg X 4

Πανταζοπούλου ♀

Ηλικία: 37 ημερών

Εισήλθε 29/9/1987. Εξήλθε 8/10/1987

Διάγνωση: Υπερτροφική πυλωρική στένωση

Είδος τοκετού: καισαρική τομή λόγω προηγηθείσας.

Βάρος γέννησης 2.840 κιλά

Φυσιολογικός νεογνικός ίκτερος

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Απο 24/9/1987 άρχισε να κάνει ρουκετοειδείς εμμέτους μετά τα γεύματα (όχι όμως σε όλα τα απογεύματα). Είχε όρεξη για φαγητό.

Την 27/9/1987 έκανε ρουκετοειδείς εμμέτους σε όλα τα γεύματα και είχε ανορεξία.

Στις 28/9 έκανε μια διαρροϊκή κένωση με βλέννες πράσινη και υδαρή.

Εισήλθε για έλεγχο Α/Ε κατά την είσοδο.

29/9/1987. Καλή γενική κατάσταση, εκ των συστημάτων ουδέν.

Δεν ψηλαφάται όμως στην κοιλιακή χώρα.

Νεογνικά αντανακλαστικά κ.φ.

30/9/1987 Απύρετη. Χθές, 29/9 έκανε δυο εμμέτους μεγάλους ρουκετοειδείς μετά τα γεύματα. Επαιρνε λίγο γάλα. Δεν είχε κάνει κένωση.

Καλή γενική κατάσταση. Είναι ζωηρό.

Καρδιακοί τόνοι κατά φύση.

Κοιλιά μαλακή. Υποχόνδρια ελεύθερα. Σφύξεις μηριαίων ψηλαφώνται.

Ισχία κατά φύση.

Γεννητικά όργανα κατά φύση.

Μονο (+) Δραγμών (+) μυϊκός τόνος κατά φύση Παρακολουθεί στιγμιαία φωτεινό κινούμενο αντικείμενο.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Αιματοκρίτης 36%

Λευκά 11300

Ηωσινόφιλα 4

Πολυμορφοπύρηνα 21

Λεμφοκύτταρα 69

Μ. Μονοπύρηνα 6

Na⁺ 148

K⁺ 6,5

ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ

Τομή (ΔΕ) εγκάρσια υπερομφάλιος Μ.Τ.Δ. του περιτοναίου. Ανευρίσ-
κεται ελαία μεγέθους μετρίου. Εκτελείται πυλωροτομή.

Συρραφή τραύματος κατά στρώματος.

6/10/87 Το παιδί σιτίζεται κανονικά

8/10/87 Γενική κατάσταση ασθενούς καλή. Εξέρχεται με οδηγίες.

Ανώτερη θερμοκρασία 37⁰ C.

3/10/1987 Na= 150 Kα= 5,8

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ

29/9/87 ορρος 1+4 (10%) 500 CC

30/9/87 ορρος 1+3 (10%) 600 CC

Πρόωρα

Επώνυμο: Καραλης

Φύλο: Άρρεν

Διάγνωση: Ατρησία πρωκτού

Ημερομηνία γεννήσεως: 30-1-1987

Ωρα γεννήσεως: 12¹⁵ μ.μ.

Βάρος γεννήσεως: 3.940 κιλά

Μήκος: 0,50

Όνομα μητρός: Ελένη.

Ηλικία: 23

Ομάς αίματος: (0) R_d (+)

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟΝ

1 ΚΤ ο 1982

1 ΚΤ 1985

Τοκετός: Καισαρική ΚΤ

31/1/87: Αιτία εισόδου: Ατρησία πρωκτού

Γεννήθηκε την 30/1/87 με καισαρική τομή. 24 ώρες δεν έβγαλε μηκόνιο και έκανε εμμέτους.

1/2/87: Ακτινολογικός έλεγχος έδειξε ατρησία πρωκτού. Εγινε εγχείρηση. Β.Σ. 3.450

3/2/87: Κατακράτηση υγρών· οίδημα ανα σάρκας. Γίνεται

4 . Περιορισμός υγρών. Κινήσεις μηκωνίου.

4/2/87: Παρεντερική διατροφή. Περιορισμός οιδημάτων. Β.Σ.=3760.

Κενώσεις μηκωνίου

Αναπνευστικό Κ.Φ.· καρδιά κ.φ. Μονο (Τ)

5/2/87: Αρχισε απο χτές η σίτιση με γάλα. Ομαλή πορεία

11/2/87:Κάνει "διαστολές" ο χειρουργός

ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

απο 1/2/87 έως 10/2/87 Briklin X 2 Ι.Ω.

Bentrexyl 200 mg X 2 IV

3/2/87: ώρα 2.00. Αυγω οιδήματος ανα σάρκα έγινε 4 mg Lasix IV
άπαξ.

ΚΑΡΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ

1/2/87: Aminoplasmal 24ωρο

ορρος 1+4 (10%)

2/2/87 '' 120 - 380 cc

3/2/87 '' 120 - 200 cc

4/2/87 '' 100 - 200 cc

5/2/87 '' 70 - 180 cc

6/2/87 '' 70 - 120 cc

Γίνεται τρίωρος μέτρηση ούρων και τρίωρος θερμομέτρηση. Ανώτερη
θερμοκρασία 1/2/87 39°C.

Ελάχιστη ποσότητα ούρων 31/1/87 9.πμ 10 cc

Μέγιστη ποσότητα ούρων 5/2/87 9 πμ 80 cc

Μικροβιολογικές εξετάσεις:

Γενική αίματος 2/2/87

Αιματοκρίτης 50% Χολιρυθρίνη 11,20

Λ. αιμοσφαίρια 10.000 Ca 7,6

Ηωσινόφιλα 1 Na 140

Πολυμορφοπύρηνα 44 K 5,1

Λεμφοκύτταρα 52 Ομάδα αίματος: 0

Μεγ. Μονοπύρηνα 3 Rhesus (+)

Γενική ούρων

E B 1015

PH όξινο

Πυροσφαίρια σπάνια

Ερυθρά ολίγα

3/2/87: χολερυθρίνη 9,50

Γενική ούρων

E.B. 1009

PH όξινο

Ερυθρά σπάνια

Αιμοσφαιρίνη TTT

4/2/87: Na 145, K 4,1 Χολερυθρίνη 12,40

5/2/87: Χολερυθρίνη 11,40

6/2/87: Χολερυθρίνη 11,80

12/2/87: Γενική ούρων: E.B. 1024, PH όξινο,

πυοσφαίρια σπάνια, ουρία 0,23gr , κρεατινίνη 0,66 gr

Σύτιση του παιδιού με ρινογαστρικό καθετήρα

4/2/87

5/2/87

10X10 ⁵ παι' γάλα	10X20	10X30	10X40	10X40	7X80	7X80	7X80	7X80
10	10	20	30	40	50	80	80	80
10	10	20	30	40	50	80	80	80
10	10	20	30	40	60	80	80	80
10	20	30	40	40	80	80	80	80
10	20	30	40	40	80	80	80	80
10	20	30	40	40	80	80	80	80
10	20	30	40	40	80	80	80	80
10	20	30	40	40				
10	20	30	40	40				
10	20	30	40	40				

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Πολύ λίγα γνωρίζουμε για την ζωή των παιδιών στους προϊστορικούς χρόνους, αλλά η φροντίδα του παιδιού πιστεύεται ότι υπήρξε περίπου ίδια με αυτή των πρωτόγονων φυλών, οι οποίες υπάρχουν σήμερα σε απομακρυσμένες περιοχές, και όπου ο πολιτισμός δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί.

Οι πρωτόγονοι άνθρωποι έχουν την τάση να εκτιμούν ένα παιδί σαν τον μελλοντικό ενήλικα για τη διατήρηση της φυλής.

Η φροντίδα του παιδιού διαφέρει μεταξύ των πρωτόγονων ανθρώπων. Ένα παιδί πρέπει να έχει έστω τη μικρότερη δυνατή φροντίδα αλλιώς είναι καταδικασμένο. πολλοί πρωτόγονοι λαοί δίνουν μόνο τη βασική φροντίδα και δείχνουν ελάχιστη ή καθόλου στοργή για το παιδί. Το παιδί είναι δυνατό να αφηθεί να πεθάνει, γιατί οι γονείς δεν το θέλουν, ή γιατί απορρίπτεται από το υπόλοιπο σύνολο της φυλής, λόγω κάποιας δυσμορφίας ή κάποιου άλλου προβλήματος όσον αφορά την υγεία του και την σωματική του διάπλαση.

Ο Χριστιανισμός ήταν η θρησκεία που δίδαξε ότι το παιδί θα είναι η μελλοντική ηθική και πνευματική προσωπικότητα, ο χρήσιμος άνθρωπος στην οργανωμένη κοινωνία και, επομένως αποτελεί αξία, η οποία πρέπει να περιβάλλεται με κάθε φροντίδα, ιδιαίτερα όταν παρουσιάζει προβλήματα υγείας και πρόκειται να νοσηλευτεί σε Νοσοκομείο.

Στην Ελλάδα τα άρρωστα παιδιά θεραπεύονται κατά κανόνα σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Αυτά μπορεί να είναι γενικά Νοσοκομεία, τα οποία έχουν Παιδιατρικά τμήματα ή ειδικά Νοσοκομεία αποκλειστικά για παιδιά (από την γέννηση μέχρι δέκα πέντε ετών).

Τα ειδικά Νοσοκομεία των Παίδων είναι αναγκαία διότι για την αντιμετώπιση των παιδικών ασθενειών απαιτείται ειδικός μηχανικός εξοπλισμός, προσωπικό Ιατρικό και Νοσηλευτικό ειδικά εκ-

παιδευμένο, ακόμη και το περιβάλλον πρέπει να είναι ειδικά διαμορφωμένο, ώστε να συντελεί ευνοϊκά στη θεραπεία των παιδιών.

Ενα Νοσοκομείο οργανωμένο κατάλληλα θα είναι σε θέση να δεχθεί τα άρρωστα παιδιά, τα οποία εύκολα και κατά φυσικό τρόπο θα προσαρμοσθούν στο νέο περιβάλλον, ώστε η παραμονή τους εκεί να είναι ευχάριστη.

Είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς πόσο δύσκολο είναι να αποχωρισθεί το παιδί από τους γονείς ή τους κηδεμόνες του, ιδιαίτερα από τη μητέρα του για να παραμείνει για θεραπεία στο Νοσοκομείο. Στην περίπτωση αυτή το σπουδαιότερο πρόσωπο για το φυσικό αποχωρισμό του παιδιού από τους γονείς και το γνώριμο περιβάλλον του και την ομαλή προσαρμογή του στην ατμόσφαιρα του Νοσοκομείου είναι η Νοσηλεύτρια ή ο Νοσηλευτής με την ειδική μόρφωση στην αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων στη νέα κατάσταση.

Η ευσυνείδητη και ικανή Νοσηλεύτρια ή Νοσηλευτής διακρίνεται από τον τρόπο αντιμετώπισης των άρρωστων παιδιών στο Νοσοκομείο, διότι ο ενήλικας έχει συναίσθηση της κατάστασής του και τι του προσφέρεται, ενώ το παιδί και ιδιαίτερα της νεογνικής και βρεφικής ηλικίας δεν έχει αντίληψη της ασθένειάς του και των κρυφών κινδύνων από αυτή, ούτε της Ιατρικής και Νοσηλευτικής φροντίδας που την έχει σίγουρα ανάγκη.

Επομένως η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ειδικά μορφωμένη και καταρτισμένη τόσο από πλευράς συναισθηματικής, ψυχικής καλλιέργειας και συνείδησης ευθύνης όσο και από πλευράς επιστημονικών γνώσεων και νοσηλευτικής τέχνης για την ειδική φροντίδα του άρρωστου παιδιού.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να είναι ικανή να αποκαταστήσει την απουσιάζουσα μητέρα, να αναπληρώνει όσο το δυνατόν μπορεί την μητρική στοργή και αγάπη κατά το χρονικό διάστημα της παραμονής

του παιδιού στο Νοσοκομείο. Επίσης πρέπει να εφαρμόζει το Ιατρικό πρόγραμμα με ακρίβεια διότι τα παιδιά όπως είναι φυσικό δεν έχουν συναίσθηση των διαφόρων επιπλοκών ή καταστάσεων, να προλαμβάνει τυχόν απρόοπτα και επικίνδυνα περιστατικά και να τα αντιμετωπίζει με τον πιο κατάλληλο τρόπο ώστε να μην υπάρχουν δυσάρεστα αποτελέσματα σε βάρος των μικρών ασθενών.

Σε πολλές παθήσεις για την διάσωση του νεογνού ή του βρέφους είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση. Ορισμένες περιπτώσεις είναι επίγουσες και η παραμικρή καθυστέρηση μπορεί να αποδειχθεί ολέθρια για το βρέφος. Ο αριθμός των νεογνών και βρεφών που έχουν χειρουργηθεί εξαιτίας σοβαρών παθήσεων είναι σχετικά μεγάλος.

Στις μέρες μας οι πιθανότητες διάσωσης του παιδιού και η καλή του πορεία ανέρχονται σε ικανοποιητικά ποσοστά. Υπάρχουν Νοσηλευτικά Ιδρύματα που καλύπτουν απόλυτα τις ανάγκες των παιδιών αυτών και έμπειροι Παιδοχειρουργοί ειδικευμένοι στις ειδικές περιπτώσεις της χειρουργικής νεογνών και βρεφών.

Επίσης το Νοσηλευτικόπροσωπικό που είναι ειδικά καταρτισμένο, σε συνδυασμό με την ιατρική εξέλιξη προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες στον τομέα της χειρουργικής παιδών.

Η προεγχειρητική ετοιμασία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και λεπτούς χειρισμούς από μέρος του νοσηλευτή. Το νεογνό και το βρέφος αντιμετωπίζουν τους διπλάσιους κινδύνους από τους ενήλικες. Από την καλή προετοιμασία του άρρωστου παιδιού πριν από το Χειρουργείο, εξαρτάται η καλή πορεία της νόσου του και πολλές φορές η ίδια του η ζωή.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του άρρωστου νεογνού ή βρέφους προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Περιλαμβάνει α) την ψυχολογική προετοιμασία β) την φυσική προετοιμασία και γ) την άμεση προεγχειρητική προετοιμασία.

α) Ψυχολογική προετοιμασία

Όταν πρόκειται για χειρουργική επέμβαση νεογνού ή βρέφους, η ψυχολογική προετοιμασία αφορά την ενημέρωση των γονέων του παιδιού.

Η εξασφάλιση στους γονείς του άρρωστου παιδιού, υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα της Νοσηλεύτριας.

Παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν φόβο στους γονείς εκτός από την ίδια τη χειρουργική επέμβαση, είναι: η αναισθησία, η πορεία της εγχείρησης, η μεταγχειρητική κατάσταση του παιδιού, οι πιθανότητες διάσωσής του.

Η Νοσηλεύτρια με τον ειδικό μοναδικό της ρόλο, οφείλει να ανιχνεύει και να καλύπτει όλα εκείνα τα σημεία αγωνίας, φόβου και βαριάς κατάθλιψης των γονέων του παιδιού.

Η σωστή ενημέρωσή τους από τη Νοσηλεύτρια, με απλά κατανοητά λόγια και η ένδειξη σοβαρότητας, σεβασμού και κατανόησης βοηθούν να τονωθεί το ηθικό τους.

Η προθυμία της Νοσηλεύτριας να απαντά και να ενημερώνει, βοηθάει τους γονείς στην διατήρηση της συγκινησιακής τους σταθερότητας.

Καθήκος επίσης της Νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση των γονέων για την μετεγχειρητική κατάσταση του παιδιού τους. Οφείλει να ενημερώσει τους γονείς για τυχόν παροχές, συσκευές, που μπορεί να είναι συνδεδεμένες με το χειρουργημένο παιδί. Η βοήθεια των γονέων στην πρόληψη διαφόρων μεταγχειρητικών επιπλοκών είναι σπουδαία.

Οι γονείς βρίσκονται συνεχώς κοντά στο βρέφος (εκτός βέβαια των περιπτώσεων όπου μετεγχειρητικά επιβάλλεται η τοποθέτηση του νεογνού ή του βρέφους σε θερμοκοιτίδα ή σε ειδική μονάδα)

οπότε μπορεί να παρατηρήσουν κάποιο σύμπτωμα μετεγχειρητικής επιπλοκής και να ενημερώσουν τη Νοσηλεύτρια. Η προηγηθείσα της επέμβασης ενημέρωση στο θέμα αυτό είναι σπουδαία και αποτελεί βασικό καθήκον της Νοσηλεύτριας.

β) Φυσική προετοιμασία

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά το άρρωστο νεογνό ή βρέφος να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών.

Το καχεκτικό βρέφος ή νεογνό βρίσκεται σε μειονεκτική θέση διότι:

- α) Είναι επιρρεπές στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα.
- β) Είναι επιρρεπές στο SHOCK και την αιμορραγία εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.
- γ) Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος εξαιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και όχι έκτακτα και υπάρχει διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά:

- α) Διορθώνεται κάθε ηλεκτρολυτική διαταραχή.
- β) Χορηγείται δίαιτα υπερλευκοματούχως ανάλογα με τη φύση της επέμβασης, που θα επακολουθήσει, υπερθερμιδική και φυσικά εύπεπτη.
- γ) Γίνεται μετάγγιση αίματος, πλάσματος ή παράγωγα αίματος σε πολύ δύσκολες περιπτώσεις και φυσικά ενδοφλέβια έγχυση ορρών.

Στις περιπτώσεις βραφών που έχουν ανάγκη προεγχειρητικά ηλεκτρολυτικής μελέτης, απαραίτητα μετριοούνται τα προλαμβανόμενα

και αποβαλλόμενα υγρά και καταγράφονται στην ατομική κάρτα νοσηλείας του βρέφους.

Ορισμένες εξετάσεις είναι απαραίτητες προεγχειρητικά. Τέτοιες είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινολογικός έλεγχος.

Η εξέταση αίματος είναι απαραίτητη πριν απο την γενική αναισθησία. Ο προσδιορισμός της ομάδας αίματος και του παράγοντα RHESUS είναι απαραίτητος σε περιπτώσεις όπου πρόκειται το βρέφος να μεταγγισθεί.

Όταν πρόκειται για επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος εφαρμόζεται στο νεογνό ή στο βρέφος ρινογαστρικός καθετήρας.

ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή συνίσταται στα παρακάτω:

- α) Αν η επέμβαση προγραμματισθεί για το επόμενο πρωί, χορηγείται το βράδυ στο βρέφος ελαφριά τροφή ενώ το νερό δίδεται ελεύθερα μέχρι 4-6 ώρες πριν από την επέμβαση.
- β) Αφαίρεση των ενδυμάτων του παιδιού και ένδυση με ρούχο ειδικό για το χειρουργείο.
- γ) Χορήγηση φαρμάκων προεγχειρητικά, εάν χρειάζονται, και πάντα κατ'εντολή του αναισθησιολόγου.
- δ) Έλεγχος και καταγραφή των ζωτικών σημείων του παιδιού. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως.

Επίσης μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται.

ε) Συμπλήρωση του φύλου προεγχειρητικής ετοιμασίας του βρέφους, μεταφορά του στο χειρουργείο.

Στις περιπτώσεις όπου υπάρχει ανάγκη, η Νοσηλεύτρια μενει κοντά του ώπου να του δοθεί η νάρκωση.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σ'όλα τα Παιδιατρικά Νοσοκομεία στο χειρουργείο είναι απαραίτητο το δωμάτιο ανάνηψης. Το δωμάτιο αυτό είναι ένα οργανωμένο μέρος του Χειρουργείου.

Βρίσκεται κάτω απο την επίβλεψη αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Το δωμάτιο ανάνηψης πρέπει να περιέχει θερμοκοιτίδα για την τοποθέτηση των νεογνών μετά την επέμβαση.

Ειδικά κρεβάτια ανάνηψης για βρέφη, με περιορισμούς (κάγκελα). Περιέχει επίσης μηχανήματα, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα, αναρροφητήρες, συνήθη ντουλάπια για την τοποθέτηση υλικού, γραφείο, νεροχύτη για την απολύμανση του προσωπικού.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στο δωμάτιο ανάνηψης είναι:

- α) Παρακολούθηση του νεογνού και βρέφους για αναπνευστική δυσχέρεια.
- β) Τοποθέτηση και διατήρηση της θέσεως-ανάλογα με την επέμβαση - του βρέφους στην κατάλληλη θέση. Συνήθως τοποθετούνται σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλαϊ.
- γ) Σύνδεση σωλήνων παροχέτευσης με φιάλες και παρακολούθηση της λειτουργίας τους.
- δ) Εκτέλεση οδηγιών αναισθησιολόγου-Χειρουργών.
- ε) Παρακολούθηση γαζών του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
- στ) Παρακολούθηση του νεογνού ή βρέφους στα ζωτικά σημεία του.

Η λήψη των ζωτικών σημείων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή απο μέρους της Νοσηλεύτριας διότι δεν είναι δυνατή η συνεργασία της με τα παιδιά.

Τα ζωτικά σημεία που εξετάζονται είναι: 1) θερμοκρασία 2) σφυγμοί 3) αναπνοή 4) αρτηριακή πίεση.

Τα κύρια αυτά σημεία εμφανίζουν μια φυσιολογική σταθερότητα στον οργανισμό η οποία όταν διαταραχθεί, επιφέρει σ'αυτόν διαταραχές

και χάνει την ισορροπία του.

Α. ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ. λαμβάνεται εσωτερικά και εξωτερικά.

Η εσωτερική λήψη γίνεται απο το στόμα και το απευθυσμένο. Η λήψη της θερμοκρασίας απο το στόμα των παιαδιών ιδιαίτερα των μικρότερων δεν συνιστάται διότι υπάρχει ο κίνδυνος θραύσης του θερμόμετρου.

Στα νεογνά και βρέφη η θερμοκρασία λαμβάνεται μόνο απο το απευθυσμένο είναι δε ο τρόπος αυτός ο περισσότερο ενδεδειγμένος διότι επιτυγχάνεται ευκολώτερα η ακινητοποίηση του παιδιού. Η απο το απευθυσμένο λαμβανόμενη θερμοκρασία είναι 4-5 δέκατα του βαθμού υψηλότερη της εξωτερικής λαμβανόμενης θερμοκρασίας.

Στην εσωτερική θερμοκρασία η Νοσηλεύτρια οφείλει να ξέρει και να εφαρμόζει τα παρακάτω: α) το θερμόμετρο να είναι ατομικό, να καθαρίζεται και να απολυμαίνεται. Ο καθαρισμός γίνεται με τολύπιο βάμβακα και ύστερα με σαπουνούχο νερό, στη συνέχεια τοποθετείται σε αντισηπτική διάλυση επι 10΄.

β) Πριν απο την τοποθέτηση μεταβιβάζεται ο υδράργυρος στους 35^οC και επαλείφεται με βαζελίνη για ανώδυνη τοποθέτηση.

Η εξωτερική λήψη γίνεται απο την κοιλότητα της μασχάλης και την μηροβουβωνική πτυχή.

Ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια πρέπει:

α) να ελέγχει το θερμόμετρο ώστε ο υδράργυρος να είναι μεταβιβασμένος στους 35^οC.

β) να καθαρίζει και να στεγνώνει την κοιλότητα της μασχάλης ή της μηροβουβωνικής πτυχής πριν απο την τοποθέτηση του θερμόμετρου.

γ) να απομακρύνει τα ενδύματα απο το σημείο τοποθέτησης του θερμόμετρου.

δ) να αποφεύγει τη λήψη θερμοκρασίας όταν υπάρχει στην περιοχή θερμοφόρα ή παγοκύστη.

B. ΣΦΥΓΜΟΣ

Η λήψη του σφυγμού γίνεται με ψηλάφηση όπως και στους ενήλικες επειδή τα μικρά παιδιά είναι ανήσυχα και δεν συνεργάζονται, ο σφυγμός λαμβάνεται συνήθως από την κροταφική αρτηρία, ιδιαίτερα την ώρα του ύπνου.

Το νεογνό έχει 135 σφυγμούς περίπου ανα πρώτο λεπτό της ώρας.

Το παιδί μέχρι 5 ετών 105 σφυγμούς.

Γ. ΑΝΑΠΝΟΗ Η συχνότητα της αναπνοής επηρεάζεται από την ηλικία.

Τα νεογνά έχουν 60-70 αναπνοές ανα πρώτο λεπτό της ώρας. Τα βρέφη έχουν 40 αναπνοές, τα παιδιά ενός έτους έχουν 30 αναπνοές.

Στα παιδιά επικρατεί συνήθως η κοιλιακή αναπνοή. Η μέτρηση της αναπνοής γίνεται με την παρακολούθηση των σκεπασμάτων και σε ορισμένες περιπτώσεις με την επαφή των χεριών στο θώρακα.

Δ. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ. Χρησιμοποιείται μικρότερο σφυγμομανόμετρο από εκείνο των ενηλίκων. Από διάφορες παρατηρήσεις έχουν βρεθεί ότι η Μ.ΜΗG αρτηριακή πίεση στα νεογνά ανέρχεται 80/45, στα παιδιά μέχρι 6 ετών 85/55 και στα μεγαλύτερα παιδιά 95/50.

ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΗ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ

Στις επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος υπάρχει μια Νοσηλευτική διαδικασία, ιδιαίτερα σημαντική, υπεύθυνη και καθοριστική για την πορεία των παθήσεων στο συγκεκριμένο σύστημα. Η Νοσηλευτική αυτή διαδικασία είναι η ρινογαστρική διασωλήνωση.

Σκοπός της ρινογαστρικής διασωλήνωσης

Ο σκοπός της ρινογαστρικής διασωλήνωσης είναι:

- α) Η απομάκρυνση υγρών και αερίων από τον γαστρεντερικό σωλήνα.
- β) Η εκτίμηση της εκκριτικής και της κινητικής δραστηριότητας του στομάχου και του γαστρεντερικού σωλήνα.
- γ) Η χορήγηση φαρμάκων και τροφής (τεχνητή διατροφή) απευθείας μέσα στον γαστρεντερικό σωλήνα.

Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα

Πριν απο την τοποθέτηση του ρινογαστρικού σωλήνα η Νοσηλεύτρια εκτελεί τις παρακάτω διαδικασίες:

- 1) Διαλέγει τον κατάλληλο για κάθε περίπτωση σωλήνα.
- 2) Αν ο σωλήνας είναι ελαστικός, το τοποθετεί μέσα σε μπόλ με πάγο. Αν πάλι είναι πλαστικός τον τοποθετεί μέσα σε ζεστό νερό.
- 3) Καθαρίζει τους ρώθωνες και ψεκάζει τον ρινοφάρυγγα με ΧΥΛΟΖΑΙ-ΝΕ (κατ'εντολή γιατρού).
- 4) Υπολογίζει το μήκος του σωλήνα που πρέπει να εισαχθεί για να φθάσει στο στομάχι. Το μήκος της τεθλασμένης απο την γέφυρα της μύτης, ως το λοβό του αυτιού και απο αυτό, ως το άκρο της Ξιφοειδούς απόφυσης, είναι κατά προσέγγιση ίδιο με το μήκος του σωλήνα που χρειάζεται για να μπει στο στομάχι. Η απόσταση αυτή μαρκάρεται με μια μικρή ταινία λευκοπλάστη.

Κατά την φάση της εκτέλεσης, της τοποθέτησης του ρινογαστρικού σωλήνα η Νοσηλεύτρια:

- 1) Κρατάει το σωλήνα σε απόσταση 4-5 εκ. απο το άκρο του και τον τοποθετεί μέσα στο ρώθωνα, αφού πρώτα τον έχει επαλείψει με γλισχραντική ουσία, που για τα νεογνά και τα βράφη είναι συνήθως παραφινέλαιο ή φυσιολογικός ορρός. Ο σωλήνας προχωρεί προς τα εμπρός και κάτω.
- 2) Ο σωλήνας έχει την τάση να αναδιπλώνεται γι'αυτό είναι απαραίτητη η συγκράτηση του κεφαλιού του παιδιού.
- 3) Ελέγχει την στοματική κοιλότητα για τυχόν μάζεμα του σωλήνα. Αν συμβαίνει αυτό, ο σωλήνας δεν μπορεί να προωθηθεί προς τα κάτω.
- 4) Σε περίπτωση που η Νοσηλεύτρια αισθανθεί αντίσταση κατά την προώθηση του σωλήνα, δεν πρέπει να ασκηθεί βία.
- 5) Στην περίπτωση που το παιδί εμφανίσει δυσφορία, δύσπνοια, βήχα ή κυάνωση, είναι ενδεικτικό ότι ο σωλήνας μπήκε στην τρα-

χεία και τον αφαιρεί αμέσως.

6) Ελέγχει τη θέση του σωλήνα αφού αυτός έχει τοποθετηθεί στη σωστή θέση και αναρροφά περιεχόμενο του στομάχου με σύριγγα.

7) Όταν γίνει η επιβεβαίωση ότι ο σωλήνας βρίσκεται στο στομάχι, η Νοσηλεύτρια τον στερεώνει με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστη. Περιβάλλει από κάτω τον σωλήνα με μια στενή λωρίδα λευκοπλάστη και κολλά τα ελεύθερα άκρα της στη μύτη αφού πρώτα σκουπίσει το δέρμα.

8) Στη συνέχεια στερεώνει τον σωλήνα στη σύστοιχη παρειά του παιδιού και κατόπιν στη πυτζάμα του για περισσότερη αφάθεια από τις κινήσεις που είναι σίγουρο ότι θα κάνει το παιδί.

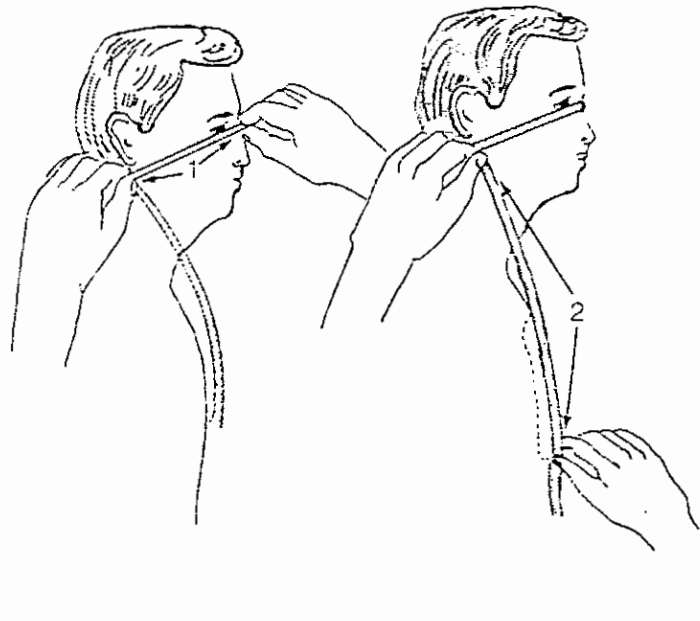
Η Νοσηλεύτρια οφείλει να ξέρει και να εφαρμόζει τα παρακάτω:

α) Η περιποίηση των ρωθώνων είναι απαραίτητη και σε διάστημα 2 ωρών.

β) Όλοι οι εντερικοί σωλήνες πρέπει να πλένονται σε συχνά χρονικά διαστήματα με μικρές ποσότητες διαλύματος φυσιολογικού ορού για την διατήρηση της βατότητάς τους. Το ισότονο διάλυμα διατηρεί την ωσμωτική πίεση και έτσι μειώνει την απώλεια ηλεκτρολυτών από το στομάχι.

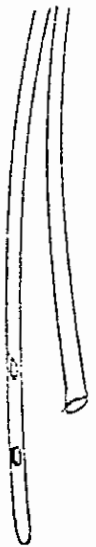
γ) Η Νοσηλεύτρια οφείλει να ξέρει ότι από την παρατεταμένη ρινογαστρική διασωλήνωση παρουσιάζονται ορισμένες επιπλοκές. Τέτοιες είναι εξέλιξη των ρωθώνων, κολπίτιδα, οισοφαγίτιδα, εξέλιξη γαστρικού βλεννογόνου, και πνευμονικές επιπλοκές.

Όλες οι γαστρικές δραστηριότητες που αφορούν την φροντίδα νεογνού ή βρέφους πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή, φροντίδα και αυξημένο αίσθημα ευθύνης από την Νοσηλεύτρια.

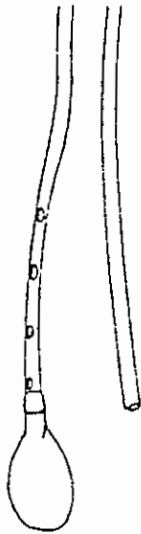


Σημεία μέτρησης αποστάσεων ρινογαστρικού
καθετήρα.

Είδη ρινογαστρικών καθετήρων



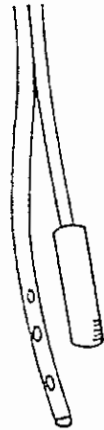
A
Ελαστικός
ρινογαστρικός
σωλήνας



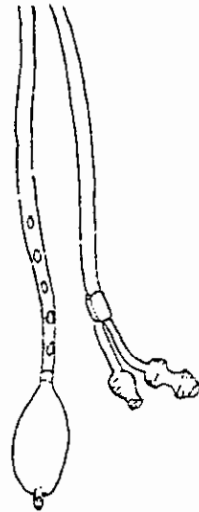
B
Σωλήνας Cantor



Γ
Σωλήνας Rehfuss
για δωδεκαδακτυλική
δισωλήνωση



Δ
Πλάστικός
ρινογαστρικός
σωλήνας



Ε
Σωλήνας Miller Abbott

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Απο την προσεκτική μελέτη όλων όσων αναφέρθηκαν στο θέμα των επεμβάσεων του εντέρου στη νεογνική και βρεφική ηλικία προκύπτουν συμπεράσματα που αναφέρονται τόσο στα χαρακτηριστικά σημεία της κάθε πάθησης ξεχωριστά, καθώς επίσης και για την αντιμετώπισή τους στα σημερινά Νοσηλευτικά Ιδρύματα με τα σημερινά δεδομένα.

Σημαντική προσφορά στην επιτυχή διεξαγωγή των επεμβάσεων αυτών, είναι η αλματώδης πρόοδος στον τομέα της Χειρουργικής, καθώς επίσης και της Αναισθησιολογίας. Η συμβολή τους είναι σημαντική στην πορεία και στην εξέλιξη της πάθησης.

Οι καινούργιες μέθοδοι και τεχνικές στην Παιδοχειρουργική καθώς επίσης και ο αριθμός των ειδικευμένων Παιδοχειρουργών που αυξάνεται αρκετά ικανοποιητικά, τα τελευταία χρόνια συντελούν σε ένα μεγάλο αριθμό πετυχημένων και με καλή έκβαση χειρουργικών επεμβάσεων.

Το πρωταρχικό στοιχείο που πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα, για την ομαλή πορεία της νόσου, είναι η έγκαιρη μεταφορά του άρρωστου παιδιού σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα όπου θα διαθέτει οργανωμένο Χειρουργείο, έμπειρους Παιδοχειρουργούς και Νοσηλευτικό προσωπικό.

Η κάθε πάθηση αποτελεί ξεχωριστό κεφάλαιο στην Παιδοχειρουργική και απαιτεί λεπτομερή αντικειμενική εξέταση του παιδιού σε συνδυασμό πάντα με εργαστηριακές εξετάσεις.

Τα νεογνά και τα βράφη δεν συνεργάζονται με το γιατρό και δεν έχουν συναίσθηση της κατάστασής τους, γι' αυτό οι παιδοχειρουργοί καταβάλλουν ιδιαίτερη προσπάθεια και η διάγνωση τίθεται κατόπιν λεπτομερή ελέγχου.

Γενικά, μπορούμε να αναφέρουμε ότι στις μέρες μας, ένας μεγάλος αριθμός νεογνών και βρεφών, διασώζεται απο παθήσεις ζωτικών οργάνων όπως είναι τα όργανα του πεπτικού συστήματος, χάρις στην εξέλιξη και τις δραστηριότητες στον τομέα της Χειρουργικής παιδων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Kesth Moore

Προτού γεννηθούμε

Βασική εμβρυολογία και συγγενείς ανωμαλίες
μετάφραση-Επιμέλεια: Αλεξάνδρου Ν. Κοντοπούλου,

Καθηγητή Ιστολογίας και Εμβρυολογίας

Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Λευκωθέας Π. Καραβίτη Ιατρού

Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

GUYTON M.D. Πρόλογος-Επιμέλεια

Ελληνικής έκδοσης Η. Κουβέλας

Φυσιολογία του ανθρώπου

Τρίτη έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

Μετάφραση Α. Ευαγγέλου 1984

CHARMAN J., (1973) Intussusception in Rhodesian
Africans: A. Contrast with the Accepted Clinical
picture, J of Ped. Surgery 1:43.

EIN S., STEPHENS G., (1971). Intussusception: 354 cases
in 10 years. J. of Ped. Surgery 6:16

PARITCH M., (1969). Intussusception: Ped. Surgery
2:914, 2nd, Ed., Year Book Medical Publishers, Inc.

ΤΣΑΚΑΓΙΑΝΝΗΣ Ε., ΠΑΠΠΗΣ Κ., ΓΙΑΝΝΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΚΑΖΛΑΡΗΣ Ε.,
(1965) Αμιγείς εγκολεασμοί της σιωληκοειδούς απόφουσεως.

ΕΛΛ. Χειρουργική 1:37

ΤΣΑΚΑΓΙΑΝΝΗΣ Ε., ΓΑΒΙΩΤΑΚΗ Α., ΓΙΑΝΝΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ.,

ΜΟΥΣΑΤΟΣ Γ., ΠΑΠΠΗΣ Κ., ΛΑΠΑΤΣΑΝΗΣ Π. (1969)

Η επείγουσα χειρουργική της κοιλίας κατά την νεογνική,
βρεφική και παιδική ηλικία.

Ιατρική 1:68

ΤΣΑΚΑΓΙΑΝΝΗΣ Ε., ΠΑΠΠΗΣ Κ., ΚΟΜΠΟΤΗΣ Η. (1969)

Σύγχρονοι απόψεις επί της αιτιοπαθογένειας του εγκολεασμού
του εντέρου εις την νεογνική και βρεφική ηλικία.

Αρχ. Ελλ. Παιδ. Εταιρ. 32:119

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΙΙΙ

(ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ)

ΑΝΘΟΥΛΑΣ ΝΑΚΟΥ - ΓΕΩΡΓΑΚΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΥ ΑΔΕΛΦΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ ΣΧΟΛΗΣ Ε.Ε.Σ.

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ Β'ΚΑ.Τ.Ε.Ε. ΑΘΗΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	I-III
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	I-II
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
Ανατομία πεπτικού	1-12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
Εμβρυολογία πεπτικού	13-26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
Φυσιολογία πεπτικού	27-38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
Παθήσεις πεπτικού:	39-114
α) Υπερτροφική πυλωρική στένωση	39-44
β) Ατρησία λεπτού εντέρου δωδεκαδακτύλου	45-51
γ) Ατρησία και στόμωση νήστιδος και ειλεού	52-54
δ) Ειλεός απο μηκώνιο	54-55
ε) Απόφυση MECKEL	56-65
στ) Συστροφή του εντέρου	66-67
ζ) Εντερικοί πολύποδες	67
η) Χρόνια ελκώδης κολίτιδα	67-70
θ) Ογκοι	70-71
ι) Οξεία σκωληκοειδίτις στα βρέφη	72-85
κ) Συγγενές megacolon	86-90
λ) Νεκρωτική εντεροκολίτιδα	90-93
μ) Εγκολιασμός	94-101
ν) Ανωμαλίες ορθοπρωκτικής χώρας	102-106

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ (συνέχεια)

Πίνακες:

α) Απόφασης ΜΕΣΚΕΛ	107-111
β) Εγκολιεσμού	112-114
ΙΣΤΟΡΙΚΑ	115-129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	
Νοσηλευτική φροντίδα	130-142
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	143-144
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

