

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ Σ.Ε.Υ.Π.**  
**ΣΧΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Νοσηλευτική διεργασία σε καρκίνο του  
παχέος εντέρου.

Καθηγήτρια Αικατερίνη Φιδάνη.  
Φοιτητής Μπορονικόλας Δημήτριος



ΠΑΤΡΑ 21-5-2005

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

-Αφιέρωση.....	1
-Ευχαριστίες.....	2

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### **A ΜΕΡΟΣ**

-Πρόλογος.....	3
-Εισαγωγή.....	4
-Ανατομία του πεπτικού συστήματος.....	5
-Ανατομία του παχέος εντέρου.....	26
-Νεύρωση του παχέος εντέρου.....	29
-Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος.....	30
-Φυσιολογία του πεχέος εντέρου.....	37
-Κινήσεις.....	41
-Αφόδευση.....	44

## **B ΜΕΡΟΣ**

-Σύντομη ιστορία του καρκίνου.....	45
-Τι είναι καρκίνος.....	45
-Παθολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	47
-Επιδημιολογία.....	48
-Αιτιολογία.....	50
-Κλινική εικόνα συμπτωματολογία.....	55
-Διαφορική διάγνωση.....	61
-Διάγνωση.....	63
A occult test.....	64
B ορθοσιγμοειδοσκόπηση και βιοψία.....	65
Γ C.E.A.....	66
Δ βαριούχος υποκλυσμός.....	67
-Θεραπεία.....	68
A χειρουργική θεραπεία κολοστομία.....	68
B χημειοθεραπεία επιπλοκές.....	70
Γ ακτινοθεραπεία επιπλοκές.....	72
Δ υπερθερμία.....	75
Ε νέοι μέθοδοι θεραπείας, ανοσοθεραπεία.....	76

## Γ ΜΕΡΟΣ

- Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου.....77
- Προενχειρουργική φροντίδα-μετανχειρουργική φροντίδα – επιπλοκές – κολοστομία – αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου - διδασκαλία οικογενείας.
- Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς που αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία.....102
- Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς που αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία.....104
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου.....105
- Το μέλλον της ογκολογικής νοσηλευτικής.....110

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

-Μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου.....	113
-Επίλογος.....	125
-Βιβλιογραφία.....	126

## ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Σε όλους τους καρκινοπαθείς που καθημερινά δίνουν τον δικό τους αγώνα για επιβίωση.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω ολόψυχα θερμές ευχαριστίες στην κυρία Αικατερίνη Φιδάνη που σαν οργανώτρια και συντονίστρια τις όλης προσπάθειάς μου σε αυτή την εργασία με το πολλή ενδιαφέρον αυτό θέμα με βοήθησε αρκετά και μου χάρισε αρκετό από τον πολύτιμο χρόνο της για να φτάσω σε τελική μορφή την εργασία μου.

Ακόμα θέλω να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στο εκπαιδευτικό προσωπικό τις νοσηλευτικής σχολής του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας που κουράζεται και μοχθεί για να εκπαιδεύσει καταρτισμένους και ευσυνείδητους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους υπόλοιπους διδασκτικούς της σχολής μας για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν σε όλη την διάρκεια της φοίτησής μου με κύριο στόχο την αναβάθμιση του κύρους της νοσηλευτικής σχολής.

Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω του γονείς μου που πάντα ήταν δίπλα μου στην διάρκεια της σπουδής μου.

Ακόμα ευχαριστώ τον πνευματικό μου Πατήρ Κοσμά Παπαχρήστο που αρκετά χρόνια από μικρό παιδί με έχει βοηθήσει και έχει σταθεί δίπλα μου σαν δευτερός μου πατέρας.

Ακόμα ευχαριστώ τους φίλους μου Στράτο και Χρήστο που σε όλη την διάρκεια της σχολής ήταν πραγματικοί φίλοι με όλη την σημασία της λέξης.

Τέλος ευχαριστώ όλους εκείνους που είχαν την καλοσύνη και κατανόηση και με βοήθησαν στην εργασία μου.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα με το οποίο θα ασχοληθώ είναι στην εργασία αυτή ο καρκίνος του παχέος εντέρου.

Ο καρκίνος είναι μια μάστιγα της σημερινής εποχής και προσβάλλει άτομα που ανήκουν σε όλες τις ηλικίες. Είναι πραγματικά άσχημο να χάνονται τόσοι άνθρωποι και η ιατρική να μη μπορεί να κάνει τίποτα εκτός από το επιβραδύνει το θάνατο και να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να φτάσει σε αυτόν σε όσο γίνεται καλύτερη κατάσταση σωματική αλλά και ψυχολογική.

Στην εργασία αυτή θα δοθούν ορισμένες πληροφορίες για τα νεοπλάσματα και το πώς μπορεί ο νοσηλευτής να χρησιμοποιήσει καλύτερα τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις κατά την άσκηση του έργου της για την καλύτερη πρόληψη της νόσου. Επίσης να δοθούν πληροφορίες για τα νεοπλάσματα για τις ειδικές ανάγκες των ανθρώπων αυτών και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των φυσικών ενοχλημάτων και την ανακούφιση του ψυχικού πόνου του ασθενούς.

Τέλος εκφράζω την φιλοδοξία μου για την τελική νίκη του ανθρώπου πάνω σε αυτή την ασθένεια που λέγεται καρκίνος .



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Νεοπλάσματα λέγεται η ανώμαλη αύξηση ιστού που δεν οφείλεται σε φυσιολογική ανάγκη του οργανισμού.

Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου διακρίνονται σε καλοήθη και σε κακοήθη ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένας καρκίνος που γρήγορα παρουσιάζει μεταστάσεις ακόμα παρουσιάζει μεγάλη κακοπάθεια. Είναι τρίτος κατά σειρά σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του στομάχου και του πνεύμονα. Ο τύπος του καρκίνου είναι συνήθως ανθοκραμβωειδής είναι πιο συγκεκριμένα ένα *αδενοκαρκίνομα*.

Αν έχει προσβάλει το τοίχωμα του παχέως εντέρου υπάρχει πιθανότητα έως πέντε χρόνια περίπου για επιβίωση μετά από εγχείρηση, αν κάνει μεταστάσεις το ποσοστό επιβίωσης είναι πάρα πολλή μικρότερο, μικραίνει *αμέσως*.

Η μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου υπάρχει στο αριστερό κόλον και στο σιγμοειδές και στο δεξιό κόλον έχει ακόμα μικρότερο ποσοστό εμφάνισης όσο αφορά το φύλλο όπως αναφέρω και πιο κάτω εμφανίζεται περισσότερο στους άνδρες και λιγότερο στις γυναίκες. Από άποψη φυλής οι Ευρωπαίοι και οι αμερικάνοι έχουν την μεγαλύτερη συχνότητα λόγω συνηθειών διατροφής υπερκατανάλωσης κρεάτων και όχι καλώς παρασκευασμένων μαγειρεμένων φαγητών, περισσότερο έτοιμων φαγητών.

# ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος βρίσκονται εν μέρει στην κεφαλή και στον τράχηλο και εν μέρει σε κοιλότητες του κορμού. Το **ανώτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος** αποτελείται από τη στοματική κοιλότητα με αναρίθμητους μικρούς και τρία ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων και από τη μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα μέχρι την αρχή του οισοφάγου.

Στο ανώτερο αυτό τμήμα, η τροφή προσλαμβάνεται με τα χείλη, τα δόντια και τη γλώσσα μασιέται, διαπυθίζεται με σάλιο και κατατεμαχίζεται σε μικρές μπουκιές. Η χημική σύσταση της τροφής ελέγχεται με τα γευστικά και οσφρητικά όργανα, ενώ με τη βοήθεια του σάλιου αρχίζει η πέψη του αμύλου. Τέλος, οι αμυγδαλές χρησιμεύουν σαν αμυντικό χαρακωμα για τις φλεγμονές.

Το **κατώτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος** υποδιαιρείται στον οισοφάγο, στον στόμαχο, στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Ο οισοφάγος αποτελεί αγωγό διέλευσης της τροφής. Η διάσπαση των τροφών γίνεται εν μέρει στον στόμαχο και συμπληρώνεται στο λεπτό έντερο, όπου και απορροφούνται τα βασικά θρεπτικά συστατικά των τροφών.

Σ' αυτό το τμήμα του πεπτικού συστήματος υπάρχουν αναρίθμητοι μικροί και δυο μεγάλοι αδένες, το ήπαρ και το πάγκρεας, που παράγουν πεπτικά υγρά τα οποία διοχετεύουν στο λεπτό έντερο. Τα άπεπτα μέρη των τροφών καθίστανται στο παχύ έντερο παχύρρευστα (λόγω της απορρόφησης νερού) και μετασχηματίζονται σε κόπρανα, τα οποία προωθούνται προς τον πρωκτό από όπου και αποβάλλονται.

## Στοματική κοιλότητα

Αυτή χωρίζεται από το φραγμό των δοντιών σε προστόμιο και ιδίως στοματική κοιλότητα.

### Προστόμιο

Αυτό αφορίζεται προς τα έξω από τα χείλη και τις παρειές (μάγουλα) και προς τα μέσα από τα δόντια και τα ούλα. Στο προστόμιο παρατηρεί κανείς το χαλινό του άνω και του κάτω χείλους και τη σιαλική θηλή (απέναντι από το δεύτερο άνω γομφίο) όπου εκβάλλει ο πόρος της παρωτίδας. Μεταξύ των δύο χειλιών υπάρχει η στοματική σχισμή-στο μέσον της έξω επιφάνειας του άνω χείλους υπάρχει μια αύλακα που λέγεται φίλτρο.

Το ελεύθερο κράσπεδο των χειλιών λέγεται προχειλίδιο και είναι χαρακτηριστικά κόκκινο η απόχρωση του μας παρέχει έναν δείκτη για την κατάσταση της αιματικής κυκλοφορίας του οργανισμού. Επίσης, το προχειλίδιο έχει τους περισσότερους οπτικούς υποδοχείς (δεύτερη έρχεται η γλώσσα) γεγονός που εξηγεί το σπουδαίο ρόλο του (όπως και της γλώσσας) κατά το φίλημα!

Τα χείλη από έξω προς τα μέσα αποτελούνται από δέρμα, μυϊκή στιβάδα και βλεννογόνο. Οι παρειές, δεξιά και αριστερή, από έξω προς τα μέσα αποτελούνται ομοίως από δέρμα, μυϊκή στιβάδα και βλεννογόνο. Η παρειά οριοθετείται προς τα εμπρός από τη ρινοχειλική αύλακα, προς τα πίσω από το μασητήρα μύ προς τα επάνω από το υπογλώσιο χείλος και προς τα κάτω από την κάτω γνάθο.

Να σημειωθεί ότι το προστόμιο επικοινωνεί με την ιδίως στοματική κοιλότητα διαμέσου του οπισθογόμφιου πόρου που βρίσκεται πίσω από τον τελευταίο γομφίο. Έτσι, σε αδυναμία διάνοιξης της στοματικής κοιλότητας, το άτομο σιτίζεται με τη βοήθεια καθετήρα που διέρχεται από τον οπισθογόμφιο πόρο.

## Δόντια.

Είναι σκληρά όργανα με τα οποία ο άνθρωπος μασάει και μαζί με τον διασπώνται οι τροφές σε μικρότερα κομμάκια και έτσι πραγματοποιεί καλύτερα η πέψη των τροφών από τον εντερικό σωλήνα. Ο άνθρωπος έχει δύο φάσεις ανάπτυξης των δοντιών η μια ονομάζεται νεογιλή και άλλη μόνιμη.

### Μέρη του δοντιού:

Κάθε δόντι αποτελείται από τη ρίζα που μπαίνει στο σύστοιχο σημείο της γνάθου, τη μύλη που προεξέχει από τα ούλα, τον αυχένα που είναι το στενότερο μέρος του δοντιού και αποτελεί το όριο μεταξύ ρίζας και μύλης και τέλος την πολφική κοιλότητα που περιέχει τον πολφό και βρίσκεται στο εσωτερικό της ρίζας και της μύλης.

### Κατασκευή δοντιού:

Κάθε δόντι αποτελείται από: **α)** Τον πολφό, που υπάρχει στην κοιλότητα του δοντιού και φλεγμαίνει και με μικρές μόνο αυξήσεις της θερμοκρασίας, **β)** Την οδοντίνη, που περιβάλλει περιμετρικά την πολφική κοιλότητα και παρουσιάζει μεγάλη ευαισθησία κυρίως στα νεαρά άτομα, **γ)** Την αδαμαντίνη, που σκεπάζει την οδοντίνη μόνον στην περιοχή της μύλης, είναι η σκληρότερη ουσία του ανθρώπινου οργανισμού και προσβάλλεται από την τερηδόνα. Η τελευταία προκύπτει από την επίδραση των μικροβίων της στοματικής κοιλότητας στα σάκχαρα των τροφών, οπότε σχηματίζονται οξέα που διαβρώνουν την αδαμαντίνη, **δ)** Την οστεΐνη η οποία περιβάλλει τα δόντια στην περιοχή της ρίζας.

Οι τετρακυκλίνες δεν πρέπει να χορηγούνται σε παιδιά κάτω των 8 ετών, επειδή εναποτίθενται στα δόντια με αποτέλεσμα τα δόντια της μόνιμης οδοντοφυΐας να έχουν κίτρινη χρώση.

## Ιδίως στοματική κοιλότητα.

Αποτελείτε από τα δόντια και τα ούλα, προς τα κάτω από την γλώσσα και πάνω από την υπερώα ακολουθεί ο ισθμός και στη συνέχεια ο φάρυγγας .

### Γλώσσα.

Η γλώσσα είναι μια μάζα γραμμωτών μυών που χρησιμοποιεί για τη μάσηση (και θηλασμό), την κατάποση, τη γεύση, την ομιλία και την αφή. Για την περιγραφή της διακρίνουμε μέρη: *α*) τη ρίζα, *β*) το σώμα, και *γ*) την κορυφή. Επίσης εμφανίζει δύο επιφάνειες, την άνω ή ράχη και την κάτω, καθώς και δύο πλάγια χείλη. Όσον αφορά την κατασκευή της αποτελείται από βλεννογόνο, ινώδη σκελετό και μυς.

Ο βλεννογόνος στην άνω επιφάνεια του εμφανίζει προεξοχές τις λεγόμενες θηλές και ανάλογα με το σχήμα τους διακρίνονται σε περιχαρακωμένες, τριχοειδείς, φυλλοειδείς και μυκητοειδείς. Οι υποδοχείς όμως της γεύσης (γευστικοί κάλυκες) βρίσκονται κατά βάση στις περιχαρακωμένες θηλές.

Οι τελευταίες βρίσκονται στο πίσω μέρος της γλώσσας, όπου σχηματίζουν ένα  $\Lambda$ , το γευστικό λάμδα. Στη ρίζα της γλώσσας υπάρχει διάχυτος λεμφικός ιστός που αποτελεί την γλωσσική αμυγδαλή. Η γλώσσα αποτελείται από πολλούς μυς, οι μυϊκές ίνες των οποίων διασταυρώνονται μεταξύ τους σε τρία επίπεδα.

Οι μύες αυτοί εκφύονται από παρακείμενες θέσεις, αλλά δεν έχουν καμία πραγματική κατάφυση και γι' αυτό το λόγο η γλώσσα εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα.

Διάφορα φάρμακα χορηγούνται υπογλώσσια η χορήγηση αυτή παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα, όπως: *α*) το φάρμακο που απορροφάται, εισέρχεται κατευθείαν στη μεγάλη κυκλοφορία και φθάνει στα σημεία δράσης παρακάμπτοντας το ήπαρ, όπου, όπως είναι γνωστό, μεταβολίζονται κατά κύριο λόγο τα φάρμακα, *β*) Το φάρμακο δεν δέχεται την επίδραση του γαστρικού και εντερικού περιεχομένου, τα οποία μπορούν, ενδεχόμενα να το αδρανοποιήσουν.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα σκευάσματος που χορηγείται υπογλώσσια είναι η νιτρογλυκερίνη που χορηγείται για τη θεραπεία της στηθάγχης.

Η εξέταση της γεύσης γίνεται για τα 4 είδη, γλυκό, αλμυρό, ξινό και πικρό με τα ακόλουθα διαλύματα: σάκχαρης άλατος NaCl-λεμονιού - κινίνης, αντίστοιχα.

Πολύ συχνά κατά το ξύπνημα μετά από νάρκωση, είναι δυνατόν η ρίζα της γλώσσας να ολισθαίνει προς τα πίσω, οπότε αποφράσσεται η είσοδος του λάρυγγα, με αποτέλεσμα δυσχέρεια στην αναπνοή.

### Υπερώα

Αποτελεί το άνω τοίχωμα (ουρανίσκο) της ιδίως στοματικής κοιλότητας τα δύο πρόσθια τριτημόρια της οροφής της στοματικής κοιλότητας που σχηματίζονται από τη σκληρή υπερώα και το οπίσθιο τρίτημόριο. Η σκληρή υπερώα σχηματίζεται από αποφύσεις της άνω γνάθου και του υπερώιου οστού, ενώ εξωτερικά καλύπτεται από βλεννογόνους. Η μαλακή υπερώα που αποτελεί την προς τα πίσω συνέχεια της σκληρής υπερώας, παριστάνει ευκίνητο ινο-μυώδες πέταλο, που κρέμεται προς τα πίσω και κάτω, μέσα στη στοματική κοιλότητα.

Στο πίσω χείλος της μαλακής υπερώας υπάρχει μια προσεκβολή, η σταφυλή και στα δύο πλάγια δύο πτυχές, η πρόσθια ή γλωσσοϋπερώια και η οπίσθια ή φαρυγγοϋπερώια καμάρα. Ανάμεσα στις δύο αυτές πτυχές υπάρχει μια κοιλότητα, ο αμυγδαλικός κόλπος, μέσα στον οποίο βρίσκεται η παράθυρα αμυγδαλή. Κατά την κατάποση και την ομιλία, η μαλακή υπερώα ανέλκεται ανεβαίνει και αποφράσσοντας έτσι την επικοινωνία ρινοφάρυγγα και στοματοφάρυγγα μ' αυτόν τον τρόπο αποκλείεται η παλινδρόμηση των αιτίων που καταπίνονται, προς το ρινοφάρυγγα και τη ρινική κοιλότητα.

Αντίθετα, σε ήρεμη αναπνοή η μαλακή υπερώα φέρεται προς τα κάτω, έτσι ώστε να επιτρέπεται η δίοδος του αέρα από τη ρινική κοιλότητα προς το λάρυγγα. Τέλος, ερεθισμός της μαλακής υπερώας ενεργοποιεί το αντανακλαστικό του εμετού.

### Παρίσθμιες αμυγδαλές.

Οι δύο παρίσθμιες αμυγδαλές βρίσκονται δεξιά και αριστερά μέσα στον αμυγδαλικό κόλπο και σαν «συμπληγάδες πέτρες» ελέγχουν και αμύνονται έναντι των πιθανών «εισβολέων», στο ύψος του ισθμού του φάρυγγα (όριο στοματικής κοιλότητας-φάρυγγα). Οι αμυγδαλές αποτελούνται από λεμφικό ιστό μέσα στον οποίο υπάρχουν οι αμυγδαλικές κρύπτες, όπου και εγκλωβίζονται μικρόβια και υπολείμματα τροφής αυτό εξηγεί γιατί οι αμυγδαλές αποτελούν συχνά εστία κακοσμίας του στόματος.

Οι αμυγδαλές συμβάλλουν ουσιαστικά στη ρύθμιση της ανοσολογικής ανταπόκρισης μέχρι την ηλικία της ήβης. Αυτό εξηγεί γιατί σε υπερτροφία των αμυγδαλών, συνιστάται μονόπλευρη αμυγδαλεκτομή εφόσον δεν έχει αναπτυχθεί φυσιολογική ανοσολογική αντίσταση.

Σε περιπτώσεις πτώσης της άμυνας του οργανισμού είναι δυνατόν τα σαπρόφυτα της στοματικής κοιλότητας και του στοματοφάρυγγα να μετατραπούν σε παθογόνα μικρόβια και να προσβάλλουν τις αμυγδαλές σε συνδυασμό με το φάρυγγα επίσης τα όργανα αυτά μπορεί να προσβληθούν και από ιούς. Η πιο επικίνδυνη φαρυγγοαμυγδαλίτιδα οφείλεται σε στρεπτόκοκκους, γιατί τότε μπορεί να έχουμε επιπλοκές από την καρδιά και τους νεφρούς.

## Σιελογόνοι αδένες

Οι αδένες αυτοί είναι εξωκρινείς και διακρίνονται σε μικρούς και μεγάλους. Οί μικροί βρίσκονται στα τοιχώματα της στοματικής κοιλότητας και μαζί με τους μεγάλους (παρωτιδα-υπογνάθιος-υπογλώσσιος) παράγουν το σάλιο που επιτελεί πολλαπλές λειτουργίες: **α)** Αρχική πέψη των τροφών κυρίως με την πτυαλίνη που περιέχει (ένζυμο για τη διάσπαση σακχάρων), **β)** Εφύγρανση βλωμού τροφής και διευκόλυνση της κατάποσης, **γ)** Διάλυση των γευστικών ουσιών με αποτέλεσμα διέγερση των γευστικών καλύκων, **δ)** Αντιμικροβιακή δράση χάρη στη λυσοζύμη, τα αντισώματα (IgA) και τα λευκοκύτταρα που περιέχει, **ε)** Αποβολή νερού, αλάτων καθώς και πολλών ανόργανων και οργανικών ουσιών.

Διάφορα φάρμακα όπως το σαλικυλικό οξύ, τα αλκαλοειδή και κυρίως οι σουλφοναμίδες και τα αντιβιοτικά (πλην της πενικιλίνης) περνούν από τους σιελογόνους αδένες και αποβάλλονται με το σάλιο. Τούτο εξηγεί γιατί μετά από λήψη αντιβιοτικών είναι δυνατόν τα σαπροφυτικά μικρόβια να μετατραπούν σε παθογόνα με αποτέλεσμα την πρόκληση παθολογικών καταστάσεων.

Η πλύση των δοντιών πριν από τον ύπνο είναι απαραίτητη, διότι κατά τη διάρκεια του ύπνου η έκκριση του σιέλου σταματάει εντελώς, οπότε παύει να υφίσταται η προστατευτική δράση της λυσοζύμης έναντι της τερηδόνας.

Επειδή το παρασυμπαθητικό διεγείρει την έκκριση σιέλου, σε ξηροστομία χορηγούμε πιλοκαρπίνη, ενώ σε σιελόρροια χορηγούμε ατροπίνη. Η ατροπίνη χορηγείται προεγχειρητικά σε παθήσεις του ανώτερου αναπνευστικού, ώστε να δημιουργηθεί στεγνό περιβάλλον.

**A)** Η παρωτίδα είναι ο μεγαλύτερος από τους αδένες και βρίσκεται πίσω από την κάτω γνάθο και μπροστά από τον έξω ακουστικό πόρο.

Ο εκφορητικός έξω ακουστικός πόρος ανατομικά υπάρχει στο ύψος του δεύτερου άνω γομφίου. Μέσα στην



παρωτίδα βρίσκεται το προσωπικό νεύρο, που μπορεί να τρωθεί κατά την παρωτιδεκτομή.

Διόγκωση των παρωτίδων μπορεί να παρατηρηθεί σε αβιταμίνωση, κατάχρηση οινόπνεύματος και κατά την κλιμακτήριο.

**B)** Ο υπογνάθιος αδένας βρίσκεται στην υπογνάθια περιοχή. Ο εκφορητικός του πόρος εκβάλλει δεξιά και αριστερά από το χαλινό της γλώσσας.

Ο υπογλώσσιος αδένας είναι το υπόθεμα της ὑπόγλωσσας πτυχής που βρίσκεται στο έδαφος της στοματικής κοιλότητας. Έχει πολλούς εκφορητικούς πόρους που εκβάλλουν στην υπογλώσσια πτυχή.

### Φάρυγγας.

Ο φάρυγγας είναι ένας ινομυώδης σωλήνας, μήκους περίπου 15 εκ, «ντυμένος» με βλεννογόνο, που εκτείνεται από τη βάση του κρανίου μέχρι την αρχή του οισοφάγου. Βρίσκεται ακριβώς μπροστά από την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και πίσω από τις ρινικές χοάνες, τη στοματική κοιλότητα και το λάρυγγα. Δηλαδή, στο φάρυγγα διασταυρώνονται η αναπνευστική και η πεπτική οδός. Υποδιαιρείται από πάνω προς τα κάτω σε τρεις «ορόφους»: το ρινοφάρυγγα, το στοματοφάρυγγα και το λάρυγγοφάρυγγα.

Ο ρινοφάρυγγας βρίσκεται ανάμεσα στη βάση του κρανίου και το στοματοφάρυγγα και πίσω από τις ρινικές χοάνες. Από την οροφή του κρέμεται, σαν μαξιλαράκι, η φαρυγγική αμυγδαλή. Αυτή υπερτέφεται και αποκτώντας το μεγαλύτερο μέγεθος της στην πρώτη σχολική ηλικία. Η υπέρμετρη διόγκωση της μας δίνει τα γνωστά «κρεατάκια», που οφείλονται συνήθως στις συχνές φλεγμονές αυτής της ηλικίας.

Ο στοματοφάρυγγας είναι το λεγόμενο σταυροδρόμι της αναπνευστικής και της πεπτικής οδού. Σε αυτόν εντοπίζεται το μεγαλύτερο μέρος της φυσιολογικής μικροβιακής χλωρίδας της αναπνευστικής οδού. Σε περίπτωση φαρυγγίτιδας, είναι χαρακτηριστικά βαθυκόκκινος.

## Οισοφάγος.

Ο οισοφάγος είναι ένας μακρύς μυϊκός σωλήνας, μήκους περίπου 25 εκ, που ενώνει το φάρυγγα με τον στόμαχο εκτείνεται ανάμεσα στον 6ο αυχενικό και το 10ο-12ο θωρακικό σπόνδυλο. Ο οισοφάγος πορεύεται προς τα κάτω αρχικά στην τραχηλική κοιλότητα (αριστερά της μέσης γραμμής), κατόπιν στη θωρακική κοιλότητα πίσω από την καρδιά (δεξιά της μέσης γραμμής) και τελικά διέρχεται από το οισοφαγικό τρήμα του διαφράγματος και εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα, όπου και μεταπίπτει στον στόμαχο (αριστερά της μέσης γραμμής). Συνεπώς, διακρίνουμε 4 μούρες του οισοφάγου: την τραχηλική, τη θωρακική, τη διαφραγματική και την κοιλιακή.

Ο αυλός του οισοφάγου εμφανίζει τρία φυσιολογικά στενώματα: α) το στένωμα του κρικοειδούς, β) το αορτικό και γ) το διαφραγματικό. Τα στενώματα αυτά έχουν μεγάλη πρακτική σημασία, γιατί σ' αυτά: 1) σταματούν τα ξένα σώματα, 2) δημιουργούνται κατά βάση οι όγκοι, οι στενώσεις και οι σπασμοί και 3) είναι οδηγιά σημεία κατά την οισοφαγοσκόπηση συγκεκριμένα απέχουν από το φραγμό των δοντιών, 16, 23 και 36 εκ, αντίστοιχα.

Ο οισοφάγος έχει δύο σφιγκτήρες, τον άνω και τον κάτω οισοφαγικό σφιγκτήρα ο τελευταίος παρεμποδίζει την παλινδρόμηση του γαστρικού υγρού, οπότε σε ανεπάρκεια του προκαλείται ερεθισμός του οισοφαγικού βλεννογόνου (οισοφαγίτιδα).

Ελάττωση του τόνου του κάτω σφιγκτήρα προκαλούν τα λίπη, η σοκολάτα, το οινόπνευμα, τα μπαχαρικά, τα *αντιχολινεργικά*, το κάπνισμα (λόγω της αντιχο-λινεργικής δράσης της νικοτίνης). Η δράση των δύο τελευταίων οφείλεται στο ότι το παρασυμπαθητικό, που κυρίως νευρώνει τον οισοφάγο, προκαλεί αύξηση της περισταλτικότητάς του.

Τα λεμφαγγεία του οισοφάγου είναι άφθονα και μεγάλα τούτο δίνει μια ανατομική εξήγηση για την υψηλή κακοήθεια των όγκων του οισοφάγου («πλούσιες» λεμφογενείς μεταστάσεις).

Με τους παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου συγκαταλέγεται και η κατάχρηση του καπνού αλλά και του οινοπνεύματος, καθώς και η διατροφή με τροφές στις οποίες περιέχονται γνωστές καρκινογόνες ουσίες όπως φίλτρα καφέ και παστό κρέας).

### **Στόμαχος.**

Ο στόμαχος που αποτελεί τη συνέχεια του οισοφάγου, αποτελεί το περισσότερο διευρυσμένο τμήμα του εντερικού σωλήνα. Βρίσκεται κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος, στο αριστερό υποχόνδριο, στο ιδίως επιγάστριο και στην ομφαλική χώρα. Χρησιμεύει για την πέψη των τροφών που γίνεται με τη βοήθεια του γαστρικού υγρού που εκκρίνεται κατά το φαγητό αλλά και κατά την σκέψη του φαγητού, ενώ με τις περισταλτικές κινήσεις του μυϊκού χιτώνα το περιεχόμενο του φέρεται προς το λεπτό έντερο.

**Μορφολογία στομάχου:** Ο στόμαχος εμφανίζει δύο στόμια, το καρδιακό (ή οισοφαγικό) προς τα πάνω και το πυλωρικό προς τα κάτω, δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια και δύο χείλη, το έλασσον και το μείζον τόξο.

Το οισοφαγικό στόμιο παριστάνει το όριο οισοφάγου και στομάχου και εσωτερικά έχει μια πτυχή, την καρδιακή πτυχή. Το πυλωρικό στόμιο παριστάνει το όριο της πυλωρικής μοίρας του στομάχου και του 12 δακτύλου και εσωτερικά έχει την πυλωρική βαλβίδα.

**Μέρη του στομάχου:** Ο στόμαχος διαιρείται σε δύο μέρη, τον ιδίως στόμαχο (πεπτήρια μοίρα) και τον πυλωρικό στόμαχο (εξωστήρια μοίρα). Ο ιδίως στόμαχος διακρίνεται στο θόλο και στο σώμα, ενώ ο πυλωρικός στόμαχος στο πυλωρικό άντρο και στον πυλωρικό σωλήνα. Η εναποθήκευση της τροφής γίνεται κυρίως στον ιδίως στόμαχο, που διατείνεται παθητικά και μπορεί να περιέχει μέχρι και 1 lt περίπου.

**Στήριξη του στομάχου:**

Ο στόμαχος στηρίζεται στη θέση του προς τα πάνω με την κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου, προς τα κάτω με την κατιούσα μοίρα του 12δακτύλου, καθώς και από τα παρακείμενα όργανα, τον τόνο των κοιλιακών τοιχωμάτων και τις πτυχές του περιτόναιου.

**Κατασκευή του στομάχου:**

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από έξω προς τα μέσα από τους εξής χιτώνες: α) ορογόνο, β) μυϊκό, γ) υποβλεννογόνιο και δ) βλεννογόνο. Ο βλεννογόνος περιέχει τους αδένες του στομάχου που παράγουν το γαστρικό υγρό. Τα κύρια συστατικά του είναι πεψίνες, υδροχλωρικό οξύ, βλέννα, ενδογενής παράγοντας (συνδέεται με τη βιταμίνη B12) και γαστροφερρίνη (δεσμεύει τον τρισθενή σίδηρο). Παράγοντες που συμβάλλουν στην έκκριση του HCl είναι το πνευμονογαστρικά νεύρο, η ισταμίνη (H2) των γειτονικών κυττάρων και η γαστρίνη του πυλωρικού άντρου.

Λόγω της πλούσιας κυρίως αιμάτωσής του, ο στόμαχος συμμετέχει στη μερική απορρόφηση πολλών φαρμάκων από το βλεννογόνο του.

Το χαμηλό pH του στομάχου (1,2 προκαλεί τον ιονισμό των ασθενών βάσεων, όχι όμως και των ασθενών οξέων, έτσι, τα ασθενή οξέα (π.χ. η ασπιρίνη) θα είναι στην μη ιονισμένη μορφή στον στόμαχο και επομένως θα απορροφούνται από αυτόν σε μηδενική μορφή.

Ο ρυθμός κένωσης του στομάχου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Έτσι, τα λίπη αναστέλλουν τη γαστρική κινητικότητα (αλλά και έκκριση), ομοίως και το χαμηλό pH. Αντιθέτως, αύξηση της κινητικότητας του στομάχου προκαλούν υγρά με μικρό ιξώδες, οι τροφικές δηλητηριάσεις, το ψυχικό stress. Έχει παρατηρηθεί πως με την πάροδο της ηλικίας αυξάνεται ο ρυθμός κένωσης του στομάχου, πιθανώς επειδή αυξάνεται το pH του γαστρικού υγρού.

Για τις στερεές τροφές, ο χρόνος παραμονής τους στον στόμαχο κυμαίνεται από μια ως τέσσερις ώρες (σειρά απομάκρυνσης βασικών θρεπτικών ουσιών: υδατάνθρακες πρωτεΐνες λίπη) για τα φάρμακα ο χρόνος αυτός κυμαίνεται από 3 ως 6 ώρες. Ο περισταλτισμός του στομάχου αρχίζει από ειδικό βηματοδότη στην περιοχή του οισοφαγικού στομίου και καθίσταται εντονότερος με την πάροδο του χρόνου (τέσσερα κύματα το λεπτό). Γι' αυτό το λόγο τα φάρμακα είναι προτιμότερο να μην χορηγούνται αμέσως μετά το γεύμα, έτσι ώστε να προωθούνται ταχύτερα στο έντερο, απ' όπου και κατά κύριο λόγο θα απορροφηθούν.

Επίσης, τούτο εξηγεί και γιατί ένα φάρμακο που λαμβάνεται μετά το γεύμα, είναι δυνατό να παραμένει στον στόμαχο έως και τέσσερις ως έξι ώρες αργότερα που θα χορηγηθεί η επόμενη δόση του, με αποτέλεσμα να έχουμε το φαινόμενο της διπλής δόσης.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η γαστρική βλέννα έχει ενοχοποιηθεί για την κατακράτηση διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών και κυρίως της στρεπτομυκίνης.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος κένωσης του στομάχου είναι ο εμετός, γιατί έτσι ο στόμαχος συσπάται ομοιόμορφα και το περιεχόμενο του αδειάζει καλύτερα. Με τον εμετό εξάλλου αποβάλλονται και μεγαλύτερα σχετικά κομμάτια διαφόρων ουσιών (π.χ. δισκία), που δεν μπορούν να περάσουν από τον αυλό του σωλήνα πλύσης του στομάχου.

Εμετός μπορεί να προκληθεί:

- α) με ερεθισμό της σταφυλής ή του στοματοφάρυγγα,
- β) με διάλυμα μαγειρικού άλατος ή μουστάρδας (ένα περίπου κουτάλι του γλυκού σε ένα ποτήρι νερού),
- γ) με σιρόπι ιπεκακουάνας και
- δ) με ένεση απομορφίνης.

Μετά την κένωση του στομάχου χορηγείται ενεργοποιημένος ζωικός άνθρακας (τουλάχιστον δύο κουταλιές σούπας διαλυμένες σε ανάλογη ποσότητα νερού) με σκοπό να προσροφηθούν πάνω στην επιφάνεια του, τα υπολείμματα του δηλητηρίου και να γίνουν έτσι δυσαπορρόφητα.

Αν δεν υπάρχει διαθέσιμος άνθρακας μπορεί να χορηγηθεί μια κουταλιά της σούπας αλεύρι ή άμυλο ή πολτοποιημένη πατάτα

### Λεπτό έντερο.

Το λεπτό έντερο αποτελείται από δύο τμήματα: *α* το δωδεκαδάκτυλο και *β* ελεικωιδές δένδρο αποτελείται από τη νήστιδα και τον ειλεό. Συγκεκριμένα, το λεπτό έντερο εκτείνεται από τον πυλωρό μέχρι την ειλεοτυφλική βαλβίδα και περιβάλλεται από το παχύ έντερο με τη μορφή πλαισίου.

### Λειτουργία λεπτού εντέρου.

Στο λεπτό έντερο γίνεται η πέψη και η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών. Γίνεται η διάσπαση τριών κύριων θρεπτικών ουσιών σε απορροφήσιμα συστατικά, δηλαδή οι υδατάνθρακες διασπώνται σε μονοσακχαρίτες, οι πρωτεΐνες σε αμινοξέα και το λίπος σε λιπαρά οξέα και γλυκερίνη. Η σημαντικότερη πηγή ένζυμων είναι το πάγκρεας. Για να διασπασθεί το λίπος πρέπει να προηγηθεί γαλακτωματοποίησή του από τη χολή.

### Βλεννογόνος του λεπτού εντέρου.

Περιέχει διάφορους τύπους επιθηλιακών κυττάρων που επιτελούν διάφορες λειτουργίες παραγωγή πεπτικών ενζύμων, απορρόφηση παραγωγή βλέννας και παραγωγή ιστικών ορμονών που διεγείρουν την παγκρεατική έκκριση και προάγουν την περισταλτικότητα του εντέρου και της χοληδόχου κύστης ο χυμός των διασπώμενων τροφών μεταφέρεται κατά μήκος του εντέρου με κινήσεις ανάμιξης και περισταλτισμού.

Το παρασυμπαθητικό σύστημα προκαλεί προώθηση του εντερικού περιεχομένου, ενώ το συμπαθητικό έχει αντίθετη δράση.

Ενδεικτικά της σημασίας των κινήσεων αυτών για την απορρόφηση είναι ότι σε παράλυση του εντέρου με αντιχολινεργικά φάρμακα η απορρόφηση, ακόμα και του νερού και των ηλεκτρολυτών, διαταράσσεται σημαντικά. Τα αντιχολινεργικά σκευάσματα χορηγούνται σε σπαστικές καταστάσεις του γαστρεντερικού σωλήνα και σε περιπτώσεις πυλωροσπασμού. Τα αντιχολινεργικά που κυρίως χρησιμοποιούνται είναι τα φυσικά αλκαλοειδή της ευθαλείας (κυρίως η θειική ατροπίνη και τα ολικά αλκαλοειδή της ευθαλείας) καθώς και τα ημισυνθετικά και συνθετικά τους τεταρτοταγή αμμωνιακά παράγωγα (οματροπίνη, σκοπολαμίνη, οξυφαινόνιο, προπανθελίνη).

Τα τελευταία φάρμακα πλεονεκτούν των φυσικών αλκαλοειδών στο ότι στις συνηθισμένες θεραπευτικές δόσεις στερούνται κεντρικής δράσης (π.χ. διέγερση της αναπνοής), γιατί διέρχονται δύσκολα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.

Τέλος, η εντερική βλέννα έχει ενοχοποιηθεί για την κατακράτηση διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών, όπως είναι οι τεταρτοταγείς βάσεις του αμμωνίου.

Το δωδεκαδάκτυλο, μήκους περίπου 25 εκ, έχει σχήμα αγκύλης στο κοίλο της οποίας υπάρχει η κεφαλή του παγκρέατος. Καλύπτεται από εμπρός από το περιτόναιο και έτσι είναι ακίνητο. Λόγω της πορείας του εμφανίζει 4 μοίρες: την άνω (ή βολβός), την κατιούσα, την κάτω και την ανιούσα. Στην άνω μοίρα εντοπίζεται στο 90% των περιπτώσεων το έλκος του δωδεκαδάκτυλου. Επίσης, στο εσωτερικό της κατιούσας μοίρας υπάρχει το φύμα του Vater στο οποίο εκβάλλουν ο χοληδόχος και ο μείζων παγκρεατικός πόρος,

Το ελικώδες έντερο, μήκους περίπου 6-7 μ, αποτελεί τη συνέχεια του δωδεκαδάκτυλου. Κρέμεται από μια μεγάλη πτυχή του περιτόναιου, που λέγεται μεσεντέριο και καλύπτεται εξολοκλήρου από περιτόναιο, γεγονός που εξηγεί τη μεγάλη κινητικότητα του. Το μεσεντέριο είναι προσκολλημένο με τη ρίζα του στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Τα ανώτερα 2/5 του ελικώδους εντέρου αποτελούν τη νήστιδα, ενώ τα κατώτερα 3/5 αποτελούν τον ειλεό. Η μετάπτωση της νήστιδας στον ειλεό γίνεται χωρίς σαφές όριο.



## Ήπαρ .

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας του πεπτικού συστήματος και ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Αποτελεί το κεντρικό βιοχημικό εργαστήριο του οργανισμού και πιστεύεται ότι εκτελεί περισσότερες από 70 ζωτικές λειτουργίες.

Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι η ομοιοστάση της γλυκόζης, η σύνθεση πρωτεϊνών του πλάσματος, λιποειδών και λιποπρωτεϊνών, η σύνθεση και έκκριση χολικών οξέων, η εναποθήκευση βιταμινών (Α, D, Ε, Κ και Β12) καθώς και ο βιολογικός μετασχηματισμός, η αποτοξίνωση και η απέκκριση πολλών ενδογενών και εξωγενών ουσιών. Επιπλέον, συμβάλλει και στην παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων στα νεογνά, γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένο σ' αυτά.

Βρίσκεται στην άνω κοιλία κάτω από τον δεξιό θόλο του διαφράγματος. Το σχήμα του είναι τρίγωνο πρισματικό με τη βάση φερόμενη προς το δεξιό πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα. Το πρόσθιο χείλος είναι ψηλαφητό στον ζώντα (ψηλαφάται κάτω από το πλευρικό τόξο) και εμφανίζει δύο εντομές από τις οποίες σπουδαιότερη είναι η κυστική (δεξιά).

Με το δρεπανοειδή σύνδεσμο (τμήμα του περιτόναιου) το ήπαρ χωρίζεται σε δύο λοβούς, τον δεξιό και τον αριστερό (ανατομική διαίρεση}. Για την χειρουργική του ήπατος, το τελευταίο διαιρείται σε δύο λοβούς με όριο την κυστική εντομή, έτσι ώστε να υπάρχει ίδια αγγείωση στα τμήματα κάθε λοβού (χειρουργική διαίρεση).

Τέλος, το ήπαρ στηρίζεται στη θέση του από τον τόνο των κοιλιακών μυών, την κάτω κοίλη φλέβα και από πτυχές του περιτόναιου.

### **Κατασκευή του ήπατος.**

Το ήπαρ είναι μικτός αδένας, αλλά τόσο η έξω όσο και η έσω έκκριση διενεργούνται από το ίδιο κύτταρο, το ηπατικό. Το ηπατικό παρέγχυμα αποτελείται από ηπατικά λόβια, χοληφόρους πόρους, αγγεία και νεύρα. Το ηπατικό λόβιο (ανατομική και λειτουργική μονάδα του ήπατος) έχει πολύγωνο σχήμα και αποτελείται από ηπατικά κύτταρα που φέρονται σε στήλες με ακτινωτή διάταξη, από συνδετικό ιστό, από κλάδους της πυλαίας φλέβας και της ηπατικής αρτηρίας και από χοληφόρα σωληνάκια.

Στα υπερήλικα άτομα η επαγωγή των ηπατικών ένζυμων είναι σημαντικά ασθενέστερη συγκριτικά με τα νεώτερα. Διάφορες ουσίες, επιταχύνουν τον μεταβολισμό διαφόρων φαρμάκων.

Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένας μεγάλος κατάλογος φαρμάκων με ηπτοτοξική δράση. Ξεχωρίζουμε τη μεθολντόπα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση του ήπατος. Από την άλλη μεριά, τα οιστρογόνα, ιδιαίτερα των αντισυλληπτικών δισκίων έχουν ενοχοποιηθεί ως υπεύθυνα της ανάπτυξης καλοηθών όγκων του ήπατος.

Τέλος, για την ανάπτυξη κακοηθών όγκων του ήπατος έχουν ενοχοποιηθεί μεταξύ άλλων τα ανδρογόνα, το αρσενικό, το χλωριούχο βινύλλιο, η κατάχρηση οينوπνεύματος.

### **Αγγεία του ήπατος.**

Το ήπαρ δέχεται αίμα με δύο αγγεία, την πυλαία φλέβα και την ηπατική αρτηρία και το απάγει με τις ηπατικές φλέβες. Με την ηπατική αρτηρία γίνεται η θρεπτική λειτουργία του ήπατος, ενώ με την πυλαία φλέβα η λειτουργία του ήπατος, αφού με την πυλαία φέρονται στο ήπαρ προϊόντα της πέψης. Με τις ηπατικές φλέβες το σύνολο του αίματος εκβάλλει στην κάτω κοίλη φλέβα.

### Εκφορητική οδός του ήπατος.

Αποτελείται από δύο μοίρες, την ενδοηπατική και την εξωηπατική. Η πρώτη αποτελείται από τα χοληφόρα σωληνάρια και η δεύτερη από τον κοινό ηπατικό πόρο, τον κυστικό πόρο, τη χοληδόχο κύστη και το χοληδόχο πόρο, που εκβάλλει στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου (φύμα του Vater).

### Η χοληδόχος κύστη.

Είναι ανεύρυσμα σαν αχλάδι που βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος και αποθηκεύει τη χολή. Η χολή συμπυκνώνεται στη χοληδόχο κύστη στο 1/5-1/10 του αρχικού όγκου της με αφαίρεση νερού. Κατά τα μεσοδιαστήματα της πέψης, η χολή που παράγεται στο ήπαρ αθροίζεται στη χοληδόχο κύστη και κατά την πέψη χύνεται διαμέσου του χοληδόχου πόρου στο δωδεκαδάκτυλο.

Η χοληδόχος κύστη συσπάται βασικά με ορμονικά ερεθίσματα. Συγκεκριμένα, το λίπος ερεθίζει κύτταρα του 12δακτύλου που εκκρίνουν μια ορμόνη (χολοκυστοκινίνη), η οποία διεγείρει την κύστη προς σύσπαση.

### Πάγκρεας.

Το πάγκρεας είναι ένα σημαντικό όργανο που παραστάνει έναν μικτό αδένα με εξωκρινή και ενδοκρινή μοίρα. Το πάγκρεας βρίσκεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα πίσω από τον στόμαχο και εκτείνεται σχεδόν εγκάρσια από το δωδεκαδάκτυλο έως τον σπλήνα.

Εξαιτίας της θέσης του, το πάγκρεας είναι από τα περισσότερο δυσπρόσιτα όργανα της κοιλιάς και γι' αυτό υφίσταται σπανιότερα ρήξεις σε σχέση με τα υπόλοιπα κοιλιακά όργανα.

Η εξωκρινής μοίρα παράγει το παγκρεατικό υγρό που είναι πλούσιο σε διττανθρακικά και σε πεπτικά ένζυμα απαραίτητα για τη διάσπαση των πρωτεϊνών (θρυψίνη, χυμοθρυψίνη), λιπών (λιπάση) και υδατανθράκων (κυρίως αμυλάση) του εντερικού περιεχομένου.

Σε ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος χορηγούνται παγκρεατικά ένζυμα, υπό τη μορφή *παγκρεστίνης* και *παγκρεολιπάσης*.

Τα ένζυμα αυτά βρίσκονται σε αδρανή μορφή και ενεργοποιούνται στο δωδεκαδάκτυλο από ένα ένζυμο, την *εντεροκινάση*. Αν η ενεργοποίηση αυτή συμβεί μέσα στο ίδιο το πάγκρεας, επέρχεται αυτοπεψία και προκαλείται *οξεία παγκρεατίτιδα*. Σ' αυτήν παρατηρείται χαρακτηριστική αύξηση της αμυλάσης και λίπασης του αίματος.

Ένα σκεύασμα που χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια για την αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας είναι η *ατροπινίνη*, η οποία αναστέλλει τη δράση της *θρυψίνης* (η αποτελεσματικότητά της όμως έχει αμφισβητηθεί από μερικούς). Έκκριση του παγκρεατικού υγρού ελέγχεται κυρίως από δύο ορμόνες του δωδεκαδάκτυλου, την *εκκριματίνη* και την *χολοκυστοκινίνη*.

Το παγκρεατικό υγρό αποχετεύεται στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου με τον *μείζονα παγκρεατικό πόρο*. Στα ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει κοινή εκβολή του πόρου αυτού με τον *χοληδόχο πόρο*, αντίστοιχα προς το φύμα του Vater.

Η ενδοκρινής μοίρα αποτελείται από τα νησίδια του Langerhans που εκκρίνουν δύο ανταγωνιστικές ορμόνες, την *ινσουλίνη* και το *γλυκαγόνο* διαταραχές στην έκκριση της *ινσουλίνης* οδηγούν στην εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη, θα πρέπει να τονιστεί ότι η *ινσουλίνη* αυξάνει την ταχύτητα εισόδου της *γλυκόζης* στα κύτταρα.

Η ινσουλίνη του εμπορίου παραλαμβάνεται με εκχύλιση βοείου ή χοίρειου παγκρέατος και υφίσταται καθαρισμό. Έχουν παρασκευαστεί ινσουλίνες υψηλής καθαρότητας καθώς και ινσουλίνες ανθρώπινου τύπου.

Η συνήθης οδός χορήγησης της είναι η υποδόρια. Παρομοίως, οι σουλφονουλουρίες δρουν ως υπογλυκαιμικά φάρμακα, προάγοντας από τη μια μεριά την έκκριση της ινσουλίνης και μειώνοντας από την άλλη τα επίπεδα του γλυκαγόνου στο αίμα.

### Σπλήνας.

Ο σπλήνας αν και ανήκει στο λεμφικό σύστημα περιγράφεται με το πεπτικό για τοπογραφικούς λόγους. Βρίσκεται στο αριστερό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας, και «προστατεύεται» από τις κατώτερες πλευρές (9η, 10η, 11η πλευρά). Έτσι, κατάγματα των πλευρών αυτών προκαλούν συχνά ρήξη του σπλήνα και μεγάλη εσωτερική αιμορραγία λόγω της πλούσιας αιμάτωσής του. Έχει σχήμα σαν κόκκου καφέ, μέγεθος γροθιάς, χρώμα βαθυκόκκινο και σύσταση μαλακή. Ο φυσιολογικός σπλήνας δεν ψηλαφάται. Για να ψηλαφηθεί ο σπλήνας πρέπει το μέγεθος του να γίνει τριπλάσιο περίπου του φυσιολογικού.

Οι βασικότερες λειτουργίες του σπλήνα είναι οι ακόλουθες: 1) Αιμοποιητική δράση, μόνον όμως κατά την εμβρυϊκή ζωή επίσης φαίνεται πως παίζει ρόλο στην παραγωγή και την αποθήκευση της ερυθροποιητίνης. 2) Καταστροφή ερυθρών, λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. 3) Σχηματισμός χολερυθρίνης (με την αποδόμηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων) και συνεπώς τόπος αποθήκευσης σιδήρου. 4) Ανοσοβιολογική λειτουργία που συνίσταται σε παραγωγή λεμφοκυττάρων, αντισωμάτων και μονοκυττάρων μεγάλη είναι επίσης η σημασία του σπλήνα για την καταστροφή των κακοηθών κυττάρων.

5) Αποθηκευτική λειτουργία σε παθολογικές όμως καταστάσεις, οπότε αποτελεί αξιόλογη αιματοαποθήκη τούτο εξηγεί γιατί σε θρομβοπενία διενεργείται πολλές φορές

σπληνεκτομή. Έτσι, βέβαια υπάρχει συχνά ο κίνδυνος πρόκλησης θρομβώσεων

Μετά από σπληνεκτομή, το έλλειμα που δημιουργείται στην άμυνα του οργανισμού είναι τέτοιο, ώστε ο κίνδυνος ανάπτυξης λοίμωξης να είναι περίπου 60 φορές μεγαλύτερος απ' ό τι στα φυσιολογικά άτομα. Γι' αυτό το λόγο, θα πρέπει να αποφεύγεται η σπληνεκτομή σε άτομα με ελαττωμένη ανοσία όπως είναι παιδιά μικρότερα των 5 χρόνων, άτομα τρίτης ηλικίας καθώς και άτομα που παίρνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. [1]

# ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο αρχίζει από την ειλεοκολική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό και ακόμα διαιρείται σε τρεις μοίρες το τυφλό το κόλον και το απευθυσμένο .Το παχύ σχηματίζει μια αγκύλη η οποία περιβάλλει τις έλικες του παχέος εντέρου.

## ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Το παχύ έντερο παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που αυτά είναι το εύρος του που είναι πολλή μεγάλο, μικρότερο όμως σε σχέση με το μήκος του λεπτού εντέρου. Οι κολικές ταινίες που αυτές είναι τρεις και καταλαμβάνουν όλο το μήκος του παχέος εντέρου αλλά εξαφανίζονται προς το απευθυσμένο, τα εκκολπόμενα του παχέος εντέρου, τα οποία είναι διευρισμένα και δημιουργούνται από κυκλικές περισφύξεις σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου εκτός του απευθυσμένου και οι επιπλοκές αποφύσεις που αυτές είναι λιπόδες προσεκβολές του ορογόνου.

Το τυφλό έντερο αποτελεί την πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Τυφλό χαρακτηριστικά σημαίνει αδιέξοδο και όντως πράγματι το τυφλό έντερο είναι το τμήμα του παχέος εντέρου που προς τα πάνω έχει συνέχεια το άνιον κόλον και προς τα κάτω καταλήγει στον πυθμένα.

Το τυφλό έντερο έχει χαρακτηριστική ιδιαίτερη σημασία αλλά και σπουδαιότητα διότι εκεί σε αυτό ενώνεται το λεπτό έντερο και εκεί σχηματίζεται η ειλεοκολική βαλβίδα και μετά παρουσιάζεται η σκωλικοειδής απόφυση.

Η σκωλικοειδής απόφυση βρίσκεται στην έσω επιφάνεια του τυφλού λίγο πιο κάτω από την ειλεοκολική βαλβίδα αυτή έχει μήκος 7-9 εκατοστά του μέτρου είναι επιμήκης και λεπτή και παρουσιάζει αυλός ο οποίος είναι συνέχεια του αυλού του παχέος εντέρου.

Το τυφλό έντερο βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και καλύπτεται από περιτόναιο τελείως και έρχεται σε σχέση με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Το κόλον αποτελεί τη δεύτερη μοίρα του παχέος εντέρου και υποδιαιρείται στο άνιον κόλον και στο κάτιον κόλον του εγκάρσιου και του σιγμοειδούς. Το άνιον κόλον αποτελεί τη συνέχεια του τυφλού και φέρεται στα δεξιά της κοιλιάς προς τα πάνω μέχρι κάτω του ήπατος. Εκεί σχηματίζει κάθετη γωνία προς τα μέσα και συνεχίζεται από το εγκάρσιο κόλον η χαρακτηρηστική γωνία αυτή ονομάζεται δεξιά κοιλιακή καμπή.

Το εγκάρσιο κόλον αρχίζει από τη δεξιά κολική καμπή, που συνεχίζει προς τα αριστερά κατά μήκος της κοιλιάς κάτω από τον στόμαχο και καταλήγει πάνω από τον σπλήνα στην αριστερή κολική καμπή. Το εγκάρσιο προς τα πάνω βρίσκεται σε στενή σχέση με τον στόμαχο και ενώνεται προς το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με μεσεντέριο το εγκάρσιο μεσοκόλον.

Το κάτιον κόλον αρχίζει ως συνέχεια από το εγκάρσιο από την αριστερή κολική καμπή η οποία βρίσκεται κάτω από το σπλήνα και σχηματίζει οξεία γωνία και στη συνέχεια καταλήγει στο συγμοειδές που βρίσκεται στο αριστερό μέρος της κοιλιάς και συγκεκριμένα στο αριστερό λαγόνιο βόθρο αντίστοιχα προς την ελάσσονα πύελο μεταπίπτει στο συγμοειδές.



Το συγμοειδές καταλήγει στο απευθυσμένο και παρουσιάζει μεσοκόλον το λεγόμενο μεσοσυγμοειδές. Το απευθυσμένο ή ορθό έντερο βρίσκεται στην ελάσσονα πύελο και καταλήγει στον πρωκτό αφού σχηματίσει προηγούμενος αντίστημα προς το ύψος του κόκκυγα ένα διευρισμένο τμήμα την λεγόμενη κοπροδόχο λήκυθο. Το απευθυσμένο στον άνδρα έρχεται σε σχέση προς τα εμπρός με την ουροδόχο κύστη και στη γυναίκα με τη μητρα.

Ο πρωκτός αποτελεί την κατάληξη του πεπτικού σωλήνα και βρίσκεται στο βάθος της μεσογλουτιαίας σχισμής και περιβάλεται από ισχύρους μύες τους έξω και έξω σφηκτύρες του πρωκτού.

## ΥΦΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Το παχύ έντερο όπως και το λεπτό έντερο αποτελείται από την έξω αν μπορούμε να την πούμε πλευρά προς την μέσα από τρεις χιτώνες τον ορογόνο, τον μυϊκό και τον βλενογόνο χιτώνα.[2]

## ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Υφίσταται στο τοίχώμα αμφότερα τα πλέγματα. Το παρασυμπαθητικό νεύρο νευροί το παχύ έντερο με ίνες του πνευμονογαστρικού μέχρι το πρώτο τριτημόριο του εγκάρσιου κόλου και με τη βοήθεια των ινών προερχόμενων από ιερά από αυτό μοίρα νευρώνεται το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου. Οι προγαγγλιακές συμπαθητικές ίνες προέρχονται εκ των οσφυικών νευροτόμιον και καταλήγουν στα κάτω μεσεντέρια γάγγλια 2-4 εκ, από αυτά έρχονται από μεταγαγγλιακές ίνες αδρεναργικές οι οποίες κατανέμονται στα πλέγματα του εντέρου.

Το παρασυμπαθητικό αυξάνει τον τόνο του παχέος εντέρου επιτείνει τις κινήσεις από αυτό και πετυχαίνει καλύτερη αιμάτωση την αυξάνει και ακόμα αυξάνεται η έκκριση βλέννας. Το συμπαθητικό θα μπορούσαμε να πούμε ότι λειτουργεί αντίθέτως σε σχέση με το παρασυμπαθητικό.[3]

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Σε όλα τα κύτταρα του σώματος επιτελείται συνεχώς μετατροπή χημικής ενέργειας σε ετέρα μορφή. Η χημική αυτή ενέργεια απελευθερώνεται αρχικά με οξείδωση σε συστατικό των κυττάρων, τα όποια εκ τούτου συνεχώς καταναλίσκονται και συνεπώς απαιτείται ή έξωθεν εισαγωγή ύλικου προς αντικαταστασής τους.

Εξ' αλλού μερικά συστατικά των κυττάρων, παρά το γεγονός ότι δεν συμμετέχουν στις εξεργασίες αποδόσεις ενέργειας, αποβάλλονται από τα κύτταρα και γενικότερα από τον οργανισμό και ως εκ τούτου απαιτείται συνεχής αντικαταστασής τους στην εισαγωγή στο περιβάλλοντος. Επί πλέον, συνεχώς εις τον οργανισμό επιτελείται καταστροφή κυττάρων, τα όποια αντικαθίστανται από νεοπαράγόμενα πλείστα συστατικά των καταστρεφόμενων κυττάρων που αποβάλλονται από τον οργανισμό και συνεπώς απαιτείται ή αντικαταστασής τους δι' εισαγωγής εκ του περιβάλλοντος.

Τέλος, κατά την ανάπτυξη του σώματος προστίθεται όλη στον οργανισμό, ή οποία βεβαίως εισάγεται προς τα έξω.

Όλες οι ουσίες, οι όποιες απαιτούνται δια τους ανωτέρω σκοπούς (πλην του οξυγόνου) εισάγονται μέσω του πεπτικού συστήματος με τις προσλαμβανόμενες τροφές και ποτά.

Ωρισμένες των ουσιών αυτών, είναι το ύδωρ, οι ανόργανοι ηλεκτρολύτες, οι βιταμίνες, ή γλυκόζη, το οινόπνευμα, δύνανται να εισέρχονται εις το έσωτερικόν περιβάλλον του οργανισμού (δηλ. στο το αίμα, κ.λ.π.), μέσω του τοιχώματος του γαστρεντερικού σωλήνα χωρίς να απαιτήται να ύποσσουν προηγουμένως οποιανδήποτε τροποποίηση.

Η πέψη επιτελείται κυρίως με την επίδραση ειδικών ουσιών ενζύμων τα όποια δρουν αφ'ενός μεν εντός του αυλού του γαστρεντερικού σωλήνος, αφ' ετέρου δε και εντός των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου των λαχνών του λεπτού εντέρου. Εκ των ανωτέρω συνάγεται ότι ή πέψη αποτελεί πρωτίστως χημική έξεργασία.

Αυτή η λειτουργία του πεπτικού συστήματος δεν περιόριζεται μόνο στην χημική πέψη. Η πρόσληψη της τροφής, ή μηχανική επεξεργασία της στο στόμα, καθώς και ή προώθηση και ή ανάμιξη της μετά των πεπτικών υγρών στα διάφορα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα δύνανται να χαρακτηριστεί ως ή μηχανική συνιστώσα της πέψεως, δηλ. ή μηχανική πέψη.

Τέλος ή απομύζηση, δηλ. ή μεταφορά των προϊόντων της πέψεως από του αυλού του γαστρεντερικού σωλήνα προς το αίμα (είτε και προς την λέμφο), αποτελεί λειτουργία το όποιον διασπά το άμυλο (και το γλυκογόνο) κατά στάδια.

### **Βλεννογόνος Στομάχου.**

Ο βλεννογόνος του στομάχου καλύπτεται υπό μονόστιβο κυλινδρικό G επιθηλίου, το όποιο παράγει βλέννα. Το έπιθήλιο αυτό καταδύόμενο σχηματίζει τα βοθρία του βλεννογόνου, εντός αυτών εκβάλλουν οι γαστρικοί αδένες οι όποιοι, αναλόγως της θέσεως τους διαφοροποιούνται.

### Χημική πέψη .

Οι σιελογόνοι αδένες παράγουν το πρώτο πεπτικό υγρό μετά του οποίου η τροφή εξέρχεται σε επαφή με τον σίελο, ο οποίος εκκρίνεται από τους σιελογόνους αδένες. Ο σίελος περιέχει το ένζυμο αμυλάση. Σε ορισμένα άτομα η περιεκτικότητά της είναι εκ γενετής μικρότερη του φυσιολογικού. Εξασκεί επίσης αντίσηπτική ενέργεια για καταστροφή είτε αδρανοποιήσεως των μετά της τροφής προσλαμβανομένων μικροοργανισμών.

Το σημαντικότερο ένζυμο του γαστρικού υγρού είναι ή πεψίνη, ή οποία εκκρίνεται υπό των θεμελίων κυττάρων υπό την ανενεργό αυτή μορφή (πεψινογόνο). Το οποίο ενεργοποιείται προς δραστική πεψίνη υπό του HC1 και υπό της πεψίνης. Διασπά υδρολυτικώς ώρισμένους μόνον πεπτιδικούς δεσμούς των λευκωμάτων της τροφής, με αποτέλεσμα να μετατρέπει μέρος από αυτούς σε πολυπεπτίδια.

### Ρύθμιση της εκκρίσεως του γαστρικού υγρού.

Σε κενό στομάχι ή έκκριση είναι ελαχίστη είτε ουδόλως επιτελείται. Ο στόμαχος περιέχει μικρή ποσότητα καταποθέντος σάλιου, το σύνηθες επίστρωμα βλέννης και σε ορισμένες περιπτώσεις, ελάχιστη ποσότητα ελαφρώς όξινου γαστρικού υγρού.

Στην έκκριση του γαστρικού υγρού απαιτείται ερέθισμα, το όποιο τελικώς γίνεται με τη βοήθεια των γαστρικών αδένων: α) υπό την μορφή νευρικών ώσεων του πνευμονογαστρικού (και γενικώς νευράδων του υποβλεννογονίου νευρικού πλέγματος), β) υπό την μορφή της γαστρίνης και γ) υπό την μορφή της εντερικής γαστρίνης.

### **Κεφαλική φάση.**

Στους υποδοχείς γεύσεως αποστέλλονται σε αυτούς νευρικές ώσεις από κεντρομόλες νευρικές ίνες στον προμήκη, που από αυτόν διεγείρεται το κέντρο εκκρίσεως γαστρικού υγρού που από εκεί αποστέλλονται νευρικές ώσεις με φυγοκέντρες ίνες του πνευμονογαστρικού (προγαγγλιακί), οι οποίες επιδρούν στα παρασυμπαθητικά γαγγλία. Από τα γαγγλία αυτά που έρχονται μεταγαγγλιακές ίνες, οι οποίες νευρώνουν τα καληπτήρια και τα θεμέλια κύτταρα καθώς και τα κύτταρα G των γαστρικών αδένων, δια χολινεργικών νευρικών απολήξεων.

Το κέντρο εκκρίσεως γαστρικού υγρού στον προμήκη διεγείρεται και με ώσεις προερχομένων έκ του φλοιού του εγκεφάλου, κατόπιν επιδράσεως έτερολόγων ερεθισμάτων εφόσον έχει εγκατασταθεί εξάρτηση λόγω του συσχετισμού των ερεθισμάτων τούτων προς την πρόσληψη τροφής. Η διάρκεια της κεφαλικής φάσης είναι 30-60 min., καταργείται με την ατροπίνη (και άλλων αντιχολινεργικών φαρμάκων), καθώς και κατόπιν διατομής του πνευμονογαστρικού.

### **Γαστρική φάση.**

Μετά την είσοδο της τροφής στον στομάχι άρχεται ή επίδραση και ετέρων ερεθισμάτων ως ακολούθως: α) ή διάταση του στομάχου ενεργοποιεί τους τασεουποδοχείς του τοιχώματος, εκ των οποίων αποστέλλονται νευρικές ώσεις στις κεντρομόλες ίνες του πνευμονογαστρικού στον προμήκη, δια των οποίων διεγείρεται το κέντρο εκκρίσεως του γαστρικού υγρού.

### Εντερική φάση.

Κατά την επίδραση επί του βλεννογόνου του δωδεκαδάκτυλου και της νήστιδος προϊόντων της πέψεως, καθώς και κατά την διάτασιν του τοιχώματος, εκκρίνεται προς το αίμα ή εντερική γαστρίνη, ή οποία διεγείρει τους γαστρικούς αδένες προς την έκκριση του γαστρικού υγρού.

### Πάγκρεας- Παγκρεατικό υγρό.

Το πάγκρεας αποτελεί μικτό αδένα και αποτελείται από ενδοκρινή και εξωκρινή μοίρα. Η εξωκρινής μοίρα ή οποία καταλαμβάνει τα 99 % περίπου της μάζας του αδένα, είναι υπεύθυνος για την παραγωγή του παγκρεατικού υγρού, το όποιον αποτελεί το σημαντικότερο πεπτικό υγρό. Το οποίο αποτελεί ουσιαστικώς μίγμα δύο υγρών του παχύρρευστου και του υδαρούς που μερικό από αυτό έχει διάφορη προέλευση. Διάφορα ερεθίσματα εκκρίσεως και διάφορη λειτουργία.

Το παχύρρευστο παγκρεατικό υγρό εκκρίνεται στα αδενικά κύτταρα στις αδενοκυψελίδες, περιέχει όλα τα ένζυμα του παγκρεατικού υγρού, ενώ το υδαρές παγκρεατικό υγρό εκκρίνεται πιθανώς από τα κυψελόκεντρα κύτταρα, σε αυτό δε οφείλεται ή αλκαλική αντίδραση του παγκρεατικού υγρού λόγω της σημαντικής περιεκτικότητάς του σε  $\text{NaHCO}_3$ .

Τα ένζυμα του παγκρεατικού υγρού είναι: α) τα πρωτεολυτικά θρυψίνη, χυμοθρυψίνη και καρβοξυπεπτιδάση.

β) ή παγκρεατική λιπάση, εκκρίνεται από την ενεργοποιημένη μορφή, διασπά υδρολυτικά ουδέτερα λίπη κατά στάδια μέχρι γλυκερίνης και τρία λιπαρά οξέα.

Η διάσπαση δεν είναι πλήρης και το ουδέτερο λίπος της τροφής καταλήγει τελικά σε διγλυκερίδια και μονογλυκερίδια, λιπαρά οξέα και γλυκερίνη, μετά μικρού πόσου μη υδρολυθέντος ουδετέρου λίπους.

Η επίδραση της λιπάσης υποβοηθείται στα μέγιστα, λόγω της γαλακτωματοποίησής της την οποία υφίστανται τα λίπη υπό την επίδραση των χολικών αλάτων της χολής.

γ) ή αμυλάση του παγκρεατικού) υγρού εκκρίνεται υπό ενεργοποιημένη μορφή. Διασπά το άμυλο και το γλυκογόνο της τροφής και τις δεξτρίνες σε μαλτόζη και μερικό προς γλυκόζη.

### **Ρύθμιση της εκκρίσεως του Παγκρεατικού υγρού.**

Όπως και η έκκριση του γαστρικού υγρού επιτελείται δια της επιδράσεως νευρικών και ορμονικών παραγόντων και διακρίνεται σε κεφαλική, γαστρική και εντερική φάση.

### **Κεφαλική φάση**

Μερικώς περιγράφεται για την έκκριση του γαστρικού υγρού .

Από αυτήν εκκρίνεται πυκνόρρευστο υγρό, πλουσιότατο σε ένζυμα.

### **Γαστρική φάση**

Αντανακλαστικός λόγο διατάσεις του στομάχου η γαστρίνη επίσης, κυκλοφορούμενη στα αδενικά κύτταρα του παγκρέατος, εκκρίνεται πυκνόρρευστο παγκρεατικό υγρό.

### **Εντερική φάση.**

Αυτή πραγματοποιείται με την βοήθεια επιδράσεως δύο εντερικών ορμονών, της εκκριματίνης και της χολοκυστοκινίνης-παγκρεοενζυμίνης οι οποίες παράγονται από κυττάρων του βλεννογόνου του δωδεκαδάκτυλου. Η εκκριματίνη παράγεται όταν επίδραση του δωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου υδροχλωρικού οξέως στο στομάχι φέρεται στο αίμα και επιδρά, πιθανώς στα κυψελόκεντρα κύτταρα, στη συνέχεια προκαλείται η έκκριση αφθόνου υδαρούς υγρού, αλκαλικής αντιδράσεως οφειλομένης στην μεγάλη περιεκτικότητά του σε  $\text{NaHCO}_3$  Η GPZ εκκρίνεται επίσης από τον εντερικό βλεννογόνο.



## Χολή.

Η χολή αποτελεί πεπτικό υγρό. Αυτή περιέχει ουσίες, τα χολικά οξέα και τα χολικά άλατα, οι οποίες είναι απαραίτητες στην πέψη και στην απομύζηση του εντέρου. Σε περίπτωση απουσίας χολής από το έντερο το λίπος της τροφής δεν πέπτεται ούτε απομυζείται, με αποτέλεσμα να αποβάλλεται μετά των κοπράνων κατάσταση αυτή καλείται στεατόρροια.

Ακόμα πλέον, όταν το λίπος παραμένει άπεπτο, καλύπτει τα τεμάχια της τροφής κατά τρόπο ώστε τα λοιπά ένζυμα να μη είναι δυνατόν να εισχωρήσουν εντός της μάζας της τροφής και να πέψουν τα λευκώματα, και τούς υδατάνθρακες. Όταν δηλαδή δεν διοχετεύεται χολή στο έντερο, πλην της στεατορροίας, αποβάλλεται μετά των κοπράνων και μεγάλο ποσοστό του λευκώματος και των υδατανθράκων της τροφής.

## Απομύζηση εκ του Λεπτού εντέρου.

α) Υδατάνθρακες: Το άμυλο (και το γλυκογόνο) της τροφής διασπάται με τη βοήθεια της αμυλάσης του σάλιου και του παγκρεατικού υγρού σε μαλτόζη και σε πολύ μικρό βαθμό σε γλυκόζη. Οι δισακχαρίτες, καλαμοσάκχαρο και λακτόζη της τροφής, καθώς και ή μαλτόζη, ελάχιστη μόνο διάσπαση υφίστανται εντός του αυλού του εντέρου υπό των ενζύμων σακχάρασης λακτάσης και μαλτάσης.

Εν συνάψει οι υδατάνθρακες της τροφής ευρίσκονται εντός του αυλού του εντέρου, μετά την επίδραση των πεπτικών υγρών, ως δισακχαρίτες (μαλτόζη, καλαμοσάκχαρο, λακτόζη) και ως μονοσακχαρίτες (γλυκόζη, φρουκτόζη, γαλακτόζη).

Οι δισακχαρίτες και οι μονοσακχαρίτες εισέρχονται εντός της ψηκτροειδούς παρυφής των επιθηλιακών κυττάρων των λαχνών με άγνωστο ως τώρα μηχανισμό, εντός αυτής οι δισακχαρίτες διασπώνται σε ένζυμα προς τους αντιστοίχους μονοσακχαρίτες. [4]

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Όταν η πέψη ολοκληρώνεται με τα χρήσιμα συστατικά οι άλλες ουσίες να απορροφώνται από τους χυμούς, τα απόβλητα και οτιδήποτε δεν χωνεύεται καθώς και το υπερβολικό νερό στέλνεται πίσω στο παχύ έντερο μέσω της ειλεοτυφλικής βαλβίδας.

Το παχύ έντερο απορροφά υπερβολικό υγρό από τους χυμούς μέσω των αγγείων στο εσωτερικό στρώμα. Δεν υπάρχουν λάχνες στο παχύ έντερο. Το απορροφημένο νερό συν κάποια άλατα και πρωτεΐνες αργότερα φιλτράρονται από το αίμα μέσω των νεφρών και αποβάλλονται στα ούρα. Το υπόλοιπο ινώδες απόβλητο υλικό σχηματίζεται σε ημιστερεά κόπρανα και αποβάλλεται μέσω του εντέρου.

### Το Τυφλό Έντερο και η Σκωληκοειδής Απόφυση

Τα υλικά της πέψης από τον ειλέο εισέρχονται σε ένα μικρό τμήμα του εντέρου που ονομάζεται τυφλό έντερο.

Μία μικρή τυφλή προβολή η σκωληκοειδής απόφυση εκτείνεται από το τυφλό έντερο. Η σκωληκοειδής απόφυση είναι μία σύνθεση με σχήμα σκώληκα, στο μέγεθος του μικρού δακτύλου. Τείνει να γεμίζει εύκολα αλλά αδειάζει μάλλον αργά.

Περιστασιακά μία ουσία προξενεί διέγερση στο εσωτερικό της και προκαλεί έντονη φλεγμονώδη διαδικασία γνωστή σαν σκωληκοειδίτιδα. Αν επιμένει ή προοδεύει χρειάζεται χειρουργική αφαίρεση που ονομάζεται σκωληκοειδεκτομή.

## Το Ανιόν, Εγκάρσιο και Κατιόν Κόλον.

Το παχύ έντερο χωρίζεται σε ανιόν, εγκάρσιο και κατιόν τμήμα. Το ανιόν τμήμα συνδέει το τυφλό έντερο στο επίπεδο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και συνεχίζεται προς τα πάνω δεξιά από την κοιλιά στην ηπατική καμπή. Γενικά είναι λίγο μεγαλύτερο σε διάμετρο από το κατιόν τμήμα. Η άνω δεξιά γωνία ή ηπατική καμπη βρίσκεται μπροστά από το δεξιό νεφρό και πίσω από τον δεξιό λοβό του ήπατος.

Η εγκάρσια μεριά αρχίζει στην ηπατική καμπή και εκτείνεται με κυκλική κίνηση σε όλη την κοιλιακή κοιλότητα μέχρι το σημείο κάτω από το σπλήνα, την σπληνική καμπή. Το Κεντρικό τμήμα βρίσκεται στο μεσεντέριο αλλά μπορεί να κινηθεί ελεύθερα. Και η ηπατική και η σπληνική καμπή σταθερά βρίσκονται στο πίσω μέρος του κοιλιακού τοιχώματος.

Το κατιόν τμήμα αρχίζει στη σπληνική καμπή και εκτείνεται προς τα κάτω στην αριστερή πλευρά της κοιλιάς μέχρι που φτάνει στην άκρη της πυελικής κοιλότητας.

Αυτό το τμήμα είναι κάπως μικρότερο σε διάμετρο. Βρίσκεται σταθερά στο κοιλιακό οπίσθιο τοίχωμα για να διατηρεί την θέση του.

## Το Σιγμοειδές, Το Ορθό και ο Πρωκτικός Σωλήνας .

Αφού το παχύ έντερο μπει στην πυελική κοιλότητα κάνει δύο κάμψεις σε σχήμα S και ονομάζεται σιγμοειδές τμήμα του κόλου. Το σιγμοειδές τμήμα εκτείνεται από την λαγόνια ακρολοφία προς τα πάνω και πίσω και συνδέεται με το ορθό. Το ορθό έχει μήκος 15 εκ, εξυπηρετεί στην συλλογή της συνέχειας πέψης. Όταν συσσωρευτεί αρκετό υλικό τότε ενεργοποιείται και νιώθουμε την ανάγκη της αφόδευσης.

Ο πρωκτικός σωλήνας έχει μήκος 2,5 cm εκτείνεται από το ορθό στον πρωκτό (άνοιγμα του σώματος). Και τα δύο άκρα της οδού ελέγχονται από το σφηκτῆρα μυ. Ο εσωτερικός πρωκτικός σφιγκτήρας είναι ακούσιος μυς. Όταν αρχίζει η εκκένωση, η νευρική απόληξη του ορθού διεγείρεται και συσπάται και ο εντερικός σφιγκτήρας χαλαρώνει επιτρέποντας στα κόπρανα να εισέλθουν στον πρωκτικό σωλήνα.

Ο εξωτερικός πρωκτικός σφιγκτήρας είναι εκούσιος μυς και μπορεί συνειδητά να ελέγχεται για να εμποδίσουμε την κένωση. Δεν είναι σωστό να καταστήσουμε συνήθεια την καθυστέρηση της κένωσης διότι τείνει να προκαλείτο *δυσκιλιότητα*.

Όταν η κατάσταση του ασθενούς εμποδίζει στην ικανότητά του να ελέγξει τον πρωκτό, όπως στην περίπτωση εγκεφαλικού επεισοδίου με παράλυση, τότε αδειάζει όποτε γίνεται ο νευρικός ερεθισμός και ο ασθενής τότε λέμε ότι έχει ακράτεια κοπράνων. Αυτή η κατάσταση είναι ιδιαίτερα άσχημη για τον ασθενή που μπορεί και καταλαβαίνει ότι αυτό συμβαίνει.

Το αντίθετο πρόβλημα συχνά είναι αποτέλεσμα παρατεταμένης ή σοβαρής ασθένειας που προκαλείται από απώλεια του μυϊκού τόνου έτσι ώστε ο ασθενής να μην μπορεί να αποβάλλει το περιεχόμενο του εντέρου.

Αυτό προκαλεί στερεότητα στο υλικό καθώς χάνονται τα υγρά που περιέχει και η μάζα γίνεται τέτοιου μεγέθους που δεν μπορεί να μετακινηθεί.[5]

## ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι κυριότερες λειτουργίες του παχέος εντέρου (κόλου) είναι (1) η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών από το χυμό, και (2) η εναποθήκευση του κοπρανώδους υλικού ώσπου να γίνει. Το κεντρικό ημιμόριο του κόλου εκτελεί κυρίως απορρόφηση και το περιφερικό εναποθήκευση επειδή γι' αυτές τις λειτουργίες δεν απαιτούνται έντονες κινήσεις, φυσιολογικά οι κινήσεις του κόλου είναι βραδείες.

Ωστόσο, ακόμη και βραδείες, έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά των κινήσεων του λεπτού εντέρου και μπορούν επίσης να διακριθούν σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης.

### Κινήσεις ανάμιξης.

Όπως στο λεπτό έντερο παρατηρούνται κινήσεις τμηματικές, έτσι και στο παχύ παρατηρούνται μεγάλες κυκλικές συστολές. Σε καθένα από αυτά τα σημεία συστολής συσπύεται η κυκλική μυϊκή στιβάδα, μερικές φορές προκαλώντας στένωση του αυλού του κόλου ως την πλήρη του απόφραξη.

Ταυτόχρονα, συστέλλεται και η επιμήκης μυϊκή στιβάδα του κόλου, που είναι κατανεμημένη σε τρεις επιμήκεις μυϊκές ταινίες. Τις λεγόμενες κολικές ταινίες.

Οι συνδυασμένες συστολές της κυκλικής στιβάδας και των επιμήκων ταινιών των λείων μυών του κόλου έχουν ως αποτέλεσμα την προβολή των ανερέθιστων περιοχών του με τη μορφή σακοειδών εγκολπώσεων που ονομάζονται κολικές κυψέλες.

Οι συστολές των κυψελών συνήθως φτάνουν στη μεγαλύτερή τους ένταση σε 30 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που θα αρχίσουν και μετά εξαφανίζονται μέσα στα επόμενα 60 δευτερόλεπτα. Κατά διαστήματα, οι συστολές αυτές, παράλληλα με την κυκλική τους πορεία, κινούνται επίσης αργά και προς την κατεύθυνση του δακτυλίου.

Μετά από λίγα ακόμα λεπτά, παρουσιάζονται νέες συστολές των κολικών κυψελών σε γειτονικές θέσεις. Κατά συνέπεια, το κοπρανώδες περιεχόμενο του παχέος εντέρου «ανασκαλεύεται» βαθμιαία και ανακατεύεται με τρόπο που μοιάζει πολύ με το τσάπισμα.

Έτσι, όλη η ποσότητα της κοπρανώδους μάζας εκτίθεται βαθμιαία στη βλεννογόνια επιφάνεια του παχέος εντέρου, και το υγρό της μέρος απορροφάται προοδευτικά ώσπου από τα 1500 ml της ημερήσιας ποσότητας του χυμού να βγουν στα κόπρανα μόνο 80-200 ml .

## Κινήσεις προώθησης — «Μαζικές κινήσεις».

Στο παχύ έντερο δεν παρατηρούνται περισταλτικά κύματα του λεπτού εντέρου.

Αντίθετα, το κοπρανώδες περιεχόμενό του προωθείται προς τον πρωκτό με (1) τις συστολές των κολικών κυψελών και (2) με μαζικές κινήσεις. Στο εγκάρσιο και στο σιγμοειδές κόλον, οι μαζικές κινήσεις αναλαμβάνουν κυρίως τον προωθητικό ρόλο.

Τη μαζική κίνηση χαρακτηρίζει η ακόλουθη αλληλουχία γεγονότων: αρχικά εμφανίζεται ένα σημείο στένωσης σε κάποια περιοχή διάτασης ή ερεθισμού του κόλου. Πολύ γρήγορα, στη συνέχεια, 20 ή περισσότερα cm παχέος εντέρου περιφερικά από τη στένωση συστέλλονται σχεδόν ως ενιαίο σύνολο και ωθούν όλο μαζί το κοπρανώδες υλικό αυτής της περιοχής προς τα κάτω.

Η πυροδότηση της συστολής ολοκληρώνεται σε 30 δευτερόλεπτα περίπου και, μετά, στη διάρκεια των επόμενων 2-3 λεπτών, το τμήμα χαλαρώνει. Μαζικές κινήσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του κόλου, αν και είναι συχνότερες στο εγκάρσιο ή το κατίον κόλον. Όταν οι κινήσεις αυτές έχουν ωθήσει μια μάζα κοπράνων στο ορθό, προκαλεί τήν αίσθηση της απόδρασης.[6]



## ΑΦΟΔΕΣΙΣ

Συνήθως τα κόπρανα παραμένουν εντός του σιγμοειδούς μέχρις, όπου επέλθει ή αφόδευσις. Κατά την προώθηση εκ του σιγμοειδούς στο ορθό φαίνεται ότι παρεμβάλλεται κώλυμα κατά την δίοδο των κοπράνων.

Η κένωση αυτή υποβοηθείται διά τής συγχρόνου συστολής του διαφράγματος και των μυών των κοιλιακών τοιχωμάτων, που επέρχεται αύξηση τής ενδοκοιλιακής πίεσεως καθώς και διά τής συστολής των ανελκτήρων του πρωκτού και άλλων μυών του περινέου, που συγκρατούν τό περινεον και υποβοηθούν τήν κένωση. Κατόπιν διατομής των ινών αυτών ή κινητικότης τής κάτω μοίρας του παχέος εντέρου αυξάνεται, αντιθέτως δέ κατόπιν ερεθισμού αυτού έρχεται χάλαση του κόλου.

Ο έρεθισμος αυτός προκαλεί επίσης αύξηση του τόνου του έσω σφιγκτήρος του πρωκτού. Οι παρασυμπαθητικές ίνες προέρχονται εκ των ιερών νευροτομιών του νωτιαίου μυελού, που σχηματίζουν τό πυελικό νεύρο. Αυτές ασκούν συνεχή κινητική επίδραση.

Η διατομή των πυελικών νεύρων επιφέρει χάλαση, ο ερεθισμός αυτός αύξηση τής κινητικότητος τής κάτω μοίρας του κόλου.

Τό νωτιαίο κέντρο τής αφόδευσης βρίσκεται στα οσφυϊερά νευροτόμια του νωτιαίου μυελού, κυρίως εντός του δευτέρου, του τρίτου και του τετάρτου ιερού νευροτομίου. [6]

## ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαλήνο οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος όπως την περιέγραψαν οι δυο αυτοί μεγάλοι σοφοί με την διόγκωση και την διήθηση της θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο ήταν όμοιο με τον καρκίνο τον κά βουρα της θάλασσας. Ακόμη η ονομασία καρκίνος-κάβουρας της θάλασσας του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο του καρκίνου όμοιο με τον πόνο που περνά κάποιος όταν τον δαγκώσει κάβουρας. Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου.[13]

## ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Κατά την κυτταρική βιολογία το καρκινογόνο κύτταρο είναι πολύ αδύναμο και μπερδεμένο. Το κύτταρο αυτό περιέχει ανακριβείς γενετικές πληροφορίες έτσι ώστε είναι ανίκανο να επιτελέσει το σκοπό και τη λειτουργία για την οποία προορίζεται.

Αυτό το κύτταρο μπορεί να έχει πάρει ανακριβές πληροφορίες είτε γιατί υπέστη την επίδραση επιβλαβών ουσιών, είτε επειδή βλαπτικέ από άλλα εξωτερικά αίτια ή απλά γιατί στη διαδικασία της αναπαραγωγής δισεκατομμυρίων κυττάρων το σώμα καμιά φορά φτιάχνει και κανένα ατελές.

Αν αυτό το κύτταρο αναπαραγάγει άλλα κύτταρα σχηματίζεται ένας όγκος, δηλαδή μια μάζα τέτοιων ατελών κυττάρων.

Φυσιολογικά το ανοσοποιητικό σύστημα αναγνώριζε αυτά τα κύτταρα και τα καταστρέφει ή τουλάχιστον τα περιορίζει ώστε να μην μπορούν να επεκταθούν.

Κι ενώ ανάμεσα στα φυσιολογικά κύτταρα υπάρχει ένα είδος “κωδικού” επικοινωνίας που εμποδίζει, την υπερπαραγωγή τους, τα κακοήθη κύτταρα είναι επαρκώς αποδιοργανωμένα ώστε να μην ανταποκρίνονται στην επικοινωνία με τα φυσιολογικά κύτταρα που τα περιβάλλουν και αρχίζουν να αναπαράγονται απρόσεκτα.

Έτσι τα μη σωστά κύτταρα μπορεί να αρχίσουν να εμποδίζουν την κανονική λειτουργία των διαφόρων οργάνων του σώματος. Σε πολλές μορφές καρκίνου τα κακοήθη κύτταρα αποχωρίζονται από την αρχική μάζα και μεταφέρονται σε άλλα μέρη του σώματος όπου αρχίζουν να αναπαράγονται και να σχηματίζουν νέους όγκους. Αυτή η διαδικασία της αρχικής εστίας αυτών των κυττάρων και η επέκτασή τους καλείται “μετάσταση”. [9]

## ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Καρκίνους συνηθίζουμε να αποκαλούμε σήμερα συλλογικά, χωρίς αυτό να είναι απόλυτο ορθό, όλα τα νεοπλασμάτα που εμφανίζονται κλινικής και παθολογοανατομικής εικόνας και ιστοπαθολογικής υφής, καλύτερα όμως θα ήταν να μιλάμε για κακοήθη νεοπλασμάτα.

Ο καρκίνος εκπροσωπεί μια μεγάλη ομάδα από αρρώστιες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό, ανώμαλων κυττάρων.

Ο καρκίνος του παχέους εντέρου πρόκειται για αδενοκαρκινώμα εκκρίνοντας συνήθως βλέννη.[9]

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνο του παχέος εντέρου περιβαλλοντικοί παράγοντες στη ζωή του ενήλικα συνεχίζουν να μεταβάλλουν τον κίνδυνο. Μετανάστες από χώρες χαμηλού κινδύνου σε χώρες υψηλού κινδύνου αποκτούν τους δείκτες θνησιμότητας της νέας χώρας.

Παρόμοια τάση έχει περιγραφεί για τους Έλληνες μετανάστες στην Αυστραλία. Υψηλοί δείκτες έχουν περιγραφεί σε εργάτες εκτεθειμένους σε ίνες αμιάντου σε εργαζόμενους σε κλωστοϋφαντουργεία, σε εργάτες μετάλλου καθώς και στα καθιστικά επαγγέλματα γενικά.

Ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του παχέος εντέρου σε άτομα με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα διάρκειας τουλάχιστον 10 χρόνων είναι περίπου 20 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του μέσου πληθυσμού, ενώ πιο περιορισμένος κίνδυνος σχετίζεται με τη νόσο του Crohn.

Τα μέλη των οικογενειών των ασθενών καθώς και ορισμένα σχετικά σπάνια σύνδρομα οικογενούς πολυποδιάσεως διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου.

Γυναίκες με καρκίνο του παχέος εντέρου βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο αναπτύξεως πρωτοπαθών καρκίνων στο μαστό, στις ωοθήκες και στο ενδομήτριο.

Διεθνείς συγκρίσεις και άλλες επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι η επίπτωση αυτού του καρκίνου σχετίζεται με την κατανάλωση κρέατος (ιδιαίτερα Βοδινού) και ζωικών λιπών. Έχει συστηματικά βρεθεί θετική σχέση ανάμεσα στη συνολική πρόληψη ενέργειας και στον καρκίνο του κόλου, παρόλο που η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Εντούτοις, η παχυσαρκία αυτή καθαυτή δεν φαίνεται να αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα. Μηχανισμοί που έχουν προταθεί για τη σχέση καταναλώσεως λιπών και καρκίνου του κόλου αναφέρονται στην αυξημένη έκκριση

χολικών αλάτων και στην ανάπτυξη βακτηριδίων που μετατρέπουν τα χολικά άλατα σε καρκινογόνες ουσίες. Η υπόθεση ότι οι διατροφικές ίνες παρέχουν προστασία από αυτό τον καρκίνο πρωτοδιατυπώθηκε από τον Burkitt. Η πρόσληψη τροφών με υψηλό υπόλειμμα θεωρείται ότι συντομεύει το χρόνο διελεύσεως των τροφών και αραιώνει τη συγκέντρωση καρκινογόνων ουσιών στα κόπρανα η θεωρία του Burkitt θεωρείται σήμερα από τους περισσότερους υπεραπλουστευτική.

Η υψηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (ιδιαίτερα ανθοκραμοειδών) έχει συστηματικά βρεθεί να σχετίζεται με χαμηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου, αλλά διατροφικές ίνες προερχόμενες από δημητριακά είτε δεν σχετίζονται καθόλου είτε σχετίζονται θετικά με την επίπτωση αυτού του καρκίνου.

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι η κατανάλωση οινόπνευματων ποτών και ιδιαίτερα μπύρας σχετίζεται με την αύξηση της επιπτώσεως του καρκίνου στο ορθό, ενώ τα στοιχεία για τον καρκίνο του κόλου είναι αντιφατικά.

Άλλοι προστατευτικοί ή παράγοντες κινδύνου που έχουν διερευνηθεί, χωρίς να υπάρχουν ωστόσο αποδείξεις, είναι οι Βιταμίνες Ε και C η Βιταμίνη Α και η β-καροτίνη, το σελήνιο το ασβέστιο ινδόλες σε διάφορα φυτά, ορισμένα λιπαρά οξέα κ.λ.π (Αφροδίσιες λοιμώξεις σχετίζονται με την αιτιολογία του πλακώδους κυτταρικού καρκίνου της ορθοπρωκτικής χώρας.[7]

## ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Μολονότι ο καρκίνος θεωρείται ως μία ασθένεια, στην πραγματικότητα περιλαμβάνει τουλάχιστον διακόσια διαφορετικά νοσήματα. Για τους περισσότερους καρκίνους δεν υπάρχει σαφώς καθορισμένη αιτία. Είναι αλήθεια ότι ο καρκίνος παραμένει κάτι το μυστηριώδες. Νέες ενδείξεις και εμπειριστατωμένες έρευνες, όμως, έχουν αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις μάς.

### Ο ρόλος των ογκονιδίων.

Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες και σημαντικές εξελίξεις υπήρξε η πρόσφατη ανακάλυψη ότι ορισμένα φυσιολογικά γονίδια.

Τα λεγόμενα ογκογονίδια, είναι δυνατό να μετατραπούν σε γονίδια που ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου. Η ανακάλυψη αυτή οδήγησε σε περαιτέρω έρευνα, με σκοπό να κατανοηθεί πληρέστερα ο τρόπος ανάπτυξης του καρκίνου.

Άλλα γονίδια, τα ονομαζόμενα κατασταλτικά, σταματούν τη μετατροπή των φυσιολογικών γονιδίων σε ογκογονίδια.

Αν τα κατασταλτικά γονίδια δεν λειτουργήσουν σωστά ή αν λείπουν εντελώς, τότε η πορεία της καρκινογένεσης είναι δυνατό να μην ανασταλεί.

## Οι επιπτώσεις στον μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο.

Όλες οι νέες πληροφορίες ενισχύουν την πιθανότητα ότι σύντομα θα καταστεί δυνατό να εξετάζουμε τον καθένα για να διαπιστώσουμε αν είναι φορέας των ειδικών ογκογονιδίων, καθώς και αν τα κατασταλτικά ογκογονίδια είναι ελαττωματικά ή απουσιάζουν.

Η παρουσία ορισμένων ογκογονιδίων ίσως είναι δυνατό να μας πληροφορήσει για τις πιθανότητες μετάστασης ενός καρκίνου. Ίσως επίσης γίνει σύντομα εφικτός ο εντοπισμός των ατόμων που αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Τέλος, είναι πιθανό να ανακαλυφθούν και άλλοι τρόποι και τεχνικές για τον μαζικό πληθυσμιακό έλεγχο.

Πρόσφατα ανακαλύφθηκαν τρόποι ελέγχου των ογκογονιδίων οι οποίοι σιγά σιγά εφαρμόζονται ευρύτερα.

Οι νέες γνώσεις χρησιμοποιούνται ήδη για τη μελέτη της οικογενούς (κληρονομικής) πολυποδίασης του παχέος εντέρου.

### Πώς εξελίσσεται αυτή η διαδικασία.

Στα ανθρώπινα κύτταρα υπάρχουν πενήντα ως εκατό χιλιάδες γονίδια. Οι ερευνητές όμως υποστηρίζουν ότι δεν υπερβαίνουν τα εκατό όσα ρυθμίζουν την ανάπτυξη ή τη διαίρεση του κυττάρου. Είναι πλέον γνωστό ότι όλοι μας φέρουμε φυσιολογικά κύτταρα που περιέχουν ογκογονίδια στα χρωματοσώματά τους, τα οποία όμως ουδέποτε δραστηριοποιούνται.

Σε μερικές περιπτώσεις όμως, γίνεται μετάλλαξη στη δομή του κυττάρου λόγω κάποιας προσβολής. Ορισμένοι ερεθισμοί ή χημικές ουσίες θέτουν σε κίνηση το «διακόπτη» και μερικά ογκογονίδια ενεργοποιούνται και αρχίζουν να συνεργάζονται για να μετατρέψουν ένα φυσιολογικό κύτταρο σε καρκινικό. Πιστεύεται ότι η διαδικασία έχει τουλάχιστον δύο φάσεις.



Πρώτα πρέπει να υποστεί το DNA μια αλλαγή που θα καταστήσει το κύτταρο δεκτό. Κατόπιν μια δεύτερη αλλαγή ή σειρά αλλαγών στο DNA θα μετατρέψει το δεκτικό κύτταρο σε καρκινικό.

Το μεγαλύτερο ερώτημα είναι τι προκαλεί τις αλλαγές στο DNA στην αρχική φάση. Σύμφωνα με μία από τις υπάρχουσες θεωρίες, οι ιοί εισάγουν το δικό τους DNA. Υπάρχει επίσης κάποια ένδειξη ότι ένα κύτταρο βάλλεται στο κατάλληλο σημείο από ένα «καρκινογόνο βλήμα» που μπορεί να το μετατρέψει σε καρκινικό.

**Η Θεωρία των πολλαπλών κρούσεων** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή όλοι οι καρκίνοι δημιουργούνται υπό δύο τουλάχιστον μεταβολές ή «κρούσεις», οι οποίες γίνονται στα γονίδια του κυττάρου. Με το χρόνο οι κρούσεις αυξάνονται και αλληλεπιδρούν. Όταν φτάσει η κατάλληλη στιγμή, αρχίζει να αναπτύσσεται ο καρκίνος.

Οι κρούσεις μπορεί να προκληθούν από διάφορες χημικές ή εξωγενείς ουσίες που προκαλούν καρκίνο και λέγονται καρκινογόνες. Οι εν λόγω ουσίες ενεργοποιούν την καρκινογένεση. Υπάρχει επίσης η πιθανότητα να αποτελούν οι κρούσεις το αίτιο που προάγει την επιτάχυνση της ανάπτυξης των παθολογικών κυττάρων.

## Παράγοντες.

-Ο καπνός.

-Οι καρκινογόνες ουσίες από το κάπνισμα.

-Οι ακτίνες Χ. Είναι πια γνωστό πως υπάρχει αυξημένη συχνότητα λευχαιμίας ανάμεσα σε όσους επιβίωσαν μετά την έκρηξη της ατομικής βόμβας. Η ίδια αύξηση παρατηρήθηκε στους ακτινολόγους που ειδικεύονται στη χρήση **ραδιενεργών** ακτίνων. (Πρέπει να επισημανθεί πως η δόση ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται για διαγνωστικούς λόγους δεν αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου, και κατά συνέπεια δεν πρέπει να αποφεύγεται η χρήση αυτού του πολύτιμου διαγνωστικού εργαλείου. Ο κίνδυνος από την αποφυγή των ακτίνων Χ υπερβαίνει τον κίνδυνο από τη διαγνωστική του χρήση.

-Βιομηχανικά παράγωγα ή τοξικές ουσίες του περιβάλλοντος, όπως ο αμίαντος, προϊόντα της πίσσας και του άνθρακα, το βενζόλιο, το κάδμιο, το ουράνιο και το νικέλιο.

-Η υπερβολική ή η ελλιπή διατροφή, ιδιαίτερα οι τροφές που είναι πλούσιες σε λίπος και φτωχές σε φυσικές ίνες.

-Σεξουαλικές παράμετροι όπως η ηλικία της γυναίκας όταν έκανε έρωτα για πρώτη φορά και η ηλικία κατά την οποία έμεινε έγκυος για πρώτη φορά. Μερικοί σεξουαλικά μεταδιδόμενοι ιοί είναι δυνατό να προκαλέσουν καρκίνο. Ο κίνδυνος μετάδοσης των ιών αυτών αυξάνει με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και με τη μη προστασία κατά την επαφή. Αυτό είναι απολύτως εξακριβωμένο για τους καρκίνους που σχετίζονται με το AIDS, όπως το σάρκωμα Kaposi.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ

-Το οινόπνευμα αποτελεί παράγοντα στο 4% των καρκίνων, ιδίως της κεφαλής, του τραχήλου και του ήπατος.

-Το άγχος που εξασθενίζει το ανοσολογικό σύστημα.

Πολύ συχνά δυστυχώς, το άγχος περιορίζεται με το κάπνισμα, το οινόπνευμα, την πλούσια διατροφή και τα ναρκωτικά.

## Διάφοροι άλλοι παράγοντες.

-Κληρονομικότητα.

-Η εξασθένηση του ανοσολογικού συστήματος.

-Όταν δύο ή περισσότεροι παράγοντες συνδυαστούν, όπως π.χ. το κάπνισμα και η έκθεση σε αμίαντο ή το κάπνισμα τσιγάρου και το οινόπνευμα, τότε η πιθανότητα να αναπτυχθεί καρκίνος δεν είναι ανάλογη με το άθροισμα των επιμέρους κινδύνων, αντίθετα, οι πιθανότητες πολλαπλασιάζονται.

-Ο καρκίνος είναι μια αθροιστική διαδικασία πολλών διαφορετικών κρούσεων που συμβαίνουν και αλληλεπιδρούν σε διάστημα πολλών ετών.

-Εν κατακλείδι, ο κίνδυνος για να αναπτυχθεί καρκίνος εξαρτάται από το ποιος είσαι (γενετική σύνθεση).

-Πού ζεις (περιβάλλον και επάγγελμα και πώς ζεις (προσωπικός τρόπος ζωής).

Σήμερα που μπορούμε να εντοπίσουμε τόσο πολλούς παράγοντες στην καθημερινή μας ζωή που ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου, ο υπολογισμός του κινδύνου να αναπτυχθεί καρκίνος αποκτά συνεχώς μεγαλύτερη σημασία για τη διατήρηση της καλής υγείας. Σε πολλά αντικαρκινικά κέντρα γίνονται πλέον διάφορες εξετάσεις σε φαινομενικά υγιή άτομα με σκοπό να υπολογιστεί ο σχετικός κίνδυνος. [8]

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Στα πρώτα στάδια αναπτύξεως του, ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα. Η φυσική ιστορία του καρκίνου αυτού χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη ασυμπτωματική του περίοδο. Είναι δυνατόν να διαδράμει επί έτη, πριν προκαλέσει τα πρώτα συμπτώματα.

Με βαριούχο υποκλυσμό διπλής αντιθέσεως διαπιστώθηκε βραδύς ρυθμός αυξήσεως ενός αδενοκαρκινώματος του εγκαρσίου στη διάρκεια 7,5 ετών.

Σε 20 επιπλέον καρκίνους του παχέος εντέρου που μελετήθηκαν με τον ίδιο τρόπο βρέθηκε ότι λασιάζεται σε 600 περίπου μέρες. Υπολογίσθηκε ότι μέχρι να προσλάβει ο όγκος μέση διάμετρο 6 εκ, διανύεται χρόνος 6—8 ετών.

Σε ηπατικές και πνευμονικές μεταστάσεις, ο ρυθμός αυξήσεως της μεταστατικής μάζας είναι 5 με 12 φορές ταχύτερος από το ρυθμό αυξήσεως του πρωτογενούς όγκου.

Μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, 15% των περιπτώσεων θεωρούνται ανεγχείρητοι καρκίνοι λόγω πολλαπλών μεταστάσεων ή ενδοπεριτοναϊκής διασποράς της νόσου.

Στο υπόλοιπο 85%, δηλαδή στους χειρουργήσιμους ασθενείς, η πρόγνωση επιδεινώνεται λόγω διηθήσεων στους τοπικούς λεμφαδένες (50%), συνυπάρξεως αποφράξεως παχέος εντέρου (15%) ή διηθήσεως παρακείμενων οργάνων (15%).

Για τους λόγους αυτούς, έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφοροι τρόποι για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, που βασίζονται σε μαζικό έλεγχο (screening) ασυμπτωματικών ομάδων πληθυσμού που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξή του.

Στο προχωρημένο στάδιο, είναι δυνατόν να υπάρχουν, μόνα ή σε συνδυασμό, ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα

-Παρουσία αίματος

στις κενώσεις, σκούρου ή ανοιχτόχρωμου. Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, δηλαδή πρόσφατη εγκατάσταση δυσκοιλιότητας ή διαρροϊκών κενώσεων ή συνδυασμού των δύο.

-Κοιλιακό άλγος

-Παρουσία βλέννας στις κενώσεις.

-Μετεωρισμός.

-Βορβορυγμοί.

-Καταβολή και απώλεια βάρους

-Για ποιο λόγο όμως διαφοροποιούνται τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου ανάλογα με την εντόπιση της νόσου; Φαίνεται ότι σε αυτό συμβάλλουν τρεις κυρίως παράμετροι που παίρνουν διαφορετικές τιμές στα διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου: το *διαμέτρημα του αυλού*, η σύσταση του εντερικού περιεχομένου και η *παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων*.

Η διάμετρος του ανιόντος φτάνει τα 6-10 cm και σταδιακά μειώνεται καθώς μετακινούμαστε προς τα αριστερά, για να φθάσει το ελάχιστό της, 2 cm περίπου, στο σιγμοειδές. Στο ορθό, πάλι, η διάμετρος του αυλού παίρνει τιμές μεγαλύτερες, 5-7 cm περίπου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, αφού διηθήσει το μυϊκό τοίχωμα, επεκτείνεται κατά μήκος της περιφέρειας του τοιχώματος του εντέρου μέσω των λεμφικών αγγείων που βρίσκονται μεταξύ των στιβάδων των κυκλικώς και επιμήκως φερομένων λείων μυικών ινών.

Στο δεξιό κόλον και στο ορθό ο καρκίνος πρέπει να διανύσει μεγαλύτερο μήκος περιφέρειας, διηθώντας το τοίχωμα του εντέρου.

Είναι επομένως προφανές ότι τα συμπτώματα από στένωση και απόφραξη του αυλού θα χρειασθούν περισσότερο χρόνο για να εκδηλωθούν, αν ο όγκος αναπτύσσεται στο δεξιό κόλον από ό,τι αν αναπτύσσεται στο σιγμοειδές και στο κατιόν.

Η αλληλουχία των γεγονότων κατά τη διήθηση του τοιχώματος του εντέρου έχει μια άλλη συνέπεια η καταβολή και η αδυναμία (λόγω της αναιμίας από χρόνια απώλεια αίματος) μπορεί να προηγείται κατά μήνες ή και έτη ακόμη των στενωτικών συμπτωμάτων σε δεξιά εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Σε εντόπιση του καρκίνου στο ορθό, επειδή εδώ η εγκάρσια διάμετρος του αυλού του εντέρου είναι σχετικά μεγάλη, ως πρώιμο σύμπτωμα εμφανίζεται η αιμορραγία. Συμπτώματα από στένωση του αυλού είναι μάλλον σπάνια ως πρώτη εκδήλωση καρκίνου του ορθού.

Η μορφή, με την οποία τελικά εκδηλώνεται η απώλεια αίματος από τη διηθητική εξεργασία διαφέρει, επίσης, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Άλλοι παράγοντες που την επηρεάζουν επίσης είναι η παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων και το αν η αιμορραγία είναι ραγδαία ή όχι.

Τα πρωτεολυτικά ένζυμα του λεπτού εντέρου είναι ακόμη ενεργά, όταν το εντερικό περιεχόμενο φθάνει στο δεξιό κόλον, καταστρέφονται όμως σταδιακά καθώς το περιεχόμενο κινείται προς το τέλος του πεπτικού σωλήνα.

Η μετουσίωση των πρωτεϊνών του αίματος από τα πρωτεολυτικά ένζυμα έχει ως αποτέλεσμα το αίμα στα κόπρανα να έχει σκούρο κόκκινο, κεραμιδί χρώμα.

Η εμφάνιση αυτή είναι τυπική επί αιμορραγίας στο δεξιό κόλον.

Επί μαζικής αιμορραγίας από το δεξιό κόλον, τα παραπάνω δεν ισχύουν λόγω του μικρού χρόνου παραμονής του εξαγγειωθέντος αίματος στο έντερο.

Εικάζεται ότι τα πρωτεολυτικά ένζυμα είναι δυνατόν να επηρεάσουν και με πιο άμεσο τρόπο την εξέλιξη μιας αιμορραγίας από καρκίνο στο δεξιό κόλον μέσω πέψης νεκρωμένων περιοχών του όγκου. Τότε, μπορεί να προκληθεί παρατεταμένη αιμορραγία από καταστροφή του τοιχώματος νεόπλαστων αιμοφόρων αγγείων του όγκου.

Εντόπιση του καρκίνου στο δεξιό κόλον χαρακτηρίζεται από παρουσία σκούρου κόκκινου αίματος στις κενώσεις, καλά αναμιγμένου μετά κόπρανα, αναιμία από χρόνια

απώλεια αίματος και συχνότερες μαζικές αιμορραγίες. Σε εντόπιση του καρκίνου στο αριστερό κόλον, το αίμα παρουσιάζεται σε μικρότερες κατά κανόνα ποσότητες, είναι κόκκινο, αναμιγμένο με τα κόπρανα και δεν υπάρχει συνήθως σημαντική αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος. Τέλος, όταν η εντόπιση του όγκου είναι στο ορθό, σχεδόν πάντοτε το αίμα επαλείφει τα κόπρανα και έχει χρώμα ζωηρό κόκκινο.

Πρέπει να τονισθεί ότι, παρόλο που ο καρκίνος του ορθού δεν είναι καθόλου σπάνιος, συχνά η παρουσία ζωηρώς ερυθρού αίματος που επαλείφει τις κενώσεις αποδίδεται και σε αιμορροϊδοπάθεια.

Κάθε γαστρεντερολόγος έχει υπόψη του τέτοιες περιπτώσεις, όπου η διάγνωση του καρκίνου του ορθού καθυστέρησε αδικαιολόγητα να τεθεί.

Μια άλλη παράμετρος που καθορίζει το είδος των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων είναι *η σύσταση του περιεχομένου του εντέρου*.

Το περιεχόμενο του παχέος εντέρου κατά την πορεία του προς το ορθό υφίσταται προοδευτική στερεοποίηση λόγω της απορροφήσεως ύδατος από το εντερικό τοίχωμα, που λαμβάνει χώρα κυρίως στο δεξιό κόλον.

Έτσι, ενώ το περιεχόμενο του δεξιού κόλου είναι υγρό, στο αριστερό κόλον καθίσταται πολτώδες, για να γίνει στερεό στο ορθό. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια, όταν υπάρχει στένωση του αυλού από διηθητική εξεργασία, να εμποδίζεται πολύ περισσότερο η δίοδος του στερεού παρά του υγρού περιεχομένου. Συμπτώματα από στένωση και απόφραξη είναι πιο συχνά στο αριστερό κόλον, ιδίως στο σιγμοειδές.

Ο μηχανισμός δημιουργίας του άλγους στον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Φαίνεται όμως ότι είναι παρόμοιος με αυτόν του άλγους στο πεπτικό έλκος. Πρόκειται προφανώς για έκφραση διαταραγμένης κινητικότητας του εντέρου, που οφείλεται στην ανελαστικότητα του τοιχώματός του λόγω της νεοπλασματικής διηθήσεως.

Η απώλεια βάρους στον καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να θεωρηθεί προγνωστικός δείκτης η μέση επιβίωση σε ασθενείς χωρίς απώλεια βάρους βρέθηκε μεγαλύτερη από ό,τι σε αυτούς που παρουσιάζουν απώλεια βάρους άνω του 5% επί του αρχικού σωματικού βάρους (μέση επιβίωση σε εβδομάδες 43 έναντι 15).

Μετά από ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες με παρόμοια έκταση όγκου, η μέση επιβίωση στους ασθενείς χωρίς απώλεια βάρους ήταν 50% περίπου μεγαλύτερη από ό,τι σε αυτούς με απώλεια βάρους.

Υπάρχουν όμως και συμπτώματα επί καρκίνου του παχέος εντέρου που δεν οφείλονται στη διαταραχή της φυσιολογικής λειτουργίας του παχέος εντέρου.

Πρόκειται για εκδηλώσεις που είτε είναι συστηματικές αντιδράσεις στον όγκο και στις ουσίες που αυτός παράγει (παρανεοπλασματικά σύνδρομα) είτε συμπτώματα από διήθηση κατά συνέχεια ιστών ή από απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα επί καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν υπερασβεστιαμία, σύνδρομο Cushing (λόγω έκτοπης παραγωγής ACTH), υπογλυκαιμία, μελανίζουσα ακάνθωση (acanthosis nigricans), θρομβοφλεβίτιδες, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, συμπτώματα από το κεντρικό (παρεγκεφαλιδική εκφύλιση) και το περιφερικό (κινητική και αισθητική περιφερική νευροπάθεια).

Τα σύνδρομα αυτά αναφέρεται ότι υποστρέφουν μετά από αφαίρεση της νεοπλασματικής μάζας. Ωστόσο, η παρουσία ενός παρανεοπλασματικού συνδρόμου ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου θεωρείται κακό προγνωστικό σημείο.

Διήθηση του τοιχώματος του εντέρου και επέκταση κατά συνέχεια ιστών έχει συχνά ως συνέπεια την εμφάνιση συριγγίων (εντεροεντερικών, γαστροκολικών, εντεροκυστικών) και αποστημάτων σε διάφορες θέσεις.



Τέλος, είναι δυνατόν, αν και συμβαίνει σπάνια, ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου να εμφανισθεί απομακρυσμένη μετάσταση (δερματική, μυϊκή) ή γενικευμένη καρκινωμάτωση του περιτοναίου.[8]

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση τον καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού στηρίζεται στο λεπτομερές ιστορικό, την προσεκτική κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο.

Το παχύ έντερο, για πρακτικούς λόγους, χωρίζεται στο δεξιό κόλον που περιλαμβάνει το ανιόν και το εγκάρσιο μέχρι τη σπληνική καμπή και στο αριστερό, το οποίο εκτείνεται από τη σπληνική καμπή μέχρι τον πρωκτό. Η διαφορική διάγνωση με βάση τα συμπτώματα και τα ευρήματα θα γίνεται από παθήσεις αντίστοιχων συμπτωμάτων, όπως ο πόνος δεξιά που συνοδεύεται από καταβολή και αναιμία θα διαφοροδιαγνωσθεί από πεπτικό έλκος, παθήσεις των χολαγγείων.

Παθήσεις του παγκρέατος, νόσο του Crohn και εκκολπωματώση.

Οξύς πόνος δεξιά ή ψηλαφητή μάζα στην ίδια περιοχή σε νεαρά άτομα θα οδηγήσει σε σκέψη οξείας σκωληκοειδίτιδας, νόσο του Crohn, συστροφής κύστεως της ωοθήκης, ενώ σε ηλικιωμένο άτομα η διάγνωση θα στραφεί στην εκκολπωματώση ή στη διάτρηση πεπτικού έλκους.

Σε περιπτώσεις αποφράξεως, η διαφορική διάγνωση θα γίνεται από συμφύσεις, εγκολεασμό, συστροφή του τυφλού, νόσο του Crohn, όγκους λεπτού εντέρου. Στους όγκους του αριστερού κόλου, όπου η αιμορραγία αποτελεί συχνό εύρημα, η διαφορική διάγνωση θα γίνεται από αιμορροΐδες, συρίγγιο του ορθού, ελκώδη κολίτιδα, νόσο του Crohn.

Αγγειοδυσπλασία σε περιπτώσεις μάζας στο αριστερό πλάγιο, η εκκολπωματώση, η νόσος του Crohn και η κύστη της ωοθήκης είναι από τις πιο συχνές παθήσεις που θα διαφοροδιαγνωσθούν από τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Τέλος, σε περιπτώσεις αλλαγής των συνηθειών του εντέρου ή αποφράξεως, η εκκολπωμάτωση, η νόσος του Crohn ο ειλεός από κοπρόσταση και η ψευδοαπόφραξη είναι παθήσεις που πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση.

Σε επείγουσες περιπτώσεις, που παρουσιάζονται με απόφραξη ή διάτρηση, η διάγνωση πολλές φορές θα γίνεται στο χειρουργείο.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε περιπτώσεις ασθενών που υπάγονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως σε ασθενείς με καθολική ελκώδη κολίτιδα, ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό χειρουργικής επεμβάσεως για νεοπλάσματα του παχέος εντέρου, ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό νεοπλάσματος παχέος εντέρου και συγγενούς πολυποδιάσεως καθώς και σε γυναίκες με ιστορικό όγκου γεννητικών οργάνων ή μαστού.

Στις περιπτώσεις αυτές, η παρακολούθηση κατά τακτά διαστήματα και ο έλεγχος των ασθενών πρέπει να είναι πιο συστηματικός, κυρίως με ενδοσκόπηση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση και κολονοσκόπηση.[7]

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτώνται από την εντόπισή του και ποικίλλουν αρκετά. Πολλά από αυτά εμφανίζονται και σε άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου.

Μόνο 4 στους 10 αρρώστους παρουσιάζονται στο γιατρό με τυπικά συμπτώματα.

Τα δεδομένα αυτά αποδεικνύουν τη σημασία της καλής λήψεως του ιστορικού και της λεπτομερούς παρακλινικής μελέτης σε οποιονδήποτε άρρωστο με ελάχιστη έστω πιθανότητα υπάρξεως καρκίνου.

Η διαγνωστική μεθοδολογία στηρίζεται στην ακτινολογική μελέτη του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της διπλής αντιθέσεως και την ενδοσκοπηση με άκαμπτο ή εύκαμπτο ενδοσκόπιο και επιβεβαιώνεται ιστολογικώς με τη λήψη ιστικού τεμαχιδίου από τη μακροσκοπική βλάβη μέσω των ενδοσκοπίων.

Η διάγνωση πολλές φορές βραδύνει αδικαιολόγητα για αρκετούς μήνες. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο σε αμέλεια των αρρώστων (από υποσυνείδητο φόβο για την αρρώστια ή ακόμη και από άγνοια) όσο και στους θεράποντες γιατρούς που δεν υποπτεύονται τη νόσο. Ανεξάρτητα από το αν πράγματι η κατάδειξη του καρκίνου του παχέος εντέρου και σε πρωιμότερο στάδιο βελτιώνει ή όχι την επιβίωση, είναι αδικαιολόγητο το υψηλό ποσοστό καθυστερημένης διαγνώσεως.

Ο κλινικός γιατρός πρέπει να έχει κατά νουν τον καρκίνο του παχέος εντέρου, όταν αντιμετωπίζει αρρώστους με τα συμπτώματα που εκτίθενται στη συνέχεια.

Αυτό θα μειώσει τον αριθμό των αρρώστων που θα προσέρχονται στο νοσοκομείο με διάτρηση ή απόφραξη ή

βαριά αιμορραγία από τον όγκο, πράγμα που ενδέχεται να έχει ευμενή επίπτωση, τουλάχιστον στην εγχειρητική θνητότητα.

---

## ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Είναι φανερό για την βελτίωση των στατιστικών επιβιώσεις χρειάζεται πολύ πρώιμη διάγνωση ,δηλαδή διάγνωση στο αρχικό στάδιο της νόσου .Έτσι εκτός από το ιστορικό και την φυσική εξέταση, συμπεριλαμβανόμενης και της δακτυλικής εξέτασης γιατρός πρέπει να θεωρεί σαν μέρος της διαγνωστικής προσπέλασης τα εξής

### Δακτυλική εξέταση

Εφ' όσον υπάρχει υποψία αιμορραγίας ,που να εκδηλώνεται π.χ με αναιμία και η μακροσκοπική εξέταση των κοπράνων με σκοπό να αποκάλυψη την παρουσία κρυφού αίματος αιμορραγία από το δεξιό κολον είναι κυρίως κρυφού τύπου. Το νέο HEMOCCULT GUAIAIC TEST δείχνει ενθαρρυντικά αποτελέσματα σαν δείκτης παρουσίας κολο-ορθικό καρκίνου και / η αδενώματος.

Το HEMOCCULT GUAIAEC TEST αποκαλύπτει αίμα στα κόπρανα λόγω της οξειδωσης της μπλε χρώμα από την υπεροξειδωση παρουσία αιμοσφαιρίνης. Το 40% όλων των καρκίνων του παχέος εντέρου κατά τη στιγμή της διάγνωσης ,είναι σε εντοπισμένο σταδίου χωρίς διηθημένους λεμφαδένες ,σχεδόν όλοι οι ασθενείς στους οποίους ο καρκίνος του κόλου ανακαλύπτεται σε ασυμπτωματικο στάδιο έχουν εντοπισμένη νόσο και παρουσιάζουν βελτιωμένη πρόγνωση και το σημαντικά αυξημένη επιβίωση. Επομένως η ανακάλυψη εντοπισμένης νόσου χωρίς διηθημένους λεμφαδένες είναι μείζων σκοπός, αν πρόκειται έτσι να βελτιωθεί η επιβίωση.

### Ορθοσιγμοειδοσκόπηση και βιοψία/κυτταρολογική

Η ορθοσιγμοειδική περιοχή του εντέρου μπορεί να εξεταστεί σε διαφορά έκταση με την ορθοειδοσκόπηση, ενώ το υπόλοιπο παχύ έντερο μπορεί να εξεταστεί με διπλής αντίθεσης βαριούχο υποκλυσμό και κολονοσκόπηση.

Το άκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο ανακαλύπτει βλάβες σε μια έκταση 15-25εκ. Το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο είναι σαν ενδοσκοπικό όργανο πιο καλύτερο για το κόλον παρά για το ορθό.

Το ινοσκόπιο αυτό φτάνει στα 50 η 60 εκ. και φαίνεται ότι είναι καλύτερα ανεκτό από τους ασθενείς. Χρειάζεται όμως αρκετή εμπειρία και σήμερα χρησιμοποιείται από μικρό αριθμό ενδοσκοπίων.

Η σιγμοειδοσκόπηση μπορεί να γίνει οποτεδήποτε, αλλά να δώσει καλύτερες πληροφορίες αν ο ασθενής έχει προετοιμασθεί με υποκλυσμό. Επίσης μπορεί ταυτόχρονα

να γίνει βιοψία και κυτταρολογική. Η σε συνδυασμό χρήση αυτών των τεχνικών αυξάνει την ακρίβεια της διάγνωσης.

## CEA

Το CEA είναι μια λυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη καρκινικών κυττάρων πολλών ιστών και του παχέος εντέρου επίσης των κυττάρων (ανάπτυξη όγκου) το αντιγόνο εισέρχεται στην κυκλοφορία και ανιχνεύεται με ραδιοανοσολογική μέθοδο.

Το CEA είναι αρκετά καλός προγνωστικός δείκτης αφού μπορεί κανείς να ελέγξει προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά την εξαιρεσιμότητα ή υποτροπή του όγκου με τα επίπεδα του CEA.

## Βαριούχος υποκλυσμός.

Διπλής αντίθεσης είναι απαραίτητος για την πιστοποίηση ύπαρξης της βλάβης ή την ανακάλυψη μιας άλλης εστίας κεντρικότερα γεγονός που συμβαίνει σε ένα ποσοστό 5-8%. [9]



## ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μονό χειρουργική. Βεβαία ακολουθείται και ακτινοθεραπεία τα οποία ελάχιστη βοήθεια Προσφέρουν αν ο ασθενής δεν χειρουργηθεί η ζωή του διαρκεί από μετρικούς μήνες ως λίγα χρόνια.

### **1.Χειρουργική θεραπεία.**

Συνήθως ανάλογα μέ την εντόπιση του καρκίνου, τα αιμοφόρα αγγεία και τα λεμφογάγγια της περιοχής.

Η επέμβαση αποσκοπεί στην αφαίρεση του όγκου μέ το αντίστοιχο τμήμα του εντέρου .Έτσι σε καρκίνο δεξιού κόλου, αφαιρείται το τελευταίο μέρος του ειλεού, το τυφλό, το ανιόν και το μισό εγκάρσιο και γίνεται ειλεογκάρσια αναστόμωση. Σε καρκίνο αριστερού κόλου και σιγμοειδούς αφαιρείται το αριστερό μισό του εγκάρσιου *κολου*, το *κατιών* και το σιγμοειδές και γίνεται αναστόμωση του εγκάρσιου με το ορθό με συνύπαρξη ή όχι ανακουφιστικής *κολοστομίας*. Σε καρκίνο του εγκάρσιου κόλου γίνεται ευρεία *τμηματική* εντομή. Ενώ στο ορθό απαιτείται κοιλιοπεριτονή εντομή και μόνιμη *κολοστομία*.

Η κολοστομία είναι παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Το κόλπο, έχει δύο λειτουργίες να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες.

Με την κολοστομία οι λειτουργίες αυτές γίνονται ανεπαρκώς. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας.

### Είδη κολοστομίας:

1. Κατιούσα και σιγμοειδική. Συχνά ονομάζεται και στεγνή γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος το κόλο παράγει σχηματισμένα κόπρανα.

2. Εγκάρσια. Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες και θα χρειάζεται ο ασθενής σάκο όλο τον καιρό. Έχουμε τρία είδη εγκάρσιας κολοστομίας:

α) Διπλού αυλού η οποία είναι συνήθως προσωρινή.

β) Αγκυλωτή η οποία είναι προσωρινή και διαρκεί από 10 ημέρες έως 9 μήνες.

γ) Ανιούσα κολοστομία είναι συνήθως μόνιμη γιατί το απέκκριμα εδώ είναι υδαρές και ρέει συνεχώς.

Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη.

## 2. Χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά είναι φάρμακα τα οποία επιβραδύνουν την εξέλιξη των νεοπλασματικών νοσημάτων και, περιορίζουν τις καστάσεις του, αλλά δεν το θεραπεύουν είναι κυτταροτοξικά φάρμακα, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δράση τους όμως δεν ορίζεται στα κακοήθη κύτταρα αλλά επεκτείνεται και στα υγιή περισσότερο βέβαια επηρεάζονται τα κακοήθη κύτταρα λόγω του πολλαπλασιάζοντας γρήγορα, είναι πιο δραστήρια και ζουν περισσότερο από τα φυσιολογικά.

Η τοξικότητα εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωοθήκες σε άλλους ιστούς και όργανα.

### Τα κυριότερα χημειοθεραπευτικά.

Που χρησιμοποιούνται σήμερα κατά την καταπολέμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η 5-φθοριουρακίλη και η μεθοτρεξάτη.

## Οι παρενέργειες.

Που έχουμε από το φάρμακο διακρίνονται σε

**Α)** Πρώιμες πού είναι: ναυτία, εμετός μέσα, σε 3-6 ώρες από την έγχυση του.

Διάρροια που μπορεί να συμβεί σε 7 ημέρες από την έναρξή της χορήγησής του και στοματίτιδα που μπορεί να συμβεί 5—8 ημέρες μετά την θεραπεία.

**β)** Όψιμες που είναι : Ελάττωση των λευκών αιμοσφαιριων και των αιμοπεταλίων μέσα σε 1-2 εβδομάδες μετά τη θεραπεία.

Μελάνιασμα των νυχιών του δέρματος και των σημείων των φλεβών από όπου το χορηγούμε μπορεί να συμβεί 4-6 εβδομάδες μετά την έγχυση του φαρμάκου.

Αλωπεκία μετά 3-4 εβδομάδες μετά την θεραπεία.

Άλλες παρενέργειες από το φάρμακο είναι ανορεξία μυελοκαταστολή, δερματίτιδα, ραγάδες στόματος και μελάχρωση.

Η μεθοτρεξάτη παρεμβαίνει στη σύνδεση του DNA αναστέλλοντας τη διδροφυλλική αναγωγή.

Αποροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα και συνδέεται με τη λευκωματική απ' όπου μπορούν να την εντοπίζουν οι σουλφοναμίδες η τετρακυκλίνη, το σαλικικό οξύ αυξάνοντας έτσι την τοξικότητα της Στο μεγαλύτερο της μέρος αποβάλλεται από τους νεφρους και για αυτό η δόσολογία της πρέπει να μειώνεται. όταν υπάρχει και νεφρική ανεπάρκεια. Η μεθοτρεξάτη χρησιμοποιείται για την θεραπευτική αγωγή όλων κακοήθων αλλά και καλοηθών παθήσεων.

Τοξικές επιδράσεις εκδηλώνονται με λευκοπενία θρομβοπενία διάρροια ελκωτική στοματίτιδα. Σε τέτοιες περιπτώσεις διακόπτεται η χορήγηση ως υποχώρησή τους.

Επίσης μπορούν να παρατηρηθούν αλωπεκία, αναιμία, ηπατοτοξικές βλάβες και σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλεί νεφροτοξικές βλάβες.

Τα θεραπευτικά χημειοθεραπευτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί φαίνεται από μελέτες να έχουν αποτελέσματα στο ορθό και το σιγμοειδές.

### **3. Ακτινοθεραπεία**

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπευτική έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης φυσιολογικού ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως με τους νεοπλασματικούς.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία. Η ακτινοβολία που χρησιμοποιείται είναι ιονίζουσα και αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα και ακτίνες γ ή ακτίνες χ (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να έχει θέση σε καρκινώματα του ορθού. Βελτιώνει τα μεσοδιαστήματα των υποτροπών αλλά όχι την συνολική επιβίωση. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία από τα ώριμα κύτταρα και μερικές φορές νερώνονται, τελείως, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων είναι από να επανωρωφούν μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμόσει εξωτερικά και εσωτερικά.

Εξωτερική εφαρμογή με ακτίνες Χ, οι οποίες παράγονται από το ειδικό μηχάνημα, ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα. Σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες (πχ. Κουβάλτιου-60, καισιο-137) και ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβολεί.

Εσωτερική χρήση. Με αυτή γίνεται εισαγωγή του ραδιοϊσότοπου σε κοίλα όργανα, με την εμφύτευση ραδιοϊσότοπου (με την μορφή βελονών, κόκκων, κλπ) και με εσωτερική χορήγηση από το στόμα η ενδοφλέβια .

Σε καρκίνο του παχέος εντέρου γενικά η προεγχειρητική ακτινοβολία καθιστά ένα ανεγχείρητο καρκίνωμα σε εγχειρήσιμο και αυξάνει το ποσοστό πενταετούς επιβιώσεις μετεγχειρητικά .

Οι επιπλοκές και οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν λείπουν και μπορούμε να, τις κατατάξουμε σε πρώιμες και όψιμες

### Πρώιμες.

- Ακτινοδερματιτίδα ένας τοπικός ερεθισμός του δέρματος του διακρίνεται σε τρεις μορφές ερυθρηματώδης φουσάλωσης και εσχαροποιητική.
- Βλάβη του βλεννογόνου του οργάνου.

### Όψιμες.

- Υπερχρέωση του δέρματος.
- Καρκίνος δέρματος.
- Βλάβη γεννητικών οργάνων.
- Νεύρωση λευχαιμία βράχυνση χρόνου ζωής.

Ακόμα η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει. φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως γενική καταβολή δυνάμεων, ανορεξία απώλεια βάρους πυρετικά δέκατα.[9]

## ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑ

Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος πάνω από 41.5 βαθμούς κελσίου χρησιμοποιήθηκε για πολλά χρόνια με σκοπό να προκαλέσει εγκοκτόνα αποτελέσματα. Η έρευνα υποδηλώνει για πολλά χρόνια ότι τα κακοήθη κύτταρα είναι περισσότερο ευαίσθητα από ότι τα φυσιολογικά στα βλαβέρα αποτελέσματα υψηλών θερμοκρασιών.

Η έρευνα ακόμα υποδηλώνει ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος μπωρεί έμμεσα να διεγερθεί από την υπερθερμία. Ακόμα η υπερθερμία αναστέλει της εργασίες επιδιόρθωσης αυξάνοντας των ρυθμό θανάτου των νεοπλασματικών κυττάρων.

Αν και η υπερθερμία χρησιμοποιείται για πολλά χρόνια πολλοί άρρωστοι αλλά και οι οικογενειές τους δεν είναι εξοικειωμένοι με αυτή. Κατά συνέπεια χρειάζονται εξηγήσεις για τη διαδικασία αυτή τους στόχους της και τα αποτελεσμάτά της. Ο άρρωστος παρακολουθείται για παρενέργειες και λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη τους και μείωση της σοβαροτητάς τους.[11]



## ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία που τα τελευταία χρόνια βρέθηκε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος από τους επιστήμονες τις ομάδες αρρώστων αλλά και τα Μ.Μ.Ε. ήταν η εφαρμογή της ανοσοθεραπείας δηλαδή της βιολογικής θεραπείας που στηρίζεται στην αρχή να υποστηρίξει το ανοσολογικό σύστημα του αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

Οι διάφοροι τύποι της ανοσοθεραπείας για την καλύτερη ρευσση του ανοσοποιητικού είναι με

- Ενεργητική διέγερση.
- Μέσω αποκατάστασης.
- Δια τις ιοθέτισης.
- Παθητική ανοσοποίηση.
- Ανοσολογική διαμόρφωση του καρκινικού κυττάρου.

Παρά τις βελτιώσεις των χημειοθεραπειών διαθέσιμες επιλογές παραμένουν μη ικανοποιητικές για του ασθενής με καρκίνο του παχέος εντέρου και συνεχώς γίνονται προσπάθειες για καλύτερες θεραπείες.[14,15]

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕ- ΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ Ε- ΝΤΕΡΟΥ.

## Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο πα-  
χέος εντέρου συνίστανται στην προεγχειρητική και μετεγ-  
χειρητική φροντίδα. Η προεγχειρητική προετοιμασία συνί-  
στανται σε:

- Γενική
- Τοπική και
- Τελική.

### **Α Γενική προεγχειρητική προετοιμασία:**

#### Αυτή περιλαμβάνει:

Α Την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή. Κάθε α-  
σθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να  
χειρουργηθεί. Διακατέχεται από άγχος και φόβο για το ά-  
γνωστο. Πολύ περισσότερο, ο συγκεκριμένος ασθενής ο  
οποίος έχει να αντιμετωπίσει και το γεγονός της μόνιμης  
αναπηρίας. Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτή είναι να ενη-  
μερώσει σχετικά τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρόκειται  
να συμβεί, με κατανοητά λόγια και σύμφωνα με το επίπε-  
δο μόρφωσης του εκάστοτε ασθενή. Πρέπει να ενθαρρύνει  
τον άρρωστο να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανη-  
συχίες του και να εξηγήσει όλες τις απορίες του σχετικά με  
την επέμβαση που θα γίνει.

**Β** Την σωματική τόνωση. Χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη και λύπη για την σημαντική τόνωση του οργανισμού και τη μείωση του περιεχομένου του εντέρου.

-Επίσης δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.

-Ακόμη αρχίζει αντιβίωση για την προστασία του οργανισμού από λοιμώξεις και χορηγούνται αντισηπτικά του εντέρου από το στόμα ή με μορφή υποκλυσμών.

-Επίσης τοποθετείται LEVIN.

**Γ** Τη φροντίδα για να γίνουν όλες οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις καθώς και τα εργαστηριακά.

**Δ** Την καθαριότητα του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει την ατομική καθαριότητα και την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση του με δίαιτες, οπότε χορηγείται γάλα μαγνησίας και δίνεται τροφή με όσο το δυνατό λιγότερα υπολείμματα. Την παραμονή της επέμβασης χορηγείται υδρική δίαιτα και το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλισμός καθώς και το πρωί της μέρας της επέμβασης. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει ανάλογα τον γιατρό και την προϊσταμένη.

Όσον αφορά την καθαριότητα του σώματος την παραμονή γίνεται λουτρό καθαριότητας καθώς και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων.

ε) Την εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου για την αποφυγή αϋπνίας και κόπωσης που μπορεί να οδηγήσει σε μετεγχειρητικές ανωμαλίες ή και στην εμφάνιση επιπλοκών. Γι αυτό δίνεται ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο τη νύχτα της παραμονής.

Επίσης γίνεται προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών οδών κ.λ.π. καθώς και προσανατολισμός του ασθενούς στο θάλαμο που θα μεταφέρει μετά την επέμβαση.

## **Β. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.**

Είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου δηλαδή του μέρους του σώματος στο οποίο &α γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίστανται στην αποτρίχωση, καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος για την αποφυγή μολύνσεων. Στη συγκεκριμένη επέμβαση το εγχειρητικό πεδίο περιλαμβάνει. Την πρόσθια επιφάνεια του κορμού, από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι κάτωθεν της ηβικής σύμφυσης.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην καλή καθαριότητα του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών.

## **Γ. Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.**

Αυτή περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.

Το ντύσιμο του ασθενή μισή ώρα πριν από την καθορισμένη ώρα της επέμβασης με τη ρόμπα του χειρουργείου, τα ποδανάρια και τη σκούφια (αν πρόκειται για γυναίκα).

Πριν ο ασθενής ντυθεί, πηγαίνει να ουρήσει, αν δεν υπάρχει καθετήρας FOLLEY. Επίσης αφαιρούνται όλα τα ξένα σώματα (οδοντοστοιχίες) και τα κοσμήματα τα οποία παραδίδονται στους συγγενείς για φύλαξη.

Τέλος γίνεται προνάρκωση η οποία έχει ήδη καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο.

Μετά την προνάρκωση φροντίζουμε να απλώσει ο άρρωστος και διατηρούμε περιβάλλον ήσυχο και χωρίς έντονο φωτισμό. Ο ασθενής είναι έτοιμος πλέον για τη μεταφορά του στο χειρουργείο όπου αν είναι δυνατόν τον συνοδεύει ο νοσηλευτής.

Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο ο νοσηλευτής φροντίζει να ετοιμαστε ο θάλαμος κατάλληλα για να δεχτεί το χειρουργημένο άρρωστο. Η ετοιμασία περιλαμβάνει το στρώσιμο του κρεβατιού, χειρουργικό δηλαδή ανοιχτό από όλες τις πλευρές χωρίς μαξιλάρι και με αδιάβροχο στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων για να προστατευθούν από τυχόν εμετούς.

Επίσης στο κομοδίνο τοποθετείται πετσέτα, ποτήρι με νερό, soft cotton, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Προηγουμένως ο θάλαμος έχει καθαρίσει με σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων και διατηρείται σκοτεινός και δροσερός.

## **Μετεγχειρητική φροντίδα**

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτή ο οποίος παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση του αρρώστου. Μόλις ο ασθενής μεταφερθεί στο τμήμα, τον παραλαμβάνει ένας νοσηλευτής και φροντίζει κατ αρχήν για τη σωστή τοποθέτησή του στο κρεβάτι. Η πιο συνήθης θέση είναι ύπτια με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι.

Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων καθώς και έλεγχος της κατάστασης του τραύματος. ο άρρωστος παρακολουθείται συχνά μέχρι την αφύπνιση του και προφυλάσσεται κατάλληλα από τυχόν διεργήσεις.

Επίσης ελέγχονται. ο καθετήρας κύστεως, αν υπάρχει, και ο ορός που φέρει ο ασθενής από το χειρουργείο.

Τα δύο πρώτα 24ωρα, ο ασθενής με κολοστομία δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Έχει σωλήνα Levin και παίρνει υγρά μόνο παρεντερικά. Μετά το δεύτερο 24ωρο ο ασθενής παίρνει υγρά και μόλις αρχίσει να λειτουργεί το έντερο εμπλουτίζεται βαθμιαία το διαιτολόγιο του. Εφόσον ο ασθενής δέχεται καλά τα χορηγούμενα υγρά, το Levin αναιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση.

Όταν ο ασθενής έχει προσωρινή κολοστομία έχει μόνο τραύμα στα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ στη μόνιμη κολοστομία μπορεί να φέρει και τραύμα στην έδρα από την περινεοτομή. Έτσι ο νοσηλευτής ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο με την τοποθέτηση αεροθαλάμου, καθώς και τη συχνή αλλαγή της θέσεως.

Για την εύκολη μετακίνηση του ασθενή, χωρίς τη μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού βοηθάει πολύ η τοποθέτη-

ση επιδέσεως (T). Επίσης αργότερα γίνονται εδρόλουτρα για την καθαριότητα και την πιο σύντομη επούλωση του τραύματος.

Ο ασθενής με περινεοτομή έχει μόνιμο καθετήρα κύστεως, γι' αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει για την ακριβή μέτρηση και καταγραφή των ούρων, καθώς και για την πρόληψη απόφραξης του καθετήρα και μόλυνσης της κύστης.

Για την περιποίηση της κολοστομίας η οποία αποτελεί και το βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενή θα γίνει λόγος παρακάτω.

Στα πλαίσια της μετεγχειρητικής φροντίδας ασθενούς με κολοστομία θα περιλαμβάνεται και η φροντίδα για την πρόληψη ορισμένων μετεγχειρητικών **επιπλοκών**.

### Αυτές είναι

#### **Πόνος.**

Αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο μετά από κάθε εγχείρηση. Πολλές φορές όμως επιδεινώνεται από τη διανοητική και συναισθηματική φόρτιση του αρρώστου. Για την ανακούφιση του από τον πόνο, ο νοσηλευτής του δίνει την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, κάνει εντριβή στα πιεζόμενα μέλη, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα και τους εμετούς και τέλος χορηγεί αναλγητικά μετά από ιατρική εντολή.

#### **Δίψα.**

Η δίψα προέρχεται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, μετά από τη νάρκωση, που προκαλείται από την ελάττωση των εκκρίσεων και τη μείωση των υγρών του ασθενούς.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις του στόματος, ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας

με port cotton βουτηγμένο σε κρύο νερό, και με την παρεντερική χορήγηση υγρών.

### **Εμετός.**

Αποτελεί κι αυτός φυσιολογικό φαινόμενο μετά τη νάρκωση και συνήθως διαρκεί μέχρι την απονάρκωση του αρρώστου . Αν ο ασθενής κάνει εμετούς ο νοσηλευτής γυρίζει το κεφάλι του στο πλάι και του δίνει νεφροειδές. Μετά από κάθε εμετό το απομακρυνθεί, το καθαρίζει και φροντίζει για την καθαριότητα των κλινοσκεπασμάτων.

Επίσης πλένει το στόμα του αρρώστου με νερό. Αν οι εμετοί συνεχίζονται, χορηγούνται αντιεμετικά ή γίνεται διασωλήνωση με Levin.

### **Αιμορραγιά**

Προκαλείται από μη καλή απολίνωση των αγγείων, τη μόλυνση του τραύματος, καθώς και από τις βίαιες κινήσεις του ασθενούς. Αν είναι εξωτερική, ο νοσηλευτής την αντιμετωπίζει με πιεστική επίδεση ενώ αν είναι εσωτερική, ειδοποιεί αμέσως το γιατρό, δε δίνει τίποτα από το στόμα, φροντίζει για την ετοιμασία αίματος από την αιμοδοσία, καθώς επίσης και για την ενδοφλέβια έγχυση ορού.

### **Μετεγχειρητικό shock.**

Είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Αντιμετωπίζεται με την ανύψωση του εγκεφάλου, με τη θέρμανση του αρρώστου με θερμοφόρες, καθώς και με τη χορήγηση καρδιοτονωτικών αίματος ή πλάσματος IV μετά από οδηγίες του γιατρού.

### **Υποστατική πνευμονία .**



Αυτή οφείλεται στη συνεχή κατάκλιση, στον μη καλό αερισμό των πνευμόνων και στον αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα από βλεννώδεις εγκρίσεις.

Η επιπλοκή αυτή προλαμβάνεται με τη συχνή αλλαγή της θέσης του ασθενούς στο κρεβάτι, με αναπνευστικές ασκήσεις (βίαιες εισπνοές, βήχα για την αποβολή των εγκρίσεων) και περιποίηση του στόματος και του ρινοφάρυγγα καθημερινώς.

#### **Διάταση στομάχου.**

Τα αίτια που προκαλούν αυτή την περιπλοκή είναι η υποτονία των μυών του στομάχου, η μείωση της λειτουργικότητας του στομάχου, η μείωση της κινητικότητας του ασθενή και η ελλιπής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι μετεωρισμός της κοιλιάς, βάρος στο επιγάστριο, λόξυγκας, δύσπνοια και έμετοι.

Η πρόληψη της επιπλοκής συνίστανται στην καταπολέμηση των αιτιών.

#### **Τυμπανισμός κοιλιάς .**

Είναι η συσσώρευση των αερίων στο παχύ έντερο.

Προκαλείται από την υποτονική των μυών και αδράνεια του εντέρου, από ελλιπή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και, από την λήψη τροφών που προκαλούν αέρια.

Ο ασθενής υποφέρει από μετεωρισμό της κοιλιάς και κολικούς πόνους που προέρχονται από την κυκλοφορία των αερίων που δεν μπορούν να αποβληθούν.

Η ανακούφιση του αρρώστου περιλαμβάνει.

- Ελαφρά στροφή του στο πλάι.

- Τοποθέτηση σωλήνα αερίων και θερμοφόρας στο επιγάστριο.

- Χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων όταν οι άλλες μέθοδοι δεν αποδίδουν.

### **Παραλυτικός ειλεός.**

Είναι η παρατεταμένη διάταση του στομάχου και του εντέρου που μπορεί να καταλήξει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα.

Τα αιτία και η αντιμετώπιση είναι τα ίδια όπως και στο μετεωρισμό κοιλιάς.

Η διαφορά είναι η διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα MILLER-ABBOT και η σύνδεση του με συνεχή αναρρόφηση όταν τα άλλα μέσα δεν επιφέρουν αποτέλεσμα.

-Μόλυνση και ρήξη τραύματος.

Η μόλυνση οφείλεται στη μη τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας και εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα και πυώδη εκροή. Ακόμη συνυπάρχουν πυρετός και γενική κακουχία. Η ρήξη τραύματος συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα και μετά από απότομες κινήσεις.

Η πρόληψή του συνίστανται στην υποστήριξη του τραύματος με χειρουργική ζώνη, στην καταστολή του βήχα και των εμετών και στην αποφυγή βίαιων κινήσεων του ασθενούς.

### **Κατακλύσεις**

Είναι μια από τις πιο συχνές επιπλοκές των χειρουργημένων ασθενών.

Οφείλεται, στην παρατεταμένη κατάκλιση, στον περιορισμό των κινήσεων, στη συνεχή πίεση των μελών του σώματος, και στην κακή κυκλοφορία.

Άλλοι παράγοντες που συντελούν είναι η εξασθένιση του οργανισμού, η ύπαρξη αντικειμένων στο κρεβάτι καθώς και τα βρεγμένα από ούρα κλινοσκεπάσματα.

Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι αναγκαία, γιατί η θεραπεία τους είναι δύσκολη και μακροχρόνια. Συνιστάται στη συχνή αλλαγή θέσεως, σε εντριβές στα πιεζόμενα μέρη, στην αλλαγή των λευχειμάτων όταν βραχούν και στην ενίσχυση του οργανισμού με τη χορήγηση τροφής ανωτέρας βιολογικής αξίας.

Ευνόητο είναι ότι ο νοσηλευτής που νοσηλεύει χειρουργημένο ασθενή, θα φροντίσει ώστε να προληφθούν έγκαιρα αυτές οι επιπλοκές που τόσο θα ταλαιπωρήσουν τον άρρωστο αν εμφανιστούν και προστεθούν στην ήδη βεβαρημένη κατάστασή του αλλά και αν για οποιοδήποτε λόγο εμφανισθεί κάποια επιπλοκή, ο νοσηλευτής με τις γνώσεις και την πείρα του καθώς και με την καθοδήγηση του γιατρού, θα φροντίσει να εξαλειφθούν όσο το δυνατό γρηγορότερα και με λιγότερες συνέπειες.[9]

## ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Τεχνητό χειρουργικό στόμιο του παχέους εντέρου που στερεώνεται στα κοιλιακά τοιχώματα μέσα στην περιοχή του ορθού κοιλιακού μυ.

### ΑΙΤΙΑ

Καρκίνο-χρονιές φλεγμονές (κολίτιδα). Στα παιδιά εκ γενετής ελαττώματα.

## ΕΙΔΗ ΣΤΟΜΙΩΝ.

-Γαστροστομία.

-Νησθηδοστομία.

-Ειλεοστομία.

-Κολοστομία

Ανιουσα.

Εγκάρσια.

Κατιούσα.

-Σιγμοειδοστομία.

## ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ

Τεχνητό χειρουργικό στόμιο στην έλικα του τελικού ειλεού.

### **ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ.**

-CA παχυνσ εντερου.

-Μόνιμη-προσωρινή.

-Βλεννογόνος στόμια υγρός-ζεστός και ευκρινή βλέννα.

Οι στομίες δεν έχουν σφιγκτήρα-μη ελεγχόμενες.

Στο λεπτό έντερο γίνεται η πέψη και η απορρόφηση της τροφής.

Στο παχύ έντερο γίνεται η απορρόφηση του νερού από την μάζα των περιττωμάτων η μεταφορά και η αποθήκευση τους. Δυο κινήσεις

-Περισταλτική

-Αντανακλαστική

-Περισταλτική. Ανάμειξη και τριβή της τροφής και απορρόφηση του νερού (στέρεα κόπρανα).

-Αντανακλαστική. Ωθεί τα κόπρανα στο επόμενο τμήμα.

## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

- 4 ημέρες πριν δίαιτα χωρίς υπόλειμμα.
- Παραμονή στο κρεβάτι.
- Χορήγηση υγρών .
- Εφαρμογή Levin.
- Υποκλυσμός.
- Προληπτικά αντιβιοτικά .

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

### **Νοσηλευτικά προβλήματα .**

- Δερματίτιδα από τα ένζυμα του εντέρου από κακή τοποθέτηση σάκου πλημμελής καθαριότητα.
- Διαταραχή ηλεκτρολυτών(ανεπαρκής πρόληψη υγρών και ηλεκτρολυτών απώλειες από κενώσεις).
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και των κενώσεων.
- Επάρκεια λήψεως υγρών.
- Αύξηση της λήψεως των υγρών σε υπερβολική αφυδάτωση και ζεστές ημέρες.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΑΝΕΠΑΡΚΗ ΛΗΨΗ ΥΓΡΩΝ

- Συμπύκνωση ουρών .
- Ολιγουρία .
- Δίψα .
- Πυρετός.
- Υπονατριαιμία .
- Υπόταση .
- Ναυτία-εμετός.
- Κεφαλαλγία.
- Υποκαλιαιμία .
- Απάθεια η φόβος.
- Ναυτία λήθαργος-ταχυκαρδία.
- Απώλεια βάρους.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

- Τραύμα-μόλυνση.
- Άσηπτη τεχνική περιποίηση.
- Παρακολούθηση για πιθανή αιμορραγία.
- Κακοσμία από την αποβολή εντερικού περιεχομένου η από αέρια .
- Χρησιμοποίηση ειδικών σάκων με φίλτρο διαφυγής.
- Δερματίτιδα γύρω από το στόμιο λόγω ερεθιστικών ένζυμων(καλό πλύσιμο και στέγνωμα).



## ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑΣ – ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

### ΥΛΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- Δίσκος η τροχοφόρο νοσηλείας.
- Set αλλαγής.
- Ναυτία
- Νεφροειδές.
- Τετράγωνα αδιάβροχα.
- Πλαστικό σάκο κατάλληλο-ζώνη.
- Παραβάν.
- Φυσιολογικό ορό.
- Αντισηπτική διάλυση.
- Σαπούνι γλυκερίνης.
- Χλιαρό νερό.
- Τρίφτης-πετσέτα νοσηλείας.
- Κρέμα δέρματο

## ΠΛΥΣΗ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

### ΥΛΙΚΑ

- Ιριγκατερ η fleet enema η set πλύσεων κολοστομίας.
- Καθετήρας ορθού(σωλήνας αερίων).
- Χλιαρό νερό 1000 ml.
- Στύλος ορού
- Κρεμάσατε τη συσκευή σε τέτοιο ύψους ώστε ο πυθμένας να βρίσκεται στη υψος των ωμών( καθιστική θέση) η 40 cm.
- Νεφροειδές η δοχείο
- Τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών (σε ύπτια θέση)
- Νεφροειδές με χαρτοβαμβακο η βαμβάκι
- Ελαιώδης ουσία-βαζελίνη η γλυκερίνη
- Παραβαν*
- Θέση αρρώστου ύπτια με κλίση προς την κολοστομία η Καθιστος στην λεκάνη της τουαλέτας. Χρόνος ροής υγρού 15.

## Loop εγκαρσιοστομία .

Η LOOP εγκαρσιοστομία μπορεί να φαίνεται σαν μια πολύ μεγάλη στομία. Εν τούτοις έχει στην πραγματικότητα δυο ανοίγματα. Το ένα ανοίγμα αποβάλλει τα κόπρανα (ενεργό, τμήμα) ενώ , το άλλο βγάζει μόνο βλέννες (ανενεργό). Το παχύ έντερο φυσιολογικά παράγει μικρές ποσότητες βλέννας για να προστατευθεί από τα περιερχόμενα του εντέρου βλέννες αποβάλλονται με την αφόδευση και συνήθως δεν γίνονται αντιληπτές. Παρ ότι υπάρχει η κολοστομία, το αναπαυόμενο (ανενεργό) τμήμα του εντέρου συνεχίζει να παράγει βλέννες οι οποίες θα εξέλθουν είτε από τη στομία είτε από το ορθό και τον πρωκτό. Αυτό είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο.

## Εγκρσιοστομία Διπλού Αυλού.

Όταν ο χειρουργός κάνει μια double barrel εγκαρσιοστομία, διαιρεί το έντερο. Κάθε άκρο του εντέρου φέρεται στην επιφάνεια σαν ξεχωριστή στομία,. Ίσως οι δυο στομίες να διαχωρίζονται η όχι από το δέρμα μεταξύ τους.

Κι εδώ επίσης, το ένα άνοιγμα αποβάλλει κόπρανα και το άλλο βλέννες (αυτό μάλιστα το δεύτερο στόμα είναι γνωστό σαν συρίγγιο με βλέννες).

Μερικές φορές αυτό το <<συρίγγιο>> ράβεται κατά την επέμβαση και αφήνεται στο εσωτερικό της κοιλίας.

Σε αυτήν την περίπτωση μονό μια στόμια εμφανίζεται πάνω στα κοιλιακά τοιχώματα(single barrel κολοστομία).

Οι βλέννες που παράγονται στο τμήμα του εντέρου που αναπαύεται αποβάλλονται μέσω του ορθού.[10]

## Εκλογή της κατάλληλης διαίτας ασθενούς με κολοστομία.

Αρχικά η διαίτα που ακολουθεί ο ασθενής είναι υδρική (σούπες, τσάι.) Προοδευτικά η διαίτα περιλαμβάνει περισσότερα είδη τροφών, αλλά πάντα με μικρό υπόλλειμα.

Στην αρχή η αυστηρή διαίτα είναι απαραίτητη στην συνέχεια όμως καθίστανται περισσότερο ελεύθερη.

Τροφές που επιτρέπονται σε ασθενή με κολοστομία είναι τα ωμά φρούτα και λαχανικά, ψωμί, δημητριακά, ρύζι, πατάτες, σούπες τυρί, κρέμες διαφορές, χυμός πορτοκαλιού, ψάρια.

Τρόφιμα που δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο διαιτολόγιο του ασθενούς είναι αυτά που προκαλούν αέρια (όσπρια κ.λ.π.) τα άγουρα φρούτα, τα τηγανητά καθώς και τα πολλά καρυκεύματα και σάλτσες.

Επίσης απαγορεύεται η λήψη τροφής σε υπερβολική ποσότητα και σε ακανόνιστες ώρες. Το διαιτολόγιο αυτό συνιστάται μετά την πάροδο δύο μηνών και εφόσον ο έλεγχος των κενώσεων είναι ικανοποιητικός.

## ΣΠΑΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Εκτός από τον τοπικό ερεθισμό του δέρματος γύρω από την κολοστομία, του οποίου η φροντίδα αναφέρθηκε, άλλες επιπλοκές είναι οι εξής:

- Εισολκή, είναι πολύ βαριά επιπλοκή, κυρίως όταν το άκρο του εντέρου ελκυσθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τα αιτία της επιπλοκής είναι :

-Η παχυσαρκία

-Η ανάπτυξη παραλυτικού ή μηχανικού ειλεού μετεγχειρητικά .

-Το απαρασκευάστο έντερο, το οποίο περιέχει κοπρανώδεις μάζες.

## ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.

Ένα ιδεώδες και πλήρες πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλό θα ήταν να αρχίζει από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου. Γι' αυτό και χρειάζεται να υπάρχει δικτύωση ανάμεσα στα διαγνωστικά κέντρα και τους φορείς των προγραμμάτων αποκατάστασης. Ένα τέτοιο πρόγραμμα αποτελείται από τρεις φάσεις

**α)** Η πρώτη φάση της αποκατάστασης του ασθενή είναι προπαρασκευαστική.

Ο στόχος αυτής της φάσης είναι η ψυχολογική και η πρακτική προετοιμασία και υποστήριξη του ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας που θα περάσει.

**β)** Η δεύτερη φάση θα μπορούσε να ονομαστεί κλινική και καλύπτει την περίοδο που ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο.

**γ)** Η τρίτη φάση θα μπορούσε να ονομαστεί μετακλινική και αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής εγκαταλείπει το νοσοκομείο.

Η φάση αυτή αποτελεί τον κυρίως κορμό της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η άρτια λειτουργία ενός προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης απαιτεί κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό.

Ένα από τα αντιπροσωπευτικά προγράμματα αποκατάστασης για άτομα με καρκίνο, το οποίο αποτελεί μια έμπρακτη εφαρμογή των απόψεων της ολιστικής ιατρικής, είναι κι αυτό που εφαρμόζουν οι , οι Simonton οποίοι βασίζουν το πρόγραμμά τους σε ένα ολιστικό θεωρητικό μοντέλο ανάπτυξης του καρκίνου που συνθέτει τα ευρήματα πολλών ψυχοσωματικών ερευνών της εικοσαετίας και ιδιαίτερη εκείνων που θεωρούν τον υποθάλαμο σαν κεντρικό παράγοντα στη σχέση ανάμεσα στην συναισθηματική κατάσταση και την ανοσοποιητική δραστηριότητα.

Σύμφωνα με τους Simonton, μια αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου χρειάζεται παράλληλα με την θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί ο ασθενής μια συστηματική προσπάθεια να ξεπεραστούν τα συναισθήματα που ενδεχόμενα μειώνουν την ικανότητα του οργανισμού να αντισταθεί στα καρκινικά κύτταρα.

Μια τέτοια άποψη μοιραία αλλάζει σημαντικά το ρόλο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της προδίδει ένα πιο δυναμικό ρόλο.

Ο βασικός σκοπός μιας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι να αντικαταστήσει την κατάθλιψη και την απελπισία με μια αισιόδοξη θεώρηση της ζωής και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις που ενεργοποιήσουν τον ασθενή, ώστε να αναλάβει έναν ενεργητικό ρόλο στην ανάκτηση της υγείας του.

Το πρώτο βήμα είναι να ανακτήσει Ο ασθενής την επιθυμία για ζωή. Παρόλο που όλοι οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι θέλουν να ζήσουν, μερικοί από αυτούς δεν συμπεριφέρονται ανάλογα .

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον ασθενή. Η υποστήριξη του ασθενή στη φάση αυτή είναι, πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματα του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα. Επειδή όμως στη φάση αυτή βοήθειας αποκατάστασης του ασθενή με τα μέλη της ομάδας υγείας ασκεί επίδραση η οικογένεια του ασθενή και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκαταστάσεως να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες πληθυσμού

Η παρούσα κολοστομία, όπως είναι φυσικό επηρεάζει την ψυχολογία του ασθενή καθώς διαφοροποιεί κατά ένα μέρος τον τρόπο ζωής του. Πριν ο ασθενής μπει στο χειρουργείο πρέπει να ξέρει τι θα συμβεί..

Ο ρόλος και η βοήθεια της νοσηλεύτριας, αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενούς και διαρκεί ως την έξοδό του από το νοσοκομείο ίσως και στην κοινότητα.

Το πρώτο βήμα είναι η σωστή ενημέρωση και ταυτόχρονα η ειδική υποστήριξη ώστε ο ασθενής να γίνει ικανός να αντιμετωπίσει την πιθανή κολοστομία.

Η νοσηλεύτρια θα απαντήσει φιλικά και σ' όλες τις απορίες του ασθενή και θα του εξηγήσει γιατί είναι απαραίτητη η συγκεκριμένη επέμβαση καθώς και για το πόσο θα τον ωφελήσει.



Σημαντική ενίσχυση θα ήταν η συνάντηση και συζήτηση του ασθενή με κάποιο άτομο που έχει χειρουργηθεί και έχει αποδεχθεί την κολοστομία και ζει συμφιλιωμένος με το "νέο τρόπο" ζωής του.

Αλλά επειδή και πάλι παραμένει αρκετά δύσκολο να συνηθίσει ο ασθενής τη νέα κατάσταση, η συμπαράσταση, η στοργή, η καλοσύνη και η ανθρωπιά του νοσηλευτή παίζουν κύριο ρόλο στη νοσηλεία του.

Από τη στιγμή που θα γίνει η εγχείρηση και ξυπνήσει ο ασθενής, νέα ερωτηματικά και αμφιβολίες εμφανίζονται τώρα που συνειδητοποιεί την πραγματικότητα. Αφού περάσουν λίγες ημέρες και ο ασθενής εξοικειωθεί με την παραφύσιν έδρα και ηρεμήσει ψυχολογικά, θα αρχίσει η διδασκαλία για την περιποίηση της κολοστομίας από τον ίδιο πράγμα που σιγά-σιγά θα τον βοηθήσει να νοιώθει πιο άνετα καθώς δεν θα εξαρτάται από άλλους.

Η εκμάθηση θα γίνει **βαθμιαία** με την ακόλουθη σειρά.

Αρχικά ο νοσηλευτής εξηγεί θεωρητικά την προετοιμασία της νοσηλείας.

Έπειτα ο ασθενής παρακολουθεί το νοσηλευτή να προετοιμάζει μόνη της τα απαραίτητα είδη και να εκτελεί την αλλαγή. Σταδιακά αρχίζει να βοηθά και ο ίδιος στην εκτέλεση της αλλαγής.

Κατόπιν πραγματοποιεί μόνο του το μεγαλύτερο μέρος αυτής. Με τον καιρό, όταν η νοσηλεύτρια διαπιστώνει πως ο ασθενής έχει εξοικειωθεί με την όλη διαδικασία, του επιτρέπει να εκτελεί μόνος όλη την αλλαγή και λίγο αργότερα, αν ο ίδιος θέλει να αναλάβει την ευθύνη, εκτελεί και την προετοιμασία και την αλλαγή.

Υπάρχει όμως περίπτωση να μην μπορεί ο ίδιος ο ασθενής να αναλάβει τη νοσηλεία του, είτε γιατί είναι υπερήλικας είτε μη ισορροπημένο διανοητικά ή συναισθηματικά άτομο.

Τότε ο νοσηλευτής θα διδάξει τον τρόπο νοσηλείας στον πλησιέστερα συγγενή του ασθενή, αν βέβαια κρίνει κατάλληλος για αυτή την εργασία και αν δεχτεί φυσικά υπεύθυνα να την αναλάβει.

Αν όμως δεν υπάρχει αυτό το συγγενικό πρόσωπο τότε ο νοσηλευτής συνεργαζόμενος με κοινωνική λειτουργό, φροντίζει να γίνεται η νοσηλεία από μια επισκέπτρια αδελφή.

Πρέπει να κατορθώσουμε νοσηλεύουμε τους καρκινοπαθείς με πιστή ότι είναι δυνατόν να θεραπεύουν, με κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών τους, και με πεποίθηση ότι η ασθένεια όσο σκληρή κι αν φαίνεται έχει σκοπό μέσα στην πορεία της ζωής μας.

Η ισχαιμία και η γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που βρίσκεται έξω.

Το εντερικό άκρο που εμφανίζει εισολκή είναι δυνατό να μη φτάσει στην περιτοναϊκή κοιλότητα αλλά να παραμένει στον υποδόριο συνδετικό ιστό και να αναπτυχθεί φλεγμονή.

Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η πρόληψη των παραγόντων που προκαλούν την επιπλοκή αυτή.

Επί εγκαταστάσεως της επιπλοκής συνίστανται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας τεχνικά άρτιας κολοστομίας, με την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα.

Διάτρηση προκαλείται συνήθως από κάκωση του εντέρου, εξαιτίας του ρύγχους της συσκευής των υποκλυσμών, και εμφανίζεται και στην μόνιμη και στην πρόσκαιρη κολοστομία. Όταν η διάτρηση του εντέρου συμβεί μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλεί ταχέως την ανάπτυξη περιτονίτιδας.

Περικολική φλεγμονή και περικολικά αποστήματα: εμφανίζεται όταν ο περικολικός ιστός επιμολυνθεί από τα εντερικά υγρά της κολοστομίας.

Η επιμόλυνση αυτή προλαμβάνεται με την τοποθέτηση βαζελινούχων γαζών γύρω από το προβάλλον τμήμα του εντέρου πριν ή αφού ανοιχτεί.

Επί εγκαταστάσεως της φλεγμονής και δημιουργίας αποστήματος εκτός από την αντιβίωση εκτελείται σχάση και παροχέτευση της πυώδους εκροής.

## **ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ**

Σε γενικές γραμμές πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει

- Την φροντίδα της ειλεοστόμιας η κολοστομίας.
- Την πρόληψη της κακοσμίας και τον έλεγχο των αερίων.
- Τη *δίαιτα*.
- Ενδυμασία – σπόρ.
- Φάρμακα.
- Εγκυμοσύνη.[12]

## **Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία.**

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις που οι άλλοι μέθοδοι δεν μπορούν να βοηθήσουν η σε συνδυασμό με αυτές.

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά προκαλούν ναυτία, εμετό, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο το ΓΕΣ, και ορισμένα προκαλούν διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Αλλά επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες και πολλές κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία και σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών.

**Η νοσηλευτική φροντίδα** συνίστανται στην άρση αυτών των προβλημάτων και την ανακούφιση του αρρώστου.

**Αυτή περιλαμβάνει:**

- Ενημέρωση, προετοιμασία και ψυχική υποστήριξη του ασθενούς.
- Χορήγηση αντιεμετικών.
- Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον κλπ).
- Λήψη μέτρων για να μην έρθει το φάρμακο σε επαφή με το δέρμα.

- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών.

- Μια από τις κυριες ευθύνες του νοσηλευτή είναι η ακριβής χορήγηση των φαρμάκων και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, καθώς και η πρόληψη των παρενεργειών και η προφύλαξη του ασθενή και του εαυτού του.

Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή στην περίπτωση αυτή είναι πολύ σημαντικός και η ίδια αποτελεί σημαντικό βοήθό του γιατρού.[9]

## Γ.Νοσηλευτική φροντίδα ασθενους που αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία σπάνια χρησιμοποιείται μόνη της σαν μέθοδος θεραπείας. Πιο συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους, και παρηγορητικά για υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου που παρουσιάζει αυτία και εμετούς περιλαμβάνει. τη χορήγηση ηρεμιστικών και. *αντιεμετικών*, τη χορήγηση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας, σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και. τη λήψη πολλών υγρών.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει αντιδράσεις από το δέρμα, ο νοσηλευτής παρατηρεί για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση και χορηγεί ουδέτερες κρύες, γίνεται πλύση του δέρματος με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό και προστατεύεται το δέρμα από την ψηλή θερμοκρασία την ηλιακή ακτινοβολία καθώς και από τραυματισμούς και τριβές.

Σε περίπτωση διάρροιας χορηγούνται αντιδιαρροικά φάρμακα και δίαιτα με μικρό υπόλειμα.

Σε περίπτωση καταστολής του μυελού των οστών, ο νοσηλευτής φροντίζει για την προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και. Τραυματισμού και. παρατηρεί για εμφάνιση αιμορραγιών οπότε φροντίζει για την αντιμετώπισή τους.[9]

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ Ε- ΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.

Ο καρκίνος είναι ένα νόσημα χρόνιο Το οποίο συχνά συνεπάγεται ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, τοξικές φαρμακευτικές θεραπείες, σε αρκετές περιπτώσεις πόνους και τελικά *θάνατο* κι αυτά παρά τις προόδους που αναμφισβήτητα έχουν σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Η πορεία του καρκίνου όπως και κάθε άλλου χρόνιου εξελικτικού ή θανατηφόρου νοσήματος συνεπάγεται σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τόσο στους αρρώστους όσο και στο περιβάλλον τους.

Φυσικά δεν πρέπει να αγνοήσουμε ότι σοβαρές επιπτώσεις συνεπάγεται το νόσημα και για τους επαγγελματίες υγείας, γιατρούς, νοσηλευτές κ.λ.π. που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς.

Είναι λοιπόν επιτακτική ανάγκη για όλους εμάς που εργαζόμαστε για τον άρρωστο να εξασφαλίσουμε την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από μια θανατηφόρο αρρώστια όπως ο καρκίνος. Για να γίνει αυτό, χρειάζεται καταρχήν ο νοσηλευτής/τρια να εκβαθύνει να καταλάβει πως αυτός ο άρρωστος νιώθει οποίες είναι οι εμπειρίες του, ποιες είναι οι επιδράσεις του, ποιες οι ιδιαίτερες του ανάγκες και πως μπορούν να ικανοποιηθούν.

Σκοπό του πρέπει να έχει να βοηθήσει τον άρρωστο να παρουσιάσει δραστηριότητες που συντελούν στη διατήρηση ή επαναφορά της υγείας του. Τις δραστηριότητες αυτές θα τις διεκπεραιώνει μόνο του το άτομο, αν εχε την απαραίτητη δύναμη, γνώσεις και θέληση.

Αυτό πρέπει να το επιδιώκει ο νοσηλευτής με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθά το άτομο να κερδίσει την ανεξαρτησία του, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα να οδηγεί δηλαδή τα άτομα στην αυτοφροντίδα.

Τούτο έχει ιδιαίτερη σημασία για τον καρκινοπαθή , ο οποίος και με το άκουσμα της διάγνωσης, πολλές φορές παραδίδεται απογοητεύεται και *πεθαίνει κυριολεκτικά ενώ ακόμη βρίσκεται στην ζωή.*

Το άτομο το οποίο διαγνώσθηκε ότι. πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη λοιπόν κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική.

Ο καρκινοπαθής και η αλήθεια είναι ένα μέρος του μεγαλύτερου προβλήματος της αλήθειας στην ιατρική. Θα πρέπει από την αρχή να τονιστεί πως δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος στις διάφορες χώρες. Κι ακόμα ότι δεν πρέπει να θεωρείται, οριστικοποιημένη η στάση που σήμερα τηρείται.

Σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στις ΗΠΑ έχει τα τελευταία χρόνια επικρατήσει η άποψη της ανακοίνωσης στον άρρωστο όλης της αλήθειας σχετικά με την νόσο του και. λεπτομερειών σχετικά με την πρόγνωση.

Σε μελέτη που έγινε στη PHILADELPHIA το 1953 μεταξύ 442 γιατρών ποσοστό 31% απάντησε πως πάντα ή συνήθως λένε τη διάγνωση στον άρρωστο ενώ 69% απάντησε πως σπάνια τη λένε ή δεν την ομολογούν ποτέ. Στις αρχές της δεκαετίας του 60 οι γιατροί Αμερικανικών Νοσοκομείων εξακολουθούν να κρύβουν την αλήθεια από τον άρρωστο.

Ποσοστό 90% από 219 γιατρούς που ρωτηθήκαν είπαν πως γενικά δεν πληροφορούν τον άρρωστο πάνω στις καίριες αλήθειες. Η στάση όμως αυτή φαίνεται πως αναθεωρήθηκε μέσα σε μια μόλις δεκαετία.

Μελέτη που έγινε το 1970 με ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε 178 γιατρούς έδειξε πως 66% ενημερώνουν μερικές φορές, 25% λένε πάντα την αλήθεια και 9% δεν λένε ποτέ την αλήθεια.

Το 1974 Το θέμα αποτελεί ακόμα αντικείμενο συζήτησης και προβληματισμού. Πιο πρόσφατη μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ (1979) μεταξύ 264 γιατρών δείχνει πλήρη αναστροφή των στάσεων και απόψεων του 1961 : 97% των γιατρών προτιμούν να λένε στους αρρώστους την ακριβή διάγνωση.

Στην Ελλάδα όπου συνήθως ως τώρα η αλήθεια δεν ομολογείται και ο άρρωστος δεν ενημερώνεται επίσημα, πολλοί ξέρουν τελικά την αλήθεια μαθαίνοντας την έμμεσα είτε από μισόλογα και τις κουβέντες του διαδρόμου, είτε από το χώρο στον οποίο νοσηλεύονται, είτε από το είδος της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται και γεννάται το ερώτημα : Πρέπει να γνωρίζει την διάγνωση της αρρώστιας του ο άρρωστος με καρκίνο;

Η ερώτηση αυτή έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τους νοσηλευτές. Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση του και το χαρακτήρα του, από την φιλοσοφία του για την ζωή και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

Η αντίδραση του κάθε ανθρώπου σε κάποιο γεγονός μπορεί να ανιχνεύει σε ένα ευρύ φάσμα όπου το ένα άκρο του είναι αυτό που ονομάζουμε φυσιολογικό για να φτάσει στις καθαρά παθολογικές μορφές. Από τη γνωμάτευση οι άρρωστοι παίρνουν θάρρος και βάζουν οροδείκτες πορείας.



Αντίθετα άλλοι άνθρωποι πιο ευαίσθητοι στον πόνο και την αρρώστια δεν αντέχουν να ακούσουν την μοιραία αλήθεια που όντως σπάει κόκαλα. Και πράγματι πόσοι από μας τους κοινούς ανθρώπους μπορούν να πουν ότι είναι πιο δυνατοί από την οδύνη της κάθε αρρώστιας και στην προκείμενη περίπτωση της οδυνηρότητας καρκινικής νεοπλασίας π.χ. των οστών.

Η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους αρρώστους, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα, από το γιατρό, ή το νοσηλευτή με αποτέλεσμα ο τρόπος αυτός ενημέρωσής του να κλονίζει την πιστή και την εμπιστοσύνη του στο γιατρό και το νοσηλευτή. Μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστια του και να βοηθιέται από την ομάδα υγείας να παίρνει τις σωστές αποφάσεις.

Άλλωστε οι περισσότεροι υγιείς και οι άρρωστοι στις ΗΠΑ, που ρωτήθηκαν αν ήθελαν να γνωρίζουν την αρρώστια τους δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένοι. Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι που αρνούνται τελείως την πάθησή τους αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια που σχετίζεται μ' αυτήν. Σ αυτούς τους αρρώστους η γνωστοποίηση της πληροφορίας από μέρος μας θα πρέπει να κατευθύνεται από συμπόνια, στοργή, επαγρύπνηση και ανθρωπισμό. Έτσι θα μπορέσουμε να αποσπάσουμε την συμπάθεια του αρρώστου, και θα επιβληθούμε, ώστε να δέχεται όσα του λέμε καθώς και τη θεραπεία του που υποδείχτηκε. Όσα παρατηρείται πως η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη του είδους.

Οι άρρωστοι συνήθως είναι μέλη οικογένειας. Γι' αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια. Η αγωνιά και η θέση των συγγενών αρχίζει με τη υποψία πριν την διάγνωση.

Η επικοινωνία του νοσηλευτή με τούς συγγενείς του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση.

Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοι τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή του σ' αυτά όσο είναι δυνατόν.

Πάντως είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια και το θάνατο γενικότερα. Η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματα μας απέναντι της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πιστή και με αισιοδοξία το μέλλον.

Ακόμη θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαδύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.[9]

## ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πολύ ελάχιστες είναι οι αρρώστιες που συνδυάζουν τόσο τραγικά, τις καταστροφικές ιδιότητες μιας μακροχρόνιας αρρώστιας, με την κρίση και τα δάκρυα που προκαλεί η ξαφνική εμφάνιση μιας άλλης οξείας αρρώστιας.

Ο καρκινοπαθής άρρωστος έχει και τα δύο αυτά χαρακτηριστικά. Γι' αυτό χρειάζεται ν' αντιμετωπισθεί τόσο σαν άρρωστος που παρουσιάζει έντονα θορυβώδη συμπτώματα στο χώρο του νοσοκομείου, όσο και σαν χρόνιος άρρωστος με ανάγκες που μπορούν τουλάχιστον τον περισσότερο χρόνο, να αντιμετωπισθούν στο χώρο που ζει στο σπίτι του.

Η επιστημονική πρόοδος έδωσε σήμερα τη δυνατότητα στον άνθρωπο να καθυστερεί να αναβάλλει το θλιβερό αποτέλεσμα μιας θανατηφόρου αρρώστιας όπως ο καρκίνος, και να ανακουφίζει τον άνθρωπο από πολλά σωματικά συμπτώματα που την συνόδευαν.

Είναι ανάγκη όλοι εμείς που εργαζόμαστε για τον άρρωστο να συγκεντρώσουμε τις προσπάθειες μας, για την απαραίτητη υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από καρκίνο και να του προσφέρουμε ολοκληρωμένη φροντίδα σε όλη τη διάρκεια του αγώνα του.

Η πραγματικότητα, σχετικά με την σημερινή οργάνωση και κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας μας καθώς και της νοσηλευτικής εκπαίδευσης δείχνει ότι η πυραμίδα της φροντίδας είναι αντιστρόφως ανάλογη της πυραμίδας των αναγκών.

Παρά το γεγονός ότι τα άτομα που βρίσκονται στα νοσοκομεία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό του πληθυσμού της χώρας μας που χρειάζεται υγιεινομική περίθαλψη, εν τούτοις αυτά τα άτομα απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση τόσο στο θεωρητικό της μέρος όσο και στην κλινική άσκηση επικεντρώνεται στον άρρωστο του νοσοκομείου, αγνοώντας το γεγονός ότι υπάρχει ανάγκη για πρόληψη της αρρώστιας, διατήρηση και παραγωγή της υγείας όλου του πληθυσμού της χώρας.

Εκπαιδεύονται οι σπουδαστές-στρίες στην ογκολογική Νοσηλευτική, μόνο στα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία, δεν έχουν την ευκαιρία να φροντίσουν τον καρκινοπαθή στο σπίτι του, να τον βοηθήσουν να παραμένει στο σπίτι του, να πεθάνει στο σπίτι του.

Ακόμα να συμβάλλουν να προληφθεί ο καρκίνος από τα πρώιμα συμπτώματα του τα οποία οι ίδιοι πρώτα, θα διαπιστώσουν από τις επισκέψεις του αρρώστου στο Κέντρο Υγείας ή της επισκέπτριας στο σπίτι του αρρώστου. Για να μπορέσει όμως ο σπουδαστής-στρία της νοσηλευτικής να έχει αυτόν τον προσανατολισμό προς την υγεία και όχι την αρρώστια πρέπει τα ίδια τα εκπαιδευτικά προγράμματα και οι εκπαιδευτικές ευκαιρίες να βοηθήσουν να τον απαιτήσει.

Πρέπει με την ανάλογη εκπαίδευση να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτότητα στη ζωή του ατόμου, με σκοπό να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες του ανάγκες, και να διαπιστώσει πως συλλαμβάνει το ίδιο το άτομο τις ανάγκες αυτές και να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία και συνεννόηση με το ίδιο το άτομο, το οποίο συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει. Πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως.

Η ανάγκη της ειδικεύσεως αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται πως το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στην νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιείται πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχολογικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.[9]

## ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Ξεκινώντας αυτήν την εργασία πίστευα πώς θα ήταν πολλή δύσκολο να συναντήσω άτομα με καρκίνο παχέος εντέρου που είχαν χειρουργηθεί και με τα οποία θα συζητούσα κάποια πράγματα για το πρόβλημα που είχαν να αντιμετωπήσουν σε σχέση με την υγεία τους.

Αρχικά πίστευα πως δεν θα είχα ανταπόκριση σε όλες τις ερωτήσεις μου πράγμα που ήθελα να αποφύγω.

Τελικά η συνάντησή μου με τα άτομα αυτά ήταν πολλή εποικοδομητική από τη μια για τη συνέχιση της εργασίας μου και από την άλλη για την ικανοποίηση και ανακούφιση του ασθενούς που εξέφρασε τον ψυχικό του κόσμο σε κάποιο άτομο που πραγματικά ενδιαφέρονταν για αυτόν.

Η περίπτωση που θα αναπτύξω αναφέρεται σε άνδρα ηλικίας 63 ετών καταγόμενος από την Ιθάκη συνταξιούχο ο οποίος προσήλθε στην πανεπιστημιακή κλινική του γενικού νοσοκομείου Ιωαννίνων στις 21-2-2005, κοντά του ήταν η σύζυγός του και ο μικρότερος γιος του που τον αγαπούσαν πολλή και θα ήταν στο πλάι συνέχεια.

Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς αναφέρει από 20 ημέρες πριν διαγνωσμένο καρκίνο ορθού. Ο ασθενής εισάγεται στην κλινική για να χειρουργηθεί ενώ από μήνες αναφέρει απώλεια αίματος από ορθό και συχνές διάρροιες.

Εξωτερικός παθολόγος διέγνωσε καρκινική μάζα σε βάθος 8 εκατοστά από τον δακτύλιο μετά από κολonosκόπηση ενώ είχε γίνει βιοψία και ιστολογική εξέταση η οποία έδειξε αρκετά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνομα με παρουσία νευρωτικών αλοιόσεων στο μυικό ιστό.

**Το νοσηλευτικό ιστορικό** του ασθενούς αναφέρει ότι προσήλθε με την συνοδεία του γιού του και της σηζύγουσ του και ήταν αρκετά φοβισμένος .

**Το ατομικό του αναμνηστικό** αναφέρει λιθίαση, παλιό κάταγμα στη λεκάνη και ολική αρθροπλαστική υσχίου ακόμα και σπονδυλοαρθροίτιδα.

**Το οικογενειακό του ιστορικό** αναφέρει πνευμονία αρτηριοσκλήρυνση και καρκίνο οισοφάγου. Μετά από την απαιτούμενη εξέταση και από τους γιατρούς του νοσοκομείου διαγνώστηκε καρκίνος παχέος εντέρου και χρειάζεται χαμηλή εκτομή.

Έγινε η εισαγωγή του ασθενούς με φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα αλλά ήταν ήσυχος ,το χειρουργείο ήταν τακτικό προγραμματισμένο για τις 28-2-2005, στη συνέχεια έγινε η απαραίτητη προενηχειρική ετοιμασία υποβλήθηκε στις 28-2-2005 στην επέμβαση ενώ γενικά όλα πήγαν καλά μόνο παρουσίασε ευαισθησία στην περιοχή του τραύματος

Η πορεία τις επόμενες ημέρες ήταν ομαλή. Στις 15-3-2005 έγινε το εξιτήριο του ασθενούς που επιτέλους βγήκε από το νοσοκομείο που ήταν πιο ήσυχος έχοντας την πεποίθηση του πιο ήσυχη από πριν σε σχέση με την καλυτέρευση της υγείας του .

Γενικά ο ασθενής πέρασε μια δοκιμασία αρκετά δύσκολη που του δημιούργισε αρκετό άγχος φόβο και αγωνία για την ζωή του.

Ο νοσηλευτής ήταν εκείνος που καλύτερα από όλους γνώριζε τις ανάγκες και του φόβους του και γενικός στα προβλήματα του ασθενούς και βοήθησε στην ικανοποίηση αυτών και στην καλυτέρευση και ανακούφιση του ασθενούς.



ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η επίγνωση του ασθενούς ότι έχει καρκίνο και η εισαγωγή του στο νοσοκομείο για χειρουργική αντιμετώπιση του δημιουργούν αγωνία, φόβο και άγχος.</li> <li>- Μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενούς, καχεξία, εύκολη κόπωση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απαλλαγή του ασθενούς από τα απαισιόδοξα αισθήματά του όσο το δυνατόν.</li> <li>- Αύξηση της μετεγχειρητικής δραστηριότητας του ασθενούς και κίνηση για την αποφυγή κατακλίσεων και άλλων δυσάρεστων επιπλοκών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συζήτηση με τον ίδιο τον ασθενή, για να του δοθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις.</li> <li>- Συζήτηση και με τους οικείους του, για να βεβαιωθούν ότι όλα θα πάνε καλά.</li> <li>- Προτροπή του ασθενούς για δραστηριότητες που του κινούν το ενδιαφέρον.</li> <li>- Απασχόληση του ασθενούς με οτιδήποτε είναι σε θέση να κάνει προκειμένου να πάψει να σκέφτεται την κατάστασή του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προσεκτική ακρόαση όλων των φόβων και ανησυχιών του ασθενούς χωρίς βιασύνη.</li> <li>- Σαφείς εξηγήσεις για τα ερωτήματα του και διευκρινίσεις για τις παρανοήσεις του.</li> <li>- Σταθερό ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση ασθενούς και συγγενών αυτού.</li> <li>- Ήρεμη στάση του νοσηλευτή ώστε να διατηρεί και ο ασθενής την ίδια στάση ηρεμίας.</li> <li>- Εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων από τον ασθενή, έτσι ώστε και να κινείται και να ξεφεύγει από τις σκέψεις του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής ηρέμησε και έπαψε να διακατέχεται από άσχημα συναισθήματα σε μεγάλο βαθμό.</li> <li>- Απέκτησε εμπιστοσύνη και ένωσε ασφαλώς μέσα στο χώρο που βρίσκεται.</li> <li>- Αποφυγή δυσάρεστων επιπλοκών της μειωμένης δραστηριότητας του ασθενούς.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>- Μείωση της άνεσης του ασθενούς λόγω των συμπτωμάτων όπως ο πόνος, που εντοπίζεται στο χειρουργικό τραύμα και γύρω απ' αυτό.</p>	<p>- Προσπάθεια αντιμετώπισης των συμπτωμάτων ή μείωση αυτών στο ελάχιστο δυνατό.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξέταση των αιτιών που προκαλούν τον πόνο.</li> <li>- Έρευνα, εάν εκτός από τον φυσικό πόνο υπάρχουν και άλλοι παράγοντες (φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί) που συμβάλλουν στην επιδείνωση του πόνου.</li> <li>- Ο ασθενής καλείται να μας περιγράψει τον πόνο.</li> <li>- Ο τρόπος που ο νοσηλευτής θα πλησιάσει τον ασθενή συμβάλει στην μείωση ή αύξηση του πόνου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συμπαράσταση και ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς για να απασχολείται με δραστηριότητες που του κινούν το ενδιαφέρον.</li> <li>- Μείωση των παραγόντων του περιβάλλοντος που δημιουργούν ένταση στον ασθενή.</li> <li>- Μείωση των συναισθηματικών παραγόντων καθώς επίσης και των κοινωνικών που συμβάλλουν στη γέννηση και επιδείνωση του πόνου.</li> <li>- Αναλυτική θέση και επάρκεια ύπνου ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής δραστηριοποιήθηκε και έπαγε να σκέφτεται διαρκώς την υγεία του.</li> <li>- Ανακούφιση του ασθενούς από τ μείωση του πόνου.</li> <li>- Αύξηση της άνεσης του ασθενούς.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αδυναμία λήψης τροφής από το στόμα λόγω της κατάστασης του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Θρέψη του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εύρεση τρόπου τεχνητής διατροφής.</li> <li>- Προορισμός του μίγματος της τεχνητής διατροφής.</li> <li>- Προσδιορισμός του τρόπου χορήγησης των μιγμάτων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Όταν ο πόνος είναι εντονότερος τη νύχτα δίνονται κατευναστικά και υπνωτικά φάρμακα.</li> <li>- Ο ασθενής πλησιάζεται πάντα με στοργή και ενδιαφέρον.</li> <li>- Τεχνητή διατροφή με ρινοαστρικό σωλήνα LEVIN.</li> <li>- Τα μίγματα της τεχνητής διατροφής περιέχουν πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, άλατα, βιταμίνες και το νερό που χρειάζεται ο ασθενής.</li> <li>- Χορήγηση μπορεί να γίνεται σε γεύματα ή να είναι συνεχής.</li> <li>- Η θερμοκρασία της τροφής να είναι 37,5C 38° C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής τρέφεται κανονικά</li> <li>- Η εξασφάλιση της σωστής διατροφής του ασθενούς, δηλώνει την διατήρηση του ισοζυγίου των αναγκών του οργανισμού σε θερμίδες.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- θρεπτικό ανισοζύγιο ( ανορεξία, έμμετοι, δυσφαγία).</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διατήρηση επαρκούς θρέψης του ασθενούς.</li> <li>- Αποκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έλεγχος των τροφών που ο ασθενής προτιμά.</li> <li>- Προσπάθεια εξασφάλισης των σωστών συνθηκών διατροφής.</li> <li>- Σε αποτυχία των άλλων μέσων, χρησιμοποίηση τεχνητής διατροφής.</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η ποσότητα της τροφής πρέπει να μετράται.</li> <li>- Τα χρησιμοποιούμενα αντικείμενα να είναι καθαρά και ζεστά.</li> <li>- Στη διάρκεια της διατροφής ο ασθενής παίρνει αναπνευστική θέση.</li> <li>- Προσπάθεια θρέψης του ασθενούς με τροφές τις οποίες προτιμά.</li> <li>- Ευχάριστη ατμόσφαιρα και καλοσερβιρισμένες τροφές.</li> <li>- Εύγεστες και τροφές με ευχάριστη οσμή.</li> <li>- Τεχνητή διατροφή με LEVIN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επιτεύχθηκε η θρέψη του ασθενούς.</li> <li>- Η σωστή θρέψη τον οδήγησε σε ταχεία ανάρρωση.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Υδατοηλεκτρολυτικά και οξοβασικά ανισοζύγια.</li> <li>- Επιπλοκές τεχνητής διατροφής ( με LEVIN) όπως διάρροια, ναυτία, έμμετοι, πνευμονία από εισρρόφηση κλπ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποκατάσταση των ισοζυγίων.</li> <li>- Πρόληψη των επιπλοκών.</li> <li>- Σε περίπτωση που συμβούν, άμεση αντιμετώπισή τους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προγραμματισμός στη χορήγηση ηλεκτρολυτών παρεντερικά.</li> <li>- Προγραμματισμένη μέτρηση αυτών.</li> <li>- Προσοχή στα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται.</li> <li>- Προσοχή κατά τη διάρκεια της σίτησης του ασθενούς.</li> <li>- Προσδιορισμός του τρόπου σίτησης, φύλαξης του μίγματος και τοποθέτησης του ασθενούς.</li> <li>- Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρρόφησης σε περίπτωση εμέτου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κατάλληλη ενυδάτωση του ασθενούς.</li> <li>- Παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών.</li> <li>- Προσεκτική μέτρηση προσλαμβανόμενων αποβαλόμενων υγρών.</li> <li>- Σχολαστικός καθαρισμός των χρησιμοποιούμενων αντικειμένων μετά από κάθε χρήση.</li> <li>- Λήψη μέτρων για την αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στον οισοφάγο κατά τη σίτηση.</li> <li>- Εξασφάλιση μίγματος μόνο για 24 ώρες και διατήρησή του στο ψυγείο.</li> <li>- Αποφυγή κίνησης του ασθενούς 2-3 ή μετά τη σίτηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επίτευξη των απαιτούμενων ισοζυγίων.</li> <li>- Τεχνητή διατροφή χωρίς επιπλοκές.</li> <li>- Άμεση αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκής.</li> </ul>

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b>	<b>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και του σώματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διατήρηση του ασθενούς καθαρού και αποφυγή κακοσμίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τακτικό πλύσιμο του ασθενούς.</li> <li>- Περιποίηση του σώματος της κεφαλής και των ρούχων του.</li> <li>- Προσοχή κατά την ούρηση και αφόδευση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Φροντίδα στόματος και ραθωνίων.</li> <li>- Ανάρροπη θέση του ασθενούς και στροφή της κεφαλής στο πλάι.</li> <li>- Χορήγηση 50ml.</li> <li>- Συχνό μπάνιο επί κλίνη του ασθενούς, λούσιμο του τριχωτού της κεφαλής του και καθαρισμός του, σε κάθε σημείο του σώματος του.</li> <li>- Λήψη μέτρων για την αποφυγή ρύπανσης των ρούχων του κατά την ούρηση και την αφόδευση.</li> <li>- Συχνή αλλαγή των ρούχων και των κλιννοσκελετασμάτων του, ώστε να είναι πάντα καθαρός.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής αφού είναι καθαρός, νιώθει άνετος και ασφαλής.</li> <li>- Η καθαριότητα τον έκανε να νιώσει ευδιάθετος και πιο χαρούμενος.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής είναι χρόνιος καπνιστής.</li> <li>- Θυμός απέναντι στην οικογένειά του και στα μέλη της ομάδας υγείας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής πρέπει να συνειδητοποιήσει την ανάγκη να κόψει τελείως το τσιγάρο ή να το ελαττώσει όσο μπορεί.</li> <li>- Παύση του θυμού.</li> <li>- Ψυχική ηρεμία του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διάλογος του ασθενούς με το νοσηλευτή.</li> <li>- Διάλογος με τους οικείους του ασθενούς ώστε να πεισθούν και αυτοί.</li> <li>- Χρησιμοποίηση επιχειρημάτων σωστών και ενημερωτικών φυλλαδίων.</li> <li>- Επιδείξη παραδειγμάτων προς μίμηση και άλλων προς αποφυγή.</li> <li>- Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί όλα τα συναισθηματικά προσόντα που διαθέτει.</li> <li>- Διαλέγεται με το ασθενή, δεν τον απομακρύνει.</li> <li>- Τον ωθεί να δει την πραγματικότητα.</li> <li>- Υποστήριξη του ασθενούς ότι όλα θα πάνε καλά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο νοσηλευτής εξηγεί στον ασθενή τους λόγους για τους οποίους επιβάλλεται η διακοπή του καπνίσματος, καθώς και τους κινδύνους που εγκυμονεί η συνέχισή του.</li> <li>- Εξηγεί επίσης στους οικείους του ασθενούς πως πρέπει και αυτοί να προσπαθήσουν να τον πείσουν με τον τρόπο τους.</li> <li>- Χρησιμοποιεί ενημερωτικά φυλλάδια που θα γίνουν κατανοητά από τον ασθενή, καθώς και επιχειρήματα που δεν θα αμφισβητηθούν από τον ασθενή.</li> <li>- Μπορεί ακόμα ο νοσηλευτής να επιδείξει διάφορα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής συνειδητοποίησε τον κίνδυνο του καπνίσματος και κατέβαλε προσπάθειες να το ελαττώσει.</li> <li>- Στο τέλος κατάφερε με τη θέλησή του να το κόψει τελείως.</li> <li>- Ο ασθενής ξεπέρασε το θυμό και την αιτιατική συμπεριφορά.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αισθήματα λύπης και απελπισίας για το φόβο του επικείμενου θανάτου ( φόβος για τη μετέπειτα τύχη της οικογένειάς του).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απαλλαγή του ασθενούς από τη σκέψη του θανάτου.</li> <li>- Εμφύσηση ελπίδας για τη συνέχιση της ζωής, πλάι στην αγαπημένη του οικογένεια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Στροφή του σε νέα ενδιαφέροντα, που θα τον απαλλάξουν από άσχημες σκέψεις.</li> <li>- Πρέπει πάντα να έχει βαθιά πίστη στο Θεό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- παραδείγματα στον ασθενή ώστε να τον παρακινήσει στη σωστή απόφαση.</li> <li>- Αντιμετώπιση του ασθενούς με ανθρωπισμό συμπόνια και στοργή.</li> <li>- Συζήτηση και διάλογος μαζί του ώστε να κατανοήσει ότι η απαιτητική συμπεριφορά και ο θυμός ούτε ενδείκνυται στην κατάσταση του.</li> <li>- Ψυχολογική ενίσχυση του ανθρώπου – ασθενούς να αντιμετωπίσει ρεαλιστικά την κατάσταση του.</li> <li>- Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς ώστε να έχει ελπίδα και αισιοδοξία για τη ζωή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ένωσε ότι όλοι θέλουν να τον βοηθήσουν.</li> <li>- Ο ασθενής απέκτησε ελπίδα και αισιοδοξία και δεν φοβάται πια τον θάνατο.</li> <li>- Έπαψε να ανησυχεί για την οικογένειά του, ξέροντας ότι ο Θεός φροντίζει για όλους τους χριστιανούς.</li> </ul>



ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>Πρέπει ο νοσηλευτής να του εμφυσήσει το αίσθημα της ελπίδας και να τον καθησυχάσει για την τύχη της οικογένειάς του.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Πρέπει ο ασθενής να πάψει να απελπίζεται, ύστερα από τη δική μας προτροπή.</li> <li>- Στροφή της προσοχής του ασθενούς σε νέα ενδιαφέροντα και διαρκής απασχόλησή του η οποία δεν θα του αφήνει περιθώρια άσχημων σκέψεων.</li> <li>- Πρέπει να μάθει ο ασθενής να έχει βαθιά πίστη στο Θεό και να ελπίζει, σε ένα καλύτερο αποτέλεσμα</li> </ul>	

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από όλα αυτά τα στοιχεία που έχω στην εργασία μου πάνω σε μια τόσο σοβαρή αρρώστια όπως είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου καταλαβαίνουμε πόσο μεγάλη σημασία έχει στην εποχή μας οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες που φροντίζουν τους αρρώστους με καρκίνο του παχέος εντέρου, να βελτιώνονται συνεχώς και να εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους με την ανάπτυξη ειδικών δεξιοτήτων σχετικά με την πρόληψη, ανίχνευση, διάγνωση, θεραπεία νοσηλευτική φροντίδα και σωστή αποκατάσταση αρρώστων με καρκίνο γενικά αλλά και συγκεκριμένα με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Στην αύξηση των γνώσεων και νοσηλευτικών δεξιοτήτων  
συντελεί μεταξύ των άλλων και η νοσηλευτική έρευνα, η διάδοση των ερευνητικών πορισμάτων καθώς και η χρησιμοποίηση τους στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λουκάς Μ. Λάζος, Γεώργιος Κ. Παρασκευάς, [1996] Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου, εκδόσεις UNIVERCITY STUDIO PRESS.
2. Δημητρίου Θ. Τσακίρογλου, [1976] Ανατομία του ανθρώπου και σχηματογραφικός άτλας, εκδόσεις Αλεξάνδρου Δ. Σιώκκη.
3. Σταύρος Σ. Χαντζηκωνσταντίνου, [1976] Συνοπτικές σημειώσεις φυσιολογίας, εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος.
4. Ιωλάννου Σ. Χαντζημηνά, [1979] Επίτομος φυσιολογία, εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος.
5. Clucille Heir Barbara A. Wise, Connie Krebs, [1996] Ιατρική βοήθεια και φροντίδα II, ανατομία και φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος, εκδόσεις Ελλην.
6. B. Bernardo, A. Houssay, [1961] Η φυσιολογία του ανθρώπου, εκδόσεις Γρ. παρισιάνος.

- 7. Πάρις κοσμίδης, Γιάννης Τριανταφυλίδης, [1991]  
Ογκολογία του πεπτικού συστήματος, εκδόσεις βήτα.**
- 8. Mallin dollinger, Ernest Rosenbaym, Grey Cable, [1992]  
Ο καρκίνος διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και έγκαιρη  
αντιμετώπιση, ένας οδηγός για όλους, εκδόσεις Κάτοπτρο.**
- 9. Ιμπραήμ Ισάμ, [1993] πτυχιακή εργασία, Νοσηλευτική  
διεργασία με καρκίνο πεχέος εντέρου.**
- 10. Φιδάνη Αικατερίνη, [2002] Καθηγήτρια σχολής  
Σ.Ε.Υ.Π. τμήματος Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας,  
Σημειώσεις εργαστηρίου Δ εξαμήνου.**
- 11. Άννα Σαχίνη Καρδάση, Μαρία Πάνου, [2000]  
Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές  
διαδικασίες Α Τόμος, Β έκδοση εκδόσεις βήτα**
- 12. Ελευθερία Κ. Αθανάτου [2000], Κλινική νοσηλευτική,  
βασικές και ειδικές νοσηλείες, έκδοση ΙΑ, αναθεωρημένη,  
εκδόσεις Γεώργιος Παπανικολάου.**
- 13. Μ. Μαλαρινού Κωνσταντινίδου, [1997] Νοσηλευτική  
παθολογική και χειρουργική Τόμος Β. εκδόσεις Ταβίθα.**

14. ROCHE P. HELLAS W.W.W. IATRONET. GR  
21-4-2005

15. Σπηλιώτη Δ. Ιωάννη [1999], Καρκίνος. Από την  
άγνοια.....στο φόβο, εκδόσεις Αχαικές .

