

# Παθήσεις του παχέος εντέρου

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καρίνα Στέλλα

Δανιήλ Καλλιόπη

Σπουδάστριες Νοσηλευτικής  
ΤΕΙ Πάτρας

Εισηγητής Γ.Μ.Πέτρου

ΠΑΤΡΑ 1986

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΙΝΑ ΣΤΕΛΛΑ  
ΔΑΝΙΗΛ ΚΑΛΛΙΟΠΗ  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ Γ.Μ. ΠΕΤΡΟΥ



ΠΑΤΡΑ 1986

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1829

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία αυτή αναφέρεται στις παθήσεις του παχέος εντέρου. Αρχικά περιγράφουμε το παχύ έντερο και κατόπιν αναφερόμαστε στις παθήσεις του και στη νοσηλευτική τους φροντίδα. Από νοσηλευτική άποψη προσπαθήσαμε να είναι όσο το δυνατό πιο πλήρης, αν και δεν ήταν τόσο εύκολο, γιατί η σχετική βιβλιογραφία είναι αρκετά φτωχή.

Είναι αναπόφευκτο μια τέτοια εργασία να παρουσιάζει ελλείψεις και ατέλειες. Προσπαθήσαμε πάντως να είναι περιεκτική και να ενημερώνει τον αναγνώστη για τις παθήσεις του παχέος εντέρου, που όπως διαπιστώσαμε γράφοντας είναι από τις πλέον συνηθισμένες και ταλαιπωρούν καθημερινά πάρα πολύ κόσμο.

Τελειώνοντας ευχαριστούμε θερμά τον καθηγητή μας Γ.Μ.Πέτρου για την πολύτιμη βοήθειά του.

ΚΑΡΙΝΑ ΣΤΕΛΛΑ

ΔΑΝΙΗΛ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

## Α. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

### Ι.Ο.ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

Το πρωτογενές έντερο ή πεπτικό σύστημα σχηματίζεται κατά τη διάρκεια της τέταρτης βδομάδας της κυήσεως. Ο πρωτογενής πεπτικός σωλήνας διαιρείται σε τρία μέρη: το πρόσθιο έντερο, το μέσο έντερο και το οπίσθιο έντερο. Το παχύ έντερο κατάγεται από το μέσο και οπίσθιο έντερο.

α) Μέσο έντερο: Η επιμήκυνση του κεντρικού τμήματος του κόλου δίνει σχηματισμό στην ηπατική καμπή και στο ανερχόμενο κόλο. 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 εξαφανίζεται σταδιακά. Τα άλλα παράγωγα της αγκύλης του μέσου εντέρου διατηρούν τα μεσεντεριά τους. Οι καταβολές για το τυφλό και τη σκωληκοειδή απόφυση είναι το εκκόλπωμα του τυφλού, που εμφανίζεται κατά την πέμπτη βδομάδα. Ο κωνοειδής αυτός θύλακος εμφανίζεται στο ουραίο άκρο της αγκύλης του μέσου εντέρου. Το περιφερικό άκρο ή κορυφή από αυτόν τον τυφλό σάκκο δεν μεγαλώνει τόσο γρήγορα και έτσι σχηματίζεται η σκωληκοειδής απόφυση. Στη γέννηση είναι ένας σωλήνας μακρύτερος και τυφλός, μεγαλύτερος σχετικά από του ενήλικα.

β) Οπίσθιο έντερο: Εκτείνεται από το μέσο έντερο μέχρι την αμαρική μεμβράνη. Αυτή αποτελείται από το ενδόδερμα της αμάρας και το εξώδερμα του αρχαίγονου πρωκτού ή πρωκτικού εντυπώματος. Το επεκτεινόμενο τελικό τμήμα του οπίσθιου εντέρου, ή αμάρα δέχεται κοιλιακά την αλλαντοΐδα. Η αμάρα διαιρείται με ένα μετωπικό μεσεγγυματικό διάφραγμα, το ουροορθικό διάφραγμα, που βρίσκεται στη γωνία ανάμεσα στην αλλαντοΐδα και στο οπίσθιο έντερο. Ενώ αυτό το διάφραγμα μεγαλώνει προς την αμαρική μεμβράνη, πτυχές σχηματίζονται από τα πλάγια τοιχώματα της αμάρας. Αυτές οι πτυχές προχωρούν ή μια προς την άλλη και τέλος ενώνονται διαιρώντας την αμάρα σε δύο μέρη: 1) Ραχιακά το ορθό και τον πάνω πρωκτικό σωλήνα και 2) κοιλιακά τον ουρογεννητικό κόλπο. Στο τέλος της έκτης βδομάδας το ουροορθικό διάφραγμα έχει συνενωθεί με τη μεμβράνη της αμάρας, διαιρώντας την σε μια ραχιακή πρωκτική μεμβράνη και σε μια μεγαλύτερη κοιλιακή ουρογεννητική μεμβράνη. Στο τέλος

της έβδομης βδομάδας οι μεμβράνες αυτές σπάζουν και δημιουργείται ο πρωκτικός σωλήνας.

### Ι.Ι. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

α) Μη περιστροφή: Είναι σχετικά συνηθισμένη περίπτωση. Ονομάζεται και αριστερότοπο κόλο. Είναι συνήθως ασυμπτωματική. Το λεπτό έντερο βρίσκεται στη δεξιά μεριά της περιτοναϊκής κοιλότητας και το παχύ στην αριστερή.

β) Μικτή στροφή και περιστροφή: Το τυφλό βρίσκεται κάτω από τον πυλωρό και είναι προσκολλημένο στο οπίσθιο περιτοναϊκό τοίχωμα με συνδέσεις περιτοναϊκές, που περνούν πάνω από το δωδεκαδάκτυλο. Αυτές οι συνδέσεις και η συχνή παρουσία μιας περιστροφής των εντέρων, προκαλούν συχνά δωδεκαδακτυλική απόφραξη. Αυτός ο τύπος της κακής περιστροφής είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας του μέσου εντέρου να τελειώσει την περιστροφή του.

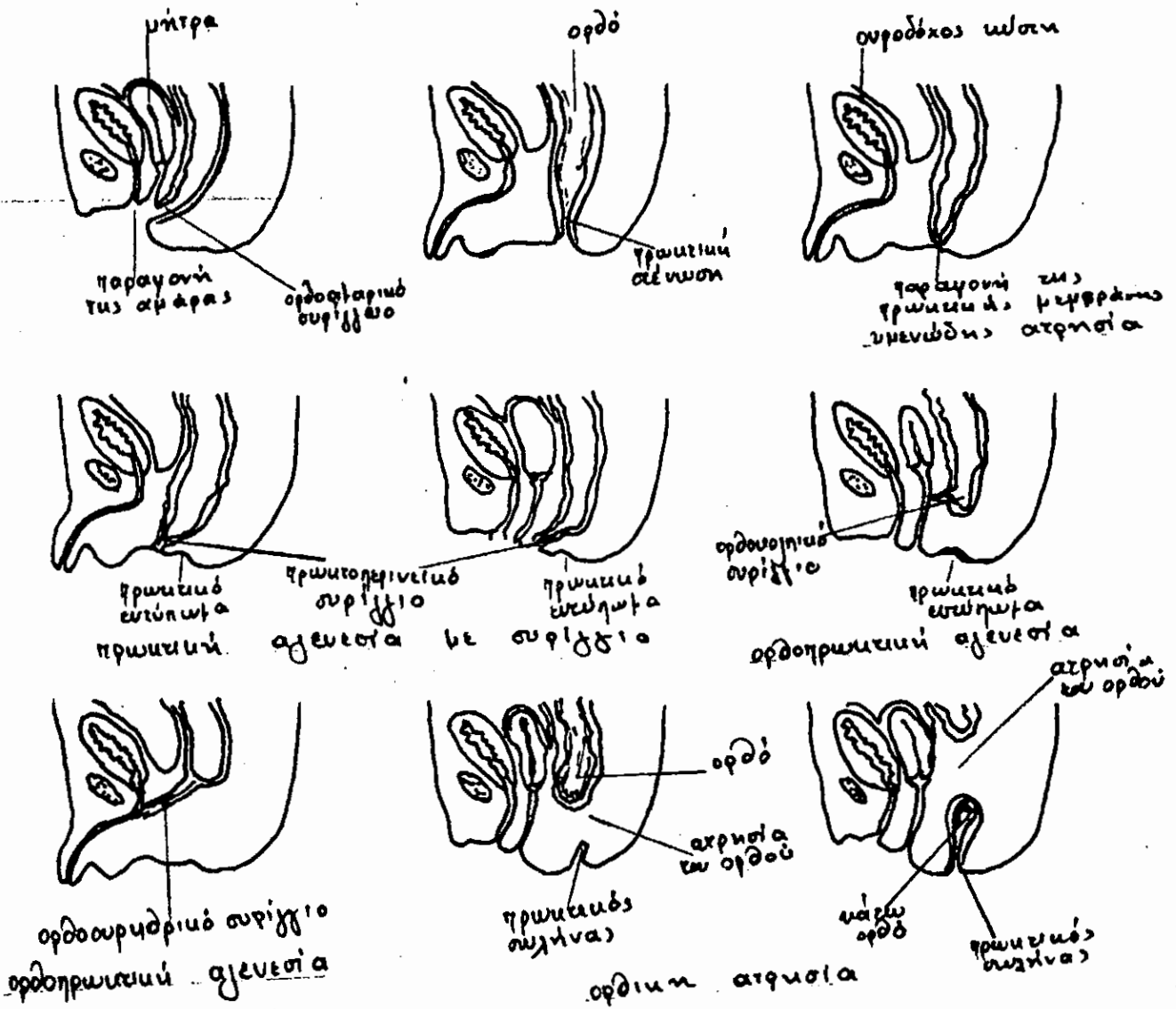
γ) Αντίθετη περιστροφή: Σπανιότατα η περιστροφή των εντέρων γίνεται με ωρολογιακή, παρά με αντιωρολογιακή κατεύθυνση. Τότε το δωδεκαδάκτυλο βρίσκεται μπροστά από το εγκάρσιο κόλο με αποτέλεσμα πιθανή απόφραξη του εγκάρσιου κόλου.

δ) Υποηπατικό τυφλό: Αδυναμία να επιμηκυνθεί το κεντρικό μέρος του κόλου υπάρχει σε 6<sup>ο</sup>/ο περίπου των εμβρύων, με αποτέλεσμα το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση στον ώριμο οργανισμό να βρίσκονται αμέσως κάτω από το ήπαρ.

ε) Κινητό τυφλό: Βρίσκεται σε 10<sup>ο</sup>/ο των ανθρώπων περίπου. Είναι αποτέλεσμα μη πλήρους προσκόλλησης του ανερχόμενου κόλου. Αυτό είναι σημαντικό να είναι γνωστό, γιατί υπάρχει ποικιλία στις θέσεις που μπορεί να έχει η σκωληκοειδής απόφυση και γιατί μπορεί να συμβεί συστροφή του τυφλού.

στ) Αδιάτρητος πρωκτός και σχετικές συγγενείς ανωμαλίες: Μορφή αδιάτρητου πρωκτού συναντιέται 1:5.000 γεννήσεις. Οι περισσότερες ορθοπρωκτικές ανωμαλίες είναι αποτέλεσμα ανώμαλης ανάπτυξης του ουροορθικού διαφράγματος, που έχει σαν αποτέλεσμα τη μερική διαίρεση της αμάρας σε ουρογεμνητικό και ορθοπρωκτικό τμήμα. Αν το ουροορθικό διάφραγμα δεν σχηματιστεί η αμάρα παραμένει.

ζ) Άγεννεσία του πρωκτού με ή χωρίς συρίγγιο: Ο πρωκτικός σωλήνας μπορεί να τελειώσει τυφλά ή πιο συχνά έχει ανώμαλο άνοιγμα (εκτοπικός πρωκτός) ή συρίγγιο που ανοίγει στο περίνεο. Στις γυναίκες το συρίγγιο μπορεί να ανοίγει στο αιδοίο και στους άντρες στην ουρήθρα. Άγεννεσία πρωκτού με συρίγγιο είναι αποτέλεσμα του



μη πλήρη χωρισμού της αμάρας με το ουροορθικό διάφραγμα.

η) Στένωση του πρωκτού: Ο πρωκτός είναι στη κανονική του θέση, αλλά ο πρωκτικός σωλήνας είναι πολύ στενός. Η ανωμαλία αυτή είναι κατά πάσα πιθανότητα ελαφράς ραχιαίας παραλλαγής του ουροορθικού διαφράγματος, καθώς μεγαλώνει ουραία για να ενωθεί με την αμαρική μεμβράνη.

θ) Μεμβρανική ατρησία του πρωκτού: Ο πρωκτός είναι στην κανονική του θέση, αλλά ένα λεπτό στρώμα ιστού ξεχωρίζει τον πρωκτικό σωλήνα από το εξωτερικό. Είναι σπάνια περίπτωση και είναι αποτέλεσμα αδυναμίας της πρωκτικής μεμβράνης να διατηρηθεί στο τέλος της έβδομης εβδομάδας.

ι) Ορθοπρωκτική αγενεσία με ή χωρίς συρίγγιο: Είναι η πιο συχνή ορθοπρωκτική ανωμαλία. Το ορθό τελειώνει πολύ ψηλότερα από τον πρωκτικό σωλήνα. Αν και μπορεί να τελειώνει τυφλά, συνήθως

υπάρχει ένα συρίγγιο στις γυναίκες στο κόλπο, ενώ στους άντρες στην ουρήθρα.

ια) Άτρησία του ορθού: Ο πρωκτικός σωλήνας και το ορθό υπάρχουν μεν, αλλά ξεχωρίζονται από ένα άτρητο τμήμα του ορθού. Αιτία μπορεί να είναι ανώμαλη αυλοποίηση ή ελλατωματική αιμάτωση.

## 2.0. Ι Σ Τ Ο Λ Ο Γ Ι Α

Από ιστολογική άποψη το παχύ έντερο εμφανίζει ομοιομορφία, με εξαίρεση τη σκωληκοειδή απόφυση, που έχει λιγότερους και βραχύτερους αδένες. Χαρακτηριστικό του βλεννογόνου της είναι τα πολυάριθμα λεμφοξίδια. Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από τέσσερεις χιτώνες οι οποίοι από έξω προς τα μέσα είναι οι εξής: α) Ο ορογόνος χιτώνας: Αυτός προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτόναιου και καλύπτει τα διάφορα μέρη του παχέος εντέρου. β) Ο μυϊκός χιτώνας: Αυτός αποτελείται από δύο στοιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλωτερή. Από αυτές η έσω είναι συνεχής, ενώ η έξω που αντιστοιχεί στις κολικές ταινίες παχύνεται και η αντίστοιχη προς τα εκκολπάματα του παχέος εντέρου καταλήγει λεπτή και αραιή. Στο απευθυσμένο η έξω στοιβάδα ανασχηματίζεται και γίνεται συνεχής, γι' αυτό και οι κολικές ταινίες εξαφανίζονται. Με την ενέργεια του μυϊκού χιτώνα τελούνται οι περισταλτικές και αντιπερισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου γ) Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας: Αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και παρεμβάλλεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου. δ) Ο βλεννογόνος: Αποτελείται από επιθήλιο, χόριο, αδένες, βλεννογόνια μύκη στοιβάδα και μονήρη λεμφοξίδια. Διαφέρει από το βλεννογόνο του λεπτού εντέρου γιατί δεν έχει λάχνες και πλάκες του PAYER. Το μονόστιχο καλυπτήριο επιθήλιό του απαρτίζεται από τα κυλινδρικά ή απορροφητικά κύτταρα και τα καλυκοειδή κύτταρα. Οι εντερικοί αδένες ή κρύπτες είναι περισσότερο ευθύγραμμοι και γενικά, πολύ επιμηκέστεροι από τους αντίστοιχους αδένες του λεπτού εντέρου. Το επιθήλιό τους αποτελείται κυρίως από καλυκοειδή κύτταρα που ο αριθμός τους αυξάνεται βαθμιαία από το τυφλό προς το απευθυσμένο, από λίγα απορροφητικά κύτταρα, από αδιαφοροποίητα κύτταρα και λίγα εντεροενδοκρινή κύτταρα. Λείπουν συνήθως τα κύτταρα του PANETH. Τα απορροφητικά κύτταρα της ελεύθερης επιφάνειας του βλεννογόνου έχουν σε σύγκριση με τα ίδια κύτταρα του λεπτού εντέρου πολύ λεπτότερη ψηκτροειδή παρυφή, που γίνεται πιο



λεπτή και ατελής στα απορροφητικά κύτταρα των εντερικών κρυπτών. Η παρυφή αυτή δεμ περιέχει ένζυμα. Στο κυτταρόπλασμα του κορυφαίου τμήματος των απορροφητικών κυττάρων των κρυπτών περιέχονται πολυάριθμα μικρά εκκριτικά κοκκία, των οποίων ο αριθμός περιορίζεται πάρα πολύ καθώς τα κύτταρα αυτά πλησιάζουν, κατά τη μεταμόστευσή τους, στην ελεύθερη επιφάνεια του βλεννογόνου. Η χημική σύνθεση των εκκριτικών κοκκίων και κυρίως ο λόγος της ύπαρξής τους δεν έχει ακόμα κατανοηθεί σαφώς. Στο χόριο του βλεννογόνου, που δεν διαφέρει από το χόριο του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου υπάρχουν πολυάριθμα μονήρη λεμφοζίδια. Η βλεννογόνια μυική στοιβάδα είναι παχιά και δύστιβη.

Ο βλεννογόνος με τον υποβλεννογόνιο χιτώνα της ενδοπυελικής μοίρας του απευθυσμένου του ανθρώπου, σχηματίζουν αρκετές εφήμερες καθώς και μόνιμες εγκάρσιες πτυχές στα πλάγια τοιχώματα του οργάνου.

Η τελική ή περινεϊκή μοίρα του απευθυσμένου είναι βραχύτατη και αποτελεί τον πρωκτικό σωλήνα, ο οποίος ανοίγεται εξωτερικά με τον πρωκτό. Ο βλεννογόνος του πρωκτικού σωλήνα συνεχίζεται στο ύψος του πρωκτού με το δέρμα του περίνεου. Δεν περιέχει αδένες και το επιθήλιο του είναι πολύστιβο πλακώδες.

Ο βλεννογόνος του πρωκτικού σωλήνα έχει μήκος 3,5 εκ. Σχηματίζει μια σειρά από παράλληλες επιμήκεις πτυχές, τους πρωκτικούς στύλους. Τά κάτω πέρατά τους συνδέονται μεταξύ τους με εγκάρσιες πτυχές του βλεννογόνου, τις πρωκτικές βαλβίδες. Τα κολπώματα που σχηματίζονται μεταξύ στύλων και βαλβίδων, ονομάζονται πρωκτικοί κόλποι. Γύρω από τον πρωκτό υπάρχουν σηγηματογόνοι και αποκρινείς ιδρωτοποιοί αδένες. Το χόριο και ο υποβλεννογόνιος χιτώνας του πρωκτικού σωλήνα συγχωνεύονται και στο κοινό χιτώνα που σχηματίζουν, περιέχεται το πλούσιο αιμορροϊδικό φλεβικό πλέγμα, του οποίου οι ελικοειδείς φλέβες, όταν υπερδιαστέλλονται, δημιουργούν τις αιμορροΐδες. Η εσωτερική στοιβάδα του μυικού χιτώνα γίνεται παχύτερη στο ύψος του πρωκτικού σωλήνα και σχηματίζει τον έσω σφικτήρα του πρωκτού. Αυτός καλύπτεται περιφερικά από τις επιμήκεις ίνες της εξωτερικής στοιβάδας και τους γραμμωτούς μύς έξω σφικτήρα και ανεληκτήρα του πρωκτού.

### 3.0. ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το παχύ έντερο είναι το τελευταίο τμήμα του πεπτικού συστήματος. Περιέχει τα άπεπτα υπολείμματα των τροφών που αποσυντίθενται με την επίδραση των βακτηριδίων, που βρίσκονται μέσα στο ίδιο το παχύ έντερο. Κύρια λειτουργία του είναι η απορρόφηση του νερού, των ηλεκτρολητών και των βιταμινών που εισήλθαν στο έντερο με τα πεπτικά υγρά, καθώς και η έκκριση άφθονης βλέννας.

Το μήκος του είναι 1,3 μέτρα. Αρχίζει από την ειλεοκολική βαλβίδα, που είναι και το σημείο όπου μεταπίπτει το λεπτό έντερο στο παχύ και τελειώνει στον πρωκτικό δακτύλιο. Διακρίνουμε τα εξής τμήματα:

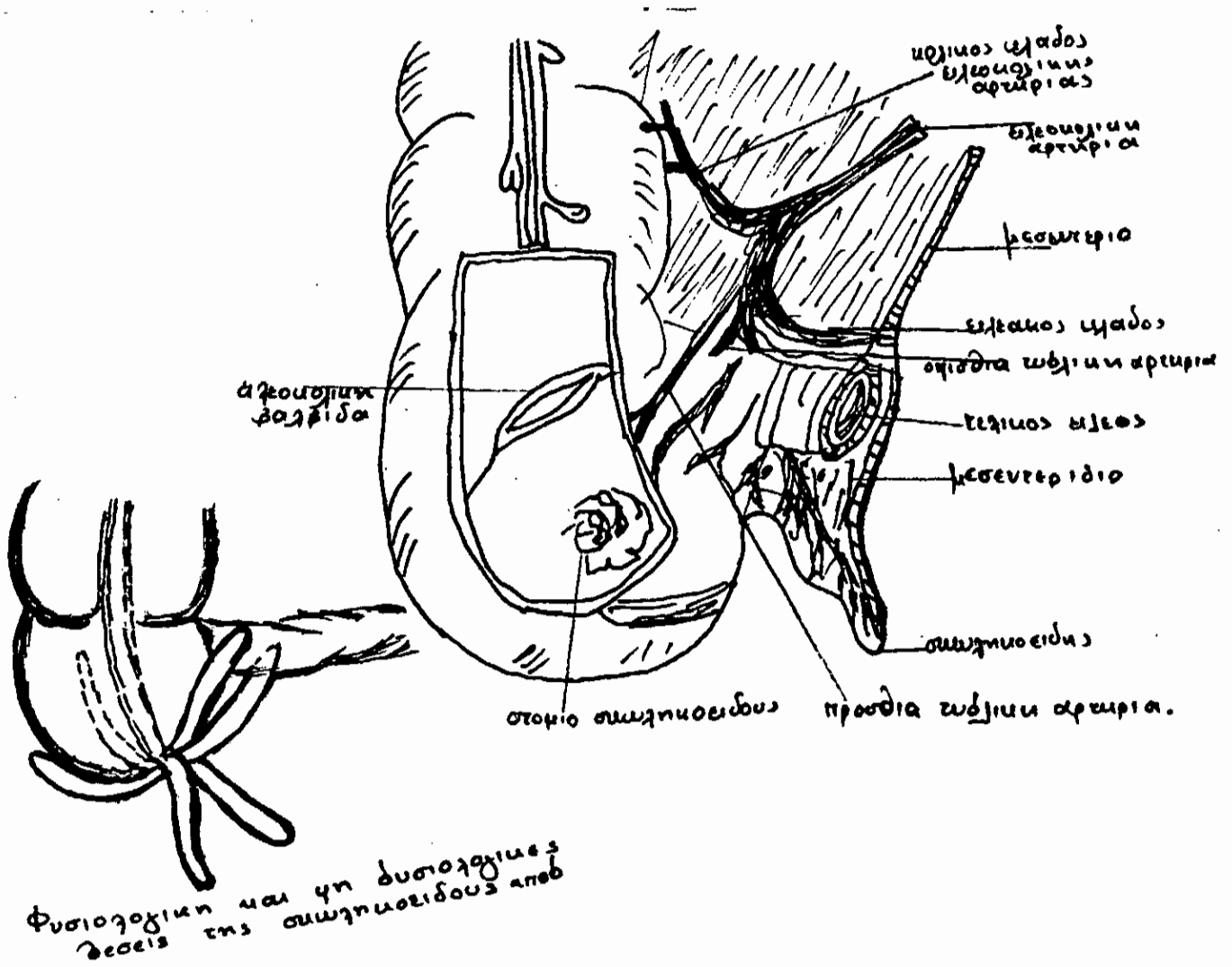
- α) Το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση (η τελευταία εκτός από τον άνθρωπο υπάρχει και στον κόνικλο).
- β) Το κόλον (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές).
- γ) Το απευθυσμένο ή ορθό.

Το τυφλό είναι ένας τυφλός, διευρισμένος θύλακος του εντέρου. Από αυτό κρέμεται η σκωληκοειδής απόφυση. Το μήκος του είναι 6-8 εκ. Η θέση του είναι στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, κοντά στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Κατά την είσοδο του τελευταίου τμήματος του ειλεού στο παχύ έντερο (στό τυφλό) σχηματίζεται η ειλεοκολική βαλβίδα, η οποία αποτελεί μια πύκνωση των χιτώνων του εντέρου προς τα μέσα. Η φυσιολογική λειτουργία της ειλεοκολικής βαλβίδας είναι να αποτρέπει την παλιδρόμηση του περιεχόμενου του παχέος εντέρου προς το λεπτό έντερο. Έτσι προστατεύεται η κανονική λειτουργία της απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών, που θα εμποδιζόταν από την παρουσία των βακτηριδίων του κόλου. Η ειλεοτυφλική βαλβίδα έχει ένα άνω και ένα κάτω χείλος, των οποίων τα άκρα ενώνονται και σχηματίζουν ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο χαλινό της βαλβίδας.

Η σκωληκοειδής απόφυση μπορεί να έχει μήκος από 2-20 εκ. και η διάμετρος της κυμαίνεται από 0,5-1 εκ. Συνήθως το στόμιό της είναι αρκετά στενό. Υπάρχει όμως περίπτωση να περάσει στον αυλό της εντερικό περιεχόμενο. Το στόμιο της σκωληκοειδούς βρίσκεται στην αρχή των κολικών ταινιών. Το μεσεντερικό της σκωληκοειδούς αποτελεί συνέχεια του μεσεντερίου του λεπτού εντέρου. Περιέχει την αρτηρία και τη φλέβα της σκωληκοειδούς, που πορεύονται πίσω από το πέρας του ειλεού. Η θέση της σε σχέση με το έντερο, το περιτόναιο και την πύελο ποικίλει. Πιθανές θέσεις είναι:

- α) Μπροστά, πάνω και πίσω από το τυφλό ( οπισθοτυφλική ).

- β) Προς την ελλάσωνα πύελο (λαγονοπυελική ).  
 γ) Οριζόντια πίσω από το τυφλό ( παρακολική ) και  
 δ) Σπανιώτατα μπροστά ή πίσω από το πέρας του ειλεού.



Σε φυσιολογική θέση του τυφλού, η έκφυση της σκωληκοειδούς προβάλλεται στο μέσο της γραμμής που ορίζεται από τη πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα και τον ομφαλό ( σημείο MC BARNEY ).

Σε λαγονοπυελική θέση η κορυφή της σκωληκοειδούς προβάλλεται περὶ-που στο όριο μεταξύ μέσου και δεξιού τριτημόριου της γραμμής που ενώνει τις δύο πρόσθιες άνω λαγόνιες άκανθες.

Δε χρησιμεύει για την πέψη ή την απορρόφηση της τροφής, αλλά αποτελεί μέρος του ανοσολογικού συστήματος ( περιέχει λεμφοζύδια ).

Σχέσεις του τυφλού και της σκωληκοειδούς με τα γύρω όργανα

Πρόσθιες: Εντερικές έλικες, μερικές φορές τμήμα του μείζονος επί-πλουκαι το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα στη δεξιά λαγόνια χώρα.

Οπίσθιες: Ο φοΐτης μυς και οι λαγόνιοι μύες, το μηριαίο νεύρο και το έξω μηροδερματικό νεύρο.

Έσω: Η σκωληκοειδής απόφυση εκπορεύεται από το έσω τοίχωμα του τυφλού.

### Αγγείωση

Η αγγείωση του τυφλού γίνεται με την πρόσθια και οπίσθια τυφλική αρτηρία, που είναι κλάδοι της ειλεοκολικής αρτηρίας, η οποία είναι κλάδος της άνω μεσεντέριας αρτηρίας. Οι φλέβες αντιστοιχούν προς τις αρτηρίες και απάγουν το αίμα στην άνω μεσεντέρια φλέβα. Η αγγείωση της σκωληκοειδούς γίνεται από την σκωληκοειδή αρτηρία, η οποία είναι κλάδος της οπίσθιας τυφλικής αρτηρίας. Η αρτηρία αυτή είναι συχνά διπλή και περνά προς την κορυφή της σκωληκοειδούς πορευόμενη μέσα στο μεσεντερίδιο. Η σκωληκοειδής φλέβα εκβάλλει στην οπίσθια τυφλική φλέβα.

### Λεμφαγγεία

Τα λεμφαγγεία του τυφλού περνούν από ένα αριθμό μεσεντερικών λεμφογαγγλίων για να καταλήξουν τελικά στα άνω μεσεντέρια λεμφογάγγλια.

Τα λεμφαγγεία που απάγουν τη λέμφο από τη σκωληκοειδή, εκβάλλουν σε ένα ή δύο λεμφογάγγλια, που βρίσκονται στο μεσεντερίδιο. Από εκεί η λέμφος περνά με απαγωγά λεμφαγγεία σε μια σειρά από λεμφογάγγλια του μεσεντερίου, για να φτάσει τελικά στα άνω μεσεντέρια λεμφογάγγλια.

### Νεύρωση

Τα νεύρα του τυφλού προέρχονται από συμπαθητικά νεύρα και τα πνευμονογαστρικά νεύρα του άνω μεσεντερίου πλέγματος.

Τα νεύρα της σκωληκοειδούς απόφυσης προέρχονται από τα συμπαθητικά και πνευμονογαστρικά νεύρα του άνω μεσεντερίου πλέγματος. Προσαγωγές νευρικές ίνες που μεταφέρουν ερεθίσματα σπλαχνικού πόνου από τη σκωληκοειδή απόφυση, πιστεύεται ότι συνοδεύουν τα συμπαθητικά νεύρα και εισέρχονται στο νωτιαίο μυελό στο ύψος του ΙΘου θωρακικού νευροτόμιου.

Το ανιόν κόλον βρίσκεται στη δεξιά λαγώνια χώρα. Έχει μήκος περίπου 15 εκ. Αρχίζει από το τυφλό έντερο και πορεύεται προς τα πάνω μέχρι το ήπαρ. Στο σημείο αυτό σχηματίζει τη δεξιά κολική ή ηπατική καμπή. Η καμπή αυτή δεν είναι σταθερή, γιατί πολλές φορές το ανιόν κόλον μεταπίπτει ήρεμα στο εγκάρσιο κόλο, χωρίς να σχηματίζει αυτή τη καμπή. Εξωτερικά αντιστοιχεί στο ΙΟο δεξιό

πλευρικό χόνδρο.

### Σχέσεις

Πρόσθιες: Οι έλικες του λεπτού εντέρου, το μείζον επίπλουν και το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

Οπίσθιες: Ο λαγόνιος μύς, η λαγόνια ακρολοφία, ο τετράπλευρος οσφυϊκός μύς, η έκφυση του εγκάρσιου κοιλιακού μυ και ο κάτω πόλος του δεξιού νεφρού. Επίσης το λαγονοπογάστριο και το λαγονογωνικό νεύρο.

### Αγγείωση

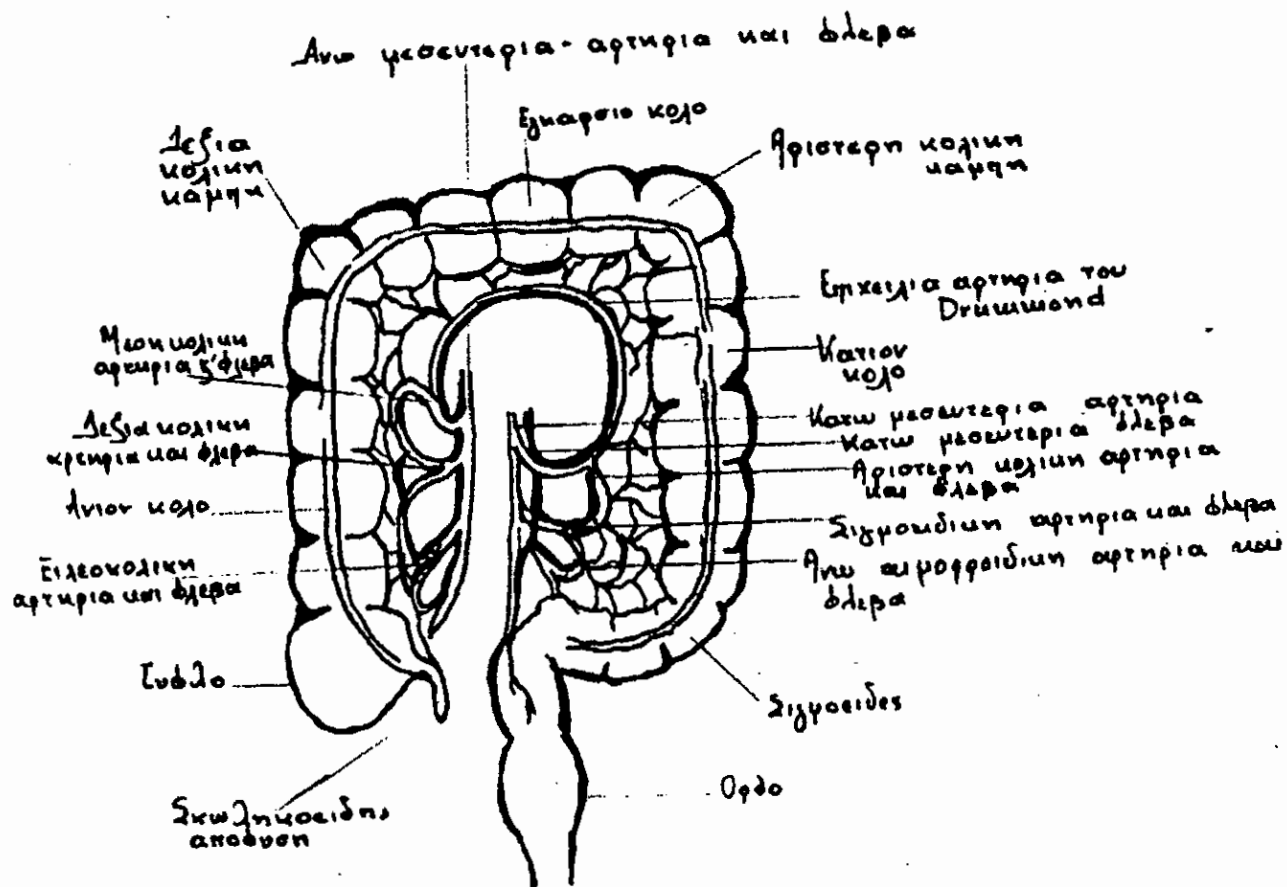
Η αγγείωση του ανερχόμενου κόλου γίνεται από την ειλεοκολική, τους δεξιούς κολικούς κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας. Οι φλέβες αντιστοιχούν προς τις αρτηρίες και εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια φλέβα.

### Λεμφαγγεία

Τα λεμφαγγεία αποχετεύουν λέμφο στα λεμφογάγγλια που βρίσκονται κατά μήκος της πορείας των κολικών αιμοφόρων αγγείων και τελικά καταλήγουν στα άνω μεσεντέρια λεμφογάγγλια.

### Νεύρωση

Τα νεύρα του ανερχόμενου κόλου προέρχονται από τα συμπαθητικά και πνευμοναγαστρικά νεύρα του άνω μεσεντέριου πλέγματος.



Το εγκάρσιο κόλον αρχίζει από τη δεξιά κοιλική καμπή, φέρεται προς τα αριστερά και άνω, μέχρι την πύλη του σπλήνα, όπου μεταπίπτει στο κατιόν κόλο σχηματίζοντας έτσι την αριστερή κοιλική καμπή. Έχει μήκος 40-50 εκ. περίπου. Το εγκάρσιο κόλο δεν ακολουθεί ευθεία πορεία, αλλά περιγράφει τόξο του οποίου το κοίλο στρέφεται προς τα άνω και πίσω. Η αριστερή κοιλική καμπή βρίσκεται πιο ψηλά από τη δεξιά και διαφέρει από αυτή στο ότι είναι απότομη και οξεία καθώς επίσης και στο ότι είναι σταθερή, αφού συγκρατείται από πτυχή του περιτόναιου, το φρενοκοιλικό σύνδεσμο. Εξωτερικά η αριστερή κοιλική καμπή αντιστοιχεί στο πλευρικό χόνδρο της 8ης αριστερής πλευρας.

### Σχέσεις

Πρόσθιες: Το μέζον επίπλου και το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

Οπίσθιες: Η δευτέρα μοίρα του δωδεκαδάκτυλου, η κεφαλή του παγκρέατος και έλικες της νήστιδας και του ειλεού.

### Αγγείωση

Η αγγείωση των πρώτων 2/3 του εγκάρσιου κόλου προέρχεται από τη μέση κοιλική αρτηρία, που είναι κλάδος της άνωμεσεντέριας αρτηρίας. Το τελευταίο τριτημόριο του εγκάρσιου κόλου πέρνει αίμα από την άνω αριστερή κοιλική αρτηρία, η οποία είναι κλάδος της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας. Οι φλέβες αντιστοιχούν προς τις αρτηρίες και εκβάλλουν στην άνω και κάτω μεσεντέρια φλέβα,

### Λεμφαγγεία

Τα λεμφαγγεία αποχετεύουν λέμφο σε λεμφογάγγλια που βρίσκονται κατά μήκος της πορείας των κοιλικών αγγείων. Η λέμφος από τα 2 πρώτα τριτημόρια του εγκάρσιου κόλου αποχετεύουν τελικά στα άνω μεσεντέρια λεμφογάγγλια, ενώ η λέμφος από την περιοχή του τελευταίου τριτημρίου φέρεται στα κάτω μεσεντέρια λεμφογάγγλια.

### Νεύρωση

Η νεύρωση του εγκάρσιου κόλου έρχεται από συμπαθητικά και τα πνευμονογαστρικά νεύρα και από πνευλικά παρασυμπαθητικά νεύρα. Οι συμπαθητικές νευρικές ίνες προέρχονται από το άνω και κάτω μεσεντερικό πλέγμα. Οι ίνες του πνευμονογαστρικού νευρώνουν μόνο τα πρώτα δύο τριτημόρια του εγκάρσιου κόλου. Το τελευταίο τριτημόριο νευρώνεται από πνευλικά παρασυμπαθητικά νεύρα.

Το κατιόν κόλον βρίσκεται στην αριστερή λαγώνια χώρα. Έχει μήκος 25 εκ. περίπου. Αρχίζει από την αριστερή κοιλική καμπή και

φέρεται προς τα κάτω μέχρι το στόμιο της ελλάσσονας πυέλου, όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές. Το περιτόναιο περιβάλλει το κατιόν κόλον από μπρός και από τα πλάγια και το καθηλώνει στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

### Σχέσεις

Πρόσθιες: Εντερικές έλικες, μείζον επίπλουν και το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

Οπίσθιες: Το έξω χείλος του αριστερού νεφρού, η έκφυση του εγκάρσιου κοιλιακού μυ, ο τετράπλευρος οσφυϊκός μυς, η λαγόνια ακρολοφία, ολαγόνιος μυς, και ο αριστερός φοΐτης μυς. Το λαγονοπογάστριο και λαγονοβουβονηκό νεύρο, το έξω μυελοδερματικό νεύρο, και το μηριαίο νεύρο, βρίσκονται επίσης πίσω από το κατιόν κόλον.

### Αγγείωση

Η αγγείωση του κατερχόμενου κόλου γίνεται από τον ανιόντα και κατιόντα κλάδο της αριστερής κολικής αρτηρίας, η οποία είναι κλάδος της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας. Οι φλέβες αντιστοιχούν προς τις αρτηρίες και εκβάλλουν στην κάτω μεσεντέρια φλέβα.

### Λεμφαγγεία

Τα λεμφαγγεία αποχετεύουν λέμφο σε λεμφαδένες που βρίσκονται κατά μήκος των κολικών αιμοφόρων αγγείων και στη συνέχεια στα κάτω μεσεντέρια λεμφογάγγλια, που βρίσκονται γύρω από την έκφυση της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας.

### Νεύρωση

Η νεύρωση του κατερχόμενου κόλου προέρχεται από συμπαθητικές νευρικές ίνες από το κάτω μεσεντέριο πλέγμα και από παρασυμπαθητικές ίνες της πυέλου.

Το σιγμοειδές (πυελικό κόλο) έχει μήκος περίπου 25-38 εκ. και αρχίζει σαν συνέχεια του κατερχόμενου κόλου μπροστά από την αριστερή έξω λαγόνια αρτηρία. Προς τα κάτω το σιγμοειδές συνεχίζεται με το απευθυσμένο αντίστοιχα προς τον τρίτο ιερό σπόνδυλο. Το σιγμοειδές κρέμεται μέσα στην κοιλότητα της πυέλου σαν μια αγκύλη. Προσφύεται προς το οπίσθιο τοίχωμα της πυέλου με το πυελικό μεσόκολο, που έχει σχήμα βεντάλιας. Η ρίζα του σιγμοειδούς μεσόκολου μοιάζει με ένα ανεστραμένο V. Το ένα σκέλος του V προσφύεται κατά μήκος της έσω πλευράς της αριστερής έξω λαγόνιας αρτηρίας και το άλλο σκέλος πορεύεται από το σημείο διχασμού της αριστερής κοινής λαγόνιας αρτηρίας προς τα κάτω μπροστά από το ιερό οστό, μέχρι τον τρίτο ιερό σπόνδυλο. Στην κορυφή του V βρίσκεται ένα μικρό κόλπωμα του περιτόναιου που λέγεται κόλπωμα

του σιγμοειδούς μεσόκολου. Πίσω από το έδαφος του κολπώματος αυτού βρίσκεται ο αριστερός ουρητήρας.

### Σχέσεις

Πρόσθια: Στον άντρα η ουροδόχος κύστη. Στη γυναίκα η οπίσθια επιφάνεια της μήτρας και το άνω τμήμα του κόλπου.

Οπίσθια: Το απευθυνμένο και το ιερό οστό. Το σιγμοειδές σχετίζεται επίσης με τις εντερικές έλικες της τελικής μοίρας του ειλεού.

### Αιμάτωση

Η αρτηριακή αιμάτωση του σιγμοειδούς γίνεται από αριστερούς κάτω κολικούς κλάδους της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας. Οι φλέβες αντιστοιχούν προς τις αρτηρίες και εκβάλλουν στο σύστημα της πυλαίας κυκλοφορίας.

### Λεμφαγγεία

Τα λεμφαγγεία από το σιγμοειδές αποχετεύουν λέμφο σε λεμφογάγγλια που βρίσκονται κατά μήκος της πορείας των αριστερών κάτω κολικών αρτηριών. Από τα λεμφογάγγλια αυτά η λέμφος πορεύεται προς τα κάτω μεσεντέρια λεμφογάγγλια.

### Νεύρωση

Προέρχεται από τα πυελικά πλέγματα. Τα νεύρα βρίσκονται στη ρίζα του πυελικού μεσόκολου.

Το απευθυνμένο έχει μήκος 13 εκ. περίπου. Αρχίζει μπροστά από τον τρίτο ιερό σπόνδυλο σαν συνέχεια του σιγμοειδούς κόλου. Πορεύεται προς τα κάτω ακολουθώντας την καμπύλη του ιερού οστού, του κόκκυγα και καταλήγει περίπου 2,5 εκ. μπροστά από την κορυφή του κόκκυγα τρυπώντας το διάφραγμα της πυέλου και μεταπίπτοντας στον πρωκτικό σωλήνα. Το κατώτερο μέρος του απευθυνμένου που βρίσκεται ακριβώς πάνω από το πυελικό διάφραγμα διευρύνεται και σχηματίζει την κοπροδόχο λήκυθο. Το περιτόναιο καλύπτει την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειες του πρώτου τριτημόριου του απευθυνμένου και μόνο την πρόσθια επιφάνεια του μέσου τριτημόριου, αφήνοντας ακάλυπτο το κατώτερο τριτημόριο του απευθυνμένου. Ο μυικός χιτώνας του απευθυνμένου έχει την έξω επιμήκη και έσω κυκλοτερή στιβάδα. Οι τρεις κολικές ταινίες του σιγμοειδούς συνενώνονται αντίστοιχα προς το απευθυνμένο και έτσι οι επιμήκεις ίνες σχηματίζουν μια εννοιαία στιβάδα, που είναι πιο παχιά αντίστοιχα προς την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του απευθυνμένου.



Ο βλεννογόνος του μαζί με την κυκλοτερή μυϊκή στιβάδα, σχηματίζει τρεις μόνιμες πτυχές που λέγονται εγκάρσιες πτυχές του απευθυσμένου. Οι πτυχές αυτές είναι ημικυκλοτερείς. Δύο από αυτές βρίσκονται στο αριστερό τοίχωμά του και μία στο δεξιό τοίχωμα.

### Σχέσεις

Οπίσθιες: Το απευθυσμένο έρχεται σε επαφή με το ιερό οστό και τον κόκκυγα, τον απιοειδή μυ, τον κοκκυγικό μυ, και τους ανεκκτήρες πρωκτού μυς, το ιερό νευρικό πλέγμα, και τα συμπαθητικά στελέχη.

Πρόσθιες: Στον άντρα τα δύο άνω τριτημόρια του απευθυσμένου που καλύπτονται από περιτόναιο σχετίζονται με το σιγμοειδές και με έλικες του ειλεού, που βρίσκονται στο ευθυκυστικό κόλπωμα. Το κατώτερο τριτημόριο του απευθυσμένου που δεν καλύπτεται από περιτόναιο, σχετίζεται με την οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης, την κατάληξη του σπερματικού πόρου και με τις σπερματοδόχες κύστεις και τον προστάτη.

Στη γυναίκα τα δύο άνω τριτημόρια του απευθυσμένου που καλύπτονται από περιτόναιο σχετίζονται με το σιγμοειδές και με έλικες του ειλεού που βρίσκονται στο ευθυμητρικό κόλπωμα (κόλπωμα του DOUGLAS). Το κατώτερο τριτημόριο του απευθυσμένου που δεν καλύπτεται από περιτόναιο σχετίζεται με την οπίσθια επιφάνεια του κόλπου.

### Αγγείωση

Η αρτηριακή αγγείωση του απευθυσμένου γίνεται από την άνω αιμορροϊδική, την μέση αιμορροϊδική και την κάτω αιμορροϊδική αρτηρία.

Η άνω αιμορροϊδική αρτηρία που είναι κλάδος της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας, είναι η αρτηρία εκείνη που κυρίως δίνει αίμα στο βλεννογόνο του απευθυσμένου. Ηπαίρει στην πύελο πορευόμενη στη ρίζα του πυελικού μεσόκολου και διαιρείται σε δεξιό και αριστερό κλάδο. Οι κλάδοι αυτοί βρίσκονται στη αρχή πίσω από το απευθυσμένο και κατόπιν τρυπούν το μυϊκό τοίχωμα του απευθυσμένου και δίνουν αίμα στο βλεννογόνο. Αναστομώνονται οι κλάδοι αυτοί μεταξύ τους καθώς επίσης και με κλάδους της μέσης και της κάτω αιμορροϊδικής αρτηρίας.

Η μέση αιμορροϊδική αρτηρία είναι ένας μικρός κλάδος της έσω λαγόνιας αρτηρίας. Πόρευεται προς τα μπρος και έσω προς το απευθυσμένο και κατανέμεται κυρίως στο μυϊκό του τοίχωμα.

Η κάτω αιμορροϊδική αρτηρία είναι κλάδος της έσω αιδοιϊκής

αρτηρίας. Αναστομώνεται με τη μέση αιμορροϊδική αρτηρία στο σημείο όπου το απευθυσμένο μεταπίπτει στον πρωκτό.

Οι φλέβες του απευθυσμένου αντιστοιχούν προς τις αρτηρίες.

Η άνω αιμορροϊδική φλέβα εκβάλλει στη κάτω μεσεντέρια αρτηρία δηλ. είναι μια φλέβα της πυλαίας κυκλοφορίας.

Η μέση και κάτω αιμορροϊδική φλέβα εκβάλλουν αντίστοιχα στην έσω λαγόνια και έσω αιδοϊκή φλέβα. Η αναστόμωση μεταξύ των αιμορροϊδικών φλεβών, αποτελεί μια σημαντική αναστόμωση μεταξύ της σωματικής φλεβικής κυκλοφορίας και της πυλαίας κυκλοφορίας.

### Λεμφαγγεία

Τα λεμφαγγεία του απευθυσμένου αποχετεύουν λέμφο σέ μια ομάδα λεμφογαγγλίων που βρίσκονται στο συνδετικό ιστό, που περιβάλλει το απευθυσμένο. Τα λεμφογάγγλια αυτά λέγονται παραορθικά λεμφογάγγλια. Λεμφαγγεία που ξεκινούν από τα ανώτερα και μέσα παραορθικά λεμφογάγγλια συνοδεύουν την άνω αιμορροϊδική αρτηρία και καταλήγουν στα κάτω μεσεντέρια λεμφογάγγλια. Λίγα λεμφαγγεία που αρχίζουν από τα μέσα παραορθικά λεμφογάγγλια ακολουθούν επίσης τη μέση αιμορροϊδική αρτηρία προς τα έσω λαγόνια λεμφογάγγλια. Επίσης μερικά λεμφαγγεία που αρχίζουν από τα κατώτερα παραορθικά λεμφογάγγλια μπορεί να ακολουθούν την κάτω αιμορροϊδική αρτηρία και την έσω αιδοϊκή αρτηρία προς τα έσω λαγόνια λεμφογάγγλια.

### Νεύρωση

Γίνεται από τα πυελικά πλέγματα.

## 3.1. ΧΑΡΑΚΗΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

### 3.1.1. Εξωτερικά χαρακτηριστικά

Στην εξωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου παρατηρούμε τα εξής:

A. Κολικές ταινίες Αυτές είναι τρεις:

α) Η ελεύθερη ταινία (στην πρόσθια επιφάνεια) .

β) Η επιπλοϊκή ταινία (πίσω και έξω) .

γ) Η μεσοκολική ταινία (πίσω και έσω) .

Είναι παχύνσεις της επιμ ήκους μυϊκής στιβάδας που αρχίζουν από τη βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Είναι δηλαδή τρεις χιτώμες μυϊκών ινών πλάτους 1 εκ. η κάθε μια. Στο σιγμοειδές ελλαττώνονται σε δύο, ενώ στο απευθυσμένο εξαφανίζονται.

B. Εγκοιλώματα Είναι σακκοειδή ανευρήσματα του εντέρου, που χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφύξεις. Τα εγκοιλώ-

ματα αυτά οφείλουν τη γέμνησή τους στο ότι η επιμήκης μυική στιβάδα του παχέος εντέρου είναι κοντύτερη από τους άλλους χιτώνες του. Γι' αυτό αν κόψουμε τις κοιλικές ταινίες, τότε το παχύ έντερο επιμηκύνεται και τα εκκολώματα εξαφανίζονται.

Γ. Επιπλοϊκές αποφύσεις Είναι λιπώδεις προσεκβολές του περιτόναιου. Εμφανίζονται κατά μήκος των κοιλικών ταινιών. Στο ανιόν, κατιόν και σιγμοειδές κόλο βρίσκονται δύο στίχοι επιπλοϊκών αποφύσεων, στο εγκάρσιο κόλο ένας, ενώ στο τυφλό και στο απευθυσμένο λείπουν τελείως.

### 3.1.2. Εσωτερικά χαρακτηριστικά

Στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου παρατηρούμε τα εξής:

Α. Μηνοειδείς πτυχές: Αντιστοιχούν στις περισφύξεις της εξωτερικής επιφάνειας.

Β. Κοιλικές κυφές Αντιστοιχούν στα εξωτερικά εκκολώματα.

## 3.2. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΛΕΠΤΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

### 3.2.1. Εξωτερικές διαφορές

α) Με εξαίρεση το δωδεκαδάκτυλο, το λεπτό έντερο είναι ευκίνητο ενώ το ανιόν και κατιόν κόλο προσφύονται σταθερά στο απίσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

β) Ο αυλός του λεπτού εντέρου είναι φυσιολογικά μικρότερος από αυτόν του παχέος εντέρου.

γ) Οι επιμήκεις μυικές ίνες του τοιχώματος του λεπτού εντέρου, σχηματίζουν ένα συνεχή χιτώνα γύρω από το έντερο, ενώ στο παχύ έντερο (με εξαίρεση τη σκωληκοειδή απόφυση) οι επιμήκεις μυικές ίνες συγκεντρώνονται σε τρεις ταινίες, τις κοιλικές ταινίες.

δ) Το παχύ έντερο έχει λιπώδεις προσεκβολές του περιτόναιου, τις επιπλοϊκές αποφύσεις, που λείπουν από το λεπτό έντερο.

ε) Το τοίχωμα του λεπτού εντέρου είναι ομαλό, σε αντίθεση με το τοίχωμα του παχέος εντέρου που φέρει εκκολώματα τα οποία χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφύξεις.

### 3.2.2. Εσωτερικές διαφορές

α) Ο βεννογόνος του λεπτού εντέρου έχει λάχνες, που λείπουν από το παχύ έντερο.

β) Ο βλεννογόμος του λεπτού εντέρου σχηματίζει μόνιμες πτυχές τις κυκλωτερείς πτυχές, που λείπουν από το παχύ έντερο.

γ) Στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου βρίσκονται συσσωρεύσεις

λεμφικού ιστού με τη μορφή αγελαίων λεμφοζιδίων, που είναι γνωστές σαν πλάκες του PAYER. Οι πλάκες αυτές λείπουν από το παχύ έντερο.

#### 4.0. Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Το παχύ έντερο έχει διάμετρο μεγαλύτερη από τη διάμετρο του λεπτού εντέρου. Στο τμήμα αυτό του πεπτικού συστήματος, υπάρχουν οι κρύπτες του LIEBERKUHN που εμφανίζουν όμως ιστολογικές διαφορές από τις ανάλογες κρύπτες του λεπτού εντέρου. Το μόνο έκκριμα του εντέρου είναι η βλέννα που εκκρίνεται από τα άφθονα βλεννογόνα (καλυκοειδή) κύτταρα, που υπάρχουν μεταξύ των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου, καθώς και από τα βλεννογόνα κύτταρα των κρυπών του LIEBERKUHN. Τα τελευταία χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι δεν περιέχουν ένζυμα.

Τοπικά ερεθίσματα ή τοπικά νευρικά αντανακλαστικά, προκαλούν αύξηση στην έκκριση της βλέννας. Η βλέννα προφυλάσσει το τοίχωμα του παχέος εντέρου από βλάβες, που θα μπορούσαν να προκληθούν από την αλκαλικότητα του εντερικού περιεχόμενου (pH:8) καθώς και από τη δραστηριότητα των βακτηριδίων.

Περίπου 500-1.000 κ.εκ. χυμού περνούν καθημερινά από την ειλεοτυφλική βαλβίδα στο παχύ έντερο. Η μεγαλύτερη ποσότητα νερού και ηλεκτρολυτών αυτού του χυμού απορροφάται στο παχύ έντερο και 50-200 κ.εκ. υγρού απεκκρίνονται με τα κόπρανα. Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης στο παχύ έντερο γίνεται στο κεντρικότερο μισό του και γι' αυτό λέγεται απορροφητικό κόλο, ενώ η λειτουργία του περιφερικού μισού του αφορά κυρίως την εναποθήκευση και γι' αυτό λέγεται εναποθηκευτικό κόλο.

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου (όπως και του λεπτού) έχει μεγάλη ικανότητα ενεργητικής απορρόφησης νατρίου και το ηλεκτρικό δυναμικό που δημιουργεί η απορρόφηση του νατρίου, προκαλεί απορρόφηση και χλωρίου. Επιπλέον γίνεται ενεργητική έκκριση διττανθρακικών ιόντων και παράλληλα ενεργητική απορρόφηση μιας μικρής πρόσθετης ποσότητας ιόντων χλωρίου. Τα διττανθρακικά ιόντα βοηθούν στην εξουδετέρωση των όξινων τελικών προϊόντων της δραστηριότητας των μικροβίων του κόλου. Η απορρόφηση ιόντων νατρίου και χλωρίου δημιουργεί μια ωσμωτική κλίση μεταξύ των δύο πλευρών του βλεννογόνου του παχέος εντέρου, η οποία με τη σειρά της προκαλεί απορρόφηση νερού.

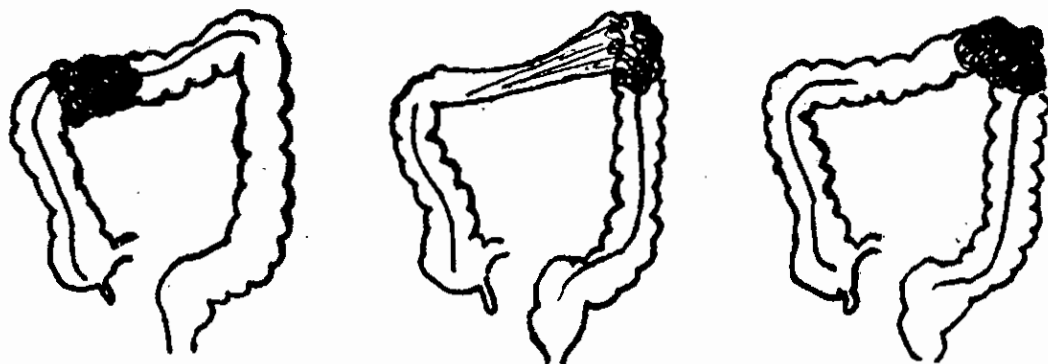
Αν δώσουμε σε ένα άτομο δοκιμαστικό γεύμα, η πρώτη ποσότητα

αυτού θα φτάσει στο τυφλό μετά τέσσερεις ώρες περίπου, αλλά θα χρειαστούν 7-9 ώρες για να φτάσει στο τμήμα αυτό και το υπόλοιπο του γεύματος. Αν το γεύμα περιέχει μικρά χρωστικά σφαιρίδια, για να βρεθεί ο όλος αριθμός τους στα κόπρανα πρέπει να περάσουν περισσότερες από 6 μέρες.

#### 4.1. ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι κινήσεις του παχέος εντέρου διακρίνονται σε κινήσεις μείξης και σε κινήσεις προώθησης του χυμού. Και στη περιοχή αυτή εμφανίζονται τοπικές συστολές και μεταβολές ενδογενείς του τόνου που, προορισμός τους είναι η ανάμειξη του περιεχομένου του εντέρου και η διευκόλυνση της απορρόφησης. Περισταλτικά κύματα προωθούν γενικά το περιεχόμενο του αυλού προς το απευθυσμένο. Μία έως τρεις φορές την ημέρα εμφανίζονται έντονες περισταλτικές κινήσεις, που χαρακτηρίζονται σαν "μαζικά περισταλτικά κύματα" και προωθούν μεγάλα ποσά του χυμού. Όπως το κάθε περισταλτικό κύμα του πεπτικού συστήματος, έτσι και τα μαζικά περισταλτικά κύματα για να εμφανιστούν, χρειάζεται τοπική διάταση του τοιχώματος του εντέρου και άθικτο μυεντερικό πλέγμα (AUERBACH).

Μαζικό περισταλτικό κύμα στο εγκάρσιο κόλο



#### 4.2. ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΧΛΩΡΙΔΑ (Δράση των μικροβίων του κόλου)

Στο απορροφητικό κόλο υπάρχει πλήθος μικροβίων και κυρίως κολοβακτηριδίων. Οι ουσίες που σχηματίζονται από τη μικροβιακή δραστηριότητα είναι η βιταμίνη K, βιταμίνη B<sub>12</sub>, θειαμίνη, ριβοφλαβίνη και διάφορα αέρια που συντελούν στην δημιουργία των φυσών του παχέος εντέρου. Η βιταμίνη K έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί φυσιολογικά η ποσότητά της στις τροφές που πέρνει ένα άτομο δεν είναι επαρκής για τη διατήρηση της πηκτικότητας του

αίματος σε ικανοποιητικά επίπεδα. Παράλληλα πολύτιμες ουσίες, όπως το ασκορβικό οξύ και η κυανοβαλαμίνη χρησιμοποιούνται από πολλά βακτηρίδια. Στα εντερικά βακτηρίδια επίσης οφείλεται ο σχηματισμός ορισμένων αμινών, όπως της ισταμίνης και τυραμίνης, που προέρχονται από την αποκαρβοξυλίωση αμινοξέων.

Υποστηρίζεται από πολλούς σαν βλαβερή η ύπαρξη των βακτηριδίων και κόκκων, ενώ αντίθετα από πολλούς σαν ωφέλιμη.

#### 4.3. Κόπρανα και κένωση

Φυσιολογικά τα κόπρανα είναι κατά τρία τέταρτα περίπου νερό και κατά το ένα τέταρτο στερεά συστατικά, από τα οποία 30% είναι νεκρά μικρόβια, 10-20% λίπος, 10-20% ανόργανη ύλη, 2-3% πρωτεΐνη και 30% άπεπτα συστατικά της τροφής και αποξηραμένα συστατικά των πεπτικών υγρών, όπως χολοχρωστικές και αποπίπτοντα επιθηλιακά κύτταρα. Το καστανό χρώμα των κοπράνων οφείλεται στην στερκοχολίνη και την ουροχολίνη που είναι παράγωγα της χολερυθρίνης. Η οσμή τους οφείλεται κυρίως στα προϊόντα της δράσης των μικροβίων τα οποία διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ανάλογα με τη μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου του και τον τύπο της τροφής που κατανάλωσε. Τα πραγματικά οσμηγόνα προϊόντα είναι η ινδόλη, η σκατόλη, οι μερκαπτάνες και το υδρόθειο.

Όταν τα κόπρανα συσσωρευθούν στο ορθό επέρχεται διάταση αυτού. Με τη διάταση ερεθίσματα μεταφέρονται στο μυεντερικό πλέγμα, το διεγείρουν και η διέγερση αυτή προκαλεί τη γέννηση περισταλτικών κυμάτων στο κατιόν κόλο. Ταυτόχρονα ερεθίσματα από το απευθυσμένο μεταφέρονται κεντρομόλα στην ιερά μοίρα του νωτιαίου μυελού και από εκεί με φυγόκεντρες, παρασυμπαθητικές ίνες, που οδεύουν με τα στητικά νεύρα, μεταφέρονται στο κατιόν κόλο, το σιγμοειδές, το ορθό και τον πρωκτό. Οι ώσεις αυτές ενισχύουν τις περισταλτικές κινήσεις και τις κάνουν πολύ έντονες ώστε να επιτύχουν την κένωση του παχέος εντέρου σε μεγάλη έκταση. Με τη διάταση του απευθυσμένου επέρχεται χάλαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού. Η νεύρωση του έσω σφιγκτήρα προέρχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Συμπαθητικές ίνες δρούν διεγερτικά στη λειτουργία αυτού, ενώ παρασυμπαθητικές ίνες αναχαιτιστικά. Ο έσω σφιγκτήρας του πρωκτού, που νευρώνεται από τα αιδοϊκά νεύρα παραμένει τονικά συσπασμένος και χαλάται εκούσια. Η κένωση δηλαδή ενώ είναι αντανακλαστικό φαινόμενο, μπορεί να διευκολυνθεί ή να αναχαιτισθεί με τη θέληση του ατόμου. Όταν εκούσια αναχαιτισθεί η κένωση, το αντανακλαστικό αναστέλλ-

λεται και είναι δυνατό να μην εκλυθεί πάλι για αρκετές ώρες.

#### 4.4. Λειτουργικές διαφορές ανάμεσα στο λεπτό και το παχύ έντερο

Στο λεπτό έντερο υπάρχουν πεπτικά ένζυμα\* με αυτά γίνεται η πέψη των υδατανθράκων, των λιπαρών ουσιών και των λευκωμάτων. Στο παχύ έντερο δεν εκκρίνονται πεπτικά ένζυμα. Πολλές φορές ωστόσο παρατείνεται η ενέργεια ορισμένων ενζύμων που προέρχονται από το λεπτό έντερο. Εξάλλου υπάρχουν τρισεκατομμύρια μικρόβια, που προκαλούν χρήσιμες σήψεις και ζυμώσεις. Επίσης στο παχύ έντερο γίνεται μεγάλη απορρόφηση νερού και έκκριση βλέννας.

## Β. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

### 1.0. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κοιλία πρέπει να εξετάζεται προσεχτικά για την παρουσία διατάσεως του κόλου, μερικής ή πλήρους, που αποτελεί σημαντικό σημε-  
 μελο απόφραξης.

Το τυφλό εξαιτίας της μεγαλύτερης χωρητικότητας και διατασιμότη-  
 τας του μπορεί να διαταθεί πολύ σε περίπτωση απόφραξης του κόλου  
 από όγκο ή στένωση σε περιφερικότερο σημείο. Σε μη παχύσαρκα άτομα  
 το πλήρες κοπράνων σιγμοειδές κόλο, μπορεί να είναι ψηλαφητό  
 στο κάτω αριστερό τεταρτημόριο της κοιλίας και να ανακαλυφθεί  
 ευαισθησάσει περίπτωση κολίτιδας ή εκκολπωματίτιδας.

Το σημαντικότερο ίσως μέρος της φυσικής εξέτασης για τη διάγνω-  
 ση των νοσημάτων του κόλου είναι η δακτυλική εξέταση του ορθού.  
 Η μέθοδος αυτή δεν πρέπει ποτέ να παραλείπεται για λόγους σεμνο-  
 τυφίας, φόβου ή αμηχανίας, επειδή είναι ουσιώδης για τη διάγνω-  
 ση περιπρωκτικών, σφιγκτηριακών και ενδοαυλικών βλαβών, προστα-  
 τικών και μητρικών ανωμαλιών, ακόμα δε και μικρών ορθικών μαζών.  
 Τα κόπρανα πάνω στο γάντι πρέπει να υποβάλλονται αμέσως σε χημι-  
 κή εξέταση για λανθάνουσα αιμορραγία. Το μισό περίπου του συνό-  
 λου των καρκινωμάτων του ορθού βρίσκεται σε σημείο προσιτό για  
 το δείκτη και η παράλειψη της ορθικής εξέτασης μπορεί να καθυ-  
 στερήσει τη διάγνωση και να επιβαρύνει την πρόγνωση.

2.0.

### 2.0. ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

#### 2.1. Κολονοσκόπηση

Η εξέταση αυτή γίνεται με το κολονοσκόπιο, που είναι ένα όργα-  
 νο με οπτικές ίνες, που χρησιμοποιούνται τόσο για μεταβίβαση του  
 φωτός, όσο και για τη μεταβίβαση της εικόνας. Είναι μήκους περί-  
 που δύο μέτρων, με μέγιστη διάμετρο 14χιλ. Είναι εφοδιασμένο με  
 ένα τελικό τμήμα, μια ερευνητική κεφαλή, που μπορεί να προσανα-  
 τολιστεί προς πολλές κατευθύνσεις από μακριά.

Το όργανο διαθέτει σωλήνα δια μέσω του οποίου μπορεί να διαβιβα-  
 σθεί λαβίδα βιοψίας ή καθετήρας με μετταλικό βρόγχο για την εξαί-  
 ρηση μισχωτών καλοήθων πολυπόδων. Με κολοσκοπία μήκους δύο μέτρων  
 μπορεί να ερευνηθεί καλά το ορθό, το σιγμοειδές, το κατιόν και  
 το εγκάρσιο κόλο. Αντίθετα δεν πετυχαίνεται πάντοτε να ερευνηθεί  
 το τυφλό, γιατί αυτό μπορεί μερικές φορές να βρσκεται μπροστά,



είτε από ένα δολιχόκολο είτε από ένα κόλο που με τις καμπές του, εμποδίζει το ερευνητικό τμήμα του οργάνου να διατρήξει ολόκληρο το κόλο.

Η κολονοσκόπηση γίνεται διατρέχοντας το κόλο κατά ανάδρομη διεύθυνση, με την προώθηση του οργάνου από κάτω διά μέσω του πρωκτού.

Η κολονοσκόπηση είναι χρήσιμη προ πάντων στη διάγνωση των επιφανειακών και των μικρών διαστάσεων βλαβών, που θα διέφευγαν και από την πιο προσεκτική ακτινολογική έρευνα. Η εξέταση αυτή είναι χρήσιμη επίσης με τη δυνατότητα που υπάρχει για την εκτέλεση βιοψιών, όταν πρέπει να γίνει διάκριση και συνεπώς διαφορική διάγνωση μεταξύ νεοπλασματικής και φλεγμονώδους στένωσης. Ακόμα είναι αρκετά χρήσιμη στην ακριβή οριοθέτηση της έκτασης και της τοπογραφίας της ελκώδους κολίτιδας.

Στις διαγνωστικές αυτές δυνατότητες μπορεί να προστεθούν και εκείνες, όχι μικρότερης σπουδαιότητας, της εξαίρεσης με την ενδοσκοπική οδό, μισχωτών καλοήθων πολυπόδων. Αυτό γίνεται με την εμφύσηση στο κόλο, για τη διάταση των τοιχωμάτων του, καθαρού αζώτου ή διοξειδίου του άνθρακα και τη χρησιμοποίηση ειδικών μεταλλικών βρόγχων προστατευόμενων με θήκη από πλαστικό, που επιτρέπουν την ηλεκτροπληξία της βάσης του πολύποδα.

### 2.Ι.Ι. Ενδείξεις κολονοσκόπησης

1) Ανωμαλίες στον βαριούχο υποκλυσμό, οπότε απαιτούνται περαιτέρω πληροφορίες ή λήψη ιστού για ιστολογική εξέταση.

2) Επίμονη αποβολή αίματος με τις κενώσεις, άγνωστης αιτιολογίας.

3) Επίμονη διάρροια άγνωστης αιτιολογίας.

4) Φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου όταν :

α) Διαπιστώνεται μάζα στο βαριούχο υποκλυσμό.

β) Διαπιστώνεται στένωση στο βαριούχο υποκλυσμό.

γ) Για τον προεχχειρητικό καθορισμό της νόσου του CROHN.

δ) Ο τύπος της κολίτιδας είναι αμφίβολου.

ε) Παρακολούθηση για την εμφάνιση καρκινώματος, σε χρόνια ελκώδη κολίτιδα.

5) Χειρουργική και θεραπευτική κολονοσκόπηση.

α) Αφαίρεση πολυπόδων του παχέος εντέρου.

β) Αφαίρεση ξένων σωμάτων από το παχύ έντερο.

γ) Εξαίρεση αιμορραγούντων σημείων.

6) Παρακολούθηση του παχέος εντέρου μετά από χειρουργική ή ενδοσκοπική αφαίρεση πολυπόδων ή καρκίνου.

### 2.1.2. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου πριν και κατά την κολονοσκόπηση

Ο γιατρός ή ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσουν στον άρρωστο τη διαδικασία της κολονοσκόπησης καθώς και το σκοπό της.

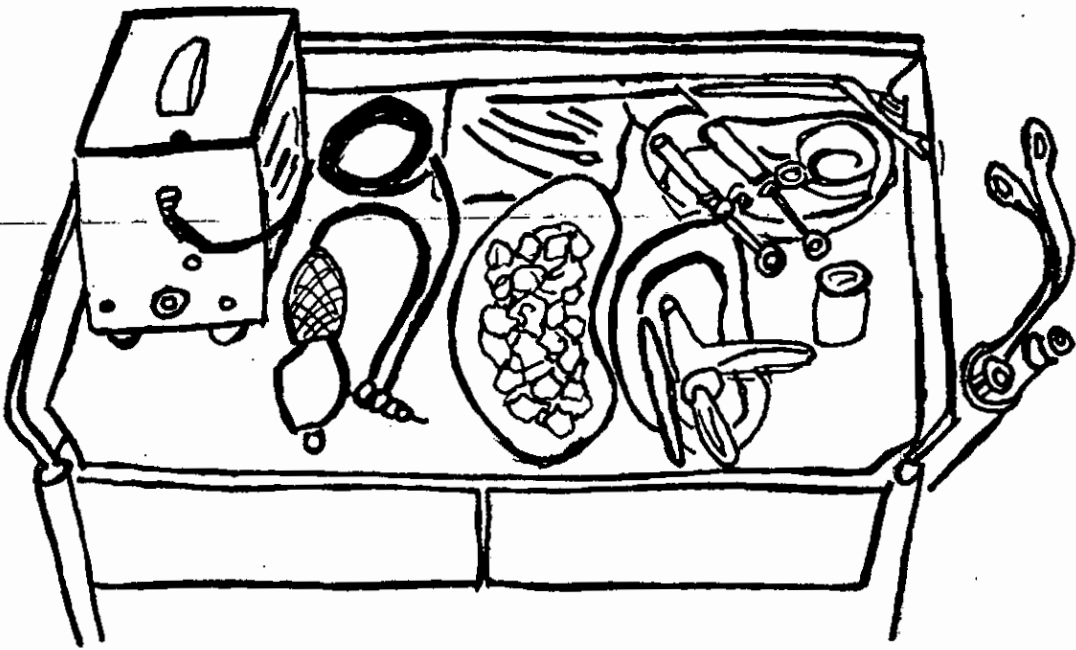
Το έντερο ετοιμάζεται για την κολονοσκόπηση ως εξής:

- α) Τρία εικοσιτετράωρα πριν από την εξέταση ο άρρωστος παίρνει υγρή δίαιτα.
- β) Κάθε βράδυ την ώρα του ύπνου και τις τρεις αυτές μέρες ο άρρωστος παίρνει ένα μπουκάλι (283,5 γρ.) κρύο κιτρικό μαγνήσιο.
- γ) Γίνονται υποκλυσμοί μέχρι που να επιστρέψει καθαρό το υγρό το πρωί της ημέρας της εξέτασης,
- δ) Το βράδυ πριν από την εξέταση ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα, ούτε το πρωί μέχρι να γίνει η εξέταση.

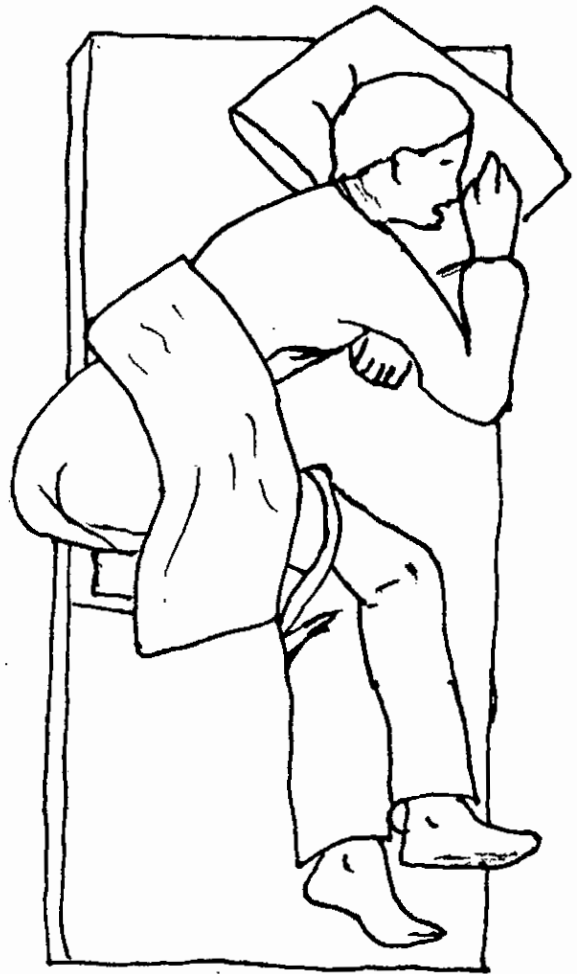
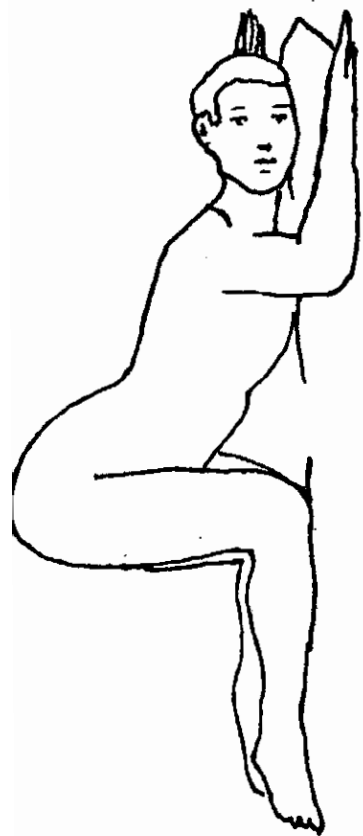
Η κολονοσκόπηση γίνεται στον ειδικό θάλαμο ενδοσκοπήσεων, όπου και θα πρέπει να μεταφερθεί ο άρρωστος. Ο άρρωστος τοποθετείται στο τραπέζι της εξέτασης σε πλάγια θέση (SIMS) και καλύπτεται. Πριν την εισαγωγή του ενδοσκοπίου γίνεται δακτυλική εξέταση. Γίνεται επάλειψη με γλισχραντικό και εισάγεται το ενδοσκόπιο. Εξετάζεται ο βλεννογόνος και λαμβάνονται δείγματα καθώς αφαιρείται το κολονοσκόπιο, αργά. Για να διευκολυνθεί η εξέταση μπορεί να γίνει εισαγωγή αέρα, έτσι ώστε να διαταθεί το έντερο. Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία του αρρώστου, καθώς και το επίπεδο συνείδησής του. Πιθανόν να χρειάζεται η χορήγηση IV DEMERD ή VALIUM για να αποφευχθεί πιθανή δυσχέρεια, όπως κοιλιακές κρέμπες, καθώς προχωρεί το ενδοσκόπιο μέσα στον αυλό του εντέρου.

### 2.1.3. Νοσηλευτική φροντίδα μετά την κολονοσκόπηση

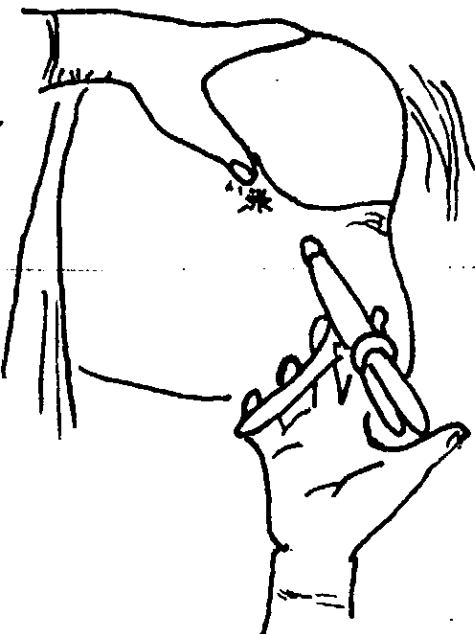
Ο νοσηλευτής βοηθά στον καθαρισμό της πρωκτικής περιοχής από βαζελίνη και κόπρανα. Παρακολουθεί τον άρρωστο για πυρετό, αιμορραγία, κοιλιακή διάταση, βλεννοπυώδη παροχέτευση και ασυνήθιστο πόνο. Αν έχουν παρθεί δείγματα βιοψίας είναι πιθανό ο άρρωστος να παρουσιάσει μικρή αιμορραγία. Ελέγχονται συνεχώς τα ζωτικά του σημεία. Δίνεται προσοχή όταν έχει δοθεί κατευναστικό, μέχρι να εκπνεύσει η δράση του. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει υγρά και να εφαρμόσει κανονική δίαιτα όσο πιο γρήγορα μπορεί. Όταν φυσικά ο άρρωστος εμφανίζει βαριά διάρροια ή ενεργό διάρροια δεν χρειάζεται προετοιμασία του εντέρου και η κολονοσκόπηση είναι επείγουσα.



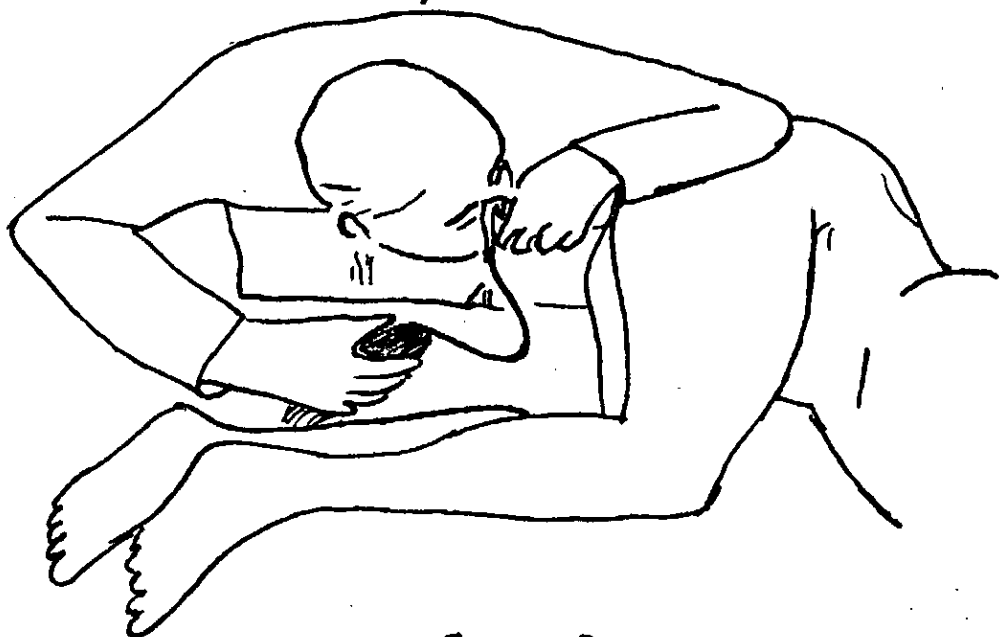
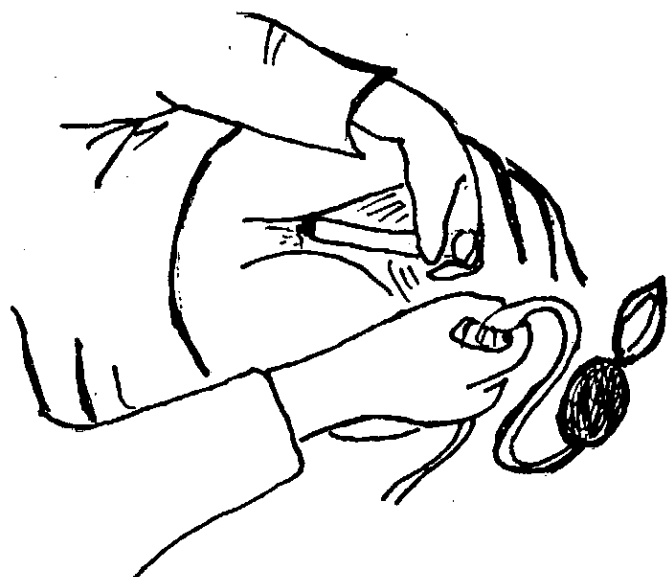
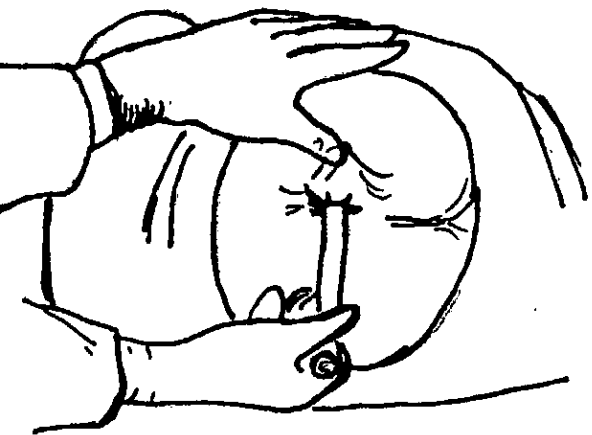
Δίονος εφέτασως του κόβου



Θέσεις του αρρώστου για την εφέταση του κόβου



Πρωτοσύβηση



Συγχοιδόσκηση

2.2. Πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση

Η εξέταση αυτή γίνεται με τη βοήθεια ειδικού οργάνου του πρωκτοσιγμοειδοσκοπίου. Με αυτό είναι δυνατή η άμεση επισκόπηση του ορθού, της ορθοσιγμοειδικής συμβολής και της κατώτερης μοίρας του σιγμοειδούς, Με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση επιβεβαιώνεται ή αποκλείεται η ύπαρξη πολυπόδων, όγκων, εξελκώσεων ή φλεγμονής όταν παρατηρούνται μεταβολές στις συνήθεις του εντέρου ή αιμορραγικά κόπρανα.

Η ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου πρόσθεσαι μια νέα διάσταση στη διάγνωση των παθήσεών του. Αρχικά έγινε πιστευτό ότι η διαγνωστική αυτή μέθοδος θα αντικαθιστούσε το βαριούχο υποκλυσμό. Σήμερα έχει αποδειχθεί ότι οι δύο αυτές μέθοδοι αλληλοσυμπληρώνονται και δεν είναι ανταγωνιστικές. Και ενώ με τον βαριούχο υποκλυσμό είναι δυνατή η ακτινογραφική απεικόνιση όλου του παχέος εντέρου, το ενδοσκόπιο εισάγεται στο παχύ έντερο σε βάθος που εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως: την επαρκή προετοιμασία του εντέρου, το επίπεδο ανοχής του αρρώστου, την κεκαμμένη πορεία του παχέος εντέρου, τις προηγούμενες ενδοκοιλιακές ή γυναικολογικές εξετάσεις, την παρουσία εκκολπώματος, τον τύπο του χρησιμοποιούμενου οργάνου, και την εμπειρία του διενεργούντος.

Παραθέτουμε ένα πίνακα που δείχνει το ποσοστό ενδοσκοπικών ευρημάτων σε 93 ασθενείς με επίμονες αιμορραγικές κενώσεις και βαριούχο υποκλυσμό, που αναφέρονται ως "φυσιολογικά" ή που δείχνουν "εκκολπώματα". Την έρευνα αυτή έκανε ο JEROME D. WAYE M.D. ASSOCIATE CLINICAL PROFESSOR OF MEDICINE AND CHIEF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY SECTION, DEPARTMENT OF MEDICINE, DIVISION OF GASTROENTEROLOGY, THE MOUNT SINAI SCHOOL OF MEDICINE OF THE CITY UNIVERSITY OF NEW YORK, NEW YORK.

1. Ενδοσκόπηση αρνητική ή παρουσία εκκολπώματος-----	39
2. Φλεγμονώδεις εντερικές παθήσεις-----	10
Ελκώδης κολίτιδα-----	4
Ηρωκτίτιδα-----	4
Ιστολογική εξέταση δεικνύουσα "φλεγμονώδεις αλλοιώσεις"---	2
3. Μικρές βλάβες μη σχετιζόμενες με την αιμορραγία-----	8
4. Αιμορροΐδες-----	2
5. Καρκίνωμα-----	15
Σιγμοειδούς-----	10
Δεξιάς κολικής καμπής-----	4
Ανερχόμενου κόλου-----	1

6. Πολύποδες-----	I4
Σιγμοειδούς-----	6
Πολυπλής εντόπισης-----	3
Αριστερής κολικής καμπής-----	I
Εγκάρσιου κόλου-----	I
Δεξιάς κολικής καμπής-----	I
Τυφλού-----	2
7. Τελαγγειεκτασία τυφλού, ανερχόμενου κόλου-----	4
8. Κολίτιδα από ακτινοβολία-----	I

### 2.2.I. Νοσηλευτική φροντίδα πριν, κατά και μετά την πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση

Όπως και στην κολονοσκόπηση έτσι και εδώ ο άρρωστος χρειάζεται προετοιμασία του εντέρου, με τον ίδιο τρόπο. Σε επείγουσες περιπτώσεις (ενεργό αιμορραγία - βαριά διάρροια) δεν γίνεται προετοιμασία.

Ο άρρωστος μεταφέρεται στην αίθουσα ενδοσκοπήσεων και τοποθετείται στην ειδική θέση της εξέτασης ή σε θέση SIMS.

Φυσικά από πριν θα πρέπει να του δοθούν εξηγήσεις για τη διαδικασία και το σκοπό της.

Κάτω από το κεφάλι του αρρώστου τοποθετείται μαξιλάρι. Γίνεται κάλυψη του αρρώστου. Αν θέλει μπορεί να βάλει τους βραχίονές του πάνω από το μαξιλάρι και να το πιάσει. Καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης ο άρρωστος ενθαρρύνεται ψυχολογικά, γιατί λόγω της φύσης της εξέτασης νοιώθει αμηχανία. Οι άρρωστοι που έχουν ελαττωματική καρδιακή λειτουργία χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα. Συνήθως χορηγείται σε αυτούς ελαφρό κατευναστικό ή ηρεμιστικό.

Πριν την πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση γίνεται δακτυλική εξέταση, για τον αποκλεισμό απόφραξης και για την διαστολή του πρωκτικού σφικτήρα. Γίνεται γλίσχραση του πρωκτοσιγμοειδοσκοπίου και εισάγεται στον πρωκτικό σφλήνα. Για να απαλλαχτεί ο άρρωστος από την ανάγκη που νοιώθει για κένωση του εντέρου με την εισαγωγή του ενδοσκοπίου, ενθαρρύνεται να αναπνέει βαθιά. Αν χρειάζεται παίρνονται δείγματα βιοψίας. Ακόμα αν είναι αναγκαία η διάταση του εντέρου για τη διευκόλυνση της εξέτασης, εισάγεται αέρας. Στη συνέχεια το πρωκτοσιγμοειδοσκόπιο αφαιρείται αργά, για να εξεταστεί προσεκτικά ο βλεννογόνος.

Μετά την εξέταση γίνεται καθαρισμός της πρωκτικής χώρας.

Όπως και στην κολονοσκόπηση ο άρρωστος παρακολουθείται για πυρετό, αιμορραγία, παθολογική διάταση και έξοδο βλεννοπυώδους υγρού και ασυνήθιστο πόνο. Και εδώ αν παρθούν δείγματα για βιοψία μπορεί ο άρρωστος να παρουσιάσει μικρή αιμορραγία. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει υγρά και να εφαρμόσει κανονική δίαιτα όσο το δυνατόν γρηγορώτερα.

### 3.0. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

#### 3.1. Από του στόματος πνευμονόκολο ( Νοσηλευτική φροντίδα)

Η εξέταση αυτή έχει καταργηθεί τα τελευταία χρόνια. Χρησιμοποιείται για την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό νόσου του CROHN, όγκων, παρασιτικής μόλυνσης, εκκολπωμάτων και σύνδρομου δυσασπορόφησης. Η προετοιμασία του αρρώστου αρχίζει ένα εικοσιτετράωρο πριν την εξέταση. Αυτό το εικοσιτετράωρο του χορηγείται υγρή δίαιτα. Δίνονται εξηγήσεις στον άρρωστο για όλη τη διαδικασία και το σκοπό της, όπως άλλωστε γίνεται για όλες τις εξετάσεις. Το απόγευμα της προηγούμενης μέρας από την εξέταση χορηγείται στον άρρωστο κιτρικό μαγνήσιο. Μετά από 5 ώρες χορηγούνται 4 ταμπλέτες DULCOLAX. Μετά τα μεσάνυχτα ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Το πρωί της εξέτασης ο άρρωστος μεταφέρεται στο ακτινολογικό εργαστήριο με καρότσι ή φορείο, ανάλογα με τη κατάστασή του. Γίνεται αναισθησία του λαιμού με τοπικό σπρέυ. Στη συνέχεια εισάγεται μικρός, πλαστικός γαστρικός καθετήρας μέχρι το δωδεκαδάκτυλο. Για τη διευκόλυνση της κίνησης του σωλήνα μέσα στο δωδεκαδάκτυλο, ο άρρωστος γυρίζεται από πλάι σε πλάι, ενώ ταυτόχρονα πιέζονται τα κοιλιακά του τοιχώματα. Δια μέσω του σωλήνα χορηγείται διάλυμα βαρίου. Για να προωθηθεί το βάριο μέσω του λεπτού εντέρου, χορηγούνται στη συνέχεια ένα έως δύο λίτρα πολύ λεπτόρευστου διαλύματος. Παίρνονται σταδιακά ακτινογραφίες και αφαιρείται ο σωλήνας 15 λεπτά περίπου μετά την εισαγωγή του, Στη συνέχεια παίρνονται κι άλλες ακτινογραφίες.

Μετά την εξέταση ο άρρωστος εμφανίζει έντονη την ανάγκη κένωσης του εντέρου. Ενθαρρύνεται να παίρνει άφθονα υγρά, ώστε να αποβληθεί πιο εύκολα το βάριο από το έντερο. Για τον ίδιο λόγο χορηγούνται και καθαρτικά όπως γάλα μαγνησίας. Σε περίπτωση που υπάρχει εκτεταμένη φλεγμονώδης νόσος του εντέρου δεν το προετοιμάζουμε με καθαρτικά.

### 3.2. Βαριούχος υποκλυσμός (Νοσηλευτική φροντίδα)

Με την εξέταση αυτή ελέγχεται το παχύ έντερο, συμπεριλαμβανόμενου και του τυφλού και της σκωληκοειδούς απόφυσης, για πολύποδες, όγκους, αλλοιώσεις, κολίτιδα και εκκολπωματίτιδα.

Ο άρρωστος προετοιμάζεται για την εξέταση ως εξής:

Του εξηγείται η όλη διαδικασία της εξέτασης, ο σκοπός της και η μετέπειτα κατάσταση του. 24 ώρες πριν την εξέταση του χορηγείται υγρή δίαιτα. Η προετοιμασία του εντέρου την προηγούμενη της εξέτασης μπορεί να διαφέρει από έδρυμα σε έδρυμα. Σε όλα πάντως χορηγούνται την προηγούμενη καθαρτικά του εντέρου όπως κιτρικό μαγνήσιο και ταμπλέτες DULCOLAX. Το κιτρικό μαγνήσιο χορηγείται το απόγευμα σε ποσότητα 293,5γρ. και μετά από 5 ώρες χορηγούνται στον άρρωστο 4 ταμπλέτες DULCOLAX. Μετά τα μεσάνυχτα ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα μέχρι την εξέταση. Το πρωί μεταφέρεται στο ακτινολογικό εργαστήριο με καρότσι ή φορείο. Στο εργαστήριο παίρνονται ακτινογραφίες πριν τον υποκλυσμό για διαπίστωση, ότι το κόλο είναι άδειο. Στη συνέχεια εισάγεται σωλήνας στο ορθό και χορηγείται διάλυμα βαρίου μέσα στο κόλο. Ταυτόχρονα εισάγεται και αέρας. Για να γεμίσει το κόλο με βάριο αλλάζουμε τη θέση του αρρώστου συνεχώς. Σταδιακά παίρνονται ακτινογραφίες. Μπορεί να χρειαστεί ένεση γλυκαγόνης για χαλάρωση του κόλου. Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να παίρνει αργές και βαθιές αναπνοές για να μπορέσει να κρατήσει το βάριο. Αν αισθάνεται μεγάλη δυσχέρεια τον συμβουλεύουμε να ειδοποιήσει τον ακτινολόγο.

Μετά τη λήψη ακτινογραφιών ο άρρωστος έχει έντονη την ανάγκη της κένωσης του εντέρου, για να αποβάλλει το βάριο. Τον διευκολύνει η λήψη άφθονων υγρών, για να αποβληθεί όλο το βάριο από το γαστρεντερικό σωλήνα. Πληροφορούμαι τον άρρωστο ότι θα αποβάλλει το βάριο με την κανονική λειτουργία του εντέρου, σαν άσπρη κένωση. Πιθανόν για την αποβολή του βαρίου να χρειασθεί να χορηγήσουμε στον άρρωστο καθαρτικό, όπως γάλα μαγνησίας. Πολλές φορές είναι απαραίτητος ο χαμηλός καθαρτικός υποκλυσμός.

Όπως σε όλες τις προηγούμενες εξετάσεις που αναφέραμε, σε αρρώστους με ενεργές φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου, δεν προηγείται προετοιμασία αυτού.



Γ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ι.Ο. ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Η συχνότητα των κενώσεων καθώς και η συνοχή και ο όγκος των κοπράνων διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην είναι σαφή τα όρια της φυσιολογικής με τη μη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου, όσο αφορά την αφόδευση. Φυσιολογικά οι κενώσεις κυμαίνονται από τρεις έως δώδεκα την εβδομάδα, ενώ το φυσιολογικό βάρος των κοπράνων ημερησίως κυμαίνεται από τριανταπέντε έως διακόσια τριανταπέντε γραμμάρια. Έτσι ένα άτομο χαρακτηρίζεται δυσκοιλιο ανάλογα με τις προηγούμενες συνήθειες του σε σχέση με τα τωρινά συμπτώματα, που έχει. Όταν δηλαδή παρουσιάζει ανεξήγητη καθυστέρηση της αφόδευσης ή όταν τα κόπρανα του είναι ασυνήθιστα σκληρά, στεγνά και δύσκολα στην έξοδο, το άτομο χαρακτηρίζεται δυσκοιλιο.

Ι.Ι. Αίτια της δυσκοιλιοδότητας

Συχνά το κύριο και μοναδικό αίτιο δυσκοιλιοδότητας είναι η επανειλημμένη αμέλεια της αφόδευσης και η συνεχής αναβολή, λόγω άλλων δραστηριοτήτων που υφίστανται την ώρα της έκλυσης του αντανακλαστικού της αφόδευσης. Μετά από κάποιο χρόνο τα φυσιολογικά αντανακλαστικά, ύστερα από συνεχή αναβολή, εξασθενούν και το κόλλο γίνεται άτονο. Υπάρχουν όμως και πολλά άλλα οργανικά αίτια υπεύθυνα για την εμφάνιση δυσκοιλιοδότητας όπως:

- α) Κακές διαιτητικές συνήθειες. Τροφές φτωχές σε ίνες, εξαιρετικά εκλεπτυσμένες, ανεπαρκή υγρά.
- β) Ελλειψη σωματικής άσκησης, καθιστική ζωή, παρατεταμένη ανάπαυση στο κρεβάτι.
- γ) Εγκυμοσύνη.
- δ) Προχωρημένη ηλικία.
- ε) Διάφορα φάρμακα: αντιόξινα, αναισθητικά, αντιχολινεργικά, αντικαταθλιπτικά, αντιυπερτασικά, αντιπαρκισονικά, αντιψυχωτικά, β-αδρενεργικοί ανασταλτές, διουρητικά, άλατα σιδήρου και βισμούθιου, καθαρτικά, μυοχαλαρωτικά, οπιούχα, διάφορα μέταλλα (δηλητηρίαση από αρσενικό, ψευδάργυρο, μόλυβδο κ.τ.λ.).
- στ) Ανωμαλίες του μεταβολισμού όπως υποκαλιαίμια, υπεργλυκαιμία, ουραιμία, πορφυρία, αμυλοείδωση.
- ζ) Παθήσεις των ενδοκρινών αδένων: υποθυρεοειδισμός, υπερασβεσται-

μία, πανυποφυσεϊσμός, φαιοχρωμοκίττωμα, γλυκογόνωμα.

η) Ανωμαλίες του παχέος εντέρου: προεκκολπωματική νόσος, εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου, ενδογενής ή εξωγενής φλεγμονή, νεοπλασματικές βλάβες κ.τ.λ.

θ) Δομικές ανωμαλίες του παχέος εντέρου, του ορθού και του πρωκτού

ι) Διαταραχές του νευρικού συστήματος.

ια) Ψυχογενή αίτια.

ιβ) Χρόνια χρήση υποκλυσμών.

## Ι.2. Θεραπεία

Η θεραπεία της δυσκοιλιότητας γίνεται με τη διατήρηση υγιεινών συνηθειών ως προς την κένωση, με κατάλληλη δίαιτα, μελασκήσεις καθαρτικά και υποκλυσμούς.

### Ι.2.Ι. Επαναφορά της κανονικής κένωσης

Στην απλή δυσκοιλιότητα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση καθαρτικών και υποκλυσμών, γιατί επηρεάζονται τα φυσιολογικά αντανακλαστικά του παχέος εντέρου. Αν ο άρρωστος χρησιμοποιεί πολύ καιρό αυτά τα μέσα, μεσολαβεί ένα μεταβατικό στάδιο κατά το οποίο ο άρρωστος παίρνει ελαφρά καθαρτικά ή ήπιους υποκλυσμούς, για να μη γίνει απότομη η διακοπή. Μερικοί άρρωστοι προσαρμόζονται πολύ δύσκολα στην καινούργια αυτή κατάσταση. Αυτοί είναι οι λεγόμενοι "τοξικομανείς" των καθαρτικών ή των υποκλυσμών που δύσκολα δέχονται οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία.

Για την επαναφορά της κανονικής αφόδευσης συνιστάται η τήρηση προγράμματος στην ώρα που θα γίνεται η κένωση, ακόμα κι αν τότε δεν υπάρχει επιθυμία για κένωση. Συνήθως προτιμάται η κένωση να γίνεται το πρωί μετά το πρόγευμα, οπότε τα γαστροκολικά και τα δωδεκαδακτυλικά αντανακλαστικά προκαλούν αθρόες κινήσεις του παχέος εντέρου. Ένα σημαντικό μέρος της εκπαίδευσης των νεογνών στα πρώτα χρόνια της ζωής τους είναι ο έλεγχος της αφόδευσης.

### Ι.2.2. Δίαιτα

Η δίαιτα πρέπει να περιλαμβάνει αρκετά υγρά που αυξάνουν τον όγκο, αλλά και επιτρέπουν την διόδο του εντερικού περιεχομένου. Τα υγρά που παίρνει καθημερινά το άτομο πρέπει να είναι 6-8 ποτήρια υγρά εκτός των υγρών που λαμβάνονται με τις τροφές. Ένα ποτήρι ζεστό νερό πριν το γεύμα βοηθάει σημαντικά την κανονική κένωση του εντέρου. Οι τροφές που θα περιλαμβάνονται στη δίαιτα πρέπει να αφήνουν αρκετό υπόλειμα. Τέτοιες τροφές είναι αυτές που περιέχουν πολλές ίνες όπως πιτυρούχες τροφές, ωμά φρούτα και λαχανικά. Μερικές τροφές όπως κομπόστες, μερικά ωμά φρούτα και λα-

χανικά βοηθούσημαντικά στον ατονικό τύπο δυσκοιλιότητας και χορηγούνται, εκτός κι αν υπάρχει ειδική αντένδειξη.

### Ι.2.3. Σωματική άσκηση

Οι κλινήρεις άρρωστοι πρέπει να κάνουν παθητικές και ενεργητικές κινήσεις. Σε άτομα με χάλαση των εξωτερικών τοιχωμάτων της κοιλίας χρειάζεται διορθωτική φυσικοθεραπεία, λόγω του ότι ο τόνος των εξωτερικών μυών της κοιλίας παίζει σημαντικό ρόλο στη διόρθωση της δυσκοιλιότητας.

### Ι.2.4. Καθαρτικά

Εχουμε πέντε είδη καθαρτικών:

α) Διεγερτικά καθαρτικά: Τέτοια είναι: το δοκουσικό νάτριο, το αρωματικό υγρό εκχύλισμα CASCARA SAGRADA, το βισακοδύλιο, η φαινολοφθαλεΐνη, το υπόθετο γλυκερίνης.

Το υπόθετο γλυκερίνης ενεργεί μέσα σε 30 λεπτά, όταν χορηγηθεί σε ποσότητα 3 γρ. και είναι ισχυρός ορθικός παράγοντας για την λίπανση του σκληρού κοπρανώδους υλικού.

β) Παράγοντες σχηματισμού όγκου: Το υδρόφιλο METAMUCIL (μυκτελοειδή φυλλού) χορηγείται 2 έως 3 φορές την ημέρα μετά τα γεύματα σε ποσότητα 14γρ. και άνω, μέσα σε ένα ποτήρι νερό. Είναι απαραίτητη η πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών και συνιστάται σε ηλικιωμένους αρρώστους και σε αυτούς που πάσχουν από το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου. Παρόμοιο καθαρτικό είναι και το ακατέργαστο πλιτούρο, ένα τέταρτο του φλυτζανιού ημερησίως.

γ) Ωσμωτικά καθαρτικά: Το γάλα μαγνησίας ανήκει σε αυτήν την κατηγορία καθαρτικών. Παίρνεται την ώρα του ύπνου, έχει ήπια ή μέτρια δράση και πρέπει να αποφεύγεται σε αρρώστους με προβλήματα από τους νεφρούς.

Αλλα παρόμοια καθαρτικά είναι η κιτρική μαγνησία, το φωσφορικό νάτριο, το σιρόπι λακτουλόζης, που αποφεύγονται κι αυτά σε περιπτώσεις αρρώστων που πάσχουν από παθήσεις των νεφρών.

δ) Παράγοντες διαβροχής: Το δοκουσικό νάτριο μαλακώνει τα κόπρανα και χαλαρώνει έτσι την πίεση της αφόδευσης.

ε) Λιπαντικά: Τέτοιο καθαρτικό είναι το ορυκτέλαιο. Βοηθά στο να μαλακώσουν τα κόπρανα. Αποφεύγεται η χορήγησή του από το στόμα, γιατί υπάρχει κίνδυνος απορρόφησης με επακόλουθο υγρή πνευμονία. Ακόμα το ορυκτέλαιο μπορεί να εμποδίσει την απορρόφηση λιποδιαλυτών βιταμινών από το έντερο.

Γενικά όλα τα καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται όταν ο άρρωστος

παρουσιάζει κοιλιακό πόνο άγνωστης αιτιολογίας ή όταν υπάρχει πιθανότητα απόφραξης ή κοπρόστασης. Απαγορεύεται η παρατεταμένη χρήση καθαρτικών, εκτός κι αν υπάρχει ειδική νόσος που δεν είναι δυνατή η θεραπεία της. Κι αυτό γιατί επιρεάζεται η φυσιολογική κινητικότητα και τα αντανακλαστικά του εντέρου, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια μόνιμη και επίμονη δυσκοιλιότητα. Εκτός αυτού η χρόνια χρήση καθαρτικών μπορεί να προκαλέσει βλάβη του μυεντερικού πλέγματος του παχέος εντέρου και του ορθού. Μερικοί πιστεύουν ότι με την ανάμειξη διάφορων καθαρτικών τα αποτελέσματα θα είναι καλύτερα. Αντίθετα όμως τα αποτελέσματα είναι ίδια και μάλιστα μερικές φορές επιβλαβή.

### 1.2.5. Υποκλυσμοί

Σπάνια ενδύκνεται μακροχρόνια εφαρμογή υποκλυσμών. Συνήθως χρησιμοποιούνται παροδικά σε περιπτώσεις χρόνιας δυσκοιλιότητας με κοπρόσταση. Κι αυτό γιατί οι υποκλυσμοί εμποδίζουν την επανεγκατάσταση των φυσιολογικών αντανακλαστικών του εντέρου.

Υπάρχουν τα ακόλουθα είδη υποκλυσμών:

- α) Αλατούχος υποκλυσμός (ζεστός ορός SODIUM CHLORIDE 0,9<sup>o</sup>/o 500-2.000 κ.εκ. )
- β) Ζεστό νερό βρύσης ( 500-1.000κ.εκ. )
- γ) Σαπουνόνερο (75κ.εκ. υγρό σαπούνι ανα λίτρο νερού )
- δ) Ελαιώδης υποκλυσμός για κατακράτηση (180 κ.εκ. ορυκτέλαιου ή παραφινέλαιου που ενσταλκάζεται στο ορθό πριν τη κατάκλιση και παραμένει όλη τη νύχτα εκεί. Το έλαιο κενώνεται την άλλη μέρα το πρωί.

## 2.0. ΚΟΠΡΟΣΤΑΣΗ

Είναι μια κατάσταση κατά την οποία πολύ σκληρά ή στοκοειδή κόπρανα ενσφυνώνονται στο ορθό ή στο κόλο και εμποδίζουν τη φυσιολογική διόδο των κοπράνων. Χρειάζεται να γίνει διάσπαση και εκκένωση των κοπρανοδών μαζών με το χέρι, με υποκλυσμό ή με χειρουργική επέμβαση κατόπιν νάρκωσης. Διαφορετικά μπορεί να δημιουργηθεί πλήρης ή μερική εντερική απόφραξη.

### 2.1. Αίτια

Τα αίτια της κοπρόστασης είναι οργανικά ή λειτουργικά.

- α) Οργανικά είναι : επώδυνες ορθοπρωκτικές παθήσεις, ραγάδες δακτυλίου, όγκοι, νευρογενείς παθήσεις του κόλου κ.τ.λ.
- β) Λειτουργικά είναι: καθαρτικά που αυξάνουν τον όγκο, αντιόξινα

φάρμακα, ασιτία, σπασμολυτικά ή αγχολυτικά φάρμακα. Ακόμα κοπρόσταση μπορεί να προκληθεί από παρατεταμένη ακινησία (άρρωστοι κατά την ανάρρωση ή μετεγχειρητικά, ανάπηρα άτομα).

## 2.2. Διάγνωση

Κατά την ψηλάφηση της κοιλίας παρατηρείται διάτασή της, ψηλαφητοί όγκοι στο ίδιο σημείο και σκληρά κόπρανα στο ορθό. Κατά τη δακτυλική εξέταση ψηλαφούνται σκληρές κοπρανώδεις μάζες. Η τελική διάγνωση μπαίνει με το βαριούχο υποκλυσμό. Ο άρρωστος, μπορεί να αναφέρει ιστορικό επίμονης δυσκοιλιότητας. Πιο συχνά όμως αναφέρει ιστορικό "υδατικής" διάρροιας. Μερικές φορές υπάρχει αίμα και βλέννη στα κόπρανα.

## 2.3. Θεραπεία

Επιβάλλεται η διάσπαση των σκληρών κοπρανοδών μαζών με το χέρι ή με το ορθοσκόπιο. Βοηθάνε και οι καθαρτικοί υποκλυσμοί, που προτιμάται να γίνονται σε γονατοστηθική θέση του αρρώστου. Όταν η κοπρόσταση συμβαίνει σε ψηλό σημείο στο έντερο βοηθάνε οι διακλυσμοί του κόλου. Μετά τη διάσπαση των σκληρών κοπράνων, γίνονται υποκλυσμοί για δύο έως τρεις βδομάδες, μέχρι το τοίχωμα του εντέρου να επανακτήσει τον τόνο του και να επανέλθει το αντανακλαστικό της αφόδευσης.

## 3.0. ΑΕΡΙΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ (ΦΥΣΕΣ )

Η ποσότητα των αερίων του γαστρεντερικού σωλήνα διαφέρει από άτομο σε άτομο. Συνήθως η ποσότητα των αερίων που μπαίνουν ή σχηματίζονται στο έντερο ημερησίως είναι κατά μέσο όρο 7-10 λίτρα ενώ η ποσότητα που αποβάλλεται είναι περίπου 0,6 λίτρα. Η υπόλοιπη ποσότητα απορροφάται από τον εντερικό βλεννογόνο.

Η σύσταση των γαστρεντερικών αερίων κατά το 95% περίπου είναι: άζωτα, οξυγόνο, υδρογόνο, μεθάνιο, και διοξείδιο του άνθρακα. Το άζωτο και το οξυγόνο προέρχονται από τη κατάπωση του αέρα. Το μεθάνιο, το υδρογόνο και το διοξείδιο του άνθρακα παράγονται στο έντερο και προέρχονται από τις μικροβιακές ζυμώσεις δυσαπορροφημένων υδατανθράκων και κυτταρίνης στο έντερο. Είναι γνωστό ότι μερικές τροφές δημιουργούν περισσότερα αέρια από άλλες. Τέτοιες τροφές είναι τα φασόλια, το λάχανο, τα κρεμμύδια, το κουνουπίδι, το καλαμπόκι και ορισμένα πολύ ερεθιστικά τρόφιμα όπως το ξύδι. Μερικές από αυτές τις τροφές αποτελούν κατάλληλο θρεπτικό υλικό για την ανάπτυξη αεριογόνων μικροβίων, επειδή

περιέχουν τύπους υδατανθράκων που δεν απορροφούνται καλά και μπορούν να υποστούν ζύμωση.

Μερικές φορές όταν το μεθάνιο και το υδρογόνο βρεθούν σε κατάλληλες αναλογίες του οξυγόνου που καταπίνεται, σχηματίζεται εκρηκτικό μείγμα. Τα ορθικά αέρια μεθάνιο, υδρογόνο, διοξειδίο του άνθρακα είναι όλα άσπρα. Δεν υπάρχουν πολλές αντικειμενικές πληροφορίες για τα δύσοσμα αέρια. Τις περισσότερες φορές το άτομο αποβάλλει μεγάλες ποσότητες αερίων, όχι γιατί είναι μεγάλη η μικροβιακή δραστηριότητα, αλλά λόγω υπέρμετρης κινητικότητας του παχέος εντέρου, εξ αιτίας εντερικού ερεθισμού. Αποτέλεσμα της κινητικότητας είναι η προώθηση των αερίων στο παχύ έντερο πριν προλάβουν να απορροφηθούν.

Η υπερβολική ποσότητα γαστρεντερικών αερίων μπορεί να οφείλεται σε λειτουργική ή οργανική νόσο, γι' αυτό τα συμπτώματα : ασυνήθιστες ερυγές, φούσκωμα ή μετεωρισμός απαιτούν έρευνα για ειδικά αίτια.

### 3.1. Θεραπεία

Κατ' αρχήν απομακρύνουμε την αιτία που προκαλεί την υπερβολική ποσότητα γαστρεντερικών αερίων :

- α) Πρασπάθεια θεραπείας του άγχους. Οι βαθειές αναπνοές και οι αναστεναγμοί ακολουθούνται από κατάπωση σημαντικής ποσότητας αέρα.
- β) Διόρθωση φυσικών ανωμαλιών που εμποδίζουν τη φυσιολογική κατάπωση ή την αναπνοή. ( Ανατομικές ανωμαλίες της ρίνας και του ρινοφάρυγγα, ανωμαλίες της θέσης των δοντιών στο χώρο, οδοντοστοιχίες που δέν εφαρμόζουν καλά κ.τ.λ. ).
- γ) Αποφυγή διαιτητικών παρεκτροπών. Συνιστάται στον άρρωστο να μην τρώει γρήγορα, να μην πίνει πολλά υγρά μαζί με το φαγητό, να μην τρώει κατά τη διάρκεια συγκινησιακών υπερφορτώσεων, να μην κάνει χρήση καθαρτικών ή τσιγκλών.
- δ) Δίαιτα: Θα πρέπει να είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και θα πρέπει να είναι της αρεσκίας του αρρώστου. Αποφεύγονται τροφές που μπορεί να προκαλέσουν μετεωρισμό σε ευαίσθητα άτομα.
- ε) Φάρμακα: Δεν είναι και πολύ αποτελεσματικά. Χορηγούνται αντιχοληνεργικά-κατευναστικά που ελαττώνουν το σάλιο και κατά συνέπεια την αεροφαγία. Ελαττώνεται η κινητικότητα του εντέρου.

### 4.0. ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Διάρροια είναι η κατάσταση κατά την οποία παρατηρείται

αύξηση της συχνότητας, της ρευστότητας και του όγκου των κενώσεων. Δεν είναι ακριβώς γνωστοί οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σύσταση των κοπράνων. Η περιεκτικότητα σε νερό είναι ένας καθοριστικός παράγοντας αλλά από ότι φαίνεται όχι ο μόνος. Από παθολογοφυσιολογική άποψη η διάρροια προέρχεται από τη δίοδο κοπράνων με μεγάλη περιεκτικότητα σε νερό, λόγω δυσαπορρόφησης ή έκκρισης νερού. Ο καλύ τερος δείκτης για τον καθορισμό της διάρροιας είναι το καθημερινό βάρος των κοπράνων ή του νερού. Η αποβολή συχνών κενώσεων αίματος, βλέννης ή εξιδρώματος αποτελεί ξεχωριστό σύνδρομο που τις περισσότερες φορές σημαίνει νόσο του τελικού τμήματος του παχέος εντέρου.

#### 4.1. Τύποι διάρροιας

A. Με περίσσεια νερού κόπρανα:

α) Ωσμωτική διάρροια: Λόγω της περίσσειας υδατοδιαλυτών μορίων στον αυλό του εντέρου, προκαλείται ωσμωτική κατακράτηση νερού.

β) Εκκριτική διάρροια: Παρατηρείται μεγάλη ενεργητική έκκριση ιόντων από τα κύτταρα του βλεννογόνου του εντέρου.

γ) Κατάργηση ή δυσχέρεια στη φυσιολογική απορρόφηση ιόντων. Προκειται συνήθως για συγγενή διαταραχή.

δ) Εξιδρωματική εντεροπάθεια: Ανώμαλη διαβατότητα του βλεννογόνου, που συνοδεύεται από εντερική απώλεια πρωτεϊνών του ορού, αίματος, βλέννης ή πύου.

ε) Διαταραχές στην επαφή του εντερικού χυμού και της απορροφητικής επιφάνειας: Ταχεία δίοδος, σύνδρομο βραχέος εντέρου.

B. Χωρίς περίσσεια νερού κόπρανα: Οι μικρές, συχνές και επώδυνες κενώσεις είναι αποτέλεσμα νόσου του κατερχόμενου κόλου ή του ορθού.

#### 4.2. Αίτια

1. Διαιτητικές παρεκτροπές ή ελαφρές γαστρεντερικές λοιμώξεις: Σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν χρειάζεται συνήθως θεραπεία και η διάρροια διορθώνεται μόνη της.

2. Ψυχογενείς παθήσεις: Νευρική διάρροια.

3. Εντερικές λοιμώξεις:

α) Ιογενείς λοιμώξεις: εντεροϊός

β) Βακτηριακές λοιμώξεις: *CAMPYLOBACTER JIJUNI*, σιγκέλλα, σαλμονέλλα και *YERSINIA ENTEROCOLITICA*.

γ) Βακτηριακές τοξίνες: *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*, παθογόνος *ESCHERICHIA COLI*, σταφυλόκοκκος, παρααιμολυτικό δονάκιο και δονάκιο της χολέρας.

δ) Παρασιτικές λοιμώξεις: GIARDIA LAMBLIA, ENTAMOEBΑ HISTOLYTICA, CRYPTOSPORIDIUM και ISOSPERA

4. Άλλοι εντερικοί παράγοντες: Ενσφύνωση κοπράνων, θεραπεία με αντιβιοτικά, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, εθισμός στα καθαρτικά, η βαγοτομή, το καρκίνωμα, η δηλητηρίαση από βαριά μέταλλα και το γαστροκολικό συρίγγιο.

5. Χολοστατικά σύνδρομα: Η ηπατίτιδα, η απόφραξη των χοληφόρων οδών, πολλές φορές έχουν σαν αποτέλεσμα στεατόρροια και ελαφρά διάρροια.

6. Καταστάσεις δυσαπορρόφησης: Πρωτοπαθείς νόσοι του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου, καταστάσεις βραχέος λεπτού εντέρου, σύνδρομο τυφλής έλικας του εντέρου.

7. Παγκρεατική νόσος: Ανεπάρκεια παγκρέατος, ενδοκρινικοί όγκοι του παγκρέατος.

8. Αντανικλαστικό από άλλα σπλάχνα: Ήυελική νόσος.

9. Νευρολογική νόσος: Νωτιαία φθίση, διαβητική νευροπάθεια.

10. Μεταβολική νόσος: Υπερθυρεοειδισμός.

11. Νόσος ανοσοανεπάρκειας.

12. Κακή θρέψη.

13. Αλλεργία σε τροφές.

14. Διαιτητικοί παράγοντες: Υπερβολική πρόσληψη νωπών φρούτων.

15. Επίπλαστη: Κρυφή κατανάλωση καθαρτικών.

16. Άγνωστη

#### 4.3. Διάγνωση

Λεπτομερής εξέταση του διαρροϊκού υλικού για πολυμορφοπύρηννα κύτταρα, βακτηρίδια και παράσιτα. Η παρουσία πολυμορφοπύρηννων κυττάρων δείχνει φλεγμονώδη εξεργασία. Επιχρίσματα σε στηλεούς δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για την κατασκευή διαφανειών γιατί τα πολυμορφοπύρηννα και τα παράσιτα κολλάνε στο βαμβάκι.

Πολλές φορές είναι χρήσιμη η βιοψία του ορθού. Αν και η εξέταση του υλικού και η βιοψία του ορθού βγούν αρνητικές προχωράμε σε βαριούχο υποκλυσμό και ακτινογραφία του εντέρου.

#### 4.4. Θεραπεία

1. Καταπολέμηση τυχόν υπάρχουσας ειδικής νόσου που προκαλεί τη διάρροια.

2. Διόρθωση των παθολογοφυσιολογικών μεταβολών που προκαλεί η διάρροια. Οι μεταβολές αυτές είναι:

α) Διαταραχή οξεο βασικής ισορροπίας, αφυδάτωση.



β) Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υπονατριαιμία, υποκαλιαίμια, υπασθαιστιαίμια, υπομαγνησιαίμια).

γ) Υποθρεψία, ανεπάρκεια βιταμινών.

δ) Ψυχολογικές διαταραχές.

### 3. Δίαιτα

α) Οξεία και βαρεία περίπτωση: Το πρώτο 24ωρο δεν χορηγείται τροφή ή χορηγούνται μόνο υγρά. Ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου σε υγρά για την αντι κατάσταση μεγάλων απωλειών υγρών και ηλεκτρολυτών, χορηγείται αργά φυσιολογικό διάλυμα γλυκόζης και χλωριούχου νατρίου.

β) Ανάρρωση: Προστίθενται εύπεπτες τροφές στη δίαιτα. Προτιμάται οι τροφές να είναι βραστές και να λαμβάνονται σε μικρά και συχνά γεύματα. Αποφεύγονται τα ωμά λαχανικά και φρούτα, οι τηγανιτές τροφές, τα πιτυρούχα, τα μη αποφλοιωμένα δημητριακά, τα σιρόπια, τα γλυκά, τα μπαχαρικά, τα ορεκτικά, τα τουρσιά, ο καφές και τα αλκοολούχα ποτά. Μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση βιταμινών.

γ) Χρόνια διάρροια: Προέρχεται από διάφορα αίτια. Τα αποτελέσματα μπορεί να είναι μηδαμινά, μπορεί όμως να υπάρχουν και σοβαρές διαταραχές στη θρέψη, τους ηλεκτρολύτες, το νερό, τις πρωτεΐνες, το λίπος, τις βιταμίνες. Αν είναι γνωστή η νόσος που προκαλεί τη χρόνια διάρροια καταπολεμάται. Χορηγούνται λιποδιαλυτές βιταμίνες (Α, D, E, K) όταν υπάρχει στεατόρροια. Μερικές φορές είναι αναγκαίος ο παρεντερικός υπερσιτισμός, λόγω της μεγάλης καταβολής του αρρώστου.

### 4. Αντιδιαρροϊκά φάρμακα:

α) PEPTO-BISMOL

β) Ουσίες ανάλογες των ναρκωτικών: LOMOTIL, IMODIUM

γ) Ναρκωτικά: είναι καλύτερο να αποφεύγονται. Σε περίπτωση όμως οξείας διάρροιας που είναι ακατάσχετη ή συνοδεύεται από κωλικούς και εμέτους ενδείκνυται η χορήγηση ναρκωτικών: παρηγορητικό ελιξήριο, φωσφορική κωδεΐνη, ισχυρά οπιούχα (μορφίνη, υδρομορφίνη) μόνο σε βαριές μορφές οξείας διάρροιας, που έχουν αποτύχει άλλα συντηρητικότερα μέτρα.

δ) Σπασμολυτικά-κατευναστικά φάρμακα: Ασκούν ήπια αντιπερισταλτική δράση σε οξείες και χρόνιες διάρροιες, που συνοδεύονται από αγχώδη υπερένταση. Για να επιτευχθεί το αποτέλεσμα που θέλουμε, μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση τοξικών δόσεων των φαρμάκων. Γενικά τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου και στην αμοιβάδωση,

λόγω του κινδύνου να προκληθεί τοξική διάταση του εντέρου. Αποφεύγονται επίσης σε περιπτώσεις μικροβιακής δυσεντερίας.

5. Ψυχοθεραπεία: Είναι απαραίτητη σε αρρώστους με χρόνια διάρροια ψυχογενούς προέλευσης.

#### 5.0. ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Πρόκειται για ένα σύνδρομο συμπτωμάτων που δεν έχει καμιά οργανική αιτία. Παλιότερα ονομάστηκε σπαστική κολίτιδα, βλεννώδης κολίτιδα, λειτουργική κολίτιδα, καθαρτική κολίτιδα κ.τ.λ. Σήμερα έχουν εγκαταληφθεί αυτοί οι όροι, γιατί έχει αποδειχθεί, ότι δεν πρόκειται για πάθηση φλεγμονώδους αιτιολογίας, αλλά για λειτουργική ανωμαλία της κινητικότητας του παχέος εντέρου, λόγω ψυχικών παραγόντων. Η νόσος προσβάλλει συχνότερα νεαρές γυναίκες που αντιμετωπίζουν οικογενειακά, κοινωνικά ή γενετήσια προβλήματα.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα του συνδρόμου είναι:

- α) Κωλικοειδή κοιλιακά άλγη μετά το φαγητό. Μερικές φορές παρουσιάζονται πριν από κάθε κένωση και εξαφανίζονται μετά από αυτή.
- β) Δυσπεπτικά φαινόμενα: Διάταση, μετεωρισμός, ναυτία και ανορεξία, ερυγές, πικρία στο στόμα.
- γ) Μεταβολή των εντερικών συνηθειών: Δυσκοιλιότητα ή διάρροια. Μερικές φορές εναλλάσσεται δυσκοιλιότητα με διάρροια. Τα κόπρανα συνήθως εμφανίζονται σκυβαλοειδή και περιέχουν άφθονη βλέννα. Η έκκριση άφθονης βλέννας από το παχύ έντερο είναι από τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα του συνδρόμου. Η διάρροια που εμφανίζεται τη νύχτα δεν αποτελεί σύμπτωμα του συνδρόμου. Η νυχτερινή διάρροια είναι αποτέλεσμα οργανικής πάθησης του εντέρου και θα πρέπει αυτό να ληφθεί υπόψη κατά τη διάγνωση.
- δ) Απώλεια βάρους δεν παρουσιάζεται συνήθως, εκτός κι αν ο άρρωστος ακολουθεί αυστηρή δίαιτα.
- ε) Ο άρρωστος εμφανίζει διάφορου βαθμού άγχος ή κατάθλιψη.

Συνήθως το σύνδρομο διακρίνεται στους εξής τύπους:

- α) Σπαστικός τύπος: Δυσκοιλιότητα, πόνος.
- β) Ανώδυνη διάρροια.
- γ) Εναλλαγή διάρροιας και δυσκοιλιότητας.

Το σύνδρομο του ευερέθιστου παχέος εντέρου έχει ειπωθεί ότι προδιαθέτει προς εκκολπώματωση. Σε αρρώστους που παίρνουν χοληνεργικά φάρμακα έχει παρατηρηθεί ανώμαλη αύξηση της κινητικότητας του παχέος εντέρου. Το ίδιο έχει παρατηρηθεί και σε αρρώστους

μετά από συγκληνισιακό STRESS. Μια δίαιτα που αφήνει χαμηλό υπόλλειμα μπορεί να είναι προδιαθεσικός παράγοντας για την εμφάνιση του συνδρόμου. Σε μερικούς αρρώστους υπεύθυνη για την εμφάνισή του είναι η λακτόζη, λόγω δυσανεξίας τους προς αυτήν.

### 5.1. Διάγνωση

Για να τεθεί η διάγνωση του συνδρόμου πρέπει να αποκλεισθεί η πιθανότητα ύπαρξης άλλης πάθησης. Γι' αυτό γίνονται οι παρακάτω ενέργειες:

- α) Παίρνεται το ιστορικό. Συνήθως οι άρρωστοι από σύνδρομο του ευερέθιστου παχέος εντέρου έχουν ένα ιστορικό νευρικότητας, συγκληνισιακών διαταραχών και νευροπαθητικών χαρακτηριστικών. Γενικά παρατηρείται ότι οι άρρωστοι αυτοί ασχολούνται ιδιαίτερα με το έντερο: χρησιμοποιούν καθαρτικά και συνηθίζουν τους υποκλύσμούς. Τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό εμφανίζουν μεγάλη μεταβλητότητα. Συχνά ο άρρωστος πάσχει από κατάθλιψη ή υστερία.
- β) Η διαπίστωση νυχτερινής διάρροιας είναι ένα στοιχείο ενάντια στη διάγνωση, λόγω του ότι αυτή είναι συχνά σύμπτωμα οργανικής πάθησης.
- γ) Η εξέταση της κοιλίας το μόνο που δείχνει είναι ευαισθησία κατά μήκος του παχέος εντέρου.
- δ) Με την ορθοσιγμοειδοσκοπηση διαπιστώνεται σπασμός, υπεραίμια και άφθονη βλέννα στο παχύ έντερο. Μερικές φορές η σιγμοειδοσκοπηση προκαλεί αυτόματη εμφάνιση συμπτωμάτων στον άρρωστο.
- ε) Εργαστηριακά. Γίνονται όλες οι εξετάσεις αίματος και κοπράνων. Τα κόπρανα εξετάζονται για πιθανή ύπαρξη αυγών, παρασίτων και παθογόνων βακτηριδίων. Η ύπαρξη αυτών δηλώνει οργανική πάθηση.
- στ) Οι ακτινογραφίες το μόνο που δείχνουν είναι αλλοιωμένη γαστρεντερική κινητικότητα. Μερικές φορές μετά από βαριούχο υποκλύσμο η ακτινογραφία δείχνει οδοντωτές εντομές κατά μήκος του σιγμοειδούς, που θεωρούνται προεκκολπωματική κατάσταση.

### 5.2. Θεραπεία

Η δίαιτα σπάνια βοηθάει στη θεραπεία. Μερικοί άρρωστοι οφελούνται με την τήρηση δίαιτας που αφήνει υψηλό υπόλλειμα. Άλλοι πάλι οφελούνται με τον αποκλεισμό του γάλακτος και των γαλακτομικών προϊόντων.

Μεγάλη σημασία έχει η τήρηση ωραρίου στα γεύματα, ο επαρκής ύπνος, η ψυχαγωγία και η γυμναστική. Το κάπνισμα και το οινόπνευμα πρέπει να περιορίζονται. Όλοι οι άρρωστοι έχουν ανάγκη ψυχο-

θεραπείας για να μειωθεί το άγχος και η κατάθλιψη που τους χαρακτηρίζουν. Γι' αυτό το λόγο τους χορηγούνται και ηρεμιστικά φάρμακα όπως LIBRIUM, VALIUM, STEDON και ATARVITON. Ακόμα χορηγούνται αντισπασμωδικά φάρμακα. Σε διάρροια χορηγούνται αντιδιαρροϊκά, ενώ σε δυσκοιλιότητα ελαφρά υπακτικά. Το υδροφιλο μυκιολοειδές του φυλλίου (METAMUCIL) που αυξάνει τον όγκο των κοπράνων, μπορεί να οφελήσει ορισμένους αρρώστους.

### 6.0. ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΟΛΟΥ

Τα εκκολπώματα εντοπίζονται σε όλο το μήκος του πεπτικού σωλήνα, συχνότερα όμως εντοπίζονται στο παχύ έντερο και μάλιστα στα σημεία όπου ασκείται υψηλή πίεση. Έτσι έχουμε μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης των εκκολπωμάτων στο κατιόν κόλο και στο σιγμοειδές. Στο ορθό σπάνια εντοπίζονται.

Σύμφωνα με διάφορες στατιστικές 8<sup>ο</sup>/ο των ατόμων πάνω από 40 χρόνων παρουσιάζουν εκκολπώματα παχέος εντέρου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων αυτών είναι ασυμπτωματικά. Ένα 15-29<sup>ο</sup>/ο αυτών παρουσιάζουν ενοχλήματα λόγω φλεγμονής και εκκολπωμάτων. Αναφέρεται ότι στις ΗΠΑ, το ένα τρίτο του πληθυσμού πάνω από 45 χρόνων και τα δύο τρίτα του πληθυσμού πάνω από 70 χρόνων, έχουν εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου. Πιθανολογείται ότι αιτία της μεγάλης αυτής συχνότητας είναι η φτωχή σε ίνες διαίτα του δυτικού τύπου. Αντίθετα στην Αφρική που η διαίτα είναι πλούσια σε ίνες, η εκκολπωμάτωση είναι σπάνια.

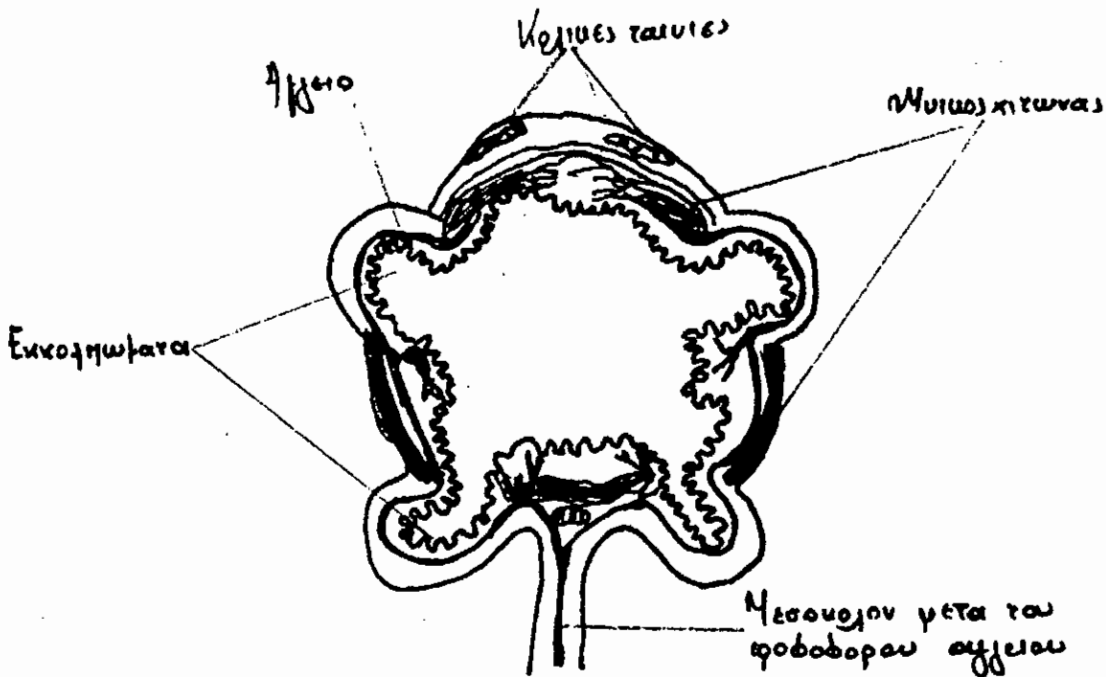
Βέβαια η αιτία δεν είναι ακριβώς γνωστή. Πιστεύεται ότι αίτιο της εκκολπωμάτωσης είναι ο μυϊκός σπασμός που εντερικού τοιχώματος, που προκαλεί αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης με αποτέλεσμα την πρόπτωση του βλεννογόνου στα πιο ευαίσθητα σημεία εισόδου των τροφοφόρων αρτηριδίων. Αν αποφραχθεί ο αυχένας των εκκολπωμάτων, προκαλείται κατακράτηση του περιεχομένου του παχέος εντέρου μέσα σε αυτά, και προδιαθέτει σε φλεγμονή που προκαλεί βλάβες από ελαφρά διήθηση του τοιχώματος του σάκκου μέχρι και διάτρηση, αποστήματα ή συρρίγγια του παχέος εντέρου ή των γύρω οργάνων.

#### 6.1. Κλινική εικόνα

Τις περισσότερες φορές η εκκολπωμάτωση είναι ασυμπτωματική. Η εκκολπωματίτιδα όμως προκαλεί πόνο στον αριστερό λαγόνιο βόθρο, που μπορεί να είναι συνεχής και δυνατός και να διαρκεί μέρες. Συνήθως όμως είναι σπαστικός και διαλείπων, και εξαφανίζεται με

την κένωση. Ο άρρωστος εμφανίζει διαταραχές στις κενώσεις, συνήθως δυσκοιλιότητα ή εναλλαγή δυσκοιλιότητας με διάρροια. Σπανιότερα παρουσιάζει μετεωρισμό της κοιλίας, ναυτία και εμέτους.

Το 20% των ατόμων με εκκολπωματίτιδα εμφανίζουν λανθάνουσα αιμορραγία. Η αιμορραγία μπορεί να είναι και έκδηλη. Παλιότερα θεωρούσαν την αιμορραγία ως επιπλοκή της εκκολπωμάτωσης. Σήμερα όμως, μετά από στατιστικές που έχουν γίνει η εκκολπωμάτωση και η εκκολπωματίτιδα θεωρούνται το συχνότερο αίτιο σοβαρής αιμορραγίας από το κατώτερο πεπτικό. Τα εκκολπώματα του δεξιού τμήματος του παχέος εντέρου αιμορραγούν συχνότερα, αν και τα εκκολπώματα του αριστερού τμήματος φλεγμαίνουν συνηθέστερα.



Η καινουργος σπηλαιου εκκορηψατων. Τα ευεξοστα οπτα του τοιχωματος είναι και οπτα ευοδα των αγγειων.

## 6.2. Επιπλοκές

Επιπλοκή της εκκολπωμάτωσης είναι η εκκολπωματίτιδα. Επιπλοκές της εκκολπωματίτιδας είναι:

- α) Διάτρηση του παχέος εντέρου και δημιουργία αποστήματος.
- β) Σπρίγγια μεταξύ παχέος εντέρου και ουροδόχου κύστης, κόλλου, ουρητήρα ή λεπτού εντέρου.

### γ) Αποφρακτικός ειλεός.

Σε περίπτωση εκκολπωματίτιδας ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα ερεθισμού του περιτόναιου, πόνο, ρίγος, πυρετό, σηπτικά φαινόμενα, ειλεό και μερική ή πλήρη απόφραξη του κόλου. Σε διάτρηση εκκολπώματος εμφανίζεται περιτονίτιδα. Αν προσβληθεί η ουροδόχος κύστη ο άρρωστος μαζί με τα άλλα παρουσιάζει και συχνουρία και δυσουρία. Στο αίμα παρουσιάζεται πολυμορφοπυρηνική λευκοκυττάρωση. Στα ούρα βρίσκονται μερικές φορές ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια. Οι καλλιέργειες αίματος μπορεί να είναι θετικές.

### 6.3. Διάγνωση

Οι εργαστηριακές εξετάσεις βοηθούν μόνο όταν παρουσιαστεί επιπλοκή της εκκολπώματος. Η απλή ακτινολογική εξέταση μερικές φορές μας δείχνει την ύπαρξη εκκολπώματος, συνήθως όμως βοηθά στις επιπεπλεγμένες μόνο καταστάσεις. Ο βαριούχος υποκλυσμός μας σκιαγραφεί τα εκκολπώματα, και ακόμα αποκαλύπτει σε μερικές περιπτώσεις σπασμό, μεσοκυφελική πάχυνση ή στένωση του αυλού. Η κολονοσκόπηση είναι μικρής διαγνωστικής αξίας. Σε περίπτωση οξείας φάσης και μάλιστα όταν είναι γνωστή η ύπαρξη των εκκολπώματων, ο βαριούχος υποκλυσμός και η κολονοσκόπηση πρέπει να αποφεύγονται, γιατί μπορεί να προκαλέσουν ακόμα και διάτρηση.

Η εκκολπωματίτιδα θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί με το καρκίνωμα του κόλου. Σ' αυτό βοηθά η κολονοσκόπηση και η βιοψία. Όταν το έντερο εμφανίζει βλάβη μικρής έκτασης που σταματά απότομα συνήθως πρόκειται για καρκίνωμα.

### 6.4. Θεραπεία

Όταν η πάθηση είναι ασυμπτωματική δεν χρειάζεται θεραπεία. Όταν υπάρχουν ήπια ενοχλήματα συνιστάται συντηρητική αγωγή:

α) Χορηγείται δίαιτα που αφήνει υψηλό υπόλειμα (κυτταρινούχες τροφές), για να αποφευχθεί η δυσκοιλιότητα, να ελαττωθεί η ενδοαυλική πίεση και να αποτραπεί η ρήξη του εκκολπώματος. Οι ίνες που περιέχουν οι τροφές απορροφούν νερό και έτσι αυξάνεται ο όγκος των κοπράνων με αποτέλεσμα να ελαττώνεται η τάση προς το τοίχωμα, γιατί όταν το περιεχόμενο του παχέος εντέρου είναι ογκώδες, οι μυϊκές συσπάσεις ασκούν την πίεσή τους κατά μήκος. Τροφές σκληρές ή άπεπτες πρέπει να αποφεύγονται, γιατί μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη του στόμιου του εκκολπώματος. Συνήθως στη δίαιτα προστίθεται και "BRAN" δηλαδή εσωτερικό περιβάλημα

του σπόρου του σιταριού για να εμπλουτίζεται η δίαιτα περισσότερο σε ίνες.

β) Για να αυξηθεί ο όγκος των κοπράνων μπορεί να χορηγηθούν και διάφορες ουσίες όπως π.χ. το υδρόφιλο βλεννοειδές φύλλιο. Πρέπει όμως να χορηγούνται με προσοχή, γιατί μπορούν να οδηγήσουν σε απόφραξη του εντέρου.

γ) Ακόμα χορηγείται "μαλακτικό" των κοπράνων όπως π.χ. το DOCUSATA SODIUM σε ποσότητα 240 χιλ. γραμ./24 λίτρα

δ) Εκτός των προηγούμενων χορηγούνται και αντιχοληνεργικά και ήπια υπακτικά φάρμακα.

ε) Η οξεία εκκολπωματίτιδα απαιτεί θεραπεία με αντιβιοτικά. Το πλέον ενδεδειγμένο είναι η αμπισιλίνη. Άλλα που μπορούν να φανούν χρήσιμα είναι η κεφαλοθίνη και ο συνδιασμός πενικιλλίνης και στρεπτομυκίνης. Στην οξεία φάση καταργείται η τροφή από το στόμα και χορηγείται παρεντερικά. Ταυτόχρονα φροντίζεται η διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

Χειρουργική θεραπεία απαιτείται:

α) Σε περίπτωση διάτρησης.

β) Σε περίπτωση αιμορραγίας που δεν ελέγχεται με μεταγγίσεις. Αν έχουν μεταγγιστεί πάνω από 2.500 κ.εκ. αίμα μέσα σε 24 ώρες, τότε απαιτείται χειρουργική εκτομή του πάσχοντος τμήματος του εντέρου και τελικοτελική αναστόμωση.

γ) Σε υποτροπιάζουσες προσβολές εκκολπωματίτιδας.

δ) Σε περίπτωση γενικευμένης περιτονίτιδας, που εμφανίζεται μετά από διάτρηση εκκολπώματος προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.

ε) Σε ύπαρξη επίμονου ή διαλείποντα πόνου στην κάτω κοιλία που δεν υποχωρεί με την κατάλληλη δίαιτα <sup>και</sup> τα αντισπασμωδικά.

στ) Σε ύπαρξη συριγγίων προς άλλα όργανα ή αποστημάτων.

Η μεγάλη εντερική αιμορραγία του εκκολπώματος σταματά συνήθως αυτόματα. Αν δεν σταματήσει χρειάζεται αντικατάσταση του αίματος που χάθηκε και προσεκτικός ενδοσκοπικός και ακτινολογικός έλεγχος, για πιθανή ύπαρξη άλλης αιτίας αιμορραγίας. Η εκλεκτική αγγειογραφία βοηθά σε τέτοιες περιπτώσεις για να εντοπιστεί η εστία της αιμορραγίας και επιπλέον να αντιμετωπιστεί με την βαζοπρεσίνη.

Η πρόγνωση είναι συνήθως καλή η πάθηση αντιμετωπίζεται κατά μεγάλο ποσοστό μόνο με τη δίαιτα και τα αντιβιοτικά.

## 7.0. ΜΕΓΑΚΟΛΟ

### 7.1. Συγγενές megakolo

Είναι συγγενής πάθηση που εκδηλώνεται νωρίς κατά τη βρεφική ηλικία. Έχει συχνότητα 1:20.000 νεογνά. Λέγεται και νόσος HIRSCHPRUNG. Σαν συγγενές megakolo αναφέρεται η χρόνια απόφραξη του εντέρου, λόγω μελώσης των περισταλτικών κινήσεων αυτού, κατά την οποία τα τοιχώματα του κόλου που βρίσκεται πάνω από το λειτουργικά ανενεργό έντερο, υπερτρέφεται και χαρακτηρίζεται από μεγάλη διάταση.

Ιστολογικά παρατηρείται συγγενής έλλειψη των γαγγλιακών κυττάρων και απλασία των νευρικών πλεγμάτων του MEISSNER και AUERBACH.

Εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια με αναλογία 13:1. Συνήθως προσβάλλονται το σιγμοειδές και το ορθό. Πολύ σπάνια νοσεί άλλο τμήμα ή όλο το παχύ έντερο. Τα συμπτώματα εμφανίζονται από τη βρεφική ή νεαρή ηλικία, ενώ καμιά φορά και από τη γέννηση του νεογνού. Παρατηρείται έντονη δυσκοιλιότητα και διάταση της κοιλίας. Κατά διαστήματα ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει σημεία ειλεού με εμέτους, μετεωρισμό κοιλίας και κωλικοειδείς πόνους. Τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν αμέσως ή από μόνα τους ή με υποκλυσμό, οπότε αποβάλλονται μεγάλες ποσότητες κοπράνων και αερίων. Ακόμα ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα οξείας κολίτιδας. Λόγω της χρόνιας εντερικής απόφραξης και των συχνών οξέων αποφράξεων, επηρεάζεται σημαντικά η θρέψη και ανάπτυξη του βρέφους, που εμφανίζει αναιμία, υπολευκωματαιμία, οιδήματα και τοξική όψη. Σε βαριά μορφή απαιτείται χειρουργική επέμβαση κατά τις πρώτες μέρες της ζωής.

Η διάγνωση μπαίνει:

- α) Με την εξέταση της κοιλίας, η οποία εμφανίζεται διατεταμένη και μερικές φορές οι περισταλτικές κινήσεις γίνονται ορατές και μέσω του κοιλιακού τοιχώματος.
- β) Με την δακτυλική εξέταση. Στα αρχικά στάδια η λύκηθος είναι κενή, ενώ στις προχωρημένες καταστάσεις είναι δυνατό να ψηλαφηθούν κοπρανώδεις μάζες στον αριστερό λαγώνιο βόθρο.
- γ) Ο βαριούχος υποκλυσμός μας δείχνει το τμήμα που εμφανίζει διάταση πάνω από την αγαγγλιακή περιοχή (που εμφανίζει στένωση). Πρέπει όμως να αποφεύγεται, γιατί μπορεί να εντείνει την απόφραξη.
- δ) Με βιοψία μετά από ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Παρατηρείται η έλλειψη



των γαγγλιακών κυττάρων.

Η θεραπεία σε ελαφρές μορφές μπορεί να είναι συντηρητική: υποκλυσμός, μάλαξη της κοιλίας κ.τ.λ. Σε βαριές μορφές αφαιρείται χειρουργικά το εστενωμένο τμήμα του εντέρου (που παρουσιάζει έλλειψη γαγγλιακών κυττάρων) και όχι το τμήμα που εμφανίζεται διατεταμένο. Στη συνέχεια γίνεται τελικοτελική αναστόμωση.

Η θνητότητα ανέρχεται στο 75<sup>ο</sup>/ο των περιπτώσεων.

Επιπλοκές μπορεί να είναι:

- α) Διάτρηση της σκωληκοειδούς, κυρίως στα νεογέννητα.
- β) Εντεροκολίτιδα
- γ) Διάτρηση παχέος εντέρου
- δ) Ουρολοιμώξη.

## 7.2. Επίκτητο megáκολο

### 7.2.1. Επίκτητο megáκολο των παιδιών

Συνήθως οφείλεται σε ψυχογενή αίτια, ενώ σπανιότερα είναι δευτεροπαθές επακόλουθο άλλης νόσου. Αντίθετα με το συγγενές megáκολο στο επίκτητο το ορθό εμφανίζεται πλήρες κοπράνων και συχνά υπάρχει περιπρωκτικός ερεθισμός ή ραγάδες. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο τεινεσμός. Η θεραπεία είναι συντηρητική με ελαιώδη υπακτικά και εκπαίδευση του παιδιού.

### 7.2.2. Megáκολο των ενηλίκων

Το παχύ έντερο εμφανίζεται με αυξημένη διάμετρο. Συνήθως συνυπάρχει με δαλιχόκολο (ελικοειδές και επιμηκυμένο παχύ έντερο). Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δυσκοιλιότητα. Οι κενώσεις είναι μεγάλες, σκληρές και σε αραιά χρονικά διαστήματα, μπορεί και ανά δύο έως τρεις βδομάδες. Η δυσκοιλιότητα είναι του τύπου της άτονης δυσκοιλιότητας.

Το megáκολο των ενηλίκων ανάλογα με την αιτία που το προκαλεί διακρίνεται σε:

- α) Ιδιοπαθές
- β) Από κατάχρηση καθαρτικών
- γ) Ψυχογενές: παρουσιάζεται σε νευροσικούς, μελαγχολικούς ή σχιζοφρενικούς, γενικά σε όσους παίρνουν ψυχοφάρμακα.
- δ) Από νευρολογικές καταστάσεις όπως νόσος του PARKINSON και σκλήρυνση κατά πλάκας.
- ε) Από σπασμό του δακτυλίου όπως σε ραγάδες, αιμορροΐδες κ.τ.λ.
- στ) Μηχανικής απόφραξης
- ζ) Σκληροδερμίας

η) Μεταβολικών διαταραχών

### 7.2.3. Τοξικό megάκολο

Αποτελεί επιπλοκή της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του CROHN. Μπορεί ακόμα να παρουσιασθεί σε αμοιβάδωση, τυφοειδή πυρετό, χολέρα και μικροβιακή δυσεντερία. Είναι επακόλουθο-εκτεταμένης βλάβης του βλεννογόνου με περιοχές απογύμνωσης του, και φλεγμονής των υποβλεννογόνιων στρωμάτων. Επιβοηθητικοί παράγοντες για την εμφάνιση της επιπλοκής αυτής είναι η χορήγηση καθαρτικών, οπιούχων και αντιχοληνεργικών φαρμάκων, η υποκαλιαιμία και η αεροφαγία. Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο άρρωστος είναι πυρετός, ταχυκαρδία, κοιλιακή διάταση και λευκοκυττάρωση. Στην ακτινογραφία το παχύ έντερο φαίνεται διατεταμένο. Η πρόγνωση είναι κακή και η θνητότητα ανέρχεται σε μεγάλο ποσοστό.

Η θεραπεία πρέπει να είναι άμεση και μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Παίρνονται τα εξής μέτρα:

- α) Εισάγεται εντερικός καθετήρας για την αποσυμπύεση του εντέρου και την παρεμπόδιση πρόσθετης κατάποσης αέρα, που θα έχει σαν αποτέλεσμα μεγαλύτερη διάταση.
- β) Χορηγούνται υγρά και ηλεκτρολύτες και διορθώνεται η κολοειδοσμητική πίεση και ο όγκος του αίματος.
- γ) Χορηγείται υδροκορτιζόνη 100χλγ. ανά 8 ώρες ενδοφλεβίως, για την καταστολή της φλεγμονώδους αντίδρασης.
- δ) Χορηγούνται αντιβιοτικά ευρέος φάσματος, για να προληφθεί τυχόν σηψαιμία.

Ο άρρωστος χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση. Τις πρώτες 8-12 ώρες παίρνονται συχνές ακτινογραφίες κοιλίας, για να εκτιμηθεί αν χρειάζεται χειρουργική θεραπεία. Αν γίνει αποσυμπύεση του εντέρου, συνεχίζεται η συντηρητική θεραπεία. Διαφορετικά επείγει η κολεκτομή. Συνήθως γίνεται υφολική κολεκτομή. Οι άρρωστοι που εμφανίζουν τοξική διάταση, αλλά δεν χρειάζονται χειρουργική επέμβαση, αργότερα λόγω της συνέχισης της νόσου θα χρειαστούν εκτομή του παχέος εντέρου.

## Ε Ν Τ Ε Ρ Ο Υ

Ι.Ο. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΙΡΟΗΝ

Συνήθως προσβάλλει την τελική μοίρα του ειλεού, μπορεί όμως να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του εντέρου (του λεπτού και του παχέος). Είναι αγνώστου αιτιολογίας. Πρόκειται για φλεγμονώδη πάθηση, χωρίς όμως να έχει απομονωθεί κανένας παθογόνος μικροοργανισμός.

Προσβάλλει άτομα ηλικίας από 10-40 χρόνων, ενώ το 60% των πασχόντων είναι κάτω των 35 χρόνων. Από στατιστικές μελέτες φαίνεται ότι προσβάλλει περισσότερο ηλικιωμένες γυναίκες και μάλιστα με εντόπιση της νόσου στην ορθοπρωκτική περιοχή. Όσο αφορά την αιτιολογία μερικοί πιστεύουν ότι οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα, άλλοι ότι έχει αυτοάνωση βάση και άλλοι πιστεύουν ότι παίζουν σημαντικό ρόλο γενετικοί και ψυχοσωματικοί παράγοντες. Η νόσος διακρίνεται σε οξεία και χρόνια.

Μακροσκοπικά το τοίχωμα του εντέρου είναι πεπαχυσμένο, με ένωση και φλεγμονή όλων των χιτώνων και στην επιφάνεια του βλεννογόνου εμφανίζονται πολυάριθμα μικρά έλκη. Τα έλκη συνήθως φτάνουν μέχρι τον υποβλεννογόνο χιτώνα, μπορεί όμως να φτάνουν και μέχρι τον ορογόνο, σχηματίζοντας συρίγγια. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ύπαρξη φυσιολογικών περιοχών μεταξύ των προσβεβλημένων. Το μεσεντέριο είναι οίδηματώδες και πεπαχυσμένο. Οι μεσεντέριοι αδένες είναι στερεάς σύστασης και διογκωμένοι. Ιστολογικά παρατηρείται φλεγμονώδης διήθηση όλων των χιτώνων.

Ι.Ι. Κλινική εικόνα

Η νόσος είναι συνήθως χρόνια και παρουσιάζει υφέσεις και εξάρσεις. Αρχικά παρουσιάζεται πόνος στο δεξιό μισό της κοιλίας. Πολλές φορές είναι ισχυρός και συνοδεύεται από πυρετό και τοπική ευαισθησία γι' αυτό και πολλές φορές μπαίνει διάγνωση σκωληκοειδίτιδας. Χαρακτηριστική είναι η διάρρεια. Όλες οι κενώσεις είναι υδαρείς, σπάνια όμως μπορεί να είναι στεατορροϊκές. Πιθανόν να εμφανίζει ο άρρωστος εικόνα ειλεού, λόγω στενώσεων του εντέρου. Συχνές είναι οι μικρές αιμορραγίες, ενώ είναι σπάνιες οι μέλαινες κενώσεις. Η διάτρηση είναι σπάνια επίσης. Όταν συμβεί όμως έχει σαν αποτέλεσμα καθολική πειτονίτιδα. Συχνά σαν πρώτη εκδήλωση της νόσου εμφανίζονται συρίγγια, αποστήματα ή εξελκώσεις στην

πρωκτική χώρα. Ο δακτύλιος είναι οιδηματικός και πεπαχυμένος.

Συχνά έχουμε και γενικές εκδηλώσεις όπως:

- α) Πυρετός που μπορεί να είναι το μόνο σύμπτωμα της νόσου, έτσι ώστε η διάγνωση γίνεται δύσκολη.
- β) Προσβάλλονται οι αρθρώσεις.
- γ) Στις γυναίκες μπορεί να δημιουργηθούν αποστήματα στις σάλπιγγες, στις ωοθήκες ή στους Bartholinικούς αδένες ή ακόμα και αιματηρόρροια.
- δ) Όσο αφορά το ουροποιητικό, λόγω της επέκτασης της φλεγμονής ή λόγω της δημιουργίας εντεροκυστικών συρίγγιων, είναι συχνές οι ουρολοιμώξεις, οι αποφράξεις των πυρητήρων καθώς και η νεφρολιθίαση.
- ε) Μερικές φορές ο άρρωστος εμφανίζει πληκτροδακτυλία, οζώδες ερύθημα, σκληρίτιδα καθώς και απόστημα του φοίτη μυ.
- στ) Η απώλεια βάρους, όρεξης, η αναιμία κ.τ.λ. είναι συνήθη.

### I.2. Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με:

- α) Ακτινολογική εξέταση μετά από βαριούχο γεύμα. Στην ακτινογραφία το έντερο παρουσιάζει στενώσεις στις προσβλημένες περιοχές.
- β) Σιγμοειδοσκόπηση και κολonosκόπηση
- γ) Βιοψία

### I.3. Διαφορική διάγνωση

Τα κοιλιακά άλγη, οι διάρριες και ο πυρετός είναι μεν τα κύρια συμπτώματα της νόσου του CROHN, είναι όμως και συμπτώματα πολλών άλλων παθήσεων του εντέρου. Γι' αυτό πολλές φορές δημιουργείται σύγχυση και μπαίνει άλλη διάγνωση όπως σκληροειδίτιδα, λέμφωμα του λεπτού εντέρου, καρκίνωμα του τυφλού ή του ανερχόμενου κόλου, φυματίωση του λεπτού εντέρου, νεκρωτική αγγειίτιδα και πολύ συχνά μπαίνει διάγνωση ελκώδους κολίτιδας. Πρέπει λοιπόν να γίνεται λεπτομερής κλινικός, εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος.

### I.4. Θεραπεία

Η θεραπεία της νόσου είναι χειρουργική και συντηρητική ανάλογα με τις εκδηλώσεις της

#### I.4.1. Χειρουργική θεραπεία

Γίνεται όταν υπάρχουν:

- α) Απόφραξη: Εντερεκτομή του προσβλημένου εντερικού τμήματος και στη συνέχεια έντερο-έντεροαναστόμωση. Σε αρρώστους εξασθενημένους ή με υψηλό κίνδυνο γίνεται ειλεο-εγκαρσιο-αναστόμωση (BY PASS)

- β) Συρίγγια: Αφαίρεση του συριγγώδους πόρου και εντεροκτομή του προσβλημένου εντερικού τμήματος και εντερο-εντερο-αναστόμωση
- γ) Αποστήματα: Παροχέτευση του αποστήματος και στη συνέχεια εντερ-ρεκτομή και εντερο-εντερο-αναστόμωση.

Ακόμα χειρουργική επέμβαση γίνεται όταν υπάρχουν γυναικολογικές επιπλοκές.

#### 1.4.2. Συντηρητική θεραπεία

Έχει σαν σκοπό την πρόκληση ύφεσης της νόσου. Καμιά θεραπεία δεν είναι ριζική. Έτσι έχουμε τα εξής είδη θεραπείας:

- α) Συμπτωματική: Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα.
- β) Αντιβιοτικά: Ιδιαίτερα όταν υπάρχουν αποστήματα ή συρίγγια.
- γ) Αντιφλεγμονώδη: Κορτικοειδή, σουλφασαλαζίνη, αζαθειοπρίνη και μερκαπτοπουρίνη.
- δ) Φάρμακα που δρουν στην ανοσία.
- ε) Δίαιτα: Λόγω της αδυναμίας λήψης επαρκούς τροφής, του πόνου, της διάρροιας, της κακής απορρόφησης, της απώλειας υγρών και της χρόνιας φλεγμονής ο άρρωστος παρουσιάζει κακή θρέψη. Συχνά η απώλεια βάρους ξεπερνά τα 10 κιλά. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητη μια δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες και θερμίδες, καθώς και σε βιταμίνες B<sub>12</sub>, K, D, φυλλικό οξύ, σίδηρο και ασβέστιο. Το γάλα επιτρέπεται εάν δεν προκαλεί διάρροια. Σε περιπτώσεις αρρώστων με βαριά μορφή στεατορροϊκής διάρροιας, χορηγείται δίαιτα φτωχή σε λίπος. Ταυτόχρονα χορηγούνται τριγλυκερίδια μέσης αλυσίδας. Για την αντιμετώπιση του πόνου χορηγείται δίαιτα φτωχή σε υπολλείματα, εν ανάγκη υδαρής.

Τελευταία σε οξεία νόσο χρησιμοποιείται η "στοιχειώδης δίαιτα", που είναι τροφή με την απλούστατη μορφή αμινοξέων, γλυκόζης και λιπαρών οξέων. Τέτοια τροφή είναι το VIVONEX που χορηγείται για 4 βδομάδες χωρίς άλλη τροφή, εκτός από τσάι ή καφέ χωρίς γάλα. Με το VIVONEX δίνονται στον άρρωστο 2-3 χιλιάδες θερμίδες και 15-20 γρ. νάτριο ημερησίως. Τα αποτελέσματα είναι άριστα. Αν οι ανάγκες του αρρώστου σε υγρά και ηλεκτρολύτες είναι μεγάλες χορηγούνται υγρά παρεντερικά.

#### 2.0. ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΘΑΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Είναι κι αυτή φλεγμονώδης πάθηση του εντέρου άγνωστης αιτιολογίας. Κατά καιρούς βρέθηκαν διάφοροι μικροοργανισμοί, που κατ' αρχήν αποδόθηκε σ' αυτούς. Υστερα όμως αποδείχθηκε ότι οι μικροοργανισμοί αυτοί όφειλαν την ύπαρξη τους σε μόλυνση από τα συ-

νήθη βακτηρίδια του εντέρου.

Χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του βλεννογόνου του παχέος εντέρου. Συνήθως εντοπίζεται στο αριστερό τμήμα του κόλου, ιδιαίτερα στο ορθό, σπάνια στο δεξιό κόλο, ενώ μερικές φορές προσβάλλει όλο το έντερο. Είναι χρόνια πάθηση.

Η ελκώδης κολίτιδα εμφανίζεται συνήθως σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες (20-40 χρόνων) και προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες. Μπορεί όμως να εμφανιστεί για πρώτη φορά σε οποιαδήποτε ηλικία.

Παθολογοανατομικά το παχύ έντερο παρουσιάζει φλεγμονή του βλεννογόνου χιτώνα και ελάχιστα του υποβλεννογόνιου. Η φλεγμονή αφορά συνήθως τη σιγμοορθική περιοχή. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται πολλαπλές ανώμαλες επιφανειακές εξελκώσεις. Οι υπόλοιποι χιτώνες του εντέρου, καθώς και οι επιχώριοι αδένες δεν προσβάλλονται. Το έντερο φλεγμένει κατά συνέχεια ιστού και δεν υπάρχουν εδιάμεσα υγιή τμήματα. Όταν οι κρίσεις της νόσου επαναλαμβάνονται, το τοίχωμα του παχέος εντέρου παχύνεται, δημιουργείται ουλώδης ιστός και τελικά σχηματίζονται ψευδοπολύποδες, σαν συνέπεια των υπερπλαστικών αλλοιώσεων του επιθήλιου.

### 2.Ι. Κλινική εικόνα

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου είναι οι αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις και οι κωλικοειδείς πόνοι. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων είναι ανάλογη με τη βαρύτητα των αλλοιώσεων του εντέρου. Η νόσος μπορεί να παρουσιαστεί σε ελαφρά μορφή με ελάχιστα συμπτώματα, σε οξεία και κεραυνοβόλο μορφή. Η τελευταία είναι πολύ βαριά κατάσταση.

Η διάρροια είναι χαρακτηριστική. Οι κενώσεις μπορεί να φτάνουν τις 20-40 ημερησίως. Το κοπρανώδες υλικό μπορεί να είναι βλεννοαιμικτηρό. Μπορεί ακόμα οι κενώσεις να αποτελούνται από βλέννα και αίμα και να μην περιέχουν κοπρανώδες υλικό. Αν οι κενώσεις της μέρας είναι πολλές, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει διάρροια και τη νύχτα. Χαρακτηριστικός είναι και ο τεινεσμός. Μερικοί άρρωστοι μπορεί να παρουσιάσουν ακράτεια. Σπάνια μερικοί άρρωστοι εμφανίζουν δυσκοιλιότητα αντί για διάρροια. Ο κωλικοειδής πόνος αφορά την κάτω κοιλία και συνήθως είναι ήπιος. Εκτός από αυτά ο άρρωστος παρουσιάζει πυρετό, ανορεξία, κακουχία, αδυναμία και εύκολη κόπωση. Ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου ο άρρωστος μπορεί να σημειώσει μικρού ή μεγάλου βαθμού απώλεια βάρους.

Στην κεραινοβόλο μορφή ο άρρωστος παρουσιάζει βαριά συμπτώματα τοξιναιμίας και κοιλιακή διάταση. Η εξέταση από το ορθό δείχνει περιορθικό ερεθισμό, ραγάδες, αιμορροΐδες, συρίγγια και αποστήματα

### 2.2. Εργαστηριακά ευρήματα

Εργαστηριακά η εξέταση αίματος δείχνει υπόχρωμη, μικροκυτταρική αναιμία λόγω της απώλειας αίματος. Στην οξεία μορφή της ελκώδους κολίτιδας ο άρρωστος παρουσιάζει λευκοκυττάρωση και αύξηση των πολυμορφοπύρηνων. Η Τ.Κ.Ε. συνήθως είναι αυξημένη. Στα κόπρανα δεν ανευρίσκονται παθογόνοι μικροοργανισμοί. Στη κεραινοβόλο μορφή διαταράσσεται λόγω της μεγάλης διάρροιας, το ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών και εμφανίζεται υποκαλιαιμία και υποπρωτεϊναιμία. Στην ακτινολογική εξέταση εντοπίζεται η βλάβη που μπορεί να είναι τοπική ή γενικευμένη. Τα όρια της βλάβης φαίνονται ασαφή. Σε προχωρημένες καταστάσεις, στην ακτινογραφία φαίνονται οι στενώσεις και οι πολύποδες. Αν η νόσος έχει προσβάλλει μόνο την ορθοσιγμοειδική περιοχή ο βαριούχος υποκλυσμός μπορεί να δείχνει φυσιολογική εικόνα. Η σιγμοειδοσκόπηση είναι η κατάλληλη εξέταση για τη διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας. Διαπιστώνεται η φλεγμονή ελαφριάς ή βαριάς μορφής, η ύπαρξη εξελκώσεων και η ύπαρξη πολύποδα. Μερικές φορές ο βλεννογόνος εξωτερικά παρουσιάζεται φυσιολογικός, αν όμως τριπτεί με ένα τολύπιο βάμβακος διαπιστώνεται ότι είναι εύθρυπτος. Η κολονοσκόπηση βοηθά στο να καθοριστεί η έκταση της βλάβης και στο να ληφθεί βιοψία, στις περιοχές που εμφανίζονται ύποπτες στην ακτινογραφία.

### 2.3. Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση από τη νόσο του CROHN γίνεται με βιοψία. Ενδεικτική είναι και η ύπαρξη αποστημάτων και συριγγίων, που είναι πιο συχνά στη νόσο του CROHN. Οι εξετάσεις των κοπράνων (καλλιέργεια, παρασιτολογική) για παθογόνους μικροοργανισμούς, θα αποκλείσουν τη πιθανότητα ύπαρξης μικροβιακής ή αμοιβαδικής δυσεντερίας. Άλλες παθήσεις οι οποίες πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν είναι: το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, η εικολωματίτιδα και το νεόπλασμα του παχέος εντέρου.

### 2.4. Επιπλοκές

Είναι τοπικές και γενικές.

#### 2.4.1. Τοπικές

- α) Συρίγγια ισχιοορθικά, ορθικά και ορθοκολπικά.
- β) Ινώδεις στενώσεις του ορθού ή του παχέος εντέρου.

- γ) Τοξικό μεγάλο (οξεία διάταση του παχέος εντέρου)  
 δ) Κακοήθης εξαλλαγή: Εξαρτάται από τη διάρκεια της νόσου, την έκταση των αλλοιώσεων του εντέρου και την ηλικία του αρρώστου κατά την έναρξη των συμπτωμάτων. Το ποσοστό κακοήθους εξαλλαγής σύμφωνα με διάφορες στατιστικές κυμαίνεται από I,7<sup>ο</sup>/ο - II,1<sup>ο</sup>/ο. Όταν έχουμε γενικευμένη νόσο που χρονολογείται από 25ετίας το ποσοστό εξαλλαγής φτάνει στο 41,8<sup>ο</sup>/ο.  
 ε) Μεγάλες εντερορραγίες: Απακτούνται μεταγγίσεις αίματος και μερικές φορές επέγουσα κολεκτομή.  
 στ) Δημιουργία αποστημάτων.

#### 2.4.2. Γενικές

- α) Γαγγραινώδες πυόδερμα.  
 β) Οζώδες ερύθημα.  
 γ) Πολυαρθρίτιδα.  
 δ) Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα.  
 ε) Επισκληρίτιδα, ιρίτιδα, χοριοειδίτιδα, επιπεφυκίτιδα.  
 στ) Λιπώδες ήπαρ, περιχολογγειίτιδα, σκληρωτική χολογγειίτιδα.  
 ζ) Αναιμία.  
 η) Θρομβοφλεβίτιδα.  
 θ) Πλευροπερικαρδίτιδα.  
 ι) Ελάττωση της σωματικής και σεξουαλικής ανάπτυξης στα παιδιά.

#### 2.5. Πρόγνωση

Εξαρτάται από την ένταση των παροξυσμών, την έκταση των αλλοιώσεων του εντέρου και την ηλικία κατά την έναρξη των συμπτωμάτων. Γενικά η πρόγνωση είναι βαριά. Ειδικά για τη κεραυνοβόλο μορφή που προσβάλλει όλο το έντερο σε άτομα μικρότερα των 20 ή μεγαλύτερα των 60 χρόνων. Στη χρόνια ελκώδη κολίτιδα η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών είναι μεγάλη, γι' αυτό και χρειάζεται συνεχής έλεγχος, ιδιαίτερα όταν η νόσος υπάρχει για 8 - 10 χρόνια. Κάθε χρόνο πρέπει να γίνεται κολονοσκόπηση και βιοψία του βλενογόνου για δυσπλασία. Η δυσπλασία αποτελεί προκαρκινωματώδη κατάσταση, γι' αυτό και ενδείκνυται η κολεκτομή.

#### 2.6. Θεραπεία

Η θεραπεία αποβλέπει στο να τερματίσει την υπάρχουσα κρίση, να προλάβει τις υποτροπές και να επουλώσει τον αλλοιωμένο βλενογόνο. Σε χρόνιες περιπτώσεις η θεραπεία τροποποιείται, ανάλογα



με τις επιπλοκές που παρουσιάζονται. Ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου ορίζεται η θεραπεία.

### 2.6.1. Συντηρητική θεραπεία

α) Βαριά κεραυνοβόλος μορφή: Οι άρρωστοι αυτής της κατηγορίας εμφανίζουν γρήγορα επιπλοκές (αιμορραγίες, διάτρηση, τοξικό megacolon, σφαιμία), γι' αυτό απαιτείται άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο. Χορηγούνται στον άρρωστο αίμα ή πλάσμα, υγρά και ηλεκτρολύτες ανάλογα με τις ανάγκες του. Αν παίρνει οπιούχα και αντιχοληνεργικά φάρμακα διακόπτονται λόγω του ότι μπορούν να υποβοηθήσουν τη δημιουργία τοξικού megacolou. Διακόπτεται η σίτιση από το στόμα και γίνεται παρεντερικά. Αν το έντερο εμφανίζει διάταση, μπαίνει ρινογαστρικός καθετήρας. Για την περίπτωση πιθανής σφαιμίας χορηγούνται αντιβιοτικά ενδοφλεβίως. Συνήθως προτιμούνται η αμπικιλίνη, κεφαλοθίνη, κεφαρίνη, χλωραμφαινικόλη και γενταμικίνη από μόνα τους ή σε συνδιασμό. Ταυτόχρονα χορηγείται ενδοφλεβίως και υδροκορτιζόνη (300χλγ) ή πρεδνιζόνη (60χλγ την ημέρα).

β) Μέτριας βαρύτητας: Οι άρρωστοι αυτοί βρίσκονται σε οξεία φάση της νόσου, αλλά δεν παρουσιάζουν τοξικά φαινόμενα (υποπρωτεΐναιμία πυρετό ή λευκοκυττάρωση). Ενδείκνυται η εισαγωγή τους σε νοσοκομείο για να αντιμετωπιστούν η διάρροια, η αναιμία, ο πόνος και η απώλεια βάρους. Στη δίαιτα περιλαμβάνονται μόνο μαγειρευμένες τροφές. Αποφεύγονται το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, γιατί μερικοί άρρωστοι εμφανίζουν ευαισθησία. Χορηγούνται κορτικοστεροειδή και σουλφαλαζίνη για την ελάττωση της φλεγμονής και τη μείωση των υποτροπών της νόσου.

γ) Ήπιες μορφές: Οι αλλοιώσεις είναι ελάχιστες και τα συμπτώματα ελαφρά. Η θεραπεία κι εδώ επιτυγχάνεται με κατάλληλη δίαιτα, κορτικοστεροειδή και σουλφαλαζίνη.

### 2.6.2. Χειρουργική θεραπεία

α) Επείγουσα χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται σε:

1. Υπεροξείες μορφές όπου τα φάρμακα δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα.
2. Διάτρηση του εντέρου.
3. Ανατάσχετη αιμορραγία.
4. Παρουσία τοξικού megacolou που δεν υποχωρεί με συντηρητικά μέσα μέσα σε 8 - 12 ώρες.

β) Εκλεκτική επέμβαση συνιστάται σε:

1. Αποτυχία συντηρητικής θεραπείας, σε αρρώστους που τα ενοχλήματα προκαλούν σοβαρή αναπηρία.

2. Ανάπτυξη καρκινώματος.

3. Χρόνια κολίτιδα στην προεφηβική ηλικία, λόγω του κινδύνου που υπάρχει όσον αφορά την φυσιολογική ανάπτυξη του αρρώστου.

4. Σοβαρές τοπικές ή γενικές επιπλοκές (συρίγγια, δερματικές και οφθαλμικές επιπλοκές κ.τ.λ.).

Η ολική κολεκτομή και η εγκατάσταση μόνιμης ειλεοστομίας είναι η μόνη ριζική θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας.

### 3.0. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

#### Νόσος του CROHN

1. Προσβάλλει όλα τα τοιχώματα και το μεσεντέριο, όπου βρίσκονται διηθημένοι αδένες.

2. Ο σχηματισμός κοκκιωμάτων είναι χαρακτηριστική αλλοίωση.

3. Κρατηροειδή έλκη ή έλκη διαμέτρου μεγαλύτερης του 1εκ., βαθιά και επιμήκη.

4. Τμηματικές βλάβες.

5. Επιμήκεις εξελκώσεις του βλεννογόνου.

6. Συχνή η προσβολή του τελικού τμήματος του ειλεού.

7. Εικόνα λιθόστρωτου.

8. Πάχυνση του εντερικού τοιχώματος.

9. Συχνές οι στενώσεις.

10. Διάτρηση συχνή.

11. Τοξικότητα σπάνια.

12. Αιμορραγία σπάνια.

13. Συρίγγια συχνά.

14. Περιορθική νόσος συχνή.

#### Ελκώδης κολίτιδα

1. Προσβάλλει μόνο το βλεννογόνο, όπου εμφανίζει πολλά έλκη και καμιά φορά και τον υποβλεννογόνιο χιτώνα.

2. Ο σχηματισμός κοκκιωμάτων είναι σπάνιος.

3. Χαρακτηριστικές εξελκώσεις διαμέτρου μεγαλύτερης του 1εκ. αβαθείς και στρογγυλές.

4. Συνεχής, συμμετρική, φλεγμονώδης αντίδραση του βλεννογόνου.

5. Συχνό οι ψευδοπολύποδες.

6. Το ορθό πάσχει στις περισσότερες περιπτώσεις.

7. Βλεννογόνος υπεραιμικός, εύθρυπτος, αιμορραγεί στην επαφή, καλύπτεται από βλεννοπυώδη έκκριση.

8. Ο μυϊκός χιτώνας παρατηρείται υπερτροφικός με πολλά μικροαποστήματα.

9. Σπάνιες οι στενώσεις.

10. Διάτρηση σπάνια.

11. Τοξικότητα συχνή.

12. Αιμορραγία συχνή.

13. Συρίγγια σπάνια.

14. Περιορθική νόσος σπάνια.

#### 4.0. ΠΑΡΗΡΗΣ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (Ελκώδη κολίτιδα, νόσος του CROHN)

Οι περισσότεροι από τους αρρώστους με νόσο του CROHN ή ελκώδη κολίτιδα, όταν εισάγονται στο νοσοκομείο, μπαίνουν σε πλήρη ανάπαυση του εντέρου. Η διατροφή τους γίνεται παρεντερικά, για να αποφευχθεί η πρόσληψη από το στόμα, όταν υπάρχουν συμπτώματα εντερικής απόφραξης, αλλά και με την ελπίδα να βελτιωθούν, λόγω της μείωσης των μηχανικών, φυσικών και χημικών δραστηριοτήτων του εντέρου.

Βέβαια για να είναι πετυχημένη η παρεντερική διατροφή και για να βοηθήσει στην ανάπαυση του εντέρου, αλλά και να αποφευχθεί η έλλειψη θρεπτικών ουσιών από τον οργανισμό, πρέπει να τηρείται ειδική τεχνική ενδοφλέβιας χορήγησης. Αυτό γιατί αν απουσιάσουν από τον οργανισμό θρεπτικές ουσίες, είναι πιθανό αντί να βελτιωθεί η κατάσταση του εντέρου, να επιδεινωθεί.

Ο άρρωστος από φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου συνήθως παρουσιάζει ανεπαρκή απορρόφηση θρεπτικών ουσιών. Συχνά έχει εντεροπάθεια με απώλεια λευκόματος και δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις αυξημένες θρεπτικές του ανάγκες με την πρόσληψη από το στόμα, η οποία συχνά είναι περιορισμένη, λόγω των ιατρικών οδηγιών, της ελαττωμένης όρεξης ή των κλινικών συμπτωμάτων. Αναφέρεται ότι το 18-62% των πασχόντων από ελκώδη κολίτιδα και το 65-75% των πασχόντων από νόσο του CROHN παρουσιάζουν απώλεια βάρους. Όταν υπάρχουν και επιπρόσθετες καταστάσεις δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα θρέψης.

Οι άρρωστοι αυτοί εμφανίζουν συνήθως και υποπρωτεΐναιμία με τα παρακάτω αποτελέσματα:

- α) Ελαττωμένη ανοσολογική αντίδραση και αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων.
- β) Αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα μετεγχειρητικά.
- γ) Φτώχη επούλωση συριγγίων και πληγών.
- δ) Ελαττωμένη αντοχή στην απώλεια αίματος.

Όλα αυτά έχουν μεγάλη σημασία για τον άρρωστο από φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου. Χαρακτηριστική είναι και η αναιμία λόγω της νόσου, αλλά και της έλλειψης σιδήρου, φολλικών και βιταμίνης B<sub>12</sub>. Δόγω της διάρριας που παρουσιάζουν, προκύπτει επίσης και έλλειψη ηλεκτρολυτών και μεταλλικών στοιχείων.

Ένα σχήμα παρεντερικής χορήγησης θρεπτικών ουσιών ημερησίως, που συνιστάται είναι:

Όγκος: 3.000κ.εκ.

Θερμίδες: 40-50 CAL./KGR. ιδεώδους σωματικού βάρους.

Δεξτρόζη: 11GR/KGR IBW

Ολικά λευκώματα: 1-15 GR/KGR IBW

Λιποειδή: περίπου 14GR.

Ηλεκτρολύτες και μέταλλα: Νάτριο 85-120

Κάλιο 120-160

Ασβέστιο 20

Χλωριούχα 150-200

Οξείνά 25-50

Φωσφορικά 40-60

Θειικά 20

Γλυκονικά 20

Βιταμίνες: A. 2500 IU

D 250 IU

E 14 IU

K 36 MGR

G 300 MGR

B<sub>1</sub> 17,5 MGR

B<sub>2</sub> 7,5 MGR

B<sub>6</sub> 14 MGR

Νικοτινικό οξύ 65 MGR

Παντοθενικό οξύ 16 MGR

B<sub>12</sub> 100 MGR εβδομαδιαία

Φολικό οξύ 1 MGR

Ιχνοστοιχεία: Ψευδάργυρος 3 MGR

Χαλκός 1,6 MGR

Μαγγάνιο 2MGR

Χρώμιο 2μGR

Σελήνιο 2μGR

Κοβάλτιο 20μGR

Η πλήρης παρεντερική διατροφή μπορεί να γίνει με τους εξής τρόπους:

α) Μέσω κεντρικής φλέβας, συνήθως της υποκλείδιας μετά από καθετηριασμό αυτής.

β) Μέσω περιφερικής φλέβας (που είναι και ο συνηθέστερος τρόπος).

Η μέθοδος της πλήρους παρεντερικής διατροφής απαιτεί ειδι-

κευμένο προσωπικό -ιατρικό, νοσηλευτικό- για να εφαρμοστεί. Το προσωπικό πρέπει να γνωρίζει το τρόπο που χορηγούνται τα θρεπτικά συστατικά, καθώς και την ποσότητα και την δράση τους. Ακόμα πρέπει να γνωρίζει τη σημασία που έχει το να πάρει ο άρρωστος τη σωστή ποσότητα υγρών και θρεπτικών ουσιών, στην όλη αποκατάσταση της πάθησής του, Είναι σημαντικό πριν αρχίσει η πλήρης παρεντερική διατροφή, να αποκατασταθεί προηγουμένως η ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών καθώς και η οξεοβασική ισορροπία. Αν ενδείκνυται πριν την πλήρη παρεντερική διατροφή, μεταγγίζεται αίμα.

Αρκετές φορές προτιμώνται, αντι της πλήρους παρεντερικής διατροφής, τυποποιημένες δίαιτες από το στόμα, για να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές της θρέψης. Οι λόγοι είναι οι παρακάτω:

- α) Όταν γίνονται ανεκτές, είναι εξ ίσου αποτελεσματικές με την πλήρη παρεντερική διατροφή, για την αποκατάσταση των θρεπτικών ελλειμμάτων και τον έλεγχο της δραστηριότητας της νόσου.
- β) Η θρεπτικές ουσίες που χορηγούνται από το στόμα είναι αποτελεσματικότερες από πλευράς μεταβολισμού.
- γ) Αποφεύγονται σοβαρές επιπλοκές, που παρατηρούνται με την πλήρη παρεντερική διατροφή.
- δ) Η επιβάρυνση σε χρήματα, νοσοκομειακό προσωπικό και απαραίτητες συσκευές είναι μικρότερη.

#### 5.0. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΑΠΟ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (ελκώδη κολίτιδα, νόσο του CROHN)

##### 5.1. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την τήρηση πλήρους παρεντερικής διατροφής.

Ο νοσηλευτής πρέπει να τηρεί την άσηπτο τεχνική. Η εξωτερική συσκευή πρέπει να αλλάζεται τουλάχιστον μια φορά μέρα παρά μέρα. Το σημείο εισόδου του καθετήρα, πρέπει να παρακολουθείται για σημεία φλεγμονής. Για τον ίδιο λόγο (φλεγμονή) θα πρέπει να παρακολουθείται και η θερμοκρασία του αρρώστου για τυχόν αύξησή της. Στο σημείο εισόδου του καθετήρα τοποθετούνται γάζες αποστειρωμένες, οι οποίες θα πρέπει να αλλάζονται καθημερινά ή όπως ορίζεται από την τακτική του τμήματος. Η περικοχή καθαρίζεται και τοποθετείται αντιβιοτική αλοιφή, για την πρόληψη μόλυνσης. Σοβαρό μέλημα του νοσηλευτή είναι το προσεκτικό μέτρημα των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, που θα καθορίσουν την κατάσταση του ισοζυγίου υγρών, καθώς

και το καθημερινό ζύγισμα του αρρώστου.

Καθ' όλη τη διάρκεια των διαδικασιών αυτών, ο άρρωστος πρέπει να ενημερώνεται για τη σκοπιμότητα της κάθε ενέργειας του νοσηλευτή και να ενθαρρύνεται, έτσι ώστε να περιορίζεται στο ελάχιστο το συγκινησιακό στρες.

### 5.2. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χρησιμοποίηση τυποποιημένης δίαιτας από το στόμα.

Εκτός της ψυχολογικής υποστήριξης ο νοσηλευτής έχει και τη φροντίδα για την τήρηση της δίαιτας από τον άρρωστο. Ο άρρωστος χρειάζεται διδασκαλία, για να αποφεύγει τις τροφές που ερεθίζουν μηχανικά το έντερο. Όταν το γάλα δεν γίνεται ανεκτό από τον άρρωστο, αποφεύγεται. Πιθανόν ο άρρωστος να έχει ανάγκη από λήψη σιδήρου από το στόμα. Είναι σημαντικό να πιστεί για την σημασία της δίαιτας και αυτό μπορεί να γίνει μόνο με εξηγήσεις και παροτρύνσεις από πλευράς του νοσηλευτή.

### 5.3. Νοσηλευτική φροντίδα σε περίπτωση χειρουργικής θεραπείας σε ελκώδη κολίτιδα και νόσο του CROHN

Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να είναι μόνιμη ή παροδική. Ανάλογα με την έκταση που καταλαμβάνει η φλεγμονή, γίνεται ειλεοστομία ή κολοστομία.

Προεγχειρητικά ο άρρωστος υποστηρίζεται και προετοιμάζεται ψυχολογικά για την χειρουργική επέμβαση και την κατάστασή του μετά. Ενισχύεται η αντίσταση του σώματος, προετοιμάζεται το έντερο με καθαρτικά και υποκλυσμούς και ετοιμάζεται το εγχειρητικό πεδίο.

Μετεγχειρητικά ο άρρωστος παρακολουθείται όπως σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις. Δίνεται προσοχή στο αναπνευστικό και παρακολουθείται προσεκτικά το έντερο. Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία και η δίαιτα του αρρώστου. Ο άρρωστος παρακολουθείται εντατικά για την πρόληψη γενικών ή ειδικών επιπλοκών από την εγχείρηση. Η φροντίδα του στομίου είναι κύριο μέλημα του νοσηλευτή, όπως και η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και η διδασκαλία του για την ανάληψη δραστηριοτήτων από πλευράς του, όσο αφορά την φροντίδα του στομίου. Είναι σημαντικό να διδαχθεί ο άρρωστος πως θα ζει με την ειλεοστομία ή κολοστομία και να αποδεχθεί την κατάσταση του.

#### 5.4. Φροντίδα της ειλεοστομίας και άδειασμα του σάκου.

---

Ειλεοστομία είναι ένα άνοιγμα του ειλεού στο κοιλιακό τοίχωμα. Το στόμιο της ειλεοστομίας γίνεται το σημείο εξόδου του εντερικού περιεχομένου.

Ο σάκος που χρησιμοποιούμε έχει δακτύλιο από ρητίνη καράγια και μικροπορώδη αυτοκόλλητη επιφάνεια. Η επιφάνεια αυτή επιτρέπει τον αερισμό του δέρματος, εφαρμόζει καλύτερα, παραμένει στη θέση της περισσότερο και αφαιρείται ευκολότερα, προστατεύοντας έτσι την περιοχή γύρω από το στόμιο. Ο σάκος ειλεοστομίας μπορεί να αδειαστεί πολλές φορές προτού αφαιρεθεί και πεταχτεί. Σκοπός της χρησιμοποίησής του είναι : να προλάβει κάποια διαφυγή, να επιτρέψει την εξέταση του δέρματος γύρω από το στόμιο και να βοηθήσει στον έλεγχο της δυσσομίας αν αυτό αποτελεί πρόβλημα. Η αλλαγή του γίνεται:

α) Νωρίς το πρωί πριν από το πρόγευμα ή 3-4 ώρες μετά από κάποιο γεύμα, όταν το έντρο είναι ελάχιστα ενεργό.

β) Κάθε φορά που ο άρρωστος νιώθει κάψιμο ή κνησμό κάτω από τον δίσκο ή νιώθει πόνο γύρω από το στόμιο.

##### 5.4.1. Δίσκος φροντίδας ειλεοστομίας

---

α) Δύο σάκοι με δακτύλιο από ρητίνη καράγια και κλείστρα.

β) Σαπούνι, νερό και τρίφτης.

γ) Κατάλληλος φραγμός του δέρματος (σκόνη καράγια, πάστα καράγια, SKIN PREP ή άλλο).

δ) Νεφροειδές.

ε) Γάζες.

στ) Δευκοπλάστης (υποαλλεργιογόνος).

##### 5.4.2. Φροντίδα του στομίου

---

Τοποθετούμε τον άρρωστο σε άνετη θέση, ώστε να παρακολουθεί όλη τη διαδικασία. Ενθαρρύνεται να παίρνει ενεργά μέρος, ώστε τελικά, να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του. Εξηγούμε την διαδικασία στον άρρωστο. Κλείνουμε το κάτω μέρος του παροχετευόμενου σάκου με το πλαστικό κλείστρο. Ανοίγουμε το κλείστρο και το κρατάμε από τη σύνδεση του σε ορθή γωνία με το δεξί μας χέρι. Το αρσενικό τμήμα του κλείστρου πρέπει να είναι σε οριζόντια θέση και το θηλυκό σε κάθετη. Κρατάμε το σάκο ανάποδα έτσι ώστε η καράγια να είναι από την έξω πλευρά του. Διπλώνουμε το κάτω άκρο του σάκου μια φορά πάνω στο αρσενικό τμήμα του κλείστρου. Κρατώντας το σάκο σταθερά με το αριστερό χέρι, κατεβάζουμε το θηλυκό τμήμα του κλείστρου με το

δεξί χέρι. Πιέζουμε το ένα τμήμα του κλείστρου μέσα στο άλλο ώσπου να πιάσει σταθερά η ασφάλειά του. Αποκαλύπτουμε την περιοχή της ειλεοστομίας και αφαιρούμε τη ζώνη. Αφαιρούμε το σάκο, αφού ρίξουμε μερικές σταγόνες διαλύτη μεταξύ του δίσκου και του δέρματος. Το διαλυτικό δεν είναι απαραίτητο, αν δεν χρησιμοποιήθηκε συγκολλητικό δέρματος. Αν έχουν μείνει πάνω στο δέρμα υπολείματα συγκολλητικής ουσίας, χρησιμοποιούμε πολύ μικρή ποσότητα διαλυτικής ουσίας πάνω σε γάζα. (Δεν χρησιμοποιούμε ποτέ ασετόν, αιθέρα ή βενζίνη, γιατί ερεθίζουν το δέρμα) Τοποθετούμε μια γάζα πάνω στο στόμιο και καθαρίζουμε το δέρμα από την καράγια με χαρτοβάμβακα. Πλένουμε το δέρμα απαλά με μαλακό τρίφτη βρεγμένο με νερό και σαπούνι. Ξεπλένουμε και στεγνώνουμε την περιοχή. Αν δεν υπάρχει δερματικός ερεθισμός, τοποθετούμε δερματικό φραγμό στο περιστομιακό δέρμα. Αφαιρούμε τη διαφανή πλαστική μεμβράνη που καλύπτει το δακτύλιο καράγια. Αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Κρατώντας τις δύο στενές λωρίδες με το προστατευτικό στήλα πλάγια, κεντράρουμε τον δακτύλιο καράγια γύρω από το στόμιο. Αν ο άρρωστος παραμείνει ξαπλωμένος για ένα διάστημα η θέση του σάκου είναι ελαφρά πλάγια, αλλιώς είναι κατακόρυφη. Εφαρμόζουμε από κάτω προς τα πάνω, λισιώνοντας συγχρόνως την αυτοκόλλητη επιφάνεια και το δέρμα. Αφού αφαιρέσουμε το προστατευτικό χαρτί, κολλάμε τις δύο στενές λωρίδες στα πλάγια.

Αν υπάρχει δερματικός ερεθισμός καθαρίζουμε καλά και στεγνώνουμε το δέρμα. Τοποθετούμε ένα στερινοειδές σκεύασμα (KENALOG) για τη μείωση της φλεγμονής, αφαιρούμε την επιπλέον υγρασία με βαμβάκι και τοποθετούμε μικρή ποσότητα αντιμυκητιασικής σκόνης, η οποία θεραπεύει τις μολύνσεις γύρω από τα στόμια. Κατόπιν εφαρμόζουμε το σάκο.

Μετάμε το άχρηστο υλικό. Καθαρίζουμε το σάκο πλένοντάς τον με νερό και σαπούνι. Βουτάμε το σάκο σε αποσημητική διάλυση (πρέπει να είναι αποτελεσματική χωρίς να καταστρέφει το σάκο) και τον κρεμάμε να στεγνώσει.

#### 5.4.5. Αδειασμά του σάκου

---

Δεν χρειάζεται να βγάλουμε το σάκο για να τον αδειάσουμε. Ξηκνώνουμε το κάτω μέρος του σάκου. Το περιεχόμενό του απομακρύνεται από το πλαστικό κλείστρο. Κρατάμε το κάτω μέρος του προς τα πάνω με το δεξί μας χέρι και ανοίγουμε το κλείστρο με το αριστερό. Καμηλώνουμε το σάκο αργά και κατευθύνουμε το περιεχόμενο στην τουαλέτα ή



σε άλλο δοχείο συλλογής. Καθαρίζουμε με χλιαρό νερό και σκουπίζουμε το άκρο του με χαρτοβάμβακο. Κλείνουμε ξανά το κάτω μέρος.

### 5.5. Ξροντίδα της κολοστομίας

Κολοστομία είναι ένα παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Όταν είναι μόνιμη λέγεται "παραφύση" ή "έδρα".

Σκοποί της εκτέλεσής της είναι :

- α) Η παροδική προστασία της αναστόμωσης μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την epούλωση φλεγμένοντος εντέρου.
- β) Η παροδική αλλαγή της διεύθυνσης που κινούνται οι κοπρανώδεις μάζες, κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.
- γ) Η θεραπεία καρκίνου του ορθού, στην οποία αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου.
- δ) **Παρηγορητικά**, σε περιπτώσεις που ο καρκίνος του εντέρου είναι ανεγχείρητος.

Ξεχωρίζουμε τα παρακάτω είδη κολοστομίας:

**I. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία:** Λέγονται και στεγνές κολοστομίες, γιατί αν δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα. Γι' αυτό ρυθμίζεται η λειτουργία του εντέρου με καθημερινές πλύσεις μέσα από το στόμιο.

**2. Εγκάρσια κολοστομία:** Το απέκκριμα είναι σχηματισμένα κόπρανα ή είναι πολτώδες, ελέγχεται με τη βοήθεια πλύσεων. Σε μερικές περιπτώσεις όμως δεν είναι δυνατός ο έλεγχος. Ο άρρωστος χρειάζεται σάκο όλη τη διάρκεια που φέρει την κολοστομία. Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η προστασία του δέρματος γύρω από το στόμιο. Διακρίνουμε δύο είδη εγκάρσιας κολοστομίας:

**I. Η διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία:** Έχει δύο στόμια ένα ενεργό και ένα ανενεργό. Είναι συνήθως παροδική. Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω, ενώ το ανενεργό διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτόμενου τμήματος του εντέρου, ώσπου να γίνει η epούλωση. Τότε κλείνεται η κολοστομία και το έντερο επανασυνδέεται με λαπαροτομία.

**II. Η αγκυλωτή κολοστομία :** Είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μια αγκύλη ακέραιου εντέρου φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της. Τα κόπρανα παροχετεύονται μέσα από τομή που γίνεται στο πάνω μέρος της αγκύλης. Μπορεί να μείνει ανοιχτή από 10 μέρες έως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί να μοιάζει με την διπλού αυλού κολοστομία. Όμως μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κόλου τα

τοιχώματα της αγύλης που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται, χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροτομία.

3. Ανιούσα κολοστομία : Το απέκκριμα είναι υδαρές και ρέει συνέχεια. Είναι απαραίτητη η προστασία του δέρματος από πιθανό ερεθισμό. Συνίσταται ο αποχετευόμενος σάκος από δακτύλιο ρητίνη καράγια.

#### 5.5.1. Δίσκος αλλαγής κολοστομίας

---

- α) Μπώλ με τολύπια και χαρτοβάμβακα.
- β) Φυσιολογικός ορρός.
- γ) FIZONEX.
- δ) SET αλλαγής.
- ε) Νεφροειδές.
- στ) Αδιάβροχο με τετράγωνο.
- ζ) Σάκοι κολοστομίας.
- η) Πάστα καράγια.
- θ) SKIN JEL της HOLLISTER.
- ι) Ηλάστικός σάκος για τη συλλογή του μιας χρήσεως σάκου.
- ια) Σαπούνι.
- ιβ) Νερό και τρίφτης.

#### 5.5.2. Φροντίδα του στόμιου

---

Για τη συλλογή του περιεχομένου του εντέρου χρησιμοποιούνται ειδικοί σάκοι κολοστομίας, όπως οι αυτοκόλλητοι σάκοι μιας χρήσεως και οι σάκοι με δακτύλιο από ρητίνη καράγια με φίλτρο διαφυγής αερίων. Είναι απαραίτητο να αλλάζονται όταν γεμίζουν μέχρι τη μέση και πάντοτε νωρίς το πρωί ή 3-4 ώρες μετά το γεύμα, όταν το έντερο είναι ελάχιστα ενεργό. Όταν χρησιμοποιείται σάκος από δακτύλιο ρητίνη καράγια πρέπει να αλλάζεται και όταν ο δακτύλιος δείχνει σημεία φθοράς, οπότε προστατεύει το δέρμα. Η καράγια είναι φυσική ουσία, που καθώς διαλύεται προστατεύει το δέρμα γύρω από το στόμιο. Όταν χρησιμοποιούνται αυτοκόλλητοι σάκοι μιας χρήσεως, γύρω από το στόμιο πρέπει να επαλείφεται ένα ζελατινώχο πήκτωμα για την προστασία του δέρματος.

Τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση, ώστε να μπορεί να παρακολουθεί όλη τη διαδικασία. Εξηγούμε στον άρρωστο τις λεπτομέρειες. Αφαιρούμε το σάκο κολοστομίας και τον τοποθετούμε στον πλαστικό σάκο. Τοποθετούμε το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο και το νεφροειδές σε εφαρμογή με το σώμα. Καθαρίζουμε με χλιαρό νερό ή σαπουνόνερο και στεγνώνουμε την περιοχή του δέρμα-

τος κάτω από το στόμιο. Αφού πλύνουμε τα χέρια μας ανοίγουμε το SET αλλαγής. Χρησιμοποιώντας λαβίδα καθαρίζουμε το στόμιο με FISOHEX και φυσιολογικό ορό. Καθαρίζουμε με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια, μέχρι να καθαριστεί το στόμιο. Απομακρύνουμε το νεφροειδές και τα άχρηστα και σγεγνώνουμε το στόμιο με απαλές κινήσεις. Αν υπάρχει ερεθισμός στο δέρμα επαλείφουμε με SKIN JEL. Τοποθετούμε το σάκο κολοστομίας, το στόμιο του οποίου πρέπει να είναι ανάλογο με το στόμιο της κολοστομίας. Προσέχουμε ώστε τα τοιχώματα του σάκου να μην εφάπτονται. Αν υπάρχουν κενά στην επαφή του στομίου, χρησιμοποιούμε πάστα καράγια για να καλύψουμε τις δερματικές πτυχές. Αφαιρούμε το αδιάβροχο με το τετράγωνο. Τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση και απομακρύνουμε τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσαμε. Οι σάκοι κολοστομίας από δακτύλιο ρητίνη καράγια έχουν από τις δύο πλευρές του στομίου ειδικές υποδοχές όπου συνδέεται ειδική ζώνη στήριξης για μεγαλύτερη ασφάλεια.

### 5.5.3. Πλύση κολοστομίας

Η πλύση της κολοστομίας έχει σα σκοπό να βοηθήσει το άδειασμα του κόλου από τα κόπρανα, αέρια και βλέννα που περιέχει, να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου και να βοηθήσει την τήρηση προγράμματος όσο αφορά το άδειασμα του εντέρου. Έτσι το άτομο θα μπορεί να αναλάβει κανονικές δραστηριότητες. Οι πλύσεις πρέπει να γίνονται στον κατάλληλο χρόνο και την ίδια ώρα κάθε μέρα. Ο άρρωστος πρέπει να ενθαρρύνεται να παρακολουθεί τη διαδικασία, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στο μέλλον.

Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούμε για την πλύση της κολοστομίας είναι τα ακόλουθα:

- α) Ένα δοχείο για το υγρό της πλύσης.
- β) Ένα δοχείο στο οποίο θα επιστρέφει το υγρό.
- γ) Χλιαρό νερό ή αλατούχο διάλυμα ή άλλο διάλυμα σύμφωνα με την εντολή του γιατρού. Η θερμοκρασία του πρέπει να είναι 40-41°C. Η συνήθης ποσότητα είναι 500-1500 κ.εκ.
- δ) Καθετήρας από μαλακό πλαστικό Νο 22 ή 24, τέτοιος ώστε να εμποδίζει την παλινδρόμηση του υγρού.
- ε) Μανίκι ή περίβλημα πλύσης ή τυλιγμένο αδιάβροχο, για την παροχή του υγρού της πλύσης.
- στ) Πλαστικός σάκος για τα άχρηστα.
- ζ) Χαρτοβάμβακα και υδατοδιαλυτή λιπαρή ουσία.
- η) Λαβίδα κόχερ.

Το δοχείο της πλύσης κρεμίζεται μισό μέτρο ψηλότερα από το στόμιο. Ο άρρωστος είναι καθιστός στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα. Αφαιρούμε τις γάζες και τον σάκο κολοστομίας και τα πετάμε στον σάκο των ακρήστων. Τοποθετούμε το μανίκι της πλύσης ή το περίβλημα, το ένα άκρο του στο στόμιο και το άλλο μέσα στη λεκάνη. Έτσι αποφεύγεται το πιτσιλίσμα και η κακοσμία και επιτρέπεται στα κόπρανα και το νερό να κατευθύνονται στη λεκάνη. Στη συνέχεια αφήνουμε να τρέξει λίγο υγρό από τον καθετήρα και αφού τον επαλείψουμε με λιπαρή ουσία, τον εισάγουμε στο στόμιο με ήπιες κινήσεις, όχι πάνω από 8 εκ. Ο αέρας αφαιρείται από τον καθετήρα, γιατί αν εισαχθεί στο κόλο προκαλεί κωλικό πόνο. Χρειάζεται προσοχή κατά την είσοδο του καθετήρα, γιατί βίαιες κινήσεις μπορεί να προκαλέσουν μέχρι και διάτρηση του εντέρου. Για να διευκολυνθεί η είσοδος αφήνουμε λίγο υγρό να τρέξει, ώστε να χαλαρώσει το έντερο. Στη συνέχεια αφήνουμε το νερό να τρέξει στο έντερο για 5-10 λεπτά. Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα κλείνουμε τη ροή και περιμένουμε να ξεκουραστεί. Οι κράμπες συνήθως προέρχονται από μεγάλη ποσότητα υγρού ή από τη γρήγορη ροή του. Γι' αυτό αρχικά η πρώτη μετεγχειρητική πλύση γίνεται με 500 κ.εκ. υγρού και στη συνέχεια η ποσότητα αυξάνεται σταδιακά μέχρι 1500 κ.εκ., ώστε να έχουμε θετικό αποτέλεσμα. Πάντοτε η χορήγηση του υγρού πρέπει να γίνεται αργά. Μετά την είσοδο του νερού κρατάμε το στήριγμα του καθετήρα για 10 λεπτά και μετά το αφαιρούμε με ήπιες κινήσεις.

Αφήνουμε 10-15 λεπτά για να επιστρέψει το νερό. Πιθανόν να χρειαστεί περισσότερος χρόνος. Στη συνέχεια στεγνώνεται το κάτω άκρο του περιβλήματος, κλείνεται με λαβίδα κόχερ και αφήνεται για 20 περίπου λεπτά, καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί. Με την κίνηση του αρρώστου διεγείρεται η περισταλτικότητα του εντέρου και συμπληρώνεται η επιστροφή του υγρού πλύσης. Μετά τα 20 λεπτά αφαιρείται το περίβλημα, καθαρίζεται η περιοχή με σαπούνι και στεγνώνεται. Σπανατοποθετούνται ο σάκος κολοστομίας και οι γάζες. Τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν κατά την πλύση καθαρίζονται με σαπούνι και νερό, στεγνώνονται και φυλάγονται σε καλά αεριζόμενο χώρο.

Όταν η πλύση γίνεται σε κλινήρη άρρωστο η διαδικασία είναι η ίδια με τη διαφορά ότι θα χρησιμοποιούμε κουβέρτα νοσηλείας για να καλύψουμε τον άρρωστο, αδιάβροχο με τετράγωνο κάτω από την περιοχή του στομίου και σκωραμίδα ή μεγάλο νεφροειδές για τη συλλογή του υγρού. Η πλύση σ' αυτή την περίπτωση γίνεται σε ημικλίγια θέση

ταν αρρώστου και στο σημείο επαφής της σκωραμίδας ή του νεφροειδούς με το δέρμα του αρρώστου τοποθετείται χαρτοβάμβακο.

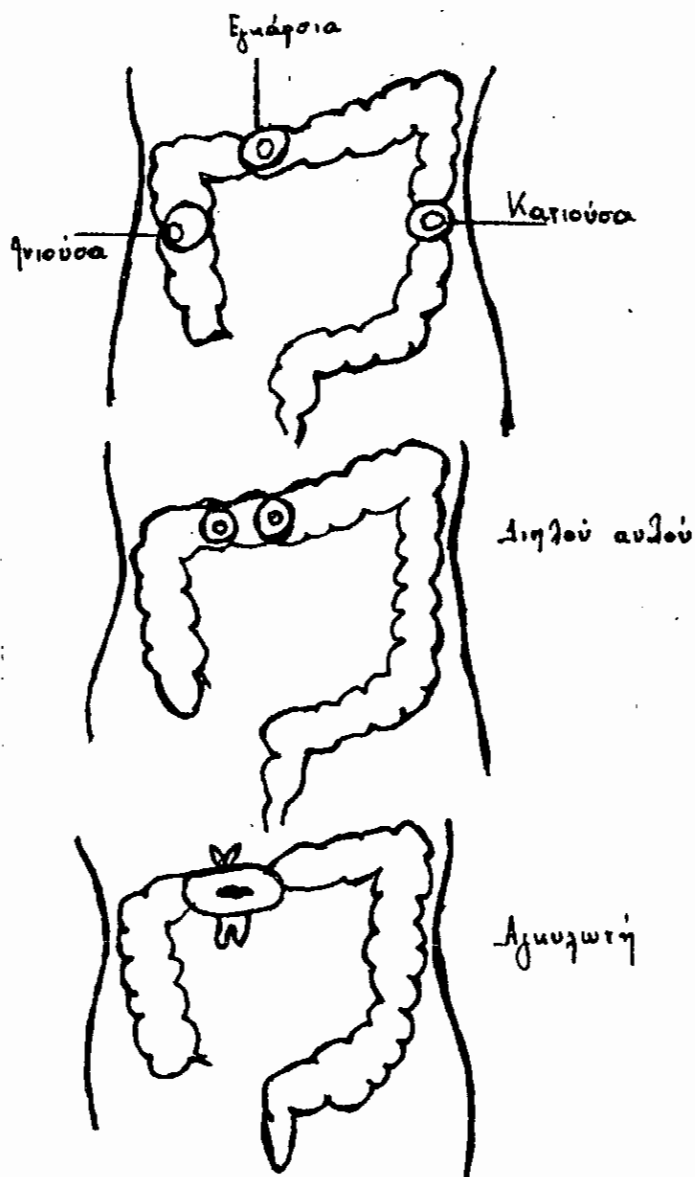
### 5.6. Έξοδος από το νοσοκομείο, του αρρώστου με κολοστομία ή ειλεοστομία

Για τον άρρωστο με μόνιμη κολοστομία ή ειλεοστομία, είναι πολύ δύσκολο να συμβιβαστεί με αυτή την κατάσταση. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο να αποδεχθεί την κατάσταση του και να εξωτερικεύσει τους φόβους και τα συναισθήματά του που απορρέουν από αυτήν. Ο άρρωστος πρέπει να πάψει να βλέπει τον εαυτό του σαν ανάπηρο, έτσι ώστε να συνεχίσει να ζει φυσιολογικά και να αναλάβει τις προηγούμενες δραστηριότητές του. Εφόσον η κολοστομία ή η ειλεοστομία θα είναι ένα μέρος της ζωής του στο μέλλον, θα πρέπει να διδαχθεί από το νοσηλευτή πότε και πώς γίνεται η πλήση και η αλλαγή της. Γι' αυτό κατ' αρχήν ο άρρωστος πρέπει να παρακολουθεί την εκτέλεση αυτών των νοσηλειών και σιγά σιγά να αναλαμβάνει μόνος του την περιποίηση του στομίου. Στην αρχή του γίνονται υποδείξεις για το τι πρέπει να κάνει κάθε φορά. Στη συνέχεια παρακολουθείται καθώς ο ίδιος εκτελεί τη διαδικασία, έτσι ώστε βγαίνοντας από το νοσοκομείο να μπορεί μόνος του να αναλάβει τη φροντίδα του στομίου. Αυτό γίνεται όταν θα έχει αποκτήσει δυνάμεις, όταν έχει αποδεχθεί πλέον την παραφύση έδρα, όταν δεν αηδιάζει κατά την αλλαγή της και όταν μπορεί να αναλάβει μόνος του μια τέτοια υπεύθυνη εργασία. Σε περίπτωση που το άτομο δεν είναι ισορροπημένο συναισθηματικά ή είναι διανοητικά άρρωστο ή όταν πρόκειται για υπερήλικες και παιδιά, διδάσκεται ο πλησιέστερος συγγενής για να αναλάβει τη φροντίδα του στομίου.

Εκτός από την πλήση και την αλλαγή του στομίου, πρέπει να διδαχθεί και την περιποίηση του δέρματος. Για την αποφυγή κακοσμίας πρέπει να αποφεύγει ορισμένες τροφές που δημιουργούν οσμές όπως κρεμμύδια, αυγά, ψάρια, φασόλια κ.τ.λ. ή ακόμα να παίρνει τροφές όπως το γιαούρτι και το αποβουτυρωμένο γάλα, που μειώνουν τις οσμές των κοπράνων. Για τον έλεγχο των αερίων πρέπει να αποφεύγονται τροφές με καρυκεύματα, φασόλια, κρεμμύδια, αγγούρια, αεριούχα ποτά κ.τ.λ. Γενικά ο άρρωστος πρέπει να αποφεύγει την πολυφαγία και τα ακατάστατα γεύματα. Να μασά καλά την τροφή, να παίρνει γεύματα πλήρη που να ρυθμίζονται ανάλογα με το αν του προκαλούν διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Όσο αφορά την ενδυμασία του αρρώστου, μπορεί να φορά ζώνη,

αλλά πρέπει να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και το σάκο. Επιτρέπονται τα ταξίδια και τα σπόρ, με την προϋπόθεση κατά το ταξίδι ο άρρωστος να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας του στομίου και να αποφεύγει σπόρ επαφής, όπως το ποδόσφαιρο. Η παραφύση έδρα δεν αποτελεί αντένδοξη στην εγκυμοσύνη, είναι απαραίτητη όμως η ιατρική παρακολούθηση, γιατί καθώς η εγκυμοσύνη προχωρεί το μέγεθος του στομίου αλλάζει. Κατά τον ύπνο ο άρρωστος μπορεί να πάρει οποιαδήποτε θέση. Σε οποιαδήποτε περίπτωση αντιληφθεί σημεία ή συμπτώματα απόφραξης ή αν έχει οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα, πρέπει να συμβουλευεται γιατρό.



Είδη Κοχλοστομίας

## 6.0. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σήμερα η φυματίωση του εντέρου είναι σπάνια, και αυτό λόγω της ανόδου του βιοτικού επιπέδου, της αποστείρωσης του γάλατος, και των αντιφυματικών φαρμάκων. Η φυματίωση του εντέρου διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή.

### 6.1. Πρωτοπαθής φυματίωση του εντέρου.

Οφείλεται στη λήψη γάλατος που περιέχει βακτηρίδια του KOCH. Προσβάλλεται κυρίως η περιοχή του τελικού ειλεού και του τυφλού. Η περιοχή αυτή υπερτρέφεται, το μεσεντέριο παχύνεται και οι λεμφαδένες τυροειδοποιούνται. Ο άρρωστος παραπονείται για κωλικοειδή πόνο, που εντοπίζεται στον δεξιό λαγώνιο βόθρο και διαρροϊκές κενώσεις. Ακόμα ο άρρωστος παρουσιάζει ανορεξία, απώλεια βάρους και πυρετό. Σε προχωρημένες καταστάσεις ο άρρωστος εμφανίζει σημεία εντερικής απόφραξης.

### 6.2. Δευτεροπαθής φυματίωση του εντέρου.

Αποτελεί επιπλοκή της ενεργού πνευμονικής φυματίωσης, από κατάποση πτυέλων που περιέχουν βάκιλλους του KOCH. Σήμερα είναι και αυτή πολύ σπάνια. Χαρακτηρίζεται από πολλαπλές εξελκώσεις του βλεννογόνου και ο άρρωστος εμφανίζει γενική κακουχία, πυρετό και πολλαπλά περιεδρικά συρίγγια. Η μορφή αυτή της φυματίωσης πολλές φορές συγχέεται με καρκίνωμα του τυφλού και με νόσο του CROHN. Η θεραπεία είναι συντηρητική. Χορηγούνται αντιφυματικά φάρμακα: στρεπτομυκίνη, P.A.S. και ισονιαζίδη. Όταν παρουσιάζεται εντερική απόφραξη, εκτελείται εκτομή του προσβεβλημένου τμήματος.

## 7.0. ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Αίτια της λοιμώδους κολίτιδας είναι οι βακτηριακές λοιμώξεις. Είναι οξεία πάθηση με χαρακτηριστικά συμπτώματα πυρετό, κωλικοειδή πόνο, διάρροια και τεινεσμό. Συχνά εμφανίζεται αίμα στα κόπρανα. Τα πιο συνηθισμένα αίτια είναι ο *SAMPYLOBACTER JEJUNI*, η σιγκέλα, η σαλμονέλα και η *VERSINIA ENTEROCOLITICA*.

Η διάγνωση μπαίνει με τη σιγμοειδοσκόπηση που δείχνει φλεγμονή με μικρές εξελκώσεις, με την εξέταση επιχρίσματος βλέννας και με καλλιέργειες που αποκαλύπτουν τον παθογόνο οργανισμό που προκάλεσε την νόσο. Μερικές φορές για να μπει η διάγνωση είναι απαραίτητη η βιοψία του βλεννογόνου του εντέρου. Η χρόνια μορφή της νόσου μπορεί να μοιάζει με νόσο του CROHN ή νεόπλασμα. Οι βλάβες μπορεί να εντοπίζονται στο τυφλό, το σιγμοειδές ή το ορθό

και σε οποιαδήποτε άλλη περιοχή του παχέος εντέρου, με μικρότερη συχνότητα.

Επιπλοκές της νόσου είναι: τοπικό απόστημα, ηπατικό απόστημα και σχηματισμός συρίγγιου. Μερικές φορές εμφανίζεται διάτρηση και περιτονίτιδα. Όταν λείπει η διάρροια μπορεί να εμφανιστεί διάταση κοιλίας.

Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει μετρονιδαζόλη σε ποσότητα 750 MGR X 3 για 10 μέρες. Στη συνέχεια χορηγείται διωδοουδροξικίνη 650 MGR X 3 για 20 μέρες. Όταν υπάρχουν επιπλοκές επιβάλλεται χειρουργική αποκατάσταση. Η πρόγνωση είναι κακή και εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου.

### 8.0. ΨΕΥΔΟΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Αιτία της νόσου είναι τα αντιβιοτικά και κυρίως η αμπικιλίνη η κλινδαμικίνη και η κεφαλοσπορίνη. Εμφανίζεται κατά την διάρκεια της χρήσης αντιβιοτικών ή μετά δύο βδομάδες από τη χρήση. Όταν διακοπεί η λήψη αντιβιοτικών η νόσος υποχωρεί. Αυτό βέβαια πρέπει να γίνει έγκαιρα γιατί η θνητότητα στη βαριά μορφή φτάνει το 15<sup>0</sup>/o

Συμπτώματα της νόσου είναι: άφθονη υδαρής διάρροια, κολικοειδής πόμος, τεινεσμός, χαμηλός πυρετός και καμιά φορά αίμα στα κόπρανα. Η κοιλία στην ψηλάφηση είναι ευαίσθητη και το έντερο εμφανίζεται διατεταμένο.

Επιπλοκές της νόσου είναι : αφυδάτωση με ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διάτρηση, τοξικό megacolon και θάνατος.

Η διάγνωση μπαίνει:

α) Εργαστηριακά με την ανίχνευση της τοξίνης που είναι υπεύθυνη για τις βλάβες της ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας. Η τοξίνη αυτή παράγεται από το βακτηρίδιο *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*.

β) Με σιγμοειδοσκόπηση αποκαλύπτεται ψευδομεμβράνη που χαρακτηρίζεται από κολλημένες πλάκες εξιδρώματος με παρεμβαλλόμενο φυσιολογικό βλεννογόνο. Όταν αποκολλάται η ψευδομεμβράνη, προκαλείται αιμορραγία τριχοειδικού τύπου από το σημείο της αποκόλλησης.

γ) Μερικές φορές είναι απαραίτητη η κολονοσκόπηση, όταν η βλάβη εντοπίζεται πιο ψηλά.

Η θεραπεία επιτυγχάνεται με :

α) Διακοπή του αντιβιοτικού.

β) Χορήγηση βανκομυκίνης 500-2.000 MGR / ημέρα PER OS για 7-10 μέρες. Το φάρμακο αυτό είναι αποτελεσματικό για το 90<sup>0</sup>/o των αρρώστων



γ) Χορήγηση νετρονιδαζόλης I,5-2 γρ. / ημέρα PER OS για 7-14 μέρες. Το φάρμακο αυτό πιστεύεται ότι είναι αποτελεσματικό και εμτός αυτού είναι λιγότερο δαπανηρό. Έχει αναφερθεί όμως ότι η νετρονιδαζόλη είναι αιτία της νόσου. Προληπτικά θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση των αντιβιοτικών ή τουλάχιστον να παίρνονται με προσοχή.

## Ε. ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

### 1.0. ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι καλοήθεις όγκοι του παχέος εντέρου ανάλογα με την προέλευσή τους διακρίνονται σε:

- α) όγκους που προέρχονται από το μεσοθήλιο (σπάνιοι) και
- β) επιθηλιακούς όγκους (πολύ συχνός).

Όγκοι του μεσοθηλίου είναι: τα λεμφώματα, τα λιπώματα, τα ινώματα, τα αγγειώματα και τα νευρινώματα. Οι όγκοι αυτοί προβάλλουν κάτω από τον βλεννογόνο του εντέρου και είναι ομαλοί. Μερικές φορές το νεόπλασμα είναι μεγάλου μεγέθους. Συνήθως εντοπίζεται στο τυφλό και κατά την ψηλάφηση της κοιλίας ψηλαφάται στον δεξιό λαγώνιο βόθρο.

Τα αγγειώματα είναι πιθανό να προκαλέσουν αιμορραγία, οπότε είναι αναγκαία η ερευνητική λαπαροτομία.

Η θεραπεία είναι συνήθως χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

Οι επιθηλιακοί όγκοι ή αδενώματα περιλαμβάνουν: τους αδενωματώδεις πολύποδες και τα θηλώδη αδενώματα.

### 2.0. ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

#### 2.1.1. Οικογενής πολύπωση του παχέος εντέρου

Είναι σπάνια κληρονομική πάθηση. Μεταβιβάζεται κατά επικρατούσα χαρακτηρισία. Εμφανίζονται στην παιδική ή εφηβική ηλικία (σπανιότερα σε ενήλικες), πολυάριθμοι αδενωματώδεις όγκοι του βλεννογόνου του παχέος εντέρου και του ορθού.

Μέση ηλικία διάγνωσης είναι το 35<sup>ο</sup> έτος. Κατά το χρόνο της διάγνωσης τα 2/3 των αρρώστων έχουν ήδη καρκίνο. Κλινικά η νόσος χαρακτηρίζεται από αιμορραγίες και διάρροιες. Η διάγνωση μπαίνει μετά από βαριούχο υποκλυσμό και ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Κατά τη διαδρομή της νόσου ένας ή περισσότεροι πολύποδες εξαλλάσσονται πάντοτε σε καρκίνωμα, γι' αυτό επιβάλλεται κολεκτομή όταν γίνεται διάγνωση της νόσου.

#### 2.1.2. Σύνδρομο GARDNER

Συνυπάρχουν οικογενής πολύπωση από αδενωματώδεις πολύποδες λεπτού και παχέος εντέρου και όγκοι μαλακών μορίων (σημηματογώνες κύστεις, λιπώματα, ινώματα, λειομυώματα, ινοσαρκώματα κ.άλ.) και οστών (οστεώματα). Οι πολύποδες είναι συνήθως αδενωματώδεις (σπανίως θηλωματώδεις), γι' αυτό ο κίνδυνος εξαλλαγής είναι μεγάλος. Επιβάλλεται ολική πρωκτοκολεκτομή.

## 2.2. Σύνδρομο PEUTZ-JEGHERS.

Πρόκειται για διάχυτη πολύπωση του λεπτού εντέρου. Στο παχύ έντερο όπως και στο στομάχι επεκτείνονται οι πολύποδες ορισμένες μόνο φορές.

## 2.3 Μονήρεις πολύποδες παχέος εντέρου.

Πολύποδας είναι μάζα προβάλλουσα στον εντερικό αυλό και χαρακτηρίζεται ιστολογικά από καλοήγη επιθηλιακή νεοπλασία.

## 2.4. Κατηγορίες πολυπόδων του παχέος εντέρου

Οι πολύποδες του παχέος εντέρου ταξινομούνται στους εξής τύπους:

α) Υπερπλαστικοί: 25% περίπου των πολυπόδων ανήκουν σ' αυτό τον τύπο. Πρόκειται για υπερπλασία και όχι για νεοπλασία, γι' αυτό και δεν εξαλλάσσονται.

β) Αδενωματώδεις: Πρόκειται για αδενώματα με καλά διαφοροποιημένα κύτταρα και σχηματισμό αδένων. Μονήρεις ή πολλαπλοί εντοπίζονται συνήθως στο σιγμοειδές και στο ορθό. Είναι κατά κανόνα μισχωτοί. Η διάμετρος τους σπάνια φτάνει τα 3 εκ. Κλινικά εκδηλώνονται με αιμορραγία από το ορθό. Η πιθανότητα να υπάρχει ήδη εξαλλαγή είναι ανάλογη του μεγέθους του όγκου.



Πολυπόδος παχέος εντέρου, μισχωτός και με ευρεία βάση. Ο τελεταίος εξαίρεται και καμνοειδώς συκυσσεται

γ) Θηλώδη αδενώματα (PAPILLARY ADENOMAS ή ADENOVILLOUS PAPILLOMAS)  
Το 60°/ο έχουν διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκ. Έχουν ευρεία βάση. Εκκρίνουν πολλές φορές μεγάλη ποσότητα βλέννας, με επακόλουθο αφυδάτωση και απώλεια νατρίου και καλίου. Ο κίνδυνος εξαλλαγής είναι μεγαλύτερος από ότι στους αδενωματοειδείς πολύποδες.

### 2.5. Θεραπεία

---

Οι πολύποδες είναι προκαρκινωματώδεις. Γι' αυτό και θα πρέπει να αφαιρούνται χειρουργικά. Το ορθό θα πρέπει να εξετάζεται τακτικά και τα υπολλείματα των πολυπόδων θα πρέπει να αφαιρούνται με το ορθοσιγμοειδοσκόπιο. Αν αυτό δεν είναι δυνατό θα πρέπει να γίνει εκτομή του ορθού.

## 3.0. ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

---

### 3.1. Αιτιολογία

---

Η αιτία του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν είναι γνωστή. Η αναλογία του σε σχέση με καρκίνους άλλων οργάνων είναι 15:100. Το 20°/ο των θανάτων εξαιτίας καρκίνου οφείλονται σε καρκίνο του παχέος εντέρου. Πιθανολογούνται προδιαθεσικοί παράγοντες που έχουν σχέση με τη διατροφή και συνυπάρχουσες παθήσεις του παχέος εντέρου. Όσο αφορά τη διατροφή ο καρκίνος συνδέεται με δίαιτα που έχει περιεκτικότητα χαμηλή σε ίνες και υψηλή σε κατεργασμένους υδατάνθρακες, κρέας και λίπη. Όσο αφορά τις παθήσεις τώρα, προκαρκινωματώδεις καταστάσεις είναι:

α) Ελκώδης κολίτιδα ολόκληρου του παχέος εντέρου που χρονολογείται από 10 και περισσότερα χρόνια.

β) Οικογενείς πολύποδες και

γ) Θηλώδη αδενώματα.

Εκτός αυτών πιθανολογούνται και γενετικοί προδιαθεσικοί παράγοντες. Δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ εκκολπωμάτωσης, αιμορροΐδων, νόσου του CROHN και καρκίνου του παχέος εντέρου.

### 3.2. Επιδημιολογία

---

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται περισσότερο στις αναπτυγμένες χώρες από ότι στις υπό ανάπτυξη. Έτσι στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι από τα συχνότερα καρκινώματα και προσβάλλει κυρίως άτομα 50-70 χρόνων. Αντίθετα στην Αφρική εμφανίζεται σπάνια και αυτό προφανώς οφείλεται στο είδος

της τροφής και στις εντερικές συνήθειες. Τα 3-4% των καρκίνων του παχέος εντέρου αφορούν άτομα ηλικίας κάτω των 25 χρόνων. Είναι φανερό λοιπόν ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου, σπάνια προσβάλλει τις νεαρές ηλικίες. Σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Αίγυπτος, η ~~Πολωνία και το Μεξικό~~ αναφέρονται θάνατοι από καρκίνο παχέος εντέρου από 3-6 στους 100.000 κατοίκους. Στις ΗΠΑ, Αυστραλία, Αυστρία, Μεγ. Βρετανία, Δυτ. Γερμανία και Ελβετία, ο αριθμός των θανάτων ανέρχεται σε 24-35 στους 100.000 κατοίκους. Αναφέρεται ότι ο καρκίνος του ορθού είναι συχνότερος στους άντρες, ενώ στις γυναίκες είναι συχνότερος ο καρκίνος του κόλου.

### 3.3. Παθολογική ανατομική

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος. Περίπου 50% των καρκίνων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθό, ένα 20% στο σιγμοειδές και 5-7% στο κατιόν κόλο. Στο εγκάρσιο αναλογεί το 5-8% των καρκίνων, ενώ στο δεξιό κόλο εντοπίζονται περίπου 15%. Ο καρκίνος του πρωκτού αφορά το 1% των καρκίνων του παχέος εντέρου. Από τις διάφορες στατιστικές εντόπισης του καρκίνου, φαίνεται μια τάση αύξησης της συχνότητας εντόπισης στο δεξιό παχύ έντερο και ιδίως στο τυφλό. Αυτό μάλλον οφείλεται στην αλλαγή τρόπου και είδους διατροφής.

### 3.4. Μορφές καρκινωμάτων

#### 3.4.Ι. Μακροσκοπικά

Μακροσκοπικά διακρίνονται οι εξής μορφές:

- α) Εκπλαστική ή υπερτροφική ή ανθοκραμβοειδής μορφή: Εντοπίζεται συχνότερα στο δεξιό μισό του παχέος εντέρου. Ο όγκος συνήθως είναι καλά διαφοροποιημένος και προβάλλει μέσα στον αυλό, είναι εύθρυπτος και αιμορραγεί εύκολα. Είναι χαμηλής κακοήθειας. Λόγω της μορφής του όγκου και του υδαρούς περιεχομένου του δεξιού κόλου, τα στενωτικά φαινόμενα είναι σπάνια και η διάγνωση αργή.
- β) Βλκωτική μορφή: Είναι η κακοηθέστερη. Συναντάται με μορφή κρατήρα (το έλκος), με παχιά σκληρά και ανώμαλα χείλη και νεκρωτικό πυθμένα. Η μορφή αυτή μπορεί να οδηγήσει σε στένωση του αυλού.
- γ) Ο Σκίρρος καρκίνος: Είναι μια ενδιάμεση μορφή ανάμεσα στις δύο προηγούμενες. Συνήθως εντοπίζεται στο αριστερό κόλο και προκαλεί δακτυλιοειδή και κώμη απόφραξη του αυλού του εντέρου.
- δ) Διήθητική μορφή: Αυτή διηθεί κυλιωτερώς τον αυλό. Παρατηρείται διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος στην αρχή χωρίς διήθηση

του βλεννογόνου. Η μορφή αυτή μπορεί να συνυπάρχει με μιά από τις προηγούμενες:

ε) Διήθηση κάτω του βλεννογόνου χωρίς εξέλιξη (πλαστική λιγνίτιδα)

### 3.4.2. Μικροσκοπικά

Μικροσκοπικά με βάση ορισμένα ιστολογικά χαρακτηριστικά τα αδενοκαρκινώματα διακρίνονται σε:

α) Μυελοειδή.

β) Θηλώδη.

γ) Βλεννώδη ή κολλοειδή.

### 3.4.3. Κλινικά

Κλινικά ο καρκίνος του παχέος εντέρου ταξινομείται ως εξής:

$T_1$ : Ο καρκίνος εντοπίζεται στον βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο.

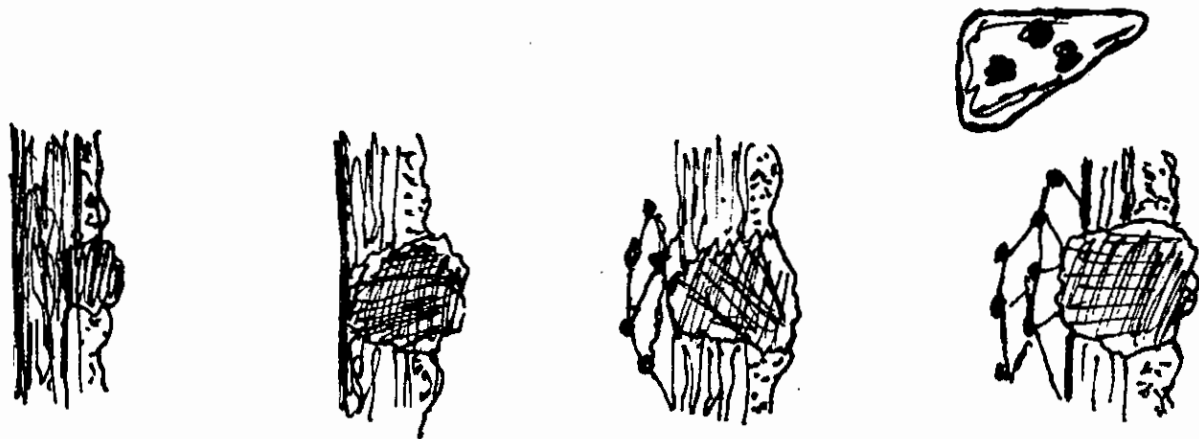
$T_2$ : Ο καρκίνος επεκτείνεται στον μυϊκό χιτώνα ή και στον ορρογόνο.

$T_3$ : Ο καρκίνος επεκτείνεται και στον κυτταρολιπώδη ή λεμφικό ιστό που περιβάλλει τον αυλό.

$T_4$ : Ο καρκίνος επεκτείνεται και πέρα από τους γειτονικούς ιστούς ή όργανα.

### 3.4.4. Παθολογοανατομικά

Παθολογοανατομικά ο καρκίνος ταξινομείται κατά DUKES. Η ταξινόμηση αυτή αφορά το βαθμό διήθησης του τοιχώματος και την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων.



### Σταδιοποίηση καρκίνου παχέος εντέρου κατά Dukes

$A$ : Αδενοκαρκίνωμα που εντοπίζεται στο βλεννογόνο χωρίς περιοχικές μεταστάσεις.

$B_1$ : Η βλάβη επεκτείνεται και στο μυϊκό χιτώνα όχι όμως σε όλο το πάχος του. Δεν υπάρχουν περιοχικές μεταστάσεις.

B<sub>2</sub>: Η βλάβη διηθεί ολόκληρο το πάχος του μυικού χιτώνα, χωρίς όμως πάλι περιοχικές μεταστάσεις.

C<sub>1</sub>: Η βλάβη διηθεί όλα τα τοιχώματα. Τα γειτονικά λεμφογάγγλια εμφανίζονται διηθημένα, ενώ τα απομακρυσμένα είναι αρνητικά.

C<sub>2</sub>: Όπως το προηγούμενο στάδιο, αλλά έχουμε μεταστάσεις και σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια και όργανα.

### 3.4.5. Κατά BRODERS

Ο καρκίνος ταξινομείται ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων:

- α) Υψηλής διαφοροποίησης.
- β) Μέσης διαφοροποίησης.
- γ) Χαμηλής διαφοροποίησης, αδιαφοροποίητα ή αμετάπλαστα.

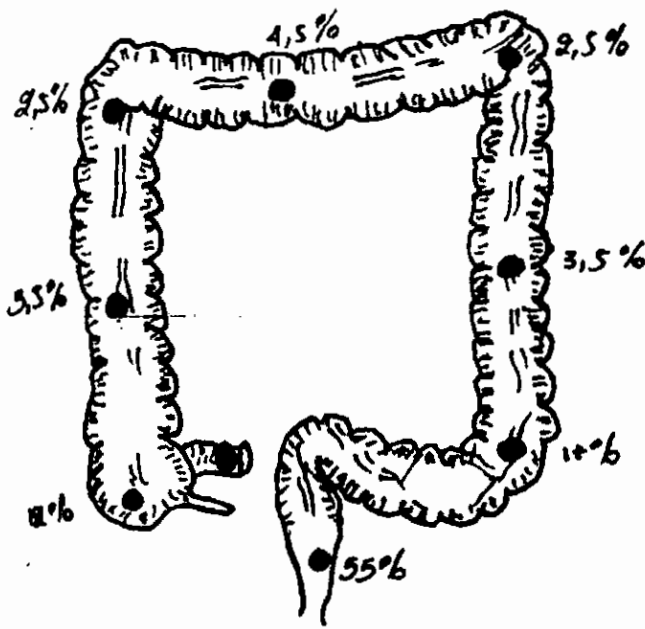
### 3.5. Διασπορά ή επέκταση

Η επέκταση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται με μια από τις παρακάτω οδούς:

- α) Κατά συνέχεια ιστού.
- β) Με τη λεμφική οδό.
- γ) Με αιματογενή διασπορά.
- δ) Με ενδοπεριτοναϊκή εμφύτευση.

Η επέκταση κατά συνέχεια ιστού είναι μέρος της φυσικής εξέλιξης του όγκου. Η μικροσκοπική διήθηση του τοιχώματος επεκτείνεται 2-3 εκ. πέρα από τα εμφανή όρια του όγκου. Αυτό έχει μεγάλη σημασία για τη ριζικότητα της επέκτασης κατά την εκτομή του εντέρου. Τα λεμφαγγεία είναι η κυριότερη μεταστατική οδός των καρκινωματωδών κυττάρων. Έχει βρεθεί ότι όταν το αδενοκαρκίνωμα έχει διηθήσει ολόκληρο το πάχος του εντερικού τοιχώματος, η συχνότητα διήθησης των γειτονικών λεμφογαγγλίων φτάνει το 90%. Όταν η βλάβη βρίσκεται ακόμα μέσα στο τοίχωμα, η συχνότητα μεταστάσεων σε γειτονικά λεμφογάγγλια είναι περίπου 45%. Συχνά ανευρίσκονται μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες, ενώ οι γειτονικοί λεμφαδένες είναι ελεύθεροι μεταστάσεων.

Αιματογενείς μεταστάσεις συμβαίνουν όταν καρκινωματώδη κύτταρα διηθούν φλεβικά αγγεία. Η αιματογενής διασπορά είναι λιγότερο συχνή από τη λεμφογενή. Δευτεροπαθείς εντοπίσεις παρατηρούνται συχνότερα στο ήπαρ (μέσω της πυλαίας φλέβας) και με μικρότερη συχνότητα στους πνεύμονες και τα οστά, ενώ σπανιότερα στα επινεφρίδια και τους νεφρούς.



Συχνότητα εντοπίσης καρκίνου  
παχέος εντέρου

### 3.6. Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα που προκαλούν το καρκίνωμα του παχέος εντέρου εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες και κυρίως από :

- α) Το μέγεθος, τη μακροσκοπική υφή και την έκταση του όγκου.
  - β) Τη θέση από την οποία εξορμάται και
  - γ) Την ύπαρξη ή όχι επιπλοκών όπως αιμορραγία, διάτρηση ή απόφραξη.
- Γενικά τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι κυρίως οι κοιλιακοί πόνοι και οι διαταραχές των κενώσεων.

#### 3.6.1. Καρκίνος του δεξιού κόλου

Στους καρκίνους του δεξιού κόλου τα συμπτώματα είναι συνήθως αμβληχρά και είναι :

- α) Αναιμία, λόγω της συνεχούς απώλειας αίματος. Αυτό είναι συνήθως μικρής ποσότητας και καλά αναμιγμένο με τα κόπρανα, έτσι ώστε η παρουσία του να γίνεται αντιληπτή μόνο εργαστηριακά.
- β) Ψηλαφητός όγκος στο δεξιό λαγώνιο βόθρο, που πολλές φορές είναι το πρώτο σημείο που οδηγεί τον άρρωστο στο γιατρό.
- γ) Διαρραϊκό σύνδρομο ή εναλλαγές διάρροιας και δυσκοιλιότητας, αλλά σχεδόν ποτέ μόνιμη δυσκοιλιότητα επειδή ο όγκος δεν προκαλεί συνήθως στενωτικά φαινόμενα.
- δ) Αίσθημα κακουχίας, ανορεξία, απώλεια βάρους και μερικές φορές πυρετός. Αυτά οφείλονται στην τήξη και εξέλιξη της επιφάνειας του όγκου, στην επιμόλυνση και στην απορρόφηση τοξικών ουσιών από την εξελκωμένη επιφάνεια.



β) Κοιλιακοί πόνοι και έμετοι κυρίως όταν υπάρχει επέκταση προς την ειλεοτυφλική βαλβίδα και πολλές φορές σχετίζονται με τη λήψη τροφής. Τα ενοχλήματα αυτά παραπλανούν και κατευθύνουν αρχικά την προσοχή στο ανώτερο πεπτικό.

### 3.6.2. Καρκίνος του εγκάρσιου κόλου

---

Τα συμπτώματα σε καρκίνο του εγκάρσιου κόλου είναι : αναιμία, πόνος στο επιγάστριο και ψηλαφητός όγκος στο επιγάστριο. Τα συμπτώματα αυτά πολλές φορές αντιλαμβάνονται σαν καρκίνωμα του στομάχου.

### 3.6.3. Καρκίνος του αριστερού κόλου

---

Ο καρκίνος στο αριστερό κόλο προκαλεί πρώιμα στενωτικά φαινόμενα. Έτσι στις περιπτώσεις αυτές έχουμε :

- α) Πόνος, ο οποίος στην αρχή είναι διάχυτος και συνεχής και εντοπίζεται στο υπογάστριο, ενώ αργότερα γίνεται διαλείπων και κολικοειδής. Στα νεοπλάσματα του σιγμοειδούς ο πόνος είναι από την αρχή κολικοειδής.
- β) Οι διαταραχές των κενώσεων χαρακτηρίζονται από έντονη δυσκοιλιότητα. Ο άρρωστος αναφέρει ότι παίρνει συνέχεια μεγαλύτερες δόσεις καθαρτικών. Μερικές φορές λόγω της τάσης πάνω από το κόλλημα και λόγω της εξέλιξης του εντέρου, παρατηρούνται κρίσεις διάρροιας. Τα καρκινώματα του σιγμοειδούς προκαλούν επίσης και αίσθημα τεινεσμού και αποβολή βλέννας και αίματος, ιδίως κατά τις πρωινές ώρες.
- γ) Υπάρχει διάταση της κοιλίας που συνοδεύεται από πόνο, ο οποίος υποχωρεί με την αποβολή αερίων. Τα συμπτώματα αυτά παρατηρούνται συχνότερα σε νεοπλάσματα του κατερχόμενου και του σιγμοειδούς κόλου.
- δ) Πολλές φορές ο όγκος ψηλαφάται ή γίνεται αισθητός με την δακτυλική εξέταση του ορθού. Ο όγκος αυτός μπορεί να είναι το ίδιο το νεόπλασμα, αλλά συνηθέστερα οφείλεται στα σκύβαλα που συσσωρεύονται πάνω από το κόλλημα.
- ε) Η οξεία εντερική απόφραξη και ο αποφρακτικός ειλεός αποτελούν τον κυριότερο λόγο προσέλευσης των αρρώστων στο νοσοκομείο. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για καρκίνωμα της κατώτερης μοίρας του κατερχόμενου ή σιγμοειδούς κόλου.
- στ) Η διάτρηση του εντέρου εμφανίζεται σε μικρό ποσοστό περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου. Μπορεί να συμβεί με ή χωρίς σημεία απόφραξης.

### 3.6.4. Καρκίνωμα του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς

Τα καρκινώματα αυτά προκαλούν έντονες διαταραχές των κενώσεων με τη μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας ή συχνότερα με εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διάρροιας. Στα χαμηλά νεοπλάσματα πολλές φορές τα κόπρανα έχουν τη μορφή ταινίας. Οι διαταραχές αυτές συνοδεύονται από τεινεσμό και αποβολή βλέννας και αίματος. Οι αιμορραγίες είναι συχνές και άφθονες, ενώ το αίμα αποβάλλεται με τις κενώσεις επαλείφοντας αυτές ή και μεταξύ των κενώσεων, οπότε συνοδεύεται από άφθονη βλέννα. Αποφρακτικά φαινόμενα είναι σπάνια στο ορθό.

Γενικά φαινόμενα όπως η γενική κακουχία, απώλεια βάρους, ανορεξία κ.τ.λ. επέρχονται πολύ αργά. Αντίθετα τα τοπικά συμπτώματα είναι έντονα και πρώιμα. Πόνος δεν παρατηρείται ή είναι σημείο προχωρημένης πλέον κατάστασης. Αυτός είναι ένας σημαντικός λόγος στο να μην αποδίδουν ο άρρωστος, αλλά και ο ίδιος ο γιατρός πολλές φορές την απαιτούμενη σημασία στα ενοχλήματα. Έτσι πολλές φορές μπαίνει διάγνωση αιμορροΐδων, που μπορεί και να υπάρχουν λόγω της διήθησης του τοιχώματος του ορθού και παρακόλλησης της φλεβικής απαγωγής. Έτσι διαφεύγει της προσοχής η ύπαρξη του νεοπλάσματος, με αποτέλεσμα να καταναλώνεται πολύτιμος χρόνος σε διάφορες θεραπείες, ενώ μια απλή δακτυλική εξέταση πιθανόν να έσωζε την ζωή του αρρώστου, βάζοντας έγκαιρα την διάγνωση.

### 3.7. Διάγνωση

Η διάγνωση μπαίνει από την κλινική εικόνα και από την χρησιμοποίηση των παρακάτω διαγνωστικών μεθόδων.

α) Ανίχνευση αίματος στις κενώσεις. (HEMATTEST) : Σε κάθε άρρωστο με ακαθόριστα συμπτώματα από το πεπτικό θα πρέπει να γίνεται το τεστ της μικροσκοπικής ανίχνευσης αίματος στις κενώσεις. Η εκτέλεση του HEMATEST είναι εύκολη και η απάντηση δίνεται μέσα σε δύο λεπτά. Καρκινώματα που διαγνώσκονται με το HEMATEST και την ορθοσιγμοειδοσκοπηση έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση, λόγω της πρώιμης διάγνωσης.

β) Ορθοσιγμοειδοσκοπηση : Πρέπει να γίνεται σε κάθε άρρωστο για πάθηση του παχέος εντέρου. Το 60-70% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου μπορούν να διαγνωσθούν με το ορθοσιγμοειδοσκόπιο και να ταυτοποιηθούν με την λαμβανόμενη βιοψία, γιατί βρίσκονται σε απόσταση 35-40 εκ. από το δακτύλιο.

γ) Κολονοσκόπηση : Το κολονοσκόπιο είναι εύκαμπτο, φτάνει έως δύο μέτρα και έτσι είναι δυνατή η επιθεώρηση και η λήψη βιοψίας από κάθε ύποπτη βλάβη του βλεννογόνου μέχρι και το τυφλό.

δ) Βαριούχος υποκλυσμός : Πρέπει να γίνεται σε όλους τους αρρώστους με συμπτώματα από το παχύ έντερο. Έχει όμως το μειονέκτημα ότι βλάβες σε ορισμένες περιοχές όπως το τυφλό, η σπληνική καμπή και το σιγμοειδές μπορεί να παραβλεφθούν, γι' αυτό όταν τα συμπτώματα επιμένουν η έρευνα πρέπει να συμπληρώνεται με κολονοσκόπηση.

ε) Η ενδοφλέβια πυελογραφία : πρέπει να γίνεται πάντοτε όταν τα καρκινώματα του παχέος εντέρου εντοπίζονται σε περιοχές κοντά στη διαδρομή των ουρητήρων.

στ) Δακτυλική εξέταση : Αποδεικνύει συνήθως την ύπαρξη όγκου ή στένωσης, σε νεοπλάσματα του ορθού. Είναι δυνατό να προσδιορισθεί η μορφή του όγκου, η έκταση και η κινητικότητα του. Το δάκτυλο όταν βγαίνει από το ορθό ακόμα κι αν η εξέταση είναι αρνητική, μπορεί να φέρει ίχνη αίματος το οποίο επισημαίνει την ύπαρξη νεοπλάσματος σε ψηλό σημείο, που δεν επιτρέπει την ψηλάφηση.

ζ) Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) : Είναι συχνά αυξημένο σε καρκίνο του παχέος εντέρου. Επειδή αυξάνεται και σε άλλες παθήσεις δεν είναι τόσο χρήσιμο στην πρώιμη διάγνωση, αλλά στην εμφάνιση υποτροπών, πριν εμφανιστούν οι κλινικές εκδηλώσεις της υποτροπής και σε περίοδο που μια νέα εγχείρηση θα έχει μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας.

### 3.8. Διαφορική διάγνωση

---

α) Σε διαταραχές των κενώσεων η διαφορική διάγνωση του νεοπλάσματος του παχέος εντέρου, πρέπει να γίνει από όλες τις αιτίες δυσκοιλιότητας ή διάρροιας.

β) Σε αιμορραγία από τον πρωκτό πρέπει να διαχωρισθεί από τις αιμορροΐδες.

γ) Πρέπει να γίνει επίσης διαφορική διάγνωση με την εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου και αυτό λόγω της ομοιότητας των συμπτωμάτων των δύο παθήσεων.

δ) Οι αμοιβάδες πιθανόν να προκαλέσουν κατά καιρούς διαρροϊκά σύνδρομα και αιμορραγικές κενώσεις. Αν βρεθούν όμως αμοιβάδες στα κόπρανα του αρρώστου δεν πρέπει να αποκλεισθεί και η ύπαρξη νεοπλάσματος, αν δεν έχουν γίνει όλες οι μέθοδοι έρευνας, επειδή φορείς αμοιβάδων δεν παρουσιάζουν ανοσία στον καρκίνο.

### 3.9. Πρόγνωση

---

Η πρόγνωση των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου είναι γενικά ευνοικότερη από την πρόγνωση των καρκινωμάτων άλλων περιοχών του

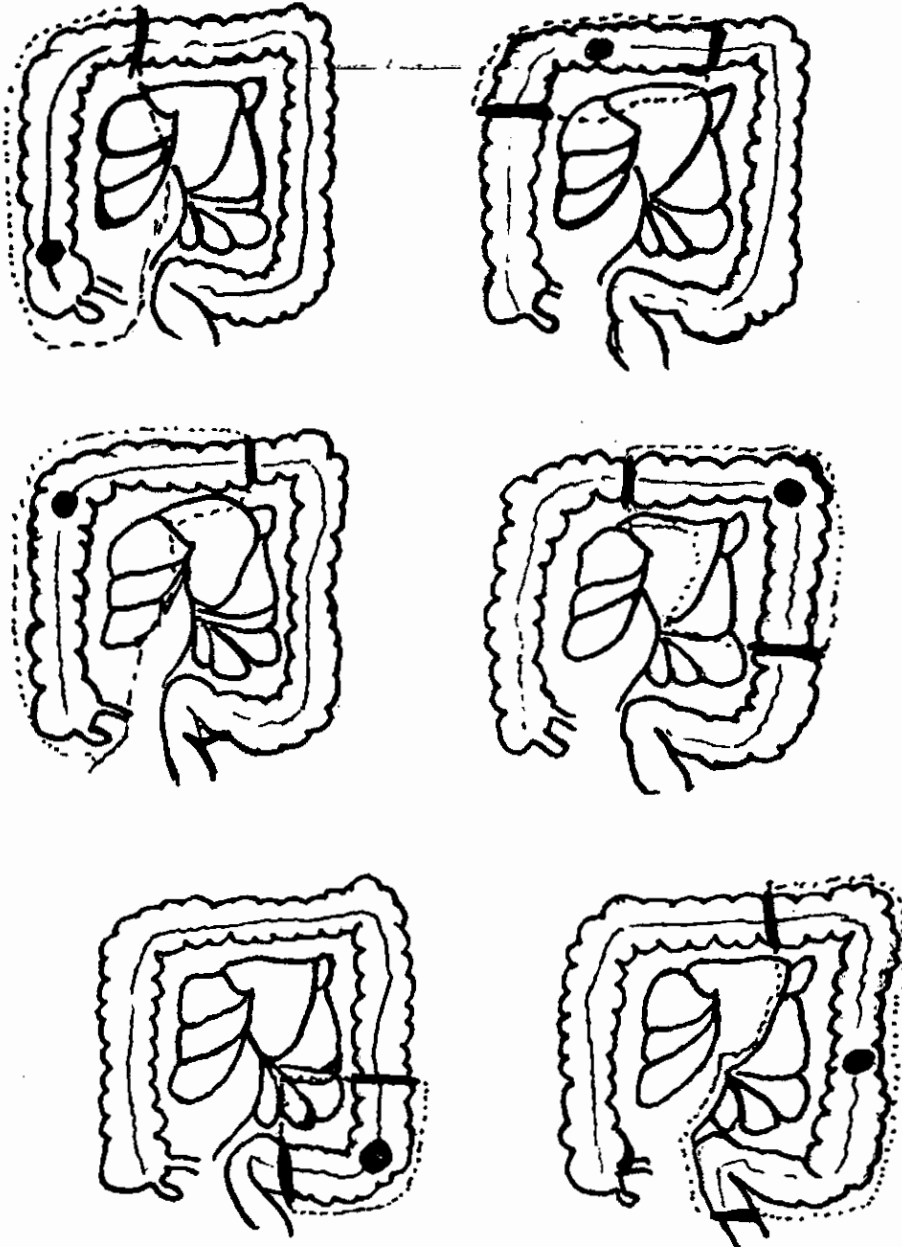
σώματος. Η πρόγνωση είναι η ίδια για όλα τα τμήματα του παχέος εντέρου και μετά από εγχειρήσεις ίασης ή ριζικές για καρκίνο είναι καλή. Μετά από ριζική εκτομή του όγκου και εφόσον βέβαια δεν υπήρχαν μεταστάσεις, πάνω από το 60% των αρρώστων αυτών έχουν 5ετή επιβίωση. Όταν όμως υπάρχουν μεταστάσεις, η ριζική εκτομή δίνει 5ετή επιβίωση στο 35% περίπου των αρρώστων. Η πρόγνωση όταν ο όγκος περιορίζεται στο εντερικό τοίχωμα, χωρίς να το διηθεί πλήρως και χωρίς να έχει κάνει μεταστάσεις είναι άριστη. Σε γενικευμένα νόσο η 5ετής επιβίωση είναι 1,2%, όταν υπάρχουν μεταστάσεις στο ήπαρ, αν αφαιρεθεί η πρωτοπαθής νόσος και η μετάσταση στο ήπαρ ένα 30% των αρρώστων έχει 3ετή επιβίωση με καλή ποιότητα ζωής. Τα δεδομένα αυτά σαν αριθμοί μπορεί να μη σημαίνουν τίποτα, αλλά για τον άρρωστο με καρκίνο στο παχύ έντερο και μεταστάσεις στο ήπαρ είναι σημαντικό γεγονός να του προσφέρει κανείς έστω και για δύο χρόνια καλή ποιότητα ζωής. Έτσι αυτό που έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση είναι η έγκαιρη διάγνωση και η εγχείρηση στα αρχικά στάδια.

### 3.10. Θεραπεία

Η θεραπεία για τα καρκινώματα του παχέος εντέρου είναι αποκλειστικά χειρουργική, αφού η πρόγνωση είναι καλύτερη μετά την εγχείρηση. Επίσης και για το λόγο ότι αν δεν αφαιρεθεί ο όγκος η ζωή του αρρώστου γίνεται μαρτυρική. Το τμήμα του παχέος εντέρου που φέρει τον όγκο, αφαιρείται σε αρκετή απόσταση κεντρικά και περιφερικά του όγκου μαζί με τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία και τα λεμφογάγγλια που απορρέουν από το τμήμα του παχέος εντέρου που αφαιρείται.

Σε καρκίνους του δεξιού κόλου: αφαιρείται το πέρας του ειλεού, το τυφλό, το ανιόν και το μισό εγκάρσιο και γίνεται ειλεοεγκαρσία αναστόμωση. Σε καρκίνο του αριστερού κόλου και του σιγμοειδούς αφαιρείται το αριστερό μισό του εγκάρσιου, το κατιόν το σιγμοειδές και γίνεται αναστόμωση του εγκάρσιου με το ορθό με ή χωρίς ανακουφιστική κολοστομία, ανάλογα με τις τοπικές εγχειρητικές συνθήκες και την πείρα του χειρουργού. Όγκοι του ορθού απαιτούν κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και μόνιμη τελική κολοστομία. Το σπάνιο επιθηλιοειδές καρκίνωμα του δακτύλιου αντιμετωπίζεται με ευρεία εκτομή αν είναι αυτό δυνατό, σε συνδυασμό με ριζική αφαίρεση των σύστοιχων αδένων. Αν βρεθεί μετάσταση στο ήπαρ πρέπει να αφαιρείται η πρωτοπαθής αιτία, γιατί έχει αποδειχθεί ότι εκτός του ότι ο άρρωστος

ανακουφίζεται από τα συμπτώματα, οι μεταστάσεις στο ήπαρ μετεγχειρητικά υποστρέφονται ή αναστέλλεται χρονικά η εξέλιξή τους.



Είδη νοσητομής αναλογα με την εικοησιση του όγκου

Η ακτινοθεραπεία προεγχειρητικά έχει την έννοια να κάνει ένα ανεγχείρητο καρκίνωμα εγχειρήσιμο. Σύμφωνα με την άποψη ορισμένων η ακτινοθεραπεία έχει αυξήσει το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης μετά την εγχείρηση. Μερικοί αντιμετωπίζουν τα χαμηλά καρκινώματα του ορθού με καυτηριασμό, ακτινοθεραπεία ή εμφύτευση ραδιενεργού ουσίας, όταν ο όγκος είναι μικρότερος των 3Χ5 εκ. Η χημειοθεραπεία δίνει

πολύ φτωχά αποτελέσματα. Αναφέρεται ότι προκαλεί υποκειμενική ύφεση σε ποσοστό 10-20% προχωρημένων καταστάσεων. Δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις ότι είναι ωφέλιμη η χημειοθεραπεία σαν συμπλήρωμα της χειρουργικής επέμβασης.

#### 4.0. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

---

##### 4.1. Προβλήματα των καρκινοπαθών

---

Οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα: τα γνωστά γενικά προβλήματα όλων των αρρώστων και τα ειδικά της πάθησής τους. Τα σπουδαιότερα από τα προβλήματα του καρκινοπαθή είναι τα ψυχολογικά. Ο άρρωστος που πάσχει από καρκίνο νιώθει μεγάλη ανασφάλεια επειδή καρκίνος σημαίνει για τους περισσότερους έντονος πόνος, ταλαιπωρία, αναπηρία, εγκατάληψη ή αδιάφορη αντιμετώπιση από την οικογένεια, καθώς επίσης και πρόωρο θάνατο. Ο άρρωστος συνήθως καταλαμβάνεται από μελαγχολία, νιώθει θυμό, μοναξιά, ντροπή και απογοήτευση. Πολλές φορές οι συγγενείς και οι φίλοι με τη στάση τους ενδυναμώνουν την πεποίθηση του αρρώστου ότι είναι ετοιμοθάνατος. Έτσι μεγαλώνει η αγωνία και η αβεβαιότητά του.

Ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να βοηθήσει στην ανύψωση του ηθικού του αρρώστου, να του εμπνεύσει αισιοδοξία και ελπίδα, έτσι ώστε να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει το μέλλον. Πρέπει να δείξει κατανόηση και ενδιαφέρον, να τον ενημερώσει σχετικά με το πρόβλημά του και να του διευκρινήσει μερικές παρανοήσεις σχετικά με την αρρώστια του. Δεν είναι σκόπιμο να αποφεύγει τη λέξη καρκίνος όταν μιλάει στον άρρωστο που γνωρίζει τη διάγνωσή της αρρώστιας του, γιατί έτσι δείχνει ότι φοβάται αυτή την αρρώστια. Πρέπει να δείχνει ευγένεια και θαλπωρή και να υποστηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο.

Υπάρχουν διάφορες απόψεις για το αν θα πρέπει ο άρρωστος να πρέπει να μαθαίνει ότι πάσχει από καρκίνο. Αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως από την ψυχική δύναμη και την ψυχραιμία του αρρώστου, από τη στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και των μελών της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια. Πάντα βέβαια η γνωστοποίηση θα πρέπει να γίνεται στον κατάλληλο χρόνο, από το κατάλληλο πρόσωπο, που συνήθως είναι ο γιατρός και κάτω από κατάλληλες συνθήκες.

Τα γενικά προβλήματα του αρρώστου είναι:

- α) Κακή οξυγόνωση των ιστών (λόγω αναιμίας, πόνου, αδυναμίας).
- β) Μειωμένη θρέψη (έμετοι, ανορεξία, διάρροιες).
- γ) Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- δ) Μείωση της δραστηριότητας (καχεξία).
- ε) Μείωση άνεσης (συμπτώματα).
- στ) Πόνος.
- ζ) Προβλήματα ανάλογα με τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη θεραπευτική αγωγή.

#### 4.2. Σκοποί της φροντίδας.

- α) Απαλλαγή από τα συμπτώματα.
- β) Διατήρηση επαρκούς θρέψης.
- γ) Πρόληψη εξάπλωσης του καρκίνου.
- δ) Πρόληψη επιπλοκών από τον ίδιο τον καρκίνο και από τη θεραπεία που εφαρμόζεται.

#### 4.3. Προεγχειρητική προετοιμασία.

Όπως και κάθε άλλου χειρουργικού αρρώστου, η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει τη γενική, την τοπική και την τελική.

##### 4.3.Ι. Γενική προετοιμασία.

- α) Ηθική υποστήριξη του ατόμου.
- β) Ενημέρωση του αρρώστου για την κολοστομία που πιθανόν θα φέρει.
- γ) Κατάλληλη διατροφή. Κορηγείται τροφή πολύ πλούσια σε λευκώματα, άλατα, βιταμίνες, θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη. Τρεις μέρες <sup>πριν</sup> από την εγχείρηση ο άρρωστος μπαίνει σε υγρή δίαιτα. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται σε εξασθενημένα άτομα.
- δ) Μετάγγιση αίματος αν ο άρρωστος παρουσιάζει σοβαρή αναιμία πριν από την εγχείρηση.
- ε) Μηχανικός καθαρισμός του εντέρου, ώστε να ελαττωθεί το περιεχόμενό του στο ελάχιστο. Γίνεται με καθαρτικά και επανειλημμένους υποκλυσμούς.
- στ) Κορήγηση αντισηπτικών φαρμάκων του εντέρου από το στόμα όπως σουλφοναμίδες ή και αντιβιοτικά, με σκοπό να μειωθούν οι μολύνσεις του τραύματος μετεγχειρητικά.
- ζ) Διατήρηση σε ικανοποιητικά επίπεδα του ισοζυγίου υγρών.
- η) Κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις (γενικές και ειδικές).
- θ) Καθαριότητα του σώματος του αρρώστου.
- ι) Εξασφάλιση καλού ύπνου.

ια) Βιπαίδευση και προετοιμασία του αρρώστου σε μετεγχειρητικές ασκήσεις.

ιβ) Προσανατολισμός του αρρώστου στο δωμάτιο που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση.

#### 4.3.2. Τοπική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου (καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία δέρματος). Η έκταση του χειρουργικού πεδίου περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι και κάτω από την ηβική σύμφυση. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον ομφαλό και τις βουβωνικές πτυχές. Όλα αυτά έχουν σα σκοπό την μείωση των μετεγχειρητικών μολύνσεων.

#### 4.3.3. Τελική προετοιμασία

Όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση ο νοσηλευτής παρατηρεί και εκτιμάει τη γενική κατάσταση του αρρώστου, παραμένει κοντά του μέχρι την τελευταία στιγμή πριν πάει στο χειρουργείο, ενθαρρύνοντάς τον και βεβαιώνοντάς τον ότι θα έχει όλη την απαραίτητη βοήθεια μετεγχειρητικά. Φροντίζει επίσης για την προνάρκωση και την ενδύμασία του αρρώστου για το χειρουργείο, καθώς και για την ετοιμασία του θαλάμου μετά την εγχείρηση.

#### 4.4. Μετεγχειρητική φροντίδα

##### 4.4.1. Γενική μετεγχειρητική φροντίδα

Είναι ίδια σε όλους τους χειρουργημένους αρρώστους (θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων, διατήρηση ελεύθερων των αναπνευστικών οδών, αναπνευστικές ασκήσεις για την αποβολή των εκκρίσεων, καταπολέμηση του πόνου κ.τ.λ.).

##### 4.4.2. Ειδική μετεγχειρητική φροντίδα

Συνήθως πριν από την επέμβαση τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας, με σκοπό την ελάττωση της διάτασης του γαστρεντερικού σωλήνα, που έχει σαν αποτέλεσμα την μη απορρόφηση των υγρών. Για τη σωστή παρόχευτική λειτουργία του σωλήνα πρέπει να συνδέεται με συσκευή συνεχούς χαμηλής αναρρόφησης. Πρέπει να ελέγχεται η διαβατότητα του σωλήνα και να διατηρείται. Αυτό γίνεται με την εισαγωγή υγρού στο ρινογαστρικό καθετήρα (φυσιολογικού ορού 0,90/ο). Με τον τρόπο αυτό γίνεται πλύση του σωλήνα. Απαγορεύεται η αναρρόφηση υγρού με σύριγγα εκτός και εάν υπάρχει ιατρική εντολή.



Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στη μέτρηση των υγρών της αναρρόφησης καθώς και του υγρού που δίνουμε με τη σύριγγα κατά τις πλύσεις, έτσι ώστε να δίνουμε στον άρρωστο τα απαραίτητα υγρά παρεντερικά και να διατηρείται το ισοζύγιο των υγρών. Η τοποθέτηση του ρινογαστρικού καθετήρα ενοχλεί τον άρρωστο και προδιαθέτει στην εμφάνιση πνευμονικών επιπλοκών, ιδιαίτερα σε αρρώστους με ευαισθησία στο αναπνευστικό. Γι' αυτό το λόγο ο νοσηλευτής εξηγεί στον άρρωστο το σκοπό της τοποθέτησης του σωλήνα και τον καθοδηγεί και τον βοηθά στις αναπνευστικές ασκήσεις.

Όταν υπάρχει κολοστομία η εφαρμογή αναρρόφησης παρέχει κινδύνους διαταραχής του μεταβολικού ισοζυγίου. Καθημερινά στο γαστρεντερικό σωλήνα μπαίνουν περίπου 10 λίτρα νερό. Τα τρία από αυτά από το στόμα. Όταν ο άρρωστος έχει ρινογαστρικό καθετήρα δεν παίρνει υγρά από το στόμα με αποτέλεσμα να του μένουν 7 λίτρα νερό. Όταν τώρα ο άρρωστος έχει κολοστομία, αν αυτή είναι πρόσφατη, χάνει γύρω στα 4 λίτρα υγρά το 24ωρο, ενώ αν είναι προσαρμοσμένη χάνει μόνο μισό λίτρο. Πρέπει λοιπόν το νοσηλευτικό προσωπικό να καταγράφει αυστηρά και με προσοχή τα υγρά που χάνει ο άρρωστος. Βάση αυτών θα καλυφθεί το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, δηλαδή με βάση τα αποβαλλόμενα θα ρυθμιστούν οι ανάγκες του αρρώστου σε νερό ηλεκτρολύτες και θερμίδες. Σημαντικό είναι το ότι όσο πιο ψηλά είναι η κολοστομία, τόσο μεγαλύτερες είναι οι απώλειες των ηλεκτρολυτών και ιδιαίτερα του νατρίου, ενώ οι απώλειες σε κάλιο υπολογίζονται από το ποσό των ούρων.

Η φροντίδα της κολοστομίας και η διδασκαλία του αρρώστου με μόνιμη κολοστομία έχουν αναφερθεί στο κεφάλαιο Δ. 5.5., 5.6.

ΕΤ. Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ Τ Η Σ Σ Κ Ω Λ Η Κ Ο Ε Ι Δ Ο Υ Σ  
Α Π Ο Φ Υ Σ Ε Ω Σ

Ι.Ο. ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΣ

Ι.Ι. ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΣ

Πρόκειται για φλεγμονή της σκωληκοειδούς αποφύσεως. Είναι το συχνότερο αίτιο της οξείας χειρουργικής κοιλίας και η συνηθέστερη πάθηση που χρειάζεται επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.

Ι.Ι.Ι. Παθολογοανατομία.

Διακρίνουμε την καταρροϊκή μορφή (τοίχωμα σκωληκοειδούς οιδηματώδες με διευρυσμένα και νεόπλαστα αγγεία). Αν δεν υποχωρήσει (ύπαρξη απόφραξης) εξελίσσεται σε πυώδη και γαγγραινώδη με αποτέλεσμα διάτρηση και εντοπισμένη ή διάχυτη περιτονίτιδα.

Ι.Ι.2. Κλινική εικόνα

Εκδηλώνεται με κολικοειδή, περιομφαλικά, έντονο πόνο, συνοδευόμενο με ναυτία ή και εμέτους. Μετά λίγες ώρες ο πόνος εντοπίζεται στο δεξιό λαγώνιο βόθρο και γίνεται συνεχής. Στα παιδιά, λόγω του κινητού του τυφλού, ο πόνος εντοπίζεται όχι σπάνια στον αριστερό λαγώνιο βόθρο.

Κατά την εξέταση διαπιστώνεται σφύση των κοιλιακών τοιχωμάτων στο δεξιό λαγώνιο βόθρο, καθώς και ευαισθησία στην περιοχή της σκωληκοειδούς απόφυσης. Αν η φλεγμονή είναι έντονη και προκαλεί ερεθισμό και του τοιχωματικού περιτόναιου, απότομη αύξηση της πίεσης στο τοίχωμα πάνω από το δεξιό λαγώνιο βόθρο, προκαλεί έντονο οξύ πόνο. Ξεάλλου πίεση στον αριστερό λαγώνιο βόθρο, προκαλεί μετατόπιση των αερίων από αριστερά προς τα δεξιά και διάταση του τυφλού και συνοδεύεται από πόνο στο δεξιό λαγώνιο βόθρο (σημείο ROUSING). Δακτυλική εξέταση του ορθού, αποδεικνύει την ύπαρξη ευαισθησίας στο δουλδάστο χώρο.

Ο άρρωστος παρουσιάζει ταχυσφυγμία (120-160 σφ./1') και μέτρια ή αύξηση της θερμοκρασίας (37,5-38°C). Παρατηρείται επίσης αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων και πολυμορφοπυρήνωση.

Αν γίνει ρήξη της σκωληκοειδούς η κλινική εικόνα αλλοιώνεται. Λόγω άρσης της πίεσης, ο πόνος υποχωρεί προσωρινά. Στη συνέχεια όμως προκαλείται φλεγμονή του περιτόναιου από τη διαρροή του περιεχομένου της σκωληκοειδούς και ο πόνος επανέρχεται. Ανάλογα με την έκταση της μόλυνσης του περιτόναιου εμφανίζονται σημεία εντοπισμέ-

νης ή διάχυτης περιτονίτιδας.

Η κλινική εικόνα δεν είναι πάντα τόσο τυπική, όσο περιγράφεται και κυρίως σε άτομα νεαρά ή προχωρημένης ηλικίας και στις εγκύους. Στα νήπια λόγω μη ανάπτυξης ακόμα λεμφικού ιστού, και στους γέροντες λόγω ατροφίας αυτού, τα συμπτώματα είναι πολλές φορές αμβληχρά. Η πρόγνωση τότε είναι βαρύτερη λόγω της ταχείας εξέλιξης της νόσου και της καθυστέρησης στη διάγνωση. Στις εγκύους η σκωληκοειδής απόφυση μετατοπίζεται από τη μήτρα και έτσι τα σημεία της φλεγμονής βρίσκονται συνήθως προς τα πάνω και έξω του σημείου MAC BURNEY. Άτυπα είναι επίσης τα ευρήματα όταν η σκωληκοειδής απόφυση δεν βρίσκεται στη χαρακτηριστική της θέση.

### I.I.3. Διαφορική διάγνωση

Σε αυτή περιλαμβάνονται παθήσεις:

- α) Δεξιού νεφρού και ουρητήρα: λιθίαση, πυελονεφρίτιδα, υδρονέφρωση.
- β) Δεξιού εξαρτήματος: σαλπγγίτιδα, ρήξη ωοθηλακίου, έκτοπη κύηση, συστροφή ωοθήκης.
- γ) Χοληδόχου κύστεως: χολοκυστίτις, κωλικός ήπατος.
- δ) Εντέρου: μεκκέλειος απόφυση, συστροφή, εγκολεασμός, διάτρηση, ειλεός, μεσεντέριος λεμφαδενίτιδα, όγκοι, νόσος του CROHN.
- ε) Στομάχου: διάτρηση έλκους.
- στ) Θώρακα: πνευμονία της βάσης του δεξιού πνεύμονα, δεξιά πλευρίτιδα.
- ζ) Νεύρων: ριζίτιδα, κατώτερων θωρακικών νεύρων, έρπης ζωστήρ.

### I.I.4. Πρόγνωση και θεραπεία

Η πρόγνωση είναι άριστη, αν δεν έχει επέλθει διάχυτη περιτονίτιδα ή σκωληκοειδικό απόστημα. Η επέμβαση συνίσταται σε σκωληκοειδεκτομή, με τομή συνήθως στο σημείο MAC BURNEY. Όταν υπάρχει υποψία για κάποια επιπλοκή ή όταν η διάγνωση είναι αμφίβολη, γίνεται παραορθική ή παράμεση λαπαροτομία.

Αν δεν είναι δυνατό να γίνει χειρουργική επέμβαση και υπάρχουν σημεία περιορισμένης και όχι διάχυτης φλεγμονής, μπορεί να εφαρμοστεί συντηρητική αγωγή κατά OCHSNER-SHERREN που περιλαμβάνει: κατάκλιση του αρρώστου με συνεχή παρακολούθηση, διακοπή της σίτισης από το στόμα. Ο αρρώστος παίρνει ψυχρά πώματα και του χορηγούνται αντιβιοτικά. Απαγορεύεται αυστηρά η χορήγηση καθαρτικού και υποκλυσμού. Τοποθετείται παγοκύστη στα κοιλιακά τοιχώματα με σκοπό να ανακουφίσει τον αρρώστο από τον πόνο.

## I.2. Υποξεία σκωληκοειδίτις

---

Μετά από 36-48 ώρες από την έναρξη της φλεγμονής, αυτή θεωρείται ότι μεταβαίνει σε υποξύ στάδιο. Η φλεγμονή απομονώνεται από την υπόλοιπη περιτοναϊκή κοιλότητα με συμφύσεις που δημιουργούνται γύρω από την απόφυση από τα γύρω όργανα. Τα εξιδρώματα που υπάρχουν μπορεί να απορροφηθούν τελείως και έτσι συμβαίνει πλήρης θεραπεία ή σχηματίζεται φλεγμονώδης όγκος (PLASTPON). Ο όγκος αυτός συνήθως απορροφάται ή εξαφανίζεται με τη βοήθεια αντιβιοτικών. Ορισμένες φορές παρατηρείται διαπύηση στο κέντρο του και σχηματισμός αποστήματος. Αυτό εκδηλώνεται με αλλοίωση του τύπου του πυρετού, ο οποίος από συνεχής γίνεται σφαιμικός με βραδυνές εξάρσεις και πρωινές υφέσεις. Η γενική κατάσταση του αρρώστου επιβαρύνεται και η λευκοκυττάρωση γίνεται εκσεσημασμένη.

Η θεραπεία είναι κατά κανόνα συντηρητική, εκτός από τις περιπτώσεις αποστήματος, οπότε συνιστάται η παροχέτευσή του, για να αποφύγουμε ρήξη και καθολική περιτονίτιδα και αν γίνεται ταυτόχρονα σκωληκοειδεκτομή.

## I.3. Χρόνια σκωληκοειδίτις

---

Ο αριθμός των σκωληκοειδεκτομών με διάγνωση χρόνια σκωληκοειδίτιδα είναι πολύ μεγάλος. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν άτυπα δυσπεπτικά ενοχλήματα και παροδικούς πόνους στο δεξιό λαγώνιο βόθρο. Πολλοί αμφισβητούν την ύπαρξη χρόνιας φλεγμονής της σκωληκοειδούς και καταδικάζουν σαν άσκοπη κάθε σκωληκοειδεκτομή που γίνεται εν ψυχρώ.

## 2.0. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ

---

Το συχνότερα εμφανιζόμενο νεόπλασμα στη σκωληκοειδή απόφυση, το οποίο την προσβάλλει συνηθέστερα σε σχέση με τα άλλα τμήματα του εντέρου είναι το καρκινοειδές ή αργυροφιλικός όγκος. Μακροσκοπικά το καρκινοειδές εμφανίζεται με την μορφή σκληρού κίτρινου όζου, καλά αφοριζόμενου. Βρίσκεται συνήθως στην κορυφή της απόφυσης. Είναι βραδείας εξέλιξης. Αποτελεί τυχαίο εύρημα (πολλές φορές) κατά τη διάρκεια λαπαροτομίας για άλλη πάθηση ή νεκροψία. Σπάνια κάνει μετάσταση, οπότε προκαλεί την εμφάνιση του καρκινοειδούς συνδρόμου. Η θεραπεία του είναι η σκωληκοειδεκτομή. Άλλα καρκινώματα της σκωληκοειδούς είναι: α) το αδενοκαρκίνωμα. Αποτελεί τυχαίο εύρημα. Η θεραπεία είναι δεξιά κολεκτομή. β) βλεννοκήλη.

Είναι κυστική διάταξη της σκωληκοειδούς με περιεχόμενον κολλώδες υγρό. Διακρίνεται σε καλοήθη και κακοήθη τύπο. Σκωληκοειδεκτομή είναι η σωστή θεραπευτική αγωγή, με ιδιαίτερη προσοχή για αποφυγή ρήξης της σκωληκοειδούς, γιατί τότε εξελίσσεται σε ψευδομύζωμα του περιτόναιο.

## 2.Ι. Καρκινώματα και λεμφοσαρκώματα

Παρατηρούνται σπανιότατα στην σκωληκοειδή απόφυση. Απαιτούν δεξιά ημικολεκτομή. Πολλές φορές αποτελούν εντόπιση γενικευμένης πάθησης ή συνοδεύονται από εκσεσημασμένη διήθηση των λεμφογαγγλίων του μεσεντέριου και καμιά θεραπεία δεν μπορεί να φέρει μόνιμη ίαση. Τα κυτταροστατικά και οι ακτινοβολίες μερικές φορές επιβραδύνουν την εξέλιξή τους.

## Ζ. ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ

Εγκολεασμός είναι η ενσφύνωση τμήματος του εντέρου μέσα σε τμήμα του ίδιου που ακολουθεί, δηλαδή εγκολεασμός είναι η αναδιπλωση του εντέρου μέσα στον ίδιο του τον αυλό. Διακρίνεται στον οξύ εγκολεασμό (της βρεφικής ηλικίας-ιδιοπαθής) και στον υποξύ εγκολεασμό (της παιδικής ή μεγαλύτερης ηλικίας-δευτεροπαθής).

### Ι.Ο. ΟΞΥΣ ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ

Ο εγκολεασμός συνήθως έχει τη φορά των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου και σπάνια την αντίθετη φορά αυτών. Το έντερο που αναδιπλώνεται λέγεται εγκολεαζόμενο, ενώ το έντερο που υποδέχεται το αναδιπλωμένο λέγεται εγκολεάζον ή θήκη. Και τα δύο ονομάζονται αλλαντοειδής διόγκωση. Το πρόσθιο τμήμα της διόγκωσης ονομάζεται κεφαλή. Σε αυτή υπάρχει μικρό στόμιο στο οποίο καταλήγει το εγκολεαζόμενο έντερο. Το οπίσθιο τμήμα μοιάζει με δακτύλιο. Το σημείο εισόδου του εγκολεαζόμενου, στο εγκολεάζον έντερο ονομάζεται αυχέννας. Τα τοιχώματα του εντέρου κατά τον εγκολεασμό έρχονται σε επαφή κατά το ορογόνο χιτώνα τους. Το μεσεντέριο παρασύρεται από το έντερο μέσα στο εγκολεάζον τμήμα και πιέζεται. Στην αρχή η πίεση αφορά τις φλέβες, λόγω του ότι έχουν πιο ευαίσθητο τοίχωμα. Παρατηρείται τότε στάση του αίματος και οίδημα στο εγκολεαζόμενο τμήμα του εντέρου. Στη συνέχεια πιέζονται οι αρτηρίες, μειώνεται ή διακόπτεται τελείως η κυκλοφορία του αίματος, με αποτέλεσμα τη δημιουργία νέκρωσης. Ταυτόχρονα λόγω της πίεσης των αγγείων, εξαγγειώνονται υγρά συστατικά στη περιτοναϊκή κοιλότητα. Σπάνια δημιουργούνται συμφύσεις μεταξύ των κυλίνδρων στον αυχένα του εγκολεασμού, έτσι ώστε το εγκολεαζόμενο έντερο αφού νεκρωθεί αποβάλλεται αυτόματα με τη φυσιολογική οδό. Όταν γίνει η νέκρωση προκαλείται περιτονίτιδα λόγω διάτρησης ή λόγω διαπήδησης σπηπτικού περιεχομένου από τα αλλοιωμένα τοιχώματα του εγκολεασμού. Πολλές φορές όλο το τμήμα του εγκολεασμού μπαίνει στο επόμενο τμήμα του εγκολεασμού προκαλώντας έτσι νέο εγκολεασμό, με περισσότερους κυλίνδρους. Αυτό μπορεί να επαναληφθεί (πολλαπλός εγκολεασμός). Μέχρι τώρα έχει παρατηρηθεί εγκολεασμός με μέχρι 7 κυλίνδρους.

### Ι.Ι. Εντόπιση και τύποι εγκολεασμού.

Ανάλογα με το που εντοπίζεται ο εγκολεασμός διακρίνεται σε:  
α) Ειλεοτυφλικό: σε ποσοστό 80% περίπου. Παρατηρείται εγκολεασμός της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και της σιωληκοειδούς απόφυσης.

β) Ειλεοκολικό: Μπαίνει το λεπτό έντερο στο παχύ εκτός από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και τη σιωληκοειδή απόφυση.

γ) Ειλεοειλεακό: Αφορά μόνο το λεπτό έντερο.

δ) Κολοκολικό: Αφορά μόνο το παχύ έντερο.

ε) Της σιωληκοειδούς απόφυσης: μεμονωμένα ή της μεικελείου απόφυσης αν υπάρχει.

Εγχολεασμός παρατηρείται κατά σειρά μεγαλύτερης συχνότητας στα εξής σημεία:

α) Στο δεξιό λαγώνιο βόθρο.

β) Στη δεξιά κολική καμπή.

γ) Στη μέση γραμμή των ορθών κοιλιακών μυών.

δ) Στο λεπτό έντερο κοντά στην πρόσφυση του μεσεντέριου.



Εγχολεασμός παχέος εντέρου

## 1.2. Κλινική εικόνα.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του εγχολεασμού είναι ο πόνος, οι έμετοι και το αίμα από το ορθό. Η διάγνωση πρέπει να μπαίνει από τους πρώτους κοιλιακούς πόνους, γιατί η εμφάνιση του αίματος μπορεί να είναι όψιμο σύμπτωμα και να δηλώνει προχωρημένη πλέον

κατάσταση. Ο πόνος αρχίζει απότομα, ειδικά στα βρέφη, ενώ πριν δεν είχαν κανένα ενδόχλημα. Είναι έντονος, διαξιφιστικός, τύπου εντερικού κωλικού και διαρκεί ελάχιστα: 2-4 λεπτά. Συνοδεύεται από έντονες κραυγές, συσφίξεις των χεριών σε γροθιά, κάμψη των κνημών προς τους μηρούς και των μηρών προς την κοιλιά και συνεχείς κινήσεις. Όταν περάσει ο πόνος ακολουθεί περίοδος ηρεμίας, μέχρι νέο παροξυσμό. Είναι χαρακτηριστική η περιοδικότητα των παροξυσμών με τα μεσοδιαστήματα πλήρους ηρεμίας. Στη διάρκεια της ηρεμίας το βρέφος βυθίζεται σε ύπνο.

Οι έμετοι συνοδεύουν ή ακολουθούν τους παροξυσμικούς πόνους. Περιέχουν την τροφή που πήρε το βρέφος πρόσφατα και όταν επαναλαμβάνονται συνέχεια καταντούν χολώδεις. Σπάνια λείπουν οι έμετοι, μόνο όταν το βρέφος δεν παίρνει τροφή. Σε πλήρη απόφραξη οι έμετοι γίνονται κοπρανώδεις. Κατά την περίοδο των εμέτων χαρακτηριστικό είναι ότι το βρέφος αρνείται να φάει ή όταν τρώει κάνει αμέσως έμετο. Αυτό εξηγείται με την αιτιολόγηση ότι το βρέφος αποφεύγει ενστικτωδώς νέο παροξυσμό πόνου.

Το αίμα παρουσιάζεται από το ορθό άλλοτε νωρίς (2 ώρες μετά την έναρξη της πάθησης) και άλλοτε αργότερα (6-8 ώρες ή και 2-3 ημέρες μετά) και προσδιορίζει μαζί με τα άλλα δύο συμπτώματα τη διάγνωση. Το αίμα είναι άφθονο τύπου εντερορραγίας, ενώ άλλες φορές είναι αναμειγμένο με κόπρανα και βλέννη. Όταν ο εγχολεασμός εντοπίζεται ψηλά το αίμα έχει χρώμα σοκολατί. Η πρόσμειξη βλέννας δηλώνει συμμετοχή του παχέος εντέρου.

### 1.3. Διάγνωση και θεραπεία.

Η διάγνωση μπαίνει από τα συμπτώματα και από την αντικειμενική εξέταση της κοιλιάς. Στην ψηλάφηση μπορεί να παρατηρηθεί κενότητα στο δεξιό λαγώνιο βόθρο, λόγω μετατόπισης του παχέος εντέρου προς την αριστερή κοιλότητα. Το κυριότερο εύρημα στην ψηλάφηση είναι η ανεύρεση επώδυνης αλλαντοειδούς διόγκωσης που ψηλαφάται με μορφή κυλίνδρου, που διαφεύγει από τα κοιλιακά τοιχώματα.

Η δακτυλική εξέταση πολλές φορές βοηθά. Μπορεί να ανευρεθεί αίμα που δεν έχει αποβληθεί ακόμα με κένωση και σπάνια ψηλαφάται η κεφαλή του εγχολεασμού. Η ακτινολογική εξέταση συμβάλλει στη διάγνωση του εγχολεασμού και τον αποκλεισμό οποιασδήποτε άλλης πάθησης. Οι κυριότερες παθήσεις που μπορεί να θέσουν διαγνωστικό πρόβλημα είναι η οξεία γαστρεντερίτιδα και η οξεία εντεροκολίτιδα.

Η θεραπεία είναι καθαρά χειρουργική. Η πρόγνωση εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση. Αν η χειρουργική αντιμετώπιση δεν γίνει



γρήγορα, ο θάνατος είναι αναπόφευκτος.

## 2.0. ΥΠΟΕΥΣ ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ

Οφείλεται σε οργανικό κώλυμα (σκληρωειδής, μεικτέλιος, διάφοροι όγκοι) και εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία. Εντοπίζεται πιο συχνά στο λεπτό έντερο. Τα συμπτώματα είναι: διάσπαρτοι κοιλιακοί πόνοι, έμετοι και μετεωρισμός που περνάει αυτόματα μετά από άφθονη αποβολή αερίων. Η αντικειμενική εξέταση δείχνει διόγκωση διαφόρου μεγέθους, κινητή και επώδυνη. Η ακτινολογική έρευνα δεν ωφελεί, όταν ο εγκολεασμός εντοπίζεται στο λεπτό έντερο. Η θεραπεία είναι χειρουργική.

## Η. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ

Διάφορες αιτίες μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό. Μερικές φορές η αιμορραγία είναι μεγάλη και μπορεί να προκαλέσει και ολιγαεμικό shock. Σε περιπτώσεις που έχουμε επανειλημμένες αιμορραγίες είναι απαραίτητη η μετάγγιση αίματος. Άλλοτε πάλι λόγω συνεχούς, αλλά μικρής απώλειας αίματος από το κατώτερο πεπτικό, ο άρρωστος εμφανίζει αναιμία.

Οι αιμορροΐδες συχνά συγκαλύπτουν την πραγματική αιτία της αιμορραγίας. Και αυτό γιατί μπάνει διάγνωση αιμορροΐδων και δεν ελέγχεται το πραγματικό αίτιο, με δυσάρεστα αποτελέσματα πολλές φορές.

Η εκκολπωμάτωση είναι η πιο συχνή αιτία αιμορραγίας από το κατώτερο πεπτικό. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου συνήθως προκαλεί αναιμία και δεν παρουσιάζει μαζικές αιμορραγίες. Συχνές είναι οι αιμορραγίες στην ελκώδη κολίτιδα, ενώ στη νόσο του CROHN είναι σπάνιες.

Όταν ο άρρωστος εμφανίσει αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό αναζητάται το ιστορικό του. Μπορεί να αναφέρει προηγούμενες αιμορραγίες, να πάσχει από ελκώδη κολίτιδα ή εκκολπωμάτωση, να αναφέρει αναιμία. Κατά την κλινική εξέταση ο άρρωστος παρουσιάζει πόνο, καχεξία, ευαισθησία. Θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα αιμορραγικής διάθεσης.

Οι εξετάσεις που θα πρέπει να γίνουν σε περίπτωση αιμορραγίας, για να μπει η διάγνωση είναι:

- α) Δακτυλική εξέταση.
- β) Αιματοκρίτης.
- γ) Βαριούχος υποκλυσμός.
- δ) Ορθοσιγμοειδοσκόπηση.
- ε) Κολονοσκόπηση.
- στ) Ενδοφλέβια πνευλογραφία.
- ζ) Επιλεκτική αρτηριογραφία.

Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση και η κολονοσκόπηση βοηθούν στη διαφορική διάγνωση της πραγματικής αιτίας, από τις αιμορροΐδες που μπορεί να υπάρχουν. Οι εξετάσεις αυτές μπορεί να δείξουν ελκώδη κολίτιδα ή την ύπαρξη μάζας στο έντερο ή ακόμα μπορεί να μη βοηθήσουν καθόλου στη διάγνωση. Αν αποδειχτεί (με τη βιοψία) καλοήθες νεόπλασμα, αυτό αφαιρείται με το σιγμοειδοσκόπιο ή με λαπαροτομία. Αν το νεόπλασμα είναι κακοήθες γίνεται μετάγγιση αίματος. Αν η

αιμορραγία σταματήσει η επέμβαση είναι εκλεκτική, διαφορετικά γίνεται επείγουσα λαπαροτομία. Αν η ορθοσιγμοειδοσκόπηση δεν δείξει τίποτα, στη συνέχεια γίνεται αγγειογραφία και βαριούχος υποκλυσμός. Με τις εξετάσεις αυτές μπορεί να διαγνωστεί εκκολπώματωση. Η αιμορραγία σε αυτή την περίπτωση μπορεί να σταματήσει αυτόματα με το βάριο. Αν συνεχίζεται γίνεται λαπαροτομία και εκτομή του τμήματος του εντέρου που έχει τα εκκολπώματα. Αν η αγγειογραφία δείξει εμβολή της άνω μεσεντερίου, γίνεται εμβολεκτομή ή εκτομή του προσβεβλημένου εντερικού τμήματος.

## Θ. ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η απόφραξη του παχέος εντέρου μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Μπορεί να είναι απλή, περιεσφιγμένη, παραλυτική ή κλειστή έλικα.

### I.1. Αίτια

Το συχνότερο αίτιο απόφραξης είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Άλλα αίτια είναι : διάφορα φάρμακα (φαινοθειαζίνη, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, παράγωγα μορφίνης), η κοπρόσταση, το σκληρόδερμα, οι συμφύσεις που δημιουργούνται από τη νόσο του CROHN και η εγκολλημάτωση. Ακόμα απόφραξη μπορεί να δημιουργηθεί από συστροφή, εγχολεασμό ή βουβωνοκήλη του παχέος εντέρου.

### I.2. Κλινική εικόνα

Σε απλή απόφραξη εμφανίζεται κοιλιακός πόνος. Όταν υπάρχει <sup>περίσφιξη</sup> ~~περίσφιξη~~ ο πόνος είναι συνεχής και έντονος. Ναυτία και έμετος παρουσιάζονται αργότερα. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα της απόφραξης του παχέος εντέρου είναι ο βορβορυγμός.

Κατά την εξέταση η κοιλία εμφανίζει διάταση και τυμπανισμό. Κατά την ακρόαση παρατηρούνται εντερικοί ήχοι υψηλής συχνότητας. Αν ανευρεθεί μάζα τότε πιθανολογείται καρκίνωμα, εγχολεασμός, ή περισφιγμένες και κλειστές εντερικές έλικες. Αν ο άρρωστος εμφανίσει συμπτώματα από ερεθισμό του περιτόναιου, τότε έχει γίνει διάτρηση. Αν μαζί με τα προηγούμενα συμπτώματα ο άρρωστος παρουσιάζει και απώλεια αίματος από το ορθό, πιθανολογείται εγχολεασμός ή καρκίνωμα.

### I.3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α) Αιμοσφαιρίνη κοπράνων.
- β) Αιματοκρίτης.
- γ) Ακτινογραφία κοιλίας.
- δ) Βαριούχος υποκλυσμός.
- ε) Ορθοσιγμοειδοσκόπηση.
- στ) Κολonosκόπηση.

Ο βαριούχος υποκλυσμός μας δείχνει το σημείο της απόφραξης, η εξέταση όμως αυτή αντενδείκνυται όταν υπάρχει ισχαιμία ή νέκρωση του εντερικού τοιχώματος. Για τον ίδιο λόγο δεν πρέπει να δίνεται βάριο από το στόμα, όταν υπάρχει έστω και υπόνοια για απόφραξη του παχέος εντέρου.

#### I.4. Διαφορική διάγνωση

Έχει σημασία να διαφοροδιαγνωσθεί η απόφραξη του παχέος εντέρου με την απόφραξη του λεπτού εντέρου. Στην απόφραξη του λεπτού εντέρου οι έμετοι και η ναυτία είναι πρώιμα συμπτώματα, λείπουν οι εντερικοί ήχοι και οι κράμπες των κοιλιακών τοιχωμάτων. Ο κοιλιακός πόνος είναι εντονότερος και η ακτινογραφία κοιλίας δείχνει το λεπτό έντερο με μορφή "κλίμακας".

#### I.5. Επιπλοκές

Επιπλοκές που μπορεί να συμβούν στην απόφραξη του παχέος εντέρου αν καθυστερήσει η θεραπεία είναι : περίσφυξη με διάτρηση, περιτονίτιδα και σηψαιμία.

#### I.6. Θεραπεία

Η θεραπεία είναι χειρουργική. Η συντηρητική αγωγή έχει το ρόλο της προετοιμασίας του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση. Κορηγούνται υγρά και ηλεκτρολύτες για την αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Προσοχή δίνεται και στην κατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Η επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση αποφασίζεται στις εξής περιπτώσεις:

- α) Αποτυχία στην άρση της διάτασης και αποσυμπίεσης του εντέρου.
- β) Διάταση του τυφλού με διάμετρο πάνω από 10εκ. στην ακτινογραφία.
- γ) Μεγάλη ευαισθησία και περιτοναϊκή αντίδραση.
- δ) Ύπαρξη σημείων περιτονίτιδας.
- ε) Γενικευμένη σηψαιμία ή τοξικότητα.

Η χειρουργική αντιμετώπιση με το μικρότερο μετεγχειρητικό κίνδυνο είναι η κολοστομία κεντρικά της απόφραξης και αργότερα εκτομή τμήματος του εντέρου και αναστόμωση. Όταν αιτία της απόφραξης είναι ο εγχολεασμός, συχνά παρατηρούνται υποτροπές μετά από την ανάταξή του. Όταν οι υποτροπές είναι επανηλλειμένες συνιστάται η χειρουργική εκτομή.

Ι. Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ Τ Ο Υ Π Ρ Ω Κ Τ Ο Υ Κ Α Ι Τ Ο Υ  
Δ Α Κ Τ Υ Λ Ι Ο Υ

Ι.Ο. ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ

Οι αιμορροΐδες αποτελούν φλέβες του αιμορροϊδικού πλέγματος, κίρσως διευρυσμένες. Περιλαμβάνουν την άνω, τη μέση και την κάτω αιμορροϊδική φλέβα. Η άνω αιμορροϊδική είναι κλάδος της κάτω μεσεντερίου, η κάτω αιμορροϊδική είναι κλάδος της αιδοϊκής (κλάδου έσω λαγόνιας) και η μέση αιμορροϊδική κλάδος της έσω λαγόνιας. Οι αιμορροΐδες διαίρουνται σε εξωτερικές και εσωτερικές.

Ι.Ι. Εσωτερικές αιμορροΐδες

Είναι διευρύνσεις των κλάδων των άνω αιμορροϊδικών φλεβών. Αρχικά παρατηρούνται τρεις διογκώσεις, που αντιστοιχούν στις θέσεις των κύριων φλεβικών στελεχών, δηλαδή στην 3<sup>η</sup>, 7<sup>η</sup> και 11<sup>η</sup> ώρα του αρρώστου, όταν βρίσκεται σε γυναικολογική θέση. Αργότερα αναπτύσσονται και δευτερεύουσες αιμορροΐδες μεταξύ των αρχικών αιμορροϊδικών όζων.

Ι.Ι.Ι. Αιτιολογία

Οι κυριότεροι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της πάθησης είναι:

- α) Κληρονομική προδιάθεση.
- β) Χρόνια δυσκοιλιότητα, κατά την οποία η παραμονή σκληρών κοπρανώδων μαζών στο ορθό συμπιέζει τα φλεβικά στελέχη και εμποδίζει τη φλεβική αποχέτευση από το αιμορροϊδικό πλέγμα.
- γ) Στις γυναίκες η κύηση και οι ενδοκυελικοί όγκοι, λόγω πύσης στην κάτω κοίλη φλέβα και στους μεγάλους κλάδους αυτής. Αν δεν συνυπάρχει κληρονομική προδιάθεση ή άλλη αιτία, οι αιμορροΐδες που εμφανίζονται κατά την κύηση πολλές φορές υποχωρούν αυτόματα μετά τον τοκετό.
- δ) Στους άντρες με βαριά χειρωνακτική εργασία. Η συχνή αύξηση της ενδοκοιλιακής πύσης μπορεί να προκαλέσει και την εμφάνιση αιμορροΐδων.
- ε) Ήλεγμονές της περιοχής του δακτυλίου, που προκαλούν υπεραϊμία της περιοχής, αλλά και εξασθένιση του τοιχώματος των φλεβών, γίνονται αιτία να εμφανιστούν αιμορροΐδες, που προδιαθέτουν σε περαιτέρω φλεγμονή και έτσι γίνεται φαύλος κύκλος.
- στ) Παθήσεις του ήπατος και κυρίως κίρρωση, προκαλούν πυλαία υπέρ-

ταση, που αντανακλάται στην κάτω μεσεντέρια φλέβα και από αυτή στις άνω αιμορροϊδικές.

ζ) Έχει περιγραφεί εμφάνιση αιμορροϊδων σε αρρώστους που πάσχουν από διόγκωση του προστάτη, λόγω της συχνής αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης, κατά την προσπάθεια αποβολής των ούρων.

η) Η διήθηση του τοιχώματος του ορθού από καρκίνωμα, που διακόπτει τη φλεβική απαγωγή, μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση αιμορροϊδων.

### I.I.2. Κλινική εικόνα

---

Ανάλογα με το μέγεθος και το βαθμό της πρόπτωσής τους στο δακτύλιο, διαιρούμε τις αιμορροϊδες σε τέσσερις κλινικούς βαθμούς:

α) Αιμορροϊδες πρώτου βαθμού: Είναι απλές διευρύνσεις των φλεβών του αιμορροϊδικού πλέγματος, που προβάλλουν στο βλεννογόνο και δεν προπίπτουν μέσω του δακτυλίου. Η διάγνωσή τους γίνεται μόνο με το πρωκτοσκόπιο.

β) Αιμορροϊδες δεύτερου βαθμού: Είναι οι πλέον εκσεσημασμένες κερσώδεις ανευρύνσεις, που προπίπτουν κατά την αφόδευση και ανατάσσονται αυτόματα.

γ) Αιμορροϊδες τρίτου βαθμού: Προπίπτουν και με την παραμικρή προσπάθεια. Ανατάσσονται συνήθως από τον άρρωστο.

δ) Αιμορροϊδες τέταρτου βαθμού: Βρίσκονται σε κατάσταση μόνιμης πρόπτωσης.

Τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με το βαθμό, αλλά η συχνότερη εκδήλωση είναι η αιμορραγία. Εκδηλώνεται με γραμμές αίματος που επαλείφει τα κόπρανα κατά την αφόδευση, σπάνια με σταγόνες αίματος που αποβάλλονται μετά την έξοδο σκληρών κσπρανωδών μαζών. Η συνεχής απώλεια αίματος προκαλεί σιδηροπενική μεθαιμορραγική αναιμία σε μεγάλο ποσοστό αρρώστων. Η πρόπτωση όμως των αιμορροϊδων προκαλεί αλλοίωση και σκλήρυνση του βλεννογόνου που τις καλύπτει και η αιμορραγία γίνεται λιγότερο συχνή. Στις περιπτώσεις αυτές προκαλείται εκροή βλέννας, που προδιαθέτει σε εμφάνιση δερματίτιδας, κνησμού του δακτυλίου και φλεγμονή του περιπρωκτικού δέρματος. Οι αιμορροϊδες δεν προκαλούν πόνο, εκτός αν συμβεί επιπλοκή ή εάν συνοδεύονται από ραγάδα του δακτυλίου.

### I.I.3. Επιπλοκές

---

Εκτός από την αναιμία, επιπλοκές προκαλούνται από την πρόπτωσή τους μέσω του σφιγκτήρα. Έτσι μπορεί να συμβεί στραγγαλισμός ενός ή περισσότερων αιμορροϊδικών όζων από το συσπασμένο σφιγκτήρα. Η επιπλοκή αυτή αφορά συνήθως τις αιμορροϊδες δεύτερου βαθμού

και είναι πολύ επώδυνη.

Η παρεμπόδιση της φλεβικής αποχέτευσης έχει σαν αποτέλεσμα στάση, παθητική υπεραιμία και διόγκωση του αιμορροϊδικού όζου και οίδημα. Αν οι αιμορροΐδες δεν αναταχτούν με ελαφρά πίεση από έξω, επακολουθεί θρόμβωση αυτών. Ο όζος τότε γίνεται βαθυκόκκινος ή μελανός και σκληρός. Το περιπρωκτικό δέρμα εμφανίζει οίδημα και μερικές φορές αρχόμενη φλεγμονή. Ο έντονος πόνος υποχωρεί κάπως μετά τη θρόμβωση. Ο βλενογόνος που καλύπτει τη θρομβωμένη αιμορροΐδα, μερικές φορές εξελκώνεται. Αν η απόφραξη είναι έντονη, τόσο που να αποφράσει και την αρτηριακή προσφορά αίματος, ο όζος νεκρώνεται και αποπίπτει. Η φλεγμονή μετά από θρόμβωση σπάνια προκαλεί διαπύηση του όζου και αρχίζει να εκδηλώνεται περιεδρικό απόστημα, που καταλήγει σε περιεδρικό συρίγγιο. Πολύ σπάνια μπορεί να προκληθεί πυλκιοφλεβίτιδα, θρόμβωση της πυλαίας ή ηπατικό απόστημα. Θρόμβοι από το αιμορροϊδικό πλέγμα μπορεί να προκαλέσουν εμβολές στο ήπαρ, μέσω της κάτω μεσεντέριας και στους πνεύμονες μέσω της έσω λαγόνιας.

#### Ι.Ι.4. Θεραπεία

---

Η θεραπεία είναι συντηρητική όταν οι αιμορροΐδες οφείλονται σε άλλη πάθηση ή είναι πρώτου βαθμού και χειρουργική στις άλλες περιπτώσεις. Η συντηρητική θεραπεία σκοπεύει στη θεραπεία του αρχικού προδιάθεσιμου παράγοντα, με χορήγηση ελαφρών υπακτικών, αντισηψία του εντέρου και δίαιτα για τη ρύθμιση της ομαλής εντερικής λειτουργίας. Τοπικά συνιστάται σχολαστική καθαριότητα και αλοιφές ή υπόθετα με αγγειοσυσπαστικά, αντιφλεγμονώδη και στυπτικά φάρμακα και κορτικοστεροειδή. Η χειρουργική θεραπεία σκοπεύει στην απολίνωση και αφαίρεση αυτών. Θεραπεία με σκληρυντικές ενέσεις μπορεί να εφαρμοστεί σε αιμορροΐδες πρώτου βαθμού ή στα αρχικά στάδια του δεύτερου βαθμού, η πιθανότητα όμως υποτροπής είναι μεγαλύτερη από 50%.

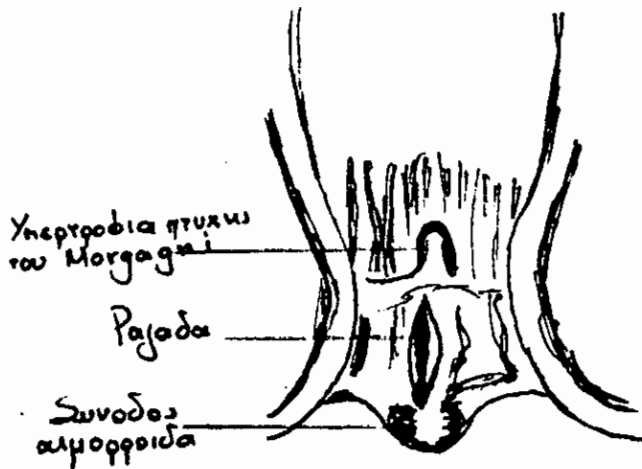
#### Ι.2. Εξωτερικές αιμορροΐδες

---

Οφείλονται στη διάταση του υποδόριου ή κάτω αιμορροϊδικού πλέγματος και συνηθέστερα στη ρήξη κάποιου φλεβικού κλάδου του, με σχηματισμό μικρού υποδόριου αιματώματος. Καλύπτονται από δέρμα και δεν πρέπει να συγχέονται με τις εσωτερικές αιμορροΐδες τέταρτου βαθμού. Η διόγκωση είναι συνήθως μονήρης και εμφανίζεται οξείως μετά από έντονη προσπάθεια, βήχα κ.τ.λ. Παρατηρείται συνήθως ερυθρός, υπόσκληρος, επώδυνος όζος βαθυκόκκινου χρώματος, έξω ακριβώς



από το δακτύλιο και καλυπτόμενος από δέρμα. Πολλές φορές η πάθηση θεραπεύεται από μόνη της σε 5-6 μέρες με δημιουργία θρόμβου, αλλά λόγω του έντονου πόνου που προκαλεί συνιστάται πολλές φορές σχίσιμο του όζου και εξαγωγή του θρόμβου, που ανακουφίζει αμέσως τον άρρωστο.



## 2.0. ΡΑΓΑΣ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ

Η ραγιάς του δακτυλίου είναι επιμήκης εξέλκωση, που παρατηρείται συνήθως στη μέση γραμμή, στην οπίσθια επιφάνεια του δακτυλίου. Οφείλεται σε ρήξη του βλεννογόνου και του δέρματος του δακτυλίου κατά την απόδευση, ιδίως σε χρόνια δυσκοιλιότητα και όταν αποβάλλονται σκληρές κοπρανώδης μάζες. Μερικές φορές μπορεί να οφείλεται σε ρήξη της πρωκτικής βαλβίδας του BALL ή σε θρόμβωση και εξέλκωση αιμορροϊδικού όζου.

Οι ραγάδες διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Η διαφορά τους βρίσκεται στη διάρκεια των συμπτωμάτων και στη σκλήρυνση των χειλέων και του πυθμένα της χρόνιας ραγάδας, λόγω εναπόθεσης ουλώδη συνενκτικού ιστού. Ο πόνος είναι χαρακτηριστικός και στις δύο περιπτώσεις. Είναι πολύ έντονος και εμφανίζεται αμέσως μετά την κένωση, λόγω σπασμού του σφιγκτήρα. Η οξύτητα παραμένει λίγα μόνο λεπτά, ενώ ο πόνος για 2-5 ώρες και σταματάει απότομα. Ο φόβος του πόνου έχει σαν συνέπεια, ο άρρωστος να αποφεύγει να αποδεύει, ακόμα και να παίρνει τροφή, πράγμα που τον κάνει νευρικό και αγχώδη. Με την κένωση εμφανίζονται σταγόνες αίματος ζοηρού κόκκινου χρώματος και μερικές φορές η αιμορραγία είναι μεγάλης έκτασης.

Η θεραπεία είναι συντηρητική στην οξεία ραγάδα. Συνιστώνται αναλγητικές αλοιφές και ελαφρά υπακτικά. Βοηθά η τοπική εφαρμογή στυπτικών διαλυμάτων όπως π.χ. νιτρικού αργύρου 1-2% και ιώδους

της γεντιανής 10%. Απαιτείται ρύθμιση των κενώσεων με δίαιτα και ουσίες που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων. Στις επίμονες περιπτώσεις γίνεται με γενική αναισθησία, πλήρης διαστολή του δακτυλίου, μέχρι την παροδική χάλαση αυτού. Στις χρόνιες περιπτώσεις ενδείκνυται εκτομή της ραγάδας, κατόπιν διαστολής του δακτυλίου ή μερική διατομή του έσω σφιγκτήρα στον πυθμένα της ραγάδας.

### 3.0. ΚΝΗΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ

Ο κνησμός του δακτυλίου χαρακτηρίζεται από ακατανίκητη επιθυμία κνησμού της πρωκτικής χώρας, κατά κρίσεις και είναι πολύ ενοχλητική πάθηση. Είναι συνήθως δευτεροπαθής και οφείλεται είτε σε τοπική δερματική πάθηση ή σε γενική πάθηση. Πάντως παρατηρείται και πρωτοπαθώς.

Τοπικές και γενικές παθήσεις που προκαλούν κνησμό του δακτυλίου είναι:

- α) Έλλειψη καθαριότητας, υπερβολική εφίδρωση και ακατάλληλα εσώρουχα.
- β) Εκκρίσεις από τον πρωκτό (αιμορροΐδες, ραγάδες, περιεδρικό συρίγγιο, υπερβολική χρήση παραφινέλαιου κ.τ.λ.).
- γ) Εκκρίσεις από τον κόλπο (κολπίτιδα, τραχηλίτιδα κ.τ.λ.).
- δ) Παρασιτική δερματίτιδα (οξύουροι, μυκητίαση, ψώρα, φθειρίαση).
- ε) Έκζεμα και αλλεργικές δερματικές καταστάσεις.
- στ) Αύξηση του pH των κοπράνων.
- ζ) Ουραιμία.

Στις παραπάνω περιπτώσεις η θεραπεία είναι σχετικά εύκολη. Αντίθετα είναι πολύ δύσκολη στις περιπτώσεις που ο κνησμός θεωρείται πρωτοπαθής. Σήμερα σε τέτοιες περιπτώσεις ενοχοποιούνται ψυχοσωματικές διαταραχές. Η ακτινοθεραπεία σε μικρές δόσεις 500-1000 R αποδίδει μερικές φορές καλά αποτελέσματα, αλλά υπάρχει ο φόβος της προδιάθεσης για κακοήθη εξαλλαγή.

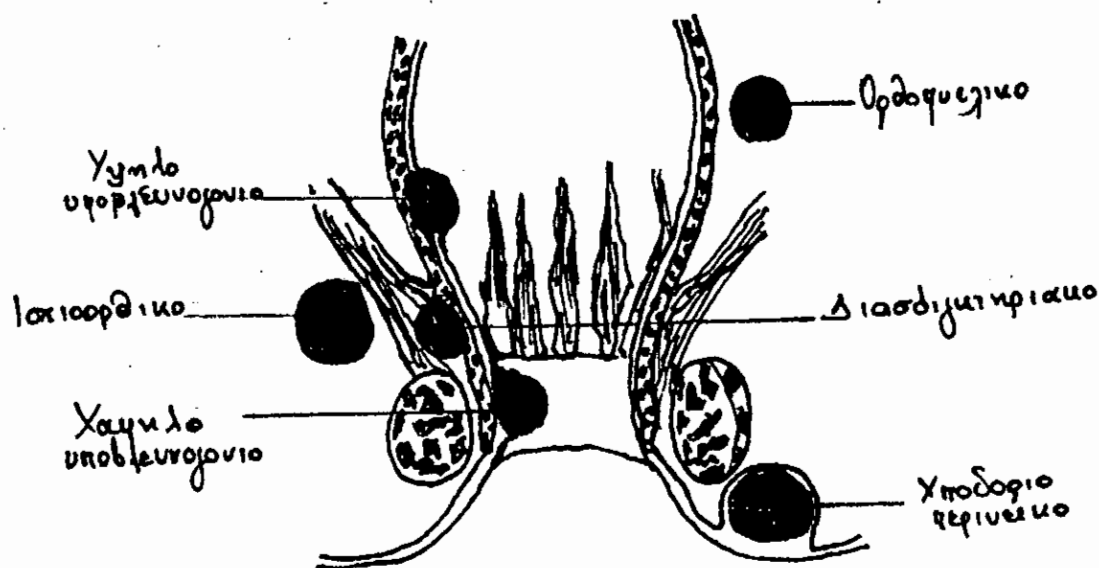
### 4.0. ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Τα περιεδρικά συρίγγια είναι επακόλουθα φλεγμονών της περιοχής του πρωκτού και του ορθού. Οι φλεγμονές του περιορθικού και περιπρωκτικού ιστού διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς (σπάνια). Οι πρωτοπαθείς είναι συχνότερες και τα αίτια τους δεν είναι επακριβώς γνωστά. Η πιο παραδεχόμενη γνώμη θεωρείται ότι οφείλονται σε φλεγμονή των κρυπτών του MORGAGNI και των πρωκτικών αδένων, οι οποίοι αποστηματοποιούνται. Άλλα αίτια είναι τραυματισμοί του δέρματος και του βλεννογόνου του πρωκτού ή του ορθού και

οι αιματογενείς μολύνσεις. Η παροχέτευση των αποστημάτων δημιουργεί ανώμαλη επικοινωνία του ορθού ή του πρωκτού με το δέρμα και σπανιότερα με τον κόλπο ή την ουρήθρα και έτσι δημιουργούνται παραεδρικά, ορθοκολπικά, ορθοκυστικά, ή ορθοουρηθρικά συρίγγια.

Τα ορθοπρωκτικά αποστήματα διακρίνονται ανάλογα με τη θέση τους σε σχέση με τους σφιγκτήρες και ανελκτήρες του ορθού σε:

- α) Ψηλά διαμεσομυϊκά (100%). Εντοπίζονται μεταξύ του έσω σφιγκτήρα και των κάθετων μυϊκών ινών του ορθού πάνω από τον ανελκτήρα.
- β) Χαμηλά διαμεσομυϊκά (80%). Μεταξύ του έσω και έξω σφιγκτήρα.
- γ) Ευθυισχιακά. Οφείλονται πιθανόν σε επέκταση της φλεγμονής από το χαμηλό διαμεσομυϊκό απόστημα, μέσω του έξω σφιγκτήρα ή είναι απότοκα αιματογενούς μόλυνσης.
- δ) Υποβλενογόνια και υποδόρια.
- ε) Πυελοορθικά και από επέκταση φλεγμονής προερχόμενης από την πύελο.



Θέσεις αναπτυξίας περιπρωκτικών αποστημάτων

Κύρια εκδήλωση των περιεδρικών φλεγμονών είναι ο πόνος στον πρωκτό. Μπορεί να παρατηρηθεί και διόγκωση του γύρω δέρματος. Παροχέτευση του αποστήματος προλαμβάνει το συρίγγιο.

Τα συρίγγια ανάλογα με τη θέση του αποστήματος από το οποίο προήλθαν διακρίνονται σε:

- α) Χαμηλά περιπρωκτικά.
- β) Ψηλά περιπρωκτικά.
- γ) Ορθοπρωκτικά.

Ανάλογα με τη θέση του έξω δερματικού στομίου σε σχέση με τον πρωκτό

διακρίνονται σε πρόσθια και οπίσθια.

Συρίγγια των οποίων το δερματικό στόμιο βρίσκεται κοντά στο οπίσθιο μισό του δακτυλίου, επικοινωνούν ευθέως με το έντερο, ενώ τα συρίγγια των οποίων το στόμιο βρίσκεται κοντά στο πρόσθιο μισό του δακτυλίου αποκουθούν συνήθως κυκλική διαδρομή και επικοινωνούν με το έντερο στη μέση γραμμή στην οπίσθια επιφάνεια του εντέρου.

Ο άρρωστος αναφέρει συνήθως αυτόματη ή χειρουργική παροχέτευση περιεδρικού αποστήματος και κατόπιν συνεχή έκκριση πυώδους υγρού. Από την επισκόπηση διαπιστώνεται η ύπαρξη ενός ή περισσότερων δερματικών στομιών, γύρω από τον πρωκτικό δακτύλιο, από τα οποία βγαίνει αυτόματα ή μετά από πίεση πυοαιματηρό υγρό. Με τη ψηλάφηση διαπιστώνεται στο υποδόριο ή στον υποβλεννογόνιο σκληρία, που αντιστοιχεί στον συμριγγώδη πόρο. Μερικές φορές ψηλαφάται μέσω του ορθού και το έσω στόμιο του συμριγγώδη πόρου.

Θεραπευτικώς συνιστάται διάνοιξη και εκτομή του συμριγγώδη πόρου και μετατροπή αυτού σε ανοικτή αύλακα. Όταν ο πόρος ανεβαίνει πάνω από το δακτύλιο και τις προσφύσεις των ανελιτήρων, η εγχείρηση γίνεται σταδιακά, εκτός από τις περιπτώσεις όπου τα συρίγγια εντοπίζονται στην 6<sup>η</sup> ώρα, οπότε διανοίγεται ο πόρος μέχρι τους σφιγκτήρες, αυτοί παρασκευάζονται και από εκεί εκβάλλει βρόχος ή λεπτός ελαστικός σωλήνας από το έσω στόμιο του συμριγγίου. Ο βρόχος ή ο ελαστικός σωλήνας συσφίγγεται βαθμιαία για μερικές μέρες, έως ότου γίνει αυτόματη διατομή του σφιγκτήρα, λόγω νέκρωσής του από την πίεση.

#### 4.Ι. Πολλαπλά συρίγγια

Οφείλονται συνήθως σε γενικότερες παθήσεις, όπως φυματίωση του εντέρου, ελκώδη κολίτιδα, ή σπανιότερα νόσο του CROHN. Θεραπεύονται με τη θεραπεία της αρχικής αιτίας.

#### 5.Ο.ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Η πρόπτωση του ορθού είναι ολική ή μερική ανάλογα με το αν το τμήμα που προβάλλει μέσω του δακτυλίου, αποτελείται από όλους τους χιτώνες του ορθού ή μόνο από το βλεννογόνο.

Μερική πρόπτωση είναι η συχνότερη. Παρατηρείται στα παιδιά σε συνέπεια πολύποδα του ορθού, διαρροϊκών συνέρδμων ή απισχνιάσεως. Άτους ενήλικες παρατηρείται κυρίως σε συνδυασμό με αιμορροΐδες τρίτου βαθμού ή εξασθένηση του σφιγκτήρα, λόγω ρήξης του περιτόναιου στον τοκετό ή μετά από εγχείρηση για ραγάδες ή αιμορροΐδες σε ηλικιωμένα άτομα.

Η θεραπεία στα παιδιά συνίσταται σε αφαίρεση του τυχόν πολύποδα, ανάταξη της πρόπτωσης και βελτίωση της γενικής κατάστασης. Σε επίμονες περιπτώσεις και στους ενήλικες απαιτούνται σκληρυντικές ενέσεις ή εκτομή του προπίπτοντα βλεννογόνου. Σπάνια απαιτείται εγχείρηση (κατά THIERSEH) με τοποθέτηση σύρματος ή πλαστικού ράματος (NYLON) γύρω από το δακτύλιο, στο υποδόριο και με τρόπο που να δημιουργείται στένωση, που να επιτρέπει μόλις τη δίοδο του δείκτη. Η μέθοδος αυτή υστερεί στο ότι μπορεί να δημιουργήσει κοπρόσταση ή να συμβεί ρήξη του σύρματος ή του ράματος και υποτροπή της πρόπτωσης.

Η πλήρης πρόπτωση είναι σπανιότερη. Μπορεί να έχει μήκος 4-15 εκ. Όταν το μήκος του προπίπτοντος ορθού υπερβαίνει τα 5 εκ., η πρόπτωση συνοδεύεται από κοίλη, λόγω ολίσθησης του περιτόνεου. Η πάθηση είναι συχνότερη στις γυναίκες λόγω ρήξης του περιτόνεου στον τοκετό και στους υπερήλικες λόγω ατροφίας του πυελικού διαφράγματος. Η θεραπεία συνίσταται σε ανάταξη του προπίπτοντος τμήματος του εντέρου διακοιλιακά και την καθήλωση του ορθού προς την προίερά περιτονία με χρήση πλαστικού μοσχέυματος.

#### 6.0. ΠΡΩΚΤΙΚΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Υπάρχει πιθανότητα να είναι λογενοούς αιτιολογίας. Εντοπίζονται στην περιπρωκτική περιοχή και στον πρωκτικό σωλήνα. Είναι θηλώματα δεν πρόκειται όμως για πραγματικούς όγκους. Αναπτύσσονται συνήθως σε εύυγρες περιοχές και μάλιστα όταν υπάρχει πυώδης εκροή. Έχουν την ικανότητα να αυτενοφθαλμίζονται. Διαφέρουν από τα πλατέα κονδυλώματα που προκαλούνται από τη σύφιλη. Ο διαχωρισμός γίνεται με τις ορολογικές δοκιμασίες της σύφιλης ή με την ανακάλυψη ωχράς σπειροχαίτης στη μικροσκοπική εξέταση. Τα πρωκτικά κονδυλώματα έχουν τη τάση να υποτροπιάζουν, γι' αυτό ο άρρωστος θα πρέπει να παρακολουθείται για αρκετούς μήνες από το γιατρό και να τονειδοποιεί όταν αντιλαμβάνεται συμπτώματα.

Η θεραπευτική αγωγή συνίσταται σε τοποθέτηση (προσεκτικά) πάνω στη βλάβη ποδοφυλλίνης σε βάμμα βενζοΐνης. Αυτό γίνεται με τη βοήθεια ξύλινου στειλεού. Μετά από δύο έως τέσσερεις ώρες πρέπει να ξεπλένεται. Για τα κονδυλώματα του πρωκτικού σωλήνα βοηθά το πρωκτοσκόπιο. Με αυτό τοποθετείται σκόνη και χρωματίζεται η βλάβη, έτσι ώστε να τοποθετηθεί επακριβώς το φάρμακο σε αυτή και να μειωθεί στο ελάχιστο ο κόνος. Σε περίπτωση που οι βλάβες είναι πολυάριθμες, γίνεται ηλεκτροθερμοκαυτηρίαση με τοπική αναισθησία. Απαραίτητη είναι η τοπική καθαριότητα και η συχνή χρήση ταλκ.

## 7.0. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΕΣ ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ

### 7.1. Τραυματικές

Είναι συγγενείς και επίκτητες. Οι επίκτητες δημιουργούνται μετά από χειρουργική επέμβαση ή μετά από τραύμα που απογύμνωσε το επιθήλιο του ορθού. Η συνήθεστερη αιτία τραυματικής επίκτητης, ορθοπρωκτικής στένωσης είναι η εγχείρηση αιμορροΐδων, κατά την οποία αφαιρέθηκε πολύ δέρμα και ακολούθησε λοίμωξη. Αποτελέσματα της στένωσης είναι : η δυσκοιλιότητα, πόνος κατά την απόδευση και ταινιοειδή κόπρανα. Ακόμα μπορεί να προκληθούν ραγάδες, ήπια φλεγμονή και πιθανώς συρίγγιο. Για να προληφθεί μια μετεγχειρητική στένωση, απαιτείται τοπική καθαριότητα, θερμά εδρόλουτρα και προσεκτική εύσοδος ενός δακτύλου αλοιμένου με λιπαρή ουσία, 2 φορές την εβδομάδα για 2-3 εβδομάδες αρχίζοντας 2 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Αν η στένωση είναι χρόνια, αλλά ελαφρού βαθμού διορθώνεται με την εισαγωγή διαστολέων του ορθού προοδευτικά αυξανόμενου μεγέθους, Όταν η στένωση είναι μεγάλη απαιτείται πλαστική εγχείρηση,

### 7.2. Φλεγμονώδεις

Οι φλεγμονώδεις στενώσεις της ορθοπρωκτικής περιοχής προκαλούνται συνήθως από αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα ή από βουβωνικό κοκκίωμα. Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα είναι συχνότερο στις γυναίκες και στους ομοφυλόφιλους. Σαν επιπλοκή προκαλεί οξεία πρωκτίτιδα, που μπορεί να ακολουθηθεί από περιοριστική φλεγμονή, συρίγγιο και σχηματισμό ουλώδη ιστού. Η θεραπεία στην αρχική φάση επιτυγχάνεται με τετρακυκλίνες. Αν υπάρχει δευτεροπαθής φλεγμονή ή στένωση απαιτούνται επαναλαμβανόμενες βιοψίες, γιατί υπάρχει κίνδυνος να αναπτυχθεί επιδερμοειδές καρκίνωμα στο 4<sup>ο</sup>/ο των περιπτώσεων. Αν είναι δυνατό γίνεται τοπική επέμβαση στη στένωση. Διαφορετικά απαιτείται κολοστομία ή κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Το βουβωνικό κοκκίωμα πιθανόν να προκαλέσει ορθοπρωκτικά συρίγγια, λοιμώξεις και στενώσεις. Και σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης επιδερμοειδούς καρκινώματος, γι' αυτό και είναι απαραίτητες οι βιοψίες. Η θεραπεία σε αρχικά στάδια επιτυγχάνεται με τετρακυκλίνες, ενώ σε προχωρημένα απαιτείται κολοστομία ή εκτομή.

## 8.0. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ

---

Συνήθως είναι επακόλουθο ρήξης ιστών κατά τη διάρκεια μαιευτικών επεμβάσεων ή εμφανίζεται μετά από ορθοπρωκτικές εγχειρήσεις και νευρολογικές διαταραχές. Αν η ακράτεια οφείλεται σε χειρουργική επέμβαση ή τραυματισμό, η θεραπεία συνίσταται σε χειρουργική αποκατάσταση του σφικτηήρα. Αν οφείλεται σε ρήξη των ιστών κατά τον τοκετό, η αποκατάσταση θα πρέπει να γίνει μετά από 6 μήνες τουλάχιστον.

## ΙΑ. ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΠΡΩΚΤΟΚΟΛΙΤΙΔΑ

Προκαλείται από την παρεμπόδιση της ροής του αίματος προς το παχύ έντερο. Το ορθό λόγω της διπλής του αιμάτωσης, από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία και την έσω λαγόνια αρτηρία, συνήθως δεν προσβάλλεται. Η πάθηση προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας 50-70 χρόνων και γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά.

Τα κλινικά συμπτώματα είναι : αιφνίδιας χαμηλός κοιλιακός πόνος πυρετός, έμετοι, αιμοχεσία και αποβολή θρόμβων αίματος με τα κόπρανα. Πιθανόν ο άρρωστος να παρουσιάζει και λευκοκυττάρωση. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση δε βοηθά στη διάγνωσή . Η απλή ακτινογραφία κοιλίας δείχνει γενικευμένη διάταση του κόλου. Ο βαριούχος υποκλυσμός δείχνει τμηματική περιοχή βλάβης, που εντοπίζεται με σειρά συχνότητας στο ανιόν κόλο, στο σιγμοειδές και στη σπληνική καμπή. Βοηθούν οι αγγειογραφίες, που μας δείχνουν τις αγγειακές αποφράξεις. Η πάθηση θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από την ελκώδη κολίτιδα, τη νόσο του CROHN, λοίμωξη ή στένωση του εντέρου που οφείλεται σε καρκίνωμα.

Σε περίπτωση βαριάς ισχαιμίας που μπορεί να οδηγήσει σε γάγγραινα η θεραπεία είναι:

- α) Αντικατάσταση του όγκου αίματος.
- β) Χορήγηση αντιβιοτικών.
- γ) Εκτομή του νεκρωμένου τμήματος.

Σε περίπτωση ισχαιμίας πιο ελαφριάς μορφής, που προκαλεί στένωση του εντέρου η θεραπεία είναι εκτομή της στένωσης. Όταν υπάρχει παροδική ισχαιμία δεν απαιτείται ειδική θεραπεία. Για την παροδική πρωκτοκολίτιδα η πρόγνωση είναι καλή. Όταν συμβεί γάγγραινα η θνησιμότητα είναι μεγάλη.



## ΙΒ. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

### 1.0. ΡΗΞΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σπάνια εξωτερική κάκωση προκαλεί ρήξη του παχέος εντέρου, λόγω του ότι το παχύ έντερο προστατεύεται από τα οστά της πυέλου και των πλευρών. Πιο συχνά τραυματίζεται το τυφλό και το εγκάρσιο και μάλιστα με νύσσον όργανο ή πυροβόλο όπλο. Σαν αποτέλεσμα της ρήξης επέρχεται περιτονίτιδα, λόγω του σηπτικού περιεχομένου του εντέρου. Για τον ίδιο λόγο η πρόγνωση της ρήξης του παχέος εντέρου είναι βαρύτερη της ρήξης του λεπτού εντέρου.

Αρχικά τα συμπτώματα είναι ήπια γι' αυτό και η διάγνωση μπαίνει με βεβαιότητα μόνο όταν έχει εγκατασταθεί ήδη περιτονίτιδα. Απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση έστω και σε απλή υπόνοια.

### 2.0. ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Ρήξη του ορθού συμβαίνει σε τραυματισμούς του περιτόνεου ή κατόπιν σιγμοειδοσκόπησης ή υποκλυσμού ή εισαγωγής ξένων σωμάτων από τον πρωκτό. Η διάγνωση μπαίνει με το σιγμοειδοσκόπιο. Η θεραπεία συνίσταται σε συρραφή του τραύματος και ευρεία παροχέτευση.

### 3.0. ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Ξένα σώματα είναι σπάνια στο παχύ έντερο, γιατί αφού αυτά μπορούν να περάσουν τον πυλωρό μετά περνούν εύκολα από όλο το μήκος του εντέρου και αποβάλλονται με τα κόπρανα. Συνήθως ξένα σώματα παρατηρούνται σε παιδιά και ψυχοπαθείς. Μικρά ξένα σώματα όπως κουκούτσια και άλλα βρίσκονται μερικές φορές μέσα στη σιγμοειδή και τη μεκίλεσο απόφυση ή μέσα σε εκκολπώματα του παχέος εντέρου.

### 4.0. ΔΙΑΤΡΗΞΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Συνήθως είναι αποτέλεσμα τρώσης μενύσσον όργανο ή με βλήμα πυροβόλου όπλου, μπορεί όμως να προέλθει και από παθολογικές καταστάσεις όπως μετά από νέκρωση του τοιχώματος μέσα σε περιεσφιγμένα κώλη ή σε έλκη του εντέρου. Έλκη του εντέρου που είναι επιρρεπή σε διάτρηση παρατηρούνται κατά σειρά συχνότητας:

- α) Σε τυφοειδή πυρετό.
- β) Σε στάση (συγγενές μεγάλο κ.λ.π.)
- γ) Σε φυματίωση του εντέρου.

δ) Σε ελκώδη κολίτιδα.

ε) Σε νόσο του CROHN

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από την αιτιολογία του έλκους και την οξύτητα της διαίτησης. Σ' όλες όμως σχεδόν τις περιπτώσεις ο άρρωστος εμφανίζει : οξύ κοιλιακό πόνο, καταπληξία, ευαισθησία και σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, εμέτους και την εικόνα της διάχυτης περιτονίτιδας. Είναι απαραίτητη επείγουσα λαπαροτομία, καθαρισμός της περιτοναϊκής κοιλότητας και συρραφή της διαίτησης.

ΙΓ. ΕΝΤΕΡΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ  
ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ ΣΤΟ ΟΡΘΟ ΚΑΙ  
ΣΤΟΝ ΠΡΩΚΤΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ.

I.O. ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Για πολλές παθήσεις του παχέος εντέρου γίνονται διάφορες εγχειρήσεις, με τις οποίες επιδιώκεται οριστική θεραπεία ή προσωρινή ανακούφιση του αρρώστου. Ένα καλό ιστορικό καθώς και η σωστή κλινική αξιολόγηση των ευρημάτων, βοηθούν την πρόληψη πολλών επιπλοκών. Η γνώση ότι ο άρρωστος έχει περάσει θρομβοεμβολικά επεισόδια, ότι υποφέρει από κίρσους, ότι έχει μείωση των λευκωμάτων, ότι έχει αναιμία, ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες, διαβήτη, ότι τον τελευταίο χρόνο πήρε κορτιζόνη, ότι είναι αλλεργικός σε φάρμακα, ότι υποφέρει από το κυκλοφορικό, αναπνευστικό, ουροποιητικό, βοηθάει πολύ στην πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η θνησιμότητα είναι η σοβαρότερη επιπλοκή στις εκλεκτικές εγχειρήσεις του παχέος εντέρου και είναι περίπου 2<sup>ο</sup>/ο, ενώ στις επείγουσες αυξάνεται σε 10<sup>ο</sup>/ο (BLESSING ETAL 1975, HEBELE και ALLYOWER 1976). Οι συνηθέστερες ειδικές επιπλοκές στη χειρουργική του παχέος εντέρου είναι οι ακόλουθες:

- α) Αιμορραγία.
- β) Από την αναστόμωση.
- γ) Από το τραύμα.
- δ) Βιλεός.
- ε) Από τις στομίες
- στ) Διάφορες.

I.I. Αιμορραγία

Οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες γενικά στη κοιλιά παρουσιάζονται με συχνότητα 1<sup>ο</sup>/ο περίπου, η δε θνησιμότητα από αυτές είναι μεταξύ του 1,5-5<sup>ο</sup>/ο (WILDE και IANBE 1968, Μαριαντώνης 1974). Η αιμορραγία μετά από μια εγχείρηση στο παχύ έντερο μπορεί να είναι: εξωαυλική, ενδοαυλική και εξω-ενδοαυλική. Στη πρώτη περίπτωση μπορεί να λύθηκε η απολίνωση από ένα μεγάλο αγγείο, αμέσως μετά από την εγχείρηση ή να αποσπάστηκε ο θρόμβος όταν αυξήθηκε η πίεση από ένα αγγείο, που πριν δεν αιμορραγούσε ή να έχει γίνει κάκωση παραγχυματικού οργάνου - ήπατος, σπληνός - η οποία διέφυγε από την προσοχή του χειρουργού. Η ενδοαυλική αιμορραγία τις περισσότερες φορές προέρχεται από υποβλεβνογόνια αγγεία τα οποία δεν απολινώθηκαν (αν και αυτό είναι σπάνιο). Υπάρχουν και οι όψιμες ενδοαυλικές αιμορραγίες 10-12 μέρες μετά την εγχείρηση, που προκαλούνται από απόπτωση του

βλενογόνου της αναστόμωσης. (Δεν αποτελούν σοβαρό πρόβλημα).

Άλλη αιτία αιμορραγίας μέσα στον αυλό του εντέρου είναι η διαταραχή της πήκτικότητας του αίματος που έγινε μετά από πολλές μεταγγίσεις. Διαταραχή από παθολογική αιτία είναι σπάνια, γιατί είναι γνωστή πριν από την εγχείρηση και έχει διορθωθεί. Η σήψη κατά την αναστόμωση, έντονα εγχειρητικά και αναισθησιολογικά ερεθίσματα, μπορεί να προκαλέσουν βαριές ενδο-εξωαυλικές αιμορραγίες.

Η διάγνωση της μετεγχειρητικής αιμορραγίας δεν είναι δύσκολη και θα πρέπει να βασιστεί στην παρουσία άφθονου κόκκινου αίματος στο ρινογαστρικό και παροχετευτικό σωλήνα, καθώς και στα κόπρανα. Εξάλλου η συνύπαρξη γενικών συμπτωμάτων μιας ενδοπεριτοναϊκής αιμορραγίας, ενισχύει ακόμα περισσότερο την κλινική διάγνωση.

Η εντόπιση της αιτίας αλλά και της εστίας της αιμορραγίας έχει σημασία, γιατί έτσι είναι ευκολότερη η αντιμετώπισή της. Με τη βοήθεια ενδοσκοπικών μεθόδων είναι δυνατό να εντοπιστεί ή και να αποκλιστεί το σημείο της αιμορραγίας. Ο προσδιορισμός των παραγόντων πήξεως μαζί με τα άλλα κλινικά συμπτώματα, μπορεί να βοηθήσουν στη διαπίστωση της αιτίας και να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Οι παρακλινικές εξετάσεις μπορεί να γίνονται μόνο όταν ο χρόνος που περνάει δεν είναι σε βάρος του αρρώστου και όταν ταυτόχρονα μπορεί να γίνει κάποια θεραπευτική αγωγή π.χ. έγχυση αγγειοσυσταλτοκών φαρμάκων, εμβολιασμός, ηλεκτροπληξία κ.λπ.

Θεραπευτικά η επανεγχείρηση είναι η μόνη σωστή αντιμετώπιση και πρέπει να γίνεται όταν η γενική κατάσταση του αρρώστου δεν διορθώνεται με μετάγγιση αίματος 1.000-2.000 κ.εκ. Με την επανεγχείρηση επιδιώκεται η απολίνωση του αγγείου που αιμορραγεί, αλλά και η απομάκρυνση των θρόμβων, γιατί η παραμονή τους προδιαθέτει στη δημιουργία αποστημάτων που ευνοούν την αιμορραγία. Στις ενδοαυλικές αιμορραγίες συστήνεται αναμονή με την ταυτόχρονη προσπάθεια για την γενική στήριξη του αρρώστου. Επανεγχείρηση γίνεται αν η αιμορραγία αυξάνει προοδευτικά ή όταν είναι ενδο-εξωαυλική, όπως συμβαίνει μετά από ρήξη της αναστόμωσης.

### 1.2. Επιπλοκές από την αναστόμωση

Οι συνηθέστερες επιπλοκές μετά από κολεκτομή και αναστόμωση είναι οι εξής:

- α) Διαφυγή, ρήξη.
- β) Εντερικό συρίγγιο.
- γ) Απόφραξη.
- δ) Αιμορραγία.

ε) Μη ειδική κολίτιδα.

στ) Στένωση.

ζ) Συμφύσεις.

### I.2.1. Διαφυγή

Είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή στη χειρ. ουργική του παχέος εντέρου. Εμφανίζεται συχνότητα 15-50<sup>0</sup>/ο και σε ορισμένες περιπτώσεις π.χ. πρόσθιες εκτομές του ορθού φτάνει το 70<sup>0</sup>/ο. (GOLIGHER ETAL 1971, Λεουτσάκος και συν. 1978). Η θνησιμότητα που προκαλεί κειμίνεται από 11-33<sup>0</sup>/ο. Στη χειρουργική του παχέος εντέρου το 1/3 των θανάτων αποδίδεται στη διαφυγή από την αναστόμωση.

Η διαφυγή από την αναστόμωση αρχικά και η ρήξη της αργότερα, αποκαλύπτονται όταν από τον παροχετευτικό σφήνα αποβάλλεται κοπρανώδες υλικό. Σε μερικές περιπτώσεις εκδηλώνεται πρώτα με διαπύση του τραύματος και άλλοτε πάλι με συμπτωματολογία τοπικής ή διάχυτης περιτονίτιδας, ταχυσφυγμία με ξαφνικό πόνο στην περιοχή της αναστόμωσης, με ελαφρό πυρετό, με τοπική περιοχική ευαισθησία είναι σημεία με τα οποία ο χειρουργός προσανατολίζεται στη σωστή διάγνωση. Στους αρρώστους που έγινε χαμηλή εκτομή του ορθού, η διάγνωση της ρήξης της αναστόμωσης γίνεται με ενδοσκοπηση, αλλά και με δακτυλική εξέταση.

Η καλύτερη αντιμετώπιση αυτής της επιπλοκής είναι η πρόληψη (διόρθωση τυχόν ανωμαλιών προεγχειρητικά, καλή προετοιμασία του εντέρου, άρτια αναστόμωση, αποφυγή επειγουσών εγχειρήσεων). Διαφορετικά η προσωρινή ανακουφιστική κολοστομία έχει τη θέση της, η οποία δεν μειώνει την συχνότητα διαφυγής και ρήξης της αναστόμωσης, αλλά μειώνει τη θνησιμότητα από αυτή την επιπλοκή.

Η θεραπευτική τακτική εξαρτάται από την κλινική εικόνα του αρρώστου καθώς και από την ανατομική περιοχή που έγινε η ρήξη. Όταν η ρήξη αφορά το αριστερό τμήμα του παχέος εντέρου η πρόγνωση είναι καλύτερη από ότι όταν αυτή είναι δεξιά. Οι ρήξεις δεξιά είναι πολύ επικίνδυνες γιατί το εντερικό περιεχόμενο είναι υδαρές, γι' αυτό απαιτούν συνεχή και προσεκτική παρακολούθηση. Το ποσοστό θνησιμότητας τους μπορεί να φτάσει μέχρι 75<sup>0</sup>/ο.

### I.2.2. Απόφραξη

Είναι σπάνια επιπλοκή. Προσωρινή αναστολή της προωθητικής λειτουργίας του παχέος εντέρου γίνεται γιατί διακόπτεται προσωρινά - μέχρις ότου γίνει πλήρης η επούλωση - η νευρομυϊκή λειτουργία του εντερικού σφήνα. Η λειτουργική αυτή απόφραξη επιτείνεται με το

οίδημα, την φλεγμονή και την ανάπτυξη κοκκιωματώδους ιστού στο σημείο της αναστόμωσης. Η παθολογική αυτή κατάσταση υποχωρεί σε λίγες μέρες χωρίς ιδιαίτερη θεραπεία.

### I.2.3. Αιμορραγία

Είναι σπάνια επιπλοκή. Προκαλείται από αιμορραγία των αγγείων του υποβλεννογόνιου. Σε περίπτωση που είναι βαριά και συνεχίζεται πρέπει να γίνεται επανεγχείριση.

### I.2.4. Μη ειδική κολίτιδα

Σε μερικούς αρρώστους διαπιστώνεται ενδοσκοπικά ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού περιφερικά της αναστόμωσης, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει μετεγχειρητικά μικρότερη ή μεγαλύτερη αιμορραγία. Ο βλεννογόνος είναι ατροφικός, εξέρυθρος και υπεραιμικός. Όταν η κολεκτομή δεν έγινε για νόσο του CROHN, η τοπική ισχαιμία μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για τη γέννηση του κοκκιώδους ιστού. Η κολίτιδα αυτή επιμολύνεται με μύκητες και βακτηρίδια, βελτιώνεται δε με τη χορήγηση αντιμυκητιασικών φαρμάκων, ενώ τα στερινοειδή και η σαλαζοπυρήνη δε βοηθάνε.

### I.2.5. Στένωση

Η επιπλοκή αυτή γίνεται μετά από κακή τεχνική ή μετά από διαφυγή και αυτόματη έλση ή όταν η αναστόμωση μένει ανενεργής για μακρό χρονικό διάστημα, όπως συμβαίνει εάν η ανακουφιστική κολοστομία συγκλειστεί 2-3 μήνες μετά. Κλινικά εκδηλώνεται με συμπτωματολογία διαλείπουσας απόφραξης και διαπιστώνεται με την ορθοσκοπήση τον ακτινολογικό έλεγχο και τη δακτυλική εξέταση, εφόσον η αναστόμωση είναι προσιτή με το δάκτυλο. Στην αρχή αντιμετωπίζεται συντηρητικά με δίαιτα με χαμηλό υπόλλειμα και ήπια καθαρτικά. Η διαστολή αποδίδει ελάχιστα ενώ η επανεγχείριση είναι το έσχατο μέσο.

### I.2.6. Συμφύσεις

Άφθονες συμφύσεις σχηματίζονται όταν γύρω από την αναστόμωση υπάρχει φλεγμονή, όπως γίνεται μετά από διαφυγή εντερικού περιεχομένου. Ξιλέος παχέος εντέρου από συμφύσεις είναι σπάνιος και εκδηλώνεται με κοιλιακή διάταση, πόνους, ναυτία και διαλείπουσα διάρροια.

## I.3. Επιπλοκές από μετεγχειρητικό τραύμα

### I.3.1. Μόλυνση

Είναι συνηθισμένη επιπλοκή με συχνότητα 14<sup>0</sup>/ο μετά από κολε-

κτομή. Το 4<sup>ο</sup>/ο από αυτούς χρειάζεται επανεισαγωγή στο νοσοκομείο.

### I.3.2. Διάσπαση

Η εμφάνιση αυτής της επιπλοκής είναι αποτέλεσμα συνύπαρξης ~~πολλών προδιαθεστικών παραγόντων~~ όπως το είδος της τομής, η τεχνική της σύγκλεισης του τραύματος και τα χρησιμοποιούμενα υλικά, η μόλυνση του τραύματος, η γενική κατάσταση του αρρώστου (διαβήτης, αναιμία κ.τ.λ.). Η διάσπαση του τραύματος διαπιστώνεται με την παρουσία άφθονου οροϋνώδους υγρού στις γάζες και με την προβολή επιπλούς ή εντερικής έλικας διαμέσου της τομής. Η θεραπεία συνίσταται σε επανεγχείριση. Η επούλωση του τραύματος μετά την επανασυρραφή γίνεται πιο γρήγορα από ότι φυσιολογικά, γιατί έχει κινητοποιηθεί η επουλωτική διαδικασία και ήδη υπάρχουν άφθονα επουλωτικά στοιχεία στον τραυματικό κρημό.

### I.3.3. Μετεγχειριτική κοιλιοκήλη

Η επιπλοκή αυτή είναι όψιμη σε όλες τις λαπαροτομίες και η συχνότητα της εμφάνισης της είναι 0,5-3,2<sup>ο</sup>/ο. Το είδος της τομής είναι συχνότερη στις επιμήκεις- η τοποθέτηση παροχετευτικού σωλήνα, η τεχνική σύγκλεισης του τραύματος και η μόλυνση του είναι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της. Οι άρρωστοι με μετεγχειριτικές κοιλιοκήλες είχαν μολυσμένα τραύματα σε ποσοστό 25<sup>ο</sup>/ο.

### I.4. Διάφορες επιπλοκές

Περιλαμβάνονται επιπλοκές που έχουν σχέση με τη λειτουργικότητα του παχέος εντέρου μετά την αφαίρεση των διαφόρων τμημάτων του και είναι:

- α) Συχνότερες κενώσεις.
- β) Διάρροιες.
- γ) Δυσκοιλιοτότητα.

#### I.4.1. Συχνότερες κενώσεις

Οι άρρωστοι έχουν καθημερινά πολλές κενώσεις μισοσχηματισμένες οι οποίες όμως δεν επηρεάζουν τη θρέψη τους, ούτε προκαλούν τοπικό ερεθισμό στο ζαντύλιο. Προκαλούν όμως δυσκολίες στη κοινωνική ζωή του ατόμου. Η ανωμαλία αυτή εξαφανίζεται σιγά σιγά στη διάρκεια 3-6 μηνών. Περιορισμός στα υγρά και το αλάτι μαζί με φάρμακα που επιβραδύνουν την πεπτικότητα του εντέρου, βοηθούν στην αντιμετώπιση της, εκτός αν στο σημείο της αναστόμωσης έχει γίνει τοπική υποτροπή της αρρώστιας ή στένωση. Στη περίπτωση αυτή γίνεται

επανεγχείρηση ή ειδική θεραπεία.

#### I.2.4. Διάρροιες

Η αποβολή υδαρών κοπράνων για 2-3 μήνες μετά την εγχείρηση μπορεί να χαρακτηριστεί σαν παθολογική διάρροια. Η διάγνωση της αιτίας της διάρροιας γίνεται με ενδοσκοπικό, ακτινολογικό και εργαστηριακό έλεγχο.

Σε όσες περιπτώσεις παρουσιάζονται διάρροιες, ενώ πρώτα υπήρχαν φυσιολογικές κενώσεις, μετά από κολεκτομή, θα πρέπει ο γιατρός να σκεφτεί τη φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα ή δηλητηρίαση από τρόφιμα. Το παχύ έντερο που παρέμεινε μετά από την κολεκτομή, έχασε την εφεδρική του ικανότητα να προσαρμόζει τη λειτουργικότητα του και στα μικρότερα ερεθίσματα του υπόλοιπου γαστρεντερικού σωλήνα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση των διαρραιοών. Η ενυδάτωση του αρρώστου μαζί με τα επιβραδυντικά της κινητικότητας του εντέρου και αντιβιοτικά βοηθούν στην καταπολέμηση της διάρροιας. Η χολεστυραμίνη θα δοθεί όταν υπάρχει αφαίρεση της ειλεοτυφλικής βαλβίδας.

#### I.4.3. Δυσκοιλιότητα

Είναι συχνότερη μετά από σιγμοειδεκτομή και οφείλεται πιθανόν σε σπασμό του εντέρου ή σε έλλειψη φυσικής δραστηριότητας του αρρώστου ή σε νευρική κατάστασή του ή σε έλλειψη μάζας κοπράνων στο έντερο. Τα καθαρτικά επιδεινώνουν αυτή την κατάσταση γιατί εμποδίζουν την απορρόφηση υγρών, διευκολύνουν την αποβολή καλίου και αυξάνουν την υπερκινητικότητα του εντέρου. Θεραπευτικά γίνονται χαμηλοί υποκλύσμοι και χορηγούνται φάρμακα που αυξάνουν τη μάζα των κοπράνων. Συστήνεται στους αρρώστους να τρώνε τροφές που αφήνουν πολύ υπόλλειμα.

#### I.5. Ειλεός

Η προώθηση του εντερικού περιεχομένου μπορεί να ανασταλεί όταν παραλύσει το τοίχωμα του εντέρου ή όταν ο αυλός αποφραχθεί από εξωαυλικά ή ενδοαυλικά αίτια. Ο παραλυτικός ειλεός παρατηρείται σχεδόν σε όλους τους αρρώστους που υποβάλλονται σε εγχειρήσεις στην κοιλιακή χώρα. Αποφρακτικός ειλεός μπορεί να συμβεί με απόφραξη του εντερικού αυλού (συστροφή, εγκολεασμός, κήλες) αλλά και με στραγγαλισμό του αντίστοιχου αγγειακού μίσχου (συμφύσεις, φλεγμονή, κήλες).

#### I.6. Επιπλοκές από τις "στομίες"



### Ι.6.Ι. Τυφλοστομίες

Χρησιμοποιούνται ελάχιστα γιατί δεν επιτελούν το σκοπό για τον οποίο έγιναν (απο συμφόρηση και ανακούφιση του παχέος εντέρου) και γιατί έχουν αρκετές επιπλοκές.

### Ι.6.2. Προσωρινές ή ανακουφιστικές κολοστομίες.

Οι κολοστομίες αυτές είναι προσωρινές και συνήθως γίνονται για να εκτρέφουν το περιεχόμενο του παχέος εντέρου από μια περιφερικότερη αναστόμωση (προστασία αυτής) ή από μια διάτρηση. Οι επιπλοκές τους έχουν σχέση με την κατασκευή τους, αλλά ιδιαίτερα με τη σύγκλεισή τους.

Η κατασκευή τους μπορεί να επιπλαιεί με ισχαιμία, γάγγραινα, αιμορραγία, περικολοεκτομικά αποστήματα και πρόπτωση. Η ισχαιμία και η γάγγραινα είναι πολύ ασυνήθιστες επιπλοκές. Η αιμορραγία είναι πιο συνηθισμένη ιδιαίτερα όταν το εντερικό τοίχωμα διανοιγεί 48 ώρες μετά την εγκατάσταση της κολοστομίας. Η επιπλοκή αποφεύγεται με τη χρησιμοποίηση διαθερμίας. Τα αποστήματα σχηματίζονται όταν το εντερικό περιεχόμενο έρθει σε επαφή με τους τραυματικούς κρημνούς της κολοστομίας. Γι' αυτό οι κρημνοί προστατεύονται για 48 ώρες με βαζελινούχες γάζες.

Η σύγκλειση της κολοστομίας αναμφίβολα έχει πολύ περισσότερες επιπλοκές από όντι η κατασκευή της. Πρώτα πρώτα προκαλεί θανάτους που το ποσοστό τους κυμαίνεται από 2-4,5<sup>ο</sup>/ο. Άλλοι αναφέρουν πολύ μικρότερο ποσοστό. Άλλες επιπλοκές είναι: σχηματισμός εντερικών συριγγίων, τοπικών αποστημάτων και μετεγχειρητικών κηλών. Οι τρόποι σύγκλεισης των κολοστομιών είναι δύο ο εδωπεριτοναϊκός και ο ενδοπεριτοναϊκός.

### Ι.6.3. Τελική κολοστομία

α) Άμεσες επιπλοκές: Μία από τις κυριότερες είναι η ισχαιμία του στομίου. Ανάλογα με την έκταση της νέκρωσης του εντέρου γίνεται επανεγχείριση ή όχι. Στένωση του στομίου μπορεί να αντιμετωπιστεί με διαστολή με το δάκτυλο ή με ειδικούς διαστολείς. Σε παχύσαρκους αρρώστους ή όταν η έλικα της κολοστομίας είναι μικρή, μπορεί να γίνει εισρόφηση της κολοστομίας. Αν η εισρόφηση είναι μεγάλη, πρέπει να γίνει επανεγχείριση, διαφορετικά αναπτύσσεται περιτονίτιδα. Φλεγμονή αναπτύσσεται όταν έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία στην περιοχή που έγινε η κολοστομία, αλλά και στο σιγμοειδές.

β) Όψιμες επιπλοκές: Η πιο συχνή είναι η παρακολοστομιακή κήλη,

η οποία τις περισσότερες φορές αναπτύσσεται στους αρρώστους που μετεγχειρητικά παρουσίασαν φλεγμονή γύρω από την κολοστομία. Προκαλεί δυσπεπτικά ενοχλήματα, εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει συστροφή ή απόφραξη του λεπτού εντέρου από συμφύσεις στο σημείο της κήλης.

Πρόπτωση του βλεννογόνου δεν είναι συχνή στις τελικές κολοστομίες. Στένωση σπάνια αναπτύσσεται, όταν η κολοστομία έγινε για καρκίνο του παχέος εντέρου. Αντίθετα όταν έγινε για νόσο του CROHN παρουσιάζει στένωση σε ποσοστό 10<sup>0</sup>/ο.

Στη κολοστομία μπορεί να αναπτυχθεί τοπική υποτροπή του καρκίνου για τον οποίο χειρουργήθηκε ο άρρωστος ή και ανάπτυξη μετάχρονου καρκίνου. Σημαντική επιπλοκή αποτελεί η διάτρηση της κολοστομίας, εότε όταν ο άρρωστος περιποιείται το έντερό του με υποκλυσμούς από την κολοστομία, είτε όταν για έλεγχο γίνεται βαριούχος υποκλυσμός δια της κολοστομίας. Συντηρητική είναι η θεραπεία όταν η διάτρηση είναι εξωπεριτοναϊκή και χειρουργική όταν είναι ενδοπεριτοναϊκή.

## 2.0. ΟΡΘΟ

Οι εγχειρήσεις που γίνονται στο ορθό είναι βαριές και επικίνδυνες, γιατί προκαλούν όχι μόνο τις γενικές επιπλοκές της κάθε βαριάς εγχείρησης, αλλά και γιατί παραθσιάζουν και ειδικές επιπλοκές όπως:

- α) Αιμορραγία.
- β) Από το ουροποιητικό.
- γ) Μόλυνση του περινεϊκού τραύματος.
- δ) Ειλεός.
- ε) Μετεγχειρητικό πόνο στο περίνεο.

### 2.1. Αιμορραγία

Παρουσιάζεται κατά την διάρκεια της εγχείρησης, αμέσως μετά από αυτή ή και μετά από 8-10 μέρες. Αντιμετωπίζεται με πίεση με γάζες και αν δεν σταματήσει με απολίνωση των αγγείων. Αν η αιμορραγία επιμένει γίνεται απολίνωση έσω λαγονίων. Σε όψιμη αιμορραγία πρέπει να γίνει διάσπωση του τραύματος, αφαίρεση των θρόμβων, πλύσιμο της κοιλότητας και πιεστική τοποθέτηση γαζών. Οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες είναι συχνότερες και μεγαλύτερες όταν το ορθό αφαιρείται για φλεγμονώδη πάθησή του ή όταν υπάρχουν συρίγγια ή όταν έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία.

## 2.2. Επιπλοκές από το ουροποιητικό

Οι συνηθέστερες είναι:

- α) Τραυματισμός του ουρητήρα.
- β) Τραυματισμός της ουροδόχου κύστης.
- γ) Τραυματισμός του προστάτη.
- δ) Δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης.
- ε) Σεξουαλική ανικανότητα.

## 2.3. Μόλυνση του περινεϊκού τραύματος

Όταν η αφαίρεση του ορθού γίνει για ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του CROHN η επιπλοκή αυτή είναι πολύ συνηθισμένη. Η τέλεια διάσπαση του τραύματος, ο καθαρισμός της περινεϊκής κοιλότητας, η χρήση τοπικών αντισηπτικών βοηθούν στη γρήγορη κατά δεύτερο σκοπό επούλωση του τραύματος.

## 2.4. Ειλεός

Σε ποσοστό 6-8% μετεγχειρητική διαπιστώνεται αποφρακτικός ειλεός ο οποίος διορθώνεται με εγχείρηση. Συνηθέστερα αναπτύσσεται αμέσως μετά την εγχείρηση, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις κάνει την εμφάνισή του μετά από 1-2 ή και περισσότερα χρόνια. Συνηθέστερη αιτία του είναι οι συμφύσεις, η απόφραξη στον παρακολικό χώρο ή σε άνοιγμα του πυελικού εδάφους, σε συστροφή του εντέρου ή σε μεταστάσεις.

## 2.5. Πόνος στο περίνεο

Προκαλείται από τοπική υποτροπή του όγκου και εκδηλώνεται με δυσουρία, πόνο στο περίνεο, στους γλουτούς, στην οσφύ και κυρίως στην ουλή του περινεϊκού τραύματος. Με τον προσδιορισμό του CEA μπορεί να πιθανολογηθεί η τοπική υποτροπή. Κατά τον GOLIGHER όταν υπάρχει μετεγχειρητικός πόνος σταθερά και χωρίς να έχει διαπιστωθεί όγκος, η καλύτερη θεραπεία είναι η ακτινοβολία. Δεύτερη αιτία του μετεγχειρητικού είναι ο "πόνος του ορθού φάντασμα" (10-68%). Η αιτία είναι άγνωστη, ο δε πόνος εξαφανίζεται με τον καιρό χωρίς θεραπεία.

## 3.0. ΠΡΩΚΤΙΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ

### 3.1. Όγκοι του ορθού χαμηλός

Επιπλοκές σε αυτές τις επεμβάσεις είναι:

- α) Διαταραχή της λειτουργικότητας του πρωκτικού σωλήνα, η οποία αναλαμβάνει σιγά-σιγά με την πάροδο του χρόνου.
- β) Δυσλειτουργία του σφικτηριακού μηχανισμού.
- γ) Μέτρια διάταση του πρωκτικού σωλήνα.

### 3.2. Αιμορροΐδες

Οι διάφορες εγχειρητικές τεχνικές για τη θεραπεία των αιμορροΐδων, μπορεί να προκαλέσουν μια ποικιλία επιπλοκών που έχουν σχέση με την αισθητική και την κινητική λειτουργία του ορθοπρωκτικού σωλήνα.

### 3.3. Παραεδρικά συρίγγια

Η εγχειρητική θεραπεία των συριγγίων προκαλεί βασικά δύο ανωμαλίες: αισθητικές και κινητικές.

### 3.4. Ραγάδες του δακτυλίου

Με τη διαστολή του δακτυλίου, η ραγάδα υποτροπιάζει σε ποσοστό 3<sup>0</sup>/ο, ενώ η ακράτεια διορθώνεται μετά από λίγες μέρες. Με την πλάγια σφιγκτηροτομή, η ραγάδα δεν υποτροπιάζει, ενώ ποσοστό περίπου 1<sup>0</sup>/ο έχει ακράτεια. Η τεχνική αυτή είναι προτιμότερη γιατί με την κλασική σφιγκτηροτομή σχηματίζεται οπή και ουλή του πρωκτικού δακτυλίου, η οποία δεν έχει ευαισθησία και έτσι διευκολύνεται η ακράτεια των υγρών.

## ΙΔ. ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΙ

Ο υποκλυσμός είναι μια νοσηλευτική ενέργεια που διενεργείται συχνά (όπως διαπιστώνουμε από τα προηγούμενα), στο παχύ έντερο. Γι' αυτό παρακάτω αναφέρουμε λίγα λόγια γι' αυτόν.

Υποκλυσμός είναι η εισαγωγή υγρού στο ορθό έντερο.

### Ι.Θ. ΤΥΠΟΙ ΥΠΟΚΛΥΣΜΩΝ

#### Ι.Ι. Ανάλογα με το σκοπό

##### Ι.Ι.Ι. Καθαρτικός υποκλυσμός

Σκοπός του είναι η εκκένωση του περιεχόμενου του εντέρου στις εξής περιπτώσεις:

- α) Δυσκοιλιότητα. Επιτυγχάνεται κένωση του εντέρου λόγω του ότι: διατύνονται τα τοιχώματα του εντέρου μετά την είσοδο του υγρού, ερεθίζονται οι νευρικές απολήξεις από τη χαμηλή ή ψηλή θερμοκρασία του υγρού, και από τις χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στο διάλυμα του υποκλυσμού.
- β) Εκκένωση του εντέρου προεγχειρητικά με σκοπό: να αποφευχθεί η εκκένωση του περιεχομένου του εντέρου πάνω στη χειρουργική τράπεζα, να διευκολυνθούν οι χειρουργοί σε εγχειρήσεις κοιλίας, θώρακα, πύελου, και να αποφευχθεί η δημιουργία αερίων στο έντερο, λόγω σήψης του περιεχομένου του.
- γ) Προετοιμασία του εντέρου για φαρμακευτικό ή θεραπευτικό υποκλυσμό και για διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις.
- δ) Απομάκρυνση τοξικών ουσιών που κυκλοφορούν στον οργανισμό στη διάρκεια μολυσματικών παθήσεων, με σκοπό να μην απορροφηθούν από τον οργανισμό.

Τα διαλύματα που χρησιμοποιούνται είναι: νερό, φυσιολογικός ορός, σαπουνούχο νερό, γλυκερίνη με νερό, χαμομήλι κ.ά. Ποσότητα του υγρού είναι 200-1500 κ.εκ. Η θερμοκρασία του είναι 38-39°C.

##### Ι.Ι.2. Φαρμακευτικός υποκλυσμός

Μέσω αυτού χορηγούνται στον άρρωστο φάρμακα που δεν μπορούν να δωθούν από το στόμα, που καταστρέφονται από τα πεπτικά υγρά, που δεν μπορούν να συγκρατηθούν λόγω εμέτων, που έχουν τοπική ενέργεια και που είναι επιθυμητή η γρήγορη δράση τους.

Το φάρμακο διαλύεται σε υγρό ποσότητας 150-300 κ.εκ. περίπου και θερμοκρασίας 38°C. Προηγείται καθαρτικός υποκλυσμός και μετά μία ώρα γίνεται ο φαρμακευτικός. Το υγρό πέφτει αργά, γι' αυτό

λέγεται και σταγονόκλυσμα.

### 1.1.3. Υπερτονικός υποκλυσμός

Έχει σκοπό να απαλλάξει το έντερο από τα αέρια. Το υγρό που χρησιμοποιείται είναι διάλυμα χλωριούχου νατρίου μέσα σε νερό, σε αναλογία 25-35<sup>ο</sup>/ο. Η ποσότητά του είναι 300-1500 κ.εκ. και η θερμοκρασία του 38-39<sup>ο</sup>C.

### 1.2. Ανάλογα με το ποσό

#### 1.2.1. Μικρός υποκλυσμός

Μπορεί να είναι καθαρτικός, φαρμακευτικός και θεραπευτικός. Συνιστάται σε μικρά παιδιά, στους καρδιοπαθείς, στις εγκύους, σε πολύ ηλικιωμένα άτομα, σε φλεγμονές του εντέρου, μετεγχειρητικά σε εγχείρησεις κοιλίας, πυέλου κ.ά. Το ποσό του υγρού είναι 150-500κ.εκ. και η θερμοκρασία του 37-38<sup>ο</sup>C.

#### 1.2.2. Μεγάλος υποκλυσμός

Είναι καθαρτικός ή υπερτονικός. Η ποσότητα του υγρού είναι 500-1500 κ.εκ. και η θερμοκρασία του 38-39<sup>ο</sup>C.

### 1.3. Ανάλογα με τη θερμοκρασία

#### 1.3.1. Ψυχρός υποκλυσμός

Έχει σκοπό τη μείωση της θερμοκρασίας του σώματος και τη χάλυση του νευρικού συστήματος. Το υγρό του υποκλυσμού είναι νερό. Η ποσότητα του είναι 500-2000κ.εκ. και η θερμοκρασία του 15-25<sup>ο</sup>C.

#### 1.3.2. Χλιαρός υποκλυσμός

Εδώ περιλαμβάνονται όλοι οι προηγούμενοι εκτός από τους ψυχρούς.

#### 1.3.3. Θερμός υποκλυσμός

Σκοπός του είναι η επίσπαση και η έμεση αιμόσταση. Η ποσότητα του υγρού, που είναι νερό, είναι 500-100κ.εκ. Η θερμοκρασία του είναι 39-42<sup>ο</sup>C. Σήμερα δε χρησιμοποιείται.

## 2.0. ΔΚΤΕΛΑΒΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΥ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΥ

### 2.1. Δίσκος καθαρτικού υποκλυσμού

- α) Καταλιονητήρας με τα εξαρτήματα του.
- β) Ρόγχοι.
- γ) Βαζελίνη.
- δ) Εάφα με τολύπια βάμβακος.
- ε) Νεφροειδές.
- στ) Τετράγωνο και αδιάβροχο αλλαγών.
- ζ) Σκωραμίδα.

η) Σωλήνες αερίων.

θ) Δίσκος τοπικής καθαριότητας σε περίπτωση που ο άρρωστος είναι κλινήρης.

ι) Παραβάν.

## 2.2. Τρόπος εργασίας

Ο άρρωστος τοποθετείται σε ύπτια ή πλάγια θέση. Αφαιρείται το ένα μαξιλάρι. Τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών και αδιάβροχο κάτω από τους γλουτούς. Ο άρρωστος κάμπει τους μηρούς. Αφαιρείται ο αέρας από το σωλήνα, προσαρμόζεται το ρύγχος στη στρόφιγγα και επαλείφεται με βαζελίνη. Τοποθετείται το ρύγχος μέσα στο απευθυ-  
σμένο, ενώ ο καταινεωνητήρας υψώνεται μισό μέτρο από το στρώμα. Συμβουλεύεται ο άρρωστος να αναπνέει και παροτρύνεται να κρατήσει το υγρό όσο το δυνατό περισσότερο. Μετά την είσοδο του υγρού κλεί-  
νεται η στρόφιγγα και αφαιρείται το ρύγχος. Τακτοποιείται ο άρρω-  
στος. Σε περίπτωση που ο υποκλυσμός γίνεται σε ύπτια θέση, πριν απ' αυτόν τοποθετείται σκωραμίδα. Παρακολουθείται το αποτέλεσμα και αναγράφεται η νοσηλεία. Μετά τον υποκλυσμό ακολουθεί τοπική καθαριότητα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. - ΑΣΠΙΩΤΗ ΝΙΚΟΛΑΟΥ: Ανθρωπολογία-ΟΕΔΒ Αθήνα 1979 (Β' Λυκείου).
2. - ΓΑΡΔΙΚΑ Κ.Δ.: Ειδική Νοσολογία-Επιστ. Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1984.
3. - GOLIGHER G.C.: SURGERY OF THE ANUS RECTUM AND COLON FORTH EDITION BAILLIERE TENDALL, LONDON 1980.
4. - GUYTON A.M.D.: Φυσιολογία του ανθρώπου- Πρόλογος, επιμέλεια ελλ. έκδοσης Η. Κούβελας. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
5. - "Ιατρική" Περιοδικό: Μάρτιος 1981, Τόμος 39, Τεύχος 3. Μετεγχειρητικές επιπλοκές Β΄.
6. - ΜΑΔΕΝΑ - ΠΥΡΓΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ: Σημειώσεις Παραδόσεων Φυσιολογίας (Πεπτικού και ουροποιητικού συστήματος). Ιατρική Σχολή Α. Π. Θ.
7. - MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA: Γαστρεντερολογία Ιανουάριος 1978  
Επιστημονική Επιμέλεια:  
HENRY D. SANOWITZS M.D.  
W.B. SAUNDERS COMPANY.  
PHILADELPHIA.
8. - ΜΙΧΑΗΛ Γ. ΣΩΤΗΡΙΟΥ: Ιστολογία- Εκδόσεις Εγνατία 1982
9. - MOORE ΚΕΙΤΗ: Βασική Εμβρυολογία Και Συγγενείς Ανωμαλίες Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
10. - ΜΟΥΣΟΥΡΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α.: Σημειώσεις Χειρουργικής Νοσηλευτικής Δ' Εξάμηνο ΤΕΙ Πάτρας.
11. - ΜΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: Σημειώσεις Νοσηλευτικής Β' Εξάμηνο ΤΕΙ Πάτρας
12. - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ: Κλινική Ογκολογία- Με τη συνεργασία ελλ. ειδικών και της U.I.C.C., 1981.
13. - ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Β.Α.: Εγχειρήδιο Χειρουργικής Των Παίδων Και Ορθοπεδικής- Εκδοτικός Οίκος ΑΦΟΙ Η. Σακκουλά, Θεσσαλονίκη- Αθήνα 1976.
14. ΠΕΤΡΟΥ Γ. Μ.: Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής.
15. - ΡΗΓΑ ΑΝΑΣΤ. Μ.: Χειρουργικές Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος Αλγοριθμικοί Πίνακες- Εκδόσεις Λίτσας 1983.



16. - ΣΑΒΒΑ ΑΛ.: Ανατομική του ανθρώπου - Εκδοτικός Οίκος Ωμέγα,  
Θεσσαλονίκη 1974.
17. - ΣΑΚΙΝΗΣ ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA  
ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ : Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική  
Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 2ος,  
Μέρος Β' - Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.
18. - SNELL R.S.: Κλινική Ανατομική, Πάτρα 1981.
19. - ΤΟΥΝΤΑ Κ.Ι.: Επίτομος Χειρουργική - Επιστημονικές Εκδόσεις  
Παρισιάνος 1977.
20. - ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ.

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
<b>A. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</b>	<b>3</b>
<b>1.0. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>3</b>
1.1. Συγγενείς ανωμαλίες του παχέος εντέρου	4
<b>2.0. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>6</b>
<b>3.0. ΑΝΑΤΟΜΙΑ</b>	<b>8</b>
3.1. Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου	16
3.1.1. Εξωτερικά χαρακτηριστικά	16
3.1.2. Εσωτερικά χαρακτηριστικά	17
3.2. Διαφορές ανάμεσα στο παχύ και το λεπτό έντερο	17
3.2.1. Εξωτερικές διαφορές	17
3.2.2. Εσωτερικές διαφορές	17
<b>4.0. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>18</b>
4.1. Κινητικότητα του παχέος εντέρου	19
4.2. Βακτηριακή χλωρίδα	19
4.3. Κόπρανα και κένωση	20
4.4. Λειτουργικές διαφορές ανάμεσα στο λεπτό και το παχύ έντερο	21
<b>B. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ</b>	<b>22</b>
<b>1.0. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ</b>	<b>22</b>
<b>2.0. ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ</b>	<b>22</b>
2.1. Κολονοσκόπηση	22
2.1.1. Ενδείξεις κολονοσκόπησης	23
2.1.2. ΝΟΣΗΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ αρρώστου πριν και κατά την κολονοσκόπηση	24
2.1.3. ΝΟΣΗΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ μετά την κολονοσκόπηση	24
2.2. Πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση	28
2.2.1. ΝΟΣΗΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ πριν, κατά και μετά την πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση	28
<b>3.0. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>29</b>
3.1. Από του στόματος πνευμονόλο (ΝΟΣΗΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ)	29
3.2. Βαριούχος υποκυσμός (ΝΟΣΗΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ)	30
<b>Γ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</b>	<b>31</b>
<b>1.0. ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>31</b>

	Σελίδα
I.1. Αίτια της δυσκοιλιότητας	31
I.2. Θεραπεία	32
I.2.1. Επαναφορά της κανονικής κένωσης	32
I.2.2. Δίαιτα	32
I.2.3. Σωματική άσκηση	33
I.2.4. Καθαρτικά	33
I.2.5. Υποκλυσμοί	34
2.0. ΚΟΠΡΟΣΤΑΣΗ	34
2.1. Αίτια	34
2.2. Διάγνωση	35
2.3. Θεραπεία	35
3.0. ΑΕΡΙΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ (ΦΥΣΕΣ)	35
3.1. Θεραπεία	36
4.0. ΔΙΑΡΡΟΙΑ	36
4.1. Τύποι διάρροιας	37
4.2. Αίτια	37
4.3 Διάγνωση	38
4.4. Θεραπεία	38
5.0. ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ	40
5.1. Διάγνωση	41
5.2. Θεραπεία	41
6.0. ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΟΛΟΥ	42
6.1. Κλινική εικόνα	42
6.2. Επιπλοκές	43
6.3. Διάγνωση	44
6.4. Θεραπεία	44
7.0. ΜΕΓΑΚΟΛΟ	46
7.1. Συγγενές megacolon	46
7.2. Επίκτητο megacolon	47
7.2.1. Επίκτητο megacolon των παιδιών	47
7.2.2. Megacolon των ενηλίκων	47
7.2.3. Τοξικό megacolon	48
Δ. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	49
I.0. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN	49
I.1. Κλινική εικόνα	49
I.2. Διάγνωση	50
I.3. Διαφορική διάγνωση	50
I.4. Θεραπεία	50

	Σελίδα
I.4.1. Χειρουργική θεραπεία	50
I.4.2. Συντηρητική θεραπεία	51
2.0. ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	51
2.1. Κλινική εικόνα	52
2.2. Εργαστηριακά ευρήματα	53
2.3. Διαφορική διάγνωση	53
2.4. Επιπλοκές	53
2.4.1. Τοπικές	53
2.4.2. Γενικές	54
2.5. Πρόγνωση	54
2.6. Θεραπεία	54
2.6.1. Συντηρητική θεραπεία	55
2.6.2. Χειρουργική θεραπεία	55
3.0. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN	56
4.0. ΠΛΗΡΗΣ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (Ελκώδης κολίτιδα, νόσος του CROHN)	57
5.0. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΑΠΟ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (Ελκώδης κολίτιδα, νόσος του CROHN)	59
5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ κατά την τήρηση πλήρους παρεντερικής διατροφής	59
5.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ κατά τη χρησιμοποίηση τυποποιημένης δίαιτας από το στόμα	60
5.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ σε περίπτωση χειρουργικής θεραπείας σε ελκώδη κολίτιδα και νόσο του CROHN	60
5.4. Φροντίδα της ειλεοστομίας και άδειασμα του σάκου	61
5.4.1. Δίσκος φροντίδας ειλεοστομίας	61
5.4.2. Φροντίδα του στομίου	61
5.4.3. Άδειασμα του σάκου	62
5.5. Φροντίδα της κολοστομίας	63
5.5.1. Δίσκος αλλαγής κολοστομίας	64
5.5.2. Φροντίδα του στομίου	64
5.5.3. Πλύση κολοστομίας	65
5.6. Εξόδος από το νοσοκομείο, του αρρώστου με κολοστομία ή ειλεοστομία	67
6.0. ΔΥΣΒΑΤΕΡΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	69
6.1. Πρωτοπαθής φυματίωση του εντέρου	69
6.2. Δευτεροπαθής φυματίωση του εντέρου	69

7.0. ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	69
8.0. ΨΕΥΔΟΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	70
<b>Ε. ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</b>	72
1.0. ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	72
2.0. ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	72
2.1.1. Οικογενής πολύπωση του παχέος εντέρου	72
2.1.2. Σύνδρομο GARDNER	72
2.2. Σύνδρομο MUTZ- JEGHORS	73
2.3. Μονήρεις πολύποδες παχέος εντέρου	73
2.4. Κατηγορία πολυπόδων παχέος εντέρου	73
2.5. Θεραπεία	74
3.0. ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	74
3.1. Αιτιολογία	74
3.2. Επιδημιολογία	74
3.3. Παθολογική ανατομική	75
3.4. Μορφές καρκινωμάτων	75
3.4.1. Μακροσκοπικά	75
3.4.2. Μικροσκοπικά	76
3.4.3. Κλινικά	76
3.4.4. Παθολογοανατομικά	76
3.4.5. Κατά BRODERS	77
3.5. Διασπορά ή επέκταση	77
3.6. Κλινική εικόνα	78
3.6.1. Καρκίνος του δεξιού κόλου	78
3.6.2. Καρκίνος του εγκάρσιου κόλου	79
3.6.3. Καρκίνος του αριστερού κόλου	79
3.6.4. Καρκίνωμα του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς	80
3.7. Διάγνωση	80
3.8. Διαφορική διάγνωση	81
3.9. Πρόγνωση	81
3.10. Θεραπεία	82
4.0. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	84
4.1. Προβλήματα του καρκινοπαθούς	84
4.2. Σκοποί της φροντίδας	85
4.3. Προεγχειρητική προετοιμασία	85
4.3.1. Γενική προετοιμασία	85
4.3.2. Τοπική προετοιμασία	86
4.3.3. Τελική προετοιμασία	86

4.4. Μετεγχειρητική φροντίδα	86
4.4.1. Γενική μετεγχειρητική φροντίδα	86
4.4.2. Ειδική μετεγχειρητική φροντίδα	86
ΣΤ. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ	88
<del>1.0. ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΣ</del>	88
1.1. Οξεία σκωληκοειδίτις	88
1.1.1. Παθολογοανατομία	88
1.1.2. Κλινική εικόνα	88
1.1.3. Διαφορική διάγνωση	89
1.1.4. Πρόγνωση και θεραπεία	89
1.2. Υπόξεία σκωληκοειδίτις	90
1.3. Χρόνια σκωληκοειδίτις	90
22.0. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ	90
2.1. Καρκινώματα και λεμφοσαρκώματα	91
Ζ. ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ	92
1.0. ΟΞΥΣ ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ	92
1.1. Εντόπιση και είδη εγκολεασμού	92
1.2. Κλινική εικόνα	93
1.3. Διάγνωση και θεραπεία	94
2.0. ΥΠΟΞΗΣ ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ	95
Η. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΗΠΕΠΤΙΚΟ	96
Θ. ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	98
1.1. Αίτια	98
1.2. Κλινική εικόνα	98
1.3. Διαγνωστικές εξετάσεις	98
1.4. Διαφορική διάγνωση	99
1.5. Επιπλοκές	99
1.6. Θεραπεία	99
Ι. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΚΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ	100
1.0. ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ	100
1.1. Εσωτερικές αιμορροΐδες	100
1.1.1. Αιτιολογία	100
1.1.2. Κλινική εικόνα	101
1.1.3. Επιπλοκές	101
1.1.4. Θεραπεία	102
1.2. Εξωτερικές αιμορροΐδες	102
2.0. ΡΑΓΑΣ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ	103
3.0. ΚΝΗΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ	104
4.0. ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ	104

4.1. Πολλαπλά συρίγγια	
5.0. ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ	106
6.0. ΠΡΩΚΤΙΚΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	107
7.0. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΕΣ ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ	108
7.1. Τραυματικές	108
7.2. Φλεγμονώδεις	108
8.0. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ	109
ΙΑ. ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΠΡΩΚΤΟΚΟΛΙΤΙΔΑ	110
ΙΒ. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	111
1.0. ΡΗΞΗ ΠΑΧΕΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	111
2.0. ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ	111
3.0. ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ	111
4.0. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	111
ΙΓ. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ	
ΣΤΟ ΟΡΘΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΡΩΚΤΙΚΟ ΣΩΜΑΤΑ	113
1.0. ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ	113
1.1. Αιμορραγία	113
1.2. Επιπλοκές από την αναστόμωση	114
1.2.1. Διαφυγή	115
1.2.2. Απόφραξη	115
1.2.3. Αιμορραγία	116
1.2.4. Μη ειδική κολίτιδα	116
1.2.5. Στένωση	116
1.2.6. Συμφύσεις	116
1.3. Επιπλοκές από το εγχειρητικό τραύμα	116
1.3.1. Μόλυνση	116
1.3.2. Διάσπαση	117
1.3.3. Μετεγχειρητική κοιλιοκήλη	117
1.4. Διάφορες επιπλοκές	117
1.4.1. Συχνότερες κενώσεις	117
1.4.2. Διάρροιες	118
1.4.3. Δυσκοιλιότητα	118
1.5. Εβλεός	118
1.6. Επιπλοκές από τις στομές	118
1.6.1. Τυφλοστομίες	119
1.6.2. Προσωρινές ή ανακουφιστικές κολοστομίες	119
1.6.3. Τελική κολοστομία	119
2.0. ΟΡΘΟ	120
2.1. Αιμορραγία	120

	Σελίδα
2.2. Επιπλοκές από το ουροποιητικό	I2I
2.3. Μόλυνση του περινεϊκού τραύματος	I2I
2.4. Ειλεός	I2I
2.5. Πόνος στο περίνεο	I2I
3.0. ΠΡΩΚΤΙΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ	I2I
3.1. Ογκοί του ορθού χαμηλοί	I2I
3.2. Αιμορροΐδες	I22
3.3. Παραεδρικά συρίγγια	I22
3.4. Ραγάδες δακτυλίου	I22
ΙΑ. ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΙ	I23
I.0. ΤΥΠΟΙ ΥΠΟΚΛΥΣΜΩΝ	I23
I.1. Ανάλογα με το σκοπό	I23
I.1.1. Καθαρτικός υποκλυσμός	I23
I.1.2. Φαρμακευτικός υποκλυσμός	I23
I.1.3. Υπερτονικός υποκλυσμός	I24
I.2. Ανάλογα με το ποσό	I24
I.2.1. Μικρός υποκλυσμός	I24
I.2.2. Μεγάλος υποκλυσμός	I24
I.3. Ανάλογα με τη θερμοκρασία	I24
I.3.1. Ψυχρός υποκλυσμός	I24
I.3.2. Χλιαρός υποκλυσμός	I24
I.3.3. Θερμός υποκλυσμός	I24
2.0. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΥ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΥ	I24
2.1. Δίσκος καθαρτικού υποκλυσμού	I24
2.2. Τρόπος εργασίας	I25
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	I26
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	I28