

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ - ΕΡΕΥΝΑ

«ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ»



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Dc ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΣΚΙΑΔΑ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ
ΣΚΟΡΔΙΛΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Πάτρα , Μάιος 1996

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1917
------------------------	------

«ουκ εΐη δυνατόν ιατρικήν ειδέναι, όστις μη οΐδεν,
ότι εστίν άνθρωπος, αλλά τούτο δει καταμαθείν τον
μέλλοντα ορθώς θεραπεύειν τας ανθρώπας»

Ιπποκράτης

«Σαν χτες ακόμη, θυμάμαι την πρώτη μου μέρα στον μεγάλο διάδρομο του ΤΕΙ, την αγωνία και την περιέργειά μου μαζί, να γνωρίσω κάθε του γωνιά και να αποδείξω πρώτα στον εαυτό μου και έπειτα στους γονείς και στους καθηγητές μου ότι άξιζα αυτή την ευκαιρία .

Και να που σήμερα ... τέσσερα χρόνια μετά, αφήνω αυτό το κομμάτι της ζωής μου και αναγκάζομαι να προχωρήσω μπροστά, έχοντας γίνει πια, πιο δυνατή και πιο ώριμη από πριν ...»

Ευχαριστούμε πολύ όλους εσάς, που μας στηρίξατε αυτά τα δύσκολα φοιτητικά χρόνια και μας βοηθήσατε να γίνουμε Νοσηλεύτριες με Γνώσεις και Συνείδηση²!

Ευχαριστούμε θερμά, τους γονείς μας, που έμειναν δίπλα μας και σε αυτή τη φάση της ζωής μας!

Αυτή η Εργασία είναι Αφιερωμένη σε Σας!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	8
3. ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΕΞΕΛΙΞΗ.....	13
4. ΕΠΙΠΤΩΣΗ - ΕΝΤΟΠΙΣΗ.....	15
5. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	17
6. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.....	20
7. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ.....	24
8. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	39
9. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	41
10. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	42
11. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	61
12. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	67
- Διαγνωστικές εξετάσεις.....	68
- Νοσηλευτική παρέμβαση.....	69
13. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	75
14. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	76
- Συντηρητική θεραπεία- Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	77
- Χειρουργική θεραπεία - Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	90
- Σύνδρομα χειρουργημένου στομάχου.....	97
15. ΠΑΙΔΙΚΟ ΕΛΚΟΣ.....	107

16.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ.....	111
- Αιμορραγία.....	111
- Διάτρηση πεπτικού έλκους.....	115
- Σύνδρομο καταναλωτών γάλακτος του Burnett.....	116
- Πυλωρική στένωση.....	117
- Κακοήθης εξαλλαγή.....	118
17.ΣΥΝΔΡΟΜΑ - ΣΠΑΝΙΕΣ ΝΟΣΟΙ.....	119
- Σύνδρομο Zollinger- Ellison.....	119
- Φιλούμενα έλκη του Moynihan.....	121
- Προπυλωρικά γαστρικά έλκη.....	122
- Επίμονα έλκη.....	122

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	124
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	127
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	180
4. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	187
5. SUMMARY.....	188
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	189
7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I	
8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II	
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εξετάζοντας κανείς τις διαφημίσεις των εφημερίδων μπορεί να πάρει μια καλή ιδέα για το ποιες είναι οι πιο διαδεδομένες παθήσεις της εποχής - ιδιαίτερα τα πεπτικά προβλήματα αποτελούν μια πολύ επικερδή επένδυση για τις σύγχρονες φαρμακοβιομηχανίες. Σύμφωνα με τις στατιστικές, ένα περίπου άτομο στα δέκα υποφέρει από κάποια πάθηση του πεπτικού συστήματος, ενώ οι πιο σοβαρές απ' αυτές, όπως τα γαστρικά και δωδεκαδακτυλικά έλκη, γίνονται πιο πολλές μέρα με τη μέρα. Αυτές οι οδυνηρές και επικίνδυνες παθήσεις, κατατάσσονται τώρα ανάμεσα στις μεγαλύτερες μάστιγες της σύγχρονης εποχής. (1)

Γι' αυτό κι εμείς αποφασίσαμε να κάνουμε μια εργασία για το πεπτικό έλκος. Σκοπός της εργασίας μας είναι να μελετηθούν οι σχέσεις των παραγόντων που θεωρούνται προδιαθεσικοί για την εμφάνιση του έλκους με την νόσο και να ερευνηθούν οι γνώσεις του γενικού πληθυσμού, καθώς και του ειδικού πληθυσμού των ελκοπαθών, σχετικά με τους παράγοντες αυτούς.

Επίσης ως νοσηλευτές έχουμε χρέος να διαφωτίσουμε τον πληθυσμό, με στόχο την πρόληψη του πεπτικού έλκους στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η εμφάνιση του πεπτικού έλκους είναι δύσκολο να προβλεφθεί, γιατί συχνά το έλκος είναι ασυμπτωματικό. Τον 19ο αι το γαστρικό έλκος ήταν το πιο συχνό από τα πεπτικά έλκη ιδιαίτερα στις γυναίκες. Τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα, βασίζονται σε εξετάσεις πληθυσμών και εισαγωγές στα νοσοκομεία, σε εγχειρήσεις και αριθμούς θνησιμότητας. Μια ένδειξη για το γαστρικό έλκος μας δόθηκε από τη μελέτη του Bonpennie στο δήμο Κοπεγχάγης. Αυτή η περιοχή έχει έναν αρκετά στατικό πληθυσμό - περίπου μισό εκατομμύριο - και μεταξύ του 1963 - 1968 το ετήσιο ποσοστό νεοδιαγνωσθέντων γαστρικών ελκών ήταν 0,31%. Η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν 11:1.

Παρόμοιες μελέτες σε άλλες χώρες έδωσαν μια κλίμακα ετησίων προσβολών μεταξύ 0,3% - 0,45%. Στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη το γαστρικό έλκος προσβάλλει τους μισούς απ' ότι το δωδεκαδακτυλικό. Παρ' όλα αυτά στην Ιαπωνία το γαστρικό έλκος παρουσιάζεται 5-10 φορές πιο συχνά απ' ότι το 12/δακτυλικό.

Η παρουσία γαστρικού έλκους ποικίλει επίσης μεταξύ γεωγραφικών περιοχών, όπως για παράδειγμα, εμφάνιση περισσότερων περιστατικών στη Βόρεια Ινδία απ' ότι στη Νότια και στη Νότια Νέα Ουαλία σε σύγκριση με τη Βικτόρια στην Αυστραλία. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια καμπή στο ποσοστό των εισαγωγών στα νοσοκομεία για 12/δακτυλικό έλκος, ενώ

το αντίστοιχο ποσοστό για το γαστρικό πέφτει πιο αργά.²

Γενικά το μέγεθος του πεπτικού έλκους μπορούμε να πούμε ότι εσικρύνθει κατά πενήν μόλις την τελευταία δεκαετία, με την σημαντική βελτίωση δύο συνιστωσών που συνέβαλλαν στην σοβαρότητά του: αυτές οι δύο συνιστώσες είναι η ακριβέστερη διαγνωστική προσπέλαση, με τη βελτίωση και καθιέρωση της γαστροσκοπήσεως και η εισαγωγή στην θεραπευτική αντιμετώπισή του, των αναστολέων H₂ υποδοχέων της ισταμίνης.³

Το ποσοστό θνησιμότητας από γαστρικό έλκος στις Η.Π.Α. έπεσε επίσης από 2,2 σε 1,6 στις 10.000 στους άνδρες, δηλαδή επήλθε μείωση 28% και από 1,3 σε 1,1 στις γυναίκες, δηλ. επήλθε μείωση 15%.²

Οι έρευνες που έχουν γίνει για την επανεμφάνιση του έλκους σε ασθενείς που έχουν ήδη προσβληθεί μια φορά στη ζωή τους, δείχνουν ότι τα 4/5 των ασθενών που εμφανίζουν 12/δακτυλικό έλκος θα υποφέρουν από επαναπροσβολές στη διάρκεια της ζωής τους και το 1/5 θα έχει κάποια επιπλοκή συμπεριλαμβανομένων της αιμορραγίας, πυλωρικής απόφραξης ή διάτρησης.

Τα περισσότερα έλκη αφορούν ασθενείς στην ηλικία που εργάζονται δηλ. μεταξύ 18 και 65 χρονών. Η προσβολή του γαστρικού έλκους αυξάνεται με την ηλικία και φτάνει στο απόγειο μεταξύ της 7ης δεκαετίας.

Ενώ παλιά είχε αναφερθεί ότι οι άνδρες είχαν έλκος διπλάσιες φορές από τις γυναίκες, τα τελευταία νούμερα από το Εθνικό Κέντρο για Στατιστικές Υγείας, δείχνουν ότι η αναλογία ανδρών - γυναικών έχει περίπου εξομοιωθεί, με εξαίρεση το 12/δακτυλικό έλκος στο οποίο υπερτερούν οι άνδρες.

Το πεπτικό έλκος είναι επικρατές όπως η κήλη και οι λειτουργικές διαταραχές του εντέρου και τρεις φορές πιο συχνό από την ασθένεια της χοληδόχου κύστης. Μεταξύ των γαστρεντερολογικών παθήσεων το πεπτικό έλκος είναι μικρότερη αιτία θανάτου -περίπου 6.000 το χρόνο- σε αντίθεση με τον καρκίνο στο γαστρεντερικό - πάνω από 100.000 το χρόνο - ή τη χρόνια πάθηση ήπατος -περίπου 30.000 το χρόνο - και υπερβαίνει τους θανάτους από πέτρα στη χολή με διαφορά 100%. Το ποσοστό θανάτων από πεπτικό έλκος στις Η.Π.Α. πέφτει σταθερά και έχει μειωθεί κατά 50% μεταξύ 1975-76.²

Οι μελέτες και οι έρευνες που έχουν γίνει για το πεπτικό έλκος αναφέρονται κυρίως στους ενήλικες. Όμως δεν πρέπει να ξεχνάμε και την εμφάνιση πεπτικού έλκους σε παιδιά. Σύμφωνα με το δελτίο της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Παν/μίου Αθηνών, μελετήθηκαν σε 67 παιδιά ηλικίας από 1 έως 14 χρονών που νοσηλεύτηκαν στην 12ετία μεταξύ 1971-1982. Με παιδικό έλκος διαγνωσμένο αναλογικά σε 58 παιδιά (ποσοστό 86,5%) το έλκος εντοπιζόταν στο 12/δακτυλο και σε 9 (ποσοστό 13,5%) στο στομάχι. Το διάστημα που

μεσολάβησε από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι τη διάγνωση, κυμάνθηκε από 3 ημέρες έως 4 χρόνια.

Τυπική συμπτωματολογία έλκους είχαν μόνο 21 παιδιά (ποσοστό 31%). Άτυπα κοιλιακά άλγη 27 παιδιά (ποσοστό 40%) Εμετοί υπήρχαν σε 19 περιπτώσεις (ποσοστό 28%) , ενώ 9 παιδιά (ποσοστό 28%) είχαν αιμορραγία από το πεπτικό σαν μοναδική εκδήλωση της νόσου. Επιβαρημένο ιστορικό έλκους είχαν 32 παιδιά (ποσοστό 48%).

Η θεραπεία ήταν συντηρητική και μόνο δύο παιδιά υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση γιατί είχαν επανειλημμένες αιμορραγίες. Προκειμένου να διερευνηθούν τα αίτια, τα συμπτώματα και οι προδιαθεσικοί παράγοντες του έλκους έχουν γίνει κατά καιρούς πολλές μελέτες και έρευνες.

Ενδιαφέρουσα έρευνα είναι για τη μελέτη του Πεψιγόνου ως δείκτης κινδύνου των παθήσεων του στομάχου και της εξέλιξης αυτών. Προκειμένου να εκτιμηθεί η κλινική σημασία του πεψιγόνου του πλάσματος μελετήθηκαν με τη μέθοδο κατά Edwards 54 ασθενείς με έλκος του βολβού του 12/δακτύλου, 3 με πολλαπλό έλκος, 12 με δυσπεψία χωρίς έλκος, 3 με ατροφική γαστρίτιδα και χρησιμοποιήθηκαν 90 άτομα ως μάρτυρες. Η μέση τιμή που διαπιστώθηκε ήταν πιο υψηλή στους ελκοπαθείς ($x=738,94$ MU TYROSINE), σε σχέση με αυτούς που είχαν δυσπεπτικά ενοχλήματα χωρίς έλκος ($x=428,58$ MU) και στους μάρτυρες ($x=555,84$). Διαπιστώθηκε μεγάλη διακύμανση στις επιμέρους τιμές του πεψιγόνου σε όλες τις ομάδες και

μεγάλη αλληλοεπικάλυψη των τιμών μεταξύ των ομάδων. Το ποσοστό ωστόσο των παθολογικών τιμών πεψιγόνου υπήρξε σαφώς υψηλότερο στην ομάδα των ελκοπαθών σε σχέση με τις άλλες ομάδες. Στην ομάδα των ελκοπαθών διαπιστώθηκε μια σημαντική διακύμανση των τιμών, ανάλογα με τη φάση της εξέλιξης της νόσου. Έτσι οι μέσες τιμές στη φάση του παροξυσμού ($x=744,92$ MU) ήταν σημαντικά πιο υψηλές από τις τιμές της φάσης της ύφεσης ($x=536,55$ MU). Ακόμη όσους από τους ελκοπαθείς παρουσίασαν γαστρορραγία ($x=926,19$ MU), βρέθηκε να έχουν τιμές που πλησίαζαν το διπλάσιο των τιμών της ύφεσης. Υψηλές τιμές επίσης παρατηρήθηκαν στις περιπτώσεις πολλαπλών ελκών. Χαμηλές τιμές διαπιστώθηκαν σε όσους είχαν υποβληθεί σε διατομή του πνευμονογαστρικού ($x=476,61$ MU) και στις περιπτώσεις με ατροφική γαστρίτιδα ($x=170,66$ MU).

Ενδιαφέρουσα επίσης ερευνητική εργασία είχε γίνει σε μια σειρά από 317 ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών που χειρουργήθηκαν για γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος κατά την περίοδο Ιανουαρίου 1969 έως Δεκεμβρίου 1983. Οι ασθενείς αυτοί αντιπροσωπεύουν το 29,3% ενός συνόλου 1.082 ασθενών που χειρουργήθηκαν την ίδια περίοδο για το ίδιο νόσημα.

Η αναλογία ανδρών - γυναικών για όλες τις ηλικίες ήταν 4,3: 1. Ο αριθμός των δωδεκαδακτυλικών ελκών ήταν κάτι περισσότερο από διπλάσιος των γαστρικών (2,3:1) στους ασθενείς άνω των 60 ετών, ενώ ήταν τετραπλάσιος στους νεότερους.

Η χειρουργική θεραπεία που εφαρμόστηκε προκειμένου για τα δωδεκαδακτυλικά έλκη ήταν η βαγοτομή μαζί με μία παροχετευτική επέμβαση και για τα γαστρικά η ευρεία γαστρεκτομή. Η εγχειρητική θνησιμότητα επί ασθενών άνω των 60 ετών, ήταν σημαντικά υψηλότερη εκείνης των νεοτέρων, πράγμα που οφείλεται κυρίως στην πολύ υψηλή θνησιμότητα των ηλικιωμένων κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις.⁴

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΕΞΕΛΙΞΗ

Πεπτικό έλκος είναι η εξέλκωση κάποιας περιοχής του βλεννογόνου του στομάχου ή του δωδεκαδάκτυλου, από την πεπτική δράση του γαστρικού υγρού.⁵ Ενώ η διάβρωση είναι μια επιφανειακή βλάβη που φθάνει μέχρι τον βλεννογόνο, το έλκος είναι ένα έλλειμμα που μερικές φορές μπορεί να διαπεράσει όλες τις στοιβάδες.

Ένα πρόσφατο οξύ έλκος μπορεί να ιαθεί. Κατά κανόνα όμως το πεπτικό έλκος εξελίσσεται χρονίως με περιόδους εξάρσεως και υφέσεως των συμπτωμάτων. Η πρόγνωση είναι γενικώς καλή, επιβαρύνεται όμως σε αιμορραγία και διάτρηση.⁶⁾

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες η ίαση του έλκους επέρχεται αυτόματα. Αυτό δεν συμβαίνει στα γιγαντιαία έλκη καθώς και σε εκείνες τις περιπτώσεις κατά τις οποίες το έλκος εξελίσσεται χωρίς κλινικά συμπτώματα. Τα έλκη του ελάσσονος τόξου ανεξαρτήτως από το μέγεθος της φωλιάς, εμφανίζουν καλή πρόγνωση

από άποψη θεραπευτικού αποτελέσματος, διότι μετά την εφαρμογή της συνήθους θεραπείας μπορούν να επουλωθούν τελείως, με τέτοιο τρόπο ώστε να μη διαπιστώνεται έλλειμμα του βλεννογόνου τόσο ακτινολογικά όσο και γαστροσκοπικά αλλά εμφανίζουν την πιθανότητα υποτροπής.²

Σε άλλες περιπτώσεις το έλκος παραμένει λανθάνων για μεγάλα χρονικά διαστήματα χωρίς ενοχλήματα. Πάντα βέβαια μια από τις επιπλοκές, αιμορραγία, διάτρηση ή κακοήθης εξαλλαγή, επαναφέρει στο προσκήνιο την κλινική συμπτωματολογία αλλά με άμεση πλέον την ανάγκη της εγχειρήσεως.

Τα παραπυλωρικά και 12/δακτυλικά έλκη, καθώς και τα έλκη νεαρών ατόμων με κληρονομικότητα βεβαρημένη, είναι λίαν ανθεκτικά στην διαιτητική αγωγή, όσο δε πλησιέστερα προς το πυλωρικό στόμιο εντοπίζεται το έλκος τόσο δυσχερέστερη είναι η ίαση και μεγαλύτερη η πιθανότητα της στενώσεως.

Τα διπλά έλκη του 12/δακτύλου (Kissing Ulcers) παρουσιάζουν μεγαλύτερης πιθανότητας επιπλοκές και μεν αυτά του οπισθίου τοιχώματος αιμορραγία ή διάτρηση προς το πάγκρεας, τα δε του πρόσθιου τοιχώματος διάτρηση προς την περιτοναϊκή κοιλότητα. Πάντως από άποψη κινδύνου της ζωής, η πρόγνωση των ελκών είναι γενικά καλή.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ – ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Η μεγαλύτερη επίπτωση γαστρικού έλκους παρατηρείται στην 6^η δεκαετία της ζωής, περίπου 10 χρόνια αργότερα από το έλκος 12/δακτύλου. Τα γαστρικά έλκη όπως ακριβώς και τα δωδεκαδακτυλικά είναι συχνότερα στον ανδρικό πληθυσμό. Είναι όμοια ιστολογικά με τα έλκη του 12/δακτύλου. Χαρακτηριστικά το έλκος του στομάχου είναι βαθύ και εκτείνεται πέρα από το βλεννογόνο,

Σχεδόν όλα τα καλοήθη έλκη εδράζονται (στον βλεννογόνο) στο άντρο, σε μία ζώνη επί τα εκτός της συμβολής του βλεννογόνου του άντρου με τον οξεοεκκριτικό βλεννογόνο του σώματος του στομάχου. Σπάνια τα καλοήθη έλκη εντοπίζονται στον θόλο του στομάχου. Τα καλοήθη έλκη συνοδεύονται σχεδόν κατά κανόνα από γαστρίτιδα και άλλοτε άλλης εντάσεως ατροφία του βλεννογόνου του άντρου. Στα γαστρικά έλκη από πρόσληψη ασπιρίνης μπορεί να υπάρχει ή όχι γαστρίτιδα. Τα έλκη με αίτιο τη λήψη σαλικυλικών συνήθως εντοπίζονται στο άντρο, δεν αφορούν όμως τη συμβολή του βλεννογόνου του άντρου με τον βλεννογόνο του σώματος όπως συμβαίνει στα συνήθη γαστρικά έλκη.⁷

Ο Μάουντφορντ περιέγραψε τα σημεία εμφάνισης 228 απλών γαστρικών ελκών:

- 45% ήταν στην λιγότερο κυρτή επιφάνεια, κοντά στην γωνία
- 27% ήταν προπυλωρικά ή στο άντρο
- 7% ήταν στην γωνία και μόνο

5% στην μεγαλύτερη καμπύλη.

Ένα γαστρικό έλκος είναι συνήθως μονό, αλλά μπορεί να συνδυασθεί και με 12/δακτυλικό έλκος (σε περίπου 7% των περιπτώσεων). Ένα γαστρικό έλκος είναι συνήθως μικρότερο από 3 cm σε διάμετρο, έχει συνήθως κυκλικό σχήμα ή οβάλ, αλλά μπορεί να είναι και επιμήκη. Ιστολογικά η βάση του έλκους συντίθεται από φλογερή επίδρωση, με περιγεγραμμένες νεκρώσεις, κοκκιώδη ιστό και ίνωση.²



Δωδεκαδακτυλικό έλκος



ΓΑΣΤΡΙΚΑ ΕΛΚΗ

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

ΣΤΟΜΑΧΟΣ

Ο στόμαχος από περιγραφική άποψη εμφανίζει δύο στόμια, την καρδία και τον πυλωρό, δύο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια και δύο χείλη, το ελάσσων και το μείζων τόξο. Από τα χείλη αυτά το ελάσσων τόξο

εκτείνεται από την καρδία μέχρι τον πυλωρό και περιγράφει τόξο, του οποίου το βαθύτερο μέρος σχηματίζει την γωνιαία εντομή. Κατά μήκος του χείλους αυτού προσφύεται πτυχή του περιτοναίου, το λεγόμενο ελάσσων επίπλουν. Το μείζων τόξο του στομάχου εκτείνεται από τον πυθμένα της καρδιακής εντομής μέχρι τον πυλωρό και είναι πολύ επιμηκότερο από το προηγούμενο.

Με την γωνιαία εντομή ο στομάχος χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη, στον ιδίως στομάχο και στον πυλωρικό στομάχο. Ο ιδίως στομάχος που φέρεται σχεδόν κάθετα και αριστερά από την σπονδυλική στήλη, υποδιαιρείται σε ένα ανώτερο μέρος, που λέγεται θόλος ή πυθμένας και στο υπόλοιπο που λέγεται σώμα. Ο πυλωρικός στομάχος φέρεται προς τα άνω, εν μέρει μπροστά και εν μέρει δεξιά από την σπονδυλική στήλη και υποδιαιρείται στο πυλωρικό άντρο και στον πυλωρικό σωλήνα που φτάνει ως τον πυλωρό.

Τα κύρια στηρίγματα του στομάχου είναι η κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου και η κατιούσα μοίρα του 12/δακτύλου. Στην στήριξη του στομάχου συντελούν επίσης και οι εξής πτυχές του περιτοναίου:

- έλασσον επίπλουν
- μείζον επίπλουν
- γαστροφρενικός σύνδεσμος
- γαστροσπληνικός σύνδεσμος

Η εσωτερική επιφάνεια του στομάχου εμφανίζει α) πτυχές του βλεννογόνου, β) ολικές πτυχές και γ)

γαστρικές άλω. Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες οι οποίοι από μέσα προς τα έξω είναι :

- ο ορογόνος
- ο μυϊκός
- ο υποβλεννογόνιος
- ο βλεννογόνος⁸

Η αιμάτωση γίνεται από τέσσερα αρτηριακά στελέχη που αναστομώνονται μεταξύ τους, αυτά είναι :

- αριστερή γαστρική αρτηρία
- δεξιά γαστρική αρτηρία
- δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία
- αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία

Ο θόλος αγγειώνεται από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες που είναι κλάδος της σπληνικής αρτηρίας. Οι φλέβες αντιστοιχούν στις αρτηρίες και καταλήγουν στο πυλαίο σύστημα της κυκλοφορίας.

Τα λεμφαγγεία του στομάχου είναι τα :

- άνω γαστρικά
- ηπατικά
- πυλωρικά
- παγκρεατοσπληνικά
- κάτω γαστρικά

Ο στόμαχος νευρώνεται από συμπαθητικούς κλάδους από τα μεγάλα σπλαχνικά νεύρα και παρασυμπαθητικούς από τα πνευμονογαστρικά νεύρα.⁹

ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ

Το 12/δακτυλο (μήκος 28-30 εκ.) αρχίζει από τον πυλωρό και φτάνει ως τη νηστιδοδεδακτυλική καμπή, όπου μεταπίπτει σε νήστι.

Πορεία και μοίρες: Το 12/δακτυλο αρχίζει δεξιά από τον 1ο οσφυϊκό σπόνδυλο

και φέρεται προς τα πάνω, δεξιά και πίσω, κάτω από τον τετράπλευρο λοβό του ήπατος, ύστερα κατέρχεται κατά μήκος του έσω χείλους του δεξιού νεφρού μέχρι του 3ου - 4ου οσφυϊκού σπονδύλου, ύστερα φέρεται αριστερά, σχεδόν οριζόντια, μπροστά από την κάτω κοίλη φλέβα και την αορτή, τέλος δε από εδώ πορεύεται λοξά προς τα πάνω μέχρι το αριστερό πλάγιο του 2ου οσφυϊκού σπονδύλου όπου κάμπτεται απότομα προς τα εμπρός και μεταπίπτει σε νήστι.

Εμφανίζει επομένως 4 μοίρες:

- την πρώτη, άνω, ή ηπατική
- την δεύτερη, κατιούσα ή νεφρική
- την τρίτη ή οριζόντια
- την τέταρτη ή ανιούσα.⁸

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η λειτουργία του στομάχου περιλαμβάνει :

α) Πρόσληψη και αποθήκευση τροφών για 2 - 5 ώρες ανάλογα με την ποιότητα και ποσότητα τροφής.

β) Ανάμιξη των τροφών με τις γαστρικές εκκρίσεις.

γ) Αρχική πέψη των τροφών από την εκκρινόμενη πεψίνη και το υδροχλωρικό οξύ.

Η ορμόνη γαστρίνη εκκρίνεται από τα G κύτταρα του άντρου που δεν έχει ακριβώς σαφή ανατομικά όρια, ενώ η βλέννη εκκρίνεται από τα κύτταρα όλων των τμημάτων του στομάχου.

Το γαστρικό υγρό περιέχει υδροχλωρικό οξύ, πεψίνη και βλέννα.

Η γαστρική έκκριση επιτελείται σε τρεις φάσεις:

ΚΕΦΑΛΙΚΗ ΦΑΣΗ

Ερεθίσματα οπτικά, γευστικά και ακουστικά μεταβιβάζονται από το ΚΝΣ με τα πνευμονογαστρικά νεύρα στους αδένες του στομάχου (έκκριση HCl και πεψίνης) και στους αδένες του άντρου (έκκριση γαστρίνης).

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ή ΧΗΜΙΚΗ ΦΑΣΗ

Όταν η τροφή φτάσει στο στομάχι και στο πυλωρικό άντρο, ερεθίζει με διάταση και τοπικό ερεθισμό τα κύτταρα του σώματος προς έκκριση, ενώ το άντρο ερεθίζεται έμμεσα μετά από έκκριση γαστρίνης. Η γαστρίνη εκκρίνεται από τον βλεννογόνο του άντρου με μηχανικά και χημικά ερεθίσματα, με την κυκλοφορία δε του αίματος επανέρχεται στο σώμα του στομάχου και προκαλεί έκκριση HCl (45%) και πεψίνης. Το HCl εκκρίνεται από τα καλυπτήρια κύτταρα που βρίσκονται κυρίως στο σώμα του στομάχου, ενώ η πεψίνη από τα θεμέλια κύτταρα.

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΦΑΣΗ

Αρχίζει μετά την κένωση του στομάχου, όταν η τροφή φτάσει στο 12/δάκτυλο και προκαλέσει την έκκριση μιας ορμόνης που μοιάζει με τη γαστρίνη (έντερο-οξιντίνη). Η εντερική φάση είναι υπεύθυνη για το 5-10% της συνολικής γαστρικής έκκρισης.

Η οξινοποίηση του άντρου (PH <2) προκαλεί αναστολή έκκρισης HCl με αναστολή της εκκρινόμενης γαστρίνης, ενώ η οξινοποίηση του 12/δακτύλου μπορεί να αναστείλει και τις τρεις φάσεις της γαστρικής έκκρισης. Η παρουσία λιπών στο 12/δάκτυλο προκαλεί αναστολή της έκκρισης και της κινητικότητας του στομάχου. Για την παραπάνω δράση των λιπών ως υπεύθυνη ορμόνη εθεωρείτο η εντερογαστρίνη, ενώ σήμερα πιστεύεται ότι αυτό οφείλεται στην παγκρεατοενζυμίνη και χολοκυστοκινίνη. Η πεψίνη εκκρίνεται ως πεψιγόνο και μετατρέπεται σε πεψίνη όταν το PH του στομάχου πέσει κάτω από 5. Το HCl μετατρέπει το λεύκωμα σε οξεολεύκωμα και διασπάει το καλαμοσάκχαρο σε φρουκτόζη και γλυκόζη.¹⁰

Η κινητική λειτουργία του στομάχου ελέγχεται από:

1. Το πνευμονογαστρικό νεύρο, η διέγερση του οποίου προκαλεί χάλαση του θόλου του στομάχου, για την υποδοχή της τροφής και σύσπαση του άντρου για την πρόωθηση του περιεχομένου στο 12/δάκτυλο.

Αντίθετα η βαγοτομή προκαλεί επιβράνδυση του ρυθμού κενώσεως του στομάχου.

2. Τη συσταλτική λειτουργία του άντρου που λειτουργεί ως προωθητικό στοιχείο στην κένωση του περιεχομένου του στομάχου.

3. Τον πυλωρό που αποτελείται από έναν μυϊκό δακτύλιο που η διάμετρός του κυμαίνεται και λειτουργεί ως πύλη ελέγχου της διόδου των υγρών και στερεών τροφών ανάλογα με το μέγεθος των σωματιδίων.

4. Το 12/δάκτυλο που χαρακτηρίζεται από 3 τύπους κινητικής δραστηριότητας:

α) Προωθητικές συσπάσεις που συγχρονίζονται με τις περισταλτικές συσπάσεις του άντρου.

β) Μεμονωμένες συσπάσεις σε οποιοδήποτε τμήμα του 12/δάκτυλου που συμβάλλουν στη μίξη του περιεχομένου του αυλού, με την παγκρεατική έκκριση και τη χολή και

γ) Παλινδρομικές συσπάσεις που προωθούν το περιεχόμενο της νήστιδος και του 12/δάκτυλου στο στόμαχο.

Σε φάση νηστείας, το άντρο, ο πυλωρός και το 12/δάκτυλο, παρουσιάζουν κυκλικές φάσεις κινητικής λειτουργίας.

Οι συσπάσεις του άντρου προωθούν το περιεχόμενο του στομάχου στο 12/δάκτυλο και καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το ρυθμό κενώσεως του στομάχου.

Ο ρυθμός της γαστρικής κένωσης επηρεάζεται από τους εξής παράγοντες:

- Σύσταση της τροφής (στερεά ή υγρή)
- Περιεκτικότητα σε λίπος

- Ενεργειακή πυκνότητα του γεύματος
- Οσμωτική δράση των συστατικών της τροφής
- Χυμούποδοχείς του εντέρου που επηρεάζονται από γαστρεντερικές ορμόνες όπως χολοκυστοκινίνη
- Πνευμονογαστρικό νεύρο και συμπαθητικό πλέγμα
- Ρυθμιστικά πεπτίδια
- Προσταγλανδίνες.¹¹

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ.

Ο βλεννογόνος του στομάχου και του 12/δακτύλου βρίσκεται διαρκώς εκτεθειμένος στην επίδραση παραγόντων του γαστρικού υγρού με δυνητικές ιδιότητες. Ενδογενείς βλαπτικοί (επιθετικοί) παράγοντες του γαστρικού υγρού είναι το υδροχλωρικό οξύ, η πεψίνη, και τα χολικά άλατα της χολής που συχνά παλινδρομούν από τη 2η μοίρα του 12/δακτύλου. Εξωγενείς βλαπτικοί παράγοντες που φθάνουν στο γαστρικό υγρό είναι οι τροφές με μεγάλο εύρος θερμοκρασίας και οσμωτικότητας, η αλκοόλη, τα φάρμακα, καθώς και οι μικροοργανισμοί που περιέχονται στις τροφές. Όλοι αυτοί οι δυνητικώς βλαπτικοί παράγοντες για το βλεννογόνο αντιμετωπίζονται τις περισσότερες φορές επιτυχώς από μηχανισμούς άμυνας και επανορθώσεως (αμυντικοί παράγοντες του βλεννογόνου).

Η διατήρηση της ακεραιότητας του βλεννογόνου εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ «επιθετικών» και «αμυντικών» παραγόντων. Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον ότι η ενίσχυση των επιθετικών παραγόντων διαπιστώνεται μόνο στο 1/3 περίπου των ασθενών με πεπτικό έλκος. Επιπλέον η διαταραχή αυτή δεν αίρεται κατά την φάση της επουλώσεως του έλκους που επιτυγχάνεται με φάρμακα ή αυτόματα. Ωστόσο σχεδόν όλες οι μορφές θεραπείας του πεπτικού έλκους που έχουν εφαρμοσθεί μέχρι τώρα στρέφονται κατά των επιθετικών παραγόντων της ισορροπίας, με στόχο είτε την ελάττωση της παραγωγής HCl, είτε την εξουδετέρωση του ήδη παραχθέντος οξέος είτε, τέλος, την παρεμπόδιση της δράσεως του οξέος επί του κρατήρα του έλκους.

Μόνο τα τελευταία λίγα χρόνια άρχισαν ερευνητικές προσπάθειες για την ανεύρεση τρόπων ενισχύσεως των αμυντικών μηχανισμών του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου με στόχο την πιο ορθολογική αντιμετώπιση της νόσου του πεπτικού έλκους. Η ενίσχυση της άμυνας του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου επιτυγχάνεται:

α) Με φυσικούς, χημικούς και νευρογενείς μηχανισμούς προστασίας του βλεννογόνου από βλαπτικούς παράγοντες του αυλού.

β) Με μηχανισμούς ειδικής προστασίας των κυττάρων του βλεννογόνου (κυτταροπροστασία) την οποία παρέχουν τα εικοσανοειδή και κυρίως οι προσταγλανδίνες.

γ) Με αύξηση της παραγωγής κυττάρων του βλεννογόνου υπό την επίδραση τροφικών αυξητικών παραγόντων.

Η επίταση του ρυθμού «αυξήσεως» του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου επιτυγχάνει την ταχεία epούλωση του ελλείμματος του επιθηλίου που προκάλεσαν βλαπτικοί παράγοντες. Η κατανόηση των ποικίλων μηχανισμών που διαθέτει ο γαστροδωδεκαδακτυλικός βλεννογόνος για την αντιμετώπιση των επιθετικών παραγόντων και την ταχεία epούλωση της βλάβης που αυτοί προκαλούν είναι απαραίτητη προκειμένου να παραχθούν και να χρησιμοποιηθούν στη θεραπευτική, φάρμακα που αποσκοπούν στην ενίσχυση της άμυνας του βλεννογόνου.

Ο σημαντικότερος επιθετικός παράγων είναι το υδροχλωρικό οξύ. Είναι συνεπώς προφανές ότι η σπουδαιότερη συνιστώσα της άμυνας του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου αφορά την παρεμπόδιση της βλαπτικής δράσεως του HCl στα ανατομικά στοιχεία του βλεννογόνου.

Προστασία έναντι της παλινδρομήσεως ιόντων υδρογόνου προς βαθύτερες στιβάδες του βλεννογόνου παρέχουν:

- α) Ο «φραγμός» βλέννας-διττανθρακικών
- β) Η ιδιαίτερη ανθεκτική στιβάδα των επιφανειακών επιθηλιακών κυττάρων.
- γ) Ο αποτελεσματικός μηχανισμός επανορθώσεως επιφανειακών (κυττάρων του) βλαβών του βλεννογόνου.

δ) Επιπλέον τα τελευταία χρόνια συλλέγονται δεδομένα που αναδεικνύουν ως σημαντικό μηχανισμό προστασίας την επαρκή αιματική ροή, τόσο προς τις επιφανειακές στιβάδες του βλεννογόνου όσο και στα βαθύτερα στρώματα του τοιχώματος του 12/δακτύλου.¹¹

A. ΑΙΜΑΤΙΚΗ ΡΟΗ

Η διατήρηση της αιματικής ροής του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου σε φυσιολογικά επίπεδα, θεωρείται σημαντική συνιστώσα για την προστασία του από βλαπτικούς παράγοντες. Η προστατευτική δράση επιτελείται με την παροχή οξυγόνου, διττανθρακικών ιόντων και τροφικών συστατικών στο επιθήλιο και επιπλέον, με την απομάκρυνση ιόντων υδρογόνου που έχουν εισχωρήσει στα επιφανειακά στρώματα του βλεννογόνου.

Μετά από ελάττωση της αιματικής ροής, πιο ευάλωτος σε βλαπτικούς παράγοντες εμφανίζεται ο 12/δακτυλικός, σε σχέση με τον γαστρικό βλεννογόνο.¹¹ Η ελάττωση της αιματικής ροής μπορεί να προκαλέσει εξελκώσεις λόγω ισχαιμίας ή ελαττώσεως της παροχής τροφικών συστατικών.

Σημαντική επίσης για την παθογένεση της βλάβης είναι η καθυστέρηση της αποκομιδής των ιόντων H_2 που επαναδιέρχονται από τον αυλό προς τον βλεννογόνο, σε συνδυασμό με την ελάττωση της παροχής διττανθρακικών.

Η αιματική ροή αυξάνεται σημαντικά μετά από πρόκληση βλάβης στο επιθήλιο του

γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου. Ο ρόλος της επαρκούς αιματικής ροής ως μηχανισμού προστασίας υποδηλώνεται έμμεσα από την παρατήρηση ότι το κάπνισμα, που ευθύνεται για την καθυστέρηση της επουλώσεως και την αυξημένη συχνότητα υποτροπής του πεπτικού έλκους, προκαλεί σημαντική ελάττωση της αιματικής ροής και του κορεσμού οξυγόνου στον γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο.

Τα τελευταία χρόνια διατυπώθηκε η άποψη ότι, εφόσον το γαστρικό υγρό είναι όξινο, η ισχαιμία του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου είναι δυνατόν να προκαλέσει βλάβη με μηχανισμό συσσωρεύσεως ελεύθερων ριζών οξυγόνου. Οι ελεύθερες ρίζες οξυγόνου πιστεύεται ότι προκαλούν ιστική βλάβη δια οξειδώσεως των λιπιδίων της κυτταρικής μεμβράνης και στη συνέχεια δια καταστροφής ενδοκυττάρων συστατικών.

Η ελάττωση της αιματικής ροής θεωρείται επίσης ένας από τους μηχανισμούς που ενέχονται στην πρόκληση γαστρικής βλάβης από την αλκοόλη και πιθανώς τη θεοφυλλίνη.¹¹

Είναι πιθανόν, τοπικές διαφοροποιήσεις στην αιματική ροή προς το γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο να ευθύνονται για την εκλεκτική εντόπιση της νόσου του πεπτικού έλκους σε ορισμένα σημεία του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος. Από την άποψη αυτή ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η πρόσφατη παρατήρηση ότι η αιματική ροή υπολείπεται σημαντικά στον βλεννογόνο που περιβάλλει ανθεκτικά γαστρικά έλκη

καθώς και στο ελάσσων τόξο ασθενών με έλκη της περιοχής αυτής του στομάχου.

Β. ΦΡΑΓΜΟΣ ΒΛΕΝΝΑΣ - ΔΙΤΤΑΝΘΡΑΚΙΚΩΝ

Η βλέννα εκκρίνεται στον στόμαχο από τα επιφανειακά επιθηλιακά κύτταρα και τα βλεννοπαραγωγά κύτταρα του αυχένα των γαστρικών κρυπών και στο 12/δάκτυλο, από τα βλεννοπαραγωγά κύτταρα των αδένων του Brunner. Πρόκειται για γλυκοπρωτεΐνες που σχηματίζουν ένα αδιάλυτο στο νερό κολλώδες στρώμα γέλης και επαλείφει πλήρως τον γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο παρέχοντας με τον τρόπο αυτό προστασία κατά τη διέλευση των τροφών.

Η μηχανική προστασία που παρέχει η βλέννα στο γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο εξαρτάται από το πάχος της. Βλεννολυτικοί παράγοντες ελαττώνουν το πάχος της βλέννας. Αντίθετα οι προσταγλανδίνες και η καρβеноξολόνη αυξάνουν το πάχος της βλέννας. Η βλέννα αφ'εαυτής δεν θεωρείται ότι αποτελεί ικανοποιητικό φραγμό. Η αποτελεσματικότητά της ως αμυντικού μηχανισμού πιστεύεται ότι ενισχύεται σημαντικά από την έκκριση διττανθρακικών ιόντων από το γαστρικό και 12/δακτυλικό βλεννογόνο.

Η έκκριση διττανθρακικών δημιουργεί σημαντική διαφορά ΡΗ μεταξύ των δύο επιφανειών του στρώματος της βλέννας ώστε ακόμη και σε συνθήκες μικρού ΡΗ στον γαστρικό αυλό, το ΡΗ στην επιφάνεια του επιθηλιακού κυττάρου να διατηρείται σχεδόν ουδέτερο. Η ρύθμιση

των διττανθρακικών στον γαστρικό και 12/δακτυλικό βλεννογόνο δεν έχει αποσαφηνισθεί.

Πρόσφατες παρατηρήσεις υποδηλώνουν ότι η έκκριση διττανθρακικών τόσο στο γαστρικό όσο και στο 12/δακτυλικό βλεννογόνο διεγείρεται: α) από χολινεργικές ώσεις του παρασυμπαθητικού και β) από άμεση επίδραση του όξινου γαστρικού υγρού του αυλού.

Πιστεύεται ότι αφ' εαυτών τα διττανθρακικά ιόντα δεν επαρκούν για την προστασία του βλεννογόνου και ότι συνεπικουρούνται στην λειτουργία αυτή από την παρουσία βλέννας. Οι δύο παράγοντες δημιουργούν με τον τρόπο αυτό τον προστατευτικό φραγμό βλέννας - διττανθρακικών.

Τα τελευταία χρόνια, διατυπώθηκε από ορισμένους ερευνητές η άποψη ότι ο φραγμός βλέννας διττανθρακικών, δεν παίζει σημαντικό ρόλο στην προστασία του γαστρικού βλεννογόνου. Βλέπουμε λοιπόν, ότι επί του παρόντος, ο ρόλος του φραγμού βλέννας - διττανθρακικών ως μηχανισμού άμυνας του γαστρικού βλεννογόνου παραμένει αμφιλεγόμενος.

Η πρόσφατη ανακάλυψη φαρμάκων που αυξάνουν εκλεκτικά την παραγωγή βλέννας και διττανθρακικών από το γαστρικό βλεννογόνο αναμένεται ότι θα βοηθήσει, με τη διενέργεια κλινικών μελετών σε ανθρώπους, στη διερεύνηση του ρόλου του φραγμού βλέννας - διττανθρακικών στην άμυνα του γαστρικού βλεννογόνου.

Γ. ΣΤΟΙΒΑΔΑ ΤΩΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Τα επιφανειακά επιθηλιακά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου είναι ιδιαιτέρως ανθεκτικά σε μεγάλες συγκεντρώσεις ιόντων υδρογόνου. Η προς τον αυλό πλευρά της κυτταρικής μεμβράνης καθώς και μισοκυτταρικές συνδέσεις είναι αδιαπέραστες από τα ιόντα υδρογόνου. Αντίθετα η πλάγια πλευρά που βλέπει προς τη βασική μεμβράνη είναι ιδιαίτερα διαπερατή ακόμη και σε μέτριες συγκεντρώσεις ιόντων υδρογόνου. Είναι συνεπώς πιθανόν, ότι η διαφύλαξη της ανατομικής ακεραιότητας της στοιβάδας των επιφανειακών επιθηλιακών κυττάρων, αποτελεί αφ' αυτής σημαντικό μηχανισμό προστασίας του γαστρικού βλεννογόνου.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν την ύπαρξη ενός υδρόφοβου στρώματος επιφανειοδραστικών φωσφολιπιδίων το οποίο απαλείφει τη στοιβάδα των επιφανειακών επιθηλιακών κυττάρων και παρεμποδίζει τη δίοδο υδροδιαλυτών ιόντων, όπως τα ιόντα υδρογόνου, ενώ επιτρέπει την ελεύθερη δίοδο λιποδιαλυτών μορίων. Η παραγωγή και έκκριση φωσφολιπιδίων από το γαστρικό βλεννογόνο πιστεύεται ότι αποτελεί σημαντικό πρωτογενή αμυντικό μηχανισμό.

Δ. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΑΝΟΡΘΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ

Η λύση της συνέχειας του επιθηλίου του γαστρο12/δακτυλικού βλεννογόνου συνήθως δεν έχει σημαντικές συνέπειες, εφόσον είναι επιφανειακή. Σε χρονικό διάστημα μικρότερο από μία ώρα, η βλάβη αποκαθίσταται πλήρως, με εκ μέρους επιθηλιοποίηση. Η

επανορθωτική διαδικασία αποκαλείται «αποκατάσταση» του επιθηλίου και επιτυγχάνεται με μετακίνηση υγιών κυττάρων από τις γαστρικές πτυχές που ταχύτατα καλύπτουν την απογυμνωθείσα περιοχή του βλεννογόνου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την μετακίνηση των υγιών κυττάρων προς τη περιοχή της βλάβης είναι η διατήρηση της ακεραιότητας της βασικής μεμβράνης. Η βασική μεμβράνη εύκολα καταστρέφεται, αν εκτεθεί σε υδροχλωρικό οξύ, γι' αυτό είναι απαραίτητο να προστατευθεί κατά τη φάση της καταστροφής του επιθηλίου.

Η αποκατάσταση του επιθηλίου εκφράζει την ενδογενή ιδιότητα διαφοροποιημένων επιθηλιακών κυττάρων, να καλύπτουν ταχέως επιφανειακά ελλείμματα του βλεννογόνου. Δεν εξαρτάται από μηχανισμούς διαφοροποιήσεως και πολλαπλασιασμού κυττάρων στη ζώνη αναπαραγωγής του βλεννογόνου και δεν πρέπει να συγχέεται με το μηχανισμό επουλώσεως του έλκους.

Ε. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ

Αμέσως μετά την πρόκληση βλάβης στο επιθήλιο του βλεννογόνου, παρατηρείται οξεία φλεγμονώδη αντίδραση, στην οποία συμμετέχουν λεμφοκύτταρα του επιθηλίου καθώς και μαστοκύτταρα του χορίου, τα οποία απελευθερώνουν μεσολαβητές της φλεγμονής. Μεταξύ τους περιλαμβάνονται αγγειοδραστικές ουσίες, όπως η ισταμίνη που προκαλεί αγγειοδιαστολή και αύξηση της αγγειακής διαπερατότητας.

Η φλεγμονώδης αντίδραση παίζει σημαντικό ρόλο στην άμυνα του βλεννογόνου γιατί προάγει την μετανάστευση στην περιοχή της βλάβης ουδετερόφιλων και μακροφάγων. Η φλεγμονώδης αντίδραση θεωρείται ότι επιτείνει αρχικά το μέγεθος της ιστικής βλάβης, από την άλλη πλευρά είναι απαραίτητη για την επούλωση του έλκους με την απομάκρυνση του νεκρωθέντος ιστού και στη συνέχεια με την αποκατάσταση της αρχιτεκτονικής του βλεννογόνου.

ΣΤ. ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΣΟΥΛΦΥΔΡΥΛΙΚΕΣ ΡΙΖΕΣ

Ενώσεις που περιέχουν σουλφυδριλικές ρίζες, όπως τα αμινοξέα η κυστεΐνη και η μεθειονίνη, καθώς και φαρμακευτικές ουσίες που περιέχουν στο μόριό τους τις ρίζες αυτές, προστατεύουν το γαστρικό βλεννογόνο από τη εμφάνιση βλαβών που παρατηρούνται συνήθως μετά την επίδραση αλκοόλης.

Οι παρατηρήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι οι σουλφυδριλικές ρίζες ασκούν προστατευτική δράση στο γαστρικό βλεννογόνο. Οι ακριβείς μηχανισμοί της δράσης αυτής παραμένουν αδιευκρίνιστοι.

Ζ. ΕΚΚΡΙΣΗ ΟΞΕΟΣ

Ο γαστρικός βλεννογόνος είναι περισσότερο ανθεκτικός σε βλαπτικούς παράγοντες, εφ' όσον βρίσκεται σε φάση ενεργού εκκρίσεως οξέος. Πιστεύεται ότι αυτό οφείλεται στην παραγωγή ενός ιόντος διττανθρακικού για κάθε ιόν υδρογόνου που εκκρίνεται προς το γαστρικό αυτό.

Εφόσον η αιμάτωση του βλεννογόνου διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα, τα ιόντα διττανθρακικών μεταφέρονται προς τα επιφανειακά επιθηλιακά κύτταρα με το μηχανισμό της αλκαλικής παλίρροιας. Με τον τρόπο αυτό, παρέχεται η δυνατότητα για εξουδετέρωση των ιόντων υδρογόνου που παλινδρομούν από τον αυλό και ενισχύεται η ικανότητα για άμυνα του βλεννογόνου.

Η. ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ

Η διείσδυση τοξικών παραγόντων πέραν του επιθηλιακού φραγμού του βλεννογόνου διεγείρει προσαγωγές ίνες του Αυτόματου Νευρικού Συστήματος με αποτέλεσμα αντανακλαστική αγγειοδιαστολή αύξηση της αιματικής ροής και απομάκρυνση του βλαπτικού παράγοντος. Ο πιθανός ρόλος νευρογενών μηχανισμών στην άμυνα του γαστρικού βλεννογόνου υποδηλώνεται από τη γαστροπροστατευτική δράση που ασκεί η χορήγηση ντοπαμίνης.

Θ. ΦΡΑΓΜΟΣ ΤΟΥ ΜΥΪΚΟΥ ΧΙΤΩΝΟΣ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο μυϊκός χιτώνας του βλεννογόνου δεν αποτελεί απλό παθητικό φραγμό έναντι παραγόντων που διεισδύουν στο γαστρικό βλεννογόνο. Όταν η βλάβη περιορίζεται στον βλεννογόνο (διάβρωση), η epούλωση επιτυγχάνεται σε λίγες ημέρες. Αντίθετα στο έλκος, η βλάβη επεκτείνεται υποβλεννογονίως πέραν του μυϊκού χιτώνα του βλεννογόνου και η epούλωση δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί πριν από την παρέλευση αρκετών εβδομάδων.

Πιθανολογείται ότι η διατήρηση σε χάλαση του μυϊκού χιτώνας επιτρέπει την επαρκή αιματική ροή προς τα επιφανειακά στρώματα του βλεννογόνου, ενώ αντίθετα η σύσπαση ή η καταστροφή του χιτώνας συνεπάγεται την έκπτωση της ροής και καθιστά τον βλεννογόνο ευάλωτο σε βλαπτικούς παράγοντες.

ΚΥΤΤΑΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΕΣ

Ο όρος κυτταροπροστασία του γαστρο12/δακτυλικού βλεννογόνου αναφέρεται στην ιδιότητα ορισμένων ουσιών, κυρίως των προσταγλανδινών, να παρέχουν εκλεκτική προστασία στη ζώνη αναπαραγωγής του βλεννογόνου και να διατηρούν επαρκή την αιματική ροή του.

Εκτός από τις προσταγλανδίνες και άλλες ουσίες παρέχουν κυτταροπροστασία με μηχανισμούς ανεξάρτητους της δράσεως των εικοσανοειδών. Κυτταροπροστασία από τις προσταγλανδίνες παρατηρείται κατ' εξοχήν στο γαστρικό βλεννογόνο πειραματόζων ο οποίος προστατεύεται από την πρόκληση της βλάβης που προκαλεί η αλκοόλη. Οι προσταγλανδίνες ωστόσο δεν προφυλάσσουν από την άμεση βλάβη που προκαλεί η εναπόθεση αλκοόλης στο γαστρικό βλεννογόνο. Για το λόγο αυτό ο όρος «κυτταροπροστασία» έχει επικριθεί και ο αρχικός ορισμός επαναδιατυπώθηκε. Τώρα ο όρος κυτταροπροστασία αναφέρεται ειδικά στην πρόληψη νευρικών αιμορραγικών βλαβών στα βαθύτερα στρώματα του βλεννογόνου.

Η γαστροπροστασία που παρέχουν οι προσταγλανδίνες αφορά κυρίως μηχανισμούς προστασίας και διατηρήσεως

της ζώνης αναπαραγωγής του βλεννογόνου. Από τη ζώνη αυτή αυξάνεται η μετανάστευση των κυττάρων που αποκαθιστούν άμεσα την ακεραιότητα του επιφανειακού επιθηλίου και τις φυσιολογικές λειτουργίες του.

Οι μηχανισμοί με τους οποίους οι προσταγλανδίνες ασκούν κυτταροπροστατευτική δράση στο γάστρο¹²/δακτυλικό βλεννογόνο περιλαμβάνουν μεταξύ των άλλων διέγερση της συνθέσεως δεοξυριβονουκλεϊκού και ριβονουκλεϊκού οξέος, μεταβολές στον ενδοκυττάριο μεταβολισμό των γλυκοπρωτεϊνών και σταθεροποίηση των λυσοσωμάτων

Δύο τύποι κυτταροπροστασίας του γαστροδωδεκα-δακτυλικού βλεννογόνου έχουν περιγραφεί : η **«άμεση»** κυτταροπροστασία, που επιτυγχάνεται με την εξωγενή χορήγηση και η κυτταροπροστασία **«προσαρμογής»** για την οποία ευθύνεται η ενδογενής παραγωγή προσταγλανδινών.

«Άμεση κυτταροπροστασία»

Η γαστροπροστασία που παρέχουν οι προσταγλανδίνες είναι ανεξάρτητη από την ικανότητά τους να ελαττώνουν την έκκριση HCl και πιστεύεται ότι επιτελείται κυρίως με μηχανισμό αγγειοπροστασίας. Διαπιστώθηκε συγκεκριμένα ότι η εξωγενής χορήγηση προσταγλανδινών προστατεύει την γαστρική βλεννογόνο από τη βλαπτική επίδραση της αλκοόλης και άλλων τοξικών παραγόντων, με διατήρηση επαρκούς μικροκυκλοφορίας, η οποία συμβάλλει στην ταχεία υποχώρηση της αγγειακής συμφορήσεως.

«Κυτταροπροστασία προσαρμογής»

Γαστροπροστασία δεν επιτυγχάνεται μόνον με την εξωγενή χορήγηση προσταγλανδινών, αλλά και με την επίδραση επί του βλεννογόνου με ήπια ερεθιστική δράση. Η προστατευτική αυτή δράση προσομοιάζει με εκείνη που παρέχεται με την εξωγενή χορήγηση προσταγλανδινών, ονομάζεται κυτταροπροστασία προσαρμογής και οφείλεται σε αύξηση της παραγωγής προσταγλανδινών από το γαστρικό βλεννογόνο. Παρά την αύξηση της παραγωγής ενδογενών προσταγλανδινών είναι πιθανόν η κυτταροπροστασία προσαρμογής να επιτελείται με άλλους ανεξάρτητους μηχανισμούς. Δεν αποκλείεται ο επανειλημμένος ερεθισμός των επιφανειακών επιθηλιακών κυττάρων να διεγείρει την έκκριση βλέννας - διττανθρακικών και να αυξάνει με τον τρόπο αυτό το πάχος του προστατευτικού στρώματος που καλύπτει τον βλεννογόνο.

ΚΥΤΤΑΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΕΩΣ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΞΑΝΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΛΕΥΚΟΤΡΙΕΝΩΝ

Η θρομβοξάνη, που παράγεται από την ίδια οδό με τις προσταγλανδίνες, έχει ισχυρές αγγειοσυσπαστικές ιδιότητες και αυξάνει τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων.

Σε πειραματόζωα διαπιστώθηκε ότι η χορήγηση αναστολέως της παραγωγής θρομβοξάνης προστατεύει το γαστρικό βλεννογόνο από τοξικούς παράγοντες. Ανάλογη γαστροπροστασία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση

καρβеноξολόνης η οποία αναστέλλει την παραγωγή λευκοτριενών.

Οι λευκοτριένες ιδιαίτερα η LTC είναι επίσης ισχυρές αγγειοσυσπαστικές ουσίες.

ΚΥΤΤΑΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΑΝΤΙΕΛΚΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Η σουκλαρφάτη και το κολλοειδές βισμούθιο ασκούν προστατευτική δράση στο γαστρο12/δακτυλικό βλεννογόνο. Τα φάρμακα αυτά καλύπτουν τον βλεννογόνο με στρώμα παχύρρευστης γέλης και επιπλέον διεγείρουν την τοπική παραγωγή προσταγλανδινών.

ΑΥΞΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα κύτταρα του βλεννογόνου του γαστρεντερικού σωλήνα έχουν την ικανότητα να αναδιπλασιάζονται με πολύ ταχύ ρυθμό. Ο ρυθμός παραγωγής νέων κυττάρων καθορίζεται από ορμόνες όπως η θυροξίνη και η αυξητική ορμόνη και από πεπτίδια του γαστρεντερικού ορμονικού συστήματος όπως ο Ε.Α.Π., η γαστρίνη και η σωματοστατίνη.

Ο Ε.Α.Π. είναι ένα πολυπεπίδιο με 53 αμινοξέα που παράγεται από υπογνάθιους αδένες, τους αδένες του Brunner στο 12/δάκτυλο και το πάγκρεας. Ο Ε.Α.Π. έχει την ιδιότητα να καταστέλλει την έκκριση του HCl από το γαστρικό βλεννογόνο. Εκτός από τη γαστροπροστατευτική δράση ο Ε.Α.Π. αποτελεί σημαντικό τροφικό παράγοντα και έχει την ιδιότητα να επιταχύνει την επούλωση του πεπτικού έλκους. Η απελευθέρωση του Ε.Α.Π. στις γαστρεντερικές εκκρίσεις ελαττώνεται σημαντικά στους καπνιστές.

Εκτός από τον Ε.Α.Π. η αυξητική ορμόνη και η γαστρίνη σε αντίθεση με τη σωματοστατίνη επιταχύνουν τους ρυθμούς αυξήσεως του γαστρικού βλεννογόνου.

Στην κλινική πράξη η γαστροπροστατευτική δράση της γαστρίνης βεβαίως αντισταθμίζεται από την έκκριση ΗCl οξέος που προκαλεί. Από την άλλη πλευρά η ανασταλτική δράση της σωματοστατίνης στους ρυθμούς αυξήσεως του γαστρικού βλεννογόνου δεν έχει δυσμενείς συνέπειες γιατί παράλληλα το πεπτίδιο αυτό προκαλεί σημαντική ελάττωση της εκκρίσεως ΗCl οξέος.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η απώλεια ιστού επί του πεπτικού έλκους, δυνατόν να επεκτείνεται σε βάθος δίκην κλίμακος επί του βλεννογόνου, του υποβλεννογόνου και του μυϊκού χιτώνας. Επεκτεινόμενη και επί του ορογόνου χιτώνα προκαλεί διάτρηση.

Τα έλκη διακρίνονται:

α) Οξέα έλκη, τα οποία είναι πρόσφατα, άνευ ουλώδους διηθήσεως, και συνήθως ιώνται εντός 1-2 μηνών περίπου.

β) Πυλώδη ή χρόνια έλκη, μετά από διήθηση των χειλέων και των γύρω ιστών από ουλώδη συνδετικό ιστό. Η ανατομική βλάβη αυτών δεν επανορθώνεται, παρά την βελτίωση των συμπτωμάτων.

γ) Διατιτραίνοντα έλκη, μετά προοδευτικής καταστροφής όλων των χιτώνων του στομάχου και τελικώς διάτρηση ή διείδυση της βλάβης εντός των γύρω οργάνων.¹²

Τα πεπτικά έλκη εντοπίζονται συνήθως στο ελάσσον τόξο του στομάχου και στο βολβό του 12/δάκτυλου, δεν σπανίζουν δε και τα έλκη της προπυλωρικής και μεταπυλωρικής μοίρας, ενώ τα έλκη του μείζονος τόξου του στομάχου είναι πολύ σπάνια. Στις σπάνιες περιπτώσεις παρατηρούνται πεπτικά έλκη της κατώτερης μοίρας του οισοφάγου ως και της νήστιδος επί γαστροαναστομώσεως κοντά στην οποία εξαιρετικά σπάνια δημιουργείται πεπτικό έλκος σε άλλα σημεία του εντέρου.

Το έλκος, σε αντίθεση προς τη διάβρωση, χαρακτηρίζεται από την τοπική καταστροφή όχι μόνο του βλεννογόνου αλλά και του υποβλεννογόνιου χιτώνα και μιας ή περισσοτέρων εκ των τριών στιβάδων του μυϊκού χιτώνα ή ακόμη και του ορογόνου. Τα χείλη του έλκους είναι απότομα, ο δε πέριξ βλεννογόνος φυσιολογικώς ή ελαφρώς φλεγμένων ενίοτε όμως πολύ επηρμένος λόγω οιδήματος του υποβλεννογόνιου χιτώνας ή λόγω αναπύξεως συνδετικού ιστού. Ο πυθμένας του έλκους αποτελείται από λεπτό στρώμα πυοϊνώδους εξιδρώματος καλύπτοντας ζώνη νεκρώσεως, κάτω από την οποία παρατηρείται ανάπτυξη κοκκιώδους και συνδετικού ιστού.

Πολλές φορές παρατηρείται συνύπαρξη ενεργών και ιαθέντων ελκών, επί χρόνιου δε έλκους παρατηρείται ανάπτυξη άφθονου συνδετικού ιστού εντός του αντίστοιχου τμήματος του μυϊκού χιτώνα έως και θρομβώσεως των αιμοφόρων αγγείων. Η διάμετρος του έλκους κυμαίνεται, στο 12/δάκτυλο μεταξύ 2 έως 15

και σπανίως 30 mm ενώ στο στομαχικό μπορεί να φτάσει μέχρι 6 cm. Το βάθος αυτού ποικίλλει από 10-20 mm στο στόμαχο και από 2-3 mm στο 12/δάκτυλο

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

A. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Η παθοφυσιολογία του γαστρικού έλκους δεν είναι πλήρως κατανοητή. Σίγουρα το οξύ και η πεψίνη είναι παράγοντες που μπορεί να αποβούν επιζήμιοι σε ορισμένα μέρη του πεπτικού σωλήνα όπως είναι ο οισοφάγος και το λεπτό έντερο.

Παράγοντες που παίζουν προστατευτικό ρόλο στην έκθεση του βλεννογόνου σε καταστρεπτικούς μηχανισμούς είναι η βλέννα, ο γαστρικός βλεννογόνος φραγμός, η παραγωγή ενδογενών διττανθρακικών και προσταγλανδινών, η ταχεία αναγέννηση του γαστρικού επιθηλίου και μεταβολή στη βλεννογονική γαστρική ροή του αίματος. Το οξύ παίζει, και για τη δημιουργία του γαστρικού έλκους, κάποιο ρόλο. Σπάνια αναπτύσσονται τα γαστρικά έλκη σε καταστάσεις αχλωρυδρίας.

Τα έλκη κυρίως εντοπίζονται σε μέρη όπου ο βλεννογόνος που υπερεκκρίνει οξύ ενώνεται με τον βλεννογόνο που δεν εκκρίνει, εντοπίζονται δε (στο σημείο) κατά μήκος του ελάσσονος τόξου κοντά στην γωνία του στομάχου.¹³

B. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Η ύπαρξη οξέος είναι σημαντική για την ανάπτυξη του 12/δακτυλικού έλκους. Το οξύ από μόνο του προκαλεί βλάβη του βλεννογόνου, επιπλέον το όξινο

περιβάλλον είναι απαραίτητο για την ενεργοποίηση της πεψίνης. Σε σύνδρομο Zollinger-Ellison που λόγω γαστρινώματος έχουμε μεγάλη έκκριση οξέως μέσω γαστρίνης, το 90% των ασθενών παρουσιάζουν πεπτικό έλκος και όχι μόνο στο 12/δάκτυλο.

Επειδή όμως δεν παρουσιάζουν όλοι οι ασθενείς με έλκος υπερέκκριση οξέος, καταστάσεις που έχουν σχέση με την άμυνα και κυτταροπροστασία του βλεννογόνου μπορεί να ενέχονται στη δημιουργία του έλκους.

Οι ακόλουθες καταστάσεις έχουν περιγραφεί σε :

α) Αυξημένη μάζα τοιχωματικών κυττάρων

β) Αυξημένη ικανότητα έκκρισης οξέος και πεψίνης

γ) Αυξημένη ευαισθησία των τοιχωματικών κυττάρων στη γαστρίνη

δ) Αύξηση ρυθμού γαστρικής κένωσης πολλούς αλλά όχι σε όλους τους ασθενείς με 12/δακτυλικό έλκος:

ε) Ελαττωμένη αναστολή, λόγω οξέος, της έκκρισης γαστρίνης.¹³

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το πεπτικό έλκος προκύπτει λόγω της διαταραχής της ισορροπίας μεταξύ των ερεθιστικών (γαστρικό οξύ, πεψίνη) και των αμυντικών παραγόντων που συμβάλλουν στην αντίσταση του βλεννογόνου (γαστρική βλέννα, διττανθρακικά , μικροκυκλοφορία , προσταγλανδίνες, βλεννογόνος «φραγμός»). Οι εξωγενείς παράγοντες που συμβάλουν στην διαταραχή της ισορροπίας αυτής είναι η εξής:

A. Helicobacter ή Campylobacter pylori

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές μελέτες που αφορούν την σχέση του H.P. με τις γαστρεντερικές παθήσεις. Η επίπτωσή του ποικίλει στα διάφορα μέρη του κόσμου. Σε νέους ασθενείς υπάρχει σε ποσοστό 20% , ενώ σε ασθενείς πάνω από 65 ετών η επίπτωση είναι πολύ μεγαλύτερη (75- 80%) και εξαρτάται από κοινωνικοοικονομικούς λόγους.

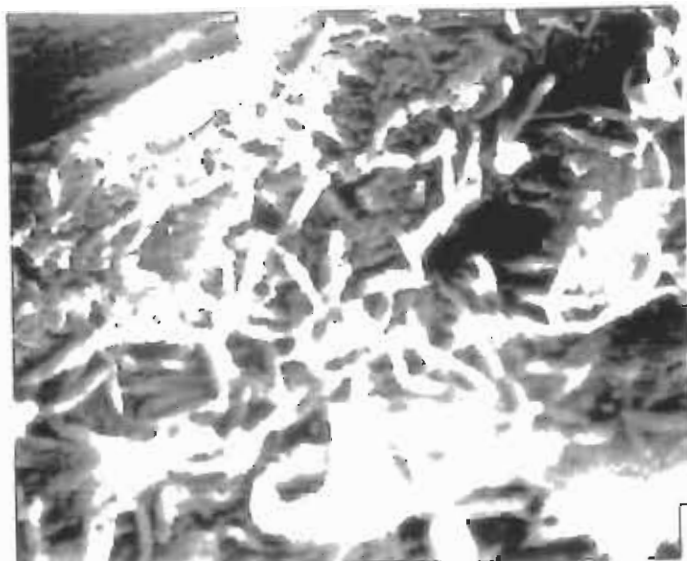
Το H.P. είναι ένα Gram (-) μικροαερόφιλο βακτηρίδιο που έχει συνδεθεί τελευταία με την ανάπτυξη πεπτικού έλκους, γαστρίτιδας και δυσπεψίας χωρίς έλκος.⁵ Λοίμωξη με το H.P. διαπιστώνεται σε ποσοστό 90-100% των ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος και σε περισσότερους από 75% των ασθενών με γαστρικό έλκος.¹⁴ Φαίνεται ότι είναι ικανό να βλάψει τις αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού, να προκαλέσει ιστικές αλλοιώσεις και να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη έλκους.

Το ελικοβακτηρίδιο προσκολλάται στις γλυκοπρωτεΐνες της γαστρικής βλέννας κυρίως μέσω των σιελικών οξέων ου βρίσκονται στους υδατάνθρακες του μακρομορίου. Έχει σπειροειδές σχήμα και μεγάλη κινητικότητα με αποτέλεσμα να κινείται εύκολα σε ιξώδη διαλύματα.¹⁵ Εντοπίζεται συνήθως μεμονωμένο ή κατά ομάδες στην επιφάνεια ή μεταξύ των κυττάρων κάτω από το στρώμα της βλέννης. Η εντόπιση αυτή σύμφωνα με

ορισμένους ερευνητές εξασφαλίζει στο μικρόβιο προστασία από το HCl.¹⁴

Το H.P. με τις πρωτεάσες και λιπάσες που διαθέτει είναι ικανό να προκαλέσει μερική αποδόμηση της βλέννας.¹⁵ Μελέτες με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο έδειξαν ότι ο στόχος του είναι το κύτταρο που παράγει βλέννη με αποτέλεσμα την διαταραχή βασικών αμυντικών μηχανισμών κατά του HCl και της πεψίνης. Παρατηρείται αντικατάσταση της επιφάνειας που εκκρίνει βλέννη από ανώμαλη ηβώδη επιφάνεια και εξαφάνιση των μικρολαχνών στις περιοχές που προσβάλλονται από το μικρόβιο.¹⁴

Το H.P. παράγει επίσης ένα ισχυρό ένζυμο, την ουρεάση, που διασπά την ουρία και είναι απαραίτητη για την επιβίωσή του στο χαμηλό (όξινο) pH του στομάχου, προκαλώντας την δημιουργία ενός προστατευτικού « νέφους » αμμωνίας γύρω από την κυτταρική του μεμβράνη.¹⁵



Helicobacter pylori

A. Σε βιοψία άντρου

B. Σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο

Παπαδοπούλου Μ. , Σκιαδά Χ. , Σκορδίλη Κ.

Ο Smoot απέδειξε *in vitro* ότι η αμμωνία που παράγεται από H.P. είναι κυτταροξική για το γαστρικό επιθήλιο του ανθρώπου. Σύμφωνα με τον Murakami, η αυξημένη παραγωγή ουρεάσης και η αύξηση της γαστρικής αμμωνίας μπορεί να είναι η αιτία της γαστρικής βλάβης. Επίσης κατά τον Oderda, το H.P. αυξάνει τη συγκέντρωση της γαστρίνης και του πεψιγόνου στο αίμα.¹⁴

Γενικώς μπορούμε να πούμε ότι η δράση της ουρεάσης, η παραγόμενη αμμωνία και οι μεγάλες ποσότητες διττανθρακικών που σχηματίζονται, μπορούν να ερμηνεύσουν την υποχλωρυδρία που παρατηρείται στη λοίμωξη με το βακτηρίδιο, η οποία πιθανόν να οφείλεται στην επαναδιάχυση των ιόντων υδρογόνου, και τον σχηματισμό ιστικής βλάβης που μπορεί να επακολουθήσει.

Η παρουσία του βακτηριδίου το οποίο θεωρείται κυτταροπαθογόνο, συνδέεται με τις κυτταρικές αλλαγές, προκαλώντας ρήξη στις μεσοκυττάριες συνδέσεις, διόγκωση στα κύτταρα, αλλοίωση στο σχήμα τους και τελικά απόπτωση των κυττάρων. Η κυτταροπαθογόνος δράση του φαίνεται ότι οφείλεται σε παρουσία κυτταροτοξίνης.¹⁵

B. Stress

Μια ποικιλία από οξείες εξελκώσεις του γαστρεντερικού σωλήνα διακρίνονται κλινικά από το χρόνια γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος. Μεταξύ αυτών είναι οι οξείες διαβρώσεις και εξελκώσεις του

ανωτέρου γαστρεντερικού σωλήνα, που συχνά παρατηρούνται σε ασθενείς με shock, εγκαύματα, σηψαιμία και σοβαρό τραυματισμό. Οι παραπάνω αλλοιώσεις συχνά αναφέρονται ως διαβρώσεις ή έλκη από stress. Οι βλάβες αυτές που είναι συχνότερα πολλαπλές, ανευρίσκονται συνηθέστερα στα σημεία του στομάχου που εκκρίνουν οξύ, μπορεί όμως να ανευρεθούν και στο πυλωρικό άντρο και το δωδεκαδάκτυλο. Οι οξείες διαβρώσεις και εξελκώσεις από stress συνήθως είναι επιφανειακές και η νέκρωση περιορίζεται στο βλεννογόνο.

Οι διαβρώσεις κι τα επιφανειακά έλκη είναι εξαιρετικά συχνά και απαντούν στο 90% των ασθενών με εκτεταμένα εγκαύματα και μεγάλους τραυματισμούς. Το συχνότερο κλινικό εύρημα στους ασθενείς αυτούς είναι η ανώδυνη αιμορραγία του γαστρεντερικού. Η απώλεια αίματος συνήθως είναι μικρή, μπορεί όμως να είναι εκσεσημασμένη. Η διάγνωση τίθεται καλύτερα με την ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού. Οι διαβρώσεις συχνά είναι τόσο επιπόλαιες, που δεν μπορούν να διαγνωσθούν με βαριούχο εξέταση. Οι οξείες διαβρώσεις και εξελκώσεις θα πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν υπάρχει αιμορραγία του ανωτέρω γαστρεντερικού μετά από σοβαρό τραυματισμό, εγκαύματα, φλεγμονή και shock.

Πολλές θεωρίες διατυπώθηκαν για την εξήγηση των εξελκώσεων του βλεννογόνου που συνοδεύουν το stress, αλλά ο μηχανισμός βλάβης του βλεννογόνου παραμένει σκοτεινός. Το γαστρικό οξύ φαίνεται να συμμετέχει

στην δημιουργία των εξελκώσεων και διαβρώσεων αν και δεν υπάρχει ένδειξη υπερέκκρισης οξέος. Οι σημαντικοί μηχανισμοί που έχουν προταθεί είναι δύο: Η ισχαιμία του βλεννογόνου και η προκαλούμενη επαναδιάχυση των υδρογονοϊόντων. Η έρευνα του φραγμού του βλεννογόνου του στομάχου δείχνει ότι είναι άθικτος μετά από σοβαρό τραυματισμό και έγκαυμα. Ένας αριθμός μελετών υποστηρίζει το συμπέρασμα, ότι η ισχαιμία του βλεννογόνου είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην δημιουργία της εξελκώσεως από το stress.^{7,16}

Γ. Φάρμακα

Μη στεροειδή αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη, αντιπυρετικά φάρμακα.

Τα ΜΣΑΦ χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην κλινική πράξη για να καταπραΰνουν τους ελαφρούς πόνους, να ρίχνουν τον πυρετό, να περιορίζουν τις φλεγμονώδεις αντιδράσεις και να προλαμβάνουν τις θρομβώσεις. Στα ΜΣΑΦ συγκαταλέγονται και φάρμακα όπως η ασπιρίνη και η παρακεταμόλη (DEPON) για τα οποία δεν απαιτείται από το νόμο ιατρική συνταγή για την προμήθεια και τη χρήση τους.¹⁷

Ο παθογενετικός μηχανισμός της γαστροπάθειας από τα ΜΣΑΦ δεν έχει απολύτως διευκρινιστεί, αν και μέχρι σήμερα έχουν προταθεί και ελεγχθεί αρκετές θεωρίες.

Σε μια από αυτές διατυπώθηκε η άποψη ότι τα ΜΣΑΦ συσσωρεύονται στα επιθηλιακά κύτταρα του ενδοθηλίου του στομάχου, αναστέλλουν την οξειδωτική φωσφορυλίωση και οδηγούν σε μιτοχονδριακό και τελικά

κυτταρικό θάνατο. Η άποψη αυτή όμως δεν έγινε αποδεκτή, αφού έχει αποδεχτεί ότι τα εντεροδιαλυτά μη - στεροειδή ή τα μη - στεροειδή που χρησιμοποιούνται ως προφάρμακα (π.χ. σουλινδάκη) παραμένουν ελκογόνα, αν και ο γαστρικός βλεννογόνος δεν εκτίθεται άμεσα στην δράση.¹¹

Σήμερα οι πλέον παραδεκτοί παθογενετικοί μηχανισμοί βλάβης είναι αφ' ενός η προκαλούμενη από τα ΜΣΑΦ ελαττωμένη παραγωγή προσταγλανδινών (δρουν ως μη - αντιστρεπτοί αναστολείς του ενζύμου κυκλοξυγενάση ή συνθετάση προσταγλανδινών), αφ' ετέρου η τοπική ερεθιστική δράση, που έχει ως αποτέλεσμα την διάσπαση του βλεννογονικού φραγμού. Φαίνεται δε ότι τα μη σαλικυλικά ΜΣΑΦ προκαλούν βλάβες κυρίως με τον πρώτο μηχανισμό, ενώ η ασπιρίνη και με τους δύο.^{17,11}

Ειδικά για την ασπιρίνη (ακετυλοσαλικυλικό οξύ) αναφέρουμε ότι μπορεί να προκαλέσει βλάβη εντός της μιας ώρας από την λήψη της. Λόγω όξινου περιβάλλοντος ευνοείται η απορρόφησή της και προκαλεί ταχεία επαναδιάχυση ιόντων υδρογόνου λόγω καταστροφής του βλεννογόνου φραγμού. Η ισταμίνη συμβάλλει στην βλάβη και την αιμορραγία και το οξύ αυξάνει την γαστρική κινητικότητα. Επειδή η φλεβική αποχέτευση είναι διαταραγμένη λόγω σύσπασης μπορεί να προκληθεί επιπλέον εξαγγείωση αίματος.¹⁵

Αναστολή σύνθεσης προσταγλανδινών

Οι προσταγλανδίνες ασκούν κυτταροπροστατευτική δράση στο γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο, ενισχύοντας τους αμυντικούς μηχανισμούς σε διάφορα επίπεδα:

1. ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΒΛΕΝΝΑ

Παρατηρούμε αύξησή της μετά την χορήγηση εξωγενών προσταγλανδινών, ενώ κατά τη διάρκεια θεραπείας με σαλικυλικά, ελάττωση του πάχους της στιβάδας της (δεν είναι σαφές αν τα μη σαλικυλικά ΜΣΑΦ ασκούν παρόμοια δράση).¹¹

2. ΕΚΚΡΙΣΗ ΔΙΤΤΑΝΘΡΑΚΙΚΩΝ (HCO_3)

Από μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι προσταγλανδίνες ενισχύουν, ενώ τα ΜΣΑΦ αναστέλλουν την ενεργό έκκριση διττανθρακικών από το άντρο και το σώμα του στομάχου και το δωδεκαδάκτυλο.¹¹

3. ΑΙΜΑΤΙΚΗ ΡΟΗ

Μερικές από τις προσταγλανδίνες (PGE_2) αυξάνουν την αιματική ροή στο βλεννογόνο ενώ η ινδομεθακίνη την ελαττώνει.¹¹

4. ΦΡΑΓΜΟΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Έχει διαπιστωθεί ότι ο γαστρικός βλεννογονικός φραγμός ενισχύεται από τις προσταγλανδίνες ενώ εξασθενεί μετά από χορήγηση ασπιρίνης και πιθανόν ινδομεθακίνης. Στην δημιουργία του φράγματος πιστεύεται ότι συμβάλλουν η στιβάδα βλέννας, η

επιφάνεια του ενδοθηλίου και η υποβλεννογόνιος στιβάδα.¹¹

5. ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οι προσταγλανδίνες αναστέλλουν κυρίως την κινητικότητα του άντρου επιδρώντας στις λείες μυϊκές ίνες. Έχει αποδειχθεί ότι η μείωση της κινητικότητας συμβάλλει στην κυτταροπροστασία, εν τούτοις δεν είναι τεκμηριωμένο ότι η προκαλούμενη από τα ΜΣΑΦ υπερσυσπαστικότητα του άντρου συντελεί στην πρόκληση βλεννογονικών αλλοιώσεων.¹¹

6. ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΑ / ΛΕΥΚΟΤΡΙΕΝΕΣ

Πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι τα ουδετερόφιλα λευκοκύτταρα συμμετέχουν στην παθογένεια γαστροπάθειας από τα μη στεροειδή. Μετά από τη χορήγηση ασπιρίνης σε ποντικούς παρατηρήθηκε σχηματισμός λευκών θρόμβων στην μικροκυκλοφορία του βλεννογόνου του στομάχου, με επακόλουθη μείωση της αιμάτωσης και σχηματισμό νεκρώσεων. Σε άλλη μελέτη αναφέρεται ότι, όταν τα πειραματόζωα καθίστανται «λειτουργικώς ουδετεροπενικά» με χορήγηση μονοκλωνικών αντισωμάτων, ήταν πολύ λιγότερο ευαίσθητα στην πρόκληση γαστρικών βλαβών από την ινδομεθακίνη. Δεν έχει διευκρινισθεί το αίτιο μηχανισμού λευκών θρόμβων μετά από χορήγηση ΜΣΑΦ. Πιθανολογείται :

- αυξημένη παραγωγή από το γαστρικό βλεννογόνο λευκοτριένης B₄ και

– μείωση των παραγόντων που αναστέλλουν την προσκόλληση των ουδετερόφιλων, όπως η προστακυκλίνη.¹¹

Παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια θεραπείας με ΜΣΑΦ.

1. ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών στο ΓΕΣ αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία ιδιαίτερα μετά τα 60 έτη, γεγονός που θα μπορούσε να εξηγηθεί τόσο από την μεγαλύτερη κατανάλωση ΜΣΑΦ από τους ηλικιωμένους ασθενείς όσο και από τις οφειλόμενες στην ηλικία μεταβολές στην λειτουργικότητα του γαστρικού βλεννογόνου. Επίσης οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών, πιθανόν λόγω μεγαλύτερης χορηγούμενης δραστικής δόσης (μικρότερος δείκτης σωματικού βάρους /δοσολογία).¹¹

2. ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

Φαίνεται πως ο κίνδυνος αυξάνει ανάλογα με την δόση του φαρμάκου χωρίς όμως να έχουν προταθεί ασφαλή όρια που να συνδυάζουν το επιθυμητό αποτέλεσμα με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών.¹¹

3. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Είναι αβέβαιη η σχέση της. Έχει διαπιστωθεί ότι 25% των σοβαρών επιπλοκών παρατηρούνται κατά τη διάρκεια του πρώτου μηνός θεραπείας με ΜΣΑΦ, ενώ οι

επιπλοκές από την ασπιρίνη είναι ίδιες, είτε η λήψη είναι ευκαιριακή είτε συστηματική.¹¹

4. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι το κάπνισμα, το ιστορικό ελκοπάθειας και ο συνδυασμός δύο ή περισσότερων μη στεροειδών ή και πρεδνιζόνης.¹¹

Κυτταροτοξικά ή χημειοθεραπευτικά

Προκαλούν βλάβη λόγω αναστολής της ανανέωσης των κυττάρων.¹⁵

Δ. Διατροφή

Από παλιά έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα πεπτικού έλκους και επίσης ότι είναι δυνατό να επηρεάσουν τον ρυθμό επούλωσης και τις υποτροπές του. Σχετικά με την επίδραση της τροφής στην επούλωση και υποτροπή του έλκους, υπάρχει αρκετή σύγχυση σχετικά με τη διαιτητική αγωγή που πρέπει να ακολουθείται από τον ελκοπαθή. Σήμερα, ιδιαίτερα μετά την εισαγωγή δραστικών φαρμακευτικών ουσιών στην θεραπευτική του έλκους, οι περισσότεροι γαστρεντερολόγοι συμφωνούν ότι η δίαιτα παίζει μικρό ρόλο και ότι απλώς ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει τις ουσίες που βρίσκει ερεθιστικές, ιδιαίτερα σε περιόδους παροξυσμού. Ωστόσο, η αναφορά στην επίδραση διαφόρων τροφών στο πεπτικό έλκος, υπό το πρίσμα των συγχρόνων απόψεων, κρίνεται αναγκαία.¹¹

1. ΓΑΛΑ

Από την πλειονότητα των θεραπόντων γιατρών, σε παγκόσμιο επίπεδο, συνιστάται διαίτα πλούσια σε γάλα. Η σύσταση για τη χρήση γάλακτος στο καθημερινό διαιτολόγιο στηρίζεται στην άποψη ότι το γάλα έχει ικανότητες εξουδετέρωσης του HCl. Εν τούτοις, αρκετά κλινικοεργαστηριακά δεδομένα δεν στηρίζουν την καθιέρωση του γάλακτος ως κύριας διατροφής για τους ελκοπαθείς:

- Δίαιτα πλούσια σε γάλα προκαλεί σημαντικότερη αύξηση εκκρίσεως οξέος σε σχέση με το συνηθισμένο γεύμα.

- Σε ελκοπαθείς που έπαιρναν γάλα ανά ώρα το ΡΗ του στομάχου διατηρείτο σε χαμηλότερα επίπεδα, σε σχέση με ασθενείς που έπαιρναν τρία συνηθισμένα γεύματα την ημέρα.

- Δίαιτα συνισταμένη αποκλειστικά από γάλα σε συνδυασμό με θεραπευτικές δόσεις σιμετιδίνης είχε σαν αποτέλεσμα σημαντικά μειωμένο ποσοστό επουλώσεως του έλκους (53%) σε σχέση με κανονική διαίτα και σιμετιδίνη (78%).

Ο ακριβής μηχανισμός, με τον οποίο το γάλα επιβραδύνει την επούλωση του πεπτικού έλκους, δεν είναι γνωστός, αλλά πιθανολογείται δράση του ασβεστίου και των πρωτεϊνών του. Το ασβέστιο προκαλεί αύξηση της εκκρίσεως οξέος μέσω αυξήσεως της εκκρίσεως γαστρίνης, ενώ ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό

έλκος είναι πιο ευαίσθητοι σε αυτό, σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα.

Εν τούτοις υπάρχει ένα ποσοστό ασθενών που υποστηρίζει ότι ανακουφίζονται σημαντικά από την λήψη γάλακτος. Εκτός αυτού, πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι στο γάλα περιέχονται ορισμένα φωσφολιποειδή που στα πειραματόζωα προφυλάσσουν από την εμφάνιση γαστρικών βλαβών, που προκαλούνται από την έγχυση οξέος. Επίσης από το γάλα απομονώθηκαν αυξητικοί παράγοντες, που σε πειραματόζωα προστατεύουν από την εμφάνιση έλκους που προκαλείται πειραματικά από τη λήψη ελκογόνων ουσιών.

Υπάρχουν αρκετοί υποστηρικτές της απόψεως ότι το γάλα δεν πρέπει να αποκλείεται από την διαίτα ασθενών, αν αυτοί θεωρούν ότι τους βοηθάει συμπτωματικά, παρά την έλλειψη επαρκών επιστημονικών δεδομένων που να αποδεικνύουν ότι το γάλα ασκεί ανθελκωτική δράση.¹¹

2. ΦΥΤΙΚΟ ΥΠΟΛΕΙΜΜΑ

Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι το φυτικό υπόλειμμα επηρεάζει τη συχνότητα τη συχνότητα εμφάνισης και το ρυθμό υποτροπών του πεπτικού έλκους. Η μεγάλη συχνότητα εμφάνισης του δωδεκαδακτυλικού έλκους στη Νότια Ινδία και το Μπανγκλαντές έχει συσχετιστεί με την μεγάλη κατανάλωση ρυζιού στις περιοχές αυτές, που δεν απαιτεί παρά ελάχιστη μάσηση.

Παρ' όλα αυτά σήμερα, είναι άγνωστο κατά πόσο η συχνότητα και οι υποτροπές του έλκους σχετίζονται με το είδος της τροφής αυτής καθ' αυτής ή με το ποσό σιέλου που εκκρίνεται κατά τη μάσηση της τροφής. Το είδος της τροφής, ρύζι ή σιτάρι δεν φαίνεται να επηρεάζει την έκκριση HCl στο στομάχο. Το πιθανότερο είναι ότι οι τροφές μεγάλου φυτικού υπολείμματος απαιτούν καλή μάσηση, κατά την διάρκεια της οποίας εκκρίνονται μεγάλες ποσότητες σιέλου που με τον επιδερμικό αυξητικό παράγοντά του ενισχύει την κυτταροπροστασία.¹¹

3. ΛΙΠΑΡΑ ΟΞΕΑ ΤΡΟΦΗΣ

Φαίνεται ότι το είδος των λιπαρών οξέων της τροφής ασκεί κάποια επίδραση στην εμφάνιση του πεπτικού έλκους και υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν την άποψη αυτή. Οι Hollander και Tarnowski σε μελέτη τους τόνισαν την σημασία των απαραίτητων λιπαρών οξέων για την ακεραιότητα του γαστρικού βλεννογόνου και υποστήριξαν ότι και στις πρόσφατες δεκαετίες, η αύξηση της περιεκτικότητας των τροφών στα οξέα αυτά είχε σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της συχνότητας του έλκους. Το λινολεϊκό οξύ αποτελεί τη σημαντικότερη τροφική πρόδρομη ουσία στη βιοσύνθεση των προσταγλανδινών. Σύμφωνα με την θεωρία των Hollander και Tarnowski, είναι πιθανόν η δίαιτα των ασθενών με πεπτικό έλκος να είναι πτωχή σε λινολεϊκό οξύ, με αποτέλεσμα ελαττωμένη σύνθεση προσταγλανδινών, που

κάνει τον παράγοντα «κυτταροπροστασία» μειονεκτικό, ευνοώντας με τον τρόπο αυτό την εμφάνιση του έλκους.

Υποστηρικτικό της θεωρίας είναι το γεγονός ότι σε μερικές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης είναι δεδομένη, ως σταθερό φάρμακο κατά του έλκους, μια ουσία που κυκλοφορεί ως «βιταμίνη U» και παράγεται από το λάχανο και άλλα πράσινα λαχανικά, που είναι πλούσια σε λιπαρά οξέα. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της ουσίας αυτής στηρίζεται σε εμπειρικές παρατηρήσεις και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ελεγχόμενη μελέτη που να τεκμηριώνει επιστημονικά την δραστικότητά της.¹¹

4. ΑΛΑΤΙ

Η σημασία της μη καταναλώσεως αλατιού στο γαστρικό έλκος αποτελεί αντικείμενο της επιδημιολογικής από αρκετά χρόνια. Η συχνότητα γαστρικού έλκους στην Ιαπωνία είναι μεγάλη και είναι επίσης γνωστή η περιεκτικότητα της παραδοσιακής ιαπωνικής διαίτας σε αλάτι. Έχει βρεθεί ότι το αλάτι προκαλεί γαστρίτιδα σε πειραματόζωα και πολλές επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν τη βλαπτική επίδραση της υπερκαταναλώσεως άλατος στο γαστρικό βλεννογόνο.

Μελέτες έχουν δείξει παραλληλισμό θανάτων από γαστρικό έλκος, αλλά και από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια από υπέρταση, που επίσης σχετίζεται με την κατανάλωση άλατος. Η συχνότητα των θανάτων από τις δύο αυτές αιτίες βρίσκεται σε πτωτική πορεία τα τελευταία 50 χρόνια και η πτώση αυτή αποδίδεται στο

γεγονός ότι το αλάτι αντικαταστάθηκε ως μέθοδος συντηρήσεως τροφών από άλλους τρόπους, όπως η ψύξη. Η αλλαγή στα επαγγέλματα που έγινε κατά την περίοδο αυτή αποτελεί έναν άλλο παράγοντα που συντέλεσε στην ελάττωση καταναλώσεως άλατος (παλιά τα επαγγέλματα ήταν χειρωνακτικά, με αποτέλεσμα την μεγάλη θερμική κατανάλωση και εφίδρωση).

Όλες οι παραπάνω παρατηρήσεις που έγιναν για το γαστρικό έλκος, δεν έγινε δυνατόν να επιβεβαιωθούν για το δωδεκαδακτυλικό.¹¹

5. ΚΑΦΕΣ

Ο καφές είναι δυνατόν να προκαλέσει δυσπεπτικά ενοχλήματα σε πολλά άτομα. Η καφεΐνη παράγει την έκκριση οξέος στο στομάχι και μειώνει την πίεση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ) μέσω αυξήσεως του AMP ή αναστολής της φωσφοδιεστεράσης. Εν τούτοις υπάρχει και το αντίθετο πειραματικό δεδομένο που υποστηρίζει την άποψη ότι η καφεΐνη αυξάνει την πίεση του ΚΟΣ, αλλά μόνο σε άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα μετά την λήψη καφέ.

Τα δεδομένα αυτά οδήγησαν στην άποψη, ότι ο καφές πρέπει αδιακρίτως, να αποκλεισθεί από το διαιτολόγιο όλων των ελκοπαθών ή των ατόμων που παρουσιάζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.¹¹

6. ΜΠΑΧΑΡΙΚΑ

Τα μπαχαρικά έχουν από μακρού συσχετισθεί με βλάβη του γαστρικού βλεννογόνου. Έχει αποδεχθεί ότι η καψαϊσίνη, που αποτελεί συστατικό της κόκκινης

πιπεριάς και πιπεριού, επιφέρει αύξηση της εκκρίσεως του γαστρικού οξέος και ερεθισμό του γαστρικού βλεννογόνου. Παρόμοια αποτελέσματα έχει και το μαύρο πιπέρι, αν και το δραστικό συστατικό του παραμένει άγνωστο.

Μελέτες έδειξαν ότι το πιπέρι, ανεξαρτήτως είδους, προκαλεί μεγάλη αύξηση της γαστρικής εκκρίσεως, ιδιαίτερα σε ασθενής με δωδεκαδακτυλικό έλκος, και ότι η ενέργεια αυτή συνδυαζόταν με γαστρίτιδα και αυξημένη παραγωγή DNA. Αντίθετα, δεν επηρεάζει το ρυθμό επουλώσεως.

Μέχρις ότου έχουμε περισσότερα επιστημονικά δεδομένα για τον ακριβή ρόλο των μπαχαρικών στο πεπτικό έλκος, σωστό είναι να συμβουλευουμε τους ασθενείς να αποφεύγουν τα μπαχαρικά που τους ενοχλούν, ιδιαίτερα σε περιόδους παροξυσμού του έλκους.¹¹

7. ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ

Αρκετά πειραματικά δεδομένα δείχνουν πως:

– Η αιθυλική αλκοόλη σε μεγάλες πυκνότητες (>40%) προκαλεί οξείες βλάβες στο γαστρικό βλεννογόνο και αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό λόγω καταστροφής του βλεννογόνιου φραγμού που επιτρέπει τη διάχυση ιόντων υδρογόνου. Αυτό δεν σημαίνει ότι η αλκοόλη υπεισέρχεται στην αιτιολογία του έλκους, καθώς επιδημιολογικές έρευνες δεν έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ προσλήψεως αιθυλικής αλκοόλης και πεπτικού έλκους.

- Υπάρχουν αρκετά δεδομένα που δείχνουν ότι η ενδογαστρική έγχυση αλκοόλης σε πυκνότητες 5% , 10% και 20% προκαλεί σημαντική αύξηση εκκρίσεως HCl. Εν τούτοις υπάρχουν και δεδομένα που υποστηρίζουν μέτρια ποσότητα αλκοόλης (30-60 ml / ημέρα) μπορεί να δράσει προστατευτικά στη βλάβη από ΜΣΑΦ μέσω διεγέρσεως παραγωγής προσταγλανδινών. Επομένως, η σύσταση προς τους ελκοπαθής για αυστηρή αποφυγή λήψεως παντός οινοπνευματώδους δεν έχει ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση.

Βρέθηκε ότι η μύρα είναι ισοδύναμη, από πλευράς διεγέρσεως της εκκρίσεως HCl , προς το γάλα και συνήθως αποκλείεται από την διαίτα των ελκοπαθών. Αυτό δεν θα πρέπει να αποδοθεί αποκλειστικά στο περιεχόμενο ποσό αλκοόλης, επειδή η μύρα περιέχει και άλλες ουσίες, όπως διάφορα πεπτίδια, που επίσης διεγείρουν την έκκριση HCl.

Η οδηγία προς τους ελκοπαθείς πρέπει να είναι η αποφυγή οινοπνευματωδών με μεγάλη συγκέντρωση αλκοόλης ή μεγάλων ποσοτήτων αραιότερων οινοπνευματωδών ποτών, ιδιαίτερα σε περιόδους παροξυσμού του έλκους.¹¹

Ε. Κάπνισμα

Βρέθηκε ότι υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση πεπτικού έλκους σε καπνιστές, η επούλωση είναι πιο καθυστερημένη και η υποτροπή συχνότερη.¹⁵ Έχει αποδειχθεί σε διάφορες μελέτες ότι η χρόνια χρήση καπνού προκαλεί αύξηση της μέγιστης γαστρικής

εκκριτικής ικανότητας, σε υγιής μάρτυρες και σε ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος. Η υπερπαραγωγή γαστρίνης προκαλείται αντιδραστικά από την πτώση της γαστρικής οξύτητας που ακολουθεί το κάπνισμα κάθε τσιγάρου ξεχωριστά. Η άμεση αυτή επίδραση του καπνίσματος φαίνεται ότι οφείλεται στην ανασταλτική δράση της νικοτίνης και της καρβοξυαιμοσφαιρίνης στην εκκριτική λειτουργία του τοιχωματικού κυττάρου. Έτσι εξηγούνται τα υψηλά επίπεδα γαστρίνης που παρατηρούνται σε χρόνιους καπνιστές.¹⁸ Επίσης υπάρχουν ενδείξεις ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει ελάττωση στην γαστρική βλεννογονική ροή και στην σύνθεση των προσταγλανδινών, όπως επίσης να προκαλέσει ελάττωση στην σύνθεση διττανθρακικών από το πάγκρεας.¹⁵

ΣΤ. Κληρονομικότητα

Υπάρχει ισχυρή κληρονομική προδιάθεση στο πεπτικό έλκος. Το 40% των ασθενών με έλκος δωδεκαδακτύλου έχει τουλάχιστον ένα ακόμα μέλος της οικογένειας με το ίδιο έλκος. Επίσης σε ασθενείς με γαστρικό έλκος που είναι συγγενείς υπάρχει αυξημένη συχνότητα αυτού του έλκους και όχι του δωδεκαδακτυλικού. Από το 1954 είναι γνωστό ότι άτομα με ομάδα αίματος Ο μη εκκριτικού τύπου έχουν μεγαλύτερη συχνότητα δωδεκαδακτυλικού έλκους, αλλά όχι γαστρικού, εύρημα που ενισχύει την υπόθεση ότι δωδεκαδακτυλικό και γαστρικό έλκος μεταβιβάζονται χωριστά κληρονομικώς.¹⁹

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Χαρακτηριστική της εξέλιξης της νόσου του έλκους είναι η συνεχώς αυξανόμενη ένταση των ενοχλημάτων, ως και η περιοδικότητα της εμφάνισεως αυτών. Το αρχόμενο έλκος δεν παρουσιάζει χαρακτηριστικά κλινικά συμπτώματα όπως αδιαθεσία, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, ακαθόριστα επιγαστρικά ενοχλήματα και αίσθημα πίεσεως κατά τη στομαχική χώρα. Η συμπτωματολογία αυτή, αποδιδόμενη συνήθως σε δυσπεπτική ανωμαλία, παρέρχεται απαρατήρητη, για να επανεμφανισθεί και πάλι, μετά από λίγους συνήθως μήνες, με εντονότερα ενοχλήματα.

Το αρχικό δυσάρεστο αίσθημα πίεσεως στο στομάχο μετατρέπεται πλέον σε πόνο. Και πάλι όμως, με τα διαιτητικά μέτρα τα οποία συνήθως ο ασθενής λαμβάνει, τα γαστρικά ενοχλήματα είναι δυνατόν να υποχωρήσουν, για να επανεμφανισθούν αργότερα, οπότε πλέον το άλγος κυριαρχεί της όλης κλινικής συμπτωματολογίας. Η περιοδικότητα αυτή των ενοχλημάτων εμφανίζεται εντονότερη κατά την άνοιξη και το φθινόπωρο, εποχές κατά τις οποίες είναι συχνότερες οι επιπλοκές του έλκους χωρίς βεβαίως τούτο να αποτελεί κανόνα.

Το κύριο σύμπτωμα του έλκους είναι το άλγος, το οποίο συναντάται στις περισσότερες περιπτώσεις. Το άλγος όμως και μάλιστα σε περιπτώσεις γιγαντιαίων ελκών μπορεί να λείπει σε όλη τη διαδρομή της νόσου. Το άλγος του έλκους μπορεί να είναι πρωίμο, όψιμο και νυχτερινό.

Το **πρώιμο άλγος** εμφανίζεται αμέσως μετά τα γεύματα ή μετά παρέλευσης το πολύ 1- 1 1/2 ώρας και συχνά σε καθορισμένη ώρα και για αυτό οι ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη τροφής από φόβο προκλήσεως του άλγους αυτού, ενώ σε άλλες περιπτώσεις αποφεύγουν ορισμένα μόνο εδέσματα τα οποία ερεθίζουν το έλκος και προκαλούν πόνο. Το πρώιμο άλγος συναντάται κυρίως επί ελκών, του στομάχου, εκτείνεται δε ενίοτε προς την καρδιακή χώρα και είναι δυνατό να χαρακτηριστεί ως στηθαγχικό.

Το **όψιμο άλγος**, εμφανιζόμενο 1-3 ώρες μετά τα γεύματα, στην αρχή είναι αμβληχρο και αυξάνεται βαθμιαία η ένταση, συνοδεύεται δε από ερυγές και αίσθημα καύσου και μπορεί να υποχωρήσει μετά τη λήψη θερμών ροφημάτων ή τροφής. Αυτό πιθανότατα οφείλεται σε σπαστικές κινητικές καταστάσεις που σχετίζονται με την εκκένωση και τον αυξημένο περισταλτισμό του κενού στομάχου. Σπαστικές καταστάσεις που δικαιολογούν το όψιμο άλγος ανευρίσκονται σε περιπτώσεις που ο στόμαχος περιέχει μεγάλες ποσότητες όξινου γαστρικού υγρού, οι οποίες αντιστοιχούν προς το σύνδρομο του Reichmann.

Το **νυχτερινό άλγος** ή **πυλωρικό σύνδρομο** ή **άλγος πείνης** παρουσιάζεται 3-6 ώρες μετά τα γεύματα, είναι αρκετά έντονο και μπορεί να κατασταλεί μετά από λήψη τροφής ή αλκαλικών ή σπασμολυτικών φαρμάκων. Το άλγος αυτό σχετίζεται με την παρουσία στο στόμαχο μεγάλης ποσότητας όξινου γαστρικού υγρού. Ο αυτόματος ή προκαλούμενος από τον ασθενή έμετος επιφέρει

ανακούφιση, επέρχεται δε πολύ εύκολα σε αντίθεση με τους εμετούς τις χολοκυστίτιδας όπου είναι δυσχερής και επίπονος. Έχει εκφραστεί η γνώμη ότι το νυχτερινό άλγος είναι χαρακτηριστικό του 12/δακτυλικού έλκους, αλλά αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ακριβές, διότι το νυχτερινό άλγος συναντάται και σε γαστρικά έλκη σε συχνότητα 60% όπως και σε γαστρίτιδα ιδιαίτερα του πυλωρικού άντρου.

Οι ερυγές εμφανίζονται στο 50% , περίπου των ελκοπαθών χωρίς βεβαίως η εμφάνιση αυτών να υποδηλώνει πάντοτε την ύπαρξη έλκους ή διαταραχές της κινητικότητας όπως επίσης και οι όξινες ερυγές δεν σημαίνουν πάντοτε την ύπαρξη υπερχλωρυδρίας. Οι έμετοι επίσης δεν μπορούν να θεωρηθούν ως χαρακτηριστικό σύμπτωμα του έλκους εκτός βεβαίως της περίπτωσης πυλωρικής στένωσης.

Ιδιαίτερα από διαγνωστικής άποψης σημασία πρέπει να αποδίδεται στην εν το ιστορικό ύπαρξης γαστρορραγίας υπό μορφή αιματεμέσεως ή μέλαινης χωρίς όμως και το είδος της αιμορραγίας αυτής να χαρακτηρίζει την εντόπιση του έλκους διότι είναι δυνατό το 12./δακτυλικό έλκος να προκαλεί τόσο μέλαινα όσο και αιματέμεση, ενώ το γαστρικό μόνο μέλαινα.

Απαραίτητο βεβαίως είναι να γίνεται και η διαφορική διάγνωση από των αιμορραγιών που οφείλονται σε άλλα αίτια όπως είναι οι κίρσοι του οισοφάγου, ο καρκίνος του στομάχου και του εντέρου, οι πολυποειδείς όγκοι έως και οι αιμορραγίες από νόσους

του αίματος, να λαμβάνονται επίσης υπόψη ότι οι διάφορες τροφές ή φάρμακα όπως το βισμούθιο, ο σίδηρος κ.α. μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση υπομέλαινων κενώσεων. Μετά την αιμορραγία του έλκους ακολουθεί πολλές φορές μικρή τριχοειδής αιμορραγία η οποία παρέρχεται μετά από ανάπαυση και διαιτητική αγωγή.

Υπογλυκαιμία: Πρώιμη και πολύ χαρακτηριστική εκδήλωση του έλκους του 12/δακτύλου αποτελεί η εμφάνιση υπογλυκαιμικού συνδρόμου κατά τις απογευματινές ώρες. Αυτό το σύνδρομο δεν παρατηρείται στο έλκος του σώματος του στομάχου. Το σύνδρομο αυτό αποδίδεται σε ερεθισμό λόγω γειτονίας του παγκρέατος και σε έκκριση μεγαλύτερης ποσότητας ινσουλίνης.

Με την επισκόπηση διαπιστώνεται συχνά βαθμός απίσχνασης εξ' αιτίας του υποσιτισμού που οφείλεται στην ανορεξία που συνοδεύει το έλκος που βρίσκεται σε οξεία φάση, είτε από αυστηρή δίαιτα από τον φόβο των ενοχλημάτων. Έκδηλη απίσχναση συναντάται στις πυλωρικές στενώσεις. Εν τούτοις η ελάττωση της θρέψης δεν αποτελεί σύμπτωμα του έλκους διότι υπάρχουν περιπτώσεις που παρατηρείται άριστη θρέψη χάρη στη συχνή λήψη μικρών ποσοτήτων λιπαρών τροφών.

] Σε μη επιπλεγμένα έλκη δεν συναντάται αναιμία - αντίθετα σε μεγάλο ποσοστό παρατηρείται μικρού βαθμού πολυερυθραιμία.

Δια της ψηλαφήσεως διαπιστώνονται συνήθως πολύ περιορισμένα ευρήματα, ως επί το πλείστον η ύπαρξη

αλγεινής περιοχής μεταξύ ξιφοειδούς αποφύσεως και ομφαλού. Στα έλκη του ελάσσονος τόξου το επώδυνο σημείο ανευρίσκεται λίγο αριστερά της μέσης γραμμής, σε αντίθεση με τα παραπυλωρικά και τα 12/δακτυλικά έλκη, κατά τα οποία το άλγος ανευρίσκεται δεξιά της μέσης γραμμής. Μερικοί ασθενείς αποδεικνύουν περιγεγραμμένη αλγεινή περιοχή όπου αντιστοιχεί προς το έλκος, γεγονός που δεν συμβαίνει στη γαστρίτιδα. Ευνόητο είναι όμως ότι παρόμοιο άλγος είναι δυνατό να παρατηρηθεί και σε άλλες παθήσεις του επιγαστρίου ενώ άλλες φορές αυτό λείπει παντελώς σε περιόδους ηρεμίας του έλκους.

Η εξέταση του γαστρικού υγρού αποτελεί συμπλήρωση της κλινικής εξέτασης μέσω της οποίας εξακριβώνεται ο βαθμός οξύτητας, η κινητικότητα του στομάχου, ο ρυθμός εκκενώσεώς του και η ποσότητα του εκκρινόμενου γαστρικού υγρού. Υπερχλωρυδρία συναντάται στις περισσότερες περιπτώσεις και βοηθάει στη διαφορική διάγνωση σε ασαφείς περιπτώσεις, η διαπίστωση δε αχυλίας συμβάλλει στη διαφορική διάγνωση του έλκους από της χρόνιας ατροφικής γαστρίτιδας, της κακοήθους αναιμίας και του γαστρικού καρκίνου.

Σε ανεύρεση έντονου όξινου γαστρικού υγρού και σε ποσότητα 30-40 κ.εκ. σε κενό στομάχι, όπως και σε διαπίστωση μικρών ινών ή κόκκων αμυλου, οφείλει κανείς να σκεφτεί την ύπαρξη παραπυλωρικού έλκους με διαταραχές της εκκένωσης. Στους ελκοπαθής υπάρχει έκκριση έντονου όξινου γαστρικού υγρού και κατά τη νύχτα.

Η υπερχλωρυδρία χαρακτηρίζει κυρίως τα προπυλωρικά και τα 12/δακτυλικά έλκη, ενώ στα έλκη του ελάσσονος τόξου παρατηρούνται μόνο μικρές παρεκκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές. Μεγαλύτερος βαθμός υπερχλωρυδρίας ανευρίσκεται σε αναζωπυρωμένα και εν ενεργεία έλκη.

Οι τριχοειδικές αιμορραγίες που συνεχίζουν παρά την ανάλογη θεραπεία συνηγορούν υπέρ κακοήθους επεξεργασίας, διότι τα έλκη και κυρίως τα γαστρικά μόνο σε μικρό ποσοστό (10% περίπου) συνοδεύονται από επίμονη τριχοειδική αιμορραγία. Αντίθετα σε κανένα λόγο δεν μπορεί να αποκλεισθεί η ύπαρξη έλκους από την μη ύπαρξη τριχοειδικής αιμορραγίας.

Ο ακτινολογικός έλεγχος είναι απαραίτητος για να τεθεί η ακριβής διάγνωση του πεπτικού έλκους. Η διαπίστωση της χαρακτηριστικής «φωτιάς έλκους» δυσχεραίνεται πολλές φορές από την αιμορραγία ή από τη κατά το οπίσθιο τοίχωμα εντοπίσεως του έλκους. Υπάρχουν όμως και άλλες δυσχέρειες για την ακριβή ακτινολογική διάγνωση του έλκους, όπως είναι η ταχεία διάβαση της σκιερής ουσίας δια του 12/δακτυλικού βολβού, η στένωση πυλωρού, οι ανωμαλίες του τόνου του περισταλτισμού κ.α. , οπότε καταφεύγει στα έμμεσα ακτινολογικά ευρήματα.

Η γαστροσκόπηση υποβοηθάει επίσης στη διάγνωση των ελκών του στομάχου σε ορισμένες εντοπίσεις και προπαντός στην κακοήθη εναλλαγή η οποία δύσκολα εξακριβώνεται ακτινολογικά.¹⁰

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Ιστορικό Υγείας: Το ιστορικό υγείας είναι πολύτιμο στη υποψία της νόσου.⁷ Εξέταση των ιατρικών φακέλων για προηγούμενο ιστορικό πεπτικού έλκους ή χρόνιας δυσπεψίας και για ομάδα αίματος . Το πεπτικό έλκος συμβαίνει συνήθως σε άτομα της ομάδας O. Ο άρρωστος ερωτάται για χρησιμοποίηση φαρμάκων που είναι γνωστό ότι προδιαθέτουν στην εμφάνιση πεπτικού έλκους, με μείωση της αντίστασης του βλεννογόνου (π.χ. σαλικυλικά , ρεζερπίνη, ισταμίνη).Λαμβάνεται το οικογενειακό ιστορικό για διαπίστωση ύπαρξης μέλους που πάσχει. Συζητούνται το επάγγελμα και η ρουτίνα εργασίας του αρρώστου. Ο πόνος είναι συχνό παράπονο του αρρώστου, ρωτιέται για το ωράριο αυτού. Τέλος γίνεται προσπάθεια για διαπίστωση ύπαρξης καταστάσεων stress και της σχέσης τους με την εκδήλωση του πόνου.²¹

Αντικειμενικά ευρήματα: Ευαισθησία και άλγος κατά την ψηλάφηση του επιγαστρίου,²² μεταξύ ξιφοειδούς αποφύσεως και ομφαλού¹⁰ .Επί ελκών του ελάσσονος τόξου το επώδυνο σημείο ανευρίσκεται λίγο αριστερά της μέσης γραμμής, σε αντίθεση με τα παραπυλωρικά και δωδεκαδακτυλικά έλκη κατά τα οποία το άλγος ανευρίσκεται δεξιά της μέσης γραμμής. Ευνόητο όμως ότι όμοιο άλγος είναι δυνατό να παρατηρείται και επί άλλων παθήσεων του επιγαστρίου.¹⁰

Με την **επισκόπηση** διαπιστώνεται συχνά βαθμός απισχνάσεως λόγω υποσιτισμού οφειλόμενου είτε σε ανορεξία που συνοδεύει το σε οξεία φάση βρισκόμενο έλκος, είτε σε αυστηρά δίαιτα από τον φόβο των ενοχλημάτων. Έκδηλη απίσχναση συναντάται κατά την πυλωρική στένωση. Εν τούτοις η ελάττωση της θρέψεως δεν αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα του έλκους, διότι υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες παρατηρείται άριστη θρέψη χάρη στη συχνή λήψη μικρών ποσοτήτων λιπαρών τροφών. Σε μη επιπλεγμένα έλκη δεν συναντάται αναιμία, αντιθέτως σε μεγάλο ποσοστό παρατηρείται μετρίου βαθμού πολυερυθραιμία.¹⁰

Τέλος κατά την **φυσική εκτίμηση** ο άρρωστος είναι συχνά νευρικός και αγχώδης.²¹

Διαγνωστικές μέθοδοι: Οι δύο σημαντικότερες μέθοδοι για την διάγνωση είναι η **ακτινογραφική εξέταση** του ανωτέρου πεπτικού και η **ενδοσκόπηση**. Το γαστρικό έλκος μπορεί συνήθως να διαπιστωθεί με τις συνήθεις ακτινολογικές εξετάσεις με θεϊκό βάριο, με μία ακρίβεια που πλησιάζει το 90%.⁷ Το τμήμα που πρόκειται να ακτινογραφηθεί πρέπει να είναι όσο το δυνατό κενό, έτσι ώστε η σκιερή ουσία να καλύψει όλη την κοιλότητα του οργάνου.⁶

Ο ακτινολογικός έλεγχος επί έλκους βολβού, δείχνει μόνιμη παραμόρφωση του βολβού, σε πολλές δε περιπτώσεις βρίσκεται συγχρόνως φωλιά ή κρατήρας όπου υπάρχει μόνιμη καλώς αφοριζόμενη συλλογή βαρίου. Επί

έλκους στομάχου και κυρίως του ελάσσονος τόξου η φωλιά είναι συνήθως σαφής και κατά κανόνα αξιολογών διαστάσεων. Έλκος του οπισθίου τοιχώματος του στομάχου αποκαλύπτεται πολλές φορές με δυσκολία.¹²

Περίπου 4% των ελκών που ακτινογραφικά φαίνονται καλοήθη, αποδεικνύονται ότι είναι κακοήθη (με την ενδοσκόπηση ή την εγχείρηση). Τόσο τα καλοήθη όσο και τα κακοήθη έλκη συνήθως εντοπίζονται στο έλασσον τόξο.⁷

Υπάρχουν όμως και άλλες δυσχέρειες για την ακριβή ακτινολογική διάγνωση του έλκους, όπως είναι η ταχεία διάβαση της σκιερής ουσίας δια του 12/δακτυλικού βολβού, η στένωση του πυλωρού, οι ανωμαλίες του περισταλτισμού κ.α.¹⁰

Νοσηλευτική παρέμβαση στην ακτινογραφική εξέταση:

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας
- Τίποτα από το στόμα για τουλάχιστον 6 ώρες πριν την εξέταση
- Μεταφορά στο ακτινολογικό με καρότσι ή φορείο

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Εξέταση της άδειας γαστρεντερικής οδού με άμεση ακτινοσκόπηση.
- Λήψη μικρής ποσότητας θεϊκού βαρίου και έλεγχος της πορείας της με ακτινοσκόπηση. Λήψη της υπόλοιπης

ποσότητας και παρακολούθησης της πορείας της με λήψη σειράς ακτινογραφιών.

- Βοήθεια του αρρώστου να πάρει διάφορες θέσεις για την πλήρωση όλων των τμημάτων του σωλήνα με βάριο.
- Ένεση γλυκαγόνης (μπορεί να γίνει) για χαλάρωση του στομάχου και του 12/δακτύλου.

Μετά την εξέταση:

- Ενθάρρυνση για λήψη υγρών για να βοηθήσουν στην αποβολή του βαρίου.
- Ενημέρωση του αρρώστου για το βάριο, θα βγαίνει σαν κανονική κένωση.
- Χορήγηση καθαρτικού όπως γάλα μαγνησίας για αποβολή βαρίου, αν χρειαστεί.²¹

Η ενδοσκοπική επισκόπηση του έλκους επιτρέπει τον καθορισμό του μεγέθους και του σχήματος και τη λήψη βιοψίας ώστε να διαπιστωθούν τα ιστολογικά του χαρακτηριστικά.⁷

Απόλυτες ενδείξεις γαστροσκοπήσεως λοιπόν είναι:

- Επί γαστρικού έλκους όταν υπάρχουν ακτινολογικές ενδείξεις ότι είναι δυνατόν να είναι κακοήθες,
- Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ακτινολογικά το άντρο εμφανίζεται εστενωμένο και μη εκπιυσσόμενο.

Σήμερα προτιμάται όλοι οι ασθενείς με γαστρικό έλκος να γαστροσκοπούνται . Σε συνδυασμό ακτινολογικού ελέγχου και γαστροσκοπήσεως μετά βιοψίας, το ποσοστό ακριβής διαγνώσεως φτάνει τα 99%.¹²

Στη γαστροσκόπηση το λιγότερο έξι βιοψίες θα πρέπει να λαμβάνονται από το έσω χείλος του έλκους και από τον κρατήρα του. Εάν υπάρχει ευχέρεια κυτταρολογικής εξετάσεως λαμβάνεται κυτταρολογικό υλικό με την ψήκτρα προ της βιοψίας. Με την συνδυασμένη χρησιμοποίηση ακτινογραφικών, ενδοσκοπικών και ιστολογικών τεχνικών ο διαχωρισμός του καλοήθους από το κακοήθες έλκος του στομάχου είναι δυνατός σε ποσοστό μεγαλύτερο των 95%.⁷

Νοσηλευτική παρέμβαση στην ενδοσκόπηση:

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση του τι θα συμβεί, πριν, κατά και μετά την εξέταση .
- Τίποτα από το στόμα για τουλάχιστον 6 ώρες πριν.
- Αφαίρεση οδοντοστοιχιών.
- Χορήγηση ατροπίνης (εάν υπάρχει εντολή)
- Χορήγηση ελαφρού κατευναστικού, ή ηρεμιστικού (εάν υπάρχει εντολή).
- Μεταφορά στο δωμάτιο ενδοσκοπήσεων με καρότσι ή φορείο.²¹

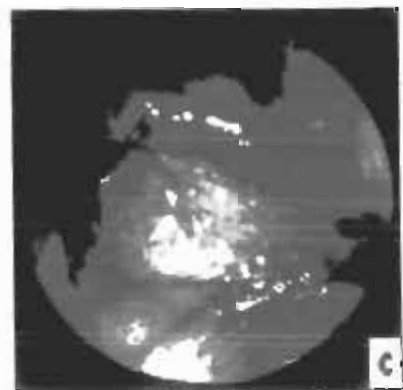
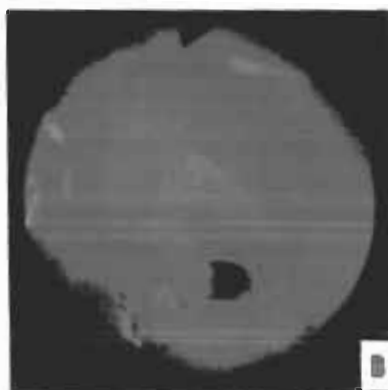
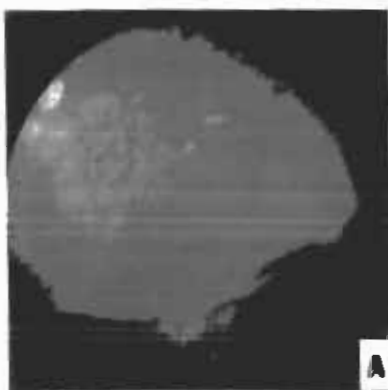
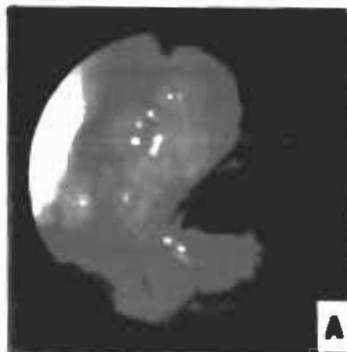
Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Αναισθησία του λαιμού του αρρώστου με spray. (21,6) (π.χ. ξυλοκαΐνη 2%)⁶
- Εισαγωγή του γαστροσκοπίου, ενώ ο άρρωστος αναπνέει.

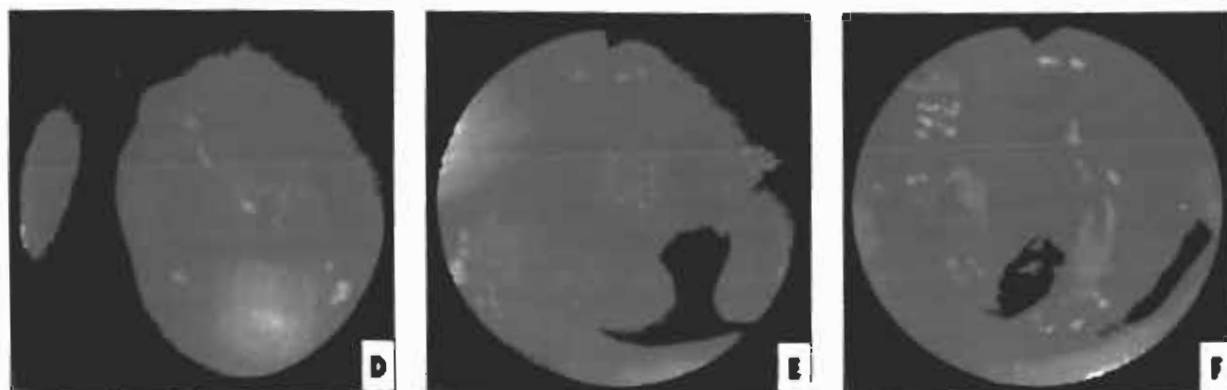
- Πιθανή εισαγωγή αέρα (όταν το ενδοσκόπιο φτάσει στο στομάχι για καλύτερη εξέταση των ιστών)
- Λήψη δειγμάτων βιοψίας, εάν είναι ανάγκη.²¹

Μετά την εξέταση:

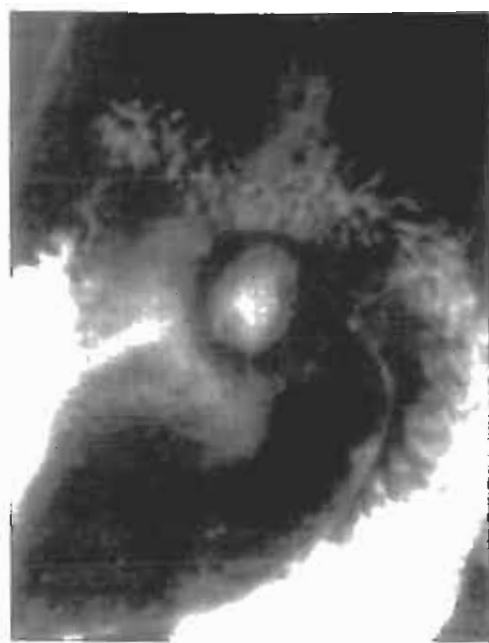
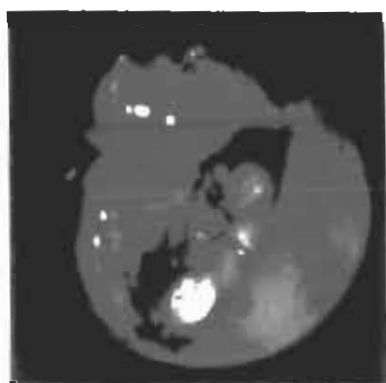
- Τίποτα από το στόμα έως την επιστροφή του φαρυγγικού αντανακλαστικού (2-4) ώρες μετά την εξέταση.
- Έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα.
- Παρακολούθηση για συμπτώματα διάτρησης (σπάνια), όπως πυρετός, πόνος, αιμορραγίας ή υποδόριο εμφύσημα.
- Ασπιρίνη ή γαργάρες με χλιαρό διάλυμα NaCl για ανακούφιση από τον πόνο εξαιτίας ερεθισμού του λαιμού.²¹



Ενδοσκοπική εμφάνιση δωδεκαδακτυλικού έλκους



Ενδοσκοπική εμφάνιση δωδεκαδακτυλικού έλκους



Ενδοσκοπική και ακτινολογική εμφάνιση γαστρικού έλκους

Εξέταση του γαστρικού υγρού: Η εξέταση του γαστρικού υγρού αποτελεί συμπλήρωση της κλινικής εξετάσεως με την οποία εξακριβώνεται ο βαθμός οξύτητας, η κινητικότητα του στομάχου, ο ρυθμός της εκκενώσεώς του και ποσότητα του εκκρινόμενου γαστρικού υγρού.

Επί ανευρέσεως έντονα όξινου γαστρικού υγρού και σε ποσότητα 30- 40 κ.εκ. σε κενό στόμαχο, καθώς και εάν διαπιστωθούν μυϊκές ίνες ή κόκκοι αμύλου υπάρχει παραπυλωρικό έλκος με διαταραχή της εκκενώσεώς του.

Στους ελκοπαθείς υπάρχει έκκριση έντονα όξινου γαστρικού υγρού κατά την νύχτα. Η υπερχλωρυδρία χαρακτηρίζει κυρίως τα παραπυλωρικά και τα 12/δακτυλικά έλκη, ενώ επί ελκών του ελάσσονος τόξου παρατηρούνται μόνο μικρές αποκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές. Μεγαλύτερος επίσης βαθμός υπερχλωρυδρίας βρίσκεται σε αναζωπυροθέντα και εν ενεργεία έλκη.¹⁰

Νοσηλευτική παρέμβαση: Ο άρρωστος μένει νηστικός 6-8 ώρες πριν από την εξέταση. Παίρνετε υγρό βασικής έκκρισης μετά την εισαγωγή του ρινογαστρικού σωλήνα. Στη συνέχεια γίνεται ένεση ισταμίνης για την διέγερση του βλεννογόνου να εκκρίνει υδροχλωρικό οξύ. Επειδή η ισταμίνη προκαλεί συχνά ανεπιθύμητες αντιδράσεις (ταχυκαρδία, έξαψη, πονοκέφαλο) αντί για αυτήν μπορεί να χορηγηθεί histalog.

Μετά την λήψη όλων των δειγμάτων, αφαιρείται ο ρινογαστρικός και γίνεται πλύση στόματος και φροντίδα

της μύτης . Ο άρρωστος παρακολουθείται για ναυτία και εμέτους.²¹

Εξέταση κοπράνων: Για αιμοσφαιρίνη, για την διαπίστωση λαθραίας αιμορραγίας.²² Η εξέταση βενζιδίνης των κοπράνων (Mayer) γίνεται αφού προηγουμένα (72 ώρες) ο άρρωστος παίρνει δίαιτα που δεν περιέχει κρέας και χόρτα. Ακόμα, γίνεται διακοπή των φαρμάκων που παίρνει από το στόμα , αν περιέχουν σίδηρο, και των ηπατικών εκχυλισμάτων.²¹

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται μεταξύ έλκους και καρκίνου του στομάχου, χρόνιας γαστρίτιδας, χολολιθίασης ,οξείας παγκρεατίτιδας, εμφράγματος του μυοκαρδίου (ιδίως του οπισθίου τοιχώματος,²² χολοκυστίτιδας , επιγαστρικής κήλης και σκωληκοειδίτιδας. Η αχυλία συμβάλλει στην διαφορική διάγνωση του έλκους από την κακοήθη αναιμία.²¹

Γαστρικό έλκος με αχλωρυδρία νηστείας μετά από τη χορήγηση ισταμίνης ή πενταγαστρίνης είναι σπάνιο. Ως αποτέλεσμα, σχεδόν πάντα μια τέτοια κατάσταση είναι ένδειξη καρκίνου. Εν τούτοις θα πρέπει να τονισθεί ότι πολλοί ασθενείς με καρκίνο του στομάχου (2/3- 3/4 περίπου) μπορεί να εκκρίνουν μικρή ποσότητα οξέος, συνήθως μικρότερη του φυσιολογικού.

Η ακτινωτή διάταξη των βλεννογονίων πτυχών του στομάχου από τα χείλη του κρατήρα του έλκους

υποδηλώνει καλοήγη νόσο. Τα μεγάλα γαστρικά έλκη, π.χ. αυτά που είναι πάνω των 3cm διαμέτρου, συχνότερα είναι κακοήγη απ' ότi τα μικρότερα έλκη. Ένα έλκος επάνω σε μια μάζα που αποκαλύπτεται ακτινολογικά, επίσης υποδηλώνει κακοήθεια.⁷

Ενδιαφέρουσα είναι εργασία (1975) εξ Aberdeen της Σκωτίας . Σε 125 περιπτώσεις για τις οποίες ο ακτινολόγος είχε με βεβαιότητα αποφανθεί ότi επρόκειτο για καλοήγη έλκος του στομάχου, περαιτέρω μακρά παρακολούθηση έδειξε ότi η διάγνωση ήταν πάντα σωστή. Στις υπόλοιπες 17 περιπτώσεις στις οποίες ο ακτινολόγος εξέφρασε επιφυλάξεις , δύο είχαν τελικά καρκίνο.¹²

Η προς την καρδιακή χώρα επέκταση του πόνου του έλκους, μπορεί να θεωρηθεί στηθάγχη και αντίθετα το στηθαγχικό άλγος , εντοπιζόμενο στο επιγάστριο, δυνατόν να αποδοθεί σε έλκος.¹⁰

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Αιτιολογική θεραπεία του έλκους δεν υπάρχει. Αυτό φαίνεται και από το πλήθος των θεωριών ως προς τους αιτιολογικούς παράγοντες της νόσου αυτής, από τους οποίους όμως κανείς δεν μπορεί να εξηγήσει τον μηχανισμό γεννήσεως του έλκους, σε όλες τις περιπτώσεις.

Η εφαρμοζόμενη θεραπεία αποβλέπει πρώτα απ' όλα στην υποβοήθηση επουλώσεως του έλκους και αν αυτό

είναι δυνατό στην καταστολή των ενοχλημάτων και την πρόληψη νέων παροξύνσεων της νόσου. Βασική αρχή προς την επίτευξη αυτού του σκοπού είναι η όσο το δυνατό μεγαλύτερη προφύλαξη του στομάχου από κάθε είδους δυσμενείς επιδράσεις, με ανάπαυση, κατάλληλη διαίτα και χρήση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.¹⁰



Στάδια θεραπείας πεπτικού έλκους

Συντηρητική θεραπεία:

Δίαιτα: Πολλά και διάφορα διαιτητικά προγράμματα χρησιμοποιήθηκαν για την θεραπεία των ασθενών με έλκος 12/δακτύλου. Δεν υπάρχει ένδειξη ότι η ελαφρά διαίτα μειώνει την γαστρική έκκριση, επιταχύνει την επούλωση ή εξαφανίζει τα συμπτώματα. Παρομοίως ήπιες δίαιτες ή δίαιτες ελεύθερες από καρυκεύματα και χυμούς φρούτων δεν αποδείχτηκαν χρήσιμες. Είναι λογικό να προτείνει κανείς στον ασθενή να αποφεύγει

τροφές που η πρόσληψή τους προκαλεί συμπτώματα. Ένα ομαλό διαιτολόγιο θα πρέπει να ακολουθείται και να συνοδεύεται από αντιόξινα.⁷

Επειδή η λήψη σαλικυλικών συνδέεται με την εκδήλωση γαστρικού έλκους, οι ασθενείς με γαστρικό έλκος δεν θα πρέπει να παίρνουν ασπιρίνη, ενώ το γάλα θα πρέπει να αποφεύγεται ως θεραπευτικό μέσο στους ασθενείς με έλκος του 12/δάκτυλου.

Η διαίτα αυτή μπορεί να βοηθήσει στην εκδήλωση του Συνδρόμου γάλακτος-αλκάλειας και βοηθά στην αθηρωματογένεση. Επιπλέον διεγείρει την γαστρική έκκριση με τις πρωτεΐνες του γάλακτος και το ασβέστιο.

Γενικά ασθενείς με γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος θα πρέπει να αποφεύγουν το οινόπνευμα εξαιτίας της τραυματικής επιδράσεώς του στον βλεννογόνο. Επίσης ο καφές (με καφεΐνη ή χωρίς) και άλλα ποτά που περιέχουν καφεΐνη διεγείρουν την έκκριση οξέος και είναι σκόπιμο να αποφεύγονται.⁷ (Βλέπε παράρτημα III)

Τέλος το κάπνισμα αποθαρρύνεται.¹²

Φαρμακευτική αγωγή:

Αντιόξινα: Αποτελούν την βάση της θεραπείας. Προτιμούνται σε υγρή μορφή γιατί έχουν μεγαλύτερη εξουδετερωτική δράση. Χορηγούνται κυρίως μη απορροφούμενα αντιόξινα¹². Κατά προτίμηση σκευάσματα υδροξειδίου του αλουμινίου σε συνδυασμό με υπεροξείδιο του μαγνησίου²². Άλατα ασβεστίου, όπως

το ανθρακικό ασβέστιο, αποφεύγονται γιατί είναι δυνατό να προκαλέσουν υπερασβεστιαϊμία. Το υδροξείδιο του αργιλίου προκαλεί δυσκοιλιότητα γι' αυτό και δίνεται σε συνδυασμό με οξείδιο του μαγνησίου που προκαλεί διάρροια ¹².

Οι έρευνες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν τα αντιόξινα για να θεραπεύσουν το γαστρικό έλκος είναι αμφιλεγόμενες και η δόση που απαιτείται μπορεί να είναι μεγάλη.² Προτείνεται ότι 15 ml-30 ml ενός ισχυρού υγρού αντιόξινου, θα πρέπει να λαμβάνονται 1 και 3 ώρες μετά από τα γεύματα και κατά την κατάκλιση⁷

Μεγάλες δόσεις αντιόξινων μπορεί να προκαλέσουν διάρροια (μαγνήσιο), δυσκοιλιότητα (αλουμίνιο), έλλειψη φωσφόρου (αλουμίνιο) και αύξηση νατρίου ².

Κολλοειδές βισμούθιο: (De Nol) Έχει ένα ποσοστό θεραπείας περίπου ίδιο με τους H₂ ανταγωνιστές. Το βισμούθιο δρα δένοντας τις πρωτεΐνες στην βάση του έλκους και έχει αντιβακτηριδιακή δράση εναντίον του ελικοβακτηριδίου.²

Ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων: Πρότυπο είναι η σιμετιδίνη.

Αναστέλλει την έκκριση του HCl (την οποία προφανώς προκαλεί η ισταμίνη) με την ανταγωνιστική δράση στους H₂ υποδοχείς των τοιχωματικών κυττάρων. Με πολλές πειραματικές εργασίες εξακριβώθηκε ότι σιμετιδίνη χορηγούμενη από το στόμα ή ενδοφλέβια

αναστέλλει την βασική έκκριση σχεδόν τελείως. Εξάλλου η έκκριση μετά από διέγερση με τροφή, πενταγαστρίνη, ισταμίνη, ινσουλίνη και καφεΐνη αναστέλλεται σε υγιείς πάσχοντες από 12/δακτυλικό έλκος. Το ποσοστό της αναστολής κυμαίνεται αναλόγως της δόσεως και της οδού χορηγήσεως.¹²

Από διάφορες σειρές προκύπτει ότι μετά από χορήγηση σιμετιδίνης επί 4-6 εβδομάδες επιτεύχθηκε epούλωση του 12/δακτυλικού έλκους σε 85% των ασθενών.

Προκειμένου περί γαστρικού έλκους διάφορες σειρές δείχνουν ότι βραχεία θεραπεία προκαλεί epούλωση του έλκους σε 75% των περιπτώσεων. Το αντίστοιχο ποσοστό epουλώσεως άνευ θεραπείας είναι 25-50% και με καρβеноξολόνη είναι 50%.¹²

Η δοσολογία είναι 300 mg του φαρμάκου τέσσερις φορές την ημέρα, με τα γεύματα και στην κατάκλιση⁷.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια. Στα άτομα αυτά η δόση πρέπει να μειώνεται. Επίσης σε ηπατική ανεπάρκεια συνιστάται περιορισμός της δόσης. Αντιόξινα δεν πρέπει να χορηγούνται σε συνδυασμό με σιμετιδίνη γιατί ελαττώνουν την απορρόφησή της.¹²

Η ρανιτιδίνη είναι ο άλλος ανταγωνιστής των H₂ υποδοχέων και έχει εισαχθεί τα τελευταία χρόνια. Έχει μεγαλύτερη δράση, το οποίο αποτελεί προτέρημα για την καταστολή της νυκτερινής βασικής εκκρίσεως.¹²

Ανάλογα προσταγλανδινών: Η μισοπροστόλη είναι ένα ανάλογο της προσταγλαδίνης E₁. Η δράση της στον γαστρικό βλεννογόνο είναι κυτταροπροστατευτική και ερεθίζει για την έκκριση διττανθρακικών. Παρολα αυτά η σημαντικότερη δράση της φαίνεται να είναι η ήπια αναχαίτιση της έκκρισης γαστρικού οξέος. Η διάρροια και οι κράμπες στην κοιλιακή χώρα είναι οι πιο κοινές επιπλοκές που σχετίζονται με την δόση και υφίστανται στα 3%-30% των ασθενών. Η δόση είναι 200 μg x 4 καθημερινά με φαγητό.

Οι δοκιμές έχουν δείξει ότι τα ανάλογα των προσταγλαδινών και οι αναστολείς των H₂ υποδοχέων είναι το ίδιο ισχυροί στην θεραπεία του γαστρικού έλκους και στην ανακούφιση του πόνου.²

Η ομεπραζόλη είναι ένα αντικατάστατο της βενζαμιδαζόλης. Δένει και αδρανοποιεί το ένζυμο που έχει σαν αποτέλεσμα την παρατεταμένη αντιεκκριτική δράση. Μελέτες έδειξαν ότι η ομεπραζόλη θεραπεύει το γαστρικό έλκος πιο γρήγορα από την ρανιτιδίνη. Μια τυχαία τυφλή έρευνα που σύγκρινε την ομεπραζόλη 20 mg με την σιμετιδίνη 400 mg md έδειξε πιο γρήγορη epούλωση με την ομεπραζόλη (73% έναντι 58% της σιμετιδίνης) σε 4 εβδομάδες αλλά σε 8 εβδομάδες δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των ποσοστών epούλωσης (84% έναντι 75%).

Η ομεπραζόλη δίνει μια ποικίλη αντιεκκριτική δράση σε δόσεις μικρότερες από 300 mg ημερησίως. Δεν έχουν αναφερθεί σημαντικές παρενέργειες στον

ανθρώπινο οργανισμό. Πάντως, λόγω της παρατεταμένης ελάττωσης του οξέος που προκαλεί, υπάρχει η ανησυχία ότι το φάρμακο εξασθενεί το φράγμα του οξέος και δημιουργεί επιρρέπεια σε γαστρικές και εντερικές λοιμώξεις ή προκαλεί υπεργαστριναιμία.²

Η **καρβενοξολόνη** χρησιμοποιήθηκε σε πολλές χώρες (εκτός των ΗΠΑ) για την θεραπεία των ασθενών με έλκος του στομάχου. Το φάρμακο αυτό είναι προϊόν υδρόλυσης της γλυκύρριζας και αποδείχτηκε ότι βελτιώνει τα συμπτώματα και αυξάνει τον ρυθμό της γαστρικής επουλώσεως.

Η καρβενοξολόνη δεν είναι αντιόξινο και δεν μειώνει την έκκριση γαστρικού οξέος. Αυξάνει το χρόνο ζωής των επιθηλιακών κυττάρων του γαστρικού βλεννογόνου ως και την έκκριση και το ιξώδες της βλέννας.

Η καρβενοξολόνη εμφανίζει και δράση σαν της αλδοστερόνης και προκαλεί έτσι την κατακράτηση νατρίου και ύδατος. Το πρόβλημα αυτό και η ύπαρξη εναλλακτικών φαρμάκων οδήγησαν στην μείωση της χρήσεώς της διεθνώς.⁷

Αντιχολινεργικά: Η πιρενζεπίνη είναι ένα σύνθετο τρικυκλικό που μπλοκάρει τους M_1 μουςκαρινικούς υποδοχείς στο στομάχι. Έτσι έχει λιγότερες επιπλοκές από τα παλιά αντιχολινεργικά, αλλά το 15% των ασθενών έχουν αναφέρει ξηρό στόμα ή μειωμένη όραση. Μειώνει την έκκριση οξέος και πεψίνης και εμφανίζει ποσοστά επούλωσης ανάλογα της σιμετιδίνης.

Η σουκλαρφάτη είναι το άλας αλουμινίου της οκτοσουλφικής σουκρόζης. Δένει τα χολικά άλατα και αυξάνει τα διττανθρακικά και την έκκριση βλέννας. Η δράση του συνίσταται στο δέσιμο και την προστασία του κρατήρα του έλκους από την δράση της πεψίνης και των χολικών υγρών.

Επειδή η σουκλαρφάτη χρειάζεται να έρθει σε επαφή με το γαστρικό υγρό για να ενεργήσει, δίνεται σε άδειο στομάχι.

Τα αντιόξινα δεν πρέπει να παίρνονται για 30 λεπτά πριν ή μετά την λήψη της σουκλαρφάτης. Το ποσοστό της θεραπείας του γαστρικού έλκους είναι παρόμοιο με της σιμετιδίνης.

Η πιο συχνή επιπλοκή είναι η δυσκοιλιότητα.

Μεγάλη μπορεί να είναι και η απορρόφηση αλουμινίου, γι' αυτό το φάρμακο πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς με βλάβες στα νεφρά.²

Γενικά

Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται πλήρη φαρμακευτική αγωγή για 8 εβδομάδες, με επαναληπτική ενδοσκόπηση για εξακρίβωση της επούλωσης. Συνεχιζόμενη θεραπεία σαν προφύλαξη από επαναπροσβολή είναι πολύτιμη σε μερικούς ασθενείς, ιδίως τους ηλικιωμένους, τους ανάπηρους ή αυτούς με επιθετικές επαναπροσβολές γαστρικού έλκους.²

Επίσης, από ενδιαφέρουσες μελέτες οι επιστήμονες κατέληξαν ότι η μεγαλύτερη διάρκεια της αντιεκκριτικής δράσης και η μεγαλύτερη διάρκεια της

θεραπείας είναι μεγαλύτερης σημασίας από την ισχύ των φαρμάκων στην επούλωση του 12/δακτυλικού έλκους.²⁰

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.

Κύρια προβλήματα προς αντιμετώπιση κατά την νοσηλεία ασθενούς με πεπτικό έλκος είναι:

- α) Πόνος και δυσπεψία
- β) Άγχος και συγκινησιακό stress
- γ) Συστηματική ψυχοσωματική ανάπαυση
- δ) Πρόληψη επιπλοκών.²³

Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας και δραστηριότητες για την επιτυχία τους.

1. Εξασφάλιση ψυχοσωματικής αναπαύσεως.

- Παραμονή στο κρεβάτι και απομάκρυνση του ασθενούς από το ενοχλητικό περιβάλλον.
- Γραπτό σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας για παροχή συντονισμένης και ανώτερης ποιότητας φροντίδας.
- Χορήγηση ηρεμιστικών και υπνωτικών (που έχουν παραγγελθεί) για να επιτευχθεί χαλάρωση και ύπνος.
- Χορήγηση φαρμάκων και γευμάτων σε τακτά χρονικά διαστήματα.²³

Με την ενίσχυση του ασθενούς να παραμείνει στο κρεβάτι, βοηθείται η πέψη και ο ασθενής απομακρύνεται από κοινωνικές, επαγγελματικές, οικογενειακές προστριβές, ανησυχίες, εκνευρισμούς και φροντίδες.

Ο ασθενής ηρεμεί με την ψυχοθεραπευτική επίδραση του ιατρού και της νοσηλεύτριας/τή, όταν και οι δύο γνωρίζουν να τον πείθουν και επιδίδονται στην κατάλληλη φροντίδα του.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να δείξει κατανόηση, υπομονή και ανοχή στον ασθενή που περνάει την οξεία φάση του έλκους, γιατί συνήθως αυτός είναι ευερέθιστος, εκνευρισμένος και απαιτητικός.

Η/Ο νοσηλεύτρια/τής ξέρει ότι η καλή συμπεριφορά της και η επαφή της με τον άρρωστο, ασκούν θεραπευτική επίδραση πάνω του.⁶

2. Ελάττωση του περισταλτισμού και της εκκριτικής δραστηριότητας του στομάχου με θεραπευτική δίαιτα.

- Αφθονα λευκώματα και λίπη για εξουδετέρωση της οξύτητας του γαστρικού υγρού.
- Μικρά γεύματα για την ανάπαυση του γαστρεντερικού σωλήνα.
- Συχνά γεύματα για την απορρόφηση του υδροχλωρικού οξέος.
- Μη ερεθιστικές τροφές για αποφυγή του ερεθίσματος του γαστρικού βλεννογόνου.
- Βαθμιαία πορεία για θρεπτική πλήρη δίαιτα το ταχύτερο.²³

Αποκλείονται από τη δίαιτα χημικά ερεθιστικά και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεύματα, πολύ ζεστά φαγητά που μπορούν να προκαλέσουν θερμικό ερεθισμό και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως τα porcorn.

Περιορισμός των τροφών και των υγρών που διεγείρουν τη γαστρική έκκριση, ειδικά της αλκοόλης και του καφέ.²¹

3. Ανακούφιση του πόνου και της δυσφορίας και προώθηση της επουλώσεως του έλκους.

- Αντιόξινα φάρμακα για εξουδετέρωση των γαστρικών εκκρίσεων και συμπτωματική ανακούφιση.
- Αντιχολινεργικά φάρμακα για ελάττωση του γαστρεντερικού περισταλτισμού και μείωση του όγκου των γαστρεντερικών εκκρίσεων.
- Επαρκής ενυδάτωση προς αντιρρόπηση των παρενεργειών των αντιχολινεργικών φαρμάκων.
- Θεραπευτική δίαιτα κατά την ιατρική οδηγία.²³
- Αποφυγή του καπνίσματος.⁶

4. Βοήθεια του ασθενούς να αποδεχθεί την θεραπευτική αγωγή.

- Εκδήλωση ενδιαφέροντος για τον ασθενή και περιορισμός των αγχογόνων παραγόντων.
- Διδασκαλία της σημασίας λήψεων των γευμάτων και των φαρμάκων σε τακτές ώρες.
- Βοήθεια του ασθενούς να αποκτήσει επίγνωση των αιτιών, της ψυχολογικής εντάσεως και του άγχους του.
- Εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών.
- Διδασκαλία της σπουδαιότητας του μετριασμού όλων των δραστηριοτήτων.
- Ενθάρρυνση της διακοπής του καπνίσματος.

- Εξήγηση της αξίας της επαφής με τον ψυχίατρο αν ενδείκνυται.²³

Διδασκαλία αιτιολόγησης της φαρμακευτικής θεραπείας, του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της, που πρέπει να αναφέρονται όταν συμβούν. Προειδοποίηση των αρρώστων για τις συνέπειες της κατάχρησης των αντιόξινων (διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας). Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που αφορά την δίαιτα.

Με την εφαρμογή της διαιτητικής και φαρμακευτικής θεραπείας, οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μία εβδομάδα. Η θεραπεία όμως διαρκεί 6 εβδομάδες, ώσπου να επουλωθεί το έλκος.

Διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων stress μαζί με τον άρρωστο και την οικογένειά του. Ανεύρεση τρόπων μείωσης του stress και βοήθεια του αρρώστου στην ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού του. Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων που προδιαθέτουν στο έλκος και προειδοποίηση του να μην παίρνει κανένα φάρμακο, αν αυτό δεν έχει εγκριθεί προηγουμένα από τον γιατρό.²¹

5. Αναγνώριση των επιπλοκών του έλκους στομάχου και εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη αυτών.

Αιμορραγία, εξαιτίας διάβρωσης αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδικού δικτύου από το έλκος, ή, πιο συχνά, διαρροής αίματος από τον κοκκιώδη ιστό.

Νοσηλευτική εκτίμηση για ανίχνευση της αιμορραγίας:

- Αιματέμεση
- Μέλαινα
- Ναυτία
- Μείωση πόνου (το αίμα εξουδετερώνει το οξύ με τα αλκάλια των κανονιστικών του συστημάτων).
- Ενδείξεις ανάπτυξης shock (ανησυχία, ταχυκαρδία, αδυναμία, υπόταση, εφίδρωση).²¹

Διάτρηση

Συμβαίνει σχεδόν αποκλειστικά σε άνδρες ηλικίας 25-40 ετών. Τα σημεία και συμπτώματα οφείλονται στον ερεθισμό του περιτοναίου και στην περιτονίτιδα. Αν το έλκος ανοίξει μέσα στην ελάσσονα περιτοναϊκή κοιλότητα, προκαλεί λιγότερο δραματικά σημεία και συμπτώματα.

Η νοσηλευτική εκτίμηση θα δείξει ένα βαριά πάσχοντα άρρωστο που παραπονιέται για αιφνίδιο εντονότατο πόνο στο επιγάστριο, που ακτινοβολεί στον ώμο ή το δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς και πολλές φορές συνοδεύεται από ναυτία και εμέτους, που ακολουθούνται από μείωση της έντασης του πόνου για μερικές ώρες. Κατόπιν η κοιλιά γίνεται σανιδώδης και παρουσιάζεται πυρετός και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Ο άρρωστος εκδηλώνει μεγάλη αγωνία, οι αναπνοές του είναι επιπόλαιες και συχνές και παρουσιάζει συμπτώματα υπογκαιμίας.²¹

Διείσδυση του έλκους.

Είναι η επέκταση του κρατήρα του έλκους πέρα από το 12/δακτυλικό τοίχωμα μέσα σε γειτονικές δομές, χωρίς να ανοίξει μέσα στον ανοικτό περιτοναϊκό χώρο.

Η νοσηλευτική εκτίμηση δείχνει πόνο που ακτινοβολεί στην ράχη, νυκτερινή δυσφορία και μη ανακούφιση από τα συμπτώματα μετά τη λήψη τροφής ή αντιόξινων. Επιδείνωση του πόνου, σε ορισμένες περιπτώσεις, κατά την υπερέκταση και ανακούφιση, κατά την κάμψη του κορμού.²¹

Πυλωρική στένωση.

Είναι η απόφραξη στην δίοδο της τροφής μέσα από τον πυλωρό λόγω αντανακλαστικού σπασμού και οιδήματος, όταν υπάρχει ενεργό έλκος κοντά στον πυλωρό.

Κατά την νοσηλευτική εκτίμηση ο άρρωστος παραπονιέται για κλασικό πόνο έλκους στομάχου, αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας και βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμέτους που περιέχουν άπεπτες τροφές. Η εξέταση κοιλίας δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από την παρουσία νυκτερινού υπολείμματος μεγαλύτερου των 50 ml, που περιέχει άπεπτες τροφές, και ακτινογραφία.²¹

Για να προληφθούν οι επιπλοκές πρέπει να γίνουν τα εξής:

- Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών.
- Συχνή ιατρική παρακολούθηση.

- Πιστή και ακριβή τήρηση των οδηγιών που του δόθηκαν με την έξοδό του από το νοσοκομείο σχετικά με το διαιτολόγιο, τη φαρμακευτική αγωγή κ.α.
- Προσπάθεια δημιουργίας τρόπου ζωής, που να μειώνει καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως, σωματικής κοπώσεως κ.λ.π.⁶

Χειρουργική θεραπεία

Οι υποψήφιοι για εγχείρηση - «Ενδείξεις»

Προτείνουμε την επέμβαση στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Όταν ένας ασθενής εξακολουθεί να πονάει, παρά την φαρμακευτική θεραπεία.
- Όταν παθαίνει συχνές υποτροπές έλκους που τον εμποδίζουν να ζει μια ομαλή ζωή και τέλος
- Όταν παρουσιάζει σοβαρές επιπλοκές (αιμορραγία, διάτρηση, στένωση του βολβού και του πυλωρού που προκαλούν εμέτους και εμποδίζουν την κανονική διατροφή).
- Επίσης ασθενείς που χρειάζονται επιτακτικά θεραπείες - οι οποίες υπάρχει κίνδυνος να περιπλέξουν ή να επιδεινώσουν την ελκοπάθεια (ρευματοπαθείς, καρδιοπαθείς κ.λ.π.) - θα πρέπει ίσως να χειρουργηθούν για να θεραπευθούν οριστικά.²⁴

Η απόφαση για χειρουργική θεραπεία των ασθενών θα πρέπει να εξατομικεύεται. Οι κίνδυνοι της επεμβάσεως

θα πρέπει να σταθμίζονται με τους κινδύνους από την νόσο.

Η ένταση των ενοχλημάτων, το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής και της νοσηλείας κ.α. θα πρέπει να εκτιμηθούν σε σχέση με τη νοσηρότητα και την πιθανή θνητότητα που σχετίζονται με την επέμβαση και την αναισθησία, τους κινδύνους υποτροπής του έλκους και τα μακροχρόνια μετεγχειρητικά επακόλουθα.⁷

Δεν έχει γίνει διεθνώς αποδεκτό ένα είδος επεμβάσεως ως το πιο ικανοποιητικό για την θεραπεία, του έλκους του 12/δακτύλου. Προς το παρόν οι συχνότερα εφαρμοζόμενες επεμβάσεις, είναι:

- Η βαγοτομή με αντρεκτομή
- Η βαγοτομή με πυλωροπλαστική και
- Η υπερεκλεκτική βαγοτομή χωρίς παροχτετευτική γαστρική επέμβαση.

Στην τοπική (στελεχιαία) βαγοτομή και αντρεκτομή, τα στελέχη του πνευμονογαστρικού διατέμνονται, εκτέμνεται το άντρο και η συνέχεια του γαστρεντερικού αποκαθίστανται, με αναστόμωση του στομαχικού κολοβώματος με το 12/δάκτυλο (αναστόμωση Billroth I) ή με έλικα της νήστιδας (αναστόμωση Billroth II).⁷

Η βαγοτομή με αντρεκτομή έχει ποσοστό υποτροπής της νόσου 0,5-2% περίπου αλλά έχει μεγαλύτερο εγχειρητικό κίνδυνο σε αντίθεση με τη βαγοτομή και παροχτετευτική επέμβαση, που έχει χαμηλότερο εγχειρητικό κίνδυνο και ποσοστό υποτροπής 5-25%.⁹

Όταν επιλεγεί η βαγοτομή και πυλωροπλαστική, η πυλωροπλαστική εκτελείται για να διευκολύνει τη γαστρική παροχέτευση μετά από τη στελεχιαία ή εκλεκτική βαγοτομή. Η βαγοτομή γίνεται για να αναστείλλει τη διέγερση εκκρίσεως γαστρικού οξέος από το πνευμονογαστρικό.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τρεις τύποι βαγοτομής, χρησιμοποιούνται στη χειρουργική θεραπεία του έλκους του 12/δάκτυλου και του έλκους του πυλωρικού σωλήνα, δηλαδή η στελεχιαία, η εκλεκτική και η υπερεκλεκτική βαγοτομή.⁷

Η στελεχιαία βαγοτομή και πυλωροπλαστική παραμένει η συχνότερα πραγματοποιούμενη επέμβαση στις ΗΠΑ για το έλκος 12/δακτύλου και συνοδεύεται από θνησιμότητα 1% περίπου. Η υποτροπή του έλκους κατά την διάρκεια 5 χρόνων μετά από την επέμβαση είναι 5-8% περίπου. Στην εκλεκτική βαγοτομή διατέμνονται οι κλάδοι του πνευμονογαστρικού που κατανέμονται στο στόμαχο διατηρώντας την πνευμονογαστρική νεύρωση των λοιπών ενδοκοιλιακών σπλάχνων.⁷

Στην υπερεκλεκτική βαγοτομή διατηρούνται, πλην των εξωγαστρικών κλάδων του πνευμονογαστρικού, και οι κλάδοι που νευρώνουν τον πυλωρό (νεύρο Latarget) και επομένως δεν απαιτείται συμπληρωματική παροχετευτική επέμβαση. Το ποσοστό υποτροπής κυμαίνεται από 2-20%.⁷

Η θνητότητα της επεμβάσεως αυτής είναι μικρότερη του 1%. Η μέθοδος αυτή, που χρησιμοποιείται με όλο

και μεγαλύτερη συχνότητα, φαίνεται να είναι μια δραστική και ασφαλής χειρουργική θεραπεία του έλκους του 12/δακτύλου.⁷

Η απαιτούμενη επέμβαση για την θεραπεία του γαστρικού έλκους είναι η αντρεκτομή και η γαστροδωδεκαδακτυλική αναστόμωση (Billroth I). Δεν είναι απαραίτητη η εκτέλεση βαγοτομής όταν γίνεται αντρεκτομή για γαστρικό έλκος που δεν εντοπίζεται στον πυλωρικό σωλήνα.⁷

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Σε περίπτωση χειρουργικής θεραπείας στην προεγχειρητική ετοιμασία αρρώστου για εγχείρηση έλκους στομάχου και στην μετεγχειρητική φροντίδα του, τόσο ο ιατρός όσο και η αδελφή, έχουν υπόψη τους ότι η «ψυχή» έχει μεγάλη επίδραση στο «σώμα» και γι' αυτό καταβάλουν κάθε προσπάθεια για μείωση της ανησυχίας και του φόβου του ασθενούς από την εγχείρηση.⁶

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

Εφαρμογή δίαιτας ελκοπαθούς μέχρι 24 ώρες πριν από την επέμβαση. Υγρή δίαιτα τις επόμενες 12 ώρες. Κατόπιν, τίποτα από το στόμα ως την στιγμή της χειρουργικής επέμβασης.

Πιθανή η λήψη από το στόμα 2.000 mg βιταμίνης C την εβδομάδα που προηγείται της χειρουργικής επέμβασης. Εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.

Πλύση στομάχου το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης, αν υπάρχει πυλωρική στένωση. Πιθανή η χρήση ειδικής αντλίας για αφαίρεση παχύρρευστου υπολείμματος. Το πρωινό της ημέρας της επέμβασης , εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αναρρόφηση του υπολειμματικού υγρού.⁶

Υγιεινή της στοματικής κοιλότητας: Επιδιώκεται συχνή καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας, πριν από την εγχείρηση.⁶

Η μετεγχειρητική φροντίδα στοχεύει στην :

1. Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την δυσφορία.
2. Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής.
3. Πρόληψη των επιπλοκών.

Έτσι περιλαμβάνει :

- Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι.
- Σχολαστική υγιεινή του στόματος.
- Χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών.
- Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών.
- Αναρρόφηση από τον ρινογαστρικό σωλήνα, στην αρχή κάθε μισή ώρα και μετά τις δύο πρώτες ώρες , κάθε μια ώρα αν δεν υπάρχει στο υγρό ανοικτό κόκκινο αίμα (αιμορραγία από την εσωτερική στιβάδα της αναστόμωσης). Το υγρό της αναρρόφησης μπορεί να περιέχει βλέννη, αλλοιωμένο αίμα (καφέ) και χολή.

- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλύματος γλυκόζης) 2.500 -3.000 ml για τις πρώτες 2-3 ημέρες.
- Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου. Αύξησή τους ανάλογα με την αντοχή του αρρώστου.
- Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών.²¹

Επίσης εξασφάλιση ήσυχου και ήρεμου φυσικού περιβάλλοντος , συνεχή συναισθηματική υποστήριξη, δυνατότητα επαφής και επικοινωνίας με άτομα που εμπνέουν εμπιστοσύνη, στοργή και αγάπη στον άρρωστο. Τέλος διδασκαλία του αρρώστου πως να αναπνέει βαθιά, να βήχει κ.λ.π..⁶

Τέλος, λήψη μέτρων για πρόληψη επιπλοκών, παρακολούθηση του αρρώστου για έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπισή τους:

1. Shock

- Ακριβής μέτρηση και αναγραφή υγρών παροχέτευσης.
- Συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σφυγμού και αναπνοών.
- Αναπλήρωση απωλειών σε υγρά. με ενδοφλέβιες χορηγήσεις διαλυμάτων αίματος και υποκαταστάτων του.

2. Αιμορραγία

- Επισκόπηση υγρού παροχέτευσης για παρουσία κόκκινου αίματος.

- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του αρρώστου για εκδήλωση συμπτωμάτων εσωτερικής αιμορραγίας.
- Χορήγηση μορφίνης, εφαρμογή παγοκύστης στο επιγάστριο, χορήγηση αδρεναλίνης μέσα σε νερό ή διάλυμα NaCl από τον ρινογαστρικό σωλήνα ή το στόμα, αν έχει αφαιρεθεί.
- Μετάγγιση αίματος.

3. Πνευμονικές επιπλοκές: Είναι συχνές μετά από επεμβάσεις της άνω κοιλίας, εξαιτίας των επιπόλαιων αναπνοών.

- Ενθάρρυνση για βαθιές αναπνοές, βήχα και αλλαγή θέσης.
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.

4. Θρόμβωση και Εμβολή:

- Ασκήσεις κάτω άκρων
- Έγκαιρη έγερση
- Χρησιμοποίηση αντιεμβολικών καλτσών.

5. Εκοπλάχωση: Είναι συχνή σε τραύματα της κοιλιάς. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση.

- Χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων για υποστήριξη του τραύματος.
- Πρόληψη κοιλιακής διατάσης και μόλυνσης.
- Υποστήριξη τομής κατά τον βήχα.
- Συχνός έλεγχος του τραύματος.
- Καλή διατροφή.

6. Σύνδρομο Dumping:

- Αποφυγή λήψης μεγάλων γευμάτων.
- Αποφυγή λήψης αλμυρών τροφών ή τροφών που περιέχουν συμπυκνωμένους υδατάνθρακες.
- Αποφυγή λήψης υγρών μαζί με το γεύμα.
- Τακτικά μικρά γεύματα. Καλή μάσηση σε ήσυχο περιβάλλον.
- Κατάκλιση μετά το γεύμα.
- Αντιχολινεργικά πριν από το γεύμα (αν υπάρχει εντολή) για τον περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας.

Εάν έχει γίνει θωρακοτομή για εκτέλεση βαγοτομής σε πεπτικό έλκος:

- Φροντίδα θωρακοτομηθέντα.
- Εντατική φυσικοθεραπεία του θώρακα αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση.²¹

Σύνδρομο χειρουργημένου στομάχου**ΑΜΕΣΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ****1. Αιμορραγία**

Κάθε αναστόμωση ή συρραφή ανοίγματος στο πεπτικό σύστημα μπορεί να παρουσιάσει αιμορραγία, συνήθως αμέσως ή μερικές ώρες μετά την επέμβαση. Η αιμορραγία αυτή μπορεί να συμβεί σε όλες τις γαστρικές επεμβάσεις, πλην της υπερεκλεκτικής βαγοτομής κατά την οποία δεν διανοίγεται αυλός. Η διάγνωση δεν είναι δύσκολη από τα συνήθη σημεία αιμορραγίας.

Συνήθως αρκεί μία γαστροτομή και απολίνωση - ραφή του σημείου της αιμορραγίας.¹¹

2. Ρήξη κολοβώματος , αναστόμωσης, πυλωροπλαστικής.

Πρόκειται για ασυνήθη σήμερα , αλλά πολύ σοβαρή επιπλοκή με αποτέλεσμα περιτονίτιδα, αποστήματα κ.λ.π.¹¹

3. Νέκρωση στο έλασσον τόξο ή στο θόλο του στομάχου.

Η νέκρωση τμήματος του στομάχου είναι πολύ σπάνια λόγω της πλούσιας αγγείωσης. Η νέκρωση στο έλασσον τόξο αφορά την υπερεκλεκτική βαγοτομή ενώ η νέκρωση στο θόλο του στομάχου αφορά την υφολική και την υψηλή μερική γαστρεκτομή, όταν απολινωθούν τα βραχεία γαστρικά αγγεία και τα εναπομείναντα δεν αρκούν για την αιμάτωση του κολοβώματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειασθεί μέχρι και ολική γαστρεκτομή.¹¹

4. Οξεία παγκρεατίτιδα.

Η βαριά αυτή μετεγχειρητική επιπλοκή μπορεί να εμφανισθεί χωρίς προηγούμενο παγκρεατικό ή λιθιασικό νόσημα. Η διάγνωση και η αγωγή δεν διαφέρουν από τις λοιπές περιπτώσεις της νόσου αυτής, όμως η μετεγχειρητική μορφή είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη και εξελίσσεται γοργά.¹¹

5. Ρήξη Οισοφάγου.

Χαρακτηριστική , αλλά - ευτυχώς - πολύ σπάνια, επιπλοκή στελεχιαίας βαγοτομής. Συνήθως δεν είναι τόσο ευρεία, ώστε να αποτελεί πρόβλημα η επούλωση με

τα σημερινά μέσα παρεντερικής σίτισης, αλλά είναι πολύ επικίνδυνη λόγω πιθανής μεσοθωρακίτιδας.¹¹

6. Δυσλειτουργία αναστόμωσης

Η καθυστέρηση ομαλής κένωσης του οισοφάγου δεν είναι σπάνιο φαινόμενο μετά από γαστρικές εγχειρήσεις και είναι ιδιαίτερα ενοχλητική για τον ασθενή. Συμβαίνει μέχρι και σε 4% των ασθενών και αφορά τόσο τις πυλωροπλαστικές (σπανιότερα) όσο και τις γαστρεντεροαναστομώσεις (συχνότερα).

Σε περιπτώσεις μακράς επιμονής της δυσλειτουργίας ενδείκνυται μεγάλη υπομονή συνδυασμένη με λεπτομερή εξήγηση στον ασθενή, διόρθωση τυχόν μεταβολικών προβλημάτων και κατάργηση σηπτικών, τεκμηρίωση (ακτινογραφική - ενδοσκοπική) ότι δεν υπάρχει αποφρακτικό αίτιο και μεγάλη προσοχή στην αντικατάσταση υγρών και ηλεκτρολυτών και στην σωστή παρεντερική σίτιση με σύγχρονη ρινογαστρική παροχέτευση.

Η φαρμακευτική αγωγή έχει πολύ φτωχά αποτελέσματα. Αναμονή επιβάλλεται για διάστημα τεσσάρων και πλέον εβδομάδων. Αν όμως η κατάσταση διαρκεί περισσότερο, θα πρέπει να εξετασθεί σοβαρά η ένδειξη νέας επέμβασης.¹¹

ΑΠΩΤΕΡΑ ΜΗΧΑΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. Δυσφαγία

Χαρακτηριστικό πρόβλημα μετά από τους διάφορους τύπους βαγοτομής, αναφέρεται από μερικούς μέχρι και

σε 15% των περιπτώσεων. Παρουσιάζεται συνήθως μετά την δεύτερη ή τρίτη μετεγχειρητική εβδομάδα και φαίνεται ότι οφείλεται σε τεχνικά επακόλουθα της επέμβασης, όπως ενδοτοιχικό οργανούμενο αιμάτωμα του κατώτερου οισοφάγου ή ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι οφείλεται στην απονεύρωση του σφιγκτήρα του καρδιακού στομίου με αποτέλεσμα την «λειτουργική» αχαλασία, ή την ανάπτυξη οισοφαγίτιδας από γαστρική παλινδρόμηση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η μηχανική ή λειτουργική απόφραξη είναι ατελής και η δυσφαγία υποχωρεί αυτόματα με απλή ρύθμιση του είδους τροφής.¹¹

2. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Η αναγωγή γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο με απότοκο οισοφαγίτιδα είναι πολύπλοκο φαινόμενο που μπορεί να συμβαίνει και αυτόματα, αλλά ακολουθεί και όλων των τύπων τις γαστρικές εγχειρήσεις σε ποσοστό που δεν μπορεί να καθοριστεί επακριβώς, διότι η ένταση των συμπτωμάτων ποικίλλει τόσο ώστε οι περισσότεροι ασθενείς να μην υποφέρουν ιδιαίτερα, ενώ μερικοί να φτάνουν πρόθυμα μέχρι και σε σοβαρές επεμβάσεις προκειμένου να απαλλαγούν. η ακριβής αιτία είναι ασαφής ενοχοποιούμενης κυρίως της γενικότερης μετεγχειρητικής διαταραχής της φυσιολογίας του στομάχου. Η θεραπεία περιλαμβάνει τα συνήθη διαιτητικά και «μηχανικά» μέτρα που εφαρμόζονται και σε συμπτωματική διαφραγματοκήλη και H₂ - αναστολεις, αν πρόκειται για αναγωγή όξινου γαστρικού υγρού.¹¹

3. Αλκαλική γαστρίτιδα

Σε όλες τις επεμβάσεις επί του στομάχου, πλην της υπερεκλεκτικής βαγοτομής και της ολικής γαστρεκτομής, συμβαίνει έως ένα βαθμό αναγωγή δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου. Ο βαθμός της αναγωγής δεν αντιστοιχεί πάντα με την βαρύτητα των συμπτωμάτων, στα οποία περιλαμβάνονται επιγαστρικός πόνος, ναυτία, χολώδεις έμετοι (απαραίτητο σύμπτωμα), οπισθοστερνικό κάψιμο και απώλεια βάρους (ασταθές εύρημα)

Ο χρόνος επέλευσης μετά την εγχείρηση ποικίλλει, αναγόμενος συνήθως από μερικούς μήνες μέχρι λίγα χρόνια. Θεραπευτική παρέμβαση θα χρειαστεί μικρός αριθμός ασθενών με αναγωγή δωδεκαδακτυλικού υγρού (στους υπόλοιπους αρκεί μια διαιτητική ρύθμιση).¹¹

4. Αποφρακτικά σύνδρομα

Συνοδεύουν σχεδόν αποκλειστικά την γαστρεντεροαναστόμωση. Είναι κατά το πλείστον μηχανικά και συχνά οφείλονται σε ανάπτυξη συμφύσεων, σύγκληψη του στομίου της ΓΕΑ, στένωση της απιούσης έλικος, νησιδογαστρικό εγκολεασμό κ.λ.π. ή σε ατέλειες τεχνικής. Οι περισσότερες από αυτές τις καταστάσεις είναι τυπικά χειρουργικά προβλήματα και χρειάζονται επέμβαση.¹¹

ΑΠΩΤΕΡΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**1. Σύνδρομο οφειλόμενα σε γαστρική ακράτεια**

Η πολύ ταχεία δίοδος υγρών προς το λεπτό έντερο, που οφείλεται στις νέες ανατομικές συνθήκες μετά από εγχειρήσεις στομάχου και σε διαταραχές της φυσιολογία τους, οδηγεί σε διάφορες καταστάσεις, οι κυριότερες από τις οποίες είναι η διάρροια ή το λεγόμενο «σύνδρομο dumping».

- Διάρροια:

Πολυσυζητημένο πρόβλημα, ιδιαίτερα μετά από βαγοτομή. Διακρίνονται δύο κλινικές μορφές: των περιοδικών μεγάλων και υδαρών κενώσεων με ομαλή λειτουργία ενδιάμεσα και των καθημερινών πολλαπλών υδαρών κενώσεων. Μερικοί συγγραφείς ανεβάζουν την επίπτωση μέχρι και σε 20%. Πάντως οι περισσότεροι συμφωνούν ότι σχεδόν πάντοτε η κατάσταση υποχωρεί σε 2-3 μήνες αυτόματα ή με περιορισμένη διαιτητική ή και φαρμακευτική παρέμβαση. Ελάχιστοι ασθενείς παρουσιάζουν βαριά, παρατεινομενη και μη ελεγχόμενη διάρροια οπότε τίθεται και θέμα χειρουργικής αντιμετώπισης.

- Σύνδρομο dumping

Το άλλο πολυσυζητημένο πρόβλημα που μπορεί να εμφανιστεί μετά από κάθε εγχείρηση στομάχου και αποδίδεται επίσης στην ταχεία κένωση του στομάχου. Με αυτή την πιθανή αιτία, πράγματι μπορεί να συνοδεύεται και με διάρροια, κύρια όμως συμπτώματα είναι: αίσθημα λιποθυμίας, εφίδρωση, ταχυκαρδία, νευρικότητα, κωλικοί, διάρροια, πιθανόν και στιγμιαία απώλεια

συνείδησης. Αυτά συμβαίνουν κατά ή αμέσως μετά το φαγητό (πρώιμο dumping) ή λίγες ώρες αργότερα (όψιμο dumping)

Το πρώιμο ή αγγειοκινητικό dumping θεωρείται ότι οφείλεται στην ταχεία κένωση του στομάχου με απότοκο αιφνίδια διάταση του εντέρου, μείωση του όγκου πλάσματος, αύξηση περιφερειακής αιματικής ροής, αύξηση σεροτονίνης και πεπτιδίων και διάφορους άλλους μηχανισμούς. Στο πρώιμο dumping προεξάρχουν τα κοιλιακά και εντερικά συμπτώματα.

Το όψιμο ή υπογλυκαιμικό dumping θεωρείται ότι οφείλεται σε ταχεία μείωση - μετά από αρχική αύξηση- της γλυκόζης του αίματος, πιθανόν οφειλόμενη στην εντερογλυκαγόνη που, είτε με διέγερση των β-κυττάρων των νησιδίων είτε με την εντερική διάταση, οδηγεί σε αύξηση της παραγωγής ινσουλίνης. Τα συμπτώματα είναι κυρίως υπογλυκαιμικά και σπανίως κοιλιακά-εντερικά.

Θεραπευτικώς συνιστάται συντηρητική αντιμετώπιση με ρύθμιση της δίαιτας (όχι υπέρτονες και πολυσακχαρούχες τροφές) και του τρόπου διατροφής (πολλά μικρά γεύματα) και χρήση φαρμάκων όπως δεσμευτικά της σεροτονίνης (κυπροεπταδίνη, μεθυσερζίδη) ή ανάλογα της σωματοστατίνης.¹¹

2. Μεταβολικά προβλήματα

Αρκετές φορές, αυτά τα προβλήματα είναι αποτέλεσμα ελαφρών μετεγχειρητικών συμπτωμάτων και φόβου των ασθενών.

- Δυσασπορρόφηση, υποθρεψία

Οι διαταραχές είναι αισθητά συχνότερες μετά από γαστρεκτομή. Ισχυρώς παράγων είναι η ανεπαρκής πρόσληψη τροφής λόγω διαφόρων ενοχλημάτων, έκλυσης διάρροιας (όταν υπάρχει) και ανεπαρκούς «λειτουργίας δεξαμενής» του εκτεταμένου στομάχου. Το κοινό αποτέλεσμα είναι τα διάφορα φαινόμενα δυσασπορρόφησης και στεατόρροιας και η απώλεια σωματικού βάρους, η οποία -κατά πολλούς- παρατηρείται σε ποσοστό άνω του 50% εκείνων που έχουν υποβληθεί σε γαστρεκτομή. Η θεραπεία είναι σαφώς συντηρητική, εκτός αν η κατάσταση οφείλεται, εν μέρει έστω, σε μηχανικό μετεγχειρητικό πρόβλημα, οπότε εκτελείται ή εκάστοτε ενδεικνυόμενη εγχείρηση.

- Αναιμία

Πρόκειται συνήθως για σιδηροπενική αναιμία, ως αποτέλεσμα πιθανής υποθρεψίας και κακής απορρόφησης σιδήρου των τροφών ή (σχετικά σπάνια) για μεγαλοβλαστική αναιμία λόγω απώλειας του γαστρικού - ενδογενούς παράγοντα και επακόλουθη κακή σύνθεση βιταμίνης B₁₂. Η θεραπεία είναι πάντοτε συντηρητική, ώστε να μην εξελιχθούν οι αναιμίες σε βαρύτερες μορφές.

- Οστικές διαταραχές

Φαίνεται ότι η γαστρεκτομή επιταχύνει αρκετά την γήρανση των οστών (κατά 10- 20 χρόνια). Τα κατάγματα είναι αρκετά συχνά και δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία.

Συχνά εμφανίζεται οστεοπόρωση που οφείλεται σε απώλεια οστικού ιστού, ενώ σπανιότερα εμφανίζεται οστεομαλάκυνση (μέχρι και σε 2% των ασθενών με υφολική γαστρεκτομή) που οφείλεται σε ανεπάρκεια βιταμίνης D απότοκο δυσσαπορρόφησης του λίπους και των λιποδιαλυτών βιταμινών, είτε λόγω ανεπαρκούς σίτισης είτε λόγω φαινομένων δυσσαπορρόφησης. Η θεραπεία είναι εύκολη με χορήγηση βιταμίνης D από το στόμα.¹¹

ΑΠΩΤΕΡΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. Υποτροπή έλκους

Οι περισσότερες περιπτώσεις υποτροπής έλκους οφείλονται σε ανεπάρκεια της πρώτης επέμβασης να ελέγξει την φυσιολογική διαταραχή, δηλαδή την υπερέκκριση HCl. Όλες ανεξαιρέτως οι μέθοδοι έχουν ένα ποσοστό υποτροπής που ποικίλλει από 2% μέχρι 20%.

Γενικά σε υποτροπή συμπτωμάτων, η διάγνωση υποτροπής έλκους είναι αρκετά εύκολη, τόσο ακτινολογικώς όσο και ενδοσκοπικώς. Επίσης υπάρχουν όλα τα συμπτώματα και οι επιπλοκές που χαρακτηρίζουν και την αρχική νόσο, αλλά και άλλες επιπλέον.

Θεραπευτικώς η συντηρητική αγωγή είναι επίσης η ίδια. Εδώ, όμως, αντίθετα με τη συντηρητική αγωγή στην αρχική νόσο, χρειάζεται συνήθως μόνιμη χορήγηση, πράγμα που για πολλά άτομα είναι δύσκολα ανεκτό. Η χειρουργική αγωγή είναι κατά κανόνα αποτελεσματική αλλά- σχεδόν πάντοτε- πρόκειται για σοβαρή εγχείρηση.

Επιπλέον η «τελείωση» της επέμβασης δεν είναι βέβαιο ότι θα θεραπεύσει, αμφιβολία που υπάρχει άλλωστε και την πρώτη φορά.¹¹

2. Καρκίνος κολοβώματος

Κατά τους περισσότερους συγγραφείς, υπάρχει σαφής αύξηση του καρκίνου στο κολόβωμα του στομάχου σε χρόνο μετά την εγχείρηση που ποικίλλει από 8-10 μέχρι και 30 χρόνια. Εν τούτοις, δεν συμφωνούν όλοι και μερικοί αναφέρουν και μείωση της επίπτωσης. Φαίνεται πάντως ότι υπάρχει αύξηση, που όμως είναι μικρή, σχετικά με την αναμενόμενη επίπτωση καρκίνου στο στόμαχο των εξεταζόμενων ομάδων ατόμων.

Για να χαρακτηριστεί ένα καρκίνωμα σε κολόβωμα στομάχου ως πρωτοπαθές, πρέπει απαραίτητως η εκτομή που είχε προηγηθεί να είναι ιστολογικώς αποδεδειγμένη καλοήγη γαστρική ή δωδεκαδακτυλική πάθηση και να έχει περάσει τουλάχιστον πενταετία από την εγχείρηση μέχρι την ανάπτυξη του καρκινώματος.

Μπορεί πάντως να θεωρηθεί βέβαιο ότι α) η ατροφική γαστρίτιδα είτε πρωτοπαθής είτε μετά από συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία έλκους) αποτελεί υποβοηθητικό παράγοντα καρκινογένεσης σε ποσοστό μέχρι 3%. β) Η επίπτωση είναι μεγαλύτερη μετά από εκτομή γαστρικού παρά δωδεκαδακτυλικού έλκους. η επίπτωση είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς που εμφανίζουν δυσπλασία σε ενδοσκοπικές βιοψίες βλεννογόνου του

κολοβώματος. δ) Σημασία έχει επίσης ο μικροβιακός εποικισμός του κολοβώματος που είναι με τη σειρά του αποτέλεσμα μείωσης ή κατάργησης της οξύτητας στο γαστρικό κολόβωμα , καθώς και το ποσό των ασύζευκτων χολικών οξέων μέσα στο κολόβωμα.

Θεραπευτικός η μόνη λύση είναι η εγχείρηση (αν είναι εφικτή) με τη μορφή ολικής γαστρεκτομής, πιθανότατα και με παρακείμενα όργανα, αν αυτά είναι διηθημένα. Αν η εγχείρηση είναι ανέφικτη εκτός από την χημειοθεραπεία, θα πρέπει να εγκατασταθεί η παράκαμψη της πεπτικής οδού.¹¹

3. Χολολιθίαση

Πρόκειται για τόσο συνήθη νόσο που θεωρείται αμφίβολο, αν η γαστρική εγχείρηση είναι πράγματι το εκλυτικό αίτιο της λιθίασης.¹¹

ΠΑΙΔΙΚΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Όπως σε κάθε συχνή νόσο των ενηλίκων, δεν αποτελεί έκπληξη ότι μερικές περιπτώσεις αρχίζουν από την παιδική ηλικία. Πράγματι το παιδικό πεπτικό έλκος δεν θεωρείται πλέον σπάνια νόσος και ο σημερινός παιδίατρος είναι ενήμερος και επιδιώκει τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση. Συχνότερο στα παιδιά, όπως και στους ενήλικες είναι το 12/δακτυλικό έλκος.

Τα τελευταία χρόνια η ευαισθητοποίηση των παιδιάτρων και η ενδοσκοπική διερεύνηση συνέβαλαν στη διαπίστωση αύξησης της συχνότητας της νόσου, που ίσως είναι φαινομενική. Έχει υπολογισθεί ότι στις μεγάλες

παιδιατρικές κλινικές διαπιστώνονται 5 έλκη το χρόνο ενώ κατ' άλλους 34-44 περιπτώσεις κάθε 10.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο. Με το δεδομένο ότι 2% των ενηλίκων, που σε κάποια φάση της ζωής τους είχαν έλκος, δίνουν ιστορικό από την παιδική ηλικία, πιθανολογείται ότι το έλκος στα παιδιά έχει πιθανότητα 1: 1.000. Όπως και στους ενήλικες η συχνότητα του έλκους σε αγόρια είναι 2-3 φορές μεγαλύτερη απ' ότι στα κορίτσια.

Φαίνεται ότι η κληρονομικότητα παίζει κάποιο ρόλο στην αιτιολογία του έλκους, με ποσοστό που κυμαίνεται στα παιδιά από 33% έως 62%. (11) Ενοχοποιούνται το υδροχλωρικό οξύ, γενετικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.⁴

Στον Ελλαδικό χώρο, οι Ρώμα και συν., σε ενδοσκοπικό και ιστολογικό έλεγχο του στομάχου 336 παιδιών με συμπτώματα ανώτερου πεπτικού διαπίστωσαν έλκος σε 25 παιδιά. Από αυτά *Helicobacter Pylori* συνυπήρχε σε 14 παιδιά, επομένως τουλάχιστον για τη χώρα μας το *H. Pylori* δεν έχει την αποκλειστικότητα της αιτιολογίας του πεπτικού έλκους.¹¹

Η κλινική εικόνα στα παιδιά ποικίλλει, αναλόγως της ηλικίας. Στα νεαρά βρέφη, η συχνότερη κλινική προβολή είναι η διάτρηση και η αιματέμεση, αν και συχνά προέχει και ο έμετος, συνεπώς είναι σχετικά εύκολη η διάγνωση. Ο πόνος αποτελεί το προεξάρχον σύμπτωμα στο 90% των παιδιών με έλκος, είναι περιοδικός στα 2/3 των περιπτώσεων και μπορεί να

διαρκέσει εβδομάδες ή και πάνω από έξι μήνες. Στα παιδιά όμως συχνά ο πόνος είναι άτυπος δηλ. δεν εντοπίζεται στο επιγάστριο, είναι περιομφαλικός ή διάχυτος δεν σχετίζεται με το φαγητό και δεν είναι νυχτερινός.

Οι Ρώμα και συν. επί μελέτη 67 παιδιών με πεπτικό έλκος που νοσηλεύτηκαν στη δωδεκαετία 1971-1982, βρήκαν κοιλιακά άλγη σε συχνότητα 71,6% ,από τα οποία 40% ήταν άτυπα, με αποτέλεσμα να θεωρούνται για πολλά χρόνια (μέχρι 4 χρόνια) ψυχογενούς αιτιολογίας και να καθυστερήσει η διάγνωση. Έμετος απαντάται σε ποσοστό περίπου 40% των ασθενών και συνήθως προηγείται πόνος. Αιματέμεση και μέλαινα, μόνα ή σε συνδυασμό απαντώνται σε ποσοστό που φθάνει το 50% των παιδιών και από αυτό το ποσοστό στο 49% η αιμορραγία εκδηλώνεται χωρίς πόνο και μάλιστα ως κύριο σύμπτωμα (ποσοστό 28- 36%).Λανθάνουσα αιμορραγία και διάτρηση απαντώνται σε ποσοστό 10%.Η ευαισθησία στο επιγάστριο μπορεί να απουσιάζει, να είναι ήπια ή να είναι έντονη.

Το πρωτοπαθές γαστρικό έλκος είναι σπάνιο στα παιδιά, η αιτιολογία είναι ασαφής, δεν φαίνεται να υπάρχει κληρονομική προδιάθεση και είναι συχνότερο σε παιδιά κάτω των 6 ετών και σε βρέφη. Οι Druman et al αναφέρουν 43 γαστρικά έλκη σε 317 παιδιά με γαστρικό έλκος (αναλογία 1:7).

Εντοπίζονται είτε στο έλασσον τόξο του στομάχου, είτε προπυλωρικός . Κλινικώς κυρίως τα βρέφη

παρουσιάζουν άρνηση λήψης τροφής, εμέτους και καθυστέρηση στην ανάπτυξη.

Η αιματέμεση σε αυτή την ηλικία είναι συχνή και δυνατόν να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα, ενώ η διάτρηση είναι σπάνια.

Στα μεγαλύτερα παιδιά προέχει ο πόνος, ενώ η σοβαρή αιμορραγία γίνεται λιγότερο συχνή με την αύξηση της ηλικίας.¹¹

Τα παιδιά με νόσο του πεπτικού είναι έξυπνα και εργατικά με υψηλούς στόχους αλλά δεν μπορούν εύκολα να αντιμετωπίσουν την αποτυχία και εσωτερικεύουν τα αισθήματά τους. Η διάγνωση βασίζεται στον υψηλό δείκτη υποψίας και επιβεβαιώνεται με ακτινολογικό ή ενδοσκοπικό έλεγχο.⁴

Άλλες απαραίτητες εξετάσεις είναι η γενική εξέταση αίματος και ο εργαστηριακός έλεγχος των κοπράνων για αίμα. Όταν είναι εφικτό πρέπει να γίνεται έλεγχος αντισωμάτων για *H. Pylori* και προσταγλανδίνη I, δεδομένου ότι οι φυσιολογικές τιμές της συμβαδίζουν με ευνοϊκή πρόγνωση.¹¹

Η βασική θεραπεία του έλκους χωρίς επιπλοκές είναι φαρμακευτική.

Οι αναστολείς των H_2 υποδοχέων χρησιμοποιούνται πάνω από μια δεκαετία και αποτελούν σήμερα την πιο δημοφιλή θεραπεία έλκους. Η σιμετιδίνη και η ρανιτιδίνη έχουν χρησιμοποιηθεί στα παιδιά. Η συμπτωματική βελτίωση ανέρχεται στο 63-88%, ενώ μεγαλύτερα ποσοστά (76- 94%) ίασης έδειξαν

ενδοσκοπικές μελέτες. Η σιμετιδίνη και η ρανιτιδίνη συνιστώνται σε παιδιά ηλικίας 3-12 και 12-18 χρόνων αντίστοιχα. η θεραπεία συνεχίζεται για 6-8 εβδομάδες και η πρόγνωση είναι συνήθως καλή.^{4,11} Η ομεπραζόλη (αναστολέας της γαστρικής έκκρισης) άρχισε πρόσφατα να χορηγείται σε μικρό αριθμό παιδιών.¹¹

Η χειρουργική θεραπεία στο πρωτογενές πεπτικό έλκος βασικά αφορά την αντιμετώπιση επιπλοκής, αν και τελικά ένα ποσοστό ασθενών θα χρειασθεί επέμβαση αργότερα. Όταν χρειασθεί χειρουργική θεραπεία, συνήθως γίνεται συνδυασμός βαγοτομής, πυλωροπλαστικής και απολίνωσης του αιμορραγούντος αγγείου ή συρραφή της διάτρησης. Η εκλεκτική βαγοτομή προσφέρει μεγάλο ποσοστό ίασης και ελάχιστες υποτροπές, αλλά απαιτεί μεγάλη εμπειρία που δεν διαθέτουν όλοι οι παιδοχειρουργοί.¹¹

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Η συχνότητα των αιμορραγιών από το ανώτερο πεπτικό υπολογίζεται σε ποσοστό ανώτερο των 50/100.000 πληθυσμό κατ' έτος. Το γαστρικό έλκος κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα στις αιτίες αιμορραγιών του ανώτερου πεπτικού (55-60%).

Κύρια αίτια αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό

ΑΙΤΙΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Έλκος 12/λου	26%
Κιρσοί οισοφάγου	16%

Έλκος στομάχου	15%
Οισοφαγίτιδα	13%
Γαστρίτιδες, stress	10%
Σύνδρομο Mallory-Weiss	8%
Έλκη υποτροπής	6%
Διάφορα	6%
Σύνολο	100% ²⁵

Αιμορραγία συμβαίνει στο 3,5% του συνόλου των ασθενών με γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος και εμφανίζεται κυρίως άνοιξη και φθινόπωρο. Παρά τις προόδους μας εξακολουθεί να έχει υψηλή θνησιμότητα, που κυμαίνεται μεταξύ 8% και 10% , ενώ σε περιπτώσεις που η απώλεια αίματος ξεπερνάει το 25% του ολικού όγκου αίματος, το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 25-50%.²⁵ Ο τρόπος εκδηλώσεως ποικίλει από αιματέμεση, μέλαινες κενώσεις, λιποθυμικό επεισόδιο ή σαν χρόνια αναιμία.^{11,14}

Η αντιμετώπιση του αιμορραγούντος ασθενούς περιλαμβάνει:

- 1.Την επιβεβαίωση της αιμορραγίας. Η ενδοσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής, αλλά όταν αντενδείκνυται, γίνεται ακτινολογικός έλεγχος με χορήγηση σκιαγραφικών.¹¹
- 2.Την συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς (αναπνοή, θερμοκρασία, σφυγμός, Α.Π., κατάσταση φλεβών, ποσότητας ούρων).
- 3.Την εντόπιση των αιτιών της αιμορραγίας.

Εφ' όσον εκτιμήσουμε την σοβαρότητα της αιμορραγίας του ασθενούς, αξιολογώντας το ρυθμό και το ποσό της απώλειας αίματος, την φύση της βλάβης ή τις συνυπάρχουσες παθήσεις και την ηλικία του ατόμου μπαίνουμε στην φάση της θεραπευτικής αντιμετώπισης.²⁵

Η κινητοποίηση πρέπει να είναι ταχεία γιατί οι πρώτες 4-6 ώρες θεωρούνται κρίσιμες.¹¹ Στο 80% των περιπτώσεων η αιμορραγία θα σταματήσει με συντηρητική θεραπεία, στο 20% όμως θα απαιτηθεί χειρουργική επέμβαση.²⁵

Η τοποθέτηση καθετήρα κεντρικής φλεβικής πίεσης, η χορήγηση φυσιολογικών ορών ή υπέρτονων κρυσταλλικών διαλυμάτων, οι μεταγγίσεις αίματος ή πλάσματος είναι χειρισμοί απαραίτητοι για τη διατήρηση της αιμοδυναμικής ισορροπίας αυτών των ασθενών. Ακόμη σε όλους τους ασθενείς με υποψία αιμορραγίας από το πεπτικό πρέπει να τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας (Levin) και να γίνεται αναρρόφηση του στομαχικού περιεχομένου. Η παρουσία αίματος στο αναρροφώμενο υλικό είναι διαγνωστική και θα πρέπει να ακολουθήσουν πλύσεις του στομάχου με παγωμένο νερό ή φυσιολογικό ορό, με ή χωρίς την προσθήκη αγγειοσυσπαστικών ουσιών. Οι πλύσεις του στομάχου, πέρα από το πιθανό θεραπευτικό αποτέλεσμα, βοηθούν σημαντικά την ενδοσκόπηση που θα ακολουθήσει, αυξάνοντας την διαγνωστική και θεραπευτική της αποτελεσματικότητα. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η εμμονή σε αναρροφήσεις χωρίς να μετακινείται ο

καθετήρας προκαλεί βλάβες στο βλεννογόνο του οισοφάγου και του στομάχου, και η παραμονή του ρινογαστρικού καθετήρα για πολλές ημέρες μπορεί να προκαλέσει οισοφαγίτιδα και οισοφαγικές στενώσεις.

Εκτός από το γαστρικό καθετήρα, σε ασθενείς που παρουσιάζουν μεθαιμορραγικό shock, πρέπει να τοποθετείται καθετήρας στην ουροδόχο κύστη, για να γίνεται ακριβής μέτρηση ούρων. Έτσι μας δίνεται η δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης πιθανής οξείας σωληναριακής νέκρωσης από νεφρική ισχαιμία.

Κλινικοί προγνωστικοί δείκτες για εξακολούθηση ή υποτροπή (κακή έκβαση) της αιμορραγίας είναι η μεγάλη απώλεια αίματος (συνοδευόμενη από shock ή μεγάλο αριθμό μεταγγίσεων ή μικρή συστολική πίεση), η ηλικία, οι διαταραχές πήξης και η ύπαρξη σοβαρής συνοδού νόσου. Ακόμη η τοπογραφία του αιμορραγούντος έλκους έχει προγνωστική σημασία. Βαθιά έλκη στο ανώτερο τμήμα του ελλάσσονος τόξου του στομάχου και στο οπίσθιο τοίχωμα του βολβού του δωδεκαδακτύλου συχνά συνοδεύονται από κακή έκβαση.

Η χειρουργική επέμβαση εξακολουθεί να είναι η βασική θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας αιμορραγίας από πεπτικό έλκος αν και, παρά τις τεχνικές βελτιώσεις, έχει θνησιμότητα γύρω στο 20% στην κατηγορία των ασθενών που χρειάζονται επείγουσα επέμβαση. Το γεγονός αυτό ώθησε, τα τελευταία χρόνια, την ανάπτυξη πολλών ενδοσκοπικών αιμοστατικών τεχνικών που εφαρμόζονται κατά κύριο λόγο στην επείγουσα ενδοσκόπηση και έχουν σαν στόχο την

τροποποίηση της φυσικής ιστορίας της αιμορραγίας από πεπτικό έλκος και την αποφυγή, τουλάχιστον, του επείγοντος χειρουργείου. Τέτοιες τεχνικές είναι η ηλεκτροπηξία, η θερμοπηξία, η φωτοπηξία κ.α.¹¹

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τα αντιόξινα (όχι όταν γίνονται αναρροφήσεις από το Levin), αναστολείς των H₂ υποδοχέων ισταμίνης (ενδοφλεβίως), τα βλεννογονοπροστατευτικά και τα παράγωγα προσταγλανδινών.²⁵

ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Οι ασθενείς με διάτρηση έλκους είναι συνήθως άνδρες μεσήλικες. Κατά την δεκαετία 1930-1940 η αναλογία διατρήσεων ανδρών και γυναικών ήταν 20:1. Σήμερα η αναλογία έπεσε στο 4:1. Και η ηλικία των αρρώστων έχει μεταβληθεί τα τελευταία χρόνια. Ενώ η πλειοψηφία των ασθενών είναι μεταξύ 40 και 60 ετών η συχνότητα των διατρήσεων έχει αυξηθεί και στους ηλικιωμένους και στους νέους. Σε μια εργασία του Leeds που αφορούσε 100 αρρώστους με διάτρηση πεπτικού έλκους το 20% ήταν κάτω από 40 ετών και ένα 4% ήταν εφηβικής ηλικίας. Επίσης μέχρι πριν 10-20 χρόνια σχεδόν όλα τα διατρηθέντα έλκη ήταν δωδεκαδακτυλικά, ενώ τώρα η αναλογία (όπως και στο φύλο) είναι 4:1.

Ο πόνος συνήθως είναι αιφνίδιος, συνεχής, έντονος, αρχίζει από το άνω ήμισυ της κοιλιάς, αργότερα γενικεύεται και επιδεινώνεται με τις κινήσεις του σώματος και την αναπνοή. Πολύ σπάνια εμφανίζεται πόνος στο δεξιό κατώτερο τεταρτημόριο

(στο Leeds από 100 περιπτώσεις διατρήσεως μόνο δύο παρουσίασαν αυτήν την κατανομή του πόνου). Συνήθως ο πόνος αυτός οδηγεί σε υποψία οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Περίπου το 50% των ασθενών με διάτρηση έχουν προηγούμενο ιστορικό δυσπεπτικών ενοχλημάτων. Συνήθως υπάρχουν έντονα σημεία βαριάς νόσου, όπως π.χ. ανησυχία, ωχρότητα και σανιδώδης κοιλιά. Οι άρρωστοι με διάτρηση κάνουν έμετο συνήθως μία φορά με την έναρξη του πόνου. Η ευαισθησία είναι συνήθως γενικευμένη αλλά είναι δυνατόν να περιορίζεται στο άνω ήμισυ της κοιλιάς.

Συνήθως ζητούνται δύο εξετάσεις σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία διατρήσεως πεπτικού έλκους. Η πρώτη είναι ο προσδιορισμός της αμυλάσης του ορού για να αποκλεισθεί η οξεία παγκρεατίτιδα, ενώ η δεύτερη είναι η απλή ακτινογραφία κοιλιάς (περίπου το 50% των ασθενών εμφανίζουν αέρα κάτω από τα διαφράγματα στις απλές ακτινογραφίες κοιλιάς). Συνήθως οι εντερικοί ήχοι δεν είναι ακουστοί, αν και είναι δυνατόν να ακούγονται ήπια στο μισό περίπου των περιπτώσεων.

Η διαφορική διάγνωση της διατρήσεως του πεπτικού έλκους θα πρέπει να γίνει από:

- 1) την οξεία σκωληκοειδίτιδα,
- 2) την οξεία εκκολπωματίτιδα,
- 3) τις εξάρσεις απλής δυσπεψίας και
- 4) την οξεία παγκρεατίτιδα.²⁶

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ ΓΑΛΑΚΤΟΣ ΚΑΙ ΑΛΚΑΛΕΩΣ ΤΟΥ BURNETT

Οφείλεται στην μακρόχρονη λήψη άφθονων αλκαλικών σκευασμάτων και γάλακτος για θεραπευτικό σκοπό (κυρίως σε ασθενείς με έλκος δωδεκαδακτύλου). Το σύνδρομο εκδηλώνεται συνήθως με προοδευτικά αυξανόμενη νεφρική ανεπάρκεια ή σπανιότερα, με κολικούς των νεφρών ή εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις.

Εκτός από την νεφρική ανεπάρκεια παρατηρούνται και αποτιτανώσεις ιστών, κυρίως των νεφρών, του κερατοειδούς, του υποδόριου ιστού (κυρίως περιαρθρικός), των αρτηριών (κυρίως αορτής και αρτηριών κάτω άκρων), των πνευμόνων, ακόμη και του δρεπάνου του εγκεφάλου. Στις ακτινογραφίες πιθανόν να υπάρχουν οστεοπυκνώσεις στην λεκάνη, τα πλευρά και τους σπονδύλους. Εργαστηριακά, πλην της αζωθαιμίας, διαπιστώνεται αλκάλωση και υπερασβεσθαιμία.

Η εξέλιξη του συνδρόμου εξαρτάται από τον βαθμό προσβολής του νεφρικού παρεγχύματος. Σε αρχικά στάδια το σύνδρομο υποχωρεί μετά την διακοπή των αλκαλικών και ασβεστούχων φαρμάκων. Σε προχωρημένα στάδια ο ασθενής φτάνει σε πλήρη νεφρική ανεπάρκεια και οδηγείται στο θάνατο.²⁷

ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

Οφείλεται συνήθως σε έλκη πυλωρού ή δωδεκαδακτύλου, που επουλώνονται με την ανάπτυξη ινώδους συνεκτικού ιστού. Μπορεί επίσης να οφείλεται

σε φλεγμονώδη διήθηση των γύρω από το έλκος ιστών και αντανακλαστικό σπασμό.

Η πυλωρική στένωση περνά από δύο στάδια:

α) το δυναμικό και

β) το παραλυτικό.

Ο ασθενής στο δυναμικό στάδιο εμφανίζει περιοδικό πόνο στο επιγάστριο με την μορφή κωλικού, τροφώδεις εμέτους και περισταλτικές κινήσεις στο τοίχωμα του επιγάστριου.

Ακτινολογικά εμφανίζεται υπερπερισταλτισμός και βραδεία εκκένωση του περιεχομένου του στομάχου. Επίσης συνυπάρχει υπερχλωρυδρία.

Στο παραλυτικό στάδιο ο πόνος έχει χάσει την αρχική του ένταση και οι έμετοι αυξάνονται (αν και γίνονται αραιότεροι). Εμφανίζεται παφλασμός από την μεγάλη ατονία του στομάχου, αδυνατίσμα και διαταραχή των ηλεκτρολυτών. Εργαστηριακά διαπιστώνεται χλωροπενία, αζωθαιμία και αλκάλωση. Ακτινολογικά ανευρίσκεται άτονο στομάχι, άφθονα υγρά και απουσία περισταλτικών κινήσεων.

Η θεραπεία της πυλωρικής στένωσης σαν επιπλοκή έλκους είναι πάντα χειρουργική (γαστρεκτομή ή γαστρεντεροαναστόμωση).⁶

ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ

Το γαστρικό έλκος, υποστηρίζεται ότι μπορεί να υποστεί κακοήθη εξαλλαγή σε αναλογία 5-10% εν αντιθέσει με το δωδεκαδακτυλικό που δεν υφίσταται κακοήθη εξαλλαγή. Υποψιαζόμαστε εξαλλαγή όταν

ακτινολογικώς τα χείλη του έλκους εμφανίζονται διογκωμένα και ανώμαλα, και ο κρατήρας δεν παρουσιάζει τάση σμικρύνσεως. Σε αυτές τις περιπτώσεις καλό είναι να γίνονται και άλλες εξετάσεις όπως γαστροσκόπηση και κυτταρολογική εξέταση με την μέθοδο Παπανικολάου, γιατί όσο γρηγορότερα διαγνωσθεί η εξαλλαγή τόσο καλύτερα θα είναι τα θεραπευτικά αποτελέσματα μετά την χειρουργική επέμβαση (γαστρεκτομή).

Κλινικώς η συνεχώς αυξανόμενη ανορεξία και απίσχναση, η αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων και οι τριχοειδικές αιμορραγίες σε προϋπάρχων γνωστό έλκος πρέπει να μας βάζουν σε υποψίες κακοήθους επεξεργασίας.¹⁰

ΣΠΑΝΙΕΣ ΝΟΣΟΙ - ΣΥΝΔΡΟΜΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ZOLLINGER - ELLISON

Θα πρέπει να υποψιαζόμαστε την ύπαρξη του όταν η ελκοπάθεια είναι σοβαρή, επιμένει παρά την θεραπεία, συνοδεύεται από έλκη σε ασυνήθιστες θέσεις ή συσχετίζεται με διάρροια. Οι όγκοι έχουν συνήθως παγκρεατική εντόπιση (ο όγκος των νησιδίων του Langerhans δεν εκκρίνει ινσουλίνη, φαινόμενο που αποτελεί τυχαία ανακάλυψη νεκροτομής). Το 60% είναι κακοήθεις, ενώ 20-25% συσχετίζεται με πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία τύπου I.¹⁹

Όταν το έλκος εντοπίζεται στον οισοφάγο, την 3η μοίρα του δωδεκαδακτύλου ή στην νήστιδα συχνά επιπλέκεται με αιμορραγία ή στένωση. Το έλκος τύπου

Zollinger-Ellison συνοδεύεται από έντονη γαστρική υπερέκκριση και υπεροξύτητα. Ο Ellison θεωρούσε ότι πρέπει να σκεφτόμαστε πάντα όγκο των νησιδίων του Langerhans του παγκρέατος, όταν το ποσό της γαστρικής έκκρισης υπερβαίνει το λίτρο κατά το 12ωρο της νύχτας ή όταν το ολικό ελεύθερο HCl υπερβαίνει τα 100 mg. Οι όγκοι αυτοί που περιέχουν γαστρίνη καλούνται γαστρινώματα. Τα γαστρινώματα του παγκρέατος είναι συχνότερα στο σώμα και την ουρά, ενώ ευρίσκονται λιγότερο συχνά σε άλλες θέσεις όπως στις πύλες του σπλήνα και το στόμαχο.⁷ Η εξαίρεση του παγκρεατικού όγκου έχει σαν αποτέλεσμα πτώση της υπερέκκρισης και της υπεροξύτητας, κάτι που δεν επιτυγχάνεται ούτε με την γαστρεκτομή, ούτε με την βαγοτομή. Οι μισοί μέχρι τα 2/3 των ασθενών με γαστρίνωμα παρουσιάζουν μεταστάσεις, συχνότερα στους επιχώριους λεμφαδένες και το ήπαρ. Η διασπορά μπορεί επίσης να εμφανισθεί στις περιτοναϊκές επιφάνειες, το σπλήνα, τα οστά, το δέρμα ή το μεσοθωράκιο.⁷

Η διάρροια μπορεί να προηγείται των άλλων συμπτωμάτων και συνήθως είναι βαριάς μορφής και συνοδεύεται από μεγάλη απώλεια K. Οφείλεται, σύμφωνα με τους επιστήμονες, στην έντονη γαστρική υπερέκκριση.²⁷

Η διάγνωση τίθεται όταν η γαστρίνη του ορού υπερβεί τα 1000 pg/ml ή όταν μετά από ενδοφλέβια

χορήγηση σεκρετίνης η γαστρίνη αυξηθεί κατά 200 pg/ml.⁷

Η πρόγνωση του συνδρόμου είναι βαριά και η θνησιμότητα πολύ υψηλή.²⁷

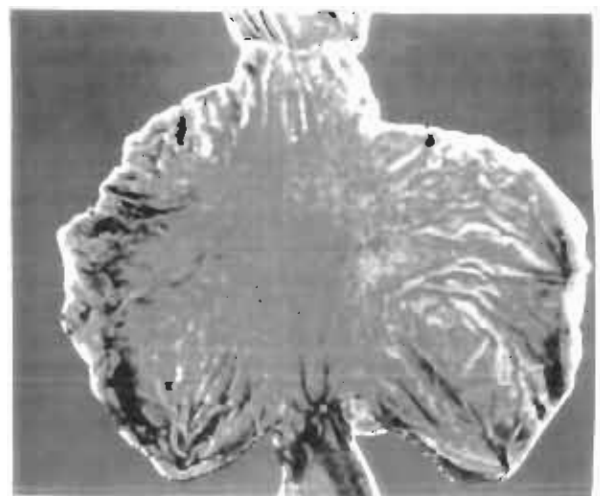
Η θεραπεία συνίσταται σε υψηλή δόση ανταγωνιστών H₂ υποδοχέων, ερευνητική λαπαροτομία με εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου και των μονήρων μεταστάσεων όταν είναι δυνατό. Χημειοθεραπεία για τις μεταστάσεις.⁷

ΦΙΛΟΥΜΕΝΑ ΕΛΚΗ ΤΟΥ ΜΟΥΝΥΗΑΝ

Τα έλκη αυτά συνυπάρχουν στα τοιχώματα του στομάχου και του βολβού του δωδεκαδακτύλου. Χαρακτηρίζονται από το ότι συμπίπτουν χείλος προς χείλος, όριο προς όριο. Δεν εμφανίζουν κάποια ιδιαίτερη κλινική εικόνα, η πρόγνωσή τους όμως είναι βαρύτερη. Η θεραπεία είναι ίδια προς αυτή που εφαρμόζεται σε οποιοδήποτε άλλο έλκος.²⁷



Φιλούμενα έλκη



Πολλαπλά έλκη

ΠΡΟΠΥΛΩΡΙΚΑ ΓΑΣΤΡΙΚΑ ΕΛΚΗ

Τα προπυλωρικά γαστρικά έλκη είναι πιο δύσκολο να θεραπευθούν, με μικρότερο ποσοστό επούλωσης και μεγαλύτερο ποσοστό επαναπροσβολής μετά από φαρμακευτική ή χειρουργική αντιμετώπιση σε σύγκριση με τα δωδεκαδακτυλικά και τα γαστρικά έλκη. Πολλές φορές τα προπυλωρικά έλκη χαρακτηρίζονται σαν ποικιλία των δωδεκαδακτυλικών ελκών παρά των γαστρικών, αφού έχουν τα κοινά χαρακτηριστικά της αυξημένης έκκρισης οξέος και της ταύτισης με την ομάδα αίματος Α. Προς το παρόν όμως αντιμετωπίζονται όπως τα γαστρικά.^{20,28}

ΕΠΙΜΟΝΑ ΕΛΚΗ

Ένα γαστρικό έλκος που είναι αθεράπευτο σε επανειλημμένες ενδοσκοπήσεις μέσα σε 8 εβδομάδες μπορεί αν αντιμετωπισθεί είτε συνεχίζοντας την ίδια φαρμακευτική αγωγή για μεγαλύτερο διάστημα (αυξάνοντας το ποσοστό μείωσης έκκρισης του οξέος), είτε χρησιμοποιώντας άλλο φάρμακο με διαφορετική δράση. Είναι πολύ σημαντικό να σταματήσει η λήψη ΜΣΑΦ και να κοπεί το τσιγάρο. Μία ακόμη ενδοσκόπηση πρέπει να γίνει σε 12-16 εβδομάδες. Εάν το έλκος παραμένει αθεράπευτο πρέπει να συσταθεί χειρουργείο αν δεν υπάρχει κάποια αντένδειξη.^{2,20}

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε περιλαμβάνει 52 ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται αρχικά σε δημογραφικά στοιχεία, στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του πεπτικού έλκους (διατροφή, stress, κάπνισμα κ.τ.λ.) καθώς και στα ατομικά στοιχεία των ελκοπαθών και στο ποσοστό ενημέρωσής τους για τη νόσο.

Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα από τον γενικό πληθυσμό (μάρτυρες), όπως επίσης και αριθμός ελκοπαθών που νοσηλεύονταν στο ΠΠΓΝΠ, στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας» Πατρών, στο Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας καθώς και από τα αρχεία των νοσοκομείων αυτών.

Εκλέχτηκε τυχαίο δείγμα 100 μαρτύρων καθώς και 91 ελκοπαθείς από τους οποίους ελκοπαθείς οι 89 θεωρήθηκαν εκμεταλλεύσιμοι.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με συνέντευξη την οποία ακολούθησε διαφώτιση.

Στις στήλες κάθε πίνακα αναγράφονται οι τιμές των εξεταζόμενων ομάδων, και η τελευταία στήλη το αποτέλεσμα που προέκυψε από τον στατιστικό έλεγχο.

Για κάθε μέτρηση δίνεται :

- το μέγεθος του δείγματος (Sample size, n)
- ο Μέσος όρος (Mean)

- μέσα στην παρένθεση η Τυπική απόκλιση (Standard Deviation)
- η Διάμεσος της κατανομής των τιμών
- ο ελάχιστος (Min), και ο μέγιστος (Max) όρος της κατανομής
- το 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (95% Confidence Interval), μέσα στο οποίο εκτιμάται με 95% αξιοπιστία ότι βρίσκεται η πραγματική τιμή της μέτρησης.

Αν η μεταβλητή είναι κατηγορική αναφέρεται ο απόλυτος αριθμός των ατόμων, και μέσα στην παρένθεση δίνεται η ποσοστιαία αναλογία, υπολογιζόμενη πάντα επί του συνόλου των απαντήσεων.

Ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο όσο και στις διάφορες υποομάδες έγινε με την μέθοδο των Kolmogorov-Smirnov.

Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το Chi-square test (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια), ή το Fishers' exact Probability test, όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

Για τον έλεγχο των ανεξάρτητων συνεχών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε One-Way Analysis of Variance (ANOVA) και το Unpaired t test, ενώ για όσες κατανομές δεν πληρούσαν το κριτήριο της κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχα η Kruskal-Wallis Analysis of Variance και το Mann-Whitney test.

Θεωρούμε σαν ισχυρά στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνον αν το αποτέλεσμα που δίνεται από τον στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $P < 0.05$.

Με την Ανάλυση Συσχετίσεων (Correlation Analysis) αναζητήσαμε μία πιθανή γραμμική σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών.

Ο Συντελεστής Συσχέτισης (Correlation Coefficient, R) αφ' ενός μεν συνοψίζει την δύναμη της παραπάνω σχέσης, αφ' ετέρου δε, ελέγχει την Μηδενική Υπόθεση (H_0) ότι ο συντελεστής συσχέτισης του πραγματικού πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται το δείγμα, είναι μηδέν (δηλ. ότι δεν υπάρχει συσχέτιση).

Ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson υπολογίζει την μήτρα των παραγοντικών ροπών των παραμέτρων που αναλύονται. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ανήκουν στο διάστημα $(-1, +1)$.

Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman χρησιμοποιήθηκε για τις μη-κανονικές κατανομές. Ο συντελεστής αυτός αθροίζει τα τετράγωνα των διαφορών σε όλα τα ζεύγη των τιμών και υπολογίζει ένα «σχετικό» μέτρο διαφοροποίησης. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ανήκουν στο διάστημα $(-1, +1)$.

Θετική συσχέτιση σημαίνει ότι και οι δύο μεταβλητές αυξάνουν ή μειώνονται ταυτόχρονα.

Αρνητική συσχέτιση σημαίνει ότι όταν η μία μεταβλητή αυξάνεται, η άλλη μειώνεται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των συσχετίσεων στο σύνολο των ερωτηματολογίων του ειδικού πληθυσμού των ελκοπαθών έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα.

Από την συσχέτιση της εκπαίδευσεως με διάφορες παραμέτρους πιθανής προγνωστικής σημασίας, παρατηρήθηκαν τα εξής:

- Αρνητική συσχέτιση ($R = - 0.23$, $P = 0.032$) μεταξύ του επιπέδου της εκπαίδευσεως και του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων. Δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο μικρότερος είναι ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων.
- Αρνητική συσχέτιση ($R = - 0.38$, $P = 0.0019$) μεταξύ του επιπέδου της εκπαίδευσεως και της κατανάλωσης ποτού. Δηλαδή όσο χαμηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο χαμηλότερη είναι η κατανάλωση ποτού.
- Επίσης, όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο λιγότερες είναι οι εισαγωγές σε Νοσοκομείο ($R = - 0.23$, $P = 0.27$).
- Τέλος, όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο μειώνεται η ηλικία διαγνώσεως του έλκους ($R = - 0.38$, $P = 0.003$).

Από τη συσχέτιση του φύλου με διάφορες παραμέτρους πιθανής προγνωστικής σημασίας, παρατηρήθηκαν τα εξής:

- Θετική συσχέτιση ($R = 0.29$, $P = 0.006$) μεταξύ του φύλου και του καπνίσματος. Δηλαδή παρατηρήθηκε ότι

οι άνδρες ελκοπαθείς καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες.

- Επίσης θετική συσχέτιση ($R = 0.28, P = 0.009$) μεταξύ του φύλου και της κατανάλωσης αλκοόλ. Δηλαδή οι άνδρες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ.
- Αντίθετα, οι γυναίκες που πάσχουν από πεπτικό έλκος καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αεριούχων ποτών. ($R = - 0.24, P = 0.023$).
- Αύξηση του αριθμού των εισαγωγών σε Νοσοκομεία παρατηρείται στους άνδρες ($R = 0.25, P = 0.19$) ελκοπαθείς.
- Τέλος οι άνδρες είναι εκείνοι που καπνίζουν περισσότερα χρόνια ($R = 0.36, P = 0.,0077$).

Η συσχέτιση τώρα του αριθμού των χειρουργείων με διάφορες παραμέτρους, έδωσε τα εξής αποτελέσματα:

- Όσο αυξάνει η συχνότητα καταναλώσεως αλκοόλ, τόσο αυξάνει και ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων. ($R = 0.31, P = 0.014$).
- Επίσης, αυξάνει ο αριθμός των χειρουργείων στους ασθενείς που πάσχουν και από κάποιο άλλο συνοδό νόσημα, ($R = 0.32, P = 0.003$) η συσχέτιση είναι θετική.
- Όσο αυξάνει η ηλικία των ασθενών τόσο αυξάνει και ο αριθμός των χειρουργείων. ($R = 0.41, P = 0.0001$).
- Τέλος, όσα περισσότερα χρόνια καπνίζουν οι ερωτηθέντες ελκοπαθείς, τόσο μεγαλύτερος είναι ο

αριθμός ($R = 0.42$, $P = 0.002$) των χειρουργικών επεμβάσεων.

Η συσχέτιση των ασθενών με πεπτικό έλκος με τις παρακάτω παραμέτρους χαρακτηρίζεται ισχυρώς θετική και δίνει τα εξής αποτελέσματα.

Παρατηρήσαμε ότι :

- Οι ελκοπαθείς που είχαν κληρονομική προδιάθεση, ($R = 0.1$, $P < 0.0001$) ασθένησαν από την νόσο.
- Οι περισσότεροι από τους ελκοπαθείς ανήκουν στον τύπο προσωπικότητας A ($R = 0.1$, $P < 0.0001$).
- Οι περισσότεροι από τους ελκοπαθείς είναι καπνιστές ($R = 0.1$, $P < 0.0001$).
- Οι περισσότεροι πάσχουν και από κάποιο άλλο συνοδό νόσημα ($R = 0.1$, $P < 0.0001$) καθώς επίσης παίρνουν και άλλα φάρμακα, διάφορα από το έλκος ($R = 0.1$, $P < 0.0001$).
- Οι περισσότεροι ελκοπαθείς που ερωτήθηκαν εάν «αναγκάστηκαν» να παραιτηθούν από ορισμένες συνήθειες, απάντησαν ναι ($R = 0.1$, $P < 0.0001$) και οι δημοφιλέστερες απαντήσεις είναι το κάπνισμα και τα αεριούχα ($R = 0.1$, $P < 0.0001$).
- Τέλος, επίσης ισχυρή θετική συσχέτιση παρατηρείται στους ελκοπαθείς σε σχέση με την διατροφή σε Fast Food, τα αεριούχα ποτά και τον αριθμό των χειρουργείων. Δηλ. οι περισσότεροι ελκοπαθείς τρώνε σε Fast Food ($R = 0.1$, $P < 0.0001$), πίνουν αεριούχα ποτά ($R = 0.1$, $P < 0.0001$) και χρειάστηκε

να υποστούν χειρουργική επέμβαση ($R = 0.1, P < 0.0001$).

Η ανάλυση των συσχετίσεων μας έδωσε κάποια ακόμη στοιχεία που μας βοήθησαν να συνάγουμε τα εξής συμπεράσματα :

- Όσο μικρότερη είναι η ηλικία διαγνώσεως της νόσου, τόσο μεγαλύτερη είναι η κληρονομική προδιάθεση ($R = - 0.21, P = 0.054$).
- Αντίθετα θετική συσχέτιση παρατηρούμε μεταξύ του αριθμού των εισαγωγών σε νοσοκομεία και της ηλικίας διαγνώσεως του έλκους. Αύξηση δηλ. της ηλικίας προκαλεί αύξηση του αριθμού των εισαγωγών ($R = 0.28, P = 0.008$).
- Τέλος, παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ασθενών με αγχώδη προσωπικότητα και τάσης διατροφής σε Fast Food ($R = 0.195, P = 0.066$).

ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟΥΣ ΠΙΝΑΚΕΣ :

+ Η διαφορά ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες είναι στατιστικά σημαντική, και παρόλο που δεν «κατάφερε» να φτάσει τα όρια του κοινά αποδεκτού επιπέδου σημαντικότητας 0.05, εν τούτοις δεν μπορεί να απορριφθεί σαν ανάξια λόγου.

++ Η διαφορά ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες είναι ισχυρά στατιστικά σημαντική.

ΠΙΝΑΚΕΣ Α΄

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

« ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ »

ΠΙΝΑΚΑΣ 1			
Γενικά Συγκεντρωτικά στοιχεία			
	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΦΥΛΟ	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Ανδρες	52 (52%)	53 (59.6%)	105 (55.6%)
Γυναίκες	48 (48%)	36 (40.4%)	84 (44.4%)
ΗΛΙΚΙΑ	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Μέση τιμή (SD)	33.96 (14.5)	47.45 (19.0)	40.31 (18.1)
Διάμεσος τιμή (min, max)	29.5 (16.69)	45 (18.85)	37 (16.85)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Αγαμος	49 (49%)	26 (29.2%)	75 (39.7%)
Εγγαμος	46 (46%)	55 (61.8%)	101 (53.4%)
Διαζευγμένος	3 (3%)	2 (2.2%)	5 (2.6%)
Χήρος	2 (2%)	6 (6.7%)	8 (4.2%)
ΤΕΚΝΑ	(n=100)	(n=88)	(n=188)
ναί / όχι (%)	45/55 (45%)	57/31 (64.8%)	102/86 (54.3%)

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΤΕΚΝΑ (αριθμός)	(n=45)	(n=57)	(n=102)
Μέση τιμή (SD)	2.67 (1.15)	2.54 (1.31)	2.6 (1.24)
Διάμεσος τιμή (min, max)	2 (1.7)	2 (1.7)	2 (1.7)
ΤΕΚΝΑ	(n=44)	(n=55)	(n=99)
ζώντα	44 (100%)	54 (98.2%)	98 (99%)
νεκρά	0	1 (1.8%)	1 (1%)
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Ανεργος	30 (30%)	16 (18%)	46 (24.3%)
Δημόσιος Υπάλληλος	28 (28%)	23 (25.8%)	51 (27%)
Ιδιωτικός Υπάλληλος	17 (17%)	18 (20.2%)	35 (18.5%)
Ελεύθερος Επαγγελματίας	24 (24%)	16 (18%)	40 (21.2%)
Αγρότης	0	7 (7.9%)	7 (3.7%)
Συνταξιούχος	1 (1%)	9 (10.1%)	10 (5.3%)
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Αμόρφωτος	1 (1%)	6 (6.7%)	7 (3.7%)

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Δημοτικό	28 (28%)	28 (31.5%)	56 (29.6%)
Γυμνάσιο	22 (22%)	16 (18%)	38 (20.1%)
Λύκειο	26 (26%)	16 (18%)	42 (22.2%)
ΤΕΙ	11 (11%)	15 (16.9%)	26 (13.8%)
ΑΕΙ	10 (10%)	8 (9%)	18 (9.5%)
Μεταπτυχιακά	2 (2%)	0	2 (1.1%)
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	(n=100)	(n=88)	(n=188)
Χωριό	11 (11%)	22 (25%)	33 (17.6%)
Κωμόπολη	7 (7%)	5 (5.7%)	12 (6.7%)
Πόλη	82 (82%)	61 (69.3%)	143 (76.1%)
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜ.	(n=100)	(n=80)	(n=180)
Πελοπόννησος	54 (54%)	58 (72.5%)	112 (62.2%)
Στερεά Ελλάδα	17 (17%)	14 (17.5%)	31 (17.2%)
Επτάνησα	2 (2%)	2 (2.5%)	4 (2.2%)
Ηπειρος	2 (2%)	0	2 (1.1%)
Μακεδονία	8 (8%)	4 (5%)	12 (6.7%)
Κρήτη	7 (7%)	1 (1.3%)	8 (4.4%)
Θεσσαλία	5 (5%)	0	5 (2.8%)
Θράκη	3 (3%)	0	3 (1.7%)
Δωδεκάνησα	2 (2%)	1 (1.3%)	3 (1.7%)

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2α			
Ενδογενείς Προδιαθεσικοί Παράγοντες			
	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Ξέρετε τι είναι το έλκος στομάχου;	(n=100)	(n=88)	(n=188)
ναί / όχι (%)	78/22 (78%)	67/21 (76.1%)	145/43 (77.1%)
Είναι το έλκος κληρονομικό;	(n=72)	(n=72)	(n=144)
ναί /όχι (%)	32/40 (44.4%)	43/29 (59.7%)	75/69 (52.1%)
Ποιά είναι η πιο επικίνδυνη ηλικία για την εμφάνιση του έλκους;	(n=80)	(n=70)	(n=150)
18 - 24 χρ.	18 (22.5%)	10 (14.3%)	28 (18.7%)
25 - 29 χρ.	24 (30%)	28 (40%)	52 (34.7%)
30 και άνω	38 (47.5%)	32 (45.7%)	70 (46.7%)
Ποιό φύλο έχει μεγαλύτερη			

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
πιθανότητα εμφάνισης έλκους;	(n=74)	(n=66)	(n=140)
Ανδρες	64 (86.5%)	55 (83.6%)	119 (85%)
Γυναίκες	7 (9.5%)	11 (16.7%)	18 (12.9%)
Παιδιά	3 (4.1%)	0	3 (2.1%)
Η ομάδα αίματος είναι προδιαθεσικός παράγοντας για το έλκος;	(n=40)	(n=31)	(n=71)
ναί /όχι (%)	13/27 (32.5%)	13/18 (41.9%)	26/45 (36.6%)
Score 1 (γενική ενημέρωση)	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Μέση τιμή (SD)	5.04 (2.39)	5.18 (2.34)	5.11 (2.36)
Διάμεσος τιμή (min, max)	6 (0, 8)	6 (0, 8)	6 (0, 8)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2β

Εξωγενείς Προδιαθεσικοί Παράγοντες

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Είδος μαγειρέματος	(n=95)	(n=85)	(n=180)
Βρασμός	3 (8.2%)	0	3 (1.7%)
Τηγάνισμα	57 (60%)	66 (77.7%)	123 (68.33%)
Με συντηρητικά	14 (14.7%)	9 (10.6%)	23 (12.8%)
Ψήσιμο	4 (4.2%)	2 (2.4%)	6 (3.33%)
Με καρυκεύματα	38 (40%)	45 (52.9%)	83 (46.11%)
Ποτά	(n=91)	(n=85)	(n=176)
Κρασί	1 (1.1%)	2 (2.4%)	3 (1.7%)
Ουϊσκι	13 (14.29%)	24 (28.24%)	37 (21.02%)
Ούζο	35 (38.46%)	18 (21.2%)	53 (30.11%)
Μπύρα	8 (8.79%)	6 (7.1%)	14 (7.95%)
Όλα	35 (38.5%)	42 (49.4%)	77 (43.8%)
Τίποτα 4	1 (1.1%)	2 (2.4%)	3 (1.7%)
Αποτελούν τα αεριούχα ποτά προδιαθεσικό παράγοντα έλκους;			
	(n=85)	(n=78)	(n=163)
ναί / όχι (%)	73/12 (85.9%)	75/3 (96.2%)	148/15 (90.8%)
Ποιά πιστεύετε ότι είναι η πιο			

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
κατάλληλη διατροφή, για την αποφυγή του έλκους;	(n=94)	(n=82)	(n=176)
Ακατάσιστα ωράριο γευμάτων	2 (2.1%)	1 (1.2%)	3 (1.7%)
1 πλούσιο γεύμα / 24ωρο	6 (6.4%)	1 (1.2%)	7 (4%)
2 πλούσια γεύματα / 24ωρο	10 (10.6%)	12 (14.6%)	22 (12.5%)
Συχνά και μικρά γεύματα	76 (80.9%)	68 (82.9%)	144 (81.8%)
Αποτελεί ο καφές προδιαθεσικό παράγοντα για το έλκος;	(n=93)	(n=84)	(n=177)
ναί / όχι (%)	86/7 (92.5%)	80/4 (95.2%)	166/11 (93.8%)
Ποιό είδος καφέ είναι πιο επικίνδυνο;	(n=97)	(n=82)	(n=179)
Γαλλικός	0	0	0
Ελληνικός	9 (9.3%)	8 (9.8%)	17 (9.5%)
Nes caffee φραπέ	61 (62.9%)	43 (52.4%)	104 (58.1%)
Όλα τα παραπάνω	27 (27.8%)	28 (34.1%)	55 (30.7%)

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Γαλλικός + Nes cafe	0	1 (1.2%)	1 (0.6%)
Ελληνικός + Nes cafe	0	2 (2.4%)	2 (1.1%)
Ποιά ποσότητα είναι πιο επικίνδυνη;	(n=96)	(n=81)	(n=177)
1 καφές / ημέρα	1 (1.6%)	2 (2.5%)	3 (1.7%)
2 καφέδες / ημέρα	7 (7.3%)	11 (13.6%)	18 (10.2%)
> 2 καφέδες / ημέρα	88 (91.7%)	68 (84.6%)	156 (88.1%)
Score 2 (Ενημέρωση για τη διατροφή)	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Μέση τιμή (SD)	18.02 (4.89)	18.64 (5)	18.31 (1.93)
Διάμεσος τιμή (min, max)	18 (5, 30)	19 (0, 31)	18 (0, 38)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2γ

Περιβαλλοντικοί Παράγοντες Κινδύνου

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Αποτελεί το κλίμα ενός τόπου			
προδιαθεσικό παράγοντα έλκους;	(n=84)	(n=62)	(n=146)
ναί / όχι (%)	56/28 (66.7%)	33/29 (53.2%)	89/57 (61%)
Ποιό κλίμα είναι πιο επιβλαβές;	(n=57)	(n=31)	(n=88)
Εύκρατο	0	3 (9.7%)	3 (3.4%)
Υγρό	38 (66.7%)	19 (61.3%)	57 (64.8%)
Ξηρό	6 (10.5%)	3 (9.7%)	9 (10.2%)
Μεσογειακό	3 (5.3%)	3 (9.7%)	6 (6.8%)
Όλα τα παραπάνω	10 (17.5%)	2 (6.5%)	12 (13.6%)
Κανένα από τα παραπάνω	0	1 (3.2%)	1 (1.1%)
Score 3 (ενημέρωση για τη διαβίωση)	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Μέση τιμή (SD)	2.12 (2.04)	1.18 (1.71)	1.68 (1.95)
Διάμεσος τιμή (min, max)	3 (0, 6)	0 (0, 6)	0 (0, 6)

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Αποτελεί το κάπνισμα προδιαθεσικό παράγοντα για το έλκος;	(n=85)	(n=84)	(n=169)
ναί / όχι (%)	81/4 (95.3%)	80/4 (95.2%)	161/8 (95.3%)
Είναι οι διάφοροι συγκινησιακοί παράγοντες, προδιαθεσικοί για το έλκος;	(n=94)	(n=84)	(n=178)
ναί / όχι (%)	91/3 (96.8%)	83/1 (98.8%)	174/4 (97.8%)
Ποιό είδος προσωπικότητας είναι πιο επιρρεπές στο έλκος;	(n=100)	(n=85)	(n=185)
Προσωπικότητα Α (Αγχώδης, κ.λ.π.)	93 (93%)	85 (100%)	178 (96.2%)
Προσωπικότητα Β (Ήρεμος, κ.λ.π.)	7 (7%)	0	7 (3.8%)

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Ποιά από τα παρακάτω φάρμακα προδιαθέτουν την εμφάνιση έλκους;	(n=60)	(n=51)	(n=111)
Αντιισταμινικά	1 (1.7%)	3 (5.9%)	4 (3.6%)
Αντιυπερτασικά	3 (5%)	0	3 (2.7%)
Αντιφλεγμονώδη	27 (45%)	33 (64.7%)	60 (54.1%)
Όλα τα παραπάνω	28 (46.7%)	9 (17.6%)	37 (33.3%)
Κανένα από τα παραπάνω	1 (1.7%)	6 (11.8%)	7 (6.3%)
Οι νυκτερινές ώρες εργασίας προδιαθέτουν για έλκος;	(n=81)	(n=65)	(n=146)
ναί / όχι (%)	65/16 (80.2%)	54/11 (83.1%)	119/27 (81.5%)
Score 4 (ενημέρωση για τον χαρακτήρα και τις συνήθειες)	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Μέση τιμή (SD)	6.89 (2.6)	6.4 (2.6)	6.66 (2.6)
Διάμεσος τιμή (min, max)	8 (0, 10)	5 (0, 10)	7 (0, 10)

Από τους παραπάνω πίνακες (2α, 2β και 2γ), φαίνεται ότι :

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Γενικό score ενημέρωσης	(n=100)	(n=89)	(n=189)
Μέση τιμή (SD)	32.1 (8.1)	31.4 (7.62)	31.8 (7.8)
Διάμεσος τιμή (min, max)	32 (9, 58)	32 (0, 47)	32 (0, 58)

« ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ »

ΠΙΝΑΚΑΣ 3α	
Πορεία της Νόσου	
	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Σε ποιά ηλικία εμφανίστηκε το έλκος;	(n=87)
Μέση τιμή (SD)	33.6 (14.6)
Διάμεσος τιμή (min, max)	30 (12, 72)
Ποια πιστευεται ότι είναι η αιτία που σας το δημιούργησε;	(n=87)
Τροφή	24 (27.59%)
Αλκοόλ	12 (13.8%)
Άγχος	58 (66.67%)
Κάπνισμα	11 (12.64%)
Άλλο	1 (1.1%)
Καφές	4 (4.6%)
Φάρμακα	10 (11.5%)
Κλίμα	2 (2.3%)

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Κληρονομικότητα	3 (3.4%)
Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε;	(n=89)
ναί / όχι (%)	48/41 (53.9%)
Αν ναι, πόσες φορές;	(n=48)
Μέση τιμή (SD)	1.75 (1.2)
Διάμεσος τιμή (min, max)	1 (1, 6)
Για πόσο χρονικό διάστημα;	(n=41)
Μέση τιμή (SD)	13.4 (10.4)
Διάμεσος τιμή (min, max)	10 (1, 60)
Εμφανίστηκαν επιπλοκές;	(n=88)
ναί / όχι (%)	41/47 (46.6%)
Αν ναι, ποιές;	(n=35)
Γαστρορραγία	29 (82.9%)
Διάτρηση	3 (8.6%)
Στενωση πυλωρού	1 (2.9%)
Γαστρορραγία+Στεν. πυλωρού	2 (5.7%)
Χρειαστηκε να χειρουργηθείτε;	(n=88)
ναί / όχι (%)	15/73 (17%)
Παίρνετε φάρμακα για το έλκος;	(n=87)
ναί / όχι (%)	59/28 (67.8%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3β

Εκδήλωση των Συμπτωμάτων της Νόσου

Ποιά συμπτώματα σας οδήγησαν	
στον γιατρό;	(n=87)
πόνος	71 (81.91%)
ναυτία	14 (16.1%)
εμετός	25 (28.74%)
δυσπεπτικές ενοχλήσεις	32 (36.8%)
γαστροραγία	4 (4.6%)
Χρειάστηκε να «αφήσετε» κάποιες	
συνήθειές σας , μετά την εμφάνιση	
του έλκους;	(n=83)
ναί / όχι (%)	55/28 (66.3%)
Ποιά εποχή σας παρουσιάζεται η	(n=87)
ενόχληση;	
Άνοιξη	8 (9.2%)
Καλοκαίρι	3 (3.4%)
Χειμώνα	1 (1.1%)
Φθινόπωρο	4 (4.6%)
Όλο το χρόνο	16 (18.4%)
Άνοιξη + Φθινόπωρο	16 (18.4%)
Ανεξάρτητα από εποχές	39 (44.8%)
Πόσες ώρες / 24ωρο διαρκεί η	(n=79)
ενόχληση;	
Μέση τιμή (SD)	3.6 (4.46)

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Διάμεσος τιμή (min, max)	2 (0.1, 24)
Σε ποιά διάστημα της ημέρας εμφανίζεται η ενόχληση;	(n=85)
Πρωί	11 (12.94%)
Μεσημέρι	6 (7.1%)
Απόγευμα	12 (14.1%)
Βράδυ	27 (31.8%)
Μετά το φαγητό	1 (1.2%)
Όχι συγκεκριμένα	39 (45.9%)
Πόσο συχνά την εβδομάδα επαναλαμβάνονται τα ενοχλήματα;	(n=74)
Μέση τιμή (SD)	2.37 (2.34)
Διάμεσος τιμή (min, max)	2 (0, 7)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3γ**Παράγοντες Κινδύνου**

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Υπάρχει κληρονομικότητα;	(n=88)
ναί / όχι	48/40 (54.5%)
Ανήκετε στον τύπο προσωπικότητας A;	(n=89)
ναί / όχι	72/17 (80.9%)

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Καπνίζετε;	(n=89)
ναι / όχι	57/32 (64%)
Αν ναι, πόσα χρόνια;	(n=54)
Μέση τιμή (Sd)	21.5 (15.9)
Διάμεσος τιμή (min, max)	16 (1, 60)
Αν ναι, πόσα τσιγάρα;	(n=55)
Μέση τιμή (Sd)	26.9 (14.2)
Διάμεσος τιμή (min, max)	25 (1, 80)
Πίνετε αλκοολούχα ποτά;	(n=89)
ναι / όχι	63/26 (70.8%)
Αν ναι, τί είδος;	(n=63)
Ουίσκι, Βότκα, Τζιν, κ.α.	15 (23.8%)
Μπύρα	21 (33.3%)
Κρασί	32 (50.8%)
Ούζο	8 (12.7%)
Όλα	8 (12.7%)
Πόσο συχνά;	(n=63)
1 φορά την εβδομάδα	16 (25.4%)
αρκετές φορές την εβδομάδα	13 (20.6%)
1 φορά την ημέρα	22 (34.9%)
αρκετές φορές την ημέρα	12 (19%)

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Πίνετε αεριούχα ποτά;	(n=89)
ναι / όχι	54/35 (60.7%)
Αν ναι, κάθε πότε;	(n=54)
Σπάνια	24 (44.4%)
Συχνά	25 (46.3%)
Πολύ συχνά	5 (9.3%)
Τι ομάδα αίματος είστε;	(n=68)
A	3 (4.4%)
B	1 (1.5%)
AB	-
O	3 (4.4%)
Rh+	-
RH-	-
AB RH+	1 (1.5%)
AB RH-	1 (4.4%)
B RH-	12 (17.6%)
A RH+	3 (4.4%)
A RH-	17 (25%)
O RH+	4 (5.9%)
O RH-	21 (30.9%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

Διατροφικές Συνήθειες

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ποιά φαγητά τρώτε πιο	
συχνά;	(n=89)
Όλα	40 (44.9%)
Κρέας	31 (34.8%)
Ζυμαρικά	20 (22.5%)
Όσπρια	5 (5.62%)
Λαχανικά	12 (13.5%)
Ψάρια	2 (2.2%)
Τυροκομικά	4 (4.5%)
Ποιά είδος μαγειρέματος	
προτιμάτε;	(n=87)
Ψήσιμο	27 (31.03%)
Τηγάνισμα	12 (13.8%)
Ωμό	1 (1.1%)
Βρασμός	12 (13.8%)
Δεν έχω ιδιαίτερη προτίμηση	25 (28.7%)
Όλα τα παραπάνω	19 (21.8%)
Τρώτε σε fast food;	(n=89)
ναι / όχι (%)	33/56 (37.1%)
Αν ναι, κάθε πότε;	(n=33)
Σπάνια	17 (51.5%)
Συχνά	15 (45.5%)

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Πολύ συχνά	1 (3%)
Πόσα γεύματα καταναλώνετε;	(n=88)
1	6 (6.8%)
2	48 (54.5%)
3	20 (22.7%)
4	5 (5.7%)
όχι συγκεκριμένο αριθμό	9 (10.2%)
Τι είδους γεύματα καταναλώνετε;	(n=78)
μέτρια	23 (29.5%)
κανονικά	46 (59%)
πλούσια	9 (11.5%)

ΠΙΝΑΚΕΣ Β΄

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

« ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ »

ΠΙΝΑΚΑΣ 1			
Σύγκριση Ασθενών Ανάλογα με την Ενημέρωση			
	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
ΦΥΛΟ	(n=27)	(n=62)	P=0.843
Ανδρες	17 (63%)	36 (58.1%)	
Γυναίκες	10 (37%)	26 (41.9%)	
ΗΛΙΚΙΑ	(n=27)	(n=62)	P=0.0008 (++)
Μέση τιμή	57.5 (16.9)	43.1 (18.3)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	58 (22, 85)	38.5 (18, 78)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(50.63, 64.33)	(38.56, 47.61)	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	(n=27)	(n=62)	P=0.197
Άγαμος	4 (14.8%)	22 (35.5%)	
Έγγαμος	19 (70.4%)	36 (58.1%)	
Διαζευγμένος	1 (3.7%)	1 (1.6%)	
Χήρος	3 (11.1%)	3 (4.8%)	
ΤΕΚΝΑ	(n=27)	(n=61)	P=0.33
ναι / όχι (%)	20/7 (74.1%)	37/24 (60.7%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
ΤΕΚΝΑ (Αριθμός)	(n=20)	(n=37)	P=0.554
Μέση τιμή	2.4 (0.99)	2.62 (1.5)	
Διάμεσος τιμή	2 (1, 5)	2 (1, 7)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(1.81, 3)	(2.2, 3.1)	
ΤΕΚΝΑ	(n=19)	(n=36)	P=0.655
Ζώντα	19 (100%)	35 (97.2%)	
Νεκρά	0	1 (2.8%)	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	(n=27)	(n=62)	P=0.0036 (++)
Άνεργος	5 (18.5%)	11 (17.7%)	
Δημόσιος Υπάλληλος	4 (14.8%)	19 (30.6%)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	8 (29.6%)	10 (16.1%)	
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	1 (3.7%)	15 (24.2%)	
Αγρότης	2 (7.4%)	5 (8.1%)	
Συνταξιούχος	7 (25.9%)	2 (3.2%)	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	(n=27)	(n=27)	P=0.015 (++)
Αμόρφωτος	5 (18.5%)	1 (1.1%)	
Δημοτικά	11 (40.7%)	17 (27.4%)	
Γυμνάσιο	5 (18.5%)	11 (17.7%)	
Λύκειο	3 (11.1%)	13 (21%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
ΤΕΙ	1 (3.7%)	22 (22.6%)	
ΑΕΙ	2 (7.4%)	6 (9.7%)	
Μεταπτυχιακά	0	0	
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	(n=27)	(n=62)	P=0.652
Χωριό	14 (51.9%)	30 (48.4%)	
Κωμόπολη	3 (11.1%)	4 (6.5%)	
Πόλη	10 (37%)	28 (45.2%)	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	(n=26)	(n=62)	P=0.872
Χωριό	7 (26.9%)	15 (24.2%)	
Κωμόπολη	1 (3.8%)	4 (6.5%)	
Πόλη	18 (69.2%)	43 (69.3%)	
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	(n=24)	(n=56)	P=0.55
Πελοπόννησος	20 (83.3%)	38 (67.9%)	
Στερεά Ελλάδα	4 (16.7%)	10 (17.9%)	
Επτάνησα	0	2 (3.6%)	
Ήπειρος	0	0	
Μακεδονία	0	4 (7.1%)	
Κρήτη	0	1 (1.8%)	
Θεσσαλία	0	0	
Θράκη	0	0	
Δωδεκάνησα	0	1 (1.8%)	

Βρέθηκε ότι:

- Οι ενημερωμένοι ασθενείς, όσον αφορά το πεπτικό έλκος, ήταν μικρότερης ηλικίας από τους μη ενημερωμένους, διαφορά ισχυρώς στατιστικά σημαντική $P=0.0008$.
- Από τους ενημερωμένους ασθενείς οι περισσότεροι ήταν δημόσιοι υπάλληλοι ενώ από τους μη ενημερωμένους οι περισσότεροι ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι. Η διαφορά είναι ισχυρώς στατιστικά σημαντική με $P=0.0036$.
- Το μικρότερο ποσοστό των μη ενημερωμένων προέρχονταν από την τεχνολογική εκπαίδευση ενώ το μικρότερο ποσοστό από τους ενημερωμένους ήταν αμόρφωτοι.

« ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ »

ΠΙΝΑΚΑΣ 2α			
Σύγκριση Ασθενών Ανάλογα με την Γενική Ενημέρωση			
	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Ξέρετε τι είναι το έλκος στομάχου;	(n=26)	(n=62)	$P=0.019$ (++)
ναί / όχι (%)	15/11 (57.7%)	52/10 (83.9%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Είναι το έλκος κληρονομικό;	(n=16)	(n=56)	P=0.235
ναί / όχι (%)	7/9 (43.8%)	36/20 (64.3%)	
Ποιά είναι η πιο επικίνδυνη ηλικία για την εμφάνιση του έλκους;	(n=16)	(n=54)	P=0.005 (++)
18-24 χρ.	1 (6.3%)	9 (16.7%)	
25-29 χρ.	2 (12.5%)	26 (48.1%)	
30 και άνω	13 (81.3%)	19 (35.2%)	
Ποιό φύλο έχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης έλκους;	(n=13)	(n=53)	P=0.071 (+)
Ανδρες	13 (100%)	42 (79.2%)	
Γυναίκες	0	11 (20.8%)	
Παιδιά	0	0	
Η ομάδα αίματος είναι προδιαθεσικός			

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
παράγοντας για το έλκος;	(n=5)	(n=26)	P=0.625
ναί / όχι (%)	1/4 (20%)	12/14 (46.2%)	
Score 1 (γενική ενημέρωση)	(n=27)	(n=62)	P=0.0048 (++)
Μέση τιμή (SD)	3.93 (2.83)	5.73 (1.87)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	4 (0, 8)	6 (0, 8)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(3.1, 4.77)	(5.17, 6.28)	

Αποδείχθηκε ότι:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ελκοπαθών (ενημερωμένοι ή μη ενημερωμένοι) γνώριζε τι είναι το πεπτικό έλκος (P=0.019).
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενημερωμένων υποστηρίζει ότι η πιο επικίνδυνη ηλικία για την εμφάνιση του έλκους είναι μεταξύ 25-29 ετών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των μη ενημερωμένων ότι είναι 30 και άνω. Ισχυρώς στατιστικώς σημαντική διαφορά με P=0.005.
- Το 100% των ενημερωμένων και το μεγαλύτερο ποσοστό των μη ενημερωμένων υποστηρίζει ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα εμφάνισης

έλκους από τις γυναίκες. Διαφορά ασθενώς σημαντική $P=0.071$.

- Ότι οι περισσότεροι ελκοπαθείς ήταν ενημερωμένοι σε γενικού χαρακτήρα θέματα για το έλκος, $P=0.0048$ διαφορά ισχυρώς στατιστικώς σημαντική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2β

Σύγκριση Ασθενών Ανάλογα με την Ενημέρωση για την Διατροφή

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Ποιό είδος μαγειρέματος είναι			
πιο επιβλαβές για το στομάχι;	(n=23)	(n=62)	$P=0.044$ (++)
Βρασμός	0	0	
Τηγάνισμα	13 (56.5%)	21 (33.9%)	
Με συντηρητικά	0	4 (6.5%)	
Ψήσιμο	0	1 (1.6%)	
Με καρυκεύματα	6 (26.1%)	7 (11.3%)	
Τηγάνισμα + Με συντηρητικά	1 (4.3%)	0	
Τηγάνισμα + Με καρυκεύματα	3 (13%)	24 (38.7%)	
Ψήσιμο + Με καρυκεύματα	0	1 (1.6%)	
Τηγάνισμα + Συντηρητικά + Καρυκεύματα	0	4 (6.5%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Ποιό από τα παρακάτω ποτά είναι πιο επιβλαβές;	(n=25)	(n=60)	P=0.11 (++)
Κρασί	1 (4%)	0	
Ουίσκυ	6 (24%)	11 (18.3%)	
Ούζο	4 (16%)	8 (13.3%)	
Μπύρα	0	2 (3.3%)	
Κρασί + Ούζο	1 (4%)	0	
Ουίσκυ + Ούζο	0	4 (6.7%)	
Ουίσκυ + Μπύρα	0	3 (5%)	
Ούζο + Μπύρα	0	1 (1.7%)	
Όλα	11 (44%)	31 (51.7%)	
Τίποτα από τα παραπάνω	2 (8%)	0	
Αποτελούν τα αεριούχα ποτά προδιαθεσικό παράγοντα έλκους;	(n=20)	(n=58)	P=0.015 (++)
ναί / όχι (%)	17/3 (85%)	58 (100%)	
Ποιά πιστεύετε ότι είναι η πιο			

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
κατάλληλη διατροφή, για την			
αποφυγή του έλκους;	(n=21)	(n=61)	P=0.15
Ακατάστατο ωράριο γευμάτων	0	1 (1.6%)	
1 πλούσιο γεύμα / 24ωρο	1 (4.8%)	0	
2 πλούσια γεύματα / 24ωρο	5 (23.8%)	5 (11.7%)	
Συχνά και μικρά γεύματα	15 (71.4%)	53 (86.9%)	
Αποτελεί ο καφές προδιαθεσικό παράγοντα για το έλκος;	(n=22)	(n=62)	P=0.053 (++)
ναί / όχι (%)	19/3 (86.4%)	61/1 (98.4%)	
Ποιό είδος καφέ είναι πιο επικίνδυνο;	(n=20)	(n=62)	P=0.0812 (+)
Γαλλικός	0	0	
Ελληνικός	4 (20%)	4 (6.5%)	
Nes cafe φραπέ	6 (30%)	37 (59.7%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Όλα τα παραπάνω	10 (50%)	18 (29%)	
Γαλλικός + Nes cafe	0	1 (1.6%)	
Ελληνικός + Nes cafe	0	2 (3.2%)	
Ποιά ποσότητα είναι πλιό επικίνδυνη;	(n=19)	(n=62)	P=0.646 (++)
1 καφές / ημέρα	0	2 (3.2%)	
2 καφέδες / ημέρα	2 (10.5%)	9 (14.5%)	
> 2 καφέδες / ημέρα	17 (89.5%)	51 (82.3%)	
Score 2 (Ενημέρωση για τη διατροφή)	(n=27)	(n=62)	P<0.0001 (++)
Μέση τιμή (SD)	14.41 (5.44)	20.48 (3.44)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	16 (0, 22)	21 (13, 31)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(12.82, 16)	(19.44, 21.53)	

Βρέθηκε ότι:

- Με ισχυρώς στατιστικά σημαντική διαφορά P=0.044 οι περισσότεροι από τους ενημερωμένους

ελκοπαθείς υποστηρίζουν ότι το τηγάνισμα και τα καρυκεύματα είναι το πιο επιβλαβές είδος μαγειρέματος για το στομάχι ενώ οι μη ενημερωμένοι υποστηρίζουν μόνο το τηγάνισμα.

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των μη ενημερωμένων καθώς και το 100% των ενημερωμένων υποστηρίζουν ότι τα αεριούχα ποτά αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα έλκους με διαφορά ισχυρώς στατιστικώς σημαντική ($P=0.015$).
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενημερωμένων καθώς και των μη ενημερωμένων θεωρεί ότι ο καφές αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα έλκους με διαφορά ισχυρώς στατιστικά σημαντική ($P=0.053$).
- Οι περισσότεροι ελκοπαθείς είναι ενημερωμένοι όσον αφορά τους γενικούς κανόνες διατροφής ($P<0.0001$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2γ

Σύγκριση Ασθενών Ανάλογα με την Ενημέρωση για την Διαβίωση

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Αποτελεί το κλίμα ενός τόπου			
προδιαθεσικό παράγοντα έλκους;	(n=15)	(n=47)	$P=0.0012$ (++)
ναί / όχι (8)	2/13 (13.38)	31/16 (66.68)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Ποιό κλίμα είναι πιο επιβλαβές;	(n=2)	(n=29)	P=0.93
Εύκρατο	0	3 (10.3%)	
Υγρό	2 (100%)	17 (58.6%)	
Ξηρό	0	3 (10.3%)	
Μεσογειακό	0	3 (10.3%)	
Όλα τα παραπάνω	0	2 (6.9%)	
Κανένα από τα παραπάνω	0	1 (3.4%)	
Score 3 (ενημέρωση για τη διαβίωση)	(n=27)	(n=62)	P=0.0048 (++)
Μέση τιμή (SD)	0.22 (0.801)	1.6 (1.83)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	0 (0, 3)	0.5 (0, 6)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(-0.4, 0.83)	(1.19, 2)	

Αποδείχθηκε ότι:

- Οι περισσότεροι από τους ενημερωμένους ελκοπαθείς θεωρούν το κλίμα ενός τόπου προδιαθεσικό παράγοντα έλκους σε αντίθεση με τους μη ενημερωμένους. Διαφορά ισχυρώς στατιστικά σημαντική (P=0.0012).

- Οι περισσότεροι από τους ελκοπαθείς δεν ήταν ενημερωμένοι σε σχέση με το κλίμα ως προδιαθεσικό παράγοντα ($P=0.0048$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2δ

Σύγκριση Ασθενών Ανάλογα με την Ενημέρωση για τον Χαρακτήρα και τις Συνήθειες

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Αποτελεί το κάπνισμα προδιαθεσικό παράγοντα για το έλκος;	(n=23)	(n=61)	$P=0.642$
ναί / όχι (8)	21/2 (91.3%)	59/2 (96.7%)	
Είναι οι διάφοροι συγκινησιακοί παράγοντες, προδιαθεσικοί για το έλκος;	(n=22)	(n=62)	$P=0.262$
ναί / όχι (8)	21/1 (95.5%)	62/0 (100%)	
Ποιό είδος προσωπικότητας είναι πιο επιρρεπές στο έλκος;	(n=23)	(n=62)	-

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Προσωπικότητα Α (Αγχώδης, κ.λ.π.)	23 (100%)	62 (100%)	
Προσωπικότητα Β (Ήρεμος, κ.λ.π.)	0	0	
Ποιά από τα παρακάτω φάρμακα προδιαθέτουν την εμφάνιση έλκους;	(n=10)	(n=41)	P=0.344
Αντιισταμινικά	1 (10%)	2 (4.9%)	
Αντιυπερτασικά	0	0	
Αντιφλεγμονώδη	7 (70%)	26 (63.4%)	
Όλα τα παραπάνω	0	9 (22%)	
Κανένα από τα παραπάνω	2 (20%)	4 (9.8%)	
Οι νυκτερινές ώρες εργασίας προδιαθέτουν για έλκος;	(n=13)	(n=52)	P=0.00055 (++)
ναί / όχι (8)	6/7 (46.2%)	48/4 (92.3%)	
Score 4 (ενημέρωση για τον τον			

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Χαρακτήρα και τις συνήθειες)	(n=27)	(n=62)	P<0.0001 (++)
Μέση τιμή (SD)	4.59 (2.34)	7.19 (2.3)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	4 (0, 9)	8.5 (4, 10)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(3.72, 5.47)	(6.61, 7.77)	

Βρέθηκε ότι:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενημερωμένων ασθενών (92.3%) υποστηρίζει πως οι νυχτερινές ώρες εργασίας προδιαθέτουν στην εμφάνιση πεπτικού έλκους ενώ μόνο το 46.28 από τους μη ενημερωμένους υποστηρίζει το ίδιο (P=0.00055)
- Το ποσοστό των ενημερωμένων ασθενών, όσον αφορά το χαρακτήρα και τις συνήθειες που μπορούν να αποτελούν παράγοντες κινδύνου, είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των μη ενημερωμένων (P<0,0001).

Από τους παραπάνω πίνακες (2α, 2β, 2γ και 2δ), φαίνεται ότι :

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Γενικό score ενημέρωσης	(n=27)	(n=62)	P<0.0001 (++)
Μέση τιμή (SD)	23.15 (6.35)	35 (4.34)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	26 (0, 28)	34.5 (29, 47)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(21.22, 25.1)	(33.73, 36.27)	

« ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ »

ΠΙΝΑΚΑΣ 3α			
Πορεία της Νόσου			
	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Σε ποιά ηλικία εμφανίστηκε το έλκος;	(n=26)	(n=61)	P=0.0001 (++)
Μέση τιμή (SD)	42.65 (15.9)	29.71 (12.22)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	40 (19, 72)	26 (12, 72)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(37.42, 47.9)	(26.3, 33.12)	
Ποια πιστεύεται ότι είναι η αιτία που σας το δημιούργησε;	(n=26)	(n=61)	P=0.636
Άγχος + Φάρμακα	1 (3.8%)	2 (3.3%)	
Κάπνισμα + Καφές	0	1 (1.6%)	
Τροφή + Αλκοόλ + Καφές	0	1 (1.6%)	
Τροφή + Άγχος + Φάρμακα	1 (3.8%)	0	
Αλκοόλ + Άγχος + Κάπνισμα	0	3 (4.9%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Άγχος + Κάπνισμα + Καφές	0	1 (1.6%)	
Άγχος + Φάρμακα + Κλίμα	0	1 (1.6%)	
Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε;	(n=27)	(n=62)	P=0.068 (+)
ναί / όχι (%)	19/8 (70.4%)	29/33 (46.8%)	
Αν ναι, πόσες φορές;	(n=19)	(n=29)	P=0.997
Μέση τιμή (SD)	1.63 (0.9)	1.83 (1.4)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	1 (1, 4)	1 (1, 6)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(1.1, 2.19)	(1.4, 2.3)	
Για πόσο χρονικό διάστημα;	(n=15)	(n=26)	P=0.414
Μέση τιμή (SD)	12.2 (4.2)	14.04 (12.7)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	12 (5, 21)	10 (1, 60)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(6.72, 17.7)	(9.87, 18.2)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Εμφανίστηκαν επιπλοκές;	(n=27)	(n=61)	P=0.023 (++)
ναί / όχι (%)	18/9 (66.7%)	23/38 (37.7%)	
Αν ναί, ποιές;	(n=15)	(n=20)	P=0.393
Γαστρορραγία	13 (86.7%)	16 (80%)	
Διάτρηση	2 (13.3%)	1 (5%)	
Στένωση πυλωρού	0	1 (5%)	
Γαστρορραγία + Στεν. πυλωρού	0	2 (10%)	
Χρειάστηκε να χειρουργηθείτε;	(n=26)	(n=62)	P=0.987
ναί / όχι (%)	5/21 (19.2%)	10/52 (16.1%)	
Παίρνετε φάρμακα για το έλκος;	(n=27)	(n=60)	P=0.163
ναί / όχι (%)	15/12 (55.6%)	44/16 (73.3%)	
Η απόδοση της εργασίας σας επηρεάζεται από τα φάρμακα;	(n=17)	(n=52)	P=0.198
Καθόλου	14 (82.4%)	32 (61.5%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Λίγο	3 (17.6%)	14 (26.9%)	
Πολύ	0	6 (11.5%)	

Βρέθηκε ότι:

- Οι ενημερωμένοι ασθενείς εμφάνισαν πεπτικό έλκος σε μικρότερη ηλικία απ' ότι οι μη ενημερωμένοι. $P=0.0001$ διαφορά ισχυρώς στατιστικώς σημαντική.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των μη ενημερωμένων χρειάστηκε να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο σε αντίθεση με τους ενημερωμένους ασθενείς. Διαφορά ασθενώς στατιστικά σημαντική ($P=0.068$).
- Οι μη ενημερωμένοι εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών απ' ότι οι ενημερωμένοι ασθενείς με ισχυρώς στατιστικώς σημαντική διαφορά ($P=0.023$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3β

Εκδήλωση των Συμπτωμάτων της Νόσου

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Ποιά συμπτώματά σας οδήγησαν στον γιατρό;	(n=27)	(n=60)	$P=0.393$
Πόνος	8 (29.6%)	22 (36.7%)	
Ναυτία	0	1 (1.7%)	
Εμετός	2 (7.4%)	1 (1.7%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Δυσπεπτικές ενοχλήσεις	3 (11.1%)	4 (6.7%)	
Γαστρορραγία	1 (3.7%)	3 (5%)	
Πόνος + Ναυτία	3 (11.1%)	1 (1.7%)	
Πόνος + Εμετός	5 (18.1%)	6 (10%)	
Πόνος + Δυσπ. ενοχλ.	4 (14.8%)	11 (18.3%)	
Εμετός + Δυσπ. ενοχλ.	0	1 (1.7%)	
Πόνος + Ναυτία + Εμετός	1 (3.7%)	1 (1.7%)	
Πόνος + Ναυτία + Δυσπ. ενοχλ.	0	1 (1.7%)	
Πόνος + Εμετός + Δυσπ. ενοχλ.	0	2 (3.3%)	
Πόνος + Ναυτία + Εμετός + Δυσπ. ενοχλ.	0	6 (10%)	
Χρειάστηκε να «αφήσετε» κάποιες συνήθειές σας , μετά την εμφάνιση του έλκους ;			
ναί / όχι (%)	(n=25) 15/10 (60%)	(n=58) 40/18 (69%)	P=0.59

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Ποιά εποχή σας παρουσιάζεται η ενόχληση;	(n=25)	(n=62)	P=0.502
Άνοιξη	1 (4%)	7 (11.3%)	
Καλοκαίρι	1 (4%)	2 (3.2%)	
Χειμώνα	1 (4%)	0	
Φθινόπωρο	0	4 (6.5%)	
Όλο το χρόνο	5 (20%)	11 (17.7%)	
Άνοιξη + Φθινόπωρο	12 (48%)	27 (43.5%)	
Ανεξάρτητα από εποχές	5 (20%)	11 (17.7%)	
Πόσες ώρες / 24ωρο διαρκεί η ενόχληση;	(n=24)	(n=55)	P=0.599
Μέση τιμή (SD)	4.21 (6)	3.34 (3.62)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	1.75 (0.1, 24)	2 (0.5, 18)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(2.4, 6.02)	(2.14, 4.54)	
Σε ποιά διάστημα της ημέρας εμφανίζεται η ενόχληση;	(n=25)	(n=60)	P=0.439
Πρωί	1 (4%)	8 (13.3%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Μεσημέρι	0	2 (3.3%)	
Απόγευμα	1 (4%)	5 (8.3%)	
Βράδυ	3 (12%)	14 (23.3%)	
Μετά το φαγητό	0	1 (1.7%)	
Όχι συγκεκριμένα	17 (68%)	22 (36.7%)	
Πρωί + Μεσημέρι	0	1 (1.7%)	
Πρωί + Βράδυ	0	1 (1.7%)	
Μεσημέρι + Βράδυ	1 (4%)	2 (3.3%)	
Απόγευμα + Βράδυ	2 (8%)	4 (6.7%)	
Πόσο συχνά την εβδομάδα επαναλαμβάνονται τα ενοχλήματα;	(n=23)	(n=51)	P=0.981
Μέση τιμή (SD)	2.63 (2.81)	2.25 (2.12)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	2 (0.1, 7)	2 (0, 7)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(1.65, 3.6)	(1.6, 2.1)	

ΠΙΝΑΚΑΣ 3γ

Παράγοντες Κινδύνου

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Υπάρχει κληρονομικότητα;	(n=27)	(n=61)	P=0.301
ναί / όχι	12/15 (44.4%)	36/25 (59%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Ανήκετε στον τύπο προσωπικότητας A;	(n=27)	(n=62)	P=0.0017 (++)
ναί / όχι	16/11 (59.3%)	56/6 (90.3%)	
Καπνίζετε;	(n=27)	(n=62)	P=0.704
ναί / όχι	16/11 (59.3%)	41/21 (66.1%)	
Αν ναι, πόσα χρόνια;	(n=16)	(n=38)	P=0.124
Μέση τιμή (SD)	25.88 (15.3)	19.7 (16.1)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	22.5 (5, 50)	13.5 (1, 60)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(17.93, 33.82)	(14.5, 24.81)	
Αν ναι, πόσα τσιγάρα;	(n=16)	(n=39)	P=0.85
Μέση τιμή (SD)	26.31 (16.7)	27.13 (13.24)	
Διάμεσος τιμή (min, max)	20 (1, 70)	27 (5, 80)	
95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	(19.14, 33.5)	(22.5, 31.72)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Πίνετε αλκοολούχα ποτά;	(n=27)	(n=62)	P=0.756
ναί / όχι	18/9 (66.7%)	45/17 (72.6%)	
Αν ναι, τί είδος;	(n=18)	(n=45)	P=0.404
Ουίσκυ, Βότκα, Τζιν, κ.α.	1 (5.6%)	6 (13.3%)	
Μπύρα	0	6 (13.3%)	
Κρασί	8 (44.4%)	12 (26.7%)	
Ούζο	1 (5.6%)	1 (2.2%)	
Όλα	4 (22.2%)	4 (8.9%)	
Ουίσκυ + Μπύρα	1 (5.6%)	5 (11.1%)	
Ουίσκυ + Κρασί	0	1 (2.2%)	
Ουίσκυ + Ούζο	1 (5.6%)	0	
Μπύρα + Κρασί	1 (5.6%)	6 (13.3%)	
Μπύρα + Ούζο	0	1 (2.2%)	
Κρασί + Ούζο	1 (5.6%)	2 (4.4%)	
Μπύρα + Κρασί + Ούζο	0	1 (2.2%)	
Πόσο συχνά;	(n=18)	(n=45)	P=0.067 (+)
1 φορά την εβδομάδα	3 (16.7%)	13 (28.9%)	
αρκετές φορές την εβδομάδα	4 (22.2%)	9 (20%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
1 φορά την ημέρα	4 (22.2%)	18 (40%)	
αρκετές φορές την ημέρα	7 (38.9%)	5 (11.1%)	
Πίνετε αεριούχα ποτά;	(n=27)	(n=62)	P=0.677
ναί / όχι	15/12 (55.6%)	39/23 (62.9%)	
Αν ναί, κάθε πότε;	(n=15)	(n=39)	P=0.705
Σπάνια	8 (53.3%)	16 (41%)	
Συχνά	6 (40%)	19 (48.7%)	
Πολύ συχνά	1 (6.7%)	4 (10.3%)	
Τι ομάδα αίματος είστε;	(n=17)	(n=51)	P=0.662
A	0	3 (5.9%)	
B	0	1 (2%)	
AB	0	0	
O	0	3 (5.9%)	
Rh+	0	0	
RH-	0	0	
AB RH+	1 (5.9%)	0	
AB RH-	0	3 (5.9%)	
B RH-	3 (17.6%)	9 (17.6%)	
A RH+	1 (5.9%)	2 (3.9%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
A RH-	5 (29.4%)	12 (23.5%)	
O RH+	1 (5.9%)	3 (5.9%)	
O RH-	6 (35.3%)	15 (29.4%)	

Βρέθηκε ότι:

- Η συντριπτική πλειοψηφία (90.3%) των ενημερωμένων ελκοπαθών ανήκουν στον τύπο προσωπικότητας A ενώ οι μη ενημερωμένοι που ανήκουν στον τύπο αυτό έφτασαν το 59.3%. Διαφορά ισχυρώς στατιστικώς σημαντική με $P=0.0017$.
- Οι μη ενημερωμένοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους πίνουν αλκοολούχα ποτά αρκετές φορές την ημέρα κατά μέσο όρο, ενώ οι ενημερωμένοι μια φορά την ημέρα ($P=0.067$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 38

Διατροφικές Συνήθειες

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Ποιά φαγητά τρώτε πιο συχνά;	(n=27)	(n=62)	$P=0.124$
Όλα	20 (74.1%)	20 (32.3%)	
Κρέας	1 (3.7%)	18 (29%)	
Ζυμαρικά	2 (7.4%)	5 (8.1%)	
Ψωρία	0	0	
Λαχανικά	0	2 (3.2%)	
Ψάρια	0	0	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Τυροκομικά	0	1 (1.6%)	
Κρέας + Ζυμαρικά	2 (7.4%)	6 (9.7%)	
Κρέας + Λαχανικά	1 (3.7%)	0	
Ζυμαρικά + Λαχανικά	0	1 (1.6%)	
Οσπρία + Λαχανικά	1 (3.7%)	2 (3.2%)	
Λαχανικά + Τυροκομικά	0	1 (1.6%)	
Κρέας + Ζυμαρικά + Λαχανικά	0	2 (3.2%)	
Κρέας + Ζυμαρικά + Τυροκομικά	0	1 (1.6%)	
Κρέας + Λαχανικά + Ψάρια	0	1 (1.6%)	
Ζυμαρικά + Οσπρία + Λαχανικά	0	1 (1.6%)	
Οσπρία + Λαχανικά + Ψάρια	0	1 (1.6%)	
Ποιό είδος μαγειρέματος προτιμάτε;	(n=26)	(n=61)	P=0.016 (++)
Ψήσιμο	3 (11.5%)	14 (23%)	
Τηγάνισμα	2 (7.7%)	6 (9.8%)	
Ωμά	0	1 (1.6%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Βρασμός	2 (7.7%)	4 (6.6%)	
Δεν έχω ιδιαίτερη προτίμηση	16 (61.5%)	9 (14.8%)	
Όλα τα παραπάνω	2 (7.7%)	17 (27.9%)	
Ψήσιμο + Τηγάνισμα	0	4 (6.6%)	
Ψήσιμο + Βρασμός	1 (3.8%)	5 (8.2%)	
Τρώτε σε fast food;	(n=27)	(n=62)	P=0.231
ναί / όχι (%)	7/20 (25.9%)	26/36 (41.9%)	
Αν ναί, κάθε πότε;	(n=7)	(n=26)	P=0.717
Σπάνια	3 (42.9%)	14 (53.8%)	
Συχνά	4 (57.1%)	11 (42.3%)	
Πολύ συχνά	0	1 (3.8%)	
Πόσα γεύματα καταναλώνετε;	(n=27)	(n=61)	P=0.263
1	2 (7.4%)	4 (6.6%)	
2	16 (59.3%)	32 (52.5%)	
3	8 (29.6%)	12 (19.7%)	
4	1 (3.7%)	4 (6.6%)	
όχι συγκεκριμένο αριθμό	0	9 (14.8%)	

	ΜΗ ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΕΝΗΜΕΡΟΙ	ΣΤΑΤ. ΕΛΕΓΧΟΣ
Τι είδους γεύματα καταναλώνεται;	(n=25)	(n=53)	P=0.98
μέτρια	7 (28%)	16 (30.2%)	
κανονικά	15 (60%)	31 (58.5%)	
πλούσια	3 (12%)	6 (11.3%)	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα αυτή κινήθηκε στα πλαίσια δύο κατευθύνσεων. Η πρώτη αφορά το γενικό πληθυσμό καθώς επίσης και τον ειδικό πληθυσμό των ελκοπαθών, σε σχέση με την ενημέρωση για την νόσο και τους προδιαθεσικούς παράγοντες αυτής και η δεύτερη αφορά μόνο τον πληθυσμό των ελκοπαθών σε σχέση με τις παραπάνω παραμέτρους.

Όσον αφορά την πρώτη κατεύθυνση παρατηρήθηκε ότι η πλειονότητα του γενικού και ειδικού πληθυσμού των ελκοπαθών γνώριζε τι είναι το πεπτικό έλκος. Αξιοσημείωτο είναι ότι το ποσοστό των μαρτύρων που γνώριζε τι είναι το πεπτικό έλκος ξεπερνούσε το αντίστοιχο αριθμό των ελκοπαθών.

Ενημερωμένη επίσης βρέθηκε και η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σχετικά με το κάπνισμα ως βλαπτικό παράγοντα, σε πολύ μεγάλο ποσοστό. Παρ' όλα αυτά το μεγαλύτερο ποσοστό των ελκοπαθών συνεχίζει το κάπνισμα ακόμα και μετά την εμφάνιση του έλκους (ποσοστό 64%). Το μεγαλύτερο από αυτό το ποσοστό των καπνιστών ελκοπαθών ήταν άνδρες οι οποίοι όχι μόνο καπνίζουν περισσότερα χρόνια και μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων από τις γυναίκες αλλά συγχρόνως πίνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοολούχων ποτών (κρασί κατά 31%). Αποτέλεσμα αυτής της αισθητής διαφοράς μεταξύ των δύο φύλων είναι το γεγονός ότι περισσότερο οι άνδρες από τις γυναίκες νοσούν από πεπτικό έλκος, εμφανίζουν επιπλοκές και τελικά οδηγούνται συχνότερα στο χειρουργείο.

Ενώ οι άνδρες προτιμούν το αλκοόλ, οι γυναίκες καταναλώνουν περισσότερο αεριούχα ποτά, με τα οποία φάνηκε μια αρνητική συσχέτιση με τον αριθμό των χειρουργείων σε αντίθεση με τα αλκοολούχα ποτά στα οποία η συσχέτιση ήταν θετική. Δηλαδή παρατηρούμε ότι αύξηση της συχνότητας κατανάλωσης των αλκοολούχων ποτών συνοδεύεται από αύξηση της συχνότητας των χειρουργικών επεμβάσεων, ενώ η αντίστοιχη αύξηση κατανάλωσης των αεριούχων ποτών οδηγεί σε αντίστοιχη μείωση των χειρουργικών επεμβάσεων. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών αποτελεί σοβαρότερο προδιαθεσικό παράγοντα από την κατανάλωση αεριούχων όσον αφορά την συχνότητα των χειρουργικών επεμβάσεων καθώς και τη συχνότητα της εμφάνισης της νόσου.

Τόσο οι μαρτυρες όσο και ο ειδικός πληθυσμός των ελκοπαθών συγκλίνουν στην άποψη ότι η διατροφή επηρεάζει τη εμφάνιση έλκους. Οι περισσότεροι από αυτούς θεωρούν το τηγάνισμα ως το πιο επιβλαβές είδος μαγειρέματος, ενώ τα συχνά και μικρά γεύματα ως τον ορθότερο τρόπο διατροφής. Παρ' όλα αυτά οι ελκοπαθείς στο μεγαλύτερο ποσοστό τους βρέθηκαν να καταναλώνουν μόνο δύο γεύματα την ημέρα και ένα ποσοστό 37,18% συνεχίζει και μετά την εμφάνιση της νόσου και τρώει σε fast food, στο οποίο ο κατεξοχήν τρόπος μαγειρέματος είναι το τηγάνισμα.

Ενημερωμένοι επίσης βρέθηκαν οι περισσότεροι ερωτηθέντες σχετικά με την κληρονομικότητα ως παράγοντα κινδύνου στην εμφάνιση του έλκους. Αυτό

αποδεικνύεται άλλωστε και από το μεγάλο ποσοστό των ελκοπαθών (54,5%) με κληρονομική προδιάθεση. Επίσης όσοι από ερωτηθέντες είχαν οικογενειακό ιστορικό πεπτικού έλκους σε ποσοστά σχεδόν 100%.

Οι επικρατέστερες ομάδες αίματος στον ειδικό πληθυσμό των ελκοπαθών ήταν η ομάδα O με Rh - (30,9%) καθώς και η ομάδα A με Rh - (25%). Γνωρίζουμε ότι οι ομάδες αίματος μεταβιβάζονται κληρονομικά πράγμα που ενισχύει την άποψη της κληρονομικότητας της νόσου του πεπτικού έλκους, συμπέρασμα που επισήμανε και ο Harrison (στο βιβλίο του «Ειδική Παθολογία»)

Μεγαλύτερη βαρύτητα όσον αφορά τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση του πεπτικού έλκους, δόθηκε στους συγκινησιακούς παράγοντες (άγχος, στεναχώρια κ.τ.λ.) σε ποσοστό που έφτανε στο 97% για τον γενικό πληθυσμό των ελκοπαθών. Στα ίδια μεγάλα ποσοστά κυμαίνονται και οι απαντήσεις σχετικά με τον τύπο προσωπικότητας ως επιβαρυντικό παράγοντα της νόσου. Το 93% του γενικού πληθυσμού θεώρησε ως πιο επικίνδυνο τον τύπο προσωπικότητας A και το αντίστοιχο ποσοστό των ελκοπαθών ήταν 100%. Η άποψη αυτή αποδείχτηκε από το γεγονός ότι το 81% των ελκοπαθών που πήραν μέρος στην έρευνα αυτή υποστήριζε ότι ανήκει στον τύπο προσωπικότητας A. Την συγκινησιακή φόρτιση επιβαρύνουν κοινωνικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις όπως οι νυχτερινές ώρες εργασίας, πράγμα που υποστηρίζει το 80% των μαρτύρων και το 83% των ελκοπαθών.

Επιβαρυντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν και διάφορα φάρμακα κυρίως τα αντιφλεγμονώδη - αναλγητικά σύμφωνα με τα πιστεύω των ερωτηθέντων ελκοπαθών και μη. Πράγματι το 31,5% των ελκοπαθών που ερωτήθηκαν έπαιρνε φάρμακα πριν την εμφάνιση της νόσου για κάποιο άλλο νόσημα τα οποία στην πλειοψηφία τους ήταν αντιφλεγμονώδη - αναλγητικά.

Εξετάζοντας στη συνέχεια τον ειδικό πληθυσμό των ελκοπαθών βλέπουμε ότι η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου ήταν 30 χρόνια. Βλέπουμε ότι υπάρχει διαφορά στην ηλικία διάγνωσης της νόσου μεταξύ των μη ενημερωμένων και ενημερωμένων ελκοπαθών. Στην ομάδα των ενημερωμένων ελκοπαθών η ηλικία διάγνωσης ήταν μικρότερη από ότι στην ομάδα των μη ενημερωμένων. Λαμβάνοντας υπόψη μας το δεδομένο αυτό οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η ενημέρωση σχετικά με το πεπτικό έλκος οδήγησε τους ελκοπαθείς στη έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Αποτέλεσμα της έγκαιρης αυτής διάγνωσης είναι η σημαντική μείωση του αριθμού των εισαγωγών στα Νοσοκομεία, του αριθμού των επιπλοκών και του αριθμού των νευρικών επεμβάσεων στους ενημερωμένους ελκοπαθείς σε αντίθεση με τους μη ενημερωμένους.

Η εξοικείωση του ελκοπαθή με την νόσο, που συνεπάγεται την μεγαλύτερη ενημέρωσή του, φαίνεται να σχετίζεται με την ύπαρξη κληρονομικότητας στην οικογένεια. Καθώς φάνηκε στην έρευνα αυτή, όσο μικρότερη είναι η ηλικία διαγνώσεως της νόσου τόσο μεγαλύτερη είναι η κληρονομική προδιάθεση.

Η πλειοψηφία της ενημερωμένης μερίδας των ελκοπαθών ισχυρίζεται πως πιο επικίνδυνη ηλικία για την εμφάνιση της νόσου είναι τα 25-29 χρόνια σε αντίθεση με τους μη ενημερωμένους καθώς επίσης και με τον γενικό πληθυσμό που υποστηρίζουν ότι η επικίνδυνη ηλικία είναι 30 και άνω. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η ηλικία διάγνωσης στους ενημερωμένους ασθενείς είναι μικρότερη απ' ότι στους μη ενημερωμένους.

Γενικά απ' ότι μπορούμε να δούμε σ' αυτήν την έρευνα η ενημέρωση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο τόσο στην έγκαιρη διάγνωση όσο και στην εξέλιξη της νόσου. Η γνώση των παραμέτρων της νόσου βοήθησε πολλούς ασθενείς να προλάβουν επιπλοκές και να αποφύγουν το χειρουργείο. Παρ' όλο που το ποσοστό των μη ενημερωμένων είναι σχετικά μικρό βλέποντας τα οφέλη που αποκομίζουμε με την ενημέρωση, εμείς σαν νοσηλευτές θα πρέπει να εντείνουμε τις προσπάθειές μας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ οι περισσότεροι ελκοπαθείς γνωρίζουν τους παράγοντες που επιβαρύνουν την κατάστασή τους το μεγαλύτερο ποσοστό δεν τους αποφεύγει. Από αυτό οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι το επόμενο βήμα μας μετά την ενημέρωση θα πρέπει να είναι η ευαισθητοποίηση του ενημερωμένου πλέον πληθυσμού, υπέρ ενός πιο υγιεινού τρόπου διαβίωσης.

Μ' αυτές τις προσπάθειες και ακολουθώντας αυτές τις παραμέτρους το ποσοστό των ελκοπαθών θα μειωθεί

σημαντικά καθώς επίσης και το ποσοστό των επιπλοκών της νόσου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Προκειμένου να εκτιμηθεί η σημασία και το ποσοστό ενημέρωσης σχετικά με το πεπτικό έλκος, καθώς επίσης και η σημασία των παραγόντων που θεωρούνται προδιαθεσικοί για την εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου μελετήθηκαν με την μέθοδο Kolmogorov - Smirnov, 89 ελκοπαθείς και χρησιμοποιήθηκαν 100 άτομα ως μάρτυρες. Τα ποσοστά ενημέρωσης βρέθηκαν υψηλά (77.1% ήταν οι ενημερωμένοι και από τις δύο ομάδες). Επίσης βρέθηκε συσχέτιση του πεπτικού έλκους με το φύλο, - οι άνδρες νοσούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες - την κληρονομικότητα (το 54.5% των ελκοπαθών είχε κληρονομική προδιάθεση), την ομάδα αίματος (επικρατούσες ομάδες βρέθηκαν οι O Rh- με 30.9% και ακολουθεί η A Rh- με 25%), τον τύπο προσωπικότητας (το 80.9% των ελκοπαθών βρέθηκε να έχει προσωπικότητα τύπου A), την διατροφή (συμπεριλαμβανομένης της κατανάλωσης αλκοολούχων και αεριούχων ποτών), το κάπνισμα (το 64% των ελκοπαθών ήταν καπνιστές) και την κατανάλωση διαφόρων φαρμάκων (κυρίως αναλγητικών). Το ποσοστό ενημέρωσης φάνηκε να έχει άμεση σχέση με την ηλικία διάγνωσης, εξέλιξης και πρόγνωσης της νόσου.

SUMMARY

In order to value the percentage of knowledge of peptic ulcer disease, as well as the significance of the factors that people tend to think as important for the appearance of the disease, 89 patients and 100 persons (as controls) have been studied. Kolmogorov-Smirnov statistic method was used in this study. The percentage of knowledge was found - rather high (77,1%). In addition there was found a connection between peptic ulcer disease and sex (the percentage of men patients is much higher than the women's), the blood type (the most common blood types are O Rh- and A Rh-), the type of personality (80,9% of the patients belong to A type of personality), the diet (including refreshments and alcoholic drinks), the habit of smoking (64% of the patient were smokers and most of them still are) and also the use of some medicines mostly NSAD). A relation was found between the percentage of knowledge and the age that ulcer was diagnosed, as well as the prognosis of the disease.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Sneddon J Russell*: «Έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου, πρόληψη θεραπεία χωρίς φάρμακα». Μετάφραση Γ. Μπαρούζης, Επιμέλεια Γ. Κυπραίος, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Διόπτρα, Μάρτιος 1983.
2. *Bouchier A.D. Ian, Allan N. Robert, Hodgson J.F. Humphrey, Keighley R.B. Michael*: «Textbook of Gastroenterology», Third Edition, MacMillan Publishing Co. Inc, Copyright 1993.
3. *Νούσια - Αρβανιτάκη Σ.* : «Διάγνωση και Θεραπεία της νόσου του πεπτικού έλκους στα παιδιά», Παιδιατρικά Χρονικά, Τόμος 16, Αθήνα 1988, σελ. 60-64.
4. *Ρώμα Ελευθερία, Γεωργίου Χ., Φωτόπουλος Σ. κ.α.*: «Πεπτικό έλκος στα παιδιά», Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Τόμος 34, Αθήνα 1988, σελ. 186-199.
5. *Gayton A.*: «Φυσιολογία του ανθρώπου», Μετάφραση Α. Ευαγγέλου, Επιμέλεια Η. Κούβελας, Έκδοση 3^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
6. *Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ.*: «Νοσηλευτική Γενική Παθολογική, Χειρουργική», Τόμος Α', Έκδοση 15^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1991.

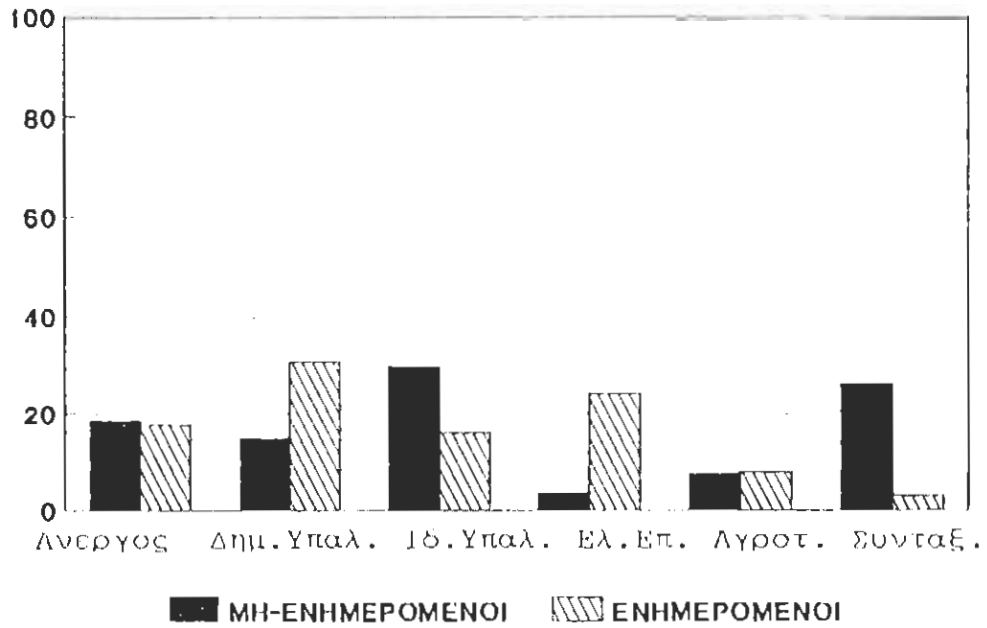
7. *Harrison*: «Εσωτερική Παθολογία», Μετάφραση Α. Βαγιωνάκης - Δ. Βαρώνης - Κ. Γαρδίκας - Ν. Διακουμάτος - Ι. Ζωγράφος - Β. Θεοδώρου κ.α., Τόμος Γ', Έκδοση 10^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1988.
8. *Σάββα Π. Αλεξάνδρου*: «Επίτομη Ανατομική Ανθρώπου και Άτλας» Τόμος Α', Έκδοση 1^η, Εκδοτικός Οίκος Αφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985.
9. *Ρήγας Μ. Αναστάσιος και συν.* : «Χειρουργικές Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος- Αλγοριθμικοί Πίνακες», Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1993.
10. *Τσαμπούλας Ν.Θ.*: «Ειδική Νοσολογία», Τόμος Α' Έκδοση 2^η, Αθήνα 1962.
11. *Καραγκίνης Θ., Καραμανώλης Δ.Γ.* : «Στόμαχος, Γαστρεντερολογία II», Τόμος Β, Εκδόσεις Βήτα, Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρία, Αθήνα 1994.
12. *Γαρδίκας Κ.Δ.*: «Ειδική Νοσολογία», Τόμος Α', Έκδοση 4^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1984.

13. *Sanjur Chapra, Roger I.*: «Pathophysiology of Gastrointestinal Diseases», May 1989.
14. *Τσούκας Ε., Χατζόπουλος Δ.*: «Συσχέτιση διαφόρων παραγόντων με την γαστρίτιδα από *Helicobacter Pylori*», Ιατρική Βιβλιογραφική Ενημέρωση, Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 1, Εκδόσεις Στ. Τσαπέπας, Αθήνα 1993, σελ. 31-32/
15. *Spiro M. Howard*: «Clinical Gastrenterology», Third Edition, Macmillan Publishing Co Inc, Copyright 1983.
16. *Γεωργιάδης Γ., Μελιδώνης Ε., Μπερσίμη Ι., Ρίγου Μ.*: «Νοσηλευτική Έρευνα - Παρέμβαση για πρόληψη γαστρικού έλκους κάτω από stress σε ασθενείς ΜΕΘ», Νοσηλευτική, Τεύχος 1^ο, Ιανουάριος - Μάρτιος 1991, σελ. 209.
17. *Καρακιουλάκης Δ. Γ.* : «Στοιχεία Γενικής Φαρμακολογίας», Έκδοση 1^η, , Πάτρα 1989.
18. *Αποστόλου Ουρ.* : «Η άμεση επίδραση του καπνίσματος στην γαστρική έκκριση», Ιατρική Βιβλιογραφική Ενημέρωση, Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 1, Εκδόσεις Στ. Τσαπέπας, Αθήνα 1993, σελ. 54.

19. *Harrison και συν.*: «Εσωτερική Παθολογία - Συνοδό Εγχειρίδιο», Μετάφραση Μουτσοπουλος Χ., Έκδοση 11η, Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1990.
20. *Greenberger, Moody*: «Year Book of Digestive Diseases», Mosby year book Inc, Copyright October 1991.
21. *Σαχίνη - Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία*: «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες», Τόμος 2ος, Μέρος Β, Β' Επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1988.
22. *Τσουρουκτσόγλου Ι.Γουλιέλμος*: «Ειδική Νοσολογία, Πεπτικόν Σύστημα», Τόμος 2ος, Εκδόσεις University Studio, Θεσσαλονίκη 1978.
23. *Brunner L. , Emerson Ch., Ferguson L., Suddath D.*: «Medical Surgical Nursing», 1964.
24. *Hecht Yves*: «101 Συμβουλές για να καταπολεμήσετε τις πεπτικές διαταραχές», Μετάφραση Ι. Θωμόπουλος, Εκδόσεις Φυτράκη - Hachetta, 1985.
25. *Κατσαδώρος Δ. και συν.*: «Αιμορραγίες του πεπτικού», Ιατρική Βιβλιογραφική Ενημέρωση», Τόμος 6ος, Τεύχος 6, Εκδόσεις Στ. Τσαπέτας, Αθήνα 1992, σελ. 487-494.

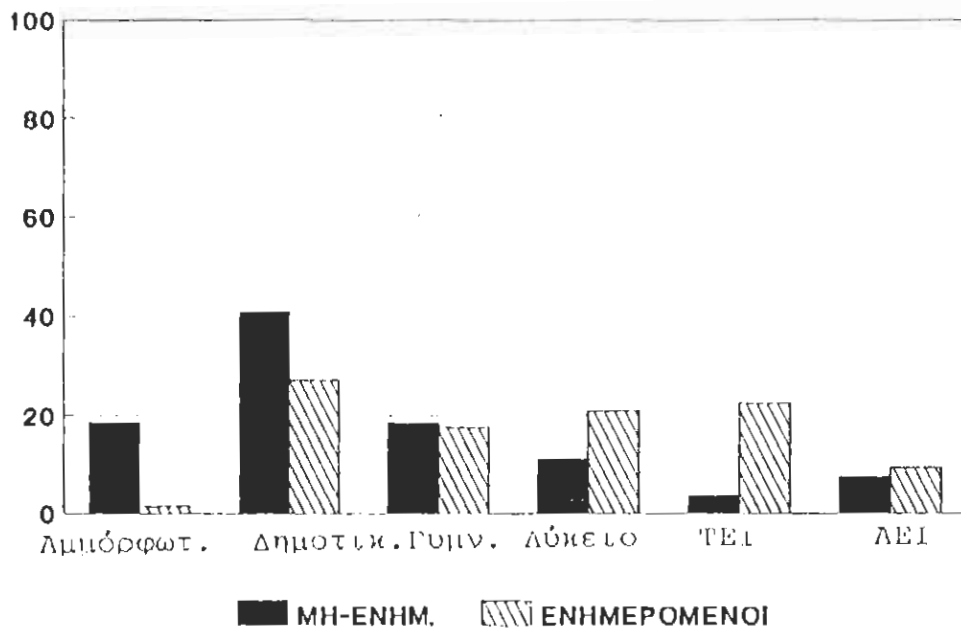
26. *F.T. de Dombal* : «Διάγνωση του οξέος κοιλιακού πόνου», Μετάφραση Ι. Τριανταφυλλίδη, Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
27. *Μασχάς Ηρακλής, Φλώρας Άγης* : «Σπάνια και Επώνυμοι Νόσοι και Σύνδρομα, Πεπτικός Σωλήν», Τόμος Α', Επιστημονικές Εκδόσεις Αδαμαντίδη, Αθήνα 1967.
28. *Winawer I. Sidney, Almy P. Thomas*: «Management of Gastrointestinal Diseases», Volume I, Gower Medical Publishing - Image Productions Ptc, 1992.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



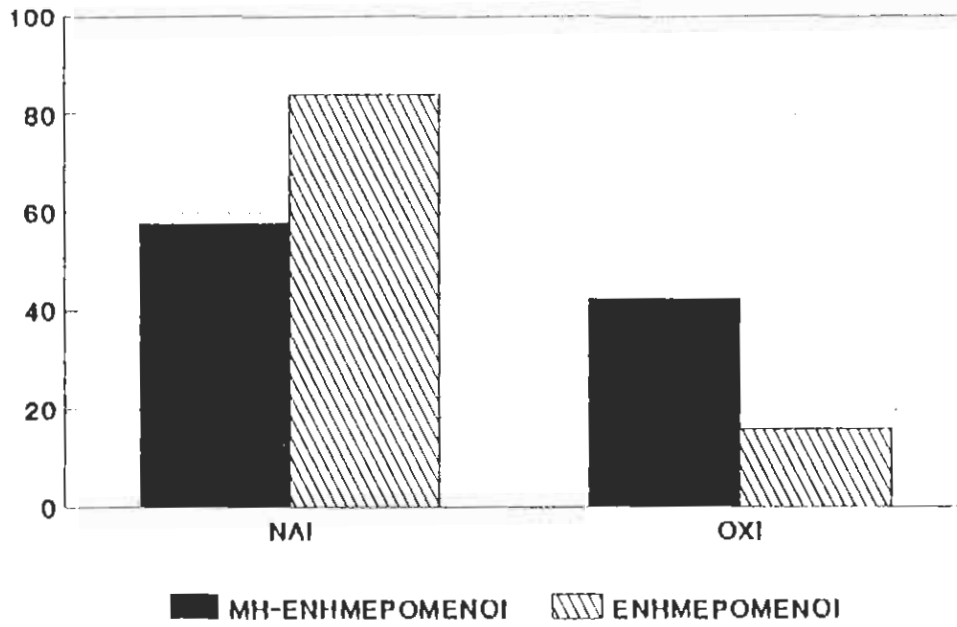
P-0.0036

Σχήμα 1 : Σύγκριση ενημερωμένων και μη ασθενών, ως προς το επάγγελμα τους. (βλέπε Πίνακα Β1)



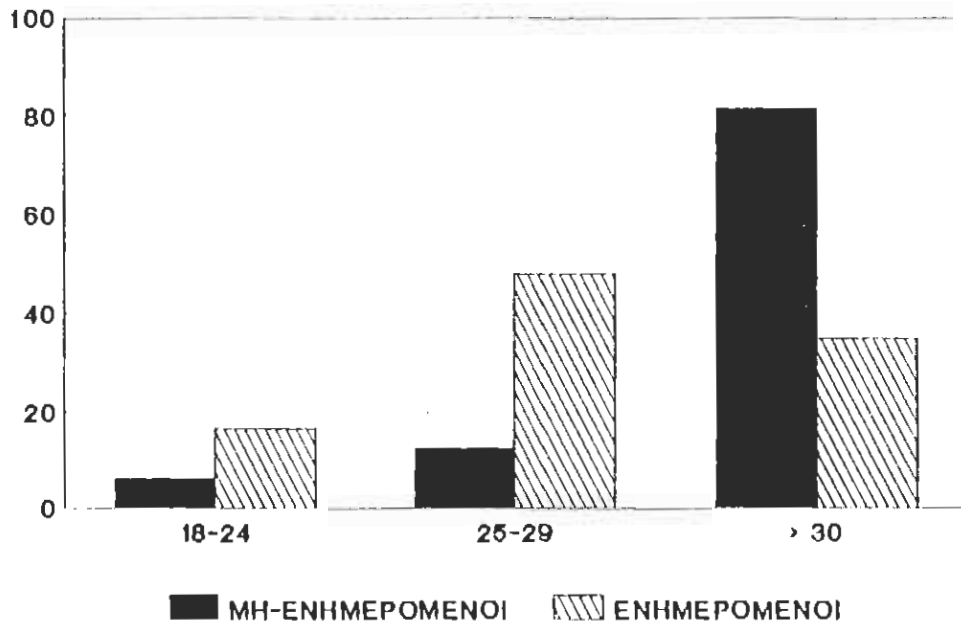
P=0.016

Σχήμα 2 : Σύγκριση ασθενών ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, ανάλογα με την ενημέρωσή τους. (βλ. Πίνακα Β1)



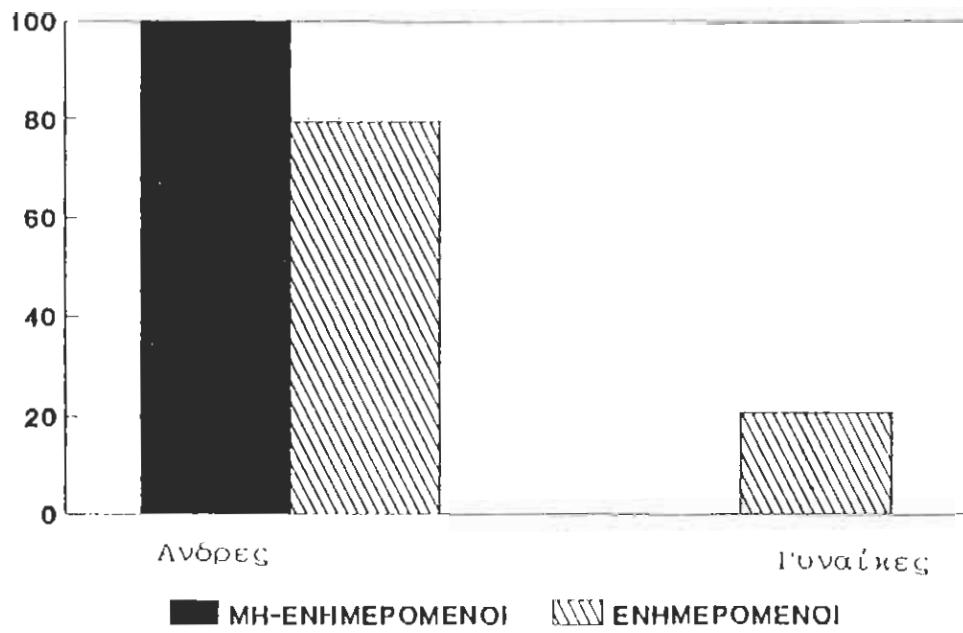
P-0.019

Σχήμα 3 : Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση αν γνωρίζετε τι είναι το έλκος στομάχου (βλ. Πίνακα Β2α)



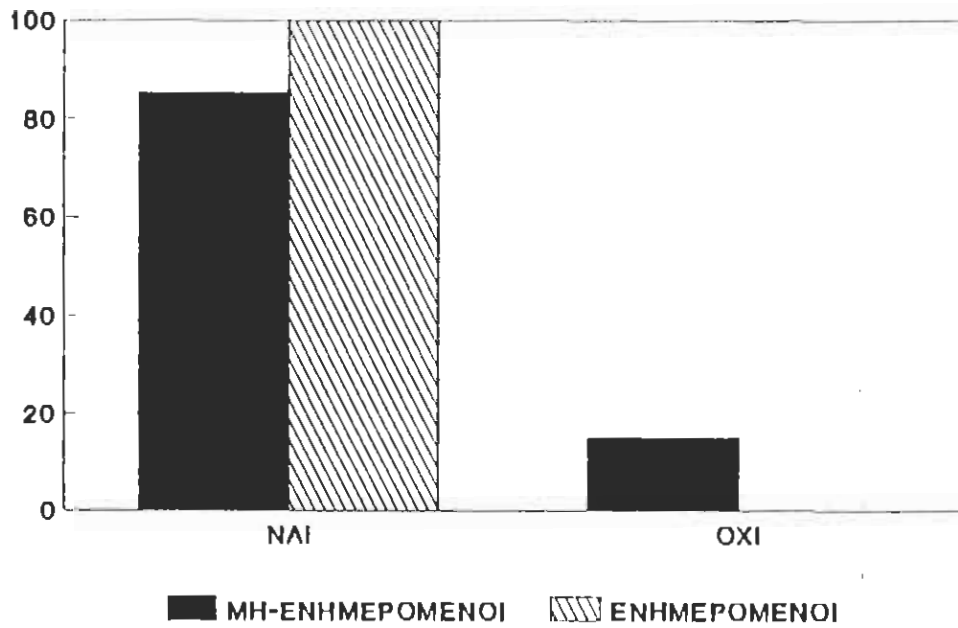
P<0.005

Σχήμα 4 : Ποσοστα απαντησεων στην ερώτηση, ποιά είναι η πιο επικίνδυνη ηλικία για την εμφάνιση έλκους.
(βλ. Πίνακα Β2α)



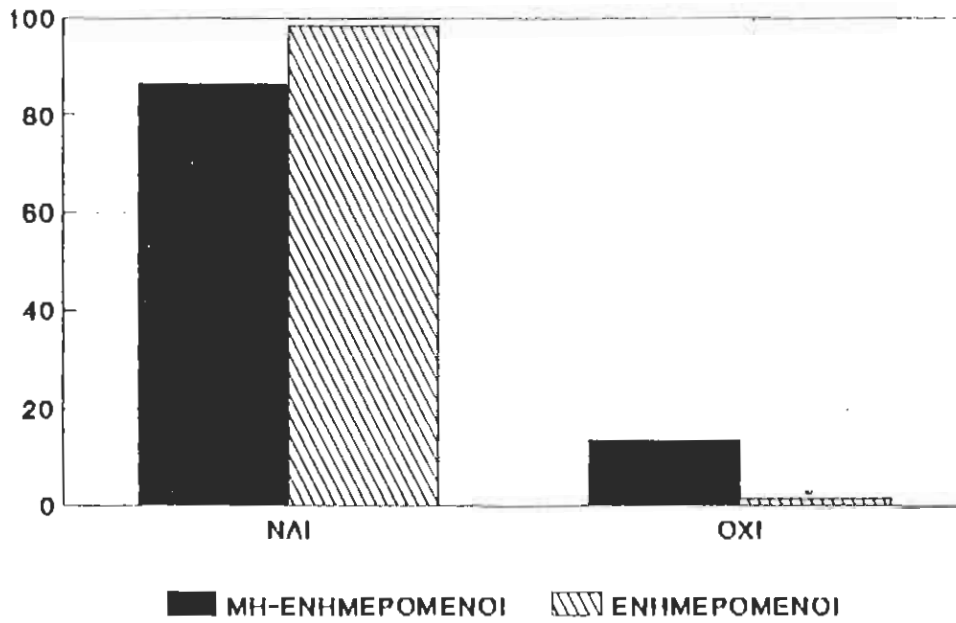
P-0.071

Σχημα 5 : Ποσοστά απαντήσεων σχετικά με το φύλο και την πιθανότητα εμφάνισης έλκους (βλ. Πίνακα Β2α)



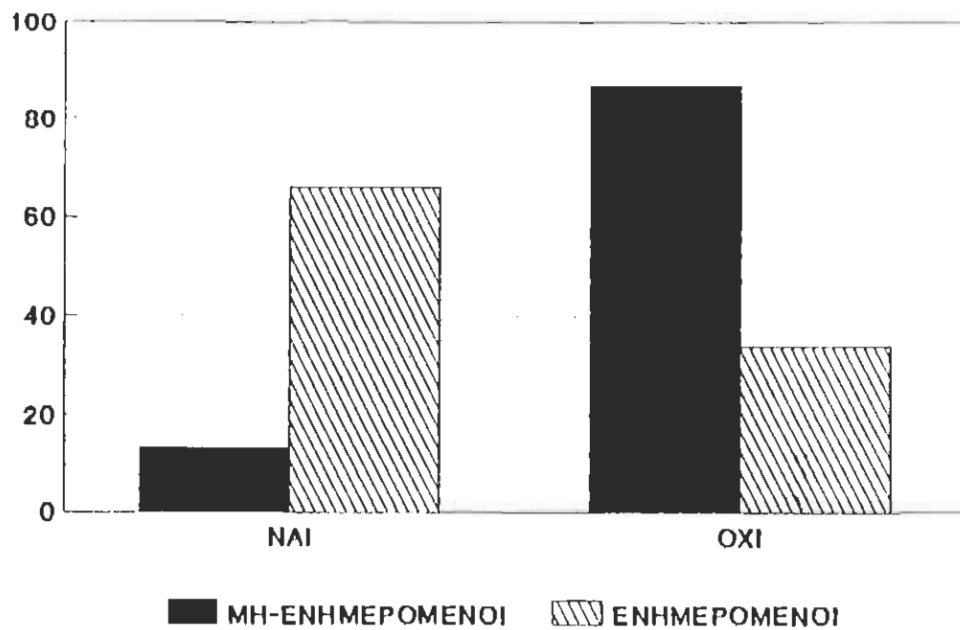
P-0.016

Σχήμα 6 : Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση αν τα αεριούχα ποτά προδιαθέτουν στην εμφάνιση πεπτικού έλκους (βλ. Β2β)



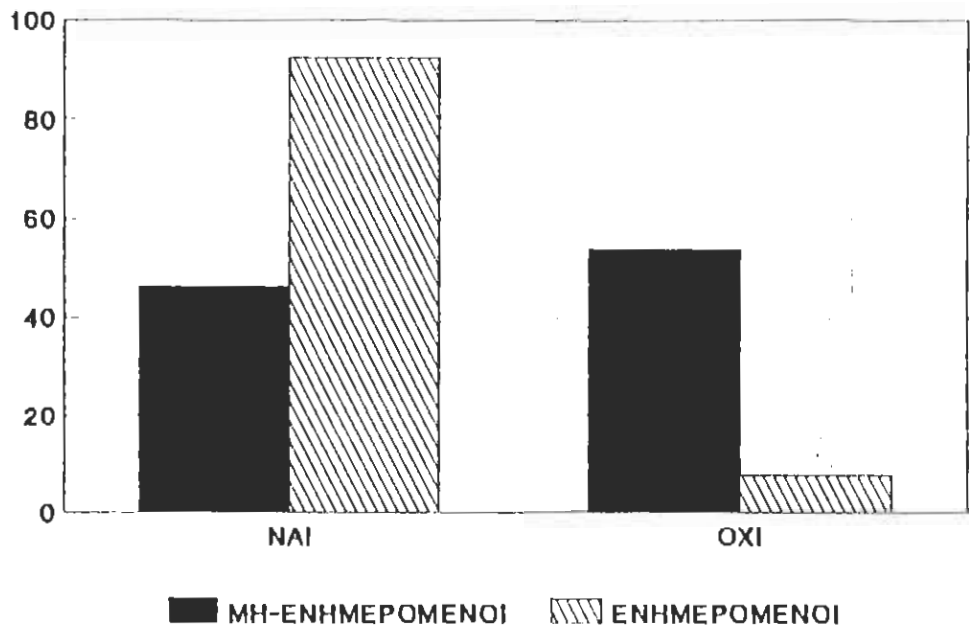
P=0.053

Σχημα 7 : Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση αν ο καφές παίζει ρόλο στην εμφάνιση πεπτικού έλκους (βλ. Πίνακα Β2β)



P-0.00112

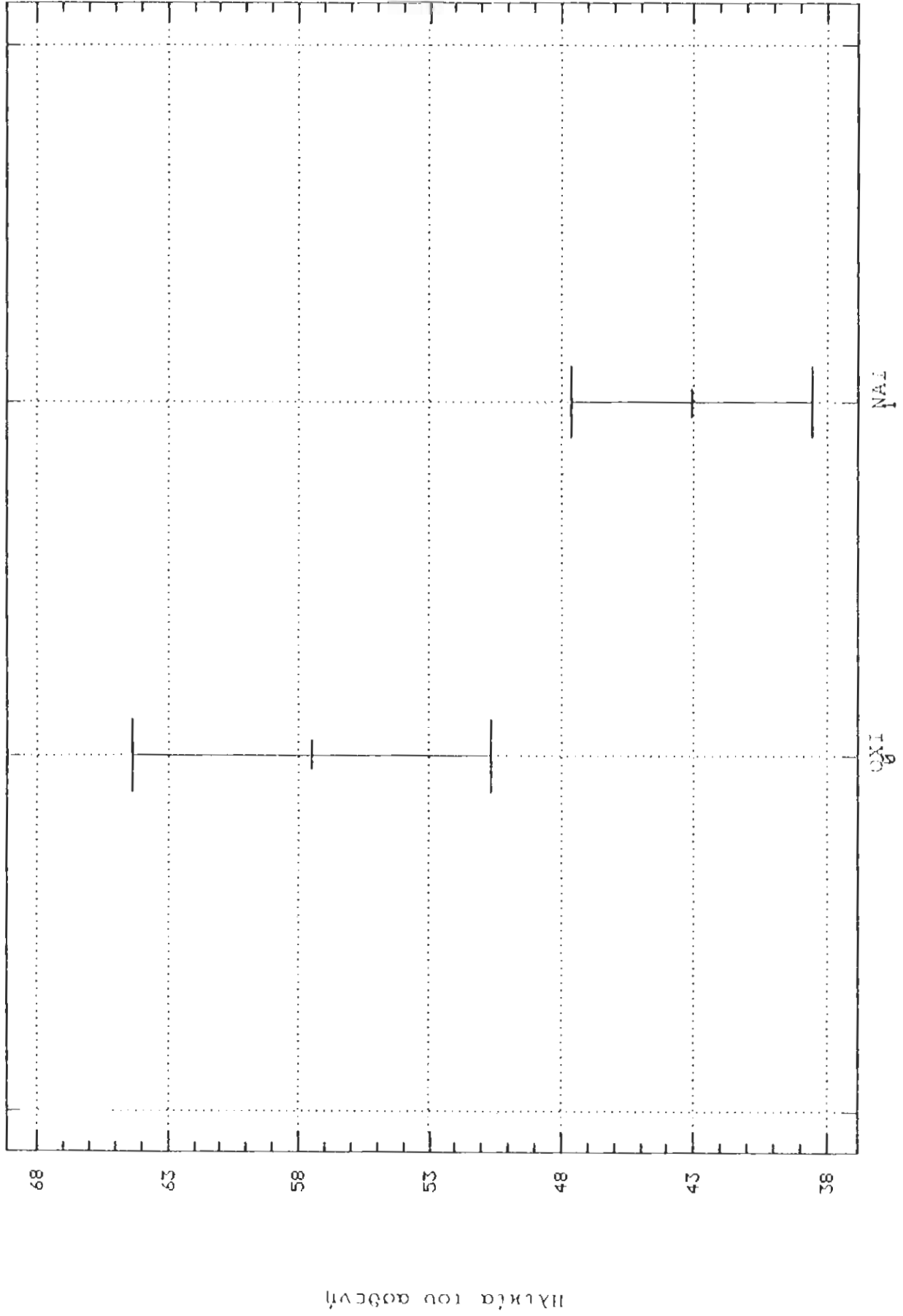
Σχήμα 8: Ποσοστά απαντησεων στην ερωτηση αν το κλίμα ενός τόπου προδιαθέτει στην εμφάνιση έλκους. (Βλ.Πίνακα Β2γ)



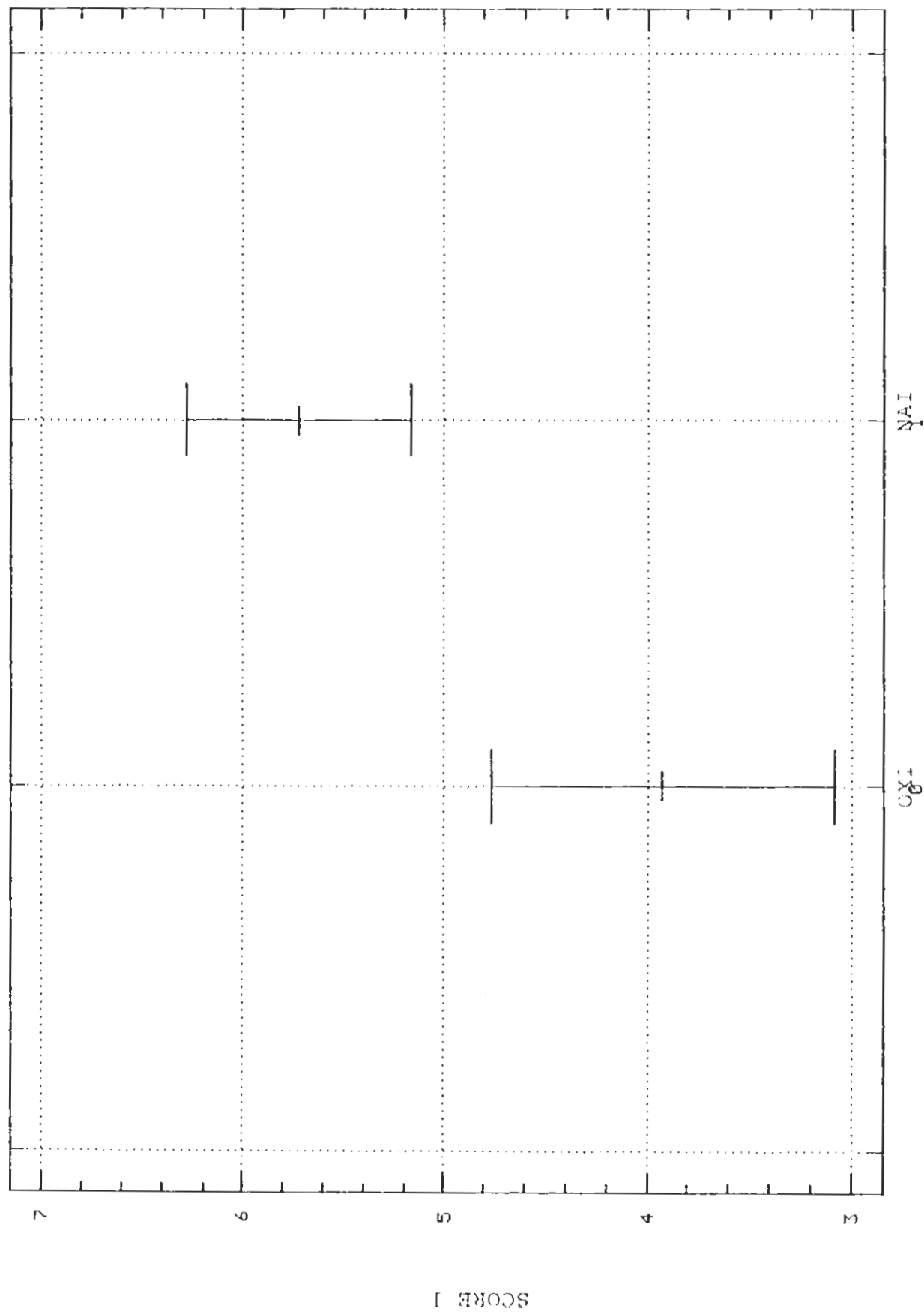
P-0.00055

Σχήμα 9 : Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση αν οι νυχτερινές ώρες εργασίας προδιαθέτουν την εμφάνιση πεπτικού έλκους (βλ. Πίνακα Β2δ)

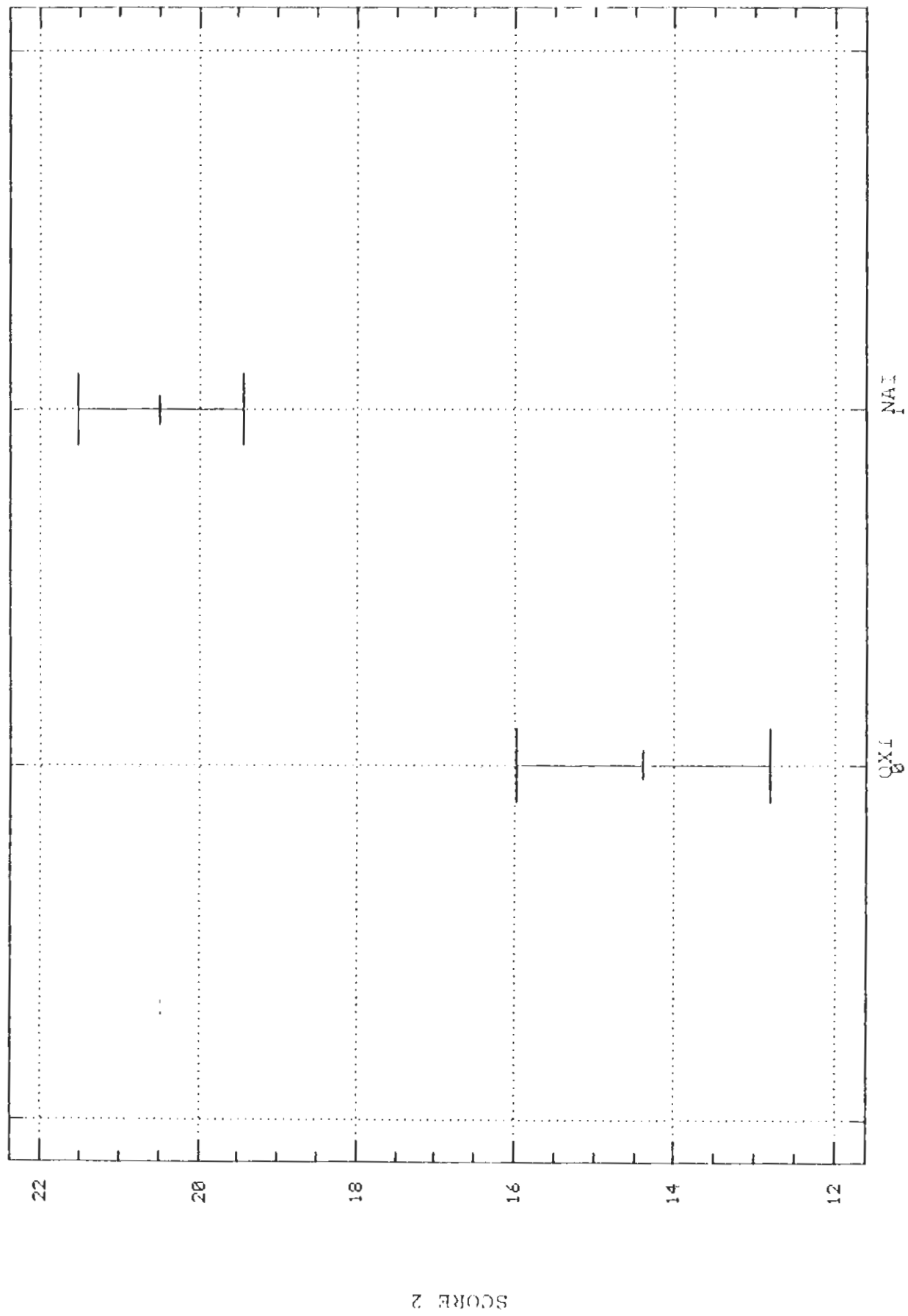
95% Διαστήματα Εί



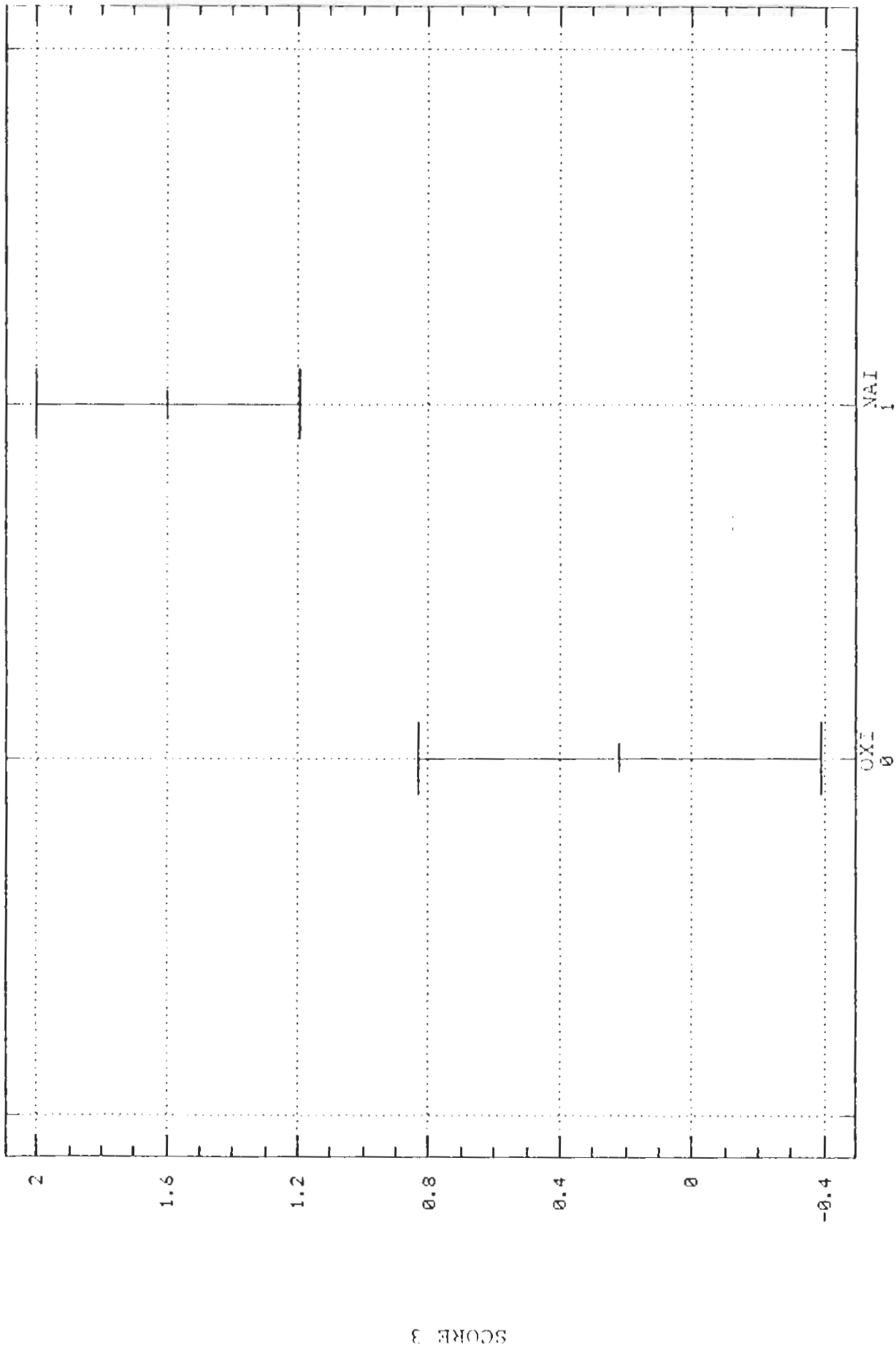
Σχήμα 10 : Επίπεδο Ευημέρωσης (Βλέπε πίνακα Β1)



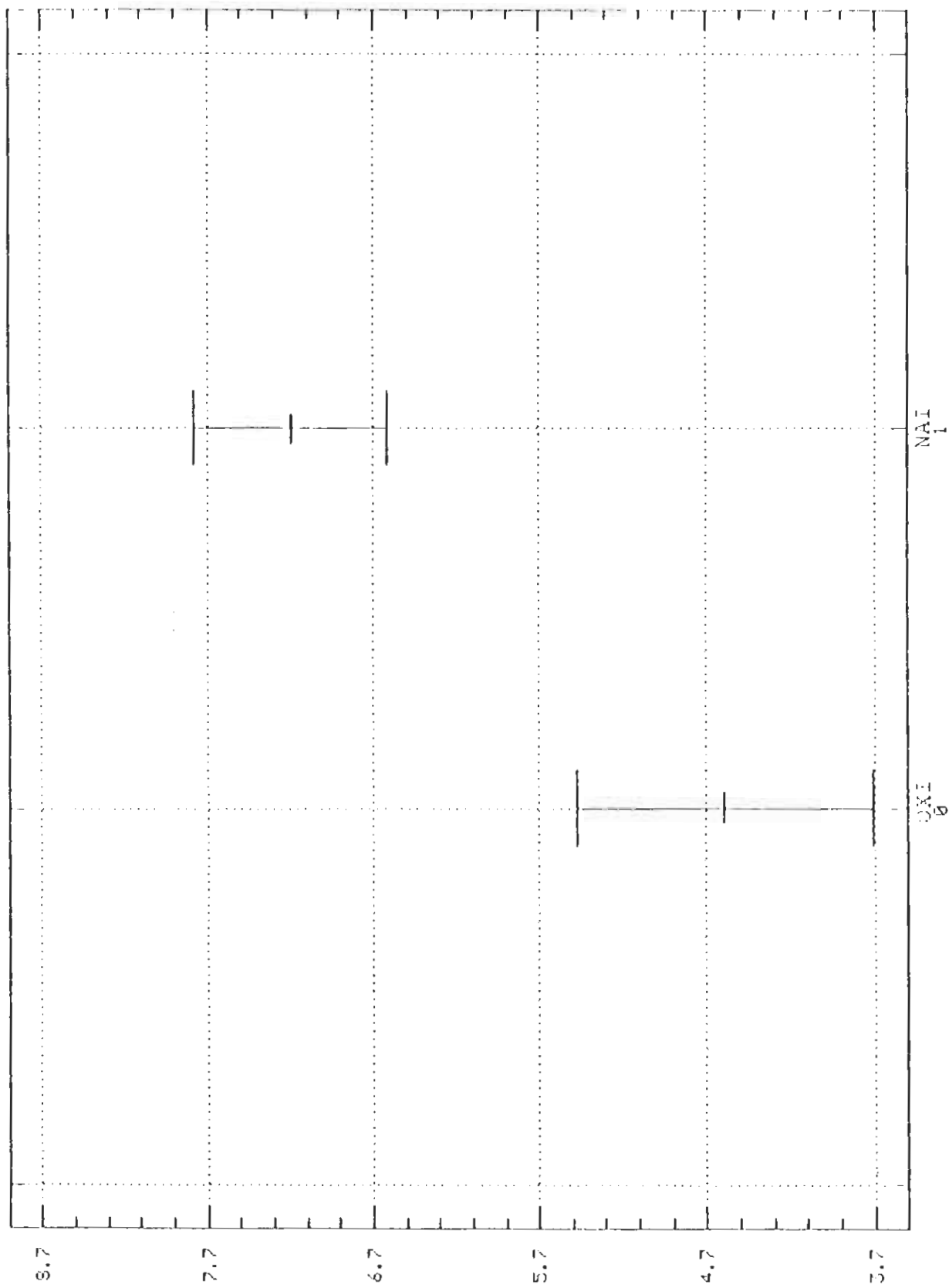
Σχήμα 11 : Επίπεδο Ενημέρωσης (Βλέπε Β 2α)



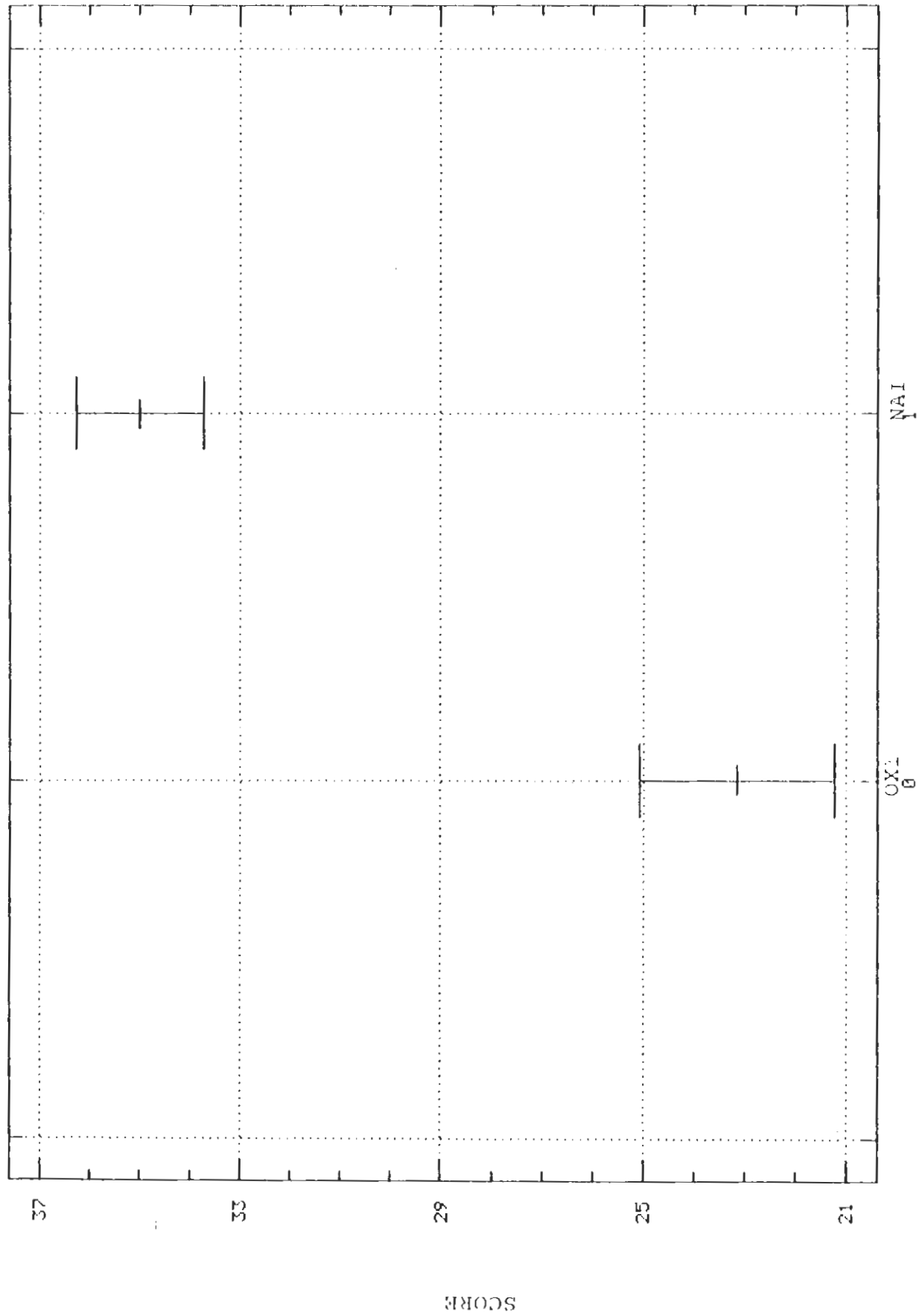
Σχήμα 12 : Επίπεδο ευημερώσης (βλέπε πίνακα Β 2β)



Σχήμα 13 : Επίπεδο Ενημέρωσης (Βλέπε Τύπακα Β 2γ)

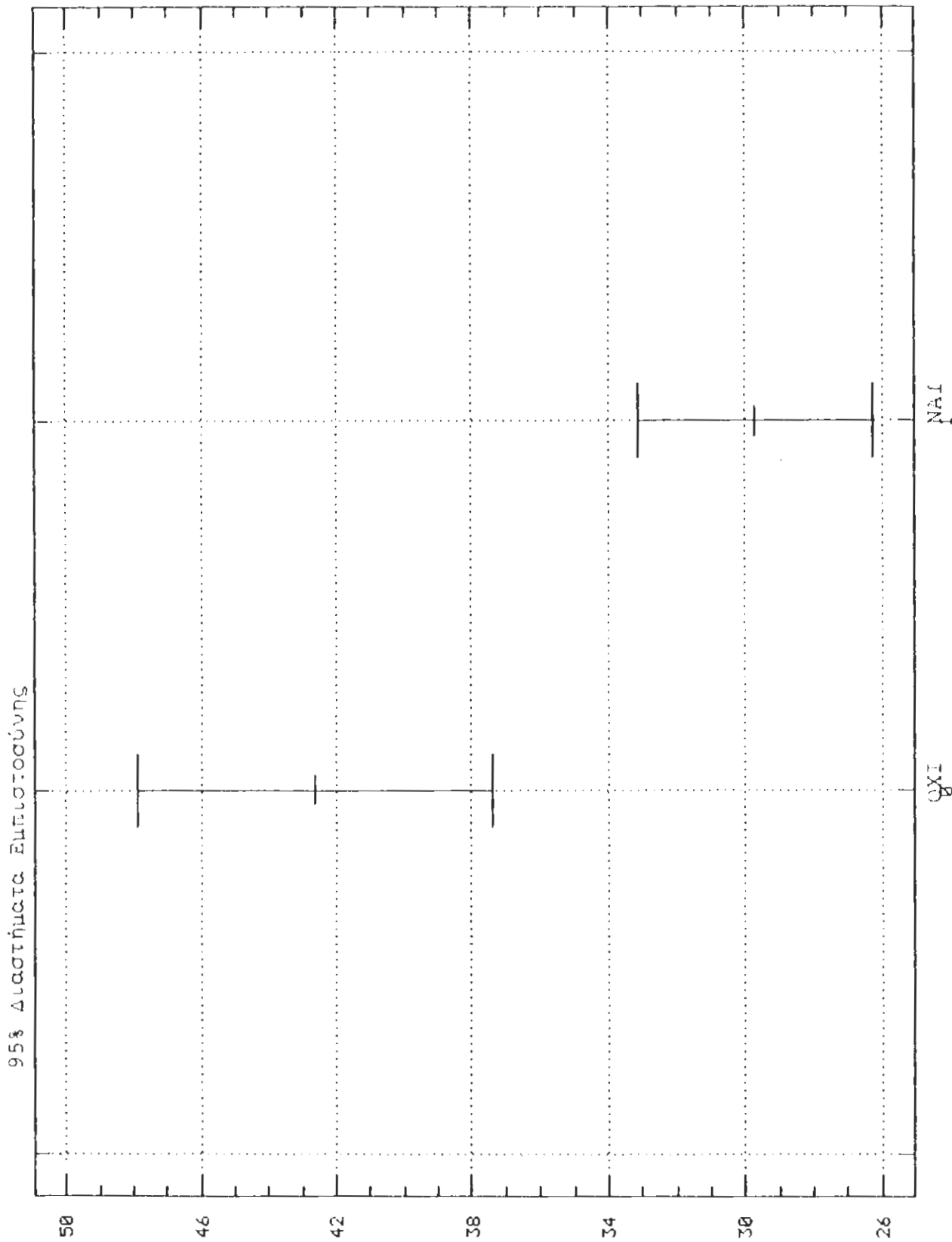


Σχήμα 14 : Επίπεδο ενημέρωσης (βάσει πίνακα Β 2)

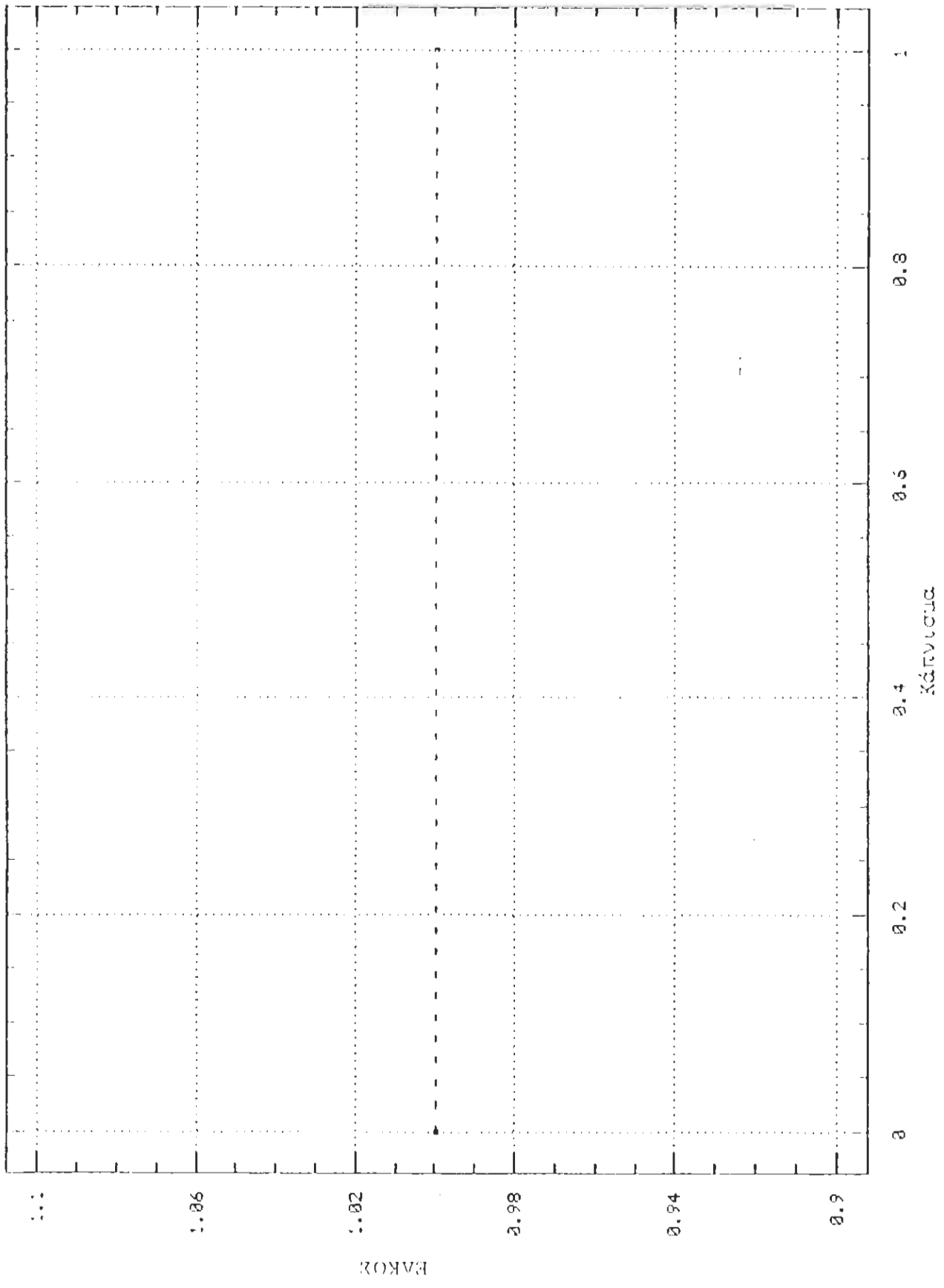


Σχήμα 15 : Επίπεδο ενημέρωσης

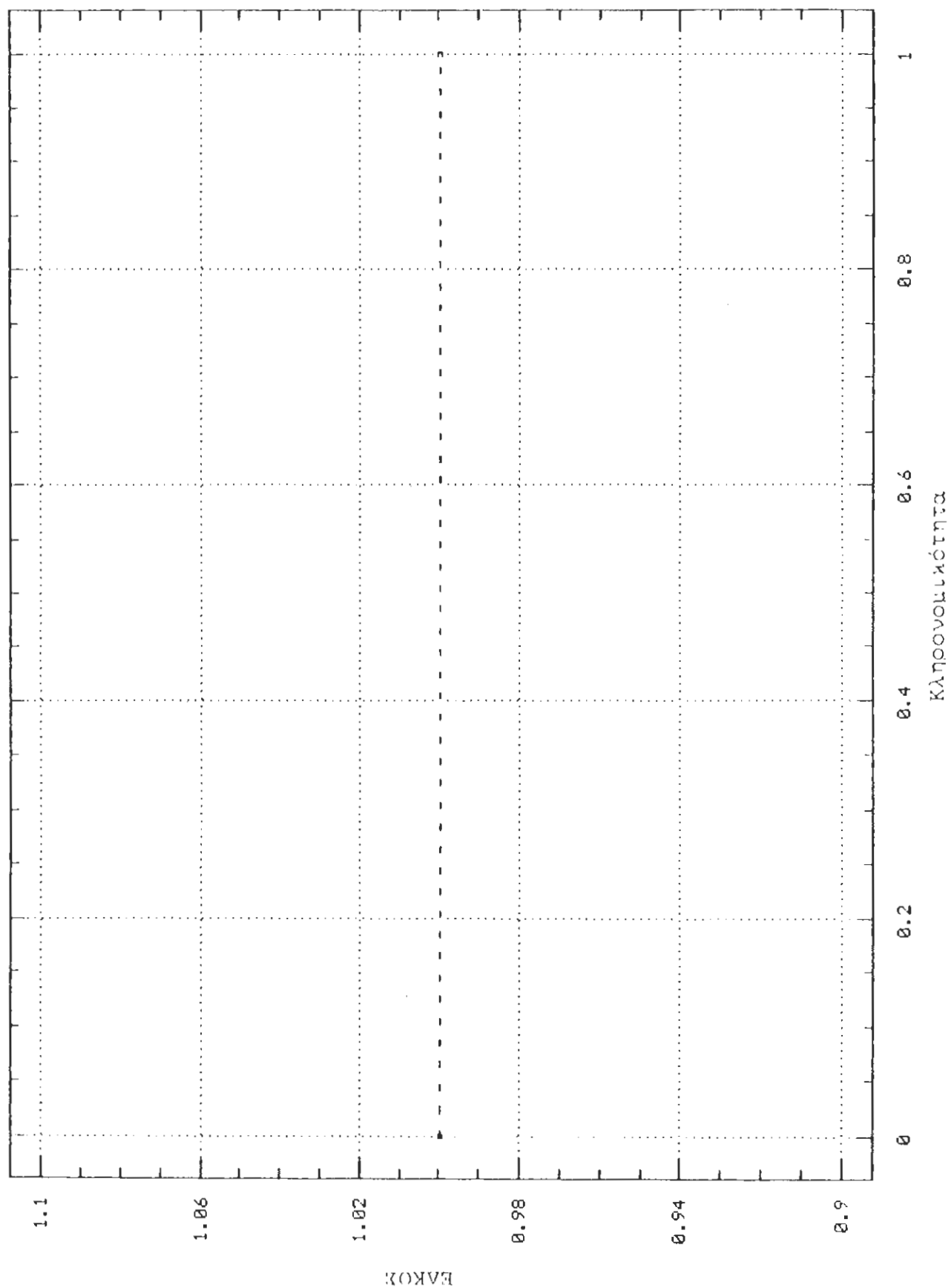
Παλινα ερωτηση ελεγχου



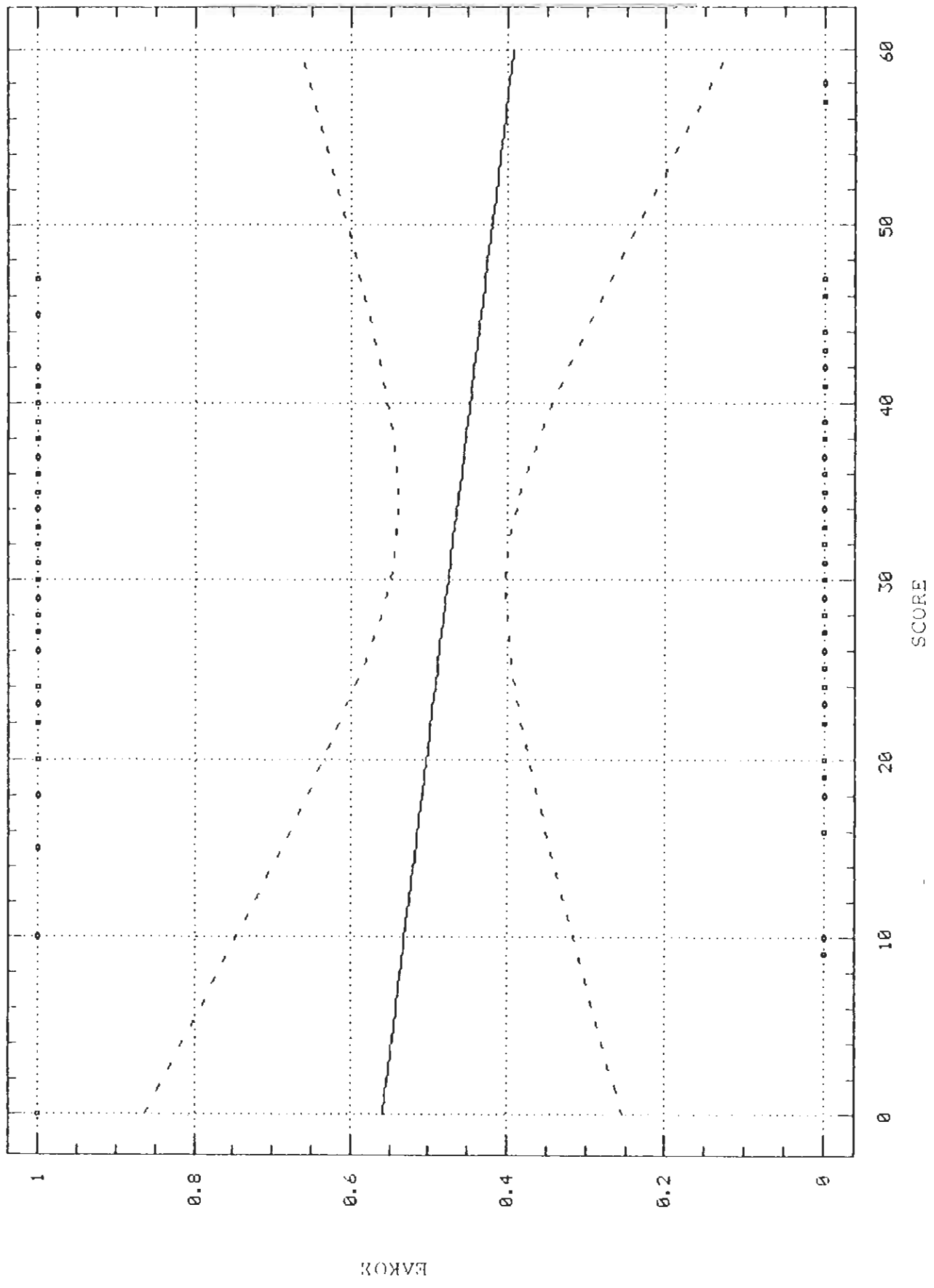
Σχημα 16 : Επίπεδο Ενημέρωσης (Βλέπε πίνακα Β 3α.)



ΣΧΗΜΑ 17: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΠΕΡΙΤΙΚΟΥ ΕΛΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΕΝΙΣΜΑΤΟΣ



Σχήμα 18 : Συσχέτιση μεταξύ έλαφους και κληρονομικότητας (R=1.00, P=0, 001)



Σχήμα .19 : Συσχέτιση μεταξύ του συνολικού SCORE ενημέρωσης και του πεπτικού έλκους

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΡΕΥΝΑ

Θέμα : «Έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σημειώστε με ένα (χ) ή με συγκεκριμένο αριθμό

1. Φύλλο:

- άνδρας
- γυναίκα

2. Ηλικία:

3. Οικογενειακή κατάσταση:

- έγγαμος/η
- άγαμος/η
- διαζευμένος/η
- χήρος/α

4. Τέκνα:

- ναι - αριθμός - ζώντα
- όχι - μη ζώντα

5. Επάγγελμα:

- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Άνεργος

ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ξέρετε τι είναι το έλκος του στομάχου :

- ναι
- όχι

2. Είναι το έλκος μια κληρονομική νόσος:

- ναι
- όχι
- Δεν γνωρίζω

3. Ποία είναι η πιο επικίνδυνη ηλικία για την εμφάνιση έλκους:

- 18 - 24 χρ.
- 25 - 29 χρ.
- 30 και άνω
- Δεν γνωρίζω

4. Ποίοι εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα για τη δημιουργία έλκους;

- άνδρες
- γυναίκες
- παιδιά
- δεν γνωρίζω

10. Ποιό από τα παρακάτω κλίματα νομίζετε πως θα μπορούσε να αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα;

- εύκρατο
- υγρό
- ξηρό
- μεσογειακό
- όλα τα παραπάνω
- κανένα από τα παραπάνω

11. Αποτελούν οι διάφοροι συγκινησιακοί παράγοντες προδιαθεσικό παράγοντα έλκους (π.χ. αγωνία, λύπη, άγχος);

- ναι
- όχι
- δεν γνωρίζω

12. Ποιό είδος προσωπικότητας πιστεύετε πως εμφανίζεται ως πιο επιρρεπής για την εμφάνιση έλκους;

- Προσωπικότητα Α
(Αγχώδης, φιλόδοξος, νευρικός)
- Προσωπικότητα Β
(ήρεμος κ.λπ.)

13. Ποιά πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη μέθοδος διατροφής για την αποφυγή δημιουργίας έλκους στομάχου;

- ένα πλούσιο γεύμα /24ωρο
- δύο πλούσια γεύματα /24ωρο
- συχνά και μικρά γεύματα
- ακατάστατο ωράριο γευμάτων
- δεν γνωρίζω

14. Ποιά από τα παρακάτω φάρμακα προδιαθέτουν την εμφάνιση έλκους στομάχου;

- αντισταμινικά
- αντιφλεγμονώδη-αντιπυρετικά
- αντιυπερτασικά
- κανένα από τα παραπάνω
- όλα τα παραπάνω
- δεν γνωρίζω

1. Σε ποιά ηλικία εμφανίστηκε το έλκος;

.....

2. Ποιά αιτία νομίζετε ότι σας το δημιούργησε;

.....

3. Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε σε νοσοκομείο;

- ναι

- όχι

Αν ναι πόσες φορές

.....

Για πόσο χρονικό διάστημα

.....

4. Εμφανίστηκαν επιπλοκές όπως
γαστρορραγία, διάτρηση, στένωση πυλωρού;

- ναι

- όχι

- ποιές

5. Χρειάστηκε να χειρουργηθείτε;

- ναι

- όχι

6. Υπάρχει κληρονομική προδιάθεση έλκους στην οικογένειά
σας;

- ναι

- όχι

11. Ποιά φαγητά τρώτε πιο συχνά;
- λαχανικά
 - κρέας
 - όσπρια
 - ζυμαρικά
 - όλα τα παραπάνω
12. Ποιό είδος μαγειρέματος προτιμάτε;
- βρασμός
 - τηγάνισμα
 - ψήσιμο
 - ωμά
 - δεν έχω ιδιαίτερη προτίμηση
 - με όλους τους παραπάνω τρόπους
13. Τρώτε σε fast - food;
- ναι
 - όχι
- Αν ναι πόσο συχνά;
- πολύ συχνά
 - συχνά
 - σπάνια
14. Τί ομάδα αίματος είστε;
- A RH-
 - B RH+
 - AB
 - O
15. Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως;
- ένα - πλούσια
 - δύο - κανονικά
 - τρία - μέτρια
 - τέσσερα
 - όχι συγκεκριμένο αριθμό

21. Χρειάστηκε 'να αφήσετε' κάποιες συνήθειες που είχατε πριν την εμφάνιση του έλκους;

- ναι
- όχι

Αν ναι ποιές;

.....

22. Ποιά εποχή σας παρουσιάζεται η ενόχληση;

- Άνοιξη
- Φθινόπωρο
- Καλοκαίρι
- Χειμώνα
- Όλο το χρόνο
- Ανεξάρτητα από εποχές

23. Πόσες ώρες το 24ωρο διαρκεί η ενόχληση;

.....

24. Σε ποιό διάστημα της ημέρας εμφανίζεται η ενόχληση;

- πρωί
- μεσημέρι
- απόγευμα
- βράδυ
- όχι σε συγκεκριμένα
διαστήματα

25. Πόσο συχνά εβδομαδιαία επαναλαμβάνονται τα ενοχλήματα;

.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ



Τμήμα Διατροφής
Γραφείο Διαιτολόγου
Τηλ. : 999.764

ΔΙΑΙΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

- Διατηρήστε το σωστό σωματικό σας βάρος.
- Το διαιτολόγιό σας να στηρίζεται πάντοτε στην ποικιλία.
- Αυξάνετε την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.
- Η επιλογή της τροφής να γίνεται ανάλογα με την ανεκτικότητα σας στις διάφορες τροφές.
- Να παίρνετε μικρά και συχνά γεύματα.
- Μην τρώτε γρήγορα και να μασάτε καλά την τροφή σας.
- Το περιβάλλον σας κατά την διάρκεια του φαγητού να είναι ήρεμο.
- Η παρασκευή του φαγητού να είναι απλή. Αποφύγετε τις τηγανητές τροφές.
- Αποφύγετε το κάπνισμα.

ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΙ

- Καφές, τσάι, οινοπνευματώδη ποτά και αναψυκτικά που περιέχουν COLA.
- Γλυκά κουταλιού και όσα περιέχουν ξηρούς καρπούς.
- Λαχανικά : κορεμύδια, μπρόκολα, κουνουπίδι, γογγύλια, πιπεριές.
- Φρούτα : σιληρά, άγουρα, με σπόρους και τα εσπεριδοειδή.
- Πιτυρούχο ψωμί, σιληρά δημητριακά.
- Οσπρια.
- Παχιά κρέατα, αλαντικά, καπνιστά, παστά.
- Παχιά και πικάντικα τυριά.
- Ξηρού καρπού.
- Πικάντικες σούπες και σάλτσες.
- Ισχυρά μπαχαρικά και καρυκεύματα : πιπέρι, μουστάρδα, ξύδι, τουροσί, ελιές, σκόδο.

Ο ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΝ ΜΕΤΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΙΝ
ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΕΣ ΤΡΟΦΕΣ

Γάλα, χαμομήλι, κακάο ή καφές αραιωμένα, φρυγανιές, παξιμάδια, μπισκότα, ψωμί άσπρο, πατάτες πουρέ ή βραστές, ρύζι μαλαρόνια χωρίς αυλό, κριθαράκι, κουάκερ, άπυρραιομένη ντομάτα, κολοκυθάκια βραστά, χόρτα πουρέ, άγκινάρες βραστές, άπαχο κρέας βραστό ή ψητό, ψάρι βραστό ή ψητό, ζοτόπουλο βραστό ή ψητό, αυγά ποσέ ή βραστά, τυρί όχι άλμυρό, βούτυρο φρέσκο ή βιτάμ, κρέμα, γασούρι, ρυζόγαλο, μέλι, ζελέ, σοκολάτα γάλακτος, χυμός φρούτων, και καρπόστα φρούτων.

ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΕΣ ΤΡΟΦΕΣ

Τσαϊ, καφές σκέτος, φρέσκο ζεστό ή μαύρο ψωμί, όσπρια, τηγανητές πατάτες, κρέας τηγανητό ή κλωνιστό, ψάρι τηγανητό, ζοτόπουλο τηγανητό, έντροδες με καρυκέυματα (πλαχαρικά), αυγά τηγανητά, θαλασσινά (όχταπόδι, καλαμαράκια, σουπιές κλπ.), όμια λαχανικά, κρεμμύδια, μελιτζάνες, ξηροί καρποί, ξύδι, μουστάρδα, πάπτες, τεύτρες, γλυκά ταιφιού, πολύ γλυκές μαρμελάδες φρούτων, άγουρα φρούτα, άνδρακοῦχα ποτά και όλα τὰ οίνοπνευματώδη ποτά.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :

1. Το διαιτολόγιον αυτό πρέπει να τηρηται επί 4—6 μήνες μετά την έγχείρση. Τα γεύματα κατά τούς πρώτους 3—4 μήνες πρέπει να είναι πολλά και μικρά, 5—6 φορές τὸ 24ωρο και όχι 2—3 ὡς συνήθως. Η τροφή πρέπει να μασιέται καλά και να άποφεύγονται τὰ πολύ ζεστά ή κρύα φαγητά.
2. Εάν παρουσιασθή διάρροια τότε να κάνετε δίαιτα επί 3—4 μέρες (ρύζι λαπά, τσαϊ, μήλο ψητό, κουάκερ).
3. Μετά πάροδον 2—3 μηνών καλόν είναι να επανεξεταστήτε και να γίνη άκτινολογικός έλεγχος στομάχου.
4. Επί τυχόν μελλοντικῶν ένοχλήσεων θα πρέπει να σᾶς εξέτάσουμε έκ νέου ή να μᾶς ένημερώσετε σχετικῶς.