

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Σχολή:ΣΕΥΠ

Τμήμα: Νοσηλευτική

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Η νοσηλευτική στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση του καρκίνου παχέος εντέρου.*



**Εποπτεία:**

**Dr Παπαδημητρίου Μ.**

**Καθηγήτρια**

**Επιμέλεια:**

**Βαγενά Παναγιώτα**

**Καρυτινού Κωνσταντίνα**

**Σπουδάστριες**

**Πάτρα 2010**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|   |    |
|---|----|
| Αφιέρωση.....   | 7  |
| Πρόλογος.....   | 8  |
| Εισαγωγή.....   | 9  |
| <b>Κεφάλαιο 1ο : Ανατομική και φυσιολογική ανασκόπηση πεπτικού συστήματος και παχέος εντέρου.</b> |    |
| 1.1 Ανατομία πεπτικού συστήματος.....   | 12 |
| 1.1.1 Ανατομία παχέος εντέρου.....  | 12 |
| 1.1.2 Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου.....  | 13 |
| 1.2 Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος.....   | 14 |
| 1.2.1 Φυσιολογία παχέος εντέρου.....  | 14 |
| 1.2.2 Κένωση του παχέος εντέρου.....  | 15 |
| 1.3 Αγγεία του παχέος εντέρου.....  | 16 |
| 1.4 Νεύρωση του παχέος εντέρου.....   | 16 |
| 1.5 Μικροβιολογία παχέος εντέρου.....   | 17 |
| <b>Κεφάλαιο 2ο : Καρκίνος παχέος εντέρου.</b>   |    |
| 2.1 Καρκίνος – ορισμοί.....   | 19 |
| 2.1.1 Ιστορία του καρκίνου.....   | 20 |
| 2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....  | 22 |
| 2.2.1 Οι αριθμοί μιλούν για το καρκίνο.....   | 23 |
| 2.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες – Αιτιολογία.....  | 25 |
| 2.4 Ταξινόμηση καλοηθών νεοπλασμάτων.....   | 29 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 2.4.1 | Επιθηλιακοί όγκοι – πολύποδες.....               | 29 |
| 2.4.2 | Μη επιθηλιακοί όγκοι.....                        | 30 |
| 2.5   | Ιστολογική ταξινόμηση κακοηθών νεοπλασμάτων..... | 30 |
| 2.5.1 | Παθολογική ανατομία καρκίνου παχέος εντέρου..... | 31 |
| 2.5.2 | Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα.....                    | 32 |
| 2.5.3 | Χαρακτηριστικά των νεοπλασμάτων.....             | 32 |
| 2.6   | Σταδιοποίηση καρκίνου παχέος εντέρου.....        | 33 |

### **Κεφάλαιο 3ο : Εντόπιση κι επιπλοκές.**

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 3.1 | Ανάπτυξη του καρκίνου.....              | 37 |
| 3.2 | Επέκταση της νόσου.....                 | 38 |
| 3.3 | Εντόπιση της νόσου.....                 | 40 |
| 3.4 | Επιπλοκές καρκίνου παχέος εντέρου.....  | 40 |
| 3.5 | Πρόγνωση καρκίνου παχέος εντέρου.....   | 41 |
| 3.6 | Νέα μέθοδος ανίχνευσης μεταστάσεων..... | 42 |

### **Κεφάλαιο 4ο : Κλινική συμπεριφορά – διαγνωστική προσέγγιση.**

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 4.1   | Κλινική εικόνα.....  | 44 |
| 4.1.1 | Διαφορική διάγνωση των συμπτωμάτων.....                    | 47 |
| 4.2   | Διάγνωση.....  | 47 |
| 4.2.1 | Διαγνωστικές μέθοδοι.....                                  | 48 |
| 4.2.2 | Νέες διαγνωστικές μεθόδους.....                            | 52 |
| 4.2.3 | Σύγχρονες εξετάσεις αίματος.....                           | 54 |
| 4.4   | Η συμβολή της νοσηλευτικής στην διάγνωση του καρκίνου..... | 55 |

## **Κεφάλαιο 5ο : Πρόληψη.**

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 5.1   | Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.....                | 59 |
| 5.1.1 | Πρωτογενής πρόληψη.....                                     | 59 |
| 5.1.2 | Παράμετροι πρωτογενούς πρόληψης.....                        | 61 |
| 5.1.3 | Δευτερογενής πρόληψη.....                                   | 64 |
| 5.2   | Συνοπτικές οδηγίες πρόληψη.....                             | 66 |
| 5.3   | Νέες έρευνες σχετικά με την πρόληψη.....                    | 67 |
| 5.4   | Γενικά μέτρα πρόληψης.....                                  | 67 |
| 5.5   | Η νοσηλευτική στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου..... | 70 |

## **Κεφάλαιο 6ο : Θεραπεία.**

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 6.1    | Θεραπευτικές επιλογές ανά στάδιο.....                         | 74 |
| 6.2    | Χειρουργική αντιμετώπιση.....                                 | 75 |
| 6.2.1  | Νέα μέθοδος χειρουργικής αντιμετώπιση.....                    | 77 |
| 6.3    | Λαπαροσκοπική κολεκτομή.....                                  | 77 |
| 6.3.1. | Πλεονεκτήματα λαπαροσκοπικής κολεκτομή.....                   | 77 |
| 6.3.2. | Μετεγχειρητική πορεία ασθενών με λαπαροσκοπική κολεκτομή..... | 78 |
| 6.4    | Χημειοθεραπεία.....   | 78 |
| 6.4.1  | Ανακουφιστική χημειοθεραπεία.....                             | 79 |
| 6.4.2. | Προληπτική χημειοθεραπεία.....                                | 79 |
| 6.4.3  | Ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.....               | 79 |
| 6.4.4  | Πρόοδοι στην χημειοθεραπεία του παχέος εντέρου.....           | 81 |
| 6.5    | Ακτινοθεραπεία.....   | 81 |
| 6.5.1  | Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία.....                             | 82 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 6.5.2 | Μέθοδοι εφαρμογής ακτινοθεραπείας.....                     | 83 |
| 6.6   | Η χρήση των μονοκλωνικών αντισωμάτων.....                  | 84 |
| 6.7   | Η φωτοδυναμική θεραπεία.....                               | 84 |
| 6.8   | Η χρήση του laser.....                                     | 84 |
| 6.9   | Νέα φάρμακα στην θεραπεία του καρκίνου παχέος εντέρου..... | 84 |

### **Κεφάλαιο 7ο : Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις**

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 7.1 | Ψυχολογική υποστήριξη.....                                      | 88 |
| 7.2 | Καρκίνος και κατάθλιψη.....                                     | 89 |
| 7.3 | Επιπτώσεις στο άτομο που πάσχει από καρκίνο παχέος εντέρου..... | 89 |
| 7.4 | Στήριξη καρκινοπαθούς.....                                      | 90 |
| 7.5 | Φίλοι και οικογένεια.....                                       | 91 |
| 7.6 | Φροντίζοντας τον σύντροφο σας.....                              | 92 |
| 7.7 | Φροντίζοντας ανθρώπους του στενού σας περιβάλλοντος.....        | 92 |
| 7.8 | Θέτοντας όρια.....  | 93 |
| 7.9 | Πρακτικές συμβουλές σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση.....       | 93 |

### **Κεφάλαιο 8ο : Ογκολογική νοσηλευτική**

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 8.1 | Ογκολογία.....                              | 97 |
| 8.2 | Το μέλλον της ογκολογικής νοσηλευτικής..... | 97 |
| 8.3 | Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ογκολογία.....   | 99 |

### **Κεφάλαιο 9ο : Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου**

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 9.1   | Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που αντιμετωπίζεται χειρουργικά..... | 102 |
| 9.1.1 | Γενική προεγχειρητική προετοιμασία.....                          | 102 |
| 9.1.2 | Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.....                          | 104 |

|  |            |
|--|------------|
| 9.1.3 Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.....                          | 104        |
| 9.1.4 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενή.....                              | 104        |
| 9.1.5 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες.....                                  | 105        |
| 9.2 Κολοστομία.....  | 109        |
| 9.2.1 Είδη κολοστομίας.....  | 110        |
| 9.2.2 Αίτια εκτέλεσης κολοστομίας.....                                 | 112        |
| 9.2.3 Περιποίηση κολοστομίας.....                                      | 112        |
| 9.2.4 Διδασκαλία του ασθενή για την κολοστομία.....                    | 114        |
| 9.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία..... | 116        |
| 9.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία..... | 118        |
| 9.5 Νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση ασθενή.....                | 120        |
| 9.6 Η νοσηλευτική στην ποιότητα ζωής σε ασθενή τελικού σταδίου.....    | 122        |
| 9.7 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση.....             | 123        |
| 9.7.1 Κλινική περίπτωση 1 <sup>η</sup> .....                           | 123        |
| 9.7.2 Κλινική περίπτωση 2 <sup>η</sup> .....                           | 139        |
| 9.7.3 Κλινική περίπτωση 3 <sup>η</sup> .....                           | 155        |
| 9.7.4 Κλινική περίπτωση 4 <sup>η</sup> .....                           | 163        |
| <b>Συμπεράσματα.....</b>   | <b>175</b> |
| <b>Προτάσεις.....</b>  | <b>176</b> |
| <b>Περίληψη.....</b>   | <b>178</b> |
| <b>Summary.....</b>  | <b>179</b> |
| <b>Βιβλιογραφία.....</b>   | <b>180</b> |
| <b>Παράρτημα.....</b>  | <b>186</b> |

*Αφιερωμένη στους δικούς μας  
ανθρώπους που δεν παύουν να μας  
στηρίζουν και στην καθηγήτρια μας  
κα Παπαδημητρίου για την  
αμέριστη βοήθεια και  
συμπράσταση.*

## Πρόλογος

Οι αρρώστιες είναι τόσο εξατομικευμένες και ιδιαίτερες όσοι είναι και οι άρρωστοι που τις εκδηλώνουν. Ο καρκίνος όμως ιδιαίτερα, φαίνεται να παρουσιάζει ένα σύνολο από δικά του χαρακτηριστικά. 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. Η επιστημονική πρόοδος όμως έδωσε σήμερα την δυνατότητα στον άνθρωπο να καθυστερεί και να αναβάλλει το θλιβερό αποτέλεσμα μιας θανατηφόρας αρρώστιας όπως ο καρκίνος και να ανακουφίζει τον άνθρωπο από πολλά σωματικά συμπτώματα που την συνοδεύουν (Πλατή 2006).

Υπάρχουν νεοπλάσματα που θεραπεύονται τελείως και άλλα που αναπαράγονται πολλές φορές και επιτρέπουν μεγάλη διάρκεια ζωής. Ειδικότερα ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους παρακάτω λόγους:

Είναι καρκίνος βραδείας σχετικά ανάπτυξης κι έτσι η δυνατότητα έγκαιρης θεραπείας είναι μεγάλη, έστω κι αν η διάγνωση του δεν είναι πρόωμη, δηλαδή πριν από την εμφάνιση συμπτωμάτων ή ευρημάτων. Είναι ένας από τους λίγους καρκίνους για τον οποίο υπάρχουν σήμερα βάσιμες ελπίδες ότι με τη σωστή διατροφή μπορεί να προληφθεί. Είναι ένας καρκίνος που με την απλή δακτυλική εξέταση μπορεί να διαγνωσθεί σε περιπτώσεις χαμηλής στο ορθό εντόπισης του.

Υπάρχει η δυνατότητα με απλές ετήσιες μαζικές εξετάσεις, όπως η δακτυλική ή η εξέταση των κοπράνων για αίμα να διαγνωσθεί σε τόσο αρχικό στάδιο ώστε η μόνιμη θεραπεία να εξασφαλίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις (Πομώνη 2001).

Για τους λόγους αυτούς η απειλή από τον καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να ελαττωθεί σε μεγάλο βαθμό. Στο σημείο αυτό η συμβολή της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης είναι αναγκαία.



## Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια κατανόησης και ορθής ανάπτυξης του θέματος “καρκίνος παχέος εντέρου”.

Σκοπός του παρόντος συγγράμματος είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου του παχέος εντέρου και η νοσηλευτική προσέγγιση της σοβαρής αυτής μορφής καρκίνου με στόχο την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση του ίδιου του καρκίνου και των επιπλοκών του.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εξακολουθεί να είναι σήμερα η πιο συχνή κακοήθης πάθηση και καταλαμβάνει την πρώτη θέση μεταξύ των σπλαχνικών καρκίνων. Αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος κι εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις αναπτυγμένες χώρες όπως Ηνωμένες πολιτείες Αμερικής, η Μεγάλη Βρετανία καθώς και σε χώρες της δυτικής Ευρώπης. Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου προσβάλλει και τα δυο φύλλα. Εμφανίζεται από την ηλικία των 30 ετών με την μεγαλύτερη συχνότητα την 6η και 7η δεκαετία. Σε ένα μικρό ποσοστό προσβάλλει άτομα κάτω των 20 ετών. Στην Ελλάδα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σημαντική αιτία θνησιμότητας (8,7 θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού) και αποτελεί την Τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλασμάτα (Χριστοδούλου 2007).

Το καρκίνωμα του παχέος εντέρου αναπτύσσεται συχνότερα στο υπόστρωμα διαφόρων βλεννογονικών αλλοιώσεων οι οποίες είναι τα αδενώματα, οι συγγενείς πολυποδιάσεις, η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Chron. Ως γνωστόν, στις παραπάνω αλλοιώσεις μπορεί να αναπτυχθεί επιθηλιακή δυσπλασία η οποία θεωρείται προκαρκινωματώδης αλλοίωση (Καραβέλας 2007).

Είναι χαρακτηριστικό ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ασυμπτωματικός. Αυτό οφείλεται στο βραδύ ρυθμό αύξησης του πρωτοπαθούς όγκου, σε αντίθεση με τις μεταστατικές εστίες, όπου ο ρυθμός αύξησης είναι πολλαπλάσιος της αρχικής εστίας. Αισιόδοξα μηνύματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου έρχονται σήμερα από την αποκωδικοποίηση του DNA, καθώς η πρόοδος της μοριακής βιολογίας επέτρεψε τα τελευταία χρόνια την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και της καρκινογένεσης. Όπως εξηγούν οι ειδικοί, προκειμένου το φυσιολογικό κύτταρο να

μεταμορφωθεί προοδευτικά σε καρκινικό ενεργοποιούνται διάφορα μονοπάτια καρκινογένεσης. Η επιστήμη κατάφερε σήμερα να αναστείλει την καρκινογένεση η οποία έχει αποτέλεσμα την διακοπή της διαδικασίας της καρκινογένεσης με τελική συνέπεια τον θάνατο του καρκινικού κυττάρου (*Φουντζήλας, Μπαρμπουνής 2006*).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η πρόληψη, καθημερινές δραστηριότητες τις οποίες κάνουν οι πολίτες καθώς και οι διατροφικές συνήθειες τις οποίες έχουν. Η πρόληψη είναι εφικτή με απλές ενέργειες. Η έγκαιρη διάγνωση είναι εφικτή με απλές εξετάσεις, επομένως έχουμε το δικαίωμα σήμερα να αισιοδοξούμε ότι μπορούμε με αυτές τις προϋποθέσεις να κερδίσουμε την μάχη με τον καρκίνο, τουλάχιστον στο παχύ έντερο και στο ορθό (*Gilbert 2004*).

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>*

*ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ*

*ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ*

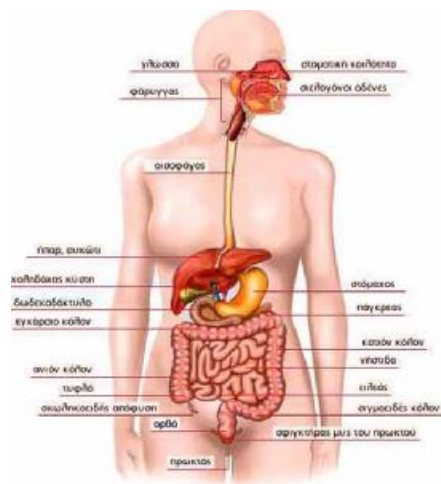
*ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ -*

*ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.*

## 1.1 Ανατομία πεπτικού συστήματος

Το σώμα διατηρεί τη μορφολογία και τη λειτουργία των οργάνων του, με τη συνεχή πρόσληψη ενέργειας. Η ενέργεια προσλαμβάνεται με τις τροφές οι οποίες αποτελούνται από πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες καθώς και βιταμίνες.

Η πέψη περιλαμβάνει όλες τις επεξεργασίες με τις οποίες θρεπτικές ουσίες με τη δράση ενζύμων, απελευθερώνονται απ' τις τροφές και τελικά απορροφώνται. Η πέψη γίνεται απ' τα



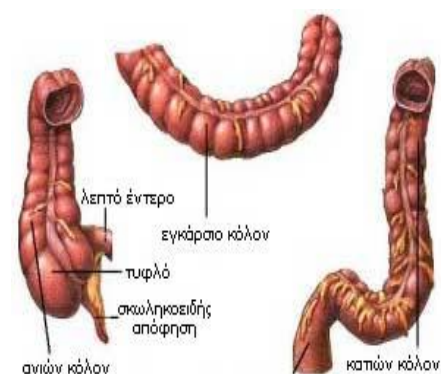
όργανα του πεπτικού συστήματος, γαστρεντερικός σωλήνας (ΓΕΣ) – αδένες πεπτικού συστήματος. Η απελευθέρωση ενέργειας απ' τις θρεπτικές ουσίες, γίνεται με οξείδωση στους ιστούς, όπου οι θρεπτικές ουσίες φθάνουν με την κυκλοφορία του αίματος.

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος όπως και του αναπνευστικού, βρίσκονται εν μέρει στην κεφαλή και στον τράχηλο και εν μέρει στις κοιλότητες του κορμού.

Το ανώτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος αποτελείται απ' την στοματική κοιλότητα με τους πολυάριθμους

μικρούς και τρία ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων και απ' τη μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα μέχρι την αρχή του οισοφάγου. Το τμήμα του πεπτικού συστήματος μέσα στον κορμό (κατώτερο τμήμα) αποτελείται απ' τον γαστρεντερικό σωλήνα (ΓΕΣ) και αρχίζει απ' την αρχή του οισοφάγου, μέχρι το τέλος του παχέος εντέρου (πρωκτός). Αποτελείται απ' τον οισοφάγο – στόμαχο – λεπτό έντερο – παχύ έντερο (Berne, Lerry 2002).

### 1.1.1 Ανατομία παχέος εντέρου



Εικόνα 2

Η κύρια ενέργεια του παχέος εντέρου είναι η επαναρρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών, που εισήλθαν στο έντερο με τα πεπτικά υγρά. Το παχύ έντερο περιέχει άπεπτα υπολείμματα των τροφών, που αποσυντίθεται με την επίδραση βακτηριδίων. Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1 μέτρο. Αρχίζει απ' την ειλεοκολική ή ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό. Κατά την πορεία του σχηματίζει μια στεφάνη

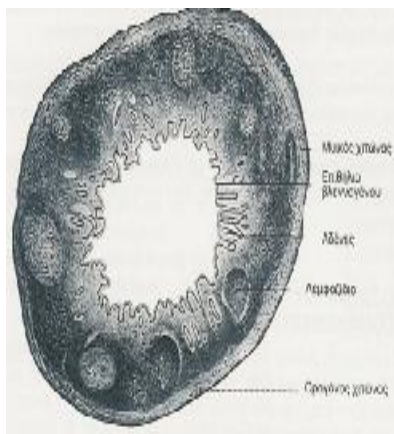
ανοιχτή προς τα κάτω, μέσα στην οποία βρίσκονται οι έλικες του λεπτού εντέρου. Το παχύ

έντερο διαιρείται σε τρεις μοίρες 1) το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση 2) το κόλο με 4 μέρη (ανιόν – εγκάρσιο – κατιόν και σιγμοειδές) και 3) το ορθό ή απευθυσμένο. Το τυφλό απ' το οποίο κρέμεται η σκωληκοειδής απόφυση, βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και χωρίζεται απ' το ανιόν κόλο με την εμφύτευση του ειλεού (ειλεοκολική βαλβίδα). Το ανιόν κόλο πορεύεται δεξιά προς τα άνω μέχρι το ήπαρ, όπου ανακάμπτει προς τα αριστερά και σχηματίζοντας τη δεξιά κολική καμπή, μεταβαίνει στο εγκάρσιο κόλο. Αυτό φέρεται οριζόντια κάτω απ' το στόμαχο μέχρι το σπλήνα και εκεί ανακάμπτει πάλι προς τα κάτω, σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή και μεταβαίνει στο κατιόν κόλο. Το κατιόν κόλο πορεύεται προς τα κάτω και πίσω κατά μήκος του αριστερού πλαγίου της κοιλιακής χώρας, όπου μεταβαίνει στο σιγμοειδές. Το σιγμοειδές κόλο πορεύεται αρχικά στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και μετά εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο σχηματίζοντας αγκύλη σαν <<S>>.

Στο ύψος του I2 – I3 σπονδύλων μεταβαίνει στο ορθό ή απευθυσμένο, που καταλήγει στον πρωκτό (Berne, Lerry 2002).

### **1.1.2 Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου**

Οι μυϊκές ίνες της έξω επιμήκουσ στιβάδας περιορίζονται σε τρεις επιμήκης ταινίες πλάτους 1 cm κάθε μία, τις κολικές ταινίες (ελεύθερη – μεσοκολική – επιπλοϊκή). Η μεσοκολική χρησιμεύει στην πρόσφυση του εγκάρσιου μεσόκολου. Η επιπλοϊκή χρησιμεύει για την πρόσφυση του μείζονος επιπλόου.



Το παχύ έντερο παρουσιάζει επίσης τα εκκολπώματα που χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφιζείς οι οποίες προβάλλουν στο εσωτερικό και σχηματίζουν τις μηννοειδής πτυχές. Κατά μήκος των κολικών ταινιών υπάρχουν οι επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες είναι προσεκβολές του περιτοναίου γεμάτες λίπος.

**Βλεννογόνος παχέος εντέρου:** Στο παχύ έντερο δεν υπάρχουν λάχνες. Οι κρύπτες είναι μικρές και βαθιές και το επιθήλιό τους αποτελείται από λαγνοειδή κύτταρα που παράγουν βλέννα. Το υπόλοιπο επιθήλιο εμφανίζει ψηκτροειδή παρυφή με μικρολάχνες που έχουν τεράστια απορροφητική ικανότητα σε νερό. Υπάρχουν επίσης μονήρη λεμφοζίδια (Ζήσης 1999).

## **1.2 Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος**

Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελεί την είσοδο των θρεπτικών συστατικών στο σώμα. Τα λίπη, οι πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες διασπώνται σε απορροφήσιμες μονάδες (πέψη), κυρίως στο λεπτό έντερο. Τα προϊόντα της πέψης, τα μέταλλα, οι βιταμίνες κλπ διαπερνούν το βλεννογόνο του στομάχου και του λεπτού εντέρου και εισέρχονται στο αίμα ή στη λέμφο (απορρόφηση).

Η πέψη αρχίζει στο στόμα, όπου τα μεγάλα τεμάχια της τροφής γίνονται μικρότερα σε μέγεθος, αναμιγνύονται με σίελο και μετατρέπονται σε ημίρρευστη μάζα. Η κατάποση είναι αντανεκλαστικό μεταφοράς της μασημένης τροφής στον οισοφάγο, από τον οποίο περνά στο στομάχο, όπου αναμιγνύεται με γαστρικό υγρό και ρευστοποιείται με τις συσπάσεις, της άπω μοίρας του στομάχου. Η ρευστοποιημένη τροφή ονομάζεται τώρα βλωμός. Το περιεχόμενο του στομάχου περνά από το σφιγκτήρα του πυλωρού στο δωδεκαδάκτυλο, όπου προστίθενται από το πάγκρεας και την χοληδόχο κύστη (*Guyton 2001*).

Στην περιοχή του δωδεκαδακτύλου, στον κατώτερο στομάχο και στο πάγκρεας παράγονται και ορισμένες σιτικές ή γαστρεντερικές ορμόνες που συμμετέχουν στην ρύθμιση της πέψης. Τα τοιχώματα του λεπτού εντέρου υποβοηθούν την ανακίνηση, την ανάμειξη και την προώθηση του βλωμού. Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης της τροφής πραγματοποιείται σ' αυτό το τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος.

Στο παχύ έντερο γίνεται η τελική απορρόφηση ηλεκτρολυτών και νερού. Το περιεχόμενο της τελικής μοίρας του παχέος εντέρου, τα κόπρανα αποτελούνται κυρίως από απορροφήσιμες φυτικές ουσίες, μικρόβια και ελάχιστη ποσότητα νερού. Τα κόπρανα αποθηκεύονται στο ορθό ως την εκούσια αποβολή τους (αφόδευση).

Ο χρόνος που απαιτείται για την διέλευση της τροφής από τα διάφορα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα ποικίλει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την σύνθεση της τροφής (*Κανέλλης, Πλέσσας 1997*).

### **1.2.1 Φυσιολογία παχέος εντέρου**

Η ειλεοκολική βαλβίδα κανονικά είναι κλειστή. Σε κάθε περισταλτικό κύμα ανοίγει για λίγο και μια μικρή ποσότητα από το χυμό του ειλεού, εισέρχεται στο κόλον (παχύ έντερο). Εάν η βαλβίδα αφαιρεθεί τότε το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου εισέρχεται στο κόλον τόσο γρήγορα, που δεν γίνεται καλή απορρόφηση στο λεπτό έντερο.

Όταν η τροφή εισέρχεται στο στομάχι το κόλον ηρεμεί και η είσοδος του περιεχομένου από την ειλεοκολική βαλβίδα αυξάνεται (γαστροειλεϊκό αντανακλαστικό). Αυτό πιθανότατα είναι αντανακλαστικό το οποίο εκλύεται μέσω πνευμονογαστρικού νεύρου.

Η ενεργοποίηση του συμπαθητικού αυξάνει την τονική σύσπαση της βαλβίδας. Οι κινήσεις του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν τις μεταβολές του ενδογενούς τόνου και τις τμηματικές συσπάσεις, όπως συμβαίνει και στο λεπτό έντερο για την καλύτερη ανάμειξη του περιεχομένου. Οι κινήσεις αυτές διακρίνονται σε κινήσεις ανάμειξης και προώθησης (Πλέσσας, Κανέλλος 1997).

Περισταλτικά κύματα προωθούν το περιεχόμενο προς το απευθυσμένο παρ' ότι μπορεί να υπάρξουν και αντιπερισταλτικά κύματα. Μαζικές κινήσεις και ισχυρά περισταλτικά κύματα συμβαίνουν 2-3 φορές την ημέρα. Όπως και τα άλλα περισταλτικά κύματα και οι μαζικές κινήσεις, προκαλούνται από τονική διάταση του παχέος εντέρου. Οι κινήσεις αυτές οφείλονται μυελοεντερικό πλέγμα του Auerbach και έχουν σαν στόχο την προώθηση μεγάλων ποσοτήτων του εντερικού περιεχομένου προς το απευθυσμένο. Οι κινήσεις αυτές δεν προκαλούν απαραίτητα κένωση.

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

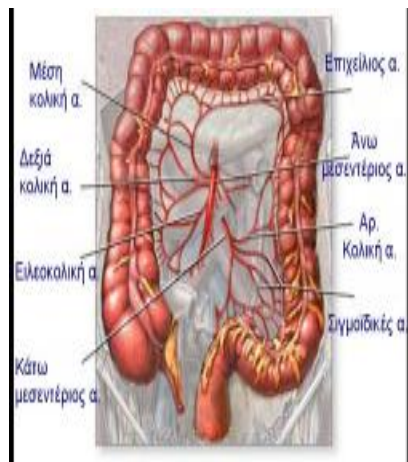
Μαζικές κινήσεις είναι δυνατόν να προκαλέσει επίσης ο έντονος ερεθισμός του παρασυμπαθητικού (Κίτρον 2000).

### **1.2.2 Κένωση του παχέος εντέρου**

Η κένωση είναι μια πολύπλοκη συμπεριφορά που περιλαμβάνει τόσο αντανακλαστικές όσο και εκούσιες δράσεις. Το κέντρο ολοκλήρωσης για τις αντανακλαστικές δράσεις βρίσκεται στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού και ρυθμίζεται από ανώτερα κέντρα. Κυριότεροι απαγωγοί είναι οι χολινεργικές παρασυμπαθητικές ίνες των πυελικών νεύρων. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα δεν παίζει σημαντικό ρόλο στην φυσιολογική κένωση. Σημαντικές στην κένωση του παχέος εντέρου είναι οι εκούσιες δράσεις. Ο έξω πρωκτικός σφιγκτήρας διαιρείται εκούσια σε κατάσταση χάλασης. Επίσης, η ενδοκοιλιακή πίεση αυξάνεται για να βοηθήσει στην εξώθηση των κοπράνων. Κανονικά προηγείται μια βαθιά εισπνοή, η οποία κινεί το διάφραγμα προς τα κάτω. Τότε κλείνει η γλωττίδα και οι συσπάσεις

των αναπνευστικών μυών στους πλήρεις πνεύμονες αυξάνει τόσο την ενδοθωρακική όσο και την ενδοκοιλιακή πίεση. Οι συσπάσεις των μυών των κοιλιακών τοιχωμάτων αυξάνουν περαιτέρω την ενδοκοιλιακή πίεση, η οποία μπορεί να αυξηθεί έως τα 200 cm H<sub>2</sub>O. Αυτό συντελεί στην εξώθηση των κοπράνων δια μέσω των χαλαρωτικών ήδη σφικτήρων. Οι μύες του διαπέδου της πυέλου χαλαρώνουν, ώστε να επιτρέψουν την πτώση του διαπέδου. Έτσι, υποβοηθείται η ευθυγράμμιση του απευθυσμένου και αποτρέπεται η πρόπτωσή του (Berne 2002, Guyton 2004).

### **1.3 Αγγείωση του παχέος εντέρου**



Το τυφλό, το ανιόν και τμήμα του εγκάρσιου αιματώνονται από τους εξής κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας:

- ⇒ Την ειλεοκολική αρτηρία για το τυφλό και τον κλάδο της, την αρτηρία της σκωληκοειδούς για την σκωληκοειδή απόφυση.
- ⇒ Τη δεξιά κολική αρτηρία για το ανιόν κόλον.
- ⇒ Τη μέση κολική αρτηρία.

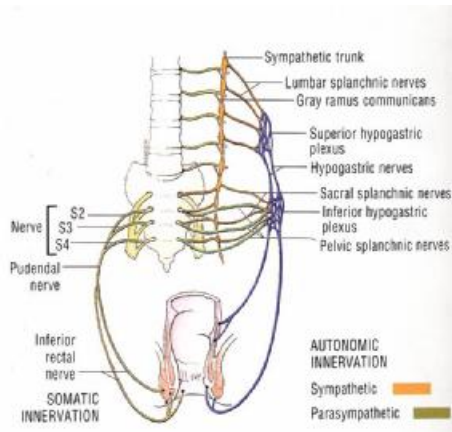
⇒ Το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι το ορθό αγγειώνεται από την αριστερή κολική και τις σιγμοειδικές αρτηρίες οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας.

Οι φλέβες του παχέος εντέρου είναι η άνω και η κάτω μεσεντέρια, ενώ το αίμα από το κατώτερο τμήμα του ορθού αποχετεύεται μέσω της έσω λαγόνιου στην κάτω κοίλη φλέβα (Σφηκιάκης 2006).

### **1.4 Νεύρωση του παχέος εντέρου**

Η νεύρωση του παχέος εντέρου γίνεται από εξωτοιχωματικά και ενδοτοιχωματικά νεύρα της παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης. Η παρασυμπαθητική νεύρωση γίνεται από ίνες του πνευμονογαστρικού και από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο σπλαχνικό νεύρο. Οι συμπαθητικές ίνες ξεκινούν ως προγαγγλιακές από το ύψος του ένατου θωρακικού μέχρι και του δεύτερου οσφυϊκού νευροτομίου, φθάνουν στα παρασπονδύλια γάγγλια και από εκεί στα μεσεντέρια γάγγλια και πλέγματα κατά μήκος των αντίστοιχων αγγείων. Το ενδοτοιχωματικό νευρικό σύστημα σχηματίζεται από γαγγλιακά κύτταρα που αποτελούν το μυεντερικό





πλέγμα του Auerbach και το υποβλεννογόνο πλέγμα του Meissner. Με τα ενδοτοιχωματικά πλέγματα συνάπτονται οι παρασυμπαθητικές και συμπαθητικές νευρικές ίνες και στην συνέχεια δίνουν μεταγαγγλιακές ίνες που νευρώνουν τις μυϊκές ίνες, τους νευρικούς αδένες και τα αγγεία. Το συμπαθητικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει τη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, ενώ το συμπαθητικό έχει αντίθετη δράση.

Έλλειψη του ενδοτοιχωματικού νευρικού συστήματος από τμήμα του παχέος εντέρου προκαλεί απώλεια της κινητικότητας του συγκεκριμένου τμήματος (Σφηκάκης 2006).

### **1.5 Μικροβιολογία παχέος εντέρου**

Από όλα τα τμήματα του σώματος που έχουν μικροβιακή χλωρίδα, το παχύ έντερο έχει το μεγαλύτερο αριθμό των μικροβίων. Έχει υπολογιστεί ότι ένα γραμμάριο κοπράνων περιέχει 10 μικρόβια. Κύριος εκπρόσωπος της χλωρίδας του παχέος εντέρου είναι τα αναερόβια μικρόβια και ακολουθούν τα Gram αρνητικά και Gram θετικά αερόβια μικρόβια. Στην πλούσια χλωρίδα του παχέος εντέρου υπάρχουν φυσιολογικά διάφορα είδη μικροβίων, όπως: Bacteroides, Clostridium, Enterobacteriaceae, Enterococcus, Fusobacterium, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus. Η φυσιολογική μικροχλωρίδα ασκεί μεταβολικές λειτουργίες, όπως ζύμωση των υπολειμμάτων τροφής, ενεργοποίηση παραγόντων μικρής αλυσίδας λιπαρών οξέων και βιταμινών, καθώς και τροφική δραστηριότητα στο βλεννογόνο, με διέγερση της αγγειογένεσης μέσω των κυττάρων Paneth και τοπική ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος. Ασκεί επίσης αποικιακή αντίσταση, ανταγωνιζόμενη την εγκατάσταση παθογόνων βακτηριδίων. Διαταραχές της χλωρίδας του παχέος εντέρου παρατηρούνται σε διάρροιες στη νόσο Chron, σε καρκίνο, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και μετά από χρήση αντιβιοτικών. Ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας Salmonella, Clostridium perfringens, Staphylococcus aureus, Candida albicans (Πομόνη 2001).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**  
**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ**  
**ΕΝΤΕΡΟΥ, ΟΡΙΣΜΟΣ,**  
**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ**  
**ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.**

## 2.1 Καρκίνος – ορισμοί

Προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού. **Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος.** Η ανώμαλη αυτή λειτουργία δεν πρέπει να συγχέεται με δυο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού:

1. Την αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείτε ιστός και ο οργανισμός ξανά φτιάχνει τον ίδιο ιστό (π.χ στην καταστροφή των ηπατικών κύτταρων (αφαίρεση ήπατος ) το ήπαρ αναγεννάτε σε 6 μήνες όπως ήταν αρχικά.
2. Την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς (π.χ υπερπλασία του ενός νεφρού όταν υπάρχει έλλειψη του άλλου).

Με τον όρο «καρκίνος» περιγράφεται μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. **Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης.** Οργανικά, ο καρκίνος είναι μία ασθένεια των κυττάρων. Συνεπώς, η κατανόηση του καρκίνου προϋποθέτει μία μικρή αναφορά σχετικά με το τι συμβαίνει όταν φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά. Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από κύτταρα. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται, ώστε να προκύψουν θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού. Μερικές φορές, η διαδικασία αυτή εκτρέπεται από το φυσιολογικό, οπότε προκύπτουν νέα κύτταρα (χωρίς να τα χρειάζεται ο οργανισμός) και - παράλληλα - δεν πεθαίνουν τα παλιά κύτταρα. Τα πλεονάζοντα κύτταρα σχηματίζουν μάζες, που καλούνται όγκοι. Σε μερικές περιπτώσεις αυτά τα παθολογικά κύτταρα κάνουν μετάσταση, δηλαδή εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος δημιουργώντας δευτερεύοντες όγκους (μεταστατικούς όγκους) παρόμοιους με αυτούς του αρχικού καρκίνου. (Ντολάτζας 2005). Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή.

Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος. **Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης.** Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και στα όργανα και τελικά αναπτύσσονται σε συγκεκριμένους ιστούς. Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Δεν είναι όμως όλοι οι όγκοι επικίνδυνοι. Οι καλοήθεις όγκοι δεν ονομάζονται καρκινικοί, δεν κάνουν μετάσταση και δεν είναι επικίνδυνοι για τη ζωή του ατόμου. Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομά τους από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου από το οποίο αρχίζουν. Αν κάνουν μετάσταση ο νέος όγκος φέρει το ίδιο όνομα με τον αρχικό. Ορισμένοι όγκοι παίρνουν το όνομά τους από τον επιστήμονα που τους ανακάλυψε (π.χ. Hodgkin, Brenner). Άλλοι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν την ύπαρξη καρκινικής νόσου είναι οι όροι **κακοήθης όγκος, καρκίνωμα και νεόπλασμα** (Χατζηδάκη 1999).

### 2.1.1 Η ιστορία του καρκίνου



Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο καρκίνος για τη συγκεκριμένη νόσο, φαίνεται ο καρκίνος να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Έχουν βρεθεί στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην **Αρχαία Αίγυπτο**. Έχει ακόμη βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται να γράφτηκε το **1600 π.Χ.** Στον πάπυρο αναφέρονται 8 περιπτώσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Στον πάπυρο αναφέρονταν ότι η νόσος δεν είχε θεραπεία. Για τους αρχαίους Αιγυπτίους ο καρκίνος ήταν η τιμωρία από τους Θεούς για ασεβείς και αμαρτωλές πράξεις. **Τα κείμενα του Ιπποκράτη** όμως είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν αυτή τη νόσο καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το **460-370 π.χ.** για τους 4 χυμούς (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή). Σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι

περίπου του 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός. Η μακρόχρονη διατήρηση της οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί το συγκεκριμένο διάστημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη ασθένεια ακόμη και αν υποβάλλονταν ο ασθενής σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, αφαίρεσης του όγκου (Ντολάτζας 2005).

**Κατά τον 15ο αιώνα**, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1628 άρχισε να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας όπου αποκάλυψε πολλά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα από την καρδιά και τα υπόλοιπα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, αυτοί που δεν έχουν «εισβάλει» σε κάποιο ιστό. Αλλά μόνο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας που επέτρεπε την ανάπτυξη των μεθόδων χειρουργικής επέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα μέσω του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε ότι η δημιουργία του καρκίνου είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και σύστασης της λέμφου. **Τον 19ο αιώνα** γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον χρήση του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Αυτή η μέθοδος επέτρεψε τη μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση, και έτσι δίνονταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Έτσι άρχισε να υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως από φυσιολογικά. Ο Virchow παρόλα αυτά υποστήριξε ότι όλα τα κύτταρα ακόμη και τα καρκινικά προέρχονται από άλλα κύτταρα και αντιπρότεινε τη θεωρία της χρόνιας ενόχλησης αλλά και της μεταφοράς του καρκίνου σαν υγρό μέσα στο σώμα. Διάφορες θεωρίες αναπτύχθηκαν παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης κατά την διάρκεια των αιώνων. Μια θεωρία τον **17ο με 18ο αιώνα**, πίστευε το ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική νόσος. Νόσος η οποία προκαλείται από παράσιτα στο σώμα, όπως κάποιο σκουλήκι που είναι υπεύθυνο για τον καρκίνο του στομάχου. Γεγονός που οδήγησε στην απομάκρυνση του πρώτου αντικαρκινικού νοσοκομείου από το κέντρο του Παρισιού το 1779, ώστε να μην μολυνθεί ο υγιής πληθυσμός. **Από τα τέλη του 19ου έως τις αρχές του 20ου αιώνα**, πίστευαν στην

θεωρία, ότι ο καρκίνος προκαλείται από κάποιο τραύμα. Πολλοί επιστήμονες πίστευαν ότι ο καρκίνος προκαλείται από την επιδείνωση κάποιου τραύματος. Εγκαταλείφθηκε σύντομα αυτή η θεωρία, μετά από αποτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα με τραυματισμό. **Το 1911** ο Peyton Rous στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης, για πρώτη φορά περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα. Αργότερα έγινε γνωστός ο ιός με την ονομασία, σάρκωμα του Rous. Για αυτή του την εργασία πήρε το βραβείο Νόμπελ το 1968. **Το 1915** σε πανεπιστήμιο του Τόκιο, εργαστηριακά απομονώθηκε για πρώτη φορά ο καρκίνος, σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα των ποντικών. Πιο πρόσφατα, η κοινωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου. Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νο. Πλέον **η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της** (Ντολάτζας 2005, Σπηλιώτης 1999, σημειώσεις από την ιστοσελίδα [www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr) 2002).

## **2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία**

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι ο καρκίνος είναι μια πρόσφατη ασθένεια και ότι οι αιτίες του σχετίζονται αποκλειστικά με την σύγχρονη ζωή, αλλά προφανώς κάνουν λάθος για τι ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά ασθένεια. Μερικοί τύποι καρκίνου είναι γνωστό ότι υπάρχουν από τα προϊστορικά χρόνια. Ασθένεια των οστών που πιθανόν ήταν καρκίνος έχει βρεθεί σε οστά δεινοσαύρου ηλικίας 80 εκατομμυρίων ετών, ο δε ηλικίας 500000 ετών πιθηκάνθρωπος της Iawa (1891) παρουσίαζε όγκο μηριαίου οστού. Σε Αιγυπτιακούς παπύρους περιγράφονται εγχειρήσεις για την θεραπεία του καρκίνου, ενώ ο Ιπποκράτης αναγνωρίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και τον ξεχωρίζει από παρόμοιες ασθένειες. Στις ημέρες μας διαγιγνώσκονται περισσότεροι καρκίνοι και φαίνεται να εκδηλώνεται πιο συχνά επειδή οι ιατροί είναι καλύτερα εξοπλισμένοι, οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και ο καρκίνος παρουσιάζεται με αυξημένη συχνότητα στους ηλικιωμένους, αλλά και στην ολοένα και πιο ευρεία διάδοση ανθυγιεινών τρόπων ζωής. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της έκθεσης για τον καρκίνο σ' όλο τον κόσμο του International Agency for Research on Cancer (IARC) της

Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το 2020 θα εμφανίσουν κάποια κακοήθη νεοπλασία 15 εκατομμύρια άνθρωποι έναντι 10 εκατομμυρίων το 2000. Επίσης στο 1/3 των Ευρωπαίων πολιτών θα διαγνωσθεί καρκίνος κάποια στιγμή στην ζωή τους, ενώ το 25% από αυτούς θα πεθάνει από την ασθένεια αυτή (Αντωνίου 2008).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο δεύτερος από πλευράς θνητότητας στο δυτικό κόσμο. Η θνησιμότητά του είναι γενικά στην δυτική Ευρώπη υψηλή με το μεγαλύτερο ποσοστό να παρατηρείται στην Σκωτία και το σχετικά μικρότερο στην Ισπανία και Πορτογαλία. Ειδικότερα στις ΗΠΑ ευθύνεται για τον θάνατο 60.000 ατόμων ετησίως, ενώ η ετήσια επίπτωσή του πλησιάζει τις 160.000 νέες περιπτώσεις. Επίσης ένα νεογέννητο σήμερα στην ίδια χώρα έχει πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου 5% κατά την διάρκεια της ζωής του (Σπηλιώτης 1999).

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, στον χάρτη των χωρών της ΕΕ υπάρχει μια σημαντική διαφοροποίηση όσον αφορά τις νότιες χώρες της Κοινότητας (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) συγκρινόμενες με τον Ευρωπαϊκό Βορρά. Στις νότιες χώρες παρατηρείται μείωση της επίπτωσης όλων των μορφών του καρκίνου με εξαίρεση τον καρκίνο του στομάχου ο οποίος παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Αντιμετωπίζοντας τον καρκίνο ως ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εισήγαγε εδώ και κάποια χρόνια, στις χώρες μέλη τον Ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου. Ο εν λόγω κώδικας αποτελεί μια σειρά από οδηγίες, οι οποίες αν τηρηθούν θα μπορούσαν να μειώσουν την επίπτωση της νόσου και την θνησιμότητα στα κράτη μέλη (Αντωνίου 2008).

Όσον αφορά στην Ελλάδα, ο καρκίνος παχέος εντέρου αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας αφού περίπου 1.500 άτομα προσλαμβάνονται από αυτόν και από αυτά τα άτομα μόνο το 45% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία (Κατσιβελου 2002). Είναι σπάνιος κάτω από την ηλικία των 40 ετών και σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζεται σε άτομα μετά την ηλικία των 60. Γενικά ο καρκίνος ορθού είναι συχνότερος στους άνδρες ενώ ο καρκίνος του κόλου στις γυναίκες. Επίσης, έξι στους δέκα όγκους εμφανίζονται στο τμήμα του κόλου που βρίσκεται πιο κοντά στο ορθό (Goldman 1999).

### **2.2.1 Οι αριθμοί μιλούν για τον καρκίνο**

7,6 εκατομμύρια άτομα πέθαναν από καρκίνο το 2005, αριθμός που αντιστοιχεί στο 13% των 58 εκατομμυρίων θανάτων παγκοσμίως.

Ο καρκίνος μπορεί να πλήξει οποιοδήποτε άτομο ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου.

Κάθε χρόνο, ο καρκίνος αφαιρεί περισσότερες ζωές από ό,τι το AIDS, η φυματίωση και η ελονοσία μαζί, ενώ αναμένεται ότι στα επόμενα πέντε έτη ο καρκίνος θα πάρει τη θέση των καρδιαγγειακών παθήσεων ως το κύριο αίτιο θανάτου.

Στην Ελλάδα, το 2005 πέθαναν 29.000 άτομα από καρκίνο, εκ των οποίων 10.000 ήταν ηλικίας κάτω των 70 ετών.

40% των περιστατικών καρκίνου μπορούν να προληφθούν.

Οι πιο συνηθισμένοι τύποι καρκίνου στους άνδρες είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του στομάχου, του ήπατος, του παχέος εντέρου και του οισοφάγου.

Οι πιο συνηθισμένοι τύποι καρκίνου στις γυναίκες είναι του μαστού, του πνεύμονα, του στομάχου, του παχέος εντέρου και του τραχήλου της μήτρας.

Περισσότερα από 24 εκατομμύρια άτομα πάσχουν σήμερα από καρκίνο. Κάθε χρόνο προστίθενται 11 εκατομμύρια νέες διαγνώσεις. Το 2020 οι νέες διαγνώσεις αναμένεται να υπερβούν τα 16 εκατομμύρια.

Στο ένα τρίτο των περιστατικών καρκίνου μπορεί να επιτευχθεί ίαση αν υπάρξει έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Οι Η.Π.Α. εκτιμάται ότι θα επενδύσουν στην έρευνα κατά του καρκίνου συνολικά €3,3 δισ. το 2007, ενώ ο προϋπολογισμός για το 2008 ανέρχεται σε €1,1 δισ.

Το συνολικό κόστος ογκολογικών φαρμάκων εκτιμάται ότι είναι μόλις €6 ανά Ευρωπαϊκό κάτοικο.

Οι σύγχρονες στοχεύουσες θεραπείες κατευθύνονται σε ειδικούς στόχους στα καρκινικά κύτταρα, αφήνοντας ανεπηρέαστα τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού.

Η έγκαιρη διάγνωση, σε συνδυασμό με την άμεση και αποτελεσματική θεραπεία, οδηγούν σε ίαση ή παρατείνουν την επιβίωση σε πολλούς τύπους καρκίνου, καθιστώντας έτσι τον καρκίνο μια χρόνια πάθηση.

Η συμβατική αντιμετώπιση του καρκίνου περιλαμβάνει τη χειρουργική αφαίρεση, τη χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό τους. Η επιλογή της θεραπείας γίνεται κατά κύριο λόγο βάσει του σταδίου της νόσου.



Οι δαπάνες για ογκολογικά προϊόντα αντιστοιχούν μόλις στο 3,5% των συνολικών δαπανών για συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Οι νέες γνώσεις για την κυτταρική διαδικασία ανάπτυξης των όγκων οδήγησαν στη δημιουργία στοχευμένων ογκολογικών φαρμάκων.

Τα ογκολογικά νοσήματα ευθύνονται για το 17% των προσαρμοσμένων για τη νόσο ετών ζωής που χάνονται (DALYs), αλλά τους αντιστοιχεί μόλις το 6% του προϋπολογισμού για τη φροντίδα υγείας.

Η Ευρώπη δαπάνησε στην έρευνα κατά του καρκίνου €3,2 δισ. το 2004.

*(3ο Πανελλήνιο Συνέδριο για την διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές υγείας, 2007).*

### **2.3 Αιτιολογία**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει επιβεβαιωθεί ότι δεν είναι μεταδοτική νόσος. Μερικοί άνθρωποι έχουν περισσότερες πιθανότητες από άλλους να αναπτύξουν καρκίνο παχέος εντέρου. Οι παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο είναι:

#### **1. Διατροφή και συνήθειες:**

Η σχέση μεταξύ δίαιτας και υγείας έχει μακρά και σημαντική ιστορία. Ο Ιπποκράτης ήταν πεπεισμένος για το κέρδος της φυτοφαγίας, αλλά δεν είχε ανεβρεθεί κάποια συσχέτιση δίαιτας και καρκίνου μέχρις ότου η ανθρωπότητα «νίκησε» τις λοιμώδεις νόσους, αυξήθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης και έτσι έγινε ο καρκίνος η μείζων αιτία θανάτου. Από το 1930 υπ μελέτες για την σχέση δίαιτας και καρκίνων του πεπτικού.

Στην δεκαετία του '60 η προσοχή ήταν στραμμένη στον ρόλο του λίπους στην διατροφή, ενώ στην επόμενη δεκαετία ανεδείχθη η σπουδαιότητα της δίαιτας με υπόλειμμα. Πιο πρόσφατα η προσοχή έχει στραφεί στα φρούτα και λαχανικά, ιδίως τις σαλάτες. Πολλές μελέτες έχουν εμφανισθεί διεθνώς με θέμα τη διατροφή και το καρκίνο και υπάρχει η αισιοδοξία ότι οι διαιτητικοί κανόνες είναι δυνατόν να ελαττώσουν την συχνότητα ανάπτυξης του καρκίνου και να επιβραδύνουν την ανάπτυξή του. Επιδημιολογικές μελέτες και έρευνες που έγιναν σε πειραματόζωα, έδειξαν ότι δίαιτες πλούσιες σε φυτικές ίνες προστατεύουν από την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Αν και ο προστατευτικός ρόλος των ινών δεν έχει τελείως αποσαφηνισθεί, η επιδημιολογία συνδέει την υψηλή πρόσληψη φυτικών διαιτητικών παραγόντων με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης νεοπλασμάτων παχέος εντέρου. *(Αντωνίου 2008)*. Ο προστατευτικός ρόλος των ινών συνίσταται σε αύξηση του όγκου των κοπράνων, σε

διάλυση-αραίωση των ουσιών που προάγουν την καρκινογένεση, ενώ προωθούν την γρήγορη εξαφάνισή τους από τον οργανισμό ελαχιστοποιώντας την χρονική διάρκεια επαφής τους με τον βλεννογόνο ελαττώνοντας τον χρόνο διέλευσης από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Ο στόχος πρέπει να είναι να πεισθούν οι νεώτεροι υγιείς άνθρωποι να καταναλώνουν δίαιτες πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά ώστε να μπορούμε να μιλάμε για πρόληψη στον καρκίνο, κάτι που έχει αποδειχθεί ότι δεν ισχύει για ηλικίες άνω των 60 ετών. Η διατροφή του ανθρώπου περιέχει σημαντικό βαθμό καρκινογόνων, φυσικών, τεχνητών αλλά και αυτών που σχηματίζονται κατά το μαγείρεμα ή την συντήρηση των τροφίμων. Υπολογίζεται ότι ο άνθρωπος καταπίνει κάθε ημέρα 2-2,5 γρ καμένης οργανικής ύλης με το μαγειρεμένο φαί. Σημαντικό μέρος της ύλης αυτής είναι καρκινογόνες χημικές ουσίες. Διατροφή πλούσια σε ζωικά λίπη, άλατα και πρωτεΐνες είναι υπεύθυνη για αυξημένα ποσοστά καρκίνων του παχέος εντέρου και του στομάχου. (Αντωνίου 2008).

Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Ιαπωνία που τα τελευταία 15 χρόνια αυξήθηκε η κατανάλωση λίπους κατά 15%, ο καρκίνος του παχέος εντέρου παρουσίασε αύξηση κατά 130%. Στην Ελλάδα την 25ετία 1960-1985 δημιουργήθηκαν συγκεκριμένες διαχρονικές εξελίξεις που ευθύνονται για την αύξηση μερικών νεοπλασμάτων συνεπεία της διατροφής. Στην περίοδο αυτή η ημερήσια κατά κεφαλή θερμιδική πρόσληψη αυξήθηκε κατά 22%, αύξηση που οφείλεται κυρίως στο γάλα και γενικά τα γαλακτοκομικά είδη που η κατανάλωσή τους σημείωσε αύξηση κατά 339%, ενώ η χρήση βουτύρου και ζωικών λιπών αυξήθηκε κατά 239%. Το γεγονός της μεταβολής της διατροφής και στην Ελλάδα προκάλεσε αύξηση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Σημειώνουμε ότι παράλληλα αυτά τα χρόνια είχαμε στην χώρα μας αύξηση του σωματομετρικού δείκτη και το ύψος αυξήθηκε κατά 7 εκ σε 15 χρόνια. Ο καφές, τα οιοπνευματώδη ποτά και η κατανάλωση συντηρημένων τροφών συμβάλουν σε μικρότερο αλλά σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη καρκίνων του πεπτικού συστήματος. Υπάρχουν πολλά και συνεπή επιδημιολογικά στοιχεία σύμφωνα με τα οποία η μεγάλη κατανάλωση λαχανικών και φρούτων ασκεί όπως είπαμε ισχυρή προστατευτική δράση κατά πολλών μορφών καρκίνου και βέβαια και του παχέος εντέρου. Από τα λαχανικά & τα φρούτα, τα ωμά και φρέσκα δηλαδή το μαρούλι, τα φυλλώδη και τα λαχανικά της οικογένειας των αλλιοειδών (σκόρδο, κρεμμύδι) παρουσιάζουν συστηματική αρνητική σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Τα νωπά λαχανικά & φρούτα είναι οι κύριες πηγές βιταμίνης A,C,E, ιχνοστοιχείων και φυτικών ινών. (Αντωνίου 2008). Τα νιτρώδη και νιτρικά άλατα, που είναι αζωτούχες ενώσεις, χρησιμοποιούνται σαν συντηρητικά σε κρέατα και αλλαντικά και μπορούν να μετατραπούν στο στομάχι σε νιτροδοενώσεις που θεωρούνται καρκινογόνες συνιστά στα ζώα. Αν και το Εθνικό

Αντικαρκινικό Ίδρυμα των ΗΠΑ συνιστά ένα πρόγραμμα ‘ 5 μερίδων ημερησίως’ για φρούτα και λαχανικά, δεν είναι προς το παρόν δυνατό να υπάρξει ακρίβεια όσον αφορά την ποσότητα των φρούτων και λαχανικών που απαιτείται για να υπάρξει κάποια προστασία. Θα πρέπει να καταναλώνονται με κάθε γεύμα, αν αυτό είναι δυνατόν.(Γλεντής 2009). Τα σταθερά χαμηλότερα ποσοστά πολλών μορφών καρκίνων που αναφέρονται στις νότιες ευρωπαϊκές χώρες συνδέονται με τη λεγόμενη ‘Μεσογειακή διατροφή’, η οποία χαρακτηριστικά περιλαμβάνει λιγότερα συνολικά λίπη, ιδίως ζωικά και κρέατα και μεγαλύτερες ποσότητες ψαριών, ελαιολάδου, λαχανικών και φρούτων, ινών και σπόρων. Ενώ υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι υπάρχει κάποια σχέση, έως σήμερα δεν έχει αυτή αποδειχθεί ικανοποιητικά. Αυτό όμως το είδος διατροφής συνιστάται τόσο για την αποφυγή του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου, όσο και άλλων χρόνιων παθήσεων. Όσον αφορά το θέμα της συμπληρωματικής διατροφής το συμπέρασμα είναι ότι υπάρχει δυνητικό όφελος από την χρήση αντιοξειδωτικών συμπληρωμάτων (βιταμινών, ιχνοστοιχείων κλπ).Επίσης πολλές μελέτες τα τελευταία χρόνια έχουν δείξει κάποια θετική σχέση μεταξύ προσλήψεως μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, ασπιρίνης, ασβεστίου, σεληνίου, σιδήρου και διαφόρων άλλων παραγόντων και μείωσης της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου. Τίποτε όμως δεν είναι πλήρως αποδεδειγμένο και δεν συνιστώνται συστηματικά. Το υπερβολικό βάρος μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης και έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί αιτία αυξημένης θνησιμότητας. Το υπερβολικό βάρος αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου εκτός βέβαια από την αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων (Αντωνίου 2008).

Ο τρόπος ζωής του σύγχρονου ατόμου αποτελεί κύριο επιβαρυντικό παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου. Συγκεκριμένα, η κατανάλωση πρωτεϊνών και τροφών πλούσιων σε λιπαρά πιστεύεται ότι προδιαθέτουν στην ανάπτυξη του καρκίνου. Πιστεύεται ότι τα προϊόντα αποδόμησης του λίπους παράγουν μέσα στο έντερο χημικά καρκινογόνα (Γλεντής 2009).

Αντίθετα στις λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές όπου οι άνθρωποι ζουν με διατροφή υψηλή σε φυτικές ίνες που αποτελείται από πολλά φρούτα, λαχανικά και δημητριακά ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σπάνιος (Τριχοπούλου, Μπεσιμπέας 1991). Επίσης, παράγοντες όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης και το κάπνισμα συνδέονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ορθού (Goldman 1999).

## 2.Πολύποδες:

Οι περισσότεροι καρκίνοι στο παχύ έντερο αναπτύσσονται σε έδαφος πολύποδων, οι οποίοι αναπτύσσονται όταν χρωμοσωμικές βλάβες παρουσιάζονται στα κύτταρα του βλεννογόνου του παχέος εντέρου. Τα χρωμοσώματα περιέχουν γενετικό υλικό κληρονομημένο από τους γονείς και φυσιολογικά ελέγχουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων και τον διατηρούν σε ελεγχόμενο επίπεδο. Όταν συμβούν βλάβες στα χρωμοσώματα, ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός γίνεται ανεξέλεγκτος, με συνέπεια την ανάπτυξη περίσσειας ιστού-πολύποδων, οι οποίοι ενώ αρχικά είναι υγιής στην συνέχεια με την πάροδο των χρόνων μπορούν να μεταλλαχθούν σε καρκινικούς (Γλέντης 2009).

## 3.Ελκώδης κολίτιδα:

Η χρόνια ελκώδης κολίτιδα προκαλεί μια διαρκεί φλεγμονή στον βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου είναι μεγαλύτερος του μέσου όρου σε ασθενείς στους οποίους η νόσος διαρκεί πέρα των δέκα ετών (Goldman 1999).

## 4.Γενετικοί παράγοντες

Παρ' ότι το γενετικό υπόστρωμα ενός ατόμου είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, σε συγγενείς ασθενών 1ου βαθμού είναι περίπου 18%. Επιπλέον η πλειονότητα των καρκίνων (80%) παρουσιάζονται σποραδικά σε ανθρώπους που δεν είχαν ιστορικό στην οικογένειά τους. Περίπου το 20% των ασθενών έχουν κάποια κληρονομική προδιάθεση και το 5% των καρκίνων του παχέος εντέρου οφείλονται σε κληρονομική προδιάθεση. Τα κληρονομούμενα αυτά σύνδρομα είναι διαταραχές στις οποίες τα άτομα που νοσούν έχουν κληρονομήσει γενετικές διαταραχές από τον ένα ή και τους δύο γονείς κατά την γέννηση και είναι παρούσες σε κάθε κύτταρο του σώματος. Η οικογενής πολυποδίαση, είναι ένα σύνδρομο κληρονομημένου καρκίνου παχέος εντέρου, στο οποίο τα μέλη θα αναπτύξουν πολυάριθμους πολύποδες συνήθως από την ηλικία της εφηβείας. Αν η κατάσταση δεν αναπτυχθεί έγκαιρα τότε το άτομο σχεδόν σίγουρα θα αναπτύξει καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι καρκίνοι στην περίπτωση αυτή εμφανίζονται στην ηλικία των 40 ετών και τα άτομα αυτά πιθανόν να εμφανίσουν καρκίνο θυρεοειδούς, στομάχου και της ληκύθου του Vater. Η ήπια μορφή οικογενούς πολυποδίασης είναι ελαφρότερη παραλλαγή της προηγούμενης. Εμφανίζουν λιγότερο αριθμό πολυπόδων (>100) αλλά βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου σε νεαρή ηλικία. Επίσης,

παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να έχουν γαστρικούς ή δωδεκαδακτυλικούς πολύποδες (Γλέντης 2009).

Ο κληρονομικός μη πολυγενής καρκίνος παχέος εντέρου (HNPCC) είναι ένα σύνδρομο κληρονομημένου καρκίνου παχέος εντέρου το οποίο εμφανίζεται συνήθως στο δεξιό κόλον, σε νεαρές ηλικίες των 30 και των 40 ετών. Ορισμένοι εξ' αυτών των ασθενών ενδέχεται να εμφανίσουν καρκίνο της μήτρας, του στομάχου, των ωοθηκών, των ουρητήρων και των χοληφόρων (Goldman 1999).

## **2.4 Ταξινόμηση καλοηθών νεοπλασμάτων**

Τα καλοήγη νεοπλάσματα ταξινομούνται σε επιθηλιακούς όγκους – πολύποδες και μη επιθηλιακούς όγκους.

### **2.4.1 Επιθηλιακοί όγκοι – Πολύποδες**

Ο πιο συχνός τύπος πολυπόδων του παχέος εντέρου είναι τα αδενώματα τα οποία είναι καλοήθεις όγκοι, αλλά θεωρούνται προκαρκινωματώδης κατάσταση, γιατί μπορεί να εξαλλαγούν σε καρκίνο. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν, ότι όλοι οι καρκίνοι του παχέος εντέρου προέρχονται από πολύ μικρά αδενώματα. Στην ανάπτυξη του καρκίνου και των πολυπόδων του παχέος εντέρου (καρκινογένεση) μετέχουν η κληρονομικότητα και περιβαλλοντικοί παράγοντες (Λαδάς 2007). Οι πολύποδες του παχέος εντέρου είναι εκπλαστήσεις του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνου χιτώνα. Η συνολική επίπτωσή τους στον πληθυσμό κυμαίνεται από 5% έως 50%. Το 50% των πολυπόδων εντοπίζεται στο σιγμοειδές. Διακρίνεται σε:

Υπερπλασματικούς: έχουν διάμετρο 1-3 mm και εντοπίζονται στο 50% των ενηλίκων. Δεν προκαλούν συμπτώματα και η σημασία τους έγκειται στο ότι αναπτύσσονται στις ίδιες θέσεις του ορθοσιγμοειδούς και στην ίδια ηλικία ασθενών όπως οι αδενωματώδεις πολύποδες. Η αφαίρεσή τους ενδείκνυται μόνο για ιστολογική διάγνωση.

Νεοπλασματικούς πολύποδες: Παρουσιάζουν δυνητική κακοήθεια η οποία εξαρτάται από το μέγεθος, τον ιστολογικό τύπο τους και το βαθμό επιθηλιακής . Το 80% των νεοπλασματικών πολυπόδων εντοπίζεται στο ορθοσιγμοειδές. Υποδιαιρούνται σε αδενωματώδεις, λαχνωτά ή θηλώδη αδενώματα και σε μεικτούς πολύποδες.

Αναργωματώδεις: ο συχνότερος τύπος πολυπόδων του παχέος εντέρου στην παιδική ηλικία με συχνότητα στα παιδιά 1% και μέση ηλικία εμφάνιση τα 61/2 έτη. Είναι σπάνια μετά την ηλικία των 35 ετών, ενώ είναι σχεδόν πάντα διαμέτρου 3-10mm. Δεν υπάρχουν σαφής ενδείξεις κακοήθης εξαλλαγής και αφαιρούνται μόνο επί αιμορραγίας.

Φλεγμονώδεις: παρατηρούνται σε φλεγμονώδεις νόσους εντέρου (ελκώδης κολίτιδα) οπότε ονομάζονται ψευτοπολύποδες (Καντζαβέλου 2002).

#### **2.4.2 Μη επιθηλιακοί όγκοι**

Λιπώματα: δεύτερο σε συχνότητα καλοηθών όγκων μετά τα αδενώματα. Αφαιρούνται όταν προκαλούν αποφρακτικά επεισόδια.

Λειομύωμα: λιγότερο συχνό στο παχύ έντερο, αφαιρείται σε περιπτώσεις αποφρακτικών επεισοδίων.

Ενδομητρίωμα: ενδομητριακός ιστός που προσκολλάται στο ορθό – σιγμοειδές ή τυφλό και μπορεί να διηθεί τον μυϊκό χιτώνα και τον υποβλενογόνο.

Άλλοι όγκοι: νευρινώματα, ινώματα, καλοήθη λεμφώματα (Καντζαβέλου 2002).

#### **2.5 Ιστολογική ταξινόμηση κακοηθών νεοπλασμάτων**



Ιστολογικών παρατηρούνται οι εξής μορφές, σύμφωνα με το WHO:

Αδενοκαρκίνωμα το οποίο διακρίνεται σε τρεις βαθμίδες ανάλογα με τους σωληνοειδείς σχηματισμούς. Είναι τα συχνότερα καρκινώματα του παχέος εντέρου. Διακρίνονται σε υψηλής (20%), μέσης (50%) και χαμηλής (30%) διαφοροποίησης. Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του μεγέθους ενός αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου είναι 130 ημέρες. Απαιτούνται τουλάχιστον 5 έτη (συχνά 10 – 15 έτη), ώστε να αποκτήσει τέτοιο μέγεθος που να προκαλεί κλινικές εκδηλώσεις. Κατά τη «σιωπηλή» αυτή περίοδο, η διάγνωση της νόσου εξαρτάται αποκλειστικά από την πιστή εφαρμογή των εξετάσεων πληθυσμιακού ελέγχου. Αναλόγως του σταδίου, η νόσος αντιμετωπίζεται με διάφορες θεραπευτικές πρακτικές. Είναι δυνατό να επιτευχθεί η ίαση, με την προϋπόθεση ότι η νόσος περιορίζεται στο έντερο. Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί την αρχική μορφή θεραπείας και επιτυγχάνει ίαση περίπου στο 50% των ασθενών. Η υποτροπή – μετά τη χειρουργική επέμβαση – θεωρείται η βασικότερη δυσμενής εξέλιξη της πορείας της νόσου και - συχνά - οδηγεί στον θάνατο.

Το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα αντιπροσωπεύει το 10% όλων των καρκίνων του παχέος εντέρου. Στην ομάδα αυτή κατατάσσονται καρκινώματα με τουλάχιστον 50% βλεννώδες στοιχεία.

Το μικροκυττάριο είναι σπάνιο (<1%) και έχει ιδιαίτερα κακή πρόγνωση.

Πλακώδες / αδenoπλακώδες είναι πολύ σπάνιο και συνδέεται με ελκώδη κολίτιδα, σχιστομίαση και με ακτινοβολία της πυελικής χώρας.

Αδιαφοροποίητο το οποίο είναι ασύνηθες και απουσιάζουν οι σωληνώδεις σχηματισμοί και η ενδοκυττάρια βλεννοπαραγωγή (Καρούτα 2008).

Καρκινοειδή. Εντοπίζονται κυρίως στη σκωληκοειδή απόφυση και το ορθό. Προέρχονται από κύτταρα των κρυπτών του Lieberkuhn. Τα καρκινοειδή του δεξιού κόλου είναι πολυκεντρικά και συχνά προκαλούν σύνδρομο καρκινοειδούς. Αντίθετα, τα καρκινοειδή του αριστερού κόλου είναι συνήθως μονοκεντρικά.

Καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου (εξαιρετικά σπάνια νεοπλάσματα)

Λεμφώματα. Είναι σπάνια νεοπλάσματα. Δεν προκαλούν γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια και – στη λαπαροτομία – εντοπίζονται διογκωμένοι μόνο οι επιχώριοι λεμφαδένες. Το ήπαρ και ο σπλήνας παραμένουν όργανα ελεύθερα νόσου. Τέλος, τα επίπεδα των λευκοκυττάρων βρίσκονται εντός των φυσιολογικών ορίων και ο τύπος του περιφερικού αίματος είναι φυσιολογικός.

Σαρκώματα: Είναι σπάνια νεοπλάσματα. Διακρίνονται σε ινοσαρκώματα και λειομυοσαρκώματα ( Στυλιανοπούλου 2003).

### **2.5.1 Παθολογική ανατομία**

Μακροσκοπικώς παρατηρούνται οι εξής μορφές :

Υπερτροφική ή αυθοκαμβοειδώς, στο δεξιό κόλο, χαμηλής κακοήθειας

Ελκωτή, υψηλής κακοήθειας συχνότερα στο ορθό

Σκίρρος, δακτυλοειδής καρκίνος, συχνότερος στο αριστερό κόλον

Διθητική μορφή

Κολλοειδές καρκίνωμα, πρόκειται για μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση (Καντζαβέλου 2002).

## **2.5.2 Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα**

Καρκινοειδές

Λεμφοσάρκωμα

Άλλα σαρκώματα: λειομυοσάρκωμα, ραβδομυοσάρκωμα, ινωσάρκωμα (*Πετρίδης 2004*).

## **2.5.3 Χαρακτηριστικά των νεοπλασμάτων**

**Τα χαρακτηριστικά των καλοηθών νεοπλασμάτων είναι:**

- Τα νεοπλασματικά κύτταρα μοιάζουν με τον μητρικό ιστό.
- Είναι περιγεγραμμένα και έχουν κάψα.
- Δεν δίνουν μεταστάσεις (αιματογενείς - λεμφογενείς - δι' εμφυτεύσεως).
- Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς.
- Δεν προκαλούν θάνατο.
- Δεν υποτροπιάζουν.
- Κάνουν τοπική βλάβη (πίεση).

**Τα χαρακτηριστικά των κακοηθών νεοπλασμάτων είναι:**

- Τα νεοκύτταρα χάνουν την ομοιότητα τους.
- Δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν έχουν κάψα.
- Δίνουν μεταστάσεις.
- Διηθούν τους γύρω ιστούς.
- Είναι θανατηφόρα στο πλείστο των περιπτώσεων.
- Υποτροπιάζουν συνήθως.
- Κάνουν καταστροφή των ιστών, διήθηση ιστών (*Ντολάτζας 2005*).

## **2.6 Σταδιοποίηση**

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Dukes, η οποία αφορά το βαθμό διήθησης του τοιχώματος και την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων. Αναλόγως του βαθμού επέκτασης έχουν καθοριστεί 4 στάδια κατά Dukes γνωστά ως Α, Β, Γ, Δ.



Στάδιο A: αποτελεί το 15% των περιπτώσεων. Το νεόπλασμα περιορίζεται στον βλεννογόνο του κάλου ή του ορθού χωρίς επέκταση προς τα τοιχώματα του εντέρου και χωρίς λεμφικές μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση φθάνει στο 80-90%.

Στάδιο B: αποτελεί το 35% των περιπτώσεων, υπάρχει διήθηση των χιτώνων του εντέρου. Το νεόπλασμα ξεπερνά την υποβλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα και διηθεί τον ορογόνο. Ενδέχεται να επεκταθεί στους γύρω ιστούς χωρίς λεμφικές μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση φθάνει στο 60-70%.

Στάδιο Γ: αποτελεί το 50% των περιπτώσεων, υπάρχει επέκταση εκτός του εντερικού τοιχώματος και λεμφικές μεταστάσεις. Υποδιαιρείται σε Γ1 με διήθηση μόνο των επιχώριων λεμφαδένων (30% περιπτώσεων) και σε Γ2 με μεταστάσεις σε απομακρυσμένες μεταστάσεις σε άλλα όργανα όπως το ήπαρ (Καντζαβέλου 2002).

Μια άλλη ταξινόμηση η οποία χρησιμοποιείται ευρέως είναι αυτή κατά Astler και Cooler και διακρίνεται στα εξής στάδια:

Στάδιο A: ο όγκος εντοπίζεται στο βλεννογόνο έως τον υποβλενογόνο χιτώνα. Η πενταετής επιβίωση αγγίζει το 90%.

Στάδιο B1: ο όγκος διηθεί τον μυϊκό χιτώνα έως τον ορογόνο. Δεν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση αγγίζει το 80%.

Στάδιο B2: ο όγκος διηθεί όλο το τοίχωμα και τον ορογόνο του παχέος εντέρου και επεκτείνεται στο περιτολικό λίπος. Δεν εμφανίζονται λεμφαδενικές μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση αγγίζει το 60%.

Στάδιο C1: έχει τα χαρακτηριστικά του B1 αλλά με διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων. Η πενταετής επιβίωση φθάνει το 50%.

Στάδιο C2: έχει τα χαρακτηριστικά του B2 αλλά με διήθηση των λεμφαδένων. Η πενταετής επιβίωση είναι περίπου 30% (Σπηλιώτης 1999).

Σήμερα με βάση ενδορθική υπερηχογραφία υπάρχει μια κλινικό-υπερηχογραφική ταξινόμηση για το καρκίνωμα του ορθού.

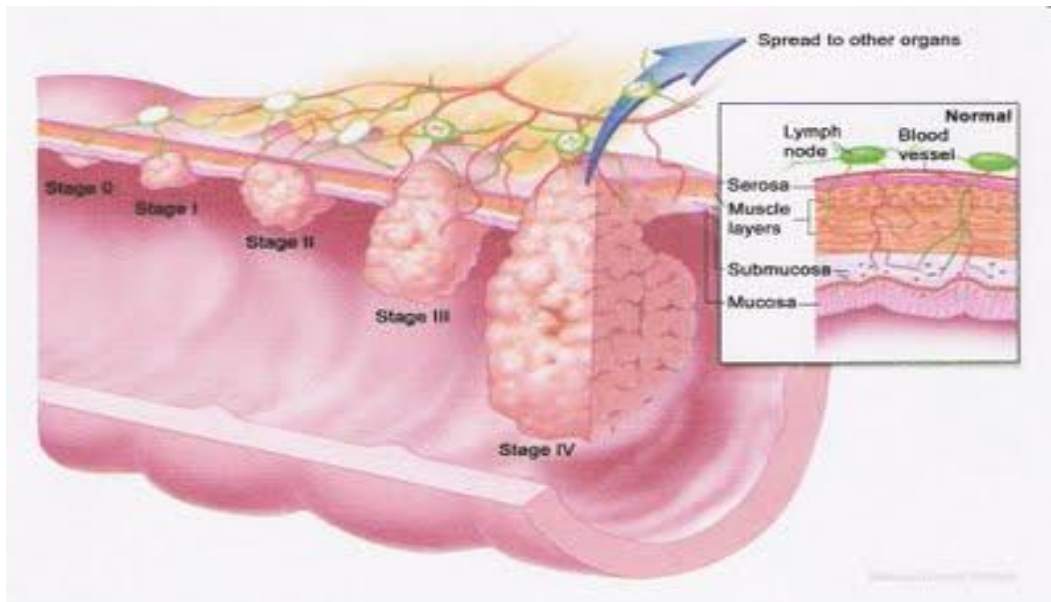
Στάδιο 1: ενδοκοιλιακή μάζα χωρίς πάχυνση του τοιχώματος.

Στάδιο 2: πάχυνση τοιχώματος μέχρι 5cm χωρίς διήθηση παρακείμενων ιστών.

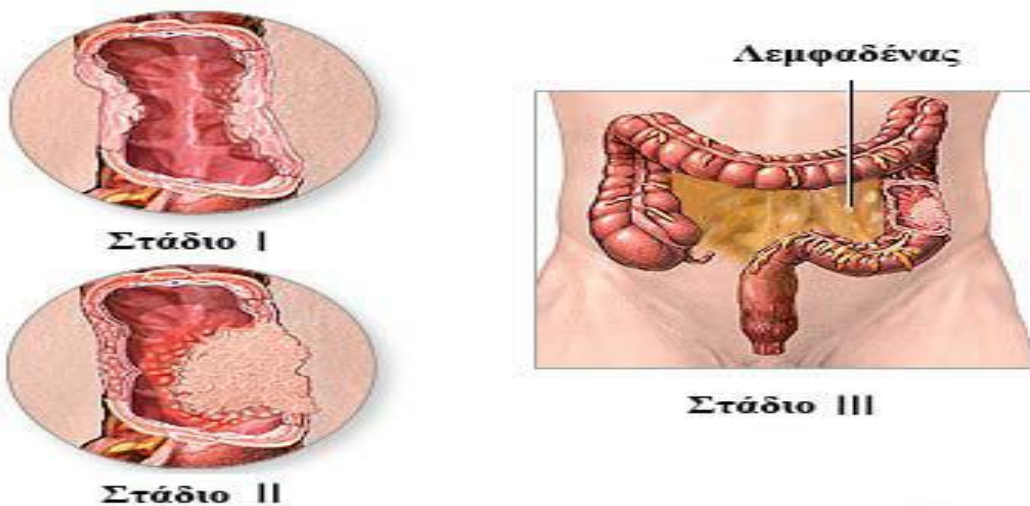
Στάδιο 31: διήθηση παρακείμενων ιστών χωρίς επέκταση στο πυελικό τοίχωμα.

Στάδιο 32: επέκταση στο τοίχωμα της πύελου.

Στάδιο 4: πυελικός όγκος με μεταστάσεις (*Goldman 1999*).



(Εμφάνιση του καρκινώματος εντός του εντερικού αυλού ανάλογα το στάδιο)



Ένας άλλος τρόπος κατάταξης που έχει προταθεί είναι το TNM σύστημα, το οποίο ταξινομεί τους όγκους ανάλογα με την έκταση του πρωτοπαθούς όγκου T, την έκταση των διηθημένων λεμφαδένων N και την παρουσία ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων M.

Αφού έχουν καθοριστεί οι T, N και M παράμετροι ενός ασθενούς, συνήθως μετά τη

χειρουργική επέμβαση, οι πληροφορίες αυτές συνδυάζονται και δίνουν τη σταδιοποίηση, για να καθοριστεί το στάδιο του όγκου, που συμβολίζεται με λατινικούς χαρακτήρες από το στάδιο I (το λιγότερο προχωρημένο στάδιο) έως το στάδιο IV (το πιο προχωρημένο στάδιο):

**Στάδιο 0 : Tis, No, Mo :** Ο καρκίνος είναι πρόιμος. Δεν έχει επεκταθεί πέραν του βλεννογόνου του εντέρου ή του ορθού. Αυτό το στάδιο είναι γνωστό επίσης ως καρκίνωμα in situ ή ενδοβλεννογόνο καρκίνωμα.

**Στάδιο I : T1, No, Mo ή T2, No, Mo :** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέσω του βλεννογόνου στον υποβλεννογόνο ή και στο μυϊκό χιτώνα, αλλά δεν έχει επεκταθεί σε επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένες περιοχές.

**Στάδιο IIΑ : T3, No, Mo :** Ο καρκίνος έχει διηθήσει τον ορογόνο χιτώνα. Δεν έχει επεκταθεί σε επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένες περιοχές.

**Στάδιο IIΒ : T4, No, Mo :** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέραν του τοιχώματος του εντέρου ή του ορθού σε παρακείμενους ιστούς ή όργανα. Δεν έχει ακόμα επεκταθεί σε επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένες περιοχές.

**Στάδιο IIIΑ : T1-2, N1, Mo :** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέσω του βλεννογόνου στον υποβλεννογόνο ή και στο μυϊκό χιτώνα και έχει διηθήσει 1-3 επιχώριους λεμφαδένες αλλά δεν έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένες περιοχές.

**Στάδιο IIIΒ : T3-4, No, Mo :** Ο καρκίνος έχει διηθήσει τον ορογόνο χιτώνα ή έχει επεκταθεί πέραν του τοιχώματος του εντέρου ή του ορθού σε παρακείμενους ιστούς ή όργανα και έχει διηθήσει 1-3 επιχώριους λεμφαδένες αλλά δεν έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένες περιοχές.

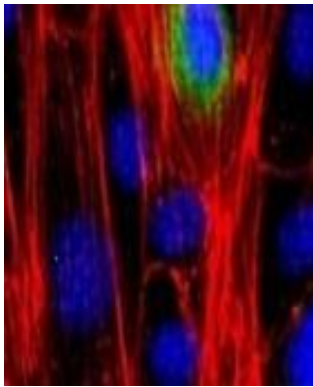
**Στάδιο IIIC : Κάθε T, N2, Mo :** Ο καρκίνος μπορεί να είναι κάθε T, αλλά έχει διηθήσει 4 ή περισσότερους επιχώριους λεμφαδένες χωρίς να έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένες περιοχές.

**Στάδιο IV : Κάθε T, κάθε N, M1 :** Ο καρκίνος μπορεί να είναι κάθε T και κάθε N αλλά έχει δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις όπως στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στο περιτόναιο ή στις ωοθήκες (Χρηστάκης 2006).

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>*

*Εντόπιση - επιπλοκές*

### 3.1 Ανάπτυξη του καρκίνου



Στον άνθρωπο, μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου δημιουργούνται 65 τρισεκατομμύρια κύτταρα. Έχει υπολογιστεί ότι για να διατηρηθεί η κανονική προμήθεια του οργανισμού σε ερυθροκύτταρα, απαιτούνται 2.000.000 κυτταρικές διαιρέσεις/sec. Ο μηχανισμός της κυτταρικής διαίρεσης είναι σχεδόν τέλειος, αφού διαιρείται ένας τόσο μεγάλος αριθμός κυττάρων και μάλιστα χωρίς λάθη. Αυτή η τάξη και η απόλυτη ακρίβεια εξαρτάται από τη

δράση συγκεκριμένων γονιδίων τα οποία ενεργοποιούνται τον κατάλληλο χρόνο και στη σωστή φάση, πριν και κατά την κυτταρική διαίρεση. Η μελέτη των γονιδίων που προκαλούν καρκίνο και ονομάζονται ογκογονίδια, έχει προσφέρει ένα μεγάλο πλήθος πληροφοριών για την κυτταρική διαίρεση στα κανονικά κύτταρα. Για τη δημιουργία του καρκίνου, δύο ομάδες γονιδίων έχουν πολύ μεγάλη σημασία: **α. τα ογκογονίδια**, τα οποία παρακάμπτουν τα σημεία ελέγχου της κυτταρικής διαίρεσης, προκαλώντας ανεξέλεγκτη κυτταρική αύξηση **β. τα όγκο-κατασταλτικά γονίδια**, τα οποία παρεμποδίζουν την ανεξέλεγκτη δράση των ογκογονιδίων.

Μέχρι τώρα έχουν ανακαλυφθεί 100 περίπου διαφορετικά ογκογονίδια. Σήμερα πιστεύεται, ότι οι περισσότεροι καρκίνοι ξεκινούν από την απώλεια ελέγχου ενός και μόνο κυττάρου. Το κύτταρο αυτό πολλαπλασιάζεται και δίνει μια ομάδα κυττάρων, των οποίων η αύξηση δεν ελέγχεται, γιατί η ισορροπία μεταξύ κυτταρικής διαίρεσης και φυσιολογικού θανάτου έχει διαταραχθεί. Ανάλογα με τον τύπο του καρκινικού κυττάρου, σε μερικές εβδομάδες, μήνες ή χρόνια, σχηματίζεται μια μεγάλη μάζα κυττάρων τοπικά ή και με πιθανές τοπικές διηθήσεις ή και με απομακρυσμένες μεταστάσεις και η εμφάνιση αυτών θα προκαλέσει σημαντικά ζωτικά προβλήματα στον οργανισμό. Ο οργανισμός δεν μπορεί να αντιμετωπίσει εύκολα τα καρκινικά κύτταρα, επειδή μοιάζουν με τα φυσιολογικά, δεν ενεργοποιούν το ανοσοποιητικό σύστημα και έτσι συνεχίζεται ανεμπόδιστα η εισβολή και η εξάπλωση τους. Οι σύγχρονες αντιλήψεις συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι η καρκινογένεση στον οργανισμό του ανθρώπου, είναι ένα πολύπλοκο γεγονός και μια σχετικά μακροχρόνια διαδικασία που διακρίνεται σε τέσσερις επιμέρους φάσεις:

- **Φάση πρόκλησης**

Οι επιστήμονες μετά από πολύχρονες μελέτες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η φάση πρόκλησης του καρκίνου διαρκεί 15-30 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται μακροχρόνια έκθεση σε καρκινογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ώστε να

ξεκινήσει η διαδικασία της καρκινογένεσης. Η φάση πρόκλησης μπορεί όμως να είναι συντομότερη σε ορισμένες περιπτώσεις (π.χ. η προσβολή από ακτινογενή λευχαιμία) ή οι γενετικά καθορισμένοι όγκοι της βρεφικής ηλικίας, οι οποίοι υπάρχουν αφανώς από τη στιγμή της γέννησης και εξελίσσονται μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

- **Τοπική φάση (in situ)**

Σήμερα πιστεύεται ότι η προοδευτική βαριά δυσπλασία μετατρέπεται, στις περισσότερες περιπτώσεις, σε in situ καρκίνωμα, ενώ το τελευταίο μετά από μια πολύπλοκη διαδικασία που διαρκεί δέκα ή περισσότερα χρόνια, καταλήγει σε διηθητικό καρκίνο.

- **Φάση διήθησης**

Τα κύτταρα έχουν κακοήγη χαρακτηριστικά. Πολλαπλασιάζονται με γρήγορους ρυθμούς και έχουν τη δυνατότητα να διασπάσουν τη βασική μεμβράνη, να εισέλθουν στους γειτονικούς ιστούς και να φτάσουν μέχρι τα αγγεία του αίματος ή της λέμφου.

- **Φάση διασποράς**

Τα καρκινικά κύτταρα διηθούν όλο και περισσότερους ιστούς γύρω από την περιοχή της αρχικής ανάπτυξης, αυξάνοντας κατακόρυφα την πιθανότητα μεταστάσεων. Μπορούν μεμονωμένα ή κατά ομάδες να μεταφέρονται, με τη βοήθεια του αίματος και του λεμφικού συστήματος, σε απομακρυσμένα σημεία του οργανισμού, δημιουργώντας διάσπαρτες μεταστάσεις (*Be strong org.gr 2009*).

### **3.2 Επέκταση της νόσου**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να επεκταθεί:

Άμεσα κατά συνέχεια ιστού: συχνά στην ουροδόχο κύστη ή τον κόλπο. Η μικροσκοπική διήθηση του τοιχώματος επεκτείνεται συνήθως 2-3cm πέρα των ορίων του όγκου διαμέσου υποβλεννογόνου λεμφαγγείων.

Με πολλαπλές ενδοπεριτοναϊκές εμφυτεύσεις. Όταν ο καρκίνος διηθήσει το τοίχωμα του εντέρου είναι δυνατόν να αποπέσουν καρκινικά κύτταρα τοπικά ή διάχυτα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με αποτέλεσμα την τοπική ή διάχυτη καρκινωμάτωση της κοιλιάς. Επίσης είναι δυνατό να έχουμε είσοδο καρκινικών κυττάρων μέσα στην πύελο και κυρίως μέσα στην ορθομητρική ή ορθοκυστική πτυχή, όπου μπορούν να δημιουργηθούν καρκινικές μάζες και να δημιουργήσουν τον λεγόμενο “ ύφαλο του Plummer” και σε προχωρημένο στάδιο την σκληρή πύελο. Και τα δυο αυτά ευρήματα κατά την εξέταση αποτελούν κακό προγνωστικό

σημείο. Εμφύτευση καρκινικών κυττάρων μπορεί να γίνει και στις ωοθήκες, όπως και στο στομάχι (Καρούτα 2008)

Με λεμφική διήθηση η οποία αποτελεί την κυριότερη μεταστατική οδό. Όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει μόνο το εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων ανέρχεται στο 35-50%. Όταν όμως ξεπεράσει το τοίχωμα του εντέρου, τότε η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων ανέρχεται σε ποσοστό 80 – 90%.

Με αιματογενείς μεταστάσεις, οι οποίες παρατηρούνται στα τελικά στάδια κυρίως στο ήπαρ



και πνεύμονες. Καρκινωματώδη κύτταρα εισέρχονται συνεχώς στην κυκλοφορία του αίματος από τους καρκίνους χαμηλής διαφοροποίησης, ακόμη όμως και από καλά διαφοροποιημένους καρκίνους παρατηρείται η είσοδος καρκινικών κυττάρων μέσα στο αίμα. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι πάντοτε καταλήγουν σε μεταστατικές εντοπίσεις, αφού πιθανόν διέρχονται από το τριχοειδικό δίκτυο του ήπατος και των πνευμόνων χωρίς να εμφανίζονται μεταστάσεις σε αυτά τα όργανα. Η ανεύρεση καρκινικών κυττάρων στο αίμα δεν επηρεάζει την πρόγνωση κι επιβίωση του αρρώστου. Το ήπαρ αποτελεί το συνηθέστερο σημείο μετάστασης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ηπατικές μεταστάσεις συνυπάρχουν στο 35% των ασθενών τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου του εντέρου. Επιπλέον, από το υπόλοιπο 65%, οι μισοί θα αναπτύξουν μετάγχρονες ηπατικές μεταστάσεις. Χωρίς θεραπεία, οι ηπατικές μεταστάσεις οδηγούν στο θάνατο μέσα σε 12 μήνες. Ο λόγος για τον οποίο ο καρκίνος του παχέος εντέρου μεθίσταται στο ήπαρ σχετίζεται με την αιμάτωση αυτών των δύο οργάνων. Συγκεκριμένα, το αίμα που “τρέφει” το παχύ έντερο επιστρέφει πίσω στην καρδιά διαμέσου του ήπατος, το οποίο λειτουργεί σαν φίλτρο απομάκρυνσης βλαπτικών παραγόντων. Όταν στο αίμα του ασθενούς με κακοήθεια στο παχύ έντερο υπάρχουν καρκινικά κύτταρα, αυτά δεσμεύονται στο ήπαρ. Εκεί πολλαπλασιάζονται και τελικά αναπτύσσονται σε μεταστατικές εστίες. Ο χρόνος διπλασιασμού ενός τέτοιου κυττάρου είναι 50 με 100 ημέρες. Για να δώσει ένα και μόνο κύτταρο ανιχνεύσιμες από την αξονική τομογραφία (> 1 εκατοστό) ηπατικές μεταστάσεις, απαιτούνται 20 με 30 κυτταρικοί διπλασιασμοί. Αυτό σημαίνει ότι για να γίνει ορατή ακτινολογικά μία ηπατική μετάσταση χρειάζονται 3 με 5 χρόνια. Οι μεταστάσεις ανιχνεύονται συχνότερα στο δεξιό λοβό, ίσως λόγω του γεγονότος ότι είναι μεγαλύτερος από τον αριστερό. Ωστόσο, το 60% των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με μεταστατική νόσο έχουν εντοπίσεις και στους δύο λοβούς. Όταν διαπιστώνονται, οι ηπατικές μεταστάσεις έχουν

μέγεθος 3 με 5 εκατοστά. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως μπορούν να ξεπεράσουν και τα 10 εκατοστά.

Με ενδοαυλική εμφύτευση κατά την διάρκεια του χειρουργείου (Σαχίνη 2006).

### **3.3 Εντόπιση της νόσου**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος. Το 45% περίπου των καρκίνων του παχέος εντέρου εντοπίζεται στο ορθό, ένα 20% στο σιγμοειδές, 6-7% στο κατιόν κόλο, στο εγκάρσιο το 6-8%, στο ανιόν κόλο το 15%, στο τυφλό το 11% και τέλος μόνο ένα ποσοστό 1-2% στον πρωκτό (Σπηλιώτης 1999).

Το μεγαλύτερο ποσοστό 95% των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα, ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό συναντώνται σαρκώματα ή λειομυοσαρκώματα.

Τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου διακρίνονται μικροσκοπικώς σε :

α)Μυελοειδή

β)Σκιρρώδη

γ)Θηλοειδή

δ)Βλεννώδη ή κολλοειδή (Καντζαβέλου 2002).

### **3.4 Επιπλοκές καρκίνου παχέος εντέρου**

Εφόσον χαρακτηριστικό των όγκων είναι η διείδυση πολλών όγκων του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά από κάποια επιπλοκή της αρχικής βλάβης. Ο όγκος μπορεί να προκαλέσει:

α)αιμορραγία από το ορθό

β)διάτρηση στο εντερικό τοίχωμα συχνότερα στο σημείο του όγκου. Εάν η διάτρηση γίνει κεντρικότερα, λόγω υπερδιάτασης του εντέρου και ιδίως στο πρόσθιο τοίχωμα του τυφλού. Τότε δημιουργείται περιτονίτιδα μεγάλης βαρύτητας (Leger 2003)

γ)απόφραξη η οποία είναι συχνότερη σε καρκίνους του αριστερού κόλου, που συμβαίνει στις μισές περιπτώσεις. Η εικόνα είναι αυτή της απόφραξης του παχέος εντέρου και η διάγνωση τίθεται με υποκλυσμό με υδατοδιαλυτές ουσίες που γίνεται επειγόντως.



δ)συστροφή λόγω της ακινητοποίησης του εντερικού τοιχώματος

ε)αποστήματα που οφείλονται στην διήθηση του νεοπλασματικού όγκου (*Φαρμάκη, Σταυρέλου 2004*).

Γενικές επιπλοκές κοινές σε όλους τους καρκίνους είναι:

Ηπατικές μεταστάσεις, με συστηματική ψηλάφηση του ήπατος, υπερηχογράφημα και αν χρειαστεί αξονική τομογραφία. Η σπειροειδής αξονική τομογραφία με αγγειακή έγχυση έχει ευαισθησία 94% στην αναζήτηση ηπατικών μεταστάσεων από καρκίνο παχέος εντέρου.

Πνευμονικές μεταστάσεις : ακτινογραφία θώρακος, υπερκλείδιες μεταστάσεις (αριστερά), τοπικές φλεγμονές του παχέος εντέρου.

Στη φλεγμονή η οποία παρατηρείται δεξιά και υπάρχει σχεδόν πάντα σε λανθάνουσα κατάσταση. Συνυπάρχει πάντα με λευκοκυττάρωση και πολυμορφωπυρήνωση. Αποκαλύπτεται λόγω φλεγμονώδους όγκου στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και συνοδεύεται από τοπικό άλγος και φλεγμονώδες σύνδρομο.

### **3.5 Πρόγνωση.**

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επέκταση διασποράς του όγκου η οποία καθορίζεται βάση ταξινομήσεως κατά Dukes.

Όταν ο όγκος περιορίζεται στο τοίχωμα, οι ασθενείς έχουν μεγάλη πιθανότητα ίασεως μετά την χειρουργική εκτομή όπως δείχνει το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης που φθάνει στο 80%.

Σε περιπτώσεις ασθενών με επέκταση του όγκου στον ορογόνο και το μεσεντερικό λίπος η πενταετής επιβίωση μετά την εκτομή ανέρχεται στο 71%. Η πενταετής επιβίωση μειώνεται στο 32% όταν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις και μηδενίζονται σε περιπτώσεις απομακρυσμένων μεταστάσεων στο ήπαρ, στον πνεύμονα ή τα οστά.

Επιπλέον, η ύπαρξη επιπλοκών επηρεάζει αντιστρόφως την πρόγνωση. Οι χειρουργημένοι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται σε συχνά χρονικά διαστήματα με αιματολογικές, ακτινολογικές εξετάσεις και ενδοσκοπήσεις. Σε περίπτωση υποτροπής χειρουργούνται εκ νέου ώστε να επιτυγχάνεται καλύτερο ποσοστό επιβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς (*Γληγόρη, Διαμαντοπούλου, Χαρίση 2008*).

### 3.6 Βιολογικοί δείκτες προβλέπουν τη μετάσταση του καρκίνου παχέος εντέρου



Κινέζοι επιστήμονες αναφέρουν ότι εντόπισαν δύο πρωτεΐνες που θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως βιολογικοί δείκτες για την πρόβλεψη της εξάπλωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι ερευνητές που συνέκριναν στη μελέτη τους, η οποία δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *Journal of Proteome Research*, τις πρωτεΐνες που παράγονται από κύτταρα πρωτογενών και μεταστατικών καρκινικών όγκων του παχέος εντέρου, βρήκαν ότι δύο συγκεκριμένες πρωτεΐνες υπήρχαν σε πολύ υψηλότερα επίπεδα στα κύτταρα μεταστατικών όγκων παρά σε αυτά πρωτογενών όγκων.

Οι αιματολογικές εξετάσεις για τον έλεγχο των δύο αυτών πρωτεϊνών θα μπορούσαν να συμβάλουν στην πρόβλεψη της εξάπλωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου, οδηγώντας σε πιο πρόωμη παρέμβαση και θεραπεία των ασθενών. Όπως επισημαίνουν οι ερευνητές, σήμερα η κύρια μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, το ήμισυ περίπου των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση παρουσιάζουν υποτροπή του καρκίνου εντός πέντε ετών, λόγω της εξάπλωσης των καρκινικών κυττάρων σε άλλα σημεία του σώματος. Τα ευρήματα των επιστημόνων προσφέρουν νέες ελπίδες στους ασθενείς με τον τύπο αυτό καρκίνου, καθώς ο μεταστατικός καρκίνος του παχέος εντέρου είναι δύσκολο να εντοπισθεί και επί του παρόντος δεν υπάρχουν αξιόπιστοι δείκτες που να μπορούν να προβλέψουν την εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων (*Lai 2010*)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ-  
ΔΙΑΤΝΩΣΤΙΚΗ  
ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

## **4.1 Κλινική εικόνα**

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου ποικίλλουν και καθυστερούν αρκετά. Το 40% των ασθενών έχουν τυπική συμπτωματολογία της νόσου ενώ στο υπόλοιπο ποσοστό η συμπτωματολογία υποεκτιμάτε ή παρερμηνεύεται (Σπηλιώτης 1999).

Σε γενικές γραμμές, το πιο συχνό πρώιμο σύμπτωμα είναι η αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου. Ο άρρωστος παρουσιάζει μεγάλο βαθμού δυσκοιλιότητα ή δυσκοιλιότητα εναλλασσόμενη με διάρροια και κωλικοειδή πόνο στην κάτω κοιλιά. Ο πόνος αυξάνεται σε ένταση όταν ανεβαίνει σκαλοπάτια ή σκύβει. Συχνά συνυπάρχει αίμα αναμιγμένο με τις κοπρανώδεις μάζες ενώ μπορεί να συνυπάρχουν ανορεξία, ναυτία, έμετοι, απώλεια βάρους και αίσθημα ατελούς κένωσης (Σαχίνη 2006).

Οι νεοπλασίες του παχέος εντέρου εκδηλώνονται ως: α) μη επείγουσες καταστάσεις (75.2%), β) επείγουσες καταστάσεις με οξεία εντερική απόφραξη (18%) ή επείγουσες καταστάσεις με εικόνα εντερικής απόφραξης και περιτονίτιδος (6.8%). Σε ασθενείς με μη επείγουσες καταστάσεις, η συμπτωματολογία είναι ήπια και αφορά – κυρίως – στη λειτουργικότητα του εντέρου ή τη γενική τους κατάσταση. Γενικά, η κλινική εικόνα εξαρτάται από την ανατομική εντόπιση του νεοπλάσματος στο παχύ έντερο, την έκταση της νόσου, τη μορφή του όγκου (ανθοκραμβοειδής, ελκωτικός ή δακτυλιοειδής) και τις ενδεχόμενες επιπλοκές (απόφραξη, διάτρηση, αιμορραγία). Το 50% των νεοπλασιών του παχέος εντέρου εντοπίζεται στο ορθό και το σιγμοειδές κόλον. Το άλγος είναι κύριο χαρακτηριστικό των νεοπλασιών, που εντοπίζονται προς τα δεξιά του παχέος εντέρου, ενώ η μεταβολή των συνηθειών του εντέρου (δυσκοιλιότητα, διάρροια) είναι χαρακτηριστικό των νεοπλασιών που εντοπίζονται προς τα αριστερά. Χαρακτηριστική συμπτωματολογία εμφανίζει το καρκίνωμα του ορθού. Επίσης, στη μορφή που λαμβάνει η κλινική εικόνα, παίζει ρόλο και η χρονική απόσταση μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της οριστικής διάγνωσης. Κατά μέσο όρο, το χρονικό διάστημα μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της εφαρμογής οριστικής θεραπείας είναι 7 - 9 μήνες (Φουντζήλας Μπαρμπούνης 2006).

**Καρκίνωμα Δεξιού Κόλου** (τυφλό – ανιόν – δεξιά κολική καμπή): η μεγάλη διάμετρος, το λεπτό - διατάσιμο τοίχωμα και το υδαρές περιεχόμενο αυτού του τμήματος του παχέος εντέρου ερμηνεύει το γεγονός ότι – συνήθως – το νεόπλασμα αποκτά μεγάλες διαστάσεις πριν από την οριστική διάγνωση της νόσου. Τα εντερικά ενοχλήματα απουσιάζουν ή μπορεί να υπάρχει μόνο ήπια διάρροια (30%). Τα δυσπεπτικά ενοχλήματα, η ναυτία, ο έμετος (32%),

ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας, η απώλεια σωματικού βάρους (48.6%), η εύκολη κόπωση και η σοβαρή αναιμία αποτελούν ομάδα μη ειδικών εκδηλώσεων, που μπορεί να συνοδεύει ένα νεόπλασμα του δεξιού κόλου. Άλλες εκδηλώσεις, όπως είναι το συνεχές ήπιο άλγος (78%) στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, το δεξιό υποχόνδριο ή το επιγάστριο με τοπική ευαισθησία (πιθανώς μικροσκοπικό απόστημα) και μία ψηλαφητή μάζα (67.7%) στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, ανήκουν – επίσης – στην κατηγορία των μη ειδικών συμπτωμάτων και σημείων, αφού μπορεί να συσχετίζονται και με πεπτικό έλκος, οξεία ή χρόνια χολοκυστίτιδα, οξεία σκωληκοειδίτιδα ή νεόπλασμα του στομάχου. Η αναιμία οφείλεται σε μικροσκοπική απώλεια αίματος. Σημειώνεται ότι επί ανεξήγητης υπόχρωμης - μικροκυτταρικής αναιμίας, η ύπαρξη νεοπλασματος τυφλού ή ανιόντος κόλου θα πρέπει να διερευνάται (Ransohloff 2009).

Καρκίνωμα Εγκαρσίου – Αριστερού Κόλου (κατιόν – σιγμοειδές): ο αυλός του εντέρου έχει μικρότερη διάμετρο και το εντερικό περιεχόμενο είναι ημιστερεό, με αποτέλεσμα να προεξάρχει η αποφρακτική συμπεριφορά του όγκου (δυσκοιλιότητα - αρχόμενη ή επιδείνωση προϋπάρχουσας με ταυτόχρονη έναρξη ή κατάχρηση υπακτικών φαρμάκων από τον ασθενή). Η δυσκοιλιότητα συνοδεύεται από κοιλιακό άλγος, με βορβορυγμούς και μετεωρισμό της κοιλίας, που επιδεινώνονται μετά τα γεύματα. Ενίοτε εμφανίζεται διάρροια ή εναλλαγή διάρροιας - δυσκοιλιότητας. Κάθε λίγες ημέρες μπορεί να εμφανίζεται ψευδοδιάρροια, η οποία οφείλεται στην κατάχρηση καθαρτικών. Άλλη εκδήλωση είναι η παρουσία αίματος και βλέννης στις κενώσεις ή η αποβολή αίματος (ζωηρού ερυθρού χρώματος) από το ορθό. (Στυλιανοπούλου 2003).

Καρκίνωμα Περιφερικού Σιγμοειδούς (ορθοσιγμοειδές) – Ορθού: οι βλάβες αυτές προκαλούν χαρακτηριστική ακολουθία συμπτωμάτων, αν και – μερικές φορές – μπορεί να είναι ασυμπτωματικές. Συχνότερη εκδήλωση είναι η αιμορραγία από το ορθό, η οποία μπορεί να είναι μεγάλη (αιματοχεσία) ή ασήμαντη και να συνοδεύει την κένωση. Οι διαταραχές των κενώσεων είναι του τύπου της επιδεινούμενης δυσκοιλιότητας ή - συνηθέστερα - της πρωινής ψευδοδιάρροιας, η οποία ξεκινά τις πρωινές ώρες και αποτελείται από βλέννα, αίμα και πύον. Υπάρχει μία αλληλουχία συμπτωμάτων, που συσχετίζεται με τον καρκίνο του ορθού και περιλαμβάνει τάση προς αφόδευση και κένωση, η οποία – μετά από προσπάθεια – αποτελείται από αίμα και υδαρή κόπρανα (με ταυτόχρονη αποβολή αερίων). Η αποτυχημένη αυτή κένωση επαναλαμβάνεται ανά 15 λεπτά ή 1 ώρα έως 4 - 5 φορές τις πρώτες πρωινές ώρες και φθάνει τις 10 - 12 αποτυχημένες κενώσεις το 24ωρο. Συνεπώς, διαταράσσεται τόσο ο νυκτερινός ύπνος όσο και οι ημερήσιες δραστηριότητες του ατόμου, καθώς – εκτός του αυξανόμενου αριθμού των αποτυχημένων κενώσεων – αυτές συνοδεύονται (κατά το πέρας)

από τεινεσμό. Το άλγος στον ορθικό καρκίνο – συνήθως – απουσιάζει, εκτός εάν η νεοπλασία έχει μεγάλο μέγεθος (αίσθημα πληρότητας του ορθού) ή διηθεί το ιερό πλέγμα (ισχιαλγία), τον δακτύλιο (άλγος ραγάδας) ή τα παρακείμενα όργανα (προστάτης, κύστη, κόλπος, οστά πυέλου) με ανάλογη συμπτωματολογία. Σημειώνεται ότι, επί αιμορραγίας από το ορθό σε άτομα μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας, πρέπει – πάντα – να διερευνάται η συσχέτιση με καρκίνωμα του περιφερικού σιγμοειδούς ή του ορθού. (Στυλιανοπούλου 2003).

Συνοπτικά, οι κλινικές εκδηλώσεις των νεοπλασιών του παχέος εντέρου είναι:

1. Παρουσία αίματος στα κόπρανα: αποτελεί τη συχνότερη κλινική ένδειξη (μέλαινα κένωση ή αποβολή αίματος ερυθρού χρώματος ανάλογα με την εντόπιση). Είναι σπάνια σε καρκινώματα του τυφλού. Σημειώνεται ότι είναι λάθος να αποδίδεται σε καλοήθεις παθήσεις (π.χ αιμορροίδες) προτού αποκλεισθεί το ενδεχόμενο νεοπλασίας.
2. Μεταβολή συνηθειών του εντέρου (δυσκοιλιότητα, διάρροια, εναλλαγή δυσκοιλιότητας - διάρροιας): αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη κλινική εκδήλωση, η οποία – μερικές φορές – είναι αρκετά πρώιμη. Συσχετίζεται κυρίως με καρκινώματα του (ΑΡ) τμήματος του παχέος εντέρου. Αποφρακτικός ειλεός είναι δυνατό να παρατηρηθεί επί εντόπισης στο (ΑΡ) κόλον (συνήθως).
3. Κοιλιακό άλγος: αποτελεί πιθανό αρχικό σύμπτωμα της νόσου (ανεξαρτήτως εντόπισης). Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή επί κωλικοειδούς άλγους με κοιλιακή διάταση και αναστολή αερίων και κοπράνων.
4. Ψηλαφητή κοιλιακή μάζα: αποτελεί ένδειξη νεοπλασματικής εξεργασίας, ιδιαίτερα σε νεοπλάσματα του παχέος εντέρου.
5. Οξεία σκωληκοειδίτιδα: αποτελεί σπάνια εκδήλωση καρκινώματος του τυφλού. Ακόμα σπανιότερη κατάσταση θεωρείται η διάτρηση της σκωληκοειδούς απόφυσης εξαιτίας νεοπλάσματος.
6. Διήθηση παρακείμενων οργάνων: μπορεί να προκαλέσει (εκτός από άλγος) συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας όταν διηθείται η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης. Ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα είναι δυνατό να δημιουργηθούν εσωτερικά συρίγγια (ορθοκυστικά ή ορθοκολπικά). Κλινική εικόνα περιτονίτιδος εμφανίζεται σε διάτρηση του εντέρου, εξαιτίας διήθησης από τον όγκο, ή – συνηθέστερα – σε διάτρηση του τυφλού, εξαιτίας παραμελημένης εντερικής απόφραξης.
7. Σηψαιμία από streptococcus bovis: συσχέτιζεται με καρκίνο του ΓΕΣ (ιδιαίτερα του παχέος εντέρου).

8. Δερματικές εκδηλώσεις (π.χ. δερματομυοσίτις, πεμφιγοειδές): συσχετίζονται με καρκίνο του ΓΕΣ.

9. Γενικές εκδηλώσεις: πυρετός, κακουχία, απώλεια σωματικού βάρους και άλλα σημεία και συμπτώματα. Συνήθως, εμφανίζονται σε μεταγενέστερα στάδια. Σημειώνεται ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου πρέπει να περιλαμβάνεται – πάντα – στη διαφοροδιάγνωση του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας (Φουντζήλας, Μπαρμπούνης 2006).

#### **4.1.1 Διαφορική διάγνωση**

Σε ένα ποσοστό 25% των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου με συμπτώματα από το πεπτικό τίθεται αρχικά λανθασμένη διάγνωση. Τα συμπτώματα πεπτικού και κυρίως σε χολολιθίαση ή σε πεπτικό έλκος (Goldman 1999). Η χρόνια αναιμία μπορεί να αποδοθεί σε πρωτοπαθείς αιματολογικές διαταραχές. Μια εξέταση κοπράνων για αιμοσφαιρίνη θα δώσει την λύση. Οξύς πόνος στο δεξιό πλάγιο της κοιλιάς και ιδιαίτερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος και να θεωρηθεί σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα. Σε κάθε άτομο το οποίο αναφέρει αποβολή αίματος από το ορθό θα πρέπει να ελέγχεται δακτυλικά, ενδοσκοπικά και ακτινολογικά για καρκίνο του παχέος εντέρου, ακόμα και αν υπάρχουν αιμορροΐδες οι οποίες εμφανώς αιμορραγούν. (Σπηλιώτης 1999).

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου από την εκκολπωματίτιδα σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολη. Η κολονοσκόπηση και η βιοψία δίνουν συνήθως την λύση ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειασθεί ερευνητική λαπαροστομία. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται και από άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου και του ορθού όπως η ελκώδη κολίτιδα, η νόσος του Crohn, η οικογενής πολυποδίαση, η ισχαιμική κολίτιδα κ.α. Η διαφορική διάγνωση βασίζεται στις συνήθειες παρακλινικές εξετάσεις ενώ η διάγνωση του ευερέθιστου κάλου θα πρέπει να τίθεται εφόσον αποκλειστούν οργανικές παθήσεις (Καρούτα 2004).

#### **4.2 Διάγνωση**

Με την παρουσία των πρώτων συμπτωμάτων θα πρέπει να ακολουθήσει λήψη ιστορικού και λεπτομερή παρακλινική μελέτη. Η διάγνωση βέβαια πολλές φορές βραδύνει αδικαιολόγητα για αρκετούς μήνες. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο σε αμέλεια όσο και στους θεράποντες γιατρούς που δεν υποπτεύονται την νόσο (Gilbert 2004).

## 4.2.1 Διαγνωστικές μέθοδοι

Η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου βασίζεται σε:

Αιματολογικές εξετάσεις

α) Το άτομο υποβάλλεται σε βασικό εργαστηριακό έλεγχο ο οποίος περιλαμβάνει γενική αίματος, γενική ούρων, βιοχημικά ήπατος, ασβέστιο, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας. Οι εξετάσεις αυτές μπορεί να αναδείξουν προβλήματα αναιμίας ή ηπατικής δυσλειτουργίας.

β) Mayer κοπράνων η οποία να είναι αρνητική στο 50% των περιπτώσεων καρκίνου παχέος εντέρου (*Dollinger 1992*).

Ογκολογικοί δείκτες:

Τα τεστ καρκινοδεικτών είναι μετρητές πρωτεϊνών στο αίμα οι οποίες παράγονται από κύτταρα όγκων. Όσον αφορά τον καρκίνο του παχέος εντέρου από χημικής άποψης οι καρκινικές δείκτες ορού είναι πλειονότητά τους γλυκοζυλιωμένες ενώσεις. Επιπροσθέτως, ένας περιορισμένος αριθμός ενζύμων (γλυκοζυλοτρανσφεράσες) που εμπλέκονται στην διαδικασία της γλυκοζυλίωσης χρησιμοποιούνται σήμερα ως καρκινικοί δείκτες.

Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) είναι σήμερα ο πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενος καρκινικός δείκτης και αποτελεί για τον καρκίνο του παχέος εντέρου το μέτρο συγκριτικής αξιολόγησης όλων των άλλων δεικτών. Το CEA μπορεί να είναι αυξημένος σε πρωτοπαθή ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του παχέος εντέρου (*Σπηλιώτης 1999*).

Βαριούχος υποκλυσμός



Αποτελεί μέθοδο που στις μέρες μας έχει σχεδόν αντικατασταθεί από την ενδοσκόπηση, παρ' όλα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ανεξήγητη κοιλιακή μάζα. Αποκαλύπτεται έλλειμμα και στενωτική περιοχή. Απαιτείται ιδιαίτερη εντερική προετοιμασία και η εξέταση γίνεται σε ακτινολογικό τμήμα νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής (*Σαχίνη 2006*).

Υπερηχογραφική κοιλίας – ήπατος

Χρησιμοποιεί τα ηχητικά κύματα για την παραγωγή εικόνων. Είναι μέθοδος η οποία βοηθά κυρίως στην σταδιοποίηση της νόσου και στην ανίχνευση πιθανόν ηπατικών εντοπίσεων.



Συγκεκριμένα, στον καρκίνο του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται ο ενδό-ορθικός υπέρηχος με την οποία ανιχνεύεται το βάθος διήθησης και η παρουσία ή όχι λεμφαδένων (Σπηλιώτης 1999).

#### Αξονική τομογραφία



Βοηθά στην σταδιοποίηση της νόσου, αφού μπορεί να ανιχνεύσει ή όχι παρουσία λεμφαδένων και ηπατικών βλαβών και να αναδείξει διήθηση παρακείμενων οργάνων. Είναι ανώδυνη εξέταση και διαρκεί 10-20min, ενώ χρησιμοποιείται και ελαφρά δόση ακτινοβολίας. Για την καλύτερη απεικόνιση των ευρημάτων χορηγείται σκιαγραφική ουσία, ενδοφλέβια ή από του στόματος (Goldman 1999).

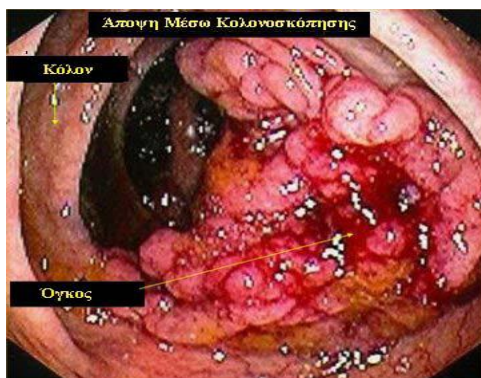
#### Μαγνητική τομογραφία

Χρησιμοποιείται σε όγκους του ορθού μετά την χειρουργική επέμβαση. Γίνεται 2-3 μήνες μετά το χειρουργείο με σκοπό να χαρτογραφηθεί η μετεγχειρητική περιοχή με στόχο να ανιχνευτούν με ακρίβεια τυχόν μελλοντικές τοπικές υποτροπές (Σπηλιώτης 1999).

#### Πρωκτοσκοπική/Σιγμοειδοσκόπηση

Αποκαλύπτει όγκους του ορθού και τους περισσότερες του σιγμοειδούς. Χρησιμοποιείται πρωκτοσκόπιο μήκους 0,8m το οποίο επιτρέπει την ανίχνευση αιμορροΐδων, πολυπόδων κλπ. Ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί υποκλυσμό εφόσον τα κόπρανα εμποδίζουν την εξέταση (Ντάκος 2008).

#### Κολonosκόπηση



Αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για τον έλεγχο ολόκληρου του παχέος εντέρου. Συνήθως ενδείκνυται μετά από αρνητικά ή μη συμπερασματικά αποτελέσματα σε μελέτες με βάριο ή ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Ιδιαίτερα σημαντική εξέταση στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Γίνεται ειδική προετοιμασία του ατόμου πριν την εξέταση και εισάγεται εύκαμπτος σωλήνας. Εάν βρεθεί ύποπτη βλάβη λαμβάνεται υλικό για

βιοψία. Επίσης, εάν βρεθεί εξαιρεσιμος πολύποδας τότε μπορεί να αφαιρεθεί την ίδια στιγμή ή σε δεύτερο χρόνο από τον γιατρό που εκτελεί την εξέταση (*Goldman 1999*).

### Εικονική κολonosκόπηση

Πρόκειται για νέα μέθοδο με την οποία ελέγχεται το παχύ έντερο. Γίνεται με την βοήθεια του αξονικού τομογράφου. Με ειδικό πρόγραμμα το μηχάνημα έχει την ιδιότητα τις δισδιάστατες εικόνες τις μετατρέπει σε τρισδιάστατες. Ο αυλός του εντέρου μετατρέπεται σε πραγματικό tunnel I και ο όγκος διαγράφεται καθαρότατα (*Γληγόρη, Διαμαντοπούλου, Χαρίση 2008*).

### Τεχνικά χαρακτηριστικά της εξέτασης

Απαραίτητα προϋπόθεση επιτυχούς εξέτασης είναι ο πολύ καλός καθαρισμός του εντέρου, επειδή τα παραμένοντα κόπρανα ή υγρά μπορούν να οδηγήσουν σε διαγνωστικά λάθη. Η προετοιμασία είναι η ίδια με αυτήν που απαιτείται στην κλασική κολonosκόπηση και περιλαμβάνει δίαιτα χαμηλού υπολείμματος για δυο μέρες και χρήση καθαρτικού φαρμάκου. Λόγω συχνών προβλημάτων από ατελή καθαρισμό του εντέρου γίνεται προσπάθεια σήμανσης των κοπράνων με τη λήψη βαρίου από το στόμα που επιτρέπει τη διάκριση ενός πολύποδα από κόπρανα κολλημένα στο εντερικό τοίχωμα.

Αρχικά, τοποθετείται στο ορθό εύκαμπτος καθετήρας που χρησιμεύει για διάταση του εντέρου με τη χορήγηση αέρα ή διοξειδίου του άνθρακα. Προτιμάται η χορήγηση διοξειδίου του άνθρακα με αντλία, γιατί επιτυγχάνεται σταθερή πίεση, προκαλώντας λιγότερο εντερικό σπασμό και συνεπώς καλύτερη διάταση του εντέρου, και γιατί το διοξείδιο του άνθρακα απορροφάται ευκολότερα, προκαλώντας λιγότερη δυσφορία στον ασθενή μετά το τέλος της εξέτασης. Στη συνέχεια, λαμβάνονται εικόνες με λεπτές τομές με πολυτομικό αξονικό τομογράφο σε πρηνή και ύπτια θέση. Η δεύτερη σειρά εικόνων (ύπτια θέση) λαμβάνεται μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού μέσου, γιατί φαίνεται ότι η χρήση σκιαστικού μέσου ενδοφλεβίως βοηθά στην καλύτερη ανάδειξη των μικρότερων πολυπόδων, των επίπεδων αλλοιώσεων καθώς και της διήθησης του εντερικού τοιχώματος.

Αφού ληφθούν τα δεδομένα σε πρηνή και ύπτια θέση, μεταφέρονται σε σταθμό επεξεργασίας για την ανακατασκευή των εικόνων. Η μελέτη του εντέρου γίνεται στις τρισδιάστατες ανασυνθέσεις της εικονικής κολonosκόπησης καθώς και τις εικόνες δύο διαστάσεων της αξονικής τομογραφίας. Η ανακατασκευή των δεδομένων γίνεται σε τομές πάχους 5 mm για τη μελέτη δομών εκτός παχέος εντέρου (*Κεχαγιάς 2008*).

## Σύγκριση εικονικής και κλασσικής κολονοσκόπησης

Η εικονική κολονοσκόπηση είναι μη επεμβατική μέθοδος καλά ανεκτή από τον ασθενή, δεν απαιτεί τη χορήγηση καταστολής και είναι χαμηλότερου κόστους της κλασσικής κολονοσκόπησης. Ο κίνδυνος διάτρησης του παχέος εντέρου είναι πολύμικρός και αποτελεί σχεδόν τη μοναδική επιπλοκή της διαδικασίας. Σε 11.870 εξετάσεις εικονικής κολονοσκόπησης που πραγματοποιήθηκαν σε 11 διαφορετικά ιατρικά κέντρα παρουσιάστηκαν 7 περιπτώσεις διάτρησης του παχέος εντέρου (0,059%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό κατά την κλασσική κολονοσκόπηση υπολογίζεται περίπου 0,1- 0,2%7,8. Περισσότερο σημαντικό είναι ότι οι περιπτώσεις διάτρησης του εντέρου που οφείλονται στην κλασσική κολονοσκόπηση καταλήγουν συχνότερα στο χειρουργείο, ή ακόμη και στο θάνατο, σε σύγκριση με τις αντίστοιχες της εικονικής κολονοσκόπησης.

Η εικονική κολονοσκόπηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς που η κλασσική κολονοσκόπηση αντενδείκνυται (αντιπηκτική αγωγή, καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο από την καταστολή) ή δεν ολοκληρώθηκε (λόγω έντονου σπασμού, συμφύσεων, δοληχόκολο, έντονη γωνίωση εντερικών ελίκων, εκκολπωμάτωση). Επιπλέον, σε ασθενείς με αποφρακτικό καρκίνο του παχέος εντέρου περιφερικά, η κλασσική κολονοσκόπηση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί και η πιθανή ύπαρξη σύγχρονου καρκίνου κεντρικότερα (ποσοστό 2-7,1%) δεν ελέγχεται. Στις περιπτώσεις αυτές σκόπιμη θεωρείται η προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς με εικονική κολονοσκόπηση.

Ο κύριος περιορισμός της εικονικής κολονοσκόπησης είναι η δόση ακτινοβολίας, η οποία είναι σχετικά υψηλή, επειδή η εξέταση πραγματοποιείται σε πρηνή και ύπτια θέση και με λεπτές τομές. Η χρήση ειδικών πρωτοκόλλων που επιτρέπει η υψηλή αντίθεση μεταξύ του ενδαυλικού αέρα και του εντερικού τοιχώματος και η εξέλιξη των πολυτομικών τομογράφων συντελούν στη σημαντική μείωση της ακτινοβολίας (σε επίπεδα μικρότερα της διαγνωστικής αξονικής τομογραφίας), χωρίς να επηρεάζεται η διαγνωστική ακρίβεια. Τέλος, η εικονική κολονοσκόπηση είναι διαγνωστική και όχι θεραπευτική τεχνική και συνεπώς όλοι οι ασθενείς στους οποίους θα αναδειχθεί πολύποδας θα χρειαστεί να υποβληθούν σε κλασσική κολονοσκόπηση για αφαίρεση και παθολογοανατομική εξέταση αυτού.

Συμπερασματικά, η εικονική κολονοσκόπηση είναι ασφαλής μέθοδος για την απεικόνιση του παχέος εντέρου με ποσοστά διαγνωστικής ακρίβειας ανάλογα με αυτά της κλασσικής κολονοσκόπησης. Η υψηλή αρνητική προγνωστική αξία της μεθόδου μπορεί να βοηθήσει στη

διαλογή των ασθενών που έχουν πολύποδες στο παχύ έντερο και συνεπώς να μειώσει σημαντικά τον αριθμό των αρνητικών κλασικών κολονοσκοπήσεων (Κεχαγιάς 2008).

Άλλες εξετάσεις

Γίνεται κυστεοσκόπηση για έρευνα της ουροδόχου κύστεως και ενδοφλέβια πυελογραφία για την εκτίμηση της πιθανότητας τοπικής επέκτασης του όγκου και διήθησης ουρητήρα και ουροδόχου κύστεως.

Επίσης, σπινθηρογραφικές απεικονίσεις οι οποίες εφαρμόζονται στην ανίχνευση μικρομεταστάσεων με καλά αποτελέσματα (Σαχίνη 2006).

#### **4.2.2 Νέα διαγνωστική μέθοδος - βιντεοκάψουλα**

Πρόκειται για ένα χάπι-κάμερα το οποίο φωτογραφίζει καρέ-καρέ το παχύ έντερο και υποκαθιστά σε πολλές περιπτώσεις την κολονοσκόπηση. Η κάψουλα αυτή ονομάζεται Pilcam colon και με τις δύο ισχυρές κάμερες που διαθέτει «φωτογραφίζει» καρέ-καρέ το παχύ έντερο με ταχύτητα τεσσάρων εικόνων το δευτερόλεπτο, αναζητώντας πιθανές βλάβες. Η βιντεοκάψουλα του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται σε υγιή άτομα (χωρίς συμπτώματα) άνω των 50 ετών για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Επίσης χρησιμοποιείται σε ασθενείς που για τεχνικούς λόγους δεν μπόρεσε να γίνει ολική κολονοσκόπηση. Σε ασθενείς με συμπτώματα ή αίμα στα κόπρανα δεν έχει ένδειξη η εξέταση με βιντεοκάψουλα και πρέπει να γίνει κολονοσκόπηση (Γληγόρη, Διαμαντοπούλου, Χαρίση 2008).

Αντενδείξεις βιντεοκάψουλας

Απόλυτες αντενδείξεις διενέργειας της εξέτασης με βιντεοκάψουλα είναι ειλεός, διαβητική γαστροπάρεση, νευρολογικές διαταραχές της κατάποσης (αδυναμία κατάποσης της κάψουλας) και γνωστές στενώσεις οισοφάγου, δωδεκαδακτύλου ή λεπτού εντέρου. Επίσης ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις στο στόμαχο ή το λεπτό έντερο διατρέχουν κίνδυνο κατακράτησης της βιντεοκάψουλας.

Η κύηση θεωρείται αντένδειξη, αν και μικρός αριθμός εγκύων έχει υποβληθεί σε εξέταση με βιντεοκάψουλα του λεπτού εντέρου χωρίς επιπλοκές της εγκυμοσύνης ή γενετικές ανωμαλίες στο έμβryo. Μελέτες που έχουν γίνει σε ασθενείς με καρδιακό βηματοδότη έδειξαν ότι τα μικροκύματα που εκπέμπει η βιντεοκάψουλα δεν επηρεάζουν τη λειτουργία του βηματοδότη. Σε ασθενείς με υποψία στένωσης του λεπτού εντέρου προηγείται της εξέτασης, ειδική

εξέταση με κάψουλα βατότητας του λεπτού εντέρου. Η κάψουλα αυτή έχει ειδική σύνθεση, ώστε να αυτοδιαλύεται από το εντερικό υγρό σε 24 ώρες, αν σταματήσει σε στένωση του λεπτού εντέρου (Λαδάς 2009).

#### Πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα

Τα **πλεονεκτήματα** της εξέτασης με βιντεοκάψουλα είναι ότι παρέχει άριστης ποιότητας εικόνες του βλεννογόνου και δεν απαιτεί νοσηλεία του ασθενούς ή καταστολή όπως στις κλασικές ενδοσκοπήσεις (γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση). Επίσης ο ασθενής δεν υποβάλλεται σε ακτινοβολία, όπως με τις κλασικές ακτινογραφίες στομάχου ή εντέρων με βάριο, ή την αξονική τομογραφία. Στα **μειονεκτήματα** της εξέτασης περιλαμβάνονται κυρίως ατελείς εξετάσεις. Στον οισοφάγο η εξέταση μπορεί να είναι ατελής λόγω ταχείας διόδου της κάψουλας στο στόμαχο. Πρόσφατα δοκιμάζεται η μέθοδος «κάψουλα δεμένη με νήμα», που επιτρέπει την λεπτομερή εξέταση του οισοφάγου. Στην εξέταση του παχέος εντέρου η επιτυχία της μεθόδου είναι 60-75%. Στους υπόλοιπους ασθενείς είτε το παχύ έντερο είναι ακάθατο είτε η μπαταρία εξαντλείται πριν η κάψουλα φθάσει στον πρωκτό (Λαδάς 2009).

#### Η διαδικασία

Η κάψουλα που έχει σχεδιαστεί για το παχύ έντερο διαφέρει από αυτή του λεπτού εντέρου σε τρία σημεία: Πρώτον, φέρει δύο κάμερες μία σε κάθε άκρο αντί μιας, και κατ' αυτόν τον τρόπο έχει τη δυνατότητα να μελετά καλύτερα τον αυλό του εντέρου. Δεύτερον, έχει μήκος 31 χιλιοστών (6 χιλιοστά μεγαλύτερο από την κάψουλα το λεπτού εντέρου Pillcam SB) το οποίο επιτρέπει την καλύτερη προώθηση στο παχύ έντερο. Τρίτον, η μπαταρία της λειτουργεί περισσότερες ώρες (11 αντί 8 ώρες), λαμβάνοντας ταυτόχρονα 4 αντί για 2 εικόνες ανά δευτερόλεπτο.

Ποια είναι, όμως, η διαδικασία στην οποία καλείται να υποβληθεί ο ασθενής; Η αλήθεια είναι ότι, όπως παραδέχονται οι ειδικοί, μειονεκτεί σε σύγκριση με τη συμβατική κολονοσκόπηση σε ό,τι αφορά την προετοιμασία η οποία είναι πιο περίπλοκη (αφού σε ό,τι αφορά αυτό καθαυτό το κομμάτι της εξέτασης, αντιλαμβάνεται κάποιος εύκολα ότι το να καταπιεί απλώς ένα χάπι... υψηλής τεχνολογίας δεν συγκρίνεται σε καμία περίπτωση με το να υποχρεωθεί να υποβληθεί σε μια παρεμβατική εξέταση). Και αυτό διότι απαιτείται η λήψη μεγαλύτερων ποσοτήτων καθαρτικών, αλλά και γαστροκινητικών φαρμάκων (δομπεριδόνη) σε σύγκριση με τη συμβατική κολονοσκόπηση πριν από την εξέταση. Παράλληλα πριν από την λήψη της Pillcam Colon ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε μια «εικονική» εξέταση με χρήση μιας

άλλης κάψουλας που αποκαλείται κάψουλα βατότητας. Η κάψουλα αυτή ακολουθεί, χωρίς να «φωτογραφίζει» όμως, ολόκληρο το ταξίδι που πρόκειται να κάνει και η κάψουλα-βίντεο ώστε να αποδειχθεί ότι ο δρόμος είναι... καθαρός για να ολοκληρωθεί η διαδρομή εντός του εντέρου - δεν υπάρχουν δηλαδή εμπόδια σημαντικά όπως οι στενώσεις. Αφού η κάψουλα βατότητας ολοκληρώσει με επιτυχία το έργο της, ξεκινά η 24ωρη προετοιμασία με τη λήψη των καθαρτικών και φαρμάκων για τη λήψη της κάψουλας που θα καταγράψει την κατάσταση του παχέος εντέρου. Την επομένη ημέρα φθάνει η ώρα της κατάποσης της κάψουλας. Το υλικό που καταγράφουν οι ενσωματωμένες κάμερες της Pillcam Colon μεταδίδεται μέσω ενός δικτύου αυτοκόλλητων αισθητήρων που έχουν τοποθετηθεί στα κατάλληλα σημεία της κοιλιακής χώρας του ασθενούς σε έναν ειδικό καταγραφέα (Data Recorder) που φορά στη ζώνη του. Η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου 11 ώρες κατά τις οποίες ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει σπίτι του. Στη συνέχεια ο εξεταζόμενος επανέρχεται στο ιατρείο, προκειμένου ο γιατρός να λάβει το υλικό που έχει συλλέξει η ειδική συσκευή. Το υλικό αυτό περνά από τον καταγραφέα σε έναν ειδικό επεξεργαστή και ο γιατρός βλέπει στην οθόνη τη διαδρομή της κάψουλας μέσα από έγχρωμες φωτογραφίες. Η κάψουλα - η οποία είναι βέβαια μιας χρήσεως - αποβάλλεται από τον οργανισμό του ασθενούς με τα κόπρανα μέσα σε 24-48 ώρες. Σε περίπτωση μάλιστα που οι γιατροί επιθυμούν να παρακολουθήσουν το ταξίδι της κάψουλας εντός του πεπτικού σωλήνα σε πραγματικό χρόνο, έχουν πλέον τη δυνατότητα να το κάνουν. Ένα ειδικό μηχάνημα που ονομάζεται Real Time Viewer δείχνει την ακριβή πορεία της κάψουλας και των «σταθμών» της τη στιγμή ακριβώς που αυτή λαμβάνει χώρα, γεγονός που απαιτεί βέβαια την παραμονή του ασθενούς στο ιατρείο για τη διεξαγωγή της διαδικασίας (Τσώλη Θ, Φυντανίδου Ε 2008).

#### **4.2.3. Εξέταση αίματος εντοπίζει τον καρκίνο από το γενετικό του «αποτύπωμα»**



Η προσωποποιημένη αντικαρκινική θεραπεία ενδέχεται να είναι σύντομα πραγματικότητα, καθώς ερευνητές αναφέρουν ότι βρήκαν έναν τρόπο ανάλυσης του γενετικού «αποτυπώματος» κάθε καρκίνου και ανέπτυξαν μία εξέταση αίματος που μπορεί να εντοπίσει τη μετάσταση ή την υποτροπή του καρκίνου στην αρχή της.

Η ύπαρξη μιας εξέτασης που θα μπορεί να εντοπίσει τα καρκινικά κύτταρα στο αίμα θα μπορούσε να βοηθήσει τους γιατρούς να προσαρμόσουν τις αντικαρκινικές θεραπείες στις ανάγκες κάθε ασθενή, παρέχοντας πιο επιθετική θεραπεία στους ασθενείς που το χρειάζονται

και γλιτώνοντας άλλους από περιττές χημειοθεραπείες και ακτινοθεραπείες. «Μια τέτοια εξέταση θα μπορούσε να αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο για την ιατρική αντιμετώπιση πολλών ασθενών», επισημαίνει στο περιοδικό Science Translational Medicine ο Dr Bert Vogelstein, από το Πανεπιστήμιο Johns Hopkins στη Βαλτιμόρη. Η εξέταση εκμεταλλεύεται τις σημαντικές προόδους που έχουν σημειωθεί στην τεχνολογία αλληλούχησης πλήρους γονιδιώματος (δηλαδή όλου του γενετικού κώδικα ενός ανθρώπου), τεχνολογία που παλαιότερα ήταν πολύ δαπανηρή και χρονοβόρα. Στο πλαίσιο της έρευνάς τους, οι επιστήμονες έλαβαν δείγματα υγιούς και καρκινικού ιστού από τέσσερις ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και δύο ασθενείς με καρκίνο του μαστού και στη συνέχεια χαρτογράφησαν το γενετικό κώδικα κάθε ιστού. Στα δείγματα καρκινικού ιστού, η ομάδα αναζήτησε περιοχές στο γενετικό κώδικα όπου υπήρχαν επιπλέον αντίγραφα DNA ή όπου υπήρχαν συντηγμένα τμήματα χρωμοσωμάτων, με χρήση μιας νέας μεθόδου που ανέπτυξαν, της PARE (Personalized Analysis of Rearranged Ends - Προσωποποιημένη Ανάλυση Αναδιατάξεων). «Σε κάθε δείγμα καρκινικού ιστού παρατηρήθηκαν κατά μέσο όρο περίπου εννέα αναδιατάξεις, οι οποίες δεν υπήρχαν στον υγιή ιστό του ασθενή», δήλωσε ο Dr Victor Velculescu, επίσης από το Πανεπιστήμιο Johns Hopkins. Αφού η ερευνητική ομάδα είχε εντοπίσει πλέον τη γενετική «υπογραφή» κάθε όγκου, στη συνέχεια εξέτασε το αίμα των ασθενών προκειμένου να διαπιστώσει τυχόν «ίχνη» DNA που προέρχονταν από τον καρκινικό όγκο. Η ανάλυση εντόπισε DNA των όγκων στο αίμα δύο από τους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, οι οποίοι στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία, μέχρι που τα επίπεδα γενετικού υλικού των όγκων στο αίμα τους μειώθηκαν. Αν και μια τέτοια εξέταση, που θα μπορούσε να εντοπίσει τους καρκινικούς όγκους πριν να μεγαλώσουν αρκετά ώστε να μπορούν να ανιχνευτούν με απεικονιστικές μεθόδους, είναι επί του παρόντος πολύ δαπανηρή, οι επιστήμονες εκτιμούν ότι εντός της επόμενης διετίας το κόστος της θα μειωθεί τουλάχιστον κατά δέκα φορές και τελικά θα φθάσει να κοστίζει λιγότερο από μια μαγνητική ή αξονική τομογραφία ( Kumar, Curtin 2010).

### **4.3 Ο ρόλος της νοσηλευτικής κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων**

Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι πολύ σημαντική για την αποτελεσματική διεξαγωγή των διαγνωστικών εξετάσεων. Είναι αυτή η οποία προσανατολίζει τον άρρωστο, τον βοηθά ψυχολογικά και τον ενισχύει στην προσπάθεια έρευνας του προβλήματος υγείας του. Η

νοσηλεύτρια με τις γνώσεις και την εμπειρία της καλύπτει τις απορίες του ασθενή ανάλογα με τις γνώσεις του και το μορφωτικό του επίπεδο.

#### Κλινική εξέταση.

Η νοσηλεύτρια ζητά από τον ασθενή να διατηρήσει χαλαρό το μυϊκό και νευρικό του σύστημα για την διευκόλυνση της εξετάσεως και να κενώσει την ουροδόχο κύστη για τον ακριβή προσδιορισμό της κατάστασης της κοιλιάς και των οργάνων της πυέλου. Ο ασθενής τοποθετείται σε κατάλληλη θέση (ανάσκελα με τα χέρια παράλληλα στο σώμα). Στην συνέχεια αφαιρούνται τα κλινοσκεπάσματα του έως την ηβική σύμφυση κι ενημερώνετε να λυγίσει τα γόνατα προς την κοιλιά ώστε να χαλαρώσουν οι μύες. Η εξέταση γίνεται με επίκρουση, ψηλάφηση, ακρόαση κι επισκόπηση και αποβλέπει στην ανεύρεση σκληρών όγκων υγρού.

#### Δακτυλική εξέταση.

Ενημερώνεται ασθενής και προστατεύεται η περιοχή με τετράγωνο αδιάβροχο, τοποθετείται σε κατάλληλη θέση (εμβρυϊκή πλάι με τα γόνατα λυγισμένα προς την κοιλιά). Προσφέρεται στο γιατρό βαζελίνη και γάντι. Με το πέρας της εξέτασης ο ασθενής τακτοποιείται. Η εξέταση γίνεται με επισκόπηση και ψηλάφηση και αποβλέπει στην ανεύρεση τοπογραφικών ανωμαλιών, προσδιορισμός μεγέθους οργάνων, εμφάνιση νεοπλασιών ραγάδων (Χαντέ 2000).

#### Βαριούχος υποκλυσμός.

Ο ασθενής ενημερώνεται για την διαδικασία πριν, κατά και μετά την εξέταση και του συστήνεται να λάβει υγρή διαίτα για 24 ώρες πριν την εξέταση. Η προετοιμασία της προηγούμενης ημέρας περιλαμβάνει την λήψη κιτρικού μαγνησίου 283,5mg στις 5μ.μ και 4tb Dulcolax στις 10.00μ.μ, ο ασθενής ενημερώνεται να μην λάβει τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα τις προηγούμενης της εξέτασης. Φροντίδα για την έγκαιρη αποστολή του ασθενή στο ακτινολογικό αφού πρώτα έχει γίνει η σχετική επικοινωνία. Η διαδικασία περιλαμβάνει την εισαγωγή σωλήνα στο ορθό και την ροή διαλύματος βαρίου μέσα στο κόλο, εισαγωγή αέρα και συχνή αλλαγή θέσης και γύρισμα του αρρώστου ώστε να γεμίσει το κόλον με βάριο. Ένεση γλυκαγόνης για χαλάρωση του κόλου. Μετά την λήψη ακτινογραφιών ο ασθενής μπορεί να κάνει χρήση της τουαλέτας για την αποβολή του βαρίου. Σύσταση στον ασθενή για την λήψη άφθονων υγρών ώστε να αποβληθεί το βάριο, επίσης μπορεί να χορηγηθεί γάλα μαγνησίας ή να γίνει χαμηλός υποκλυσμός για την επιτυχή αποβολή του



βαρίου. Σε ασθενής με φλεγμονώδεις παθήσεις του κόλου δεν προηγείται προετοιμασία εντέρου (Σανδραβέλη 2000).

#### Ενδοσκοπική εξέταση εντέρου.

Η προετοιμασία του ασθενή για ορθό-σιγμοειδο κολονοσκόπηση περιλαμβάνει την ενημέρωση του για την διαδικασία πριν, κατά και μετά την εξέταση. Προετοιμασία του εντέρου με υγρή διαίτα για 72ώρες πριν την εξέταση και λήψη ενός μπουκαλιού κιτρικού μαγνησίου κάθε βράδυ την ώρα του ύπνου για 3 ημέρες. Το πρωί της εξέτασης γίνεται υποκλυσμός. Γίνετε συνεννόηση με το ακτινολογικό και φροντίδα για την έγκαιρη μεταφορά του ασθενή. Ο ασθενής στον θάλαμο ενδοσκόπησης τοποθετείτε σε κατάλληλη θέση (πλάγια), προηγείται δακτυλική εξέταση πριν την εισαγωγή του ενδοσκοπίου το οποίο επαλείφεται με γλυσχραντικό και στην συνέχεια εισάγετε και λαμβάνονται δείγματα. Παράλληλα μπορεί να γίνει εισαγωγή αέρα για διάταση του εντέρου. Επιβάλλεται η συχνή λήψη ζωτικών σημείων και παρακολουθείτε το επίπεδο συνειδήσεις του ατόμου. Μετά την εξέταση γίνεται καθαρισμός της πρωκτικής περιοχής και παρακολουθείτε ο ασθενής για πυρετό αιμορραγία, κοιλιακή διάταση, βλενοπυώδη παροχέτευση και ασυνήθη πόνο. Ο ασθενής ενημερώνεται για την λήψη άφθονων υγρών. Προσοχή δεν γίνεται προετοιμασία του εντέρου αν ο άρρωστος παρουσιάζει ενεργό αιμορραγία ή βαριά διάρροια (Χαντέ 2000).

#### Βιοψία.

Η λήψη δειγμάτων για βιοψία γίνεται κατά την διάρκεια της ενδοσκόπησης. Πριν την εξέταση η νοσηλεύτρια έχει έτοιμο το δοχείο με το υγρό μέσα στο οποίο τοποθετείτε το δείγμα. (διάλυμα φορμόλης 10% με νερό ή οινόπνευμα 76-96%). Μετά την εξέταση απαιτείτε ιδιαίτερη προσοχή για εμφάνιση αιμορραγίας, γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων και φροντίζει για την έγκαιρη αποστολή του δείγματος στο εργαστήριο (Σανδραβέλη 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΑ ΠΑΧΕΟΣ

ΕΝΤΕΡΟΥ

## **5.1 Πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου**

Δυστυχώς ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να εξελιχθεί αρκετά, χωρίς να δώσει συμπτώματα. Η καλύτερη πρόληψη του είναι η έγκαιρη διάγνωση και αφαίρεση των προκαρκινικών πολυπόδων πριν αυτοί εξελιχθούν σε καρκινωμάτωσης.

Η πρόληψη του καρκίνου διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Η πρωτογενής αφορά σε τροποποίηση διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων, ενώ η δευτερογενής σε εφαρμογή μέτρων προληπτικού ελέγχου του πληθυσμού. Οι παράμετροι της πρωτογενούς πρόληψης είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η σωματική άσκηση, διαίτα, χημικές ουσίες, ενώ οι παράμετροι της δευτερογενούς πρόληψης αφορούν στον έλεγχο του πληθυσμού.

### **5.1.1 Πρωτογενής πρόληψη**

Εδώ ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα που στοχεύουν στον περιορισμό έναρξης των αιτιολογικών παραγόντων και καταστάσεων που οδηγούν τελικά στην νόσηση και τον θάνατο. Περιλαμβάνονται ενέργειες οι οποίες αποσκοπούν στην μετάδοση γνώσεων σχετικά με την εφαρμογή ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης και διατροφής όπως μείωση κατανάλωσης βοδινού κρέατος, παστών τροφών, λίπους, αλκοόλ και αύξηση κατανάλωσης δημητριακών, λαχανικών και φρούτων. Επίσης, περιλαμβάνονται εξετάσεις οι οποίες συμβάλλουν στην παρέμβαση, στους αιτιολογικούς παράγοντες ώστε να αποτραπεί οι δημιουργία τους. Τέτοιες εξετάσεις είναι:

Δακτυλική εξέταση και εξέταση κοπράνων για αίμα (occult test) ενδείκνυται για άτομα άνω των 40 ετών. Γενικότερα ισχύει ότι κάθε άνθρωπος άνω των 40 θα πρέπει ετησίως να κάνει δακτυλική εξέταση ορθού και εξέταση κοπράνων για αίμα (occult test). Στην δακτυλική ελέγχεται το εσωτερικό του ορθού για ανάπτυξη όγκων και εξετάζεται και ο προστάτης. Οι όγκοι του παχέος εντέρου και του ορθού έχουν την τάση να αιμορραγούν αργά χωρίς να φαίνεται η ύπαρξη του αίματος στα κόπρανα με γυμνό μάτι. Με το occult test ελέγχονται τρία δείγματα κοπράνων τα οποία απλώνονται πάνω σε ένα ειδικό αντιδραστήριο το οποίο αλλάζει χρώμα στην παρουσία αιμοσφαιρίνης. Ένα άτομο με θετικό τεστ έχει 30-45% πιθανότητα να έχει κάποιον πολύποδα και 3-5% πιθανότητα να έχει καρκίνο. Οι καρκίνοι που ανακαλύπτονται έτσι συνήθως είναι σε πρώιμα στάδια και έχουν την καλύτερη πρόγνωση. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η ανεύρεση αίματος στα κόπρανα δεν σημαίνει ότι υπάρχει και καρκίνος, όμως θα πρέπει να ακολουθούν άλλες πιο εξειδικευμένες εξετάσεις,

όπως ο βαριούχος υποκλυσμός και η κολονοσκόπηση. Επίσης πολύ σημαντικό είναι να θυμόμαστε ότι η μη ανεύρεση αίματος στα κόπρανα δεν αποκλείει την πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου. Τουλάχιστον 20% των καρκίνων και πολύ περισσότερο των πολυπόδων παχέος εντέρου και ορθού διαφεύγουν τη διάγνωση, με την εξέταση κοπράνων για αίμα. Γι' αυτό στους ασθενείς με υποψία για ύπαρξη όγκων, ή σε αυτούς που έχουν επιβαρημένο κληρονομικό ιστορικό, ακόμα και αν η εξέταση κοπράνων είναι αρνητική, προχωρούμε σε κολονοσκόπηση (Χρυσίδης, Σάλιαγκας 2005).

Σιγμοειδοσκόπηση και ολική κολονοσκόπηση. Για ηλικίες άνω των 50 με συχνότητα επανάληψης κάθε 3-5 χρόνια. Η εξέταση γίνεται με ένα εύκαμπτο λεπτό όργανο σαν ελαστικός σωλήνας μέσω του οποίου ελέγχεται το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Η συστηματική εφαρμογή της σιγμοειδοσκόπησης ως προληπτικός έλεγχος έχει μειώσει σημαντικά την θνησιμότητα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού, λόγω ανεύρεσης και αντιμετώπισης πολλών προκαρκινικών πολυπόδων ή αρχόμενων καρκίνων, σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Εάν ανακαλυφθεί με την σιγμοειδοσκόπηση κάποιος πολύποδας ή καρκίνος τότε πρέπει να ακολουθήσει ολική κολονοσκόπηση. Η πλειονότητα των πολυπόδων του εντέρου μπορούν να αφαιρεθούν πλήρως με την κολονοσκόπηση και δεν χρειάζονται χειρουργική επέμβαση. Τελευταία ο προληπτικός έλεγχος από την ηλικία των 50 τείνει να γίνεται με ολική κολονοσκόπηση παρά με σιγμοειδοσκόπηση. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε μεγαλύτερο από τον γενικό πληθυσμό κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού, πρέπει να ξεκινήσουν κολονοσκοπικό έλεγχο πριν την ηλικία των 50. Για παράδειγμα για τους ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου σε συγγενή α' βαθμού, ο προληπτικός κολονοσκοπικός έλεγχος πρέπει να ξεκινάει 10 χρόνια πριν από την ηλικία στην οποία ανακαλύφθηκε ο καρκίνος, ή 5 χρόνια νωρίτερα από την ηλικία στην οποία ανακαλύφθηκε κάποιος προκαρκινικός πολύποδας στον συγγενή. Οι ασθενείς με κληρονομικά σύνδρομα όπως η οικογενής πολυποδίαση (FAP ή AFAP) και άλλα (MYH, HNPCC) πρέπει να ξεκινούν τον κολονοσκοπικό έλεγχο σε μικρότερες ηλικίες. Για παράδειγμα στην οικογενή πολυποδίαση ο έλεγχος πρέπει να ξεκινάει στην ηλικία της εφηβείας. Επίσης περιοδικό προληπτικό έλεγχο πρέπει να κάνουν οι ασθενείς που έχουν παρουσιάσει στο παρελθόν πολύποδες ή καρκίνο παχέος εντέρου ή με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας που διαρκεί πάνω από 10έτη. (Γλεντής 2009, Γκαβά 2003).

Σήμερα υπάρχουν εξειδικευμένες εργαστηριακές εξετάσεις διάγνωσης για τα κληρονομικά σύνδρομα καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού (FAP, AFAP, MYH, HNPCC). Οι οικογένειες με επίπτωση καρκίνου σε περισσότερα του ενός μέλη ή με εμφάνιση καρκίνου σε νεαρές

ηλικίες, οι α΄βαθμού συγγενείς ασθενών με πολλαπλή πολυποδίαση ή καρκίνους μήτρας, ουρητήρων, δωδεκαδακτύλου κλπ θα πρέπει να οδηγούνται σε εξέταση από ειδικό και πιθανόν σε ειδικές γονιδιακές εξετάσεις. Οι εξετάσεις αυτές δεν θα πρέπει να γίνονται χωρίς την επίβλεψη ειδικού, επειδή η αποκωδικοποίηση τους απαιτεί εμπειρία.

Ο γενετικός έλεγχος και η καθοδήγηση έχουν τρία σημαντικά αποτελέσματα:

1) Η ανακάλυψη ατόμων της οικογένειας με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου και η έγκαιρη έναρξη προληπτικού ελέγχου με κολonosκοπήσεις.  
2) Η ανακάλυψη ατόμων με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνων σε άλλα όργανα (μήτρα, ουρητήρες, στομάχι, δωδεκαδάκτυλο) και η ένταξή τους σε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου.

3) Η απόλειαση του άγχους από τα άτομα που έχουν αρνητικό έλεγχο (Χρυσίδης, Σάλιαγκας 2005).

### **5.1.2. Παράμετροι πρωτογενούς πρόληψης**

#### Διαιτητικοί παράγοντες και καρκίνος παχέος εντέρου:

Φρούτα και λαχανικά.

Μεγάλη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών συνοδεύεται από μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου. Τα δεδομένα, σχετικά με την προστατευτική δράση των φυτικών ινών στην μείωση της επίπτωσης του ορθοκολικού καρκίνου, είναι αντικρουόμενα. Πάντως, οι περισσότερες εργαστηριακές και επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαιώνουν την προστατευτική δράση. Η κατανάλωση φυτικών ινών είναι δυνατό να τροποποιήσει τη διαδικασία της καρκινογένεσης στο παχύ έντερο με διάφορους μηχανισμούς, όπως είναι η δέσμευση των χολικών οξέων, η αραιώση των καρκινογόνων παραγόντων (λόγω αύξησης του υγρού περιεχομένου του εντέρου) και η μείωση του χρόνου διέλευσής τους από το έντερο. Οι φυτικές ίνες δρουν ως υπόστρωμα του βακτηριακού μεταβολισμού, με αποτέλεσμα την αύξηση της βακτηριακής μάζας και την παραγωγή λιπαρών οξέων ελαφρών αλυσίδων, τα οποία έχουν αντικαρκινική δράση για το επιθήλιο.

Ελαιόλαδο

Το ελαιόλαδο αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της παραδοσιακής Μεσογειακής διαίτας η οποία συνοδεύεται από χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου. Οι αντικαρκινικές ιδιότητες του ελαιόλαδου αποδίδονται στην υψηλή περιεκτικότητά του σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, φαινόλες και τοκοφερόλες.

## Φυτικό υπόλειμμα.

Δεδομένα σε πειραματόζωα δείχνουν ότι το φυτικό υπόλειμμα ασκεί προστατευτική δράση. Εν τούτοις δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις στον άνθρωπο που να συνδέουν την κατανάλωση φυτικού υπολείμματος με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου ή πολυπόδων. Επομένως η υπόθεση του φυτικού υπολείμματος είναι νεκρή? Η απάντηση είναι μάλλον όχι. Η πιθανότητα το φυτικό υπόλειμμα πράγματι να έχει αντινεοπλασματική δράση είναι ζωντανή όμως μέσω δια βίου δράσεως, χρονικό διάστημα το οποίο δεν μπορεί να ελέγξει καμία μελέτη.

## Φυλλικό οξύ.

Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχει ανάστροφη σχέση μεταξύ πρόσληψης φυλλικού οξέος και ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου και η σχέση αυτή ήταν πλέον έκδηλη στους καπνιστές.

## Ασβέστιο

Το ασβέστιο φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης αδενωμάτων και καρκίνου του παχέος εντέρου ειδικά αν ή πρόσληψη βιταμίνης D είναι επαρκής. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε ασβέστιο (γάλα, γαλακτοκομικά προϊόντα) είναι δυνατό να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, εξαιτίας της προστατευτικής δράσης του ασβεστίου (δέσμευση χολικών οξέων, άμεσες επιδράσεις στον μεταβολισμό των επιθηλιακών κυττάρων και έμμεσες επιδράσεις στον μεταβολισμό των χολικών οξέων). Πολλές επιδημιολογικές και εργαστηριακές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η αυξημένη κατανάλωση τροφών με ασβέστιο συσχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, αν και σε αυτό το αποτέλεσμα δεν καταλήγει το σύνολο των ερευνητών.

## Βιταμίνη D

Η πρόσληψη υψηλών ποσοτήτων βιταμίνης D σε σχέση με τις συνήθως συνιστώμενες 200-400 IU ημερησίως και σε συνδυασμό με έκθεση στο ηλιακό φως φαίνεται ότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης αν και αυτό δεν είναι αποδεδειγμένο με ασφάλεια.

## Φάρμακα

Κλινικές μελέτες των τελευταίων ετών επιβεβαιώνουν τον προστατευτικό ρόλο της ασπιρίνης και των αντιρρευματικών φαρμάκων στην πρόληψη εμφάνισης καρκίνου και πολυπόδων του

παχέος εντέρου. Τα φάρμακα αυτά όμως μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες και αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπ όψιν όταν συστήνεται η λήψη ασπιρίνης ως προφυλακτικής ουσίας για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Σε διάφορες μελέτες, η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων έχει συσχετιστεί με τη μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Όμως, η εφαρμογή της χορήγησης αυτών των φαρμάκων – ως μέτρου πρωτογενούς πρόληψης – παραμένει ασαφής, καθώς δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία σχετικά με βασικές παραμέτρους (π.χ. δοσολογία, διάρκεια της αγωγής) και δεν έχουν εκτιμηθεί επαρκώς τα δυνατά αποτελέσματα. Η μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου σε γυναίκες, που λαμβάνουν σκευάσματα ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση, έχει καταδειχθεί σε διάφορες μελέτες.

#### Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία ευνοεί την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Επομένως ένα απλό προληπτικό μέτρο είναι η προσπάθεια μείωσης του σωματικού βάρους.

#### Σωματική άσκηση.

Η απουσία σωματικής άσκησης προδιαθέτει σε ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Επομένως η υιοθέτηση συστηματικής σωματικής άσκησης (π.χ. βόλτα μισής ώρας ημερησίως) αποτελεί ένα πολύ ικανοποιητικό τρόπο πρόληψης χωρίς φυσικά να υπολογίζονται οι ευνοϊκές επιδράσεις του βαδίσματος στην απώλεια βάρους, την πρόληψη καρδιοπαθειών .

#### Καφές

Η κατανάλωση καφέ θεωρείται ότι ούτε προστατεύει ούτε προδιαθέτει σε εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου.

#### Οινόπνευμα

Η σχέση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών με τον κίνδυνο εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου ή αδενωμάτων έχει εξεταστεί σε διάφορες μελέτες. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών καταδεικνύουν την ύπαρξη μίας θετικής σχέσης, παρόλο που – σε ορισμένες μελέτες – ο βαθμός συσχέτισης δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρός. Σύμφωνα με μία άποψη, είναι πιθανό το οινόπνευμα να ενεργοποιεί τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό του βλεννογόνου, να πυροδοτεί την έκφραση πρώτο-ογκογονιδίων και να οδηγεί σε συγκέντρωση καρκινογόνων παραγόντων στο παχύ έντερο.

## Κάπνισμα

Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται από τη διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με την διακοπή του καπνίσματος. Την ίδια επιβάρυνση φαίνεται να έχει και το κάπνισμα καπνού με τη μορφή πούρου ή με πίπα. Ο κίνδυνος είναι διπλάσιος έως τετραπλάσιος σε σχέση με τους μη καπνιστές. Οι βαρείς καπνιστές έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν πολύποδες παχέος εντέρου σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Επαγγελματικός κίνδυνος.

Μέχρι στιγμής δεν έχει διαπιστωθεί συσχέτιση κάποιας επαγγελματικής ομάδος με ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. (Λαδάς 2007).

### **5.1.3 Δευτερογενή πρόληψη**

Στηρίζεται στην αναγνώριση προκαρκινικών αλλοιώσεων ή την ανίχνευση *in situ* καρκινωμάτων με σκοπό την αντιμετώπιση. Οι εξετάσεις οι οποίες γίνονται είναι ίδιες με της πρωτογενούς πρόληψης ( Σπηλιώτης 1999).

Επιτήρηση Γενικού Πληθυσμού (ασυμπτωματικά άτομα).

Η πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνει σημαντικά την επιβίωση. Στην ομάδα ατόμων, που χαρακτηρίζονται ως συνήθους κινδύνου, περιλαμβάνονται συμπτωματικοί άνδρες και γυναίκες άνω των 50 ετών. Τα άτομα αυτής της ομάδας πρέπει να υποβάλλονται στον εξής προσυμπτωματικό έλεγχο:

1. Εξέταση κοπράνων, για την παρουσία λανθάνουσας απώλειας αίματος, κάθε έτος μετά την ηλικία των 50 ετών.

2. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση κάθε 5 έτη μετά την ηλικία των 50 ετών. Εναλλακτικά, προτείνεται βαριούχος υποκλυσμός κάθε 5 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών ή ολική κολonosκόπηση κάθε 10 έτη.

-Επιτήρηση μελών οικογενειών με κληρονομικά σύνδρομα. Η υποψία κληρονομικών συνδρόμων καρκίνου του παχέος εντέρου τίθεται εφόσον υπάρχει ιστορικό πολλαπλών περιπτώσεων σε στενούς συγγενείς και η νόσος εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία. I Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση.



1. Γονιδιακός έλεγχος των μελών της οικογένειας στην εφηβική ηλικία Σε τέκνα διαγνωσθέντων ατόμων συνιστάται έμμεση κολonosκόπηση κατά τη βρεφική ηλικία.

2. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 6 μήνες ή ανά έτος από την ηλικία των 12 ετών. Μετά τα 40 έτη, η συχνότητα της εξέτασης μπορεί να μειωθεί στα 3 έτη.

3. Επί αδενωμάτων του παχέος εντέρου συνιστάται ενδοσκοπικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού ανά 3-5 έτη.

4. Επί παρουσίας του συνδρόμου, επιβάλλεται ολική κολεκτομή.

II. Σύνδρομο κληρονομικού μη πολυποδιασικού καρκίνου παχέος εντέρου.

1. Οι γονιδιακές δοκιμασίες είναι πολύπλοκες, με χαμηλή ευαισθησία, και δεν είναι πρακτικά διαθέσιμες για την έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου, όπως συμβαίνει με την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση.

2. Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πρέπει να υποβάλλονται σε ολική κολonosκόπηση ανά 1 - 2 έτη από την ηλικία των 20 ετών ή από ηλικία κατά 5 έτη μικρότερη από αυτή του νεότερου συγγενή, που εμφάνισε καρκίνο του παχέος εντέρου. Μετά την ηλικία των 40 ετών, η κολonosκόπηση πρέπει να γίνεται ανά έτος.

III Σύνδρομο Peutz-jeghers.

1. Σε ασυμπτωματικά άτομα συνιστάται ετήσια εξέταση κοπράνων (για λανθάνουσα απώλεια αίματος) από την ηλικία των 20 ετών και ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 3 έτη.

2. Εφόσον τεθεί η διάγνωση του συνδρόμου, συνιστάται - εκτός από πλήρη τακτική ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού και ενδοσκόπηση του ανώτερου ανά 3-5 έτη.

- Επιτήρηση ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου  
Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι σημαντικός μετά 8 έτη από την εγκατάσταση πανκολίτιδας ή μετά 12 - 15 έτη από την αριστερή κατανομή της νόσου. Στους υπόλοιπους ασθενείς, ο κίνδυνος είναι μόλις 1.5 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Συνιστάται ολική κολonosκόπηση και λήψη βιοψιών. Η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1 - 2 έτη επί απουσίας δυσπλασίας, κάθε έτος επί παρουσίας ακαθόριστης δυσπλασίας και κάθε 3-6 μήνες επί παρουσίας μέτριας δυσπλασίας.

- Επιτήρηση συγγενών ασθενών με νεόπλασμα του παχέος εντέρου Άτομα με έναν ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού, που ανέπτυξαν καρκίνο του παχέος εντέρου ή αδενωματώδεις πολύποδες σε ηλικία κάτω των 60 ετών, ή με δύο ή περισσότερους συγγενείς, που ανέπτυξαν καρκίνο σε οποιαδήποτε ηλικία, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Συνιστάται ολική κολονοσκόπηση κάθε 5 έτη με έναρξη στην ηλικία των 40 ετών ή 10 έτη νωρίτερα από την ηλικία, που εμφανίστηκε η νόσος στον νεότερο συγγενή.

-Επιτήρηση ασθενών με αδενώματα παχέος εντέρου.

Οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοηθών νεοπλασμάτων στο παχύ έντερο. Η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή και επιτήρηση των ασθενών συμβάλλει στη μείωση της εμφάνισης της νόσου.

I. Ασθενείς με αδένωμα μεγέθους μικρότερου του 1 cm. Συνιστάται κολονοσκόπηση 3 - 6 έτη μετά την εκτομή του αδενώματος. Εάν η εξέταση είναι φυσιολογική, η μετέπειτα παρακολούθηση του ασθενούς γίνεται σύμφωνα με όσα ισχύουν για τον γενικό πληθυσμό.

II. Ασθενείς με αδένωμα μεγαλύτερο από 1 cm, πολλαπλά αδενώματα ή αδενώματα με υψηλού βαθμού δυσπλασία ή τάση εξαλλαγής. Συνιστάται κολονοσκόπηση εντός 3 ετών από την πολυποδεκτομή. Εάν η εξέταση είναι φυσιολογική, προτείνεται επανέλεγχος σε 3 έτη και εάν η εξέταση είναι και πάλι αρνητική, ο ασθενής θεωρείται ότι ανήκει στην ομάδα γενικού πληθυσμού. (Ransoholff 2009). Σημειώνεται ότι η χειρουργική αφαίρεση των πολυπόδων του παχέος εντέρου συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της επίπτωσης του ορθοκολικού καρκίνου. Σύμφωνα με μία μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ (National Polyp Study), επιτεύχθηκε μείωση κατά 75% της επίπτωσης της νόσου σε ασθενείς με αδενώματα μετά από ενδοσκοπική πολυποδεκτομή.

## **5.2 Συνοπτικές οδηγίες πρόληψης**

Δίαιτα πλούσια σε λαχανικά, φρούτα

Αντικατάσταση του λίπους στις τροφές με ελαιόλαδο

Αντικατάσταση του κόκκινου κρέατος με πουλερικά ή ψάρι

Παρατήρηση των κοπράνων για αίμα πριν το τράβηγμα του Καζανακίου

Εάν υπάρχει αίμα πρέπει να γίνει κολονοσκόπηση

Προληπτική κολonosκόπηση μετά τα 50

Συστηματική παρακολούθηση με κολonosκόπηση των ατόμων με κληρονομική προδιάθεση

Η σωματική άσκηση να περιλαμβάνεται στην καθημερινή ρουτίνα (Αντωνίου 2009).

### **5.3 Παυσίπονο μελετάται για την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου**



οδηγεί στη νόσο.

Προσθέτοντας νέα στοιχεία στα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που έχουν δείξει ότι τα παυσίπονα ενδέχεται να μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου, ερευνητές βρήκαν ότι μια ερευνητική μορφή του γενόσημου φαρμάκου ναπροξένη αναστέλλει μια μοριακή διαδικασία που

Αν και η νέα πειραματική μορφή του φαρμάκου έχει δοκιμασθεί επί του παρόντος μόνο σε εργαστηριακές μελέτες και όχι στον άνθρωπο, οι επιστήμονες αναφέρουν ότι τα ευρήματά τους δείχνουν ότι «μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική από την κλασική μορφή της ναπροξένης στην αποτροπή της ανάπτυξης ορθοκολικού καρκίνου».

Επιπλέον «ο νέος τύπος του φαρμάκου φαίνεται να έχει το επιπλέον όφελος της μειωμένης γαστρεντερικής τοξικότητας». Οι ερευνητές βρήκαν ότι η νέα μορφή του φαρμάκου, που είναι γνωστή ως NO-naproxen, δείχνει να αποκλείει μια οδό σηματοδότησης που διαδραματίζει ρόλο στην αρχική ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Βάσει των εργαστηριακών ευρημάτων, η νέα μορφή της ναπροξένης φαίνεται να είναι πολύ καλύτερη από την κλασική μορφή του φαρμάκου στην αναστολή της όλης διαδικασίας ανάπτυξης του καρκίνου εν τη γενέσει της, δήλωσαν οι επιστήμονες, που τώρα ελέγχουν τα ευρήματά τους σε ποντίκια (Clapper 2010).

### **5.4 Γενικά μέτρα πρόληψης**

Τρόπος Ζωής – Μειώστε τον κίνδυνο για καρκίνο

Καρκίνος είναι με την ευρεία έννοια η ανεξέλεγκτη αύξηση και εξάπλωση κακοηθών κυττάρων. Μπορεί να αναπτυχθεί οπουδήποτε στον ανθρώπινο οργανισμό, με διαφορετική ταχύτητα, να παρουσιάζει διάφορα συμπτώματα, να έχει διαφορετική πρόγνωση και διαφορετική απόκριση στη θεραπεία.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου διαφέρει σε κάθε άνθρωπο, ανάλογα με τον τρόπο ζωής του, τη γενετική προδιάθεση ή τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο τρόπος ζωής μας είναι ίσως ο μόνος παράγοντας που μπορούμε να ελέγξουμε: με υγιεινή διατροφή, αποφυγή του καπνίσματος και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, σωματική άσκηση και προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία μπορούν να προληφθούν περίπου τα μισά περιστατικά καρκίνου.

Η υγεία σας είναι δική σας υπόθεση.

Γίνετε υπεύθυνοι και προσέξτε την υγεία σας. Δεν χρειάζεται να αλλάξετε όλες τις κακές συνήθειες μονομιάς. Ξεκινήστε από τις αδυναμίες που σας είναι πιο εύκολο να απαρνηθείτε και ενθαρρύνετε τους φίλους και την οικογένειά σας να κάνουν το ίδιο. Και συνεχίστε... βήμα-βήμα.

Φροντίστε το βάρος σας.

Είναι πιο εύκολο στα λόγια παρά στην πράξη, αλλά υπάρχουν τρόποι να το πετύχετε. Κατ' αρχάς, αν είστε υπέρβαροι, το πρώτο βήμα είναι να μην πάρετε άλλο βάρος. Μετά, όταν θα είστε έτοιμοι, χάστε λίγα κιλά. Αυτό θα βελτιώσει ακόμη περισσότερο την υγεία σας. Κάντε τη σωματική άσκηση μέρος της ζωής σας. Φροντίστε να τρώτε φρούτα, λαχανικά και όσπρια και περιορίστε την κατανάλωση κόκκινου κρέατος σε μικρές ποσότητες.

Γυμναστείτε

Λίγα πράγματα είναι τόσο ωφέλιμα για την υγεία όσο η τακτική σωματική άσκηση. Κάθε άνθρωπος πρέπει να ασκείται τουλάχιστον δύο ώρες την εβδομάδα. Δείτε τη σωματική άσκηση σαν διασκέδαση και μάθετε και στα παιδιά σας να την απολαμβάνουν. Διαλέξτε δραστηριότητες που σας ευχαριστούν, όπως περπάτημα, ποδήλατο, χορό, ποδόσφαιρο ή γυμναστική και εντάξτε τις στο καθημερινό σας πρόγραμμα. Ασκηθείτε παρέα με αγαπημένα σας πρόσωπα. Όποτε έχετε την ευκαιρία, περπατήστε αντί να πάρετε το αυτοκίνητο... Προσπαθήστε να κρατήσετε σωστή ισορροπία ανάμεσα στην ενέργεια που λαμβάνετε με την τροφή και την ενέργεια που καταναλώνετε με την άσκηση.

Μην καπνίζετε

Αν καπνίζετε, το να κόψετε το τσιγάρο είναι το καλύτερο δώρο που μπορείτε να κάνετε στον εαυτό σας. Είναι δύσκολο, αλλά αξίζει την προσπάθεια, καθώς το κάπνισμα μειώνει τη ζωή κατά 10 ή περισσότερα χρόνια. Πολλοί άνθρωποι γύρω σας το έχουν καταφέρει. Ζητήστε βοήθεια. Υπάρχουν τρόποι.

### Τρώτε υγιεινά

Τρώτε φρούτα και λαχανικά σε κάθε γεύμα. Προσθέστε φρούτα στα δημητριακά σας. Τρώτε όσπρια και σπόρους. Προτιμάτε τα δημητριακά, το ψωμί ολικής αλέσεως και το καστανό ρύζι από τα επεξεργασμένα προϊόντα. Αποφεύγετε το κόκκινο κρέας και προτιμάτε το κοτόπουλο, το ψάρι ή τα όσπρια. Χρησιμοποιείτε ελαιόλαδο ή φυτικά έλαια αντί για ζωικά. Μειώστε το αλάτι και θα δείτε ότι μετά από λίγο καιρό δεν θα σας λείπει. Μην παραλείπετε γεύματα, καθώς όταν πεινάμε πολύ ξεχνάμε τις καλές μας διατροφικές συνήθειες. Διατηρήστε μια ισορροπημένη διατροφή. Δεν είναι απαραίτητο να καταργήσετε τελείως τις «κακές» τροφές, απλώς μειώστε τις και με τον καιρό θα ανακαλύψετε ότι οι τροφές αυτές δεν σας ικανοποιούν πια. Δεν χρειάζεται να αισθάνεστε ενοχές επειδή σας αρέσουν τα χάμπουργκερ, τα τσιπς και τα παγωτά, απλώς καταναλώνετε τα με μέτρο.

### Περιορίστε την κατανάλωση αλκοόλ

Μπορεί ένα ποτήρι κρασί την ημέρα να είναι καλό για την καρδιά, αλλά η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο. Αν πίνετε πολύ, θέτετε σε κίνδυνο την άμυνα του οργανισμού σας. Επιλέξτε να πίνετε φρέσκους χυμούς φρούτων και μάθετε στα παιδιά σας τους κινδύνους που συνδέονται με την κατάχρηση αλκοόλ.

### Απολαύστε τον ήλιο με ασφάλεια.

Ο ήλιος αυξάνει τα επίπεδα βιταμίνης D στον οργανισμό σας, αλλά η ακτινοβολία του μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του δέρματος ή μελάνωμα. Επειδή η καταστροφή του δέρματος ξεκινάει από μικρή ηλικία, είναι πολύ σημαντικό να προστατεύουμε τα παιδιά. Αποφεύγετε την έκθεση στον ήλιο από τις 10 το πρωί έως τις 4 το απόγευμα. Φοράτε πάντα καπέλο, γυαλιά ηλίου και αντηλιακές κρέμες. Δώστε το καλό παράδειγμα στα παιδιά σας, τηρώντας τα απαραίτητα μέτρα προστασίας. Όταν ο ήλιος είναι δυνατός, καθίστε στη σκιά και απολαύστε τη δροσιά!

### Προστατευθείτε από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις.

Διάφοροι τύποι καρκίνου συνδέονται με λοιμώξεις που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή, όπως η λοίμωξη από τον ιό HPV που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Μιλήστε στα παιδιά σας για τη σημασία της προστασίας από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ακούστε τα μηνύματα που σας στέλνει το σώμα σας.

Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι όσο νωρίτερα διαγνωστεί ο καρκίνος τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες για ίαση. Παρατηρήστε τυχόν αλλαγές στο σώμα σας και ενημερώστε το γιατρό σας αν αντιληφθείτε κάτι ασυνήθιστο. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία ή την αποφυγή εξάπλωσής του σε άλλα σημεία του σώματος. Ωστόσο, επειδή ο καρκίνος δεν εμφανίζει πάντα συμπτώματα, ο γιατρός σας θα σας ενημερώσει σχετικά με τις προληπτικές εξετάσεις που υπάρχουν για διάφορους τύπους καρκίνου (μαστού, προστάτη, παχέος εντέρου κ.ά.). (Λαδάς 2007).

### **5.5 Η νοσηλευτική στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου**

Η νοσηλευτική στοχεύει στην διαπίστωση και την ικανοποίηση των οργανικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ατόμου. Ο νοσηλευτής με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση διαπιστώνει τις διάφορες ανάγκες υγείας και αναλαμβάνει να αντιμετωπίσει όσες εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του και μεταφέρει στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες όσες πρέπει να αντιμετωπιστούν από άλλους παράγοντες υγείας. Ο νοσηλευτής έχει την μοναδικότητα να αντιμετωπίζει το άτομο ως ενιαίο σύνολο με κοινές αλλά και ειδικές ιδιαίτερες ανάγκες οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν (Καρούτα 2008).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου είναι τεράστιος. Με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ο νοσηλευτής προσεγγίζει το άτομο όχι μόνο ως άρρωστο αλλά και ως υγιή στο σπίτι του, στο σχολείο, στους χώρους εργασίας, ψυχαγωγίας και οπουδήποτε ζει και δραστηριοποιείται το άτομο. Ο εκπαιδευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής μπορεί να διαφωτίσει, διδάξει, ενημερώσει και εκπαιδεύσει το παιδί στο σχολείο για τους κινδύνους του καπνίσματος και την σχέση του με τον καρκίνο ή ακόμη να διαπιστώσει έγκαιρα κάποιο ανησυχητικό σημείο ή σύμπτωμα σε οποιοδήποτε άτομο του οποίου η έγκαιρη διάγνωση θα οδηγήσει στην πιο αποτελεσματική θεραπεία. Για την πρόληψη του καρκίνου στον υγιή πληθυσμό η ενημέρωση και εκπαίδευση που προσφέρει ο νοσηλευτής συνίσταται:

- Στην ενίσχυση της προσπάθειας από κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος.
- Στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

Û Στην παρατήρηση και την λήψη μέτρων σε εμφάνιση προκαρκινικών αλλοιώσεων ή εκδηλώσεων στον εαυτό του και το περιβάλλον.

Û Στην ενεργό συμμετοχή κατά την διεξαγωγή ερευνών σχετικών με τον καρκίνο.

Û Στην διαφώτιση του κοινού (*Κατσαραγάκης 2009*).

Η διαφώτιση του κοινού αποτελεί ίσως τον κυριότερο παράγοντα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και ο νοσηλευτής καθίσταται σημαντικό μέλος έγκαιρης διάγνωσης φροντίζοντας:

Û Για την ενθάρρυνση του κοινού για περιοδικό εργαστηριακό έλεγχο.

Û Για την παραπομπή των προσερχόμενων για εξέταση στο κατάλληλο για την περίπτωση κέντρο ερευνάς ή θεραπείας.

Û Για την ενημέρωση του κοινού κατά την εμφάνιση ύποπτων σημείων, για την καταφυγή σε γιατρό, λόγω της αναπόφευκτης θνησιμότητας εάν δεν θεραπευτεί και της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας.

Επίσης βασικό μέσο εκπαίδευσης κι ενημέρωσης του κοινού στην ουσιαστική πρόληψη του καρκίνου αποτελούν και τα διάφορα άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά, οι ενημερώσεις από ραδιόφωνο και τηλεόραση, η κυκλοφορία διαφωτιστικών εντύπων σχετικών με τον καρκίνο, η οργάνωση συγκεντρώσεων (*Αγγελάκη, Στασινού 2009*).

#### Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη.

Είναι πλέον αποδεκτό από όλους ότι η σωστή διατροφή μπορεί να ελαττώσει την επίπτωση του καρκίνου ή και να επιβραδύνει την εμφάνιση του. Ιδιαίτερα στον καρκίνο παχέος εντέρου το άπεπτο φυτικό υπόλειμμα παίζει σημαντικό ρόλο στη πρόληψή του. Συνεπώς ο ρόλος του νοσηλευτή έγκειται στην ενημέρωση του κοινού και τελικά στην τροποποίησή της διαίτας η οποία συνίσταται από αυξημένη πρόσληψη τροφών με φυτικές ίνες, μείωση του λίπους, περιορισμό των αλκοολούχων ποτών και αλατισμένων τροφών και προαγωγή της σημασίας της σωματικής άσκησης και της αποφυγής της παχυσαρκίας (*Αγγελάκη, Στασινού 2009*).

#### Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτερογενή πρόληψη.

Η δευτερογενή πρόληψη (θεραπεία προκαρκινικών καταστάσεων και πρόιμη διάγνωση του καρκίνου) περιλαμβάνει δυο ομάδες ελέγχου:

1. Τα άτομα που βρίσκονται σε σχετικό κίνδυνο δηλαδή όλοι οι ενήλικες άνω των 50 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό νεοπλασμάτων παχέος εντέρου και ιδιοπαθούς φλεγμονώδους παθήσεως του εντέρου. Στα άτομα αυτά παρουσιάζεται ο λεγόμενος σποραδικός καρκίνος παχέος εντέρου ο οποίος αποτελεί και το 75% του συνόλου.
2. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο τα οποία παρουσιάζουν ιστορικό πολυπόδων, οικογενούς πολυποδίασης, κληρονομικό καρκίνο παχέος εντέρου, ιδιοπαθής φλεγμονώδεις παθήσεις, χειρουργημένοι λόγω καρκίνου καθώς και οι συγγενείς αυτών (*Καρουτά 2008*)

Δευτερογενή πρόληψη σε ασυμπτωματικό πληθυσμό για κάποιο νόσημα εφαρμόζεται όταν η ελεγχόμενη νόσος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Επίσης, εφόσον υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση μετά από έγκαιρη διάγνωση και είναι διαθέσιμη προσιτή διαγνωστική διαδικασία της οποίας το αποτέλεσμα δικαιολογεί το κόστος του ελέγχου. Η δευτερογενή πρόληψη στον καρκίνο παχέος εντέρου αποσκοπεί στην ανίχνευση της νόσου σε αρχικό στάδιο όταν είναι δυνατό να θεραπευτεί χειρουργικά και στην ενδοσκοπική αφαίρεση επιθηλιακών πολυπόδων (αδενωμάτων) που είναι αποδεκτό σήμερα ότι αποτελούν προκαρκινικές καταστάσεις (*Αγγελάκη, Στασινού 2009*).



## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>*

*ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΑ ΠΑΧΕΟΣ*

*ΕΝΤΕΡΟΥ*

## **6.1 Θεραπευτικές επιλογές ανά στάδιο**

### Στάδιο 0 του καρκίνου του παχέος εντέρου (καρκίνωμα in situ)

Η θεραπεία του καρκίνου, σταδίου 0 μπορεί να περιλαμβάνει τους ακόλουθους τύπους χειρουργικής επεμβάσεις:

Τοπική εκτομή (ενδοσκοπική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου χωρίς να χρειαστεί τομή του κοιλιακού τοιχώματος) ή απλή πολυποδεκτομή (επέμβαση αφαίρεσης εξαλλαγμένου πολύποδα).

Τμηματεκτομή και αναστόμωση (χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του καρκίνου και συρραφή των άκρων που δημιουργήθηκαν στις περιοχές εκτομής). Εφαρμόζεται όταν το μέγεθος του καρκινικού ιστού δεν επιτρέπει την αφαίρεσή του με τοπική εκτομή.

### Στάδιο 1 του καρκίνου παχέος εντέρου

Η θεραπεία για τον καρκίνο σταδίου 1 είναι συνήθως τμηματεκτομή και αναστόμωση.

Στάδιο 2 του καρκίνου παχέος εντέρου Εφαρμογή ευρείας – τοπικής εκτομής και αναστόμωσης. Μετά από την πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης, δεν ενδείκνυται η εφαρμογή επικουρικής θεραπείας στους περισσότερους ασθενείς, εκτός εάν αποφασιστεί να λάβουν μέρος σε μία κλινική μελέτη χορήγησης συστηματικής ή τοπικής χημειοθεραπείας ή βιολογικής θεραπείας. Γενικά, η αξία της εφαρμογής επικουρικής θεραπείας σε ασθενείς, με καρκίνο παχέος εντέρου σταδίου II, παραμένει αμφισβητήσιμη. Παρόλο που ορισμένοι ασθενείς μπορεί να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής (διήθηση του όγκου σε παρακείμενα όργανα, εντερική διάτρηση, απόφραξη εντέρου, δυσμενείς βιολογικοί παράγοντες - όπως είναι η ανευπλοειδία και οι διαταραχές του χρωμοσώματος 18), δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η χορήγηση χημειοθεραπείας με βάση την 5-FU βελτιώνει τη συνολική επιβίωση σε σχέση με τη χειρουργική αντιμετώπιση μόνο. Αντίθετα, υπάρχουν μελέτες, που υποστηρίζουν ότι η χορήγηση επικουρικής Χημειοθεραπείας μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής μετά τη χειρουργική επέμβαση και αυξάνει κατά 2% την πενταετή επιβίωση χωρίς νόσο. Η εφαρμογή επικουρικής Ακτινοθεραπείας δεν είναι καθιερωμένη στη θεραπεία των ασθενών, μετά από την πραγματοποίηση πλήρους εκτομής της βλάβης, αλλά μπορεί να έχει κάποια αξία σε περιπτώσεις μη πλήρους αφαίρεσης της νόσου. Τέλος, σε ορισμένα ογκολογικά κέντρα, εφαρμόζεται Ακτινοθεραπεία επί νεοπλασιών του ορθού, η

εκτομή των οποίων απαιτεί διάνοιξη του εδάφους της ελάσσοнос πυέλου (Φουντζήλας Μπαρμπούνης 2006).

### Στάδιο 3 του καρκίνου παχέος εντέρου

Η θεραπεία του καρκίνου σε στάδιο 3 μπορεί να είναι:

Τμηματεκτομή/ αναστόμωση σε συνδυασμό με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία. Παράλληλα στους ασθενείς αυτούς πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα χορήγησης επικουρικής Χημειοθεραπείας με (5-FU)-leucovorin για 6 μήνες. Η χορήγηση άλλων χημειοθεραπευτικών σχημάτων εξετάζεται σε κλινικές μελέτες. Η εφαρμογή μετεγχειρητικής Ακτινοθεραπείας δεν είναι καθιερωμένη και φαίνεται ότι έχει θέση μόνο σε περιπτώσεις ασθενών με μη πλήρη αφαίρεση της νόσου. Υπό μελέτη βρίσκονται και άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις με χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων ή εμβολίων έναντι του όγκου (Φουντζήλας, Μπαρμπούνη 2006).

Στάδιο 4 του καρκίνου παχέος εντέρου Η θεραπεία του καρκίνου του σταδίου 4 μπορεί να είναι:

Μερική κολεκτομή και αναστόμωση (αφαίρεση του καρκίνου και συνένωση των άκρων του εντέρου που προκύπτουν από την εκτομή, με παράκαμψη του όγκου).

Χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης τμημάτων άλλων οργάνων όπως το ήπαρ, οι πνεύμονες και οι ωοθήκες λόγω μεταστάσεων

Χημειοθεραπεία

Κλινικές μελέτες χημειοθεραπείας ή βιολογικής θεραπείας

Κάποιοι ασθενείς μπορεί να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία ως παρηγορητική (ανακουφιστική) θεραπεία η οποία συμβάλλει στην υποχώρηση των συμπτωμάτων του καρκίνου (Κατσαρός 2009).

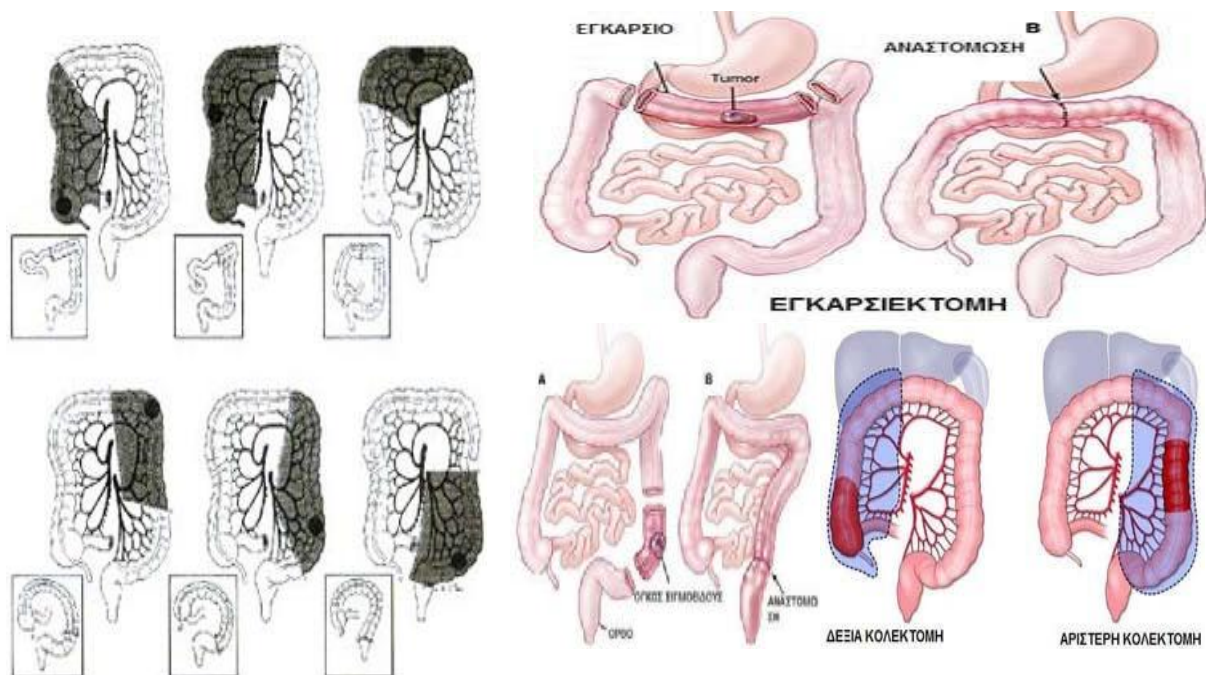
## **6.2 Χειρουργική αντιμετώπιση**

Η χειρουργική επέμβαση είναι η κύρια αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Κατά την επέμβαση μαζί με τον όγκο αφαιρείται και ένα τμήμα του παχέος εντέρου και γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός. Ακολούθως, αναστομώνονται τα υγιή τμήματα του παχέος εντέρου και αποκαθίσταται η συνέχεια του πεπτικού. Η ανοιχτή χειρουργική εκτομή της πρωτοπαθούς βλάβης και των περιοχικών λεμφαδένων αποτελεί την

καθιερωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου, εφόσον πρόκειται για εντοπισμένη νόσο. Όταν ο καρκίνος είναι αρχόμενος και δεν διεισδύει βαθιά στο εντερικό τοίχωμα, η χειρουργική επέμβαση είναι συνήθως η μόνη απαιτούμενη θεραπεία και η μακρά επιβίωση, ουσιαστικά η ίαση όπως λέμε ξεπερνάει το 80% (Τλέντης 2009).

Ανάλογα με την εντόπιση του νεοπλασματος, διαφοροποιείται η χειρουργική τακτική:

- Τυφλό, ανιόν κόλον => δεξιά ημικολεκτομή
- Δεξιά κολική καμπή => δεξιά ημικολεκτομή
- Δεξιό εγκάρσιο κόλον => ευρεία δεξιά ημικολεκτομή
- Κεντρικό εγκάρσιο κόλον => εγκαρσιεκτομή
- Αριστερό εγκάρσιο κόλον => ευρεία αριστερή ημικολεκτομή ή υφολική κολεκτομή
- Αριστερή κολική καμπή => ευρεία αριστερή ημικολεκτομή
- Κατιόν κόλον => αριστερή ημικολεκτομή
- Σιγμοειδές => σιγμοειδεκτομή
- Ορθοσιγμοειδική καμπή => πρόσθια εκτομή ορθοσιγμοειδούς
- Ανώτερο τριτημόριο ορθού => χαμηλή πρόσθια εκτομή
- Μέσο τριτημόριο ορθού => χαμηλή πρόσθια εκτομή
- Ψηλαφητό νεόπλασμα (δακτυλική εξέταση) => κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού. (Kumar, Cotran, Robbins 2010)



### **6.2.1. Νέα μέθοδος χειρουργικής αντιμετώπισης**

Μια νέα μέθοδος καταπολέμησης του καρκίνου εφαρμόζεται πλέον και στην Ελλάδα. Η πρωτοποριακή μονάδα ρομποτικής ακτινοχειρουργικής Cyber Knife που λειτουργεί σε διαγνωστικό κέντρο αλλάζει τα δεδομένα στον τομέα αντιμετώπισης των ογκολογικών και άλλων παθήσεων σε όλο το σώμα. Το τελευταίας γενιάς σύστημα αναίμακτης στερεοτακτικής ακτινοχειρουργικής είναι το πρώτο που εγκαταστάθηκε στην χώρα μας και αποτελεί την τελευταία εξέλιξη σε επίπεδο ρομποτικής ιατρικής, με δυνατότητα αναίμακτης αντιμετώπισης καλοηθών και κακοηθών όγκων. Είναι το πρώτο που έχει λάβει έγκριση από τον αμερικάνικο οργανισμό τροφίμων και φαρμάκων (FDA) για εφαρμογές οπουδήποτε στο σώμα και η Ελλάδα είναι η πέμπτη ευρωπαϊκή χώρα που μπορεί να παρέχει στο κοινό την συγκεκριμένη θεραπεία. Ορισμένα από τα οφέλη που προκύπτουν από την χρήση του είναι τα ακόλουθα: αντιμετωπίζει ογκολογικές και άλλες παθήσεις στο κεφάλι, την σπονδυλική στήλη και σε ολόκληρο το υπόλοιπο σώμα, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο για τους υγιείς ιστούς, ενώ δεν υπάρχουν επιπλοκές, δεν απαιτείται νοσηλεία και δεν αφήνει σημάδια στο δέρμα (Τσίβικα, Δημητρακοπούλου 2007).

### **6.3 Λαπαροσκοπική κολεκτομή**



Στις λαπαροσκοπικές κολεκτομές, ο χειρουργός κάνει 4 ή 5 μικρές τομές μισού εκατοστού και όλη η επέμβαση γίνεται μέσα από στενούς σωλήνες, από όπου εισάγονται τα εξειδικευμένα λαπαροσκοπικά χειρουργικά εργαλεία. Το λαπαροσκόπιο, ένα μικροσκοπικό τηλεσκόπιο συνδεδεμένο με μια βιντεοκάμερα, εισέρχεται μέσα από έναν σωλήνα ενός εκατοστού και επιτρέπει στον χειρουργό να βλέπει τα εσωτερικά όργανα του ασθενούς σε μεγέθυνση στην οθόνη μιας τηλεόρασης. Μία από τις μικρές τομές μεγαλώνει 4-6 εκατοστά στο τέλος της επέμβασης προκειμένου να εξέλθει το τμήμα του εντέρου που έχει αφαιρεθεί (Κωνσταντινίδης 2008).

#### **6.3.1 Πλεονεκτήματα λαπαροσκοπικής κολεκτομής**

Το μικρότερο χειρουργικό τραύμα

Η μικρότερη απώλεια αίματος

Η γρηγορότερη λειτουργία του εντέρου

Ο μικρότερος μετεγχειρητικός πόνος

Το αισθητικά καλύτερο αποτέλεσμα

Ο μικρότερος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο

Η ταχύτερη επιστροφή σε μια δίαιτα στερεής τροφής

Η συντομότερη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες (*Κωνσταντινίδης 2008*)

### **6.3.2 Μετεγχειρητική πορεία ασθενών με λαπαροσκοπική κολεκτομή**

Μετά τη λαπαροσκοπική κολεκτομή, ο ασθενής σηκώνεται και περπατά την επόμενη κιόλας ημέρα. Αυτό, μειώνει τους μυϊκούς πόνους και βοηθά σημαντικά την αναπνευστική λειτουργία. Την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα σιτίζεται με μαλακή τροφή και εξέρχεται από το νοσοκομείο πολύ σύντομα. Είναι έτοιμος να επιστρέψει στις καθημερινές του δραστηριότητες σε δέκα ημέρες περίπου. Οι περισσότεροι έμπειροι χειρουργοί αναδεικνύουν τη λαπαροσκοπική κολεκτομή σε πρωταρχική τους επιλογή (*Κωνσταντινίδης 2008*).

### **6.4 Χημειοθεραπεία**

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί φάρμακα που σκοτώνουν καρκινικά κύτταρα. Είναι συστηματική θεραπεία, το οποίο σημαίνει ότι τα φάρμακα αυτά κυκλοφορούν σε όλο το σώμα του ασθενούς και καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα οπουδήποτε στο σώμα (*Γλέντης 2009*).

#### **6.4.1 Ανακουφιστική χημειοθεραπεία**

Η χημειοθεραπεία είναι σε θέση να καταστρέψει τόσο τον πρωταρχικό όγκο όσο και τις απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η ανακουφιστική χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο για να επιμηκυνθεί η ζωή, να ελέγχει τα συμπτώματα και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής. Σκοπός της θεραπείας είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων με την πρόκληση των ελάχιστων δυνατών ανεπιθύμητων ενεργειών, ενώ παράλληλα είναι απαραίτητο να φέρουμε σε επαφή τον ασθενή και την οικογένεια σε μια θεραπευτική σχέση (*Γληγόρη, Διαμαντοπούλου, Χαρίση 2008*).

### **6.4.2. Προληπτική χημειοθεραπεία**

Μετά από μία επέμβαση για καρκίνο παχέος εντέρου, μπορεί να παραμείνουν στον οργανισμό καρκινικά κύτταρα τα οποία έχουν φύγει από το έντερο αλλά δεν έχουν αναπτύξει εμφανείς μεταστάσεις. Τότε σύντομα μετά από το χειρουργείο πρέπει να ξεκινήσει προληπτική χημειοθεραπεία, η οποία θα σκοτώσει αυτά τα μικροσκοπικά καρκινικά κύτταρα. Αυτού του είδους η χημειοθεραπεία ονομάζεται συμπληρωματική. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει ότι στους ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία μέσα σε διάστημα 5 εβδομάδων από την επέμβαση, υπήρχαν αυξημένα ποσοστά επιβίωσης και μειωμένα ποσοστά υποτροπής του όγκου. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο στη χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού είναι η 5-φθοριουρακίλη. Η χημειοθεραπεία γίνεται συνήθως στο νοσοκομείο και είτε χρειάζεται νοσηλεία του ασθενούς είτε μπορεί να γίνει με παραμονή λίγων ωρών στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου χρησιμοποιούμε σκευάσματα χημειοθεραπείας και στο σπίτι με από του στόματος λήψη. Συνήθως ακολουθούνται κύκλοι χημειοθεραπειών, οι οποίοι διακόπτονται από ενδιάμεσα διαστήματα ανάρρωσης (Γλεντής 2009).

### **6.4.3 Ανεπιθύμητες ενέργειες χημειοθεραπείας**

#### Απώλεια μαλλιών

Είναι μια ψυχολογικά δυσάρεστη ανεπιθύμητη παρενέργεια ης χημειοθεραπείας, η οποία απασχολεί όλους τους ασθενείς, καθώς αλλοιώνεται η εικόνα του σώματος τους. Η απώλεια των μαλλιών είναι προσωρινή και με το τέλος της χημειοθεραπείας επανέρχονται με διαφορετική υφή και χρώμα. Η ψύχρανση του κρανίου είναι μια τεχνική που χρησιμοποιείται για την αποφυγή της τριχόπτωσης.

#### Στοματίτιδα

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν ξηροστομία η οποία ποικίλλει από γενική με απώλεια της αίσθησης της γεύσης, καταστροφή θηλών της γλώσσας έως σοβαρή και επώδυνη εξέλκωση. Οφείλεται στον ταχύτατο ρυθμό διαίρεσης των κυττάρων του στοματικού βλεννογόνου, γεγονός που καθιστά την περιοχή πιο ευαίσθητη στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας.

Βασική είναι η ενημέρωση από πλευράς των νοσηλευτών σχετικά με την υγιεινή του στόματος. Απαιτείται η χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας και τακτικές στοματικές πλύσεις να διατηρείται υγρό και καθαρό το στόμα. Επιπροσθέτως, οι στοματικές πλύσεις που περιέχουν ένα αναλγητικό μπορούν να μειώσουν τον πόνο.

#### Περιφερική νευροπάθεια

Παρουσιάζεται ως ανεπιθύμητη ενέργεια ορισμένων φαρμάκων και εμφανίζεται αρκετούς μήνες μετά την θεραπεία και πρόκειται για μια μη αναστρέψιμη κατάσταση. Η έκτασή της ποικίλλει από αιμοδίες έως μειωμένη κινητικότητα. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για την ανεπιθύμητη αυτή ενέργεια πριν την έναρξη της αγωγής.

#### Διαταραχή της λειτουργίας του εντέρου

Σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία μπορούν να παρουσιάσουν διάρροια ή δυσκοιλιότητα τα οποία είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά και κυρίως στον καρκίνο του παχέος εντέρου λόγω του πόνου που προέρχεται από τον όγκο, τα συμπτώματα είναι πιο έντονα με κοιλιακό άλγος και έντονη δυσφορία (Μαλαγαρινού 2005, Γλέντης 2009).

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας ποικίλλουν από ασθενή σε ασθενή και σχετίζονται με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται. Τα σύγχρονα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα είναι συνήθως ανεκτά και οι παρενέργειες εύκολα αντιμετωπίσιμες. Σε γενικές γραμμές τα αντικαρκινικά σκευάσματα καταστρέφουν κύτταρα τα οποία πολλαπλασιάζονται και διαιρούνται ταχύτατα. Για το λόγο αυτό από την χημειοθεραπεία επηρεάζονται εκτός των καρκινικών κυττάρων και τα κύτταρα του αίματος και κάποια άλλα (Γλέντης 2009).

#### **6.4.4 Πρόοδοι στην χημειοθεραπεία του παχέος εντέρου**

Η 5-φθοριοουρακίλη (5-FU) παρ' ότι εξακολουθεί να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας του καρκίνου του παχέος εντέρου, συνοδεύεται από μικρό ποσοστό αντικειμενικών ανταποφάσεων (περίπου 10%) και από ασήμαντη επίδραση στην συνολική επιβίωση. Η βιομετατροπή της όμως από το φυλλικό οξύ και η χορήγηση αυτής σε σχήματα παρατεταμένης ενδοφλέβιας χορήγησης συνοδεύεται από στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο ως προς το ποσοστό αντικειμενικής ανταπόκρισης, όσο και ως προς την συνολική επιβίωση. Παρ' όλα αυτά, δεν έχει ακόμη καθοριστεί ούτε το ιδανικότερο σχήμα χορήγησης της 5-FU, ούτε η προσφορότερη δόση της λευκοβορίνης.



Η χορήγηση της 5-FU με λευκοβορίνη σε συνδυασμό με την οξολοπλατίνη, ένα νέο πλατινούχο παράγωγο σύμφωνα με τις αρχές της χημειοθεραπείας, φαίνεται ότι συνιστάται το πιο δραστικό σχήμα στην θεραπεία του προχωρημένου καρκίνου του παχέος εντέρου. Με την θεραπευτική αυτή προσέγγιση καθίσταται επίσης δυνατή η χειρουργική αφαίρεση αρχικώς ανεγχείρητων ηπατικών μεταστάσεων από καρκίνο παχέος εντέρου. Η per-os χορήγηση φαρμάκων της 5-FU όπως η καπεσιταμίνη ή η per-os συν χορήγηση της 5-FU με αναστολείς του ενζύμου της αφυδρογονάσης, που είναι υπεύθυνο για τον καταβολισμό της, έχει παρόμοια δραστικότητα με την ταχεία iv χορήγηση αλλά γίνεται καλύτερα ανεκτή. Ο συνδυασμός της 5-FU/ λευκοβορίνης σε σχήματα συνεχούς ενδοφλέβιας χορήγησης, με ιρωτεκάνη (CPT-11), έναν αναστολέα της τυποϊσομεράσης-1 όσο και της συνολικής επιβίωσης, χωρίς επιβάρυνση της ποιότητας ζωής. Οι συνδυασμοί αυτοί πρέπει σήμερα να αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας πρώτης γραμμής των ασθενών με ΚΠΕ, αν και ο καλύτερος τρόπος χορήγησης των φαρμάκων αυτών αποτελεί αντικείμενο εντατικής έρευνας (Γληγόρη, Διαμαντοπούλου, Χαρίση 2008).

## **6.5 Ακτινοθεραπεία**



Η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, έχει θέσει μόνο στην περίπτωση του καρκίνου στο ορθό. Έχει βρεθεί ότι η προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία στο ορθό, μειώνει σημαντικά την πιθανότητα τοπικών υποτροπών της νόσου. Η πιθανότητα τοπικής υποτροπής στον καρκίνο του ορθού χωρίς ακτινοθεραπεία, φτάνει μέχρι και 50% μετά το χειρουργείο. Με την ακτινοθεραπεία το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 7%. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι η καταβολή, προσωρινή ή μόνιμη απώλεια των τριχών και η ακτινική δερματίτιδα (Γλέντης 2009).

Με την ακτινοθεραπεία επιτυγχάνονται 2 βασικοί στόχοι:

Θεραπεία του καρκίνου. Συνήθως η θεραπευτική πορεία είναι μακρόχρονη και σύνθετη.

Ύφεση των συμπτωμάτων. Η θεραπεία αυτή είναι λιγότερο πολύπλοκη πολύ σύντομη (Ντάκος 2008).

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί την ιονίζουσα ακτινοβολία η οποία αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα και ακτίνες γ που εκπέμπονται από φυσικά ή τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία ή από ακτίνες χ.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

Το είδος της ακτινοβολίας

Η δόση της ακτινοβολίας

Ο ρυθμός δόσης

Το είδος του ιστού που ακτινοβολείτε

Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείτε

Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοθεραπεία

Η θερμοκρασία του ιστού, που έχει επίσης σχέση ανάλογη με την ακτινοθεραπεία (Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου 2005).

### **6.5.1 Ανακουφιστική θεραπεία**

Μερικές φορές κατά την διάγνωση μπορεί να είναι προφανές ότι η νόσος είναι τόσο εκτεταμένη, ώστε η οριστική θεραπεία να μην είναι εφικτή. Μπορεί να φαίνεται περίεργη η θεώρηση της ακτινοθεραπείας ως ανακουφιστικής φροντίδας, λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών της, αλλά έχει αποδειχτεί χρήσιμη στην αντιμετώπιση ασθενών που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και για τους οποίους η ίαση είναι πλέον αδυνατή. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 45% των ασθενών με καρκίνο θα λάβουν ακτινοθεραπεία κάποια στιγμή κατά την διάρκεια της νόσου τους (Τληγόρη, Διαμαντοπούλου, Χαρίση 2008).

### **6.5.2 Μέθοδοι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας**

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται:

Ως τηλεθεραπεία: Το είδος της τηλεθεραπείας που επιλέγεται εξαρτάται από το βάθος του όγκου που ακτινοβολείτε. Τα μηχανήματα χλιοτάσης ελευθερώνουν την μέγιστη δόση ακτινοβολίας σε επιφανειακούς όγκους όπως δέρματος και μαστού. Οι πηγές ακτινών γ(κοβάλτιο-60 μονάδες) ελευθερώνουν την δόση ακτινοβολίας σε βαθύτερες δομές του σώματος και αφήνουν άθικτο το δέρμα από πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Άλλα

μηχανήματα ακτινοθεραπείας, οι γραμμικοί επιταχυντές, ελευθερώνουν την δόση τους σε βαθύτερους ιστούς, χωρίς να βλάπτουν το δέρμα και επίσης δημιουργούν λιγότερο σκεδασμό της ακτινοβολίας μέσα στους ιστούς του σώματος. Ορισμένα ακτινοθεραπευτικά κέντρα θεραπεύουν περισσότερο υποξικούς, ακτινοάντοχους όγκους με κύκλοτρα, που ελευθερώνουν δέσμη νετρονίων στον όγκο.

Εξωτερικά: Το ραδιοϊσότοπο, μέσα σε θήκη, εφαρμόζεται απευθείας πάνω σε επιφάνεια δέρματος ή βλεννογόνου (καρκίνος χείλους, λοβού αυτιού, κεφαλής, γλώσσας, πέους κλπ).

Ενδοκοιλιακά: Το ραδιοϊσότοπο εισάγεται μέσα σε κοίλα όργανα ή σε υπάρχουσες κοιλότητες του σώματος. Στην υπεζωκοτική και περιτοναϊκή κοιλότητα εισάγονται κολλοειδή διαλύματα χρυσού ή φωσφόρου, ενώ διαλύματα ραδιενεργού χρυσού, νατρίου και βρώμιου, μέσα σε ελαστικούς σάκους, εισάγονται σε κοίλα όργανα.

Με εμφύτευση: Ραδιοϊσότοπα μέσα σε στέρεα περιβλήματα (προστατευτικές θήκες) που μπορεί να έχουν μορφή βελόνων, κόκκων, κάψουλων, συρμάτων και σωλήνων νάιλον, εμφυτεύονται μέσα σε ορισμένους όγκους. Μένουν μόνιμα μέσα στον ιστό ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρόνο. Ισότοπα που εμφυτεύονται είναι χρυσός, το ράδιο, το ραδόνιο, το ταντάλιο κ.α.

Με ένεση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσοτόπου όπως χρυσού και φωσφόρου, μέσα στο νεοπλασματικό ιστό.

Εσωτερικά από το στόμα ή ενδοφλέβια (ραδιοϊώδιο, ραδιοχρυσός, ραδιοφωσφορος) (*Σαχίνη, Καρδάση, Πάνου 2004*).

## **6.6 Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων**

Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων εναντίον καρκινικών κυττάρων είναι μια άλλη σύγχρονη μορφή θεραπείας, η οποία βγαίνει σιγά-σιγά από το πειραματικό στάδιο και εφαρμόζεται στην κλινική πράξη. Τα αντισώματα αυτά φέρουν πάνω τους χημειοθεραπευτικά μόρια, προσκολλώνται στα καρκινικά κύτταρα εκλεκτικά και τα καταστρέφουν. Άλλες μορφές ανοσοθεραπείας στοχεύουν στο να ενδυναμώσουν την ανοσολογική αντίδραση του ίδιου του οργανισμού εναντίον των καρκινικών κυττάρων (*Γλέντης 2009*).

## **6.7 Η φωτοδυναμική θεραπεία**

Η φωτοδυναμική θεραπεία είναι μια σύγχρονη επίσης μέθοδος, με την οποία τα καρκινικά κύτταρα προσλαμβάνουν μια φωτοευαίσθητη ουσία η οποία διεγείρεται με μια πηγή φωτός οδηγώντας τα κύτταρα που την περιέχουν σε καταστροφή (Γλέντης 2009).

## **6.8 Η χρήση του laser**

Η χρήση του laser βοηθάει στις περιπτώσεις μεγάλων καρκινικών όγκων που προκαλούν απόφραξη του παχέος εντέρου ή αιμορραγία, σε ασθενείς που έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας και δεν μπορούν να χειρουργηθούν (Γλέντης 2009).

## **6.9 Νέες φαρμακευτικές μέθοδοι θεραπείας στον καρκίνο του παχέος εντέρου**

Τα τελευταία χρόνια έχουμε καινούργιες θεραπείες για τον καρκίνο, εντελώς διαφορετικές και ουσιαστικά αποτελεσματικές. Βασίζονται στην καλύτερη γνώση που έχουν σήμερα οι επιστήμονες για τη βιολογία του καρκίνου. Γνώση που τους δίνει την δυνατότητα να παρέμβουν καθοριστικά με όπλο τα “έξυπνα” φάρμακα. Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος για να διατηρηθεί πρέπει να δημιουργήσει νέα αγγεία για να μπορέσει να στηρίξει τον εαυτό του μέσω της αγγειογένεσης. Τα έξυπνα φάρμακα επεμβαίνουν στο μηχανισμό της αγγειογένεσης, αναστέλλουν την εξέλιξη του καρκινικού κυττάρου κι εμποδίζουν τη δημιουργία μεταστάσεων, με αποδεκτές παρενέργειες για τον οργανισμό.

Επιπλέον πολλά από τα νέα φάρμακα έχουν ως στόχο τα μονοπάτια του καρκίνου (συνέχεια αντιδράσεων που η μια δίνει αρχή στην άλλη κι ενεργοποιούνται από μόρια – κλειδιά), με πρώτο τον επιδερμοειδή αυξητικό παράγοντα EGFR. Οι επιστήμονες παρατήρησαν ότι σε μερικά καρκινικά κύτταρα αυτό το μονοπάτι είναι πολύ έντονα εκφρασμένο. Υπό ορισμένες προϋποθέσεις, αρκεί να διακοπεί αυτή η διαδικασία ώστε να οδηγηθεί το καρκινικό κύτταρο σε απόπτωση και κυτταρικό θάνατο. Αυτή η γνώση οδήγησε σε καινούργιες θεραπείες, οι οποίες άλλες φορές σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία άλλες φορές μόνες τους, φάνηκε ότι καταρχήν βοηθούν σημαντικά τους ασθενείς που έχουν εξαντλήσει όλες τις άλλες δυνατότητες. Εν συνεχεία αποδείχθηκε ότι βοηθούν και ασθενείς που δεν έχουν πάρει καμία άλλη θεραπεία πριν (Ζημητρακοπούλου 2007).

Μια άλλη νέα αποτελεσματική θεραπεία κατά του μεταστατικού καρκίνου του παχέος εντέρου είναι διαθέσιμη στους ασθενείς. Η αρμόδια υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής έκανε θετική εισήγηση για την θεραπεία με την δραστική ουσία μπεφασιζουμάμπη, η οποία πλήττει τον όγκο, στερώντας του το οξυγόνο. Εντυπωσιακά αποτελέσματα για τη θεραπεία ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου αποκάλυψαν δύο μεγάλες μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν σε δείγμα 3.200 μη επιλεγμένων ασθενών, οι οποίοι έλαβαν καθιερωμένη θεραπεία βασισμένη στη μπεφασιζουμάμπη. Τα σημαντικότερα ευρήματα περιελάμβαναν υψηλά ποσοστά συρρίκνωσης των όγκων και συνολική επιβίωση πέραν των 2 ετών, όταν η μπεφασιζουμάμπη συνδυαστεί με τις συνήθεις χημειοθεραπευτικές αγωγές. Τα δεδομένα ανακοινώθηκαν στο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας Κλινικής Ογκολογίας για τον Καρκίνο Παχέος Εντέρου (ASCO GI), που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στις ΗΠΑ (Δημητρακοπούλου 2007).

Σε ευρείας κλίμακας μελέτη παρατήρησης που συμπεριέλαβε 1.620 ασθενείς στη Γερμανία, ο μέσος όρος του ποσοστού συρρίκνωσης του όγκου (ποσοστό ανταπόκρισης) έφτασε το 60% (3 στους 5 ασθενείς) στις περιπτώσεις που η χημειοθεραπεία συνδυάστηκε με μπεφασιζουμάμπη. Η επιτυχής μείωση του μεγέθους των μεταστατικών αλλοιώσεων μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα χειρουργικής τους αφαίρεσης και να οδηγήσει, ενδεχομένως, σε μακρόχρονη επιβίωση ή ακόμη και στην ίαση. Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε ότι η διάμεση συνολική επιβίωση ξεπέρασε τους 25 μήνες. Στην ομάδα ασθενών που έλαβαν χημειοθεραπεία βασισμένη σε οξαλιπλατίνα σε συνδυασμό με μπεφασιζουμάμπη, η διάμεση συνολική επιβίωση ήταν 27 μήνες. Μέχρι σήμερα, η διάμεση συνολική επιβίωση, με χημειοθεραπεία μόνο, δεν υπερέβαινε τους 20 μήνες. Μία άλλη μελέτη παρατήρησης αντιστοίχου μεγέθους, που πραγματοποιήθηκε στην Τσεχία, σε δείγμα 1.658 ασθενών, έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς που ακολούθησαν θεραπεία με μπεφασιζουμάμπη σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, είχαν παρόμοια θετικά αποτελέσματα. Οι ασθενείς ηλικίας κάτω των 65 ετών είχαν διάμεση συνολική επιβίωση που έφτασε τους 29,3 μήνες, ενώ οι ασθενείς άνω των 65 ετών εμφάνισαν διάμεση συνολική επιβίωση διάρκειας 29,5 μηνών. Η μπεφασιζουμάμπη έχει πραγματικά αλλάξει τα δεδομένα στον τρόπο αγωγής του μεταστατικού καρκίνου του παχέος εντέρου και έχει αναδειχτεί σε πρότυπο θεραπεία', δήλωσε ο Δρ. Τζαννίνης, Παθολόγος-Ογκολόγος, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών. 'Τα παραπάνω ευρήματα έρχονται να επικυρώσουν τα αποτελέσματα μίας μεγάλης αμερικανικής μελέτης παρατήρησης (BRITE) και άλλης ευρωπαϊκής (BEAT), που δημοσιεύθηκαν το 2008 και 2009 αντίστοιχα και όπου φάνηκε ότι η προσθήκη της μπεφασιζουμάμπης στην κλασική

χημειοθεραπεία αύξανε σημαντικά την ελεύθερη υποτροπής και τη συνολική επιβίωση. Φαίνεται λοιπόν ότι τα αποτελέσματα από τις πρόσφατες, αλλά και τις προηγούμενες μελέτες είναι σε συμφωνία και επιβεβαιώνουν ότι η επιβίωση στον μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να υπερβεί τα 2 χρόνια, προοπτική πολύ σημαντική για τους ασθενείς. Παράλληλα, τα σημαντικά ποσοστά συρρίκνωσης του όγκου που επιτυγχάνονται σε συνδυασμό με την κλασική χημειοθεραπεία μπορούν να μετατρέψουν έναν αρχικά ανεγχείρητο όγκο σε χειρουργήσιμο με σημαντικές θετικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και την επιβίωση των ασθενών. Στόχος της θεραπείας είναι ο περιορισμός ενός αυξητικού παράγοντα (VEDF) ο οποίος αποτελεί «κλειδί» για την αγγειογένεση. Με τον τρόπο αυτό εμποδίζεται η παροχή αίματος και κατ' επέκταση η διασπορά κυττάρων σε όλο το σώμα (Καραγιώργος 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ-

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

## **7.1 Ψυχολογική υποστήριξη**

Ο καρκίνος επηρεάζει τον κάθε άνθρωπο με διαφορετικό τρόπο. Άλλοι αισθάνονται ιδιαίτερα ανήσυχοι ή αγχωμένοι, άλλοι φοβισμένοι ή ανέλπιστοι για το μέλλον. Συναισθήματα σαν αυτά μπορούν να επηρεάσουν αρκετά τον ίδιο τον άνθρωπο ή το συγγενικό και φιλικό του περιβάλλον. Άλλα κοινά προβλήματα αφορούν την αντιμετώπιση των αλλαγών που επέρχονται στο σώμα του ασθενούς καθώς επίσης και την επιρροή αυτών των αλλαγών στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Είναι πολύ σύνηθες για όλους όσους βιώνουν τον καρκίνο οι ίδιοι ή μέσα από κάποιο οικείο τους πρόσωπο να νιώθουν φόβο, ανησυχία, στεναχώρια και αδυναμία. Οι ψυχολόγοι αναγνωρίζουν πως ο καρκίνος επηρεάζει τον άνθρωπο σαν ολότητα καθώς και το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και όχι μόνο σωματικά αλλά και συναισθηματικά. Επιπλέον, μπορεί να υπάρχουν και άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες, όπως οικονομικές πιέσεις ή ανησυχίες για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. (Λεονταρίτου 2009).

Έρευνες έχουν δείξει πως η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να προκαλέσει ο καρκίνος καθώς και να βοηθήσει στην μείωση σωματικού πόνου. Επιπροσθέτως, πολλοί άνθρωποι που βιώνουν τον καρκίνο νιώθουν πως η έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων είναι αρκετά βοηθητικά για να αισθανθούν καλύτερα σε αυτό το στάδιο της ζωής τους. Η ψυχολογική υποστήριξη δεν αφορά μόνο τους ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο αλλά και όλους τους άλλους ανθρώπους που τους αγαπούν. Άνθρωποι στο εξωτερικό που έχουν ήδη περάσει μέσα από την διαδικασία του καρκίνου και της θεραπείας του, εξέφρασαν την σημαντικότητα που είχε για αυτούς η ψυχολογική υποστήριξη και η εξωτερίκευση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους. Επίσης υπάρχει δυνατό επιστημονικό υλικό το οποίο υποστηρίζει πως η αξία τέτοιων υπηρεσιών που βοηθούν καρκινοπαθής αλλά και συγγενικά τους μέλη ζουν πιο ολοκληρωμένα καθώς μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις και τις αλλαγές που επιφέρει ο καρκίνος, η θεραπεία του και τα στάδιά του. (Σαββοπούλου 2006).

Έρευνες δείχνουν πως αυτοί που δέχονται ψυχολογική υποστήριξη βλέπουν βελτίωση στην διάθεση τους αλλά και στην ποιότητα της ζωής τους και έτσι γίνονται πιο αισιόδοξοι και αποφασισμένοι. Αυτό σαν αποτέλεσμα έχει, να υπάρχει μια θετική επιρροή στο πως αντιμετωπίζουν τον καρκίνο και την διάγνωσή του, την θεραπεία και την διαδικασία της, καθώς επίσης και άλλα γεγονότα που συμβαίνουν παράλληλα στη ζωή τους. Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται πιο ανακουφισμένοι όταν μάθουν πως υπάρχουν και άλλοι



συνάνθρωποί τους που βρίσκονται στο ίδιο «καραβάκι» μαζί τους και βιώνουν μια παρόμοια κατάσταση. (Λεονταρίτου 2009)

Οι πληροφορίες που ανταλλάσσονται με τον ειδικό της ψυχικής υγείας, μπορούν να είναι καθαρά εμπιστευτικές. Αυτό σημαίνει ότι κανένας δεν θα μιλήσει ή δεν θα γράψει κάτι που αφορά τον ασθενή χωρίς την δική του άδεια. Ο μοναδικός λόγος για τον οποίο θα μπορούσε να μιλήσει, σε κάποιον ειδικό είναι εάν διαπιστώσει πως έχει σκοπό να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιον άλλον. (Λεονταρίτου 2009).

## **7.2 Καρκίνος και κατάθλιψη**

Οι τρεις συνηθέστερες ψυχιατρικές διαγνώσεις στους καρκινοπαθείς είναι οι καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές προσαρμογής και οργανικά σύνδρομα. Σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, το θετικό ψυχιατρικό ιστορικό αναδεικνύεται ως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου ψυχικής νοσήσεως και ακολουθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την νόσο, την θεραπεία και το περιβάλλον. Γεγονός είναι ότι η ψυχολογική αντίδραση στη νόσο διαμορφώνεται από την προσωπικότητα και την προσαρμοστικότητα του ασθενούς και φαίνεται ότι η μαχητική αντιμετώπιση ευνοεί την ψυχολογική προσαρμοστικότητα. Η κατάθλιψη παραμένει αδιάγνωστη στο 20-25% των καρκινοπαθών, ποσοστό το οποίο προσεγγίζει το 80% στην ομάδα ασθενών τελικού σταδίου. Αυτό φαίνεται ότι οφείλεται αφενός στο ότι πολλοί κλινικοί συμερίζονται την δεδομένη άποψη σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη αποτελεί φυσιολογική αντίδραση στον καρκίνο και αφετέρου στην σημαντική αλληλεπίδραση των συμπτωμάτων του καρκίνου και της κατάθλιψης. Οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου διακρίνονται σε βιολογικούς και ψυχολογικούς. Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα για την εκτίμηση αυτοκτονικού ιδεασμού και του κινδύνου αυτοκτονίας, ο οποίος είναι διπλάσιος στον πληθυσμό των καρκινοπαθών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Η θεραπεία με σύγχρονα αντικαταθλιπτικά και οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις γνωσιακού – συμπεριφορικού τύπου παρέχουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Βελέντζα, Μαμπλέκου 2003).

## **7.3 Επιπτώσεις στο άτομο που πάσχει από καρκίνο παχέος εντέρου**

Η μεγάλη διάρκεια της ασθένειας αλλά και των επιπλοκών της (κολοστομία) επιδρά στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών όσο και της οικογένειάς τους. Τα άτομα στην κατάσταση αυτή ακολουθούν την διαδικασία πένθους που έχει διάφορα στάδια και είναι τα εξής:

- Το στάδιο της διάγνωσης (shock) ασθενής και οικογένεια παρουσιάζουν μια αδυναμία να αντιδράσουν ή αντιδρούν σπασμωδικά.
- Ακολουθεί το στάδιο της άρνησης (denial) όπου ο ασθενής και κατ' επέκταση η οικογένεια αρνούνται να αποδεχθούν το γεγονός με αποτέλεσμα να τρέχουν από ιατρείο σε ιατρείο σε μια προσπάθεια να ακούσουν κάτι διαφορετικό από την αρχική διάγνωση.
- Στο στάδιο του θυμού (anger) ο ασθενής και η οικογένεια του βιώνουν και εκφράζουν θυμό, ως ένδειξη διαμαρτυρίας στην ανατροπή που παρουσιάζεται στα σχέδια τους και στο μέλλον . Οι ασθενείς στο στάδιο αυτό στρέφουν την οργή τους είτε στο σύστημα υγείας και στο προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων είτε σε μεταφυσικό επίπεδο όπως στο θεό ή στην τύχη.
- Στο στάδιο της απόσυρσης (retreat) ο ασθενής θρηνεί για το απώλειες που υπέστη και είναι δυνατόν ασθενής και οικογένεια να μην εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας, να μην εφαρμόζουν τις θεραπείες που τους έχουν συσταθεί και να περνούν μια φάση κατάθλιψης.
- Στο στάδιο της διαπραγμάτευσης (bargaining) τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι η ασθένεια είναι αμετάβλητο γεγονός και μπορεί να συμβεί στον καθένα. Τότε ακολουθεί η διαδικασία της διαπραγμάτευσης η οποία είναι μια προσπάθεια να υπερνικηθεί η κρίση και να καλυτερέψει η κατάσταση.
- Το τελικό στάδιο είναι το στάδιο της αποδοχής / αντιμετώπισης (acceptance). Άρρωστος και οικογένεια αποδέχονται το γεγονός και αντιμετωπίζουν τη ζωή λαμβάνοντας το υπ' όψιν, γίνονται συνεργάσιμοι και πειθαρχούν στις συνιστώμενες θεραπείες.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν αυτά τα στάδια και να τα αναγνωρίζουν, όταν επεμβαίνουν θεραπευτικά στον ασθενή και την οικογένεια για να έχουν αποτελεσματικότερη παρέμβαση και να μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά (Σαπουντζή – Κρέπια 2004).

#### **7.4 Στήριξη των καρκινοπαθών**

Το να ζει κάποιος με μια σοβαρή ασθένεια δεν είναι καθόλου εύκολο. Οι καρκινοπαθείς και τα κοντινά τους πρόσωπα αντιμετωπίζουν αρκετές καθημερινές δυσκολίες. Συνήθως οι

ασθενείς ανησυχούν για το πώς θα συνεχίσουν τη δουλειά τους, πώς θα φροντίσουν την οικογένεια τους ή πώς θα καταφέρουν να κάνουν τις συνήθεις δραστηριότητες τους. Οι έγνοιες για εξετάσεις, θεραπείες, διαμονή στο νοσοκομείο και τα έξοδα νοσηλείας δεν είναι καθόλου ασυνήθιστες. Οι γιατροί, οι νοσοκόμες ή άλλα μέλη των υπηρεσιών υγείας μπορούν ν' απαντήσουν στις ερωτήσεις των ασθενών γύρω από τη θεραπεία, την εργασία ή τις άλλες δραστηριότητες τους. Επίσης οι συναντήσεις με κάποιον κοινωνικό λειτουργό ή μέλος της εκκλησίας μπορεί να βοηθήσουν τους ασθενείς που θέλουν να εκφράσουν τα συναισθήματα τους ή να συζητήσουν προβλήματα σχετικά με το μέλλον και τις προσωπικές τους σχέσεις. Η στήριξη των φίλων και των συγγενών είναι ιδιαίτερα πολύτιμη. Επίσης μερικοί ασθενείς πιστεύουν ότι τους βοηθά η συζήτηση των προβλημάτων τους με άλλους καρκινοπαθείς. Οι άνθρωποι που πάσχουν από καρκίνο πολλές φορές συγκεντρώνονται σε ομάδες υποστήριξης, όπου μπορούν να μοιράζονται τις εμπειρίες που αποκόμισαν και αποκομίζουν στην διάρκεια της μάχης τους με την ασθένεια. Είναι απαραίτητο να θυμόμαστε όμως ότι ο κάθε ασθενής είναι διαφορετικός. Οι τρόποι θεραπείας και αντιμετώπισης του καρκίνου που μπορεί να ωφελούν ένα άτομο, μπορεί για ένα άλλο να είναι εντελώς άχρηστοι - ακόμα κι όταν έχουν την ίδια μορφή καρκίνου. Μια καλή ιδέα είναι η συζήτηση και συμβούλευση των φίλων και των συγγενών του ασθενή απ 'τον γιατρό τους. Πολύ συχνά ένας κοινωνικός λειτουργός ή θεραπευτής εντεροστομίας μπορεί να προτείνει ομάδες που βοηθούν στην επανένταξη, την ψυχολογική και οικονομική πολλές φορές στήριξη, τη βοήθεια στη μεταφορά και τη φροντίδα στο σπίτι. Οι δανειστικές βιβλιοθήκες τέλος περιέχουν βιβλία και φυλλάδια σχετικά με τον καρκίνο και την αντιμετώπιση του, οργανική και ψυχολογική. (Βελέντζα, Μαμπλέκου 2003).

## **7.5 Φίλοι και οικογένεια**

Φροντίζοντας κάποιον κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου μπορεί να επηρεάσει τη σχέση σας μαζί του. Καθώς οι προκλήσεις και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει μαζί ένα ζευγάρι μπορεί να δυναμώσουν τη σχέση τους, υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες η σχέση μπορεί να αποδυναμωθεί. Μπορεί να εξαρτάται στο πώς ήταν η σχέση πριν τη διάγνωση του καρκίνου. Οι περισσότεροι που φροντίζουν αγαπημένα τους πρόσωπα ισχυρίζονται ότι η σχέση τους υπέφερε από πιο έντονο στρες κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας (Λεονταρίτου 2009).

## **7.6 Φροντίζοντας τον σύντροφό σας**

Θα είναι αρκετά δύσκολο για εσάς να αποδεχτείτε ότι το αγαπημένο σας πρόσωπο διαγνώστηκε με καρκίνο καθώς και το ότι πλέον είστε αλληλοεξαρτώμενοι. Η δομή και οι ρόλοι σας ίσως αλλάξουν και μπορεί πλέον να χρειαστεί να αναλάβετε πολλές από τις υπευθυνότητες του συντρόφου σας. Αυτός που βιώνει τον καρκίνο μπορεί να αισθάνεται ότι «τα πράγματα είναι εκτός ελέγχου». Μπορεί να θέλετε να βοηθήσετε με όποιον τρόπο μπορείτε, αλλά τουλάχιστον προσπαθήστε να μην αναλάβετε και τις δραστηριότητες που ακόμη ο σύντροφός σας μπορεί να κάνει. Ίσως να σας βοηθούσε να συζητήσετε την αλλαγή ρόλων με τον σύντροφό σας, καθώς και το πώς θα αναδιοργανώσετε τη ζωή σας κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Προσπαθήστε να συμπεριλάβετε τον σύντροφό σας σε αποφάσεις που αφορούν την οικογένειά σας και το σπίτι σας καθώς και να τον ρωτάτε τη γνώμη του. Μοιραστείτε μαζί πράγματα, δουλέψτε μαζί σαν μία μικρή ομάδα. Ο σύντροφός σας θα το εκτιμήσει αυτό παρά τη θεραπεία του, και θα νιώθει ακόμη σημαντικός, -ένα ενεργό μέλος της οικογένειας. Όταν θα έχετε εδραιώσει τους νέους σας ρόλους και τις νέες σας υπευθυνότητες, μπορεί να είναι απαραίτητο να ζητήσετε και βοήθεια από συγγενείς και φίλους. Πάλι, η συμμετοχή του συντρόφου σας στη διαδικασία αυτή είναι σημαντική (Λεονταρίτου 2009).

## **7.7 Φροντίζοντας ανθρώπους του στενού σας περιβάλλοντος**

Μπορεί να φροντίζετε ένα μέλος της οικογένειάς σας ή έναν φίλο σας. Μπορεί να φροντίζετε έναν γονιό και να νιώθετε ότι ο γονιός σας πλέον στηρίζετε πάνω σας. Ο γονιός σας μπορεί να αισθάνεται και εκείνος από τη μεριά του άβολα που τώρα βασιζόμαστε στο παιδί του.

Μπορεί να φροντίζετε ένα ενήλικο παιδί και να αισθάνεστε ανασφαλής αναλαμβάνοντας αυτόν τον φροντιστικό ρόλο. Ή μπορεί να έχουν και αυτοί τον δικό τους σύντροφο ή οικογένεια και να αισθάνεστε αβέβαιοι για τον ρόλο σας.

Μπορεί να έχετε μία σχετικά φορτισμένη σχέση με τον άνθρωπο που φροντίζετε. Η πίεση της θεραπείας αλλά και οι απαιτήσεις της μπορεί να προσθέσουν ακόμη περισσότερη φόρτιση στη σχέση σας. Μπορεί να θέλετε να μοιραστείτε τον φροντιστικό σας ρόλο και με άλλα πρόσωπα ώστε να μην είστε μόνος με τον ασθενή σε συνεχή βάση. Μπορεί να σας είναι δύσκολο να πλύνετε, να κάνετε μπάνιο ή να παρέχετε τόσο στενή φροντίδα στο άτομο που βιώνει τον καρκίνο. Μιλήστε με τον γιατρό ή τη νοσοκόμα του για αυτό και ίσως να μπορούν

να σας προτείνουν εναλλακτικές λύσεις ώστε να παρέχετε την φροντίδα που χρειάζεται ο ασθενής. (Λεονταρίτου 2009).

## **7.8 Θέτοντας όρια**

Όταν το πρόσωπο που αγαπάτε πρωτοδιαγνώστηκε με καρκίνο μπορεί να αισθανθήκατε (ή ακόμα και τώρα) ότι θέλετε να κάνετε ό,τι περνάει από το χέρι σας για τον βοηθήσετε. Αυτή είναι μία φυσιολογικότερη αντίδραση αλλά καθώς η θεραπεία προχωράει και εξελίσσεται σε μήνες ή και χρόνια, μπορεί να καταλήξει μία δυσκόλως διατηρούμενη διαδικασία φροντίδας. Για να δημιουργήσετε μία ευχάριστη και μακρόχρονη σχέση φροντίδας με το άτομο που σας ενδιαφέρει θα σας βοηθούσε αρκετά το να θέσετε κάποια όρια. Αυτά τα όρια θα προστατεύσουν το ποιος είστε, την αξία σας, τη φυσική σας κατάσταση, την ψυχική σας υγεία αλλά και το να θυμάστε πως πρέπει να φροντίζετε και τον εαυτό σας (Λεονταρίτου 2009).

## **7.9 Πρακτικές συμβουλές για ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου**

1. Προσπαθήστε να μην πανικοβληθείτε – δώστε χρόνο στον εαυτό σας  
Το πιο σημαντικό πράγμα που μπορείτε να κάνετε είναι να δώσετε στον εαυτό σας χρόνο να κατανοήσετε τη νόσο από την οποία πάσχετε και τις θεραπείες που προσφέρονται. Μετά μπορείτε να λάβετε τη σωστή απόφαση σχετικά με τη θεραπεία που θα ακολουθήσετε. Ο χρόνος αυτός – συνήθως 2-3 εβδομάδες – είναι μάλλον απίθανο να επηρεάσει την έκβαση της θεραπευτικής σας αγωγής, ενώ συνήθως επιφέρει τεράστια διαφορά όσον αφορά στην ψυχική σας ηρεμία και την εμπιστοσύνη σας στη θεραπεία που θα επιλέξετε μαζί με τους ιατρούς σας.

2. Ανοικτή επικοινωνία με τον ιατρό σας

«Ήταν όλοι πολύ καλοί, υπέροχοι, αλλά μετά συνειδητοποίησα ότι κανείς δεν μου είχε πει τίποτα». (Πάσχουσα από καρκίνο). Έχει αποδειχτεί ότι η καλή επικοινωνία μεταξύ ενός/ μίας ασθενούς και του ιατρού του/ της οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία του καρκίνου. Έτσι, είναι πολύ σημαντικό οι ασθενείς να λαμβάνουν σαφείς πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή τους μετά τη διάγνωση. Καθώς για τον ιατρό σας θα είναι αναμενόμενο να έχετε απορίες και ανησυχίες, μην διστάσετε να του θέσετε ερωτήσεις.

3. Αποκτήστε έναν/ μία φίλο /η-σύμβουλο

Πάρτε μαζί σας στα ιατρικά ραντεβού ένα στενό φίλο / μία στενή φίλη σας ή ένα μέλος της οικογένειάς σας. Το να έχετε έναν /μία φίλο/ η-σύμβουλο μαζί σας θα σας βοηθήσει να

θυμάστε και να κατανοήσετε αυτά που θα σας πει ο ιατρός σας, να περιορίσετε το άγχος που συνδέεται με την όλη διαδικασία του ραντεβού και να ρωτήσετε όσα είναι σημαντικά για εσάς.

#### 4. Συγκεντρώστε όσες πληροφορίες μπορείτε

Η πλήρης κατανόηση του καρκίνου και του τι συμβαίνει στο σώμα σας θα σας βοηθήσει να αντιληφθείτε τις καλύτερες επιλογές για την αντιμετώπιση της νόσου σας. Μαζί με τον/ την φίλο/ η-σύμβουλο σας συγκεντρώστε πληροφορίες από τον ιατρό σας και τις ομάδες υποστήριξης πασχόντων και μοιραστείτε τις με την οικογένεια και τους φίλους σας, ώστε να μπορέσουν να σας βοηθήσουν να τις κατανοήσετε.

#### 5. Ταξινομήστε όλες τις πληροφορίες για τη νόσο σας

Συγκεντρώστε όλα τα έγγραφα μαζί, συμπεριλαμβανομένων του ενημερωτικού υλικού για τη νόσο σας, των εργαστηριακών αναφορών, των ιατρικών σημειώσεων, των ραντεβού στο νοσοκομείο και των επαφών σας. Αυτό αφενός θα σας βοηθήσει αργότερα όταν θα χρειαστεί να ανατρέξετε στις σημειώσεις σας και θα σας βοηθήσει να φτιάξετε έναν κατάλογο με όλα αυτά για τα οποία χρειάζεστε διευκρινίσεις εσείς και ο/ η φίλος/ η-σύμβουλός σας.

#### 6. Κατάλογος ραντεβού

Για να έχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα οι συναντήσεις σας με τον ιατρό σας, είναι χρήσιμο να έχετε μαζί σας τα εξής:

Τον φίλο/ η-σύμβουλό σας για να κάνει ερωτήσεις, να κρατά σημειώσεις και να σας παρέχει υποστήριξη

Ένα σημειωματάριο ή μαγνητόφωνο

Μία γραπτή λίστα με ερωτήσεις που θα κάνετε στον ιατρό σας

Το προσωπικό και οικογενειακό σας ιατρικό ιστορικό, για να ενημερώσετε τον ιατρό σας

Λεπτομέρειες για οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή λαμβάνετε.

#### 7. Αντιμετωπίζοντας τη διάγνωση

Το σοκ και η αδυναμία παραδοχής είναι συνήθεις αντιδράσεις σε περίπτωση διάγνωσης καρκίνου. Ακολούθως, παρατίθενται ορισμένες προτάσεις που θα σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε την κατάσταση:

Επιλέξτε έναν/ μία φίλο/ η-σύμβουλο που θα σας στηρίξει ψυχολογικά αλλά και στην πράξη, συνοδεύοντάς σας για παράδειγμα στον ιατρό.

Επικοινωνήστε με την τοπική ομάδα πασχόντων για υποστήριξη

Μιλήστε με άλλους ανθρώπους που κατάφεραν να νικήσουν τον καρκίνο

Αφιερώστε χρόνο στον εαυτό σας

Θέστε όρια στον εαυτό σας και στους άλλους, μην κάνετε περισσότερα απ' όσα μπορείτε

Μην αντιμετωπίσετε τον καρκίνο μόνη – ζητήστε βοήθεια από έναν/ μία φίλο/ η- σύμβουλο  
(Λεονταρίτου 2009).

*ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>*

*ΟΤΚΟΛΟΓΙΚΗ*

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*



## **8.1 Ογκολογία**

Η ογκολογία είναι ο κλάδος της ιατρικής επιστήμης που έχει ως αντικείμενο τη μελέτη και την αντιμετώπιση των κακοηθών όγκων.

Ο όρος καρκίνος αναφέρεται σε μια ομάδα εντελώς ανόμοιων κακοηθών νόσων που έχουν ωστόσο ένα κοινό: την ανεξέλεγκτη διαίρεση των κυττάρων ενός οργάνου ή ιστού. Πολλά καρκινικά κύτταρα μαζί σχηματίζουν έναν όγκο. Η μη ελεγχόμενη ανάπτυξη ενός όγκου έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή του περιβάλλοντος υγιούς ιστού. Η εξάπλωση του όγκου μέσω του αίματος ή του λεμφικού συστήματος μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη δευτερογενών όγκων ή μεταστάσεων σε άλλα όργανα ή ιστούς. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου διαφέρει σε κάθε άνθρωπο, ανάλογα με τον τρόπο ζωής του, τη γενετική προδιάθεση ή τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο τρόπος ζωής μας είναι ίσως ο μόνος παράγοντας που μπορούμε να ελέγξουμε. Η σωστή ενημέρωση είναι καθοριστικής σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση και παρακολούθηση σε περίπτωση καρκίνου.

Παρόλο που ο καρκίνος δεν καταπολεμάτε εύκολα, οι νέες θεραπείες έχουν αυξήσει σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

## **8.2 Το μέλλον της ογκολογικής νοσηλευτικής**

Πολύ ελάχιστες είναι οι αρρώστιες οι οποίες 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 πρέπει να αντιμετωπιστεί τόσο ως 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 στον χώρο που ζει, στο σπίτι του. Η επιστημονική πρόοδος έδωσε σήμερα την δυνατότητα στον άνθρωπο να καθυστερεί να αναβάλλει το θλιβερό αποτέλεσμα μιας θανατηφόρου αρρώστιας όπως ο καρκίνος και να ανακουφίζει τον άρρωστο από πολλά σωματικά συμπτώματα που την συνοδεύουν. Ακριβώς όμως εξαιτίας αυτής της επιστημονικής προόδου ο άνθρωπος σπάνια πεθαίνει με άνεση και ζεστασιά στο δικό του σπίτι, ανάμεσα στην οικογένειά και τους φίλους του. Αντίθετα προσπαθούν να τον ξεκουράσουν οι μάσκες οξυγόνου και οι αναπνευστικές συσκευές, οι διάφορες παροχετεύσεις και το πάντοτε απασχολημένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι λοιπόν ανάγκη όλοι εμείς που εργαζόμαστε για τον άρρωστο, να συγκεντρώσουμε τις προσπάθειές μας για την απαραίτητη υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο

που υποφέρει από καρκίνο και να του προσφέρουμε ολοκληρωμένη φροντίδα σε όλη την 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 υγειονομική περίθαλψη, εν τούτοις αυτά τα άτομα απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Η υγειονομική περίθαλψη, κατά ένα μεγάλο ποσοστό αγνοεί το άτομο που βρίσκεται έξω από το νοσοκομειακό χώρο και πολύ περισσότερο στις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση τόσο στο θεωρητικό μέρος όσο και στην κλινική άσκηση επικεντρώνεται στον άρρωστο του νοσοκομείου, αγνοώντας το γεγονός ότι υπάρχει ανάγκη για πρόληψη της αρρώστιας, διατήρηση και προαγωγή της υγείας όλου του πληθυσμού της χώρας. Εκπαιδεύονται οι σπουδαστές στην ογκολογική νοσηλευτική μόνο στα αντικαρκινικά νοσοκομεία, δεν έχουν την ευκαιρία να φροντίσουν τον καρκινοπαθή στο σπίτι του, να τον βοηθήσουν να παραμείνει και να πεθάνει στο σπίτι του. Ακόμη να συμβάλλουν να προληφθεί ο καρκίνος από τα πρώιμα συμπτώματά 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 /στρια 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 αποκτήσει.

Πρέπει με την ανάλογη εκπαίδευση να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτότητα στην ζωή του ατόμου, με σκοπό να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες ανάγκες και να διαπιστώσει πώς συλλαμβάνει το ίδιο το άτομο τις ανάγκες αυτές. Επίσης, να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία και συνεννόηση με το ίδιο το άτομο, το οποίο συμμετέχει ενεργά στην φροντίδα του. Για να γίνει αυτό πρέπει να καταλάβει ο σπουδαστής/στρια της νοσηλευτικής: ότι νοσηλεύει το άτομο και όχι την αρρώστια, τον καρκινοπαθή άρρωστο και όχι τον καρκίνο.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πώς όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης. Η ανάγκη της ειδίκευσης αυτής του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε

από το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται πώς το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στην νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο (*Πάππιά, Πετροπούλου 2001*).

### **8.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ογκολογία.**

Η εξειδίκευση του νοσηλευτή στην ογκολογία είναι πλέον απαραίτητη για να αντεπεξέλθει στον δύσκολο ρόλο που απαιτείται. Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να διαθέτει δεξιότητες, επιστημονική κατάρτιση, γνώσεις, εμπειρία, αγάπη για τους ασθενείς, αίσθημα ευθύνης, προσωπική προσπάθεια, χρόνο και ενδιαφέρον για την βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα : πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας και υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους (*Πάππης 2003*).

Οι ογκολογικοί ασθενείς είναι μια πρόκληση για τους νοσηλευτές όπως και για όλους τους επαγγελματίες υγείας καθώς καλούνται να αποδείξουν τη συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου, καθώς αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Η βαρύτητα της νόσου τους και το προνόμιο να γνωρίζουν το επικείμενο τέλος αρκετές φορές επηρεάζει την ψυχολογία, τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής τους (*Γαβρή 2007*).

Οι ασθενείς αποδίδουν μεγαλύτερη σημαντικότητα στη φροντίδα που λαμβάνουν από τους νοσηλευτές συγκριτικά με εκείνη που λαμβάνουν από τους άλλους επαγγελματίες υγείας και συσχετίζουν την ικανοποίησή τους από τη νοσοκομειακή φροντίδα με την ικανοποίησή τους από τη νοσηλευτική φροντίδα. Επιπλέον η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα για την επιλογή επανεισαγωγής στην κλινική. Οι ασθενείς αναγνωρίζουν τη σημαντική ιδιαιτερότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, γιατί διασφαλίζει εξατομικευμένη προσέγγιση, σεβασμό της προσωπικότητας και δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων τους. Η ιδιαιτερότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αντανακλάται από τη μοναδική θεραπευτική σχέση Ασθενή – Νοσηλευτή που τη χαρακτηρίζει. Η θεραπευτική αυτή σχέση πηγάζει αλλά και ανατροφοδοτείται από τη διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών για την ποιότητα ζωής

τους. Η στενή σχέση των νοσηλευτών με τους ασθενείς, τους επιτρέπει να κατανοούν τις επιδράσεις που υφίσταται ο ασθενής από τη νόσο και τη θεραπεία. Οι νοσηλευτές ακούγοντας τις περιγραφές και τις ανάγκες των ασθενών, αναγνωρίζουν εκείνες τις διαστάσεις της ζωής που επιδεινώνονται. Είναι γνωστό ότι η φροντίδα βελτιώνει την αντίληψη του ασθενή για την υγεία, την αξιοπρέπεια και την ευεξία του και προάγει την προσωπική εξέλιξη, την αυτοεκτίμηση και την ενεργοποίηση του εαυτού. Οι ίδιοι οι ασθενείς περιγράφουν νοσηλευτικές παρεμβάσεις και συμπεριφορές που βελτιώνουν την αντίληψη τους για την ποιότητα της ζωής τους επίσης αναγνωρίζουν τους νοσηλευτές ως σταθερή αξία στη διάρκεια της νόσου τους και ως εκείνους που μπορούν να τους εμπνεύσουν κουράγιο, ελπίδα, αισιοδοξία, αυτοεκτίμηση και θετική στάση για τη ζωή. Εμπιστεύονται σε αυτούς φόβους και σκέψεις γιατί είναι ειλικρινείς μαζί τους, τους θεωρούν καλούς ακροατές γιατί τους διαθέτουν όσο χρόνο χρειαστεί για να αναγνωρίσουν τις ανάγκες τους .(Κατσαράγκης 2009).

*ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο*

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ*

*ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑ*

*ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ*

## **9.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρουργικά**

Η προεγχειρητική προετοιμασία συνιστάται σε α)Γενική β)Τοπική και γ)Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.

### **9.1.1 Γενική προεγχειρητική φροντίδα**

Περιλαμβάνει:

1.Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς: Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο, διακατέχεται από άγχος και φόβο για το άγνωστο, τι θα αντιμετωπίσει, φόβοι που έχουν σχέση με το επάγγελμα, την οικογένειά του, την οικονομική κατάσταση, πολύ περισσότερο ο συγκεκριμένος ασθενής έχει να αντιμετωπίσει και το γεγονός της μόνιμης αναπηρίας .Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για κάθε χειρουργικό άρρωστο τόσο ο ψυχικός όσο και ο σωματικός παράγοντας να βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση, όταν πρόκειται να χειρουργηθεί, γιατί είναι γνωστό ότι η έλλειψη ψυχικής ηρεμίας επηρεάζει άμεσα την ισορροπία του οργανισμού με αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών, ως και shock.Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να ενημερώσει τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρόκειται να συμβεί, με κατανόηση και με λόγια σύμφωνα με το επίπεδο μόρφωσης ου εκάστοτε ασθενή. Πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εξωτερικεύει τους φόβους και τις ανησυχίες και να εξηγήσει όλες του τις απορίες σχετικά με την επέμβαση που θα γίνει. Οι ασθενείς έχουν ιδιαίτερη ανάγκη από υποστήριξη και ενίσχυση για να αποκτήσουν εμπιστοσύνη στον γιατρό, τους νοσηλευτές και το περιβάλλον του νοσοκομείου. Κάθε άρρωστος που πρόκειται να κάνει κολοστομία πρέπει να καταλάβει ότι αυτή αποτελεί μοναδική λύση που θα του επιτρέψει να ζήσει και να είναι υγιής. Κάτι που βοηθάει στην καλύτερη αποδοχή είναι να φέρουμε σε επαφή τον ασθενή με άλλους ασθενείς, οι οποίοι έχουν κολοστομία και την έχουν αποδεχθεί καλά. Εάν αυτό είναι δυνατό να γίνει ο ασθενείς μπορεί να διαβάσει ή να του διαβάσουν ορισμένα άρθρα γραμμένα από ομοιοπαθείς οι οποίοι ζουν ομαλά στην κοινωνία άσχετα από την αρρώστια τους.

2.Σωματική τόνωση του ασθενούς: Η καλή κατάσταση θρέψης προεγχειρητικά του ασθενή τον βοηθά να αντιμετωπίσει το αρνητικό μετεγχειρητικό ισοζύγιο χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό. Γι' αυτό το λόγο χορηγούνται τροφές πλούσιες σε λευκώματα, άλατα, βιταμίνες, θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη και λίπη. Επιπλέον γίνεται ηλεκτρολυτικός έλεγχος και ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. Σημειώνεται οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος και δεν πρέπει να διακοπών

διουρητικά, αντιπηκτικά και αντιβιοτικά. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα παχύσαρκα άτομα γιατί έχουν προδιάθεση σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως: διαπύηση τραύματος και εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα. Επιπλέον, αντιδρούν λιγότερα έντονα στο stress, δεν αντέχουν στην αφυδάτωση και παρουσιάζουν ευκολότερα shock.

Επίσης, η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στην μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας με αποτέλεσμα τη μικρότερη αντοχή στο stress. Το θεραπευτικό ανισοζύγιο είναι συχνό ενώ το αίσθημα δίψας δεν είναι αξιόπιστος δείκτης των αναγκών τους σε υγρά. Συχνά υπάρχει αναιμία ενώ και η υπόταση είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση για τον υπερήλικα, γιατί αν δεν διορθωθεί άμεσα προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα του υπερήλικα.

Παράλληλα, καθώς οι ασθενείς σε κάθε εγχείρηση χάνουν υγρά με την απώλεια αίματος, ιδρώτας, εμετών θα πρέπει προεγχειρητικά να δίνεται μεγάλη προσοχή σε κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή και να γίνεται μετάγγιση αίματος ενώ υπάρχει αναιμία. Ακολουθώντας, ο νοσηλευτής διδάσκει τον άρρωστο πώς να αναπνέει και να βήχει αποτελεσματικά για την αποφυγή αναπνευστικής οξέωσης, ατελεκτασίας ή βρογχοπνευμονίας. Επίσης για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας θα πρέπει κατά τακτικά χρονικά διαστήματα να κουνάει τα πόδια του και να τα φέρνει προς την κοιλιακή χώρα.

3.Καθαριότητα του ασθενούς: περιλαμβάνει την ατομική καθαριότητα και την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Η σπουδαιότερη αρχή στην οποία στηρίζεται η εγχείρηση της κολοστομίας είναι ο μηχανισμός καθαρισμού του εντέρου ώστε να ελαττωθεί το περιεχόμενο του στο ελάχιστο. Γιατί το λόγο οι ασθενείς εισάγονται στο νοσοκομείο μερικές μέρες πριν γίνει η εγχείρηση και τους χορηγείται δίαιτα χωρίς υπόλειμμα. Την παραμονή χορηγείται δίαιτα και το βράδυ γίνεται υποκλυσμός όπως και το πρωί της ημέρας της επέμβασης. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον γιατρό για το αποτέλεσμα του υποκλυσμών. Πολλές φορές χορηγούνται από το στόμα αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου όπως σουφλοναμίδες ή και αντιβιοτικά επί πέντε ημέρες, με σκοπό να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης του τραύματος. Όσον αφορά την καθαριότητα του σώματος την παραμονή της επέμβασης γίνεται λουτρό και αντισηψία στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων.

4.Γίνεται πληθώρα ιατρικών εξετάσεων αίματος, ούρων, ΗΚΓ, ακτινογραφία θώρακος και πολλές εξειδικευμένες για το συγκεκριμένο χειρουργείο. Η εξέταση αίματος είναι

απαράβατος κανόνας πριν από την γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης ελέγχεται η πηκτικότητα του αίματος.

5.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 χορηγείται ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο, τη νύχτα της παραμονής με εντολή γιατρού (Γιάππιά, Πετροπούλου 2001, Αθανάτου 2004, Σαχίνη-Καρδάση και Γιάνου 2004).

### **9.1.2 Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία**

Είναι η ετοιμασία του μέρους του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Η ετοιμασία περιλαμβάνει: καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του συγκεκριμένου σημείου ώστε να μειωθούν όσο το δυνατόν οι μολύνσεις. Εάν κατά την αποτρίχωση προκληθεί λύση της συνέχειας του δέρματος, πρέπει να ενημερωθεί ο χειρουργός πριν το χειρουργείο. Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου αρχίζει από την πρόσθια επιφάνεια του κορμού από το ύψος των θηλών του μαστού έως την ηβική σύμφυση. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην περιοχή του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών (Γιάππιά, Πετροπούλου 2001).

### **9.1.3 Τελική προεγχειρητική ετοιμασία**

Περιλαμβάνει την ετοιμασία του ασθενή πριν την μεταφορά στο χειρουργείο. Συγκεκριμένα:

Ντύσιμο του ασθενούς με ειδικό πουκάμισο, σκούφο, ποδονάρια, ταυτότητα.

Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών, κοσμημάτων, χρημάτων τα οποία δίνονται είτε σε στενό συγγενή είτε στην προϊσταμένη.

Ξεβάφονται τα νύχια και κενώνεται η ουροδόχος κύστη.

Μισή ώρα πριν το χειρουργείο χορηγείται η προνάρκωση και γίνεται λήψη ζωτικών σημείων πριν και μετά την χορήγησή της.

Συμπληρώνεται το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου. Κατόπιν, μετά την μεταφορά του ασθενούς οι νοσηλευτές ετοιμάζουν κατάλληλα τον θάλαμό του. Στρώνεται το χειρουργικό κρεβάτι χωρίς μαξιλάρι, τοποθετείται αδιάβροχο. Στο κομοδίνο του τοποθετούμε πετσέτα, ποτήρι με νερό, port cotton, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα και χαρτοβάμβακο για τις ανάγκες του ασθενούς. Ο θάλαμος θα πρέπει να είναι σκοτεινός και δροσερός καθώς επίσης απομονωμένος από θορύβους και ενοχλήσεις. Οι



νοσηλεύτρια παραμένει με τον ασθενή μέχρι την τελευταία στιγμή πριν να πάει στο χειρουργείο, τον ενθαρρύνει και τον βεβαιώνει ότι θα είναι στο πλευρό του στις δύσκολες στιγμές που περνάει και ότι θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει κάθε μετεγχειρητικό πρόβλημα (Αθανάτου 2004).

#### **9.1.4 Μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου**

Η μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου περιλαμβάνει:

Φροντίδα για την μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βάδισμα.

Τακτοποίηση του αρρώστου στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Συνήθης θέση μετά το χειρουργείο είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για πρόληψη εισρόφησης, εμεσμάτων και πνιγμού σε περίπτωση εμετού καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.

Γίνετε έλεγχος των ζωτικών σημείων, της γενικής κατάστασης του τραύματος, παρακολούθηση των εξωτερικών γαζών για πιθανή αιμορραγία, των παροχετεύσεων και έλεγχος της λειτουργικότητάς τους. Παρακολούθηση του ασθενούς, του επιπέδου συνείδησης και τις κινήσεις των άκρων που αφορούν την νευρολογική κατάστασή του.

Προστασία του αρρώστου από ρεύματα αέρα για να μην κρυώσει.

Εκτίμηση του πόνου και της δυσφορίας (φροντίδα για ανακούφισή του).

Παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών, του ρυθμού ροής (φροντίδα για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης).

Ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να αλλάζει συχνά θέση για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα.

Τοποθέτηση στο κομοδίνο χαρτοβάμβακα, νεφροειδές καθώς και το κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία του.

Αν φέρει κολοστομία, παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος (Σαχίνη-Καρδάση-Πάνου 2004, Αθανάτου 2004).

#### **9.1.5 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές**

Οι συνήθεις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

α) Πόνος β)Ναυτία-έμετοι γ)Δίψα δ)Διάταση εντέρου ε)Διάταση κύστεως στ)Λόξυγκας ζ)Ανησυχία-δυσφορία η)Δυσκοιλιότητα.

Ο νοσηλευτής οφείλει να βρίσκεται κοντά στον ασθενή να τον παρακολουθεί και να τον παρατηρεί για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των δυσχερειών.

Οι κυριότερες επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει ο ασθενής σε χειρουργείο καρκίνου παχέος εντέρου είναι:

1) Επιπλοκές από το κυκλοφορικό (Shock – Αιμορραγία – Θρομβοφλεβίτιδα - Φλεβοθρόμβωση).

α) **Shock:** είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς αιμάτωσης των ζωτικών οργάνων, αδυναμίας χρήσης του οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών από τους ιστούς ή αδυναμίας απομάκρυνσης από αυτούς των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού. Το shock ανάλογα με την αιτιολογία του διακρίνεται σε υπογκαιμικό, σηπτικό, αναφυλακτικό, καρδιογενές και νευρογενές. Η κλινική εικόνα του αρρώστου σε κατάσταση shock είναι:

- Ωχρότητα προσώπου.
- Ψυχρότητα και εφίδρωση δέρματος.
- Ταχυσφυγμία και υπόταση.
- Ανησυχία.
- Ναυτία και εμέτους.

Στην φάση αυτή συνήθως αντιμετωπίζεται γι' αυτό και λέγεται ανατάξιμο shock. Τις περισσότερες φορές όμως συνοδεύεται και από διαταραχές άλλων οργάνων όπως η αναπνευστική λειτουργία με δύσπνοια, η νεφρική με ολιγουρία και διαταραχές πηκτικότητας. Η νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του shock περιλαμβάνει τα εξής:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση Trendelenburg.
- Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης.
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.
- Στενή παρακολούθηση ζωτικών και νευρολογικών σημείων.
- Χορήγηση υγρών Ringer's , N/S 0.9%.
- Λήψη αίματος για ομάδα-διασταύρωση.
- Χορήγηση πλήρους αίματος ή ερυθρών ανάλογα με τις τιμές των Hct και Hb.
- Συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών, αερίων αρτηριακού αίματος, σακχάρου αίματος.
- Λήψη ΗΚΓ.

- Στενή παρακολούθηση ΚΦΠ και διατήρησή της μεταξύ 6 και 8 cm H<sub>2</sub>O.
- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.

β) **Αιμορραγία:** οφείλεται είτε σε αποκατάσταση της αρτηριακής πίεσης που συμβαίνει τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση, είτε σε ολίσθηση απολίνωσης εξαιτίας φλεγμονής, μη καλού κόμπου ή διάβρωσης του αγγείου από σωλήνα παροχέτευσης. Η κλινική εικόνα του αρρώστου με αιμορραγία είναι:

- Ταχυσφυγμία.
- Ωχρότητα προσώπου.
- Δέρμα υγρό και ψυχρό.
- Ψυχροί ιδρώτες.
- Πτώση θερμοκρασίας.
- Ταχύπνοια.
- Πτώση αρτηριακής και κεντρικής φλεβικής πίεσης.
- Πτώση αιματοκρίτη.
- Παρουσίαση συγχητικής κατάστασης και απώλεια συνείδησης.

Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τα εξής:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση Trendelenburg.
- Τοποθέτηση του σημείου που αιμορραγεί σε ανάρροπη θέση και κάλυψη με γάζες.
- Μετάγγιση αίματος.
- Έλεγχος ροής της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών.

γ) **Θρομβοφλεβίτιδα- Φλεβοθρόμβωση:** Αίτια της θρομβοφλεβίτιδας είναι η βλάβη φλεβών μετά από άσκηση πίεσης, επιβράδυνση της κυκλοφορίας στα κάτω άκρα μετά από την εγχείρηση λόγω ακινησίας και η αιμοσυμπίκνωση λόγω απώλειας υγρών. Η κλινική εικόνα αρχικά εκδηλώνεται με πόνο και σύσπαση στη γαστροκνημιαία περιοχή ή πόνο κατά τη ραχιαία κάμψη του άκρου ποδός και του γόνατος. Είναι επίσης αισθητός ο πόνος κατά την πίεση. Στην συνέχεια παρουσιάζει ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα και πιθανόν πυρετό.

Η νοσηλευτική φροντίδα για την πρόληψή της περιλαμβάνει τα εξής:

- Αλλαγή θέσης φλεβοκέντησης.
- Καλή ενυδάτωση του ατόμου.
- Έγκαιρη έγερση του αρρώστου.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων όταν είναι κλινήρης.

2) Πνευμονικές επιπλοκές (Ατελεκτασία – Πνευμονική εμβολή).

α) **Ατελεκτασία:** είναι η ατελής έκπτυξη τμήματος λοβού του πνεύμονα. Τα αίτια παρουσίας μετεγχειρητικής ατελεκτασίας είναι αφυδάτωση, αναπνευστική καταστολή, εισρόφιση εμεσμάτων-αίματος και μετεγχειρητική διάταση κοιλιάς. Η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με βήχα, δύσπνοια και κυάνωση. Η νοσηλευτική φροντίδα για πρόληψη και καταπολέμηση της ατελεκτασίας είναι:

- Παρακίνηση του αρρώστου να αναπνέει βαθιά, να βήχει, να αποβάλλει τις εκκρίσεις, να αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι και για έγκαιρη έγερση.
- Αποφυγή χρήσης ηρεμιστικών φαρμάκων που καταστέλλουν το αντανακλαστικό του βήχα, εκτός μικρών δόσεων αναλγητικών για την καταπολέμηση του μετεγχειρητικού πόνου.
- Εισπνοές υδρατμών ή βλεννολυτικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

β) **Πνευμονική εμβολή:** η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με έντονο πόνο στο θώρακα, αδυναμία αναπνοής, κυάνωση, αγωνία, κρύος ιδρώτας και σφυγμός συχνός-άρρυθμος και τελικά απηλάφητος. Η νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη πνευμονικής εμβολής περιλαμβάνει:

- Έγκαιρη έγερση του αρρώστου.
- Συχνή αλλαγή των ενδοφλέβιων καθετήρων.
- Έγκαιρη αντιμετώπιση εμφανιζόμενης θρομβοφλεβίτιδας.

3) Επιπλοκές από το πεπτικό σύστημα (Εντερική απόφραξη).

α) **Εντερική απόφραξη:** η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με οξύ πόνο στην κοιλιά, πυρετό, αύξηση της συχνότητας των σφίξεων και εμετό. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα εξής:

- Συνεχή αναρρόφιση από ρινογαστρικό σωλήνα.
- Χορήγηση νερού και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως.

Στην περίπτωση αυτή πολλές φορές η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση του αποφραχθέντος εντέρου.

4) Επιπλοκές στο χειρουργικό τραύμα (Λοίμωξη - Ρήξη ραμμάτων-Εκσπλάχνωση).

α) **Λοίμωξη:** τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους εξεργασίας. Για τις λοιμώξεις ενοχοποιούνται ο σταφυλόκοκκος, το κολοβακτηρίδιο, η ψευδομονάδα, ο στρεπτόκοκκος κ.α. Η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με αύξηση της συχνότητας των σφίξεων, αύξηση της θερμοκρασίας και οιδηματώδες-επώδυνο

και ζεστό τραύμα. Η νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της λοίμωξης περιλαμβάνει τα εξής:

- Διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές.
- Καθαριότητα του περιβάλλοντος.
- Διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος.
- Έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση.
- Χορήγηση ειδικής αντιβίωσης μετά από καλλιέργεια υγρού του τραύματος.
- Χρήση και τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων.

β) **Ρήξη ραμμάτων-Εκσπλάχνωση:** η επιπλοκή αυτή οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων εξαιτίας λοίμωξης, ισχυρού βήχα και φτερνίσματος, μεγάλης κοιλιακής διάτασης, κακής θρέψης του αρρώστου, μεγάλης ηλικίας και κακής τεχνικής συρραφής του τραύματος. Η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με έντονο πόνο και ενδεχομένως συμπτώματα shock. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε ύπτια αναπαυτική θέση με κάμψη των γονάτων για να μειωθεί η κοιλιακή διάταση.
- Τοποθέτηση αποστειρωμένου τετράγωνου βρεγμένο με φυσιολογικό ορό πάνω στο τραύμα ή στην εκσπλάχνωση και στερεώνεται πιεστικά.
- Χρησιμοποίηση ειδικού επιδέσμου.

Στις περιπτώσεις αυτές ο γιατρός ειδοποιείται αμέσως και ο άρρωστος μεταφέρεται στο χειρουργείο για ανάταξη των σπλάχνων και συρραφή του τραύματος (Αγγελάκη, Στασινού 2009).

## **9.2 Κολοστομία**

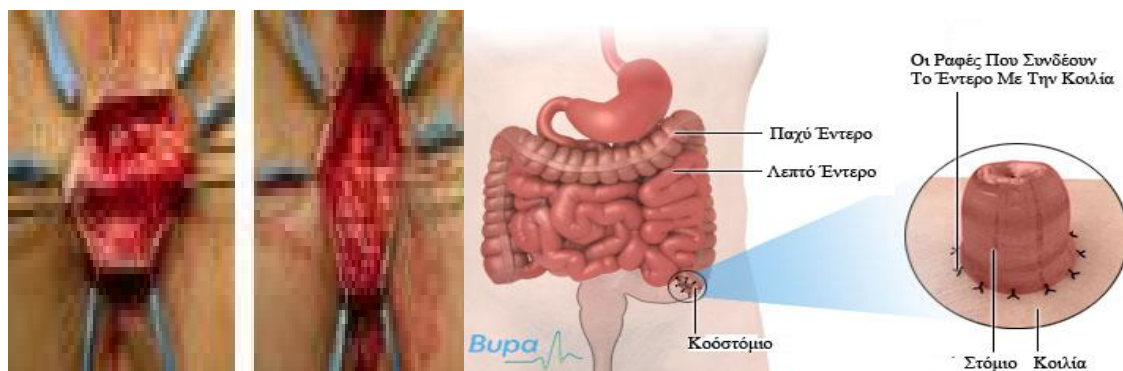
Η ανάπτυξη νέων εγχειρητικών τεχνικών, βελτιωμένων υλικών (σάκοι κ.ά) και η αυξημένη και αποτελεσματική φροντίδα (με την κατάλληλη εκπαίδευση ιδίως του νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενούς), αφ' ενός μεν βελτίωσαν την ανοχή, αφ' ετέρου δε ελάττωσαν τις επιπλοκές των στομιών. Η κατασκευή μιας κολοστομίας είναι ένα σπουδαίο μέρος μιας μεγαλύτερης εγχειρήσεως αφ' ενός (όγκοι, τραύματα, εκκολπωματίτιδα, φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου), και αφ' ετέρου μπορεί να εφαρμόζεται ως μόνη εγχειρητική τεχνική σε περιπτώσεις αντιμετώπισης παθήσεων του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα των οξέων. Προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος εκ των εγχειρήσεων του παχέος εντέρου, συχνά, είναι σκόπιμο ή απαραίτητο, να γίνει μία εγγύς αποσυμφορήση, μιας αναστομώσεως, μιας αλλοιώσεως, που προκαλεί απόφραξη του εντέρου, μιας διάτρησης ή όποιας άλλης

αλλοίωσης, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών από την ολοκλήρωση μιας κολεκτομής, σ' ένα χρόνο.

Μία κολοστομία χρησιμοποιείται για τους παρακάτω τρεις σκοπούς:

1. Να αντικαταστήσει τον πρωκτό ως το ακραίο άνοιγμα του γαστρεντερικού σωλήνα.
2. Να εκτρέψει το κοπρανώδες περιεχόμενο από κάποια περιφερικότερη παθολογική κατάσταση, όπως μία διάτρηση του κόλου, βαρεία φλεγμονή κ.λ.π.
3. Να αποσυμφορήσει το αποφραγμένο παχύ έντερο.

Η καθήλωση της κολοστομίας γίνεται στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Ο τύπος της κολοστομίας που χρησιμοποιείται από το χειρουργό πρέπει να βασίζεται στην εκτίμηση του ειδικού σκοπού για τον οποίο θα γίνει (Τσένης 2009).



(δημιουργία κολοστομίας)

### **9.2.1 Είδη κολοστομίας**

Κατιούσα και σιγμοειδή κολοστομία

Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίας, γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση, ένας υποκλυσμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου.

Εγκάρσια κολοστομία

Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες. Έλεγχος με την βοήθεια πλύσεων είναι δυνατός σε ορισμένες περιπτώσεις, όχι όμως στην πλειοψηφία τους.

Ο άρρωστος, σχεδόν με βεβαιότητα, θα χρειάζεται πάντοτε σάκο.

Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα, η προστασία επομένως του δέρματος γύρω από το στόμιο είναι απαραίτητη.

Υπάρχουν δύο είδη εγκάρσιας κολοστομίας:

α. Διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία

β. Αγκυλωτή κολοστομία

Η διπλού αυλού έχει δύο στόμια, ένα ενεργό, το κεντρικό, και ένα ανενεργό, το περιφερικό. Είναι συνήθως παροδική. Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω, παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κάλου. Το ανενεργό στόμιο διατηρεί το

άνοιγμα του παρακαμπτόμενου τμήματος του εντέρου ώσπου να γίνει η επούλωση. Τότε κλείνεται η κολοστομία και το έντερο επανασυνδέεται με λαπαροστομία.

Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μια αγκύλη ακέραιου εντέρου φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της. Τα κόπρανα παροχετεύονται μέσα από τομή που γίνεται στο επάνω μέρος της αγκύλης. Μπορεί να μείνει ανοιχτή από 10 ημέρες ως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με τη διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία. Όμως, μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κάλου, τα τοιχώματα της αγκύλης, που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροστομία.

Η αγκυλωτή κολοστομία γίνεται ως έκτακτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση (Σαχίνη 2006, Ρούπα – Δαριβάκη 2000).

Ανιούσα κολοστομία

Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Συνήθως η αγωγή της είναι όμοια με εκείνη της ειλεοστομίας (Σαχίνη 2006, Ρούπα - -Δαριβάκη 2000).

Η ταξινόμηση των κολοστομιών γίνεται με βάση:

Την περιοχή του κοιλιακού τοιχώματος που τοποθετούνται.

Του τμήματος του παχέος εντέρου που εξωτερικεύεται.

Του τρόπου με τον οποίο γίνεται η εξωτερίκευση.

Π.χ δεξιά εγκάρσιοστομία με έλικα (Καρανίκας 2004).

### **9.2.2 Αίτια εκτέλεσης της κολοστομίας**

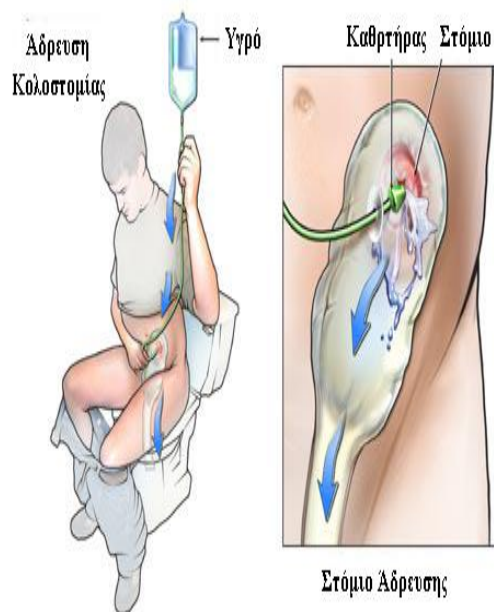
Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού.

Μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.

Μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για επούλωση φλεγμαίνοντος εντέρου.

Μπορεί να γίνει παροδικά για αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας (Σαχίνη 2006, Σαββοπούλου 2004).

### **9.2.3 Περιποίηση - Πλύση**



Σκοποί:

1. Να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του: κόπρανα, αέρια, βλέννα.
2. Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου.
3. Να βοηθήσει σε μια προγραμματισμένη κένωση του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

Αντικείμενα:

Δοχείο υγρού πλύσης.

Δοχείο για το υγρό πλύσης.

Υγρό πλύσης 500 – 1500mL (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα, 4g αλάτι σε 500mL νερού ή άλλο διάλυμα που παράγγειλε ο γιατρός) θερμοκρασίας 40,5 οC.



Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24, με κάποιο είδος θωράκισης για παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικό κώνο Laird tip).

Μανίκι ή περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη (μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί ένα τυλιγμένο σε ρολό αδιάβροχο για παροχέτευση του υγρού πλύσης).

Πλαστικός σάκος για συλλογή των υγρών γαζών και του σάκου μιας χρήσης.

Χαρτί τουαλέτας και υδατοδιαλυτή γλισχραντική ουσία.

Λαβίδα Kocher.

#### Νοσηλευτική ενέργεια - Φάση προετοιμασίας:

Διαλέξτε τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση κάντε την ίδια πάντα ώρα της κάθε ημέρας. Ενημερώστε τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας και προτρέψτε τον να παρακολουθεί τη διαδικασία, ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στο μέλλον. Κρεμάστε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45 – 50 cm πάνω από το στόμιο (στο ύψος του ώμου όταν ο άρρωστος κάθεται). Βάλτε τον άρρωστο να καθίσει στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα. Αφαιρέστε τις γάζες και το σάκο και βάλτε τα στον πλαστικό σάκο αχρήστων.

#### Φάση εκτέλεσης:

Τοποθετήστε το μανίκι πλύσης ή το περίβλημα στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη. Αφήστε λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από το σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο, για να αφαιρεθεί ο αέρας από την συσκευή, ώστε να μην εισαχθεί μέσα στο κόλο και προκαλέσει πόνο. Αλείψτε τον καθετήρα ή κώνο με γλισχραντική ουσία και ήπια βάλτε τον μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας να μην μπει πάνω από 8cm. Πιέστε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο, για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού (όλα αυτά είναι απαραίτητα για την πρόληψη διάτρησης του εντέρου). Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα, αφήστε το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια θα σπρώχνετε τον καθετήρα. ΠΟΤΕ ΜΗ ΒΙΑΖΕΤΕ ΤΟΝ ΚΑΘΕΤΗΡΑ (η αργή ροή του καθετήρα βοηθά στη χαλάρωση του εντέρου και διευκολύνει την εισαγωγή). Αφήστε το νερό να μπει στο κόλο αργά. Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα, κλείστε το σωλήνα και αφήστε τον άρρωστο να ξεκουραστεί, προτού προχωρήσετε. Το νερό πρέπει να μπει σε 5 – 10 min (επώδυνες κράμπες προκαλούνται συνήθως από τη γρήγορη ροή ή από μεγάλη ποσότητα υγρού). Για την αρχική

μετεγχειρητική πλύση, συνήθως 500 ml είναι αρκετά. Στις επόμενες πλύσεις ο όγκος μπορεί να αυξηθεί στα 1000 – 1500 mL, ώστε το αποτέλεσμα να είναι θετικό.

Κρατήστε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση του για 10 sec μετά την είσοδο του νερού. Μετά, ήπια αφαιρέστε το. Αφήστε 10 – 15 min για τη μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν, στεγνώστε το κάτω άκρο του μανικιού ή περιβλήματος και κλείστε το με λαβίδα Kocher (το περισσότερο νερό, τα κόπρανα και τα αέρια εξωθούνται σε 10- 15 min, ίσως όμως χρειαστεί και περισσότερος χρόνος). Αφήστε το μανίκι ή περίβλημα στη θέση του για περίπου 20 min, καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί (το σήκωμα διεγείρει την περισταλτικότητα και την ολοκλήρωση της επιστροφής του υγρού πλύσης).

#### Φάση παρακολούθησης:

Καθαρίστε την επιφάνεια με ήπιο σαπούνι και νερό και σπογγίστε την (ο καθαρισμός και το στέγνωμα θα εξασφαλίσουν στον άρρωστο αρκετές ώρες άνεσης). Επαλείψτε σκεύασμα karaya ή άλλο φραγμό του περιστομιακού δέρματος. Αντικαταστήστε το σάκο με γάζες (ο άρρωστος θα χρησιμοποιεί σάκο μέχρι η κολοστομία να τεθεί κάτω από επαρκή έλεγχο). Καθαρίστε τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό και στεγνώστε τα προτού τα φυλάξετε σε καλά αεριζόμενο χώρο, αυτό θα θέσει κάτω από έλεγχο τη δυσσομία και θα παρατείνει το χρόνο ζωής των αντικειμένων (Σαχίνη 2006, Αθανάτου 2004).

### **9.2.4 Διδασκαλία του αρρώστου για την κολοστομία**

#### Φροντίδα δέρματος:

α. Μια ομάδα αποτελεσματικών φραγμών του δέρματος γίνεται από ινδικό κόμμι (Karaya gum). Είναι διαθέσιμο σε σκόνη και δίσκους ή δακτυλίους, που μπορούν να τοποθετηθούν σε ανοιχτό περιστομιακό δέρμα (νέο δέρμα σχηματίζεται κάτω από αυτά). Η πάστα και οι δακτύλιοι karaya είναι εξαιρετικοί για πρόληψη ερεθισμού του δέρματος αμέσως γύρω από το στόμιο.

β. Καλύμματα του στομίου μπορεί να είναι σάκοι μιας χρήσης, γάζα και χαρτοβάμβακο επαλειμμένο με βαζελίνη, κάλυμμα Saran ή κηρόχαρτο πάνω από γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστη.

γ. Ανοιχτό περιστομιακό δέρμα βοηθούν, όταν χρησιμοποιούνται με φειδώ, κορτικοστεροειδή σε αερόλυμα ή σπρέι ή nystatin σκόνη.

δ. Για αλλεργικές αντιδράσεις γίνεται δοκιμή άλλων υλικών, ώσπου να βρεθούν τα συμβατά. Σε μερικούς αρρώστους τα αντιόξινα εναιωρήματα έχουν βρεθεί πολύ αποτελεσματικά.

Έλεγχος κακοσμίας:

α. Αποφυγή αιτιών που δημιουργούν οσμές (κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια).

β. Το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών.

γ. Οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με λήψη ενός ή δύο δισκίων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και προ του ύπνου.

Έλεγχος αερίων:

α. Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται, σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και στα αεριούχα ποτά.

β. Αποφυγή σιτιών που δημιουργούν αέρια: φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, ραδίκια, αγγούρια.

Δίαιτα:

α. Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής.

β. Εξατομίκευση της δίαιτας, ώστε να είναι πλήρης και να μην δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

γ. Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μπύρα μπορεί να ενεργήσει ως υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.

Ενδυμασία:

α. Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και το σάκο.

β. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό. Για τους άνδρες είναι προτιμότερο το μαγιό με σορτς, ενώ για τις γυναίκες με φούστα.

Φάρμακα:

Οι ειλεοστομημένοι δεν πρέπει να παίρνουν υπακτικά και φάρμακα με κάλυμμα που διαλύεται στο έντερο.

Ταξίδια:

α. Δεν αντενδείκνυται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, αρκεί να έχει μαζί του ο άρρωστος το κουτί φροντίδας στομίου.

β. Οι κολοστομημένοι που κάνουν πλήση, μπορούν να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό.

Εγκυμοσύνη:

α. Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη.

β. Είναι απαραίτητη η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και, μαζί με τη μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς, μπορεί να απαιτηθεί προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.

Απόφραξη:

Γνώση σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση γιατρού ή θεραπευτική, αν είναι απαραίτητο (Σαχίνη 2006, Σαββοπούλου 2001).

### **9.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία**

Σχεδόν όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα κα από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το δέρμα και τα νύχια. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα όπως νεφροί, το ήπαρ, και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα του αρρώστου:

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).

2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).

- 3.Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροιες).
- 4.Διαταραχή ηλεκτρολυτών – υγρών (έμετοι, διάρροιες).
- 5.Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
- 6.Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

Σκοποί φροντίδας:

Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας

Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος

Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και η αντιμετώπισή τους (*Σαχίνη 2006*).

Παρέμβαση:

- 1.Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει ή θεραπεία, μέσα σε κλίμα κατανόησης.
- 2.Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
- 3.Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- 4.Συχνά μικρά γεύματα. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών κα βιταμινών και ελαφρά.
- 5.Προσεκτική φροντίδα στόματος.
- 6.Προστασία αρρώστου από μόλυνσης.
- 7.Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- 8.Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- 9.Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.
- 10.Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.

11.Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών (Σαχίνη 2006, Σαββοπούλου 2004).

#### **9.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία**

##### Προβλήματα του αρρώστου:

- 1.Κακή διακίνηση του οξυγόνου (αναιμία).
- 2.Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπων στην στοματική κοιλότητα).
- 3.Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
- 4.Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου.
- 5.Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία).
- 6.Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία).
- 7.Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον.
- 8.Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός αριθμός επισκεπτηρίου).

##### Παρέμβαση:

- 1.Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας ώστε να την αποδεχτεί το δυνατόν καλύτερα.
- 2.Λήψη προφυλακτικών μέτρων κατά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου στο σώμα.
- 3.Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά την διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά την διάρκεια της θεραπείας όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
- 4.Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν (Σαχίνη 2006).

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται ως εξής:

#### 1. Ναυτία και έμετοι

Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

Ενθάρρυνση του ασθενή για λήψη υγρών

Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας

Καταγραφή αντιδράσεων του αρρώστου

#### 2. Αντιδράσεις από το δέρμα

Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση

Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, υψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα

Παροχή συμβούλων στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει την επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικό βαρέων μετάλλων όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.

Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό και χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών lanetioux

#### 3. Διάρροια

Χορήγηση αντιδιαρροϊκών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

Χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλειμμα

#### 4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών

Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοόλ)

Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας

Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς

#### 5. Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών

Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς

Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγία

6. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες καθημερινώς και στην ατομική υγιεινή.

7. Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχτεί όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία) (Σαββοπούλου 2001, Γληγόρη, Διαμαντοπούλου, Χαρίση 2008).

### **9.5 Νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου**

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου.

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή /τριας είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου.
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών - κοινωνικών ηθικών προβλημάτων.
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων.
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας.
- Φροντίδα τελικού σταδίου.

Οι νοσηλευτές /τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:



- ο Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.
- ο Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.
- ο Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο "palliative care" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας (Σουγλέρη 2002).

Σε κάθε άτομο με στομία πρέπει να δίνετε η δυνατότητα απόκτησης γνώσεων αναφορικά με το πρόβλημα του ώστε να το αποδεχτεί πιο εύκολα, να το χειριστεί πιο καλά και να διατηρήσει υψηλό το ποιοτικό επίπεδο της ζωής του. Μετά την αρχική εκπαίδευση στο νοσοκομείο απαιτείται συνεχή εκπαίδευση για ένα χρονικό διάστημα στο σπίτι του προκειμένου να ανταποκριθεί στις ανάγκες φροντίδας της κολοστομίας του. Στο πρόγραμμα εκπαίδευσης πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και η οικογένεια καθώς αρκετές φορές ένα ή περισσότερα μέλη αναλαμβάνουν να βοηθήσουν τον ασθενή τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Είναι πολύ σπουδαίο πριν αρχίσει η διδασκαλία να εκτιμηθεί ο ασθενής για φυσικούς περιορισμούς όπως δυσκολία στην όραση, δυνατότητα εύκολου χειρισμού του υλικού. Επιπροσθέτως ο νοσηλευτής αξιολογεί και εξατομικεύει παράγοντες που επηρεάζουν την μάθηση όπως:

-Επιλογή κατάλληλης ώρας για διδασκαλία.

-Επιλογή κατάλληλου περιβάλλοντος για διδασκαλία.

-Αξιολόγηση επιπέδου αντίληψης και ικανότητας μάθησης του ασθενή και των μελών της οικογένειάς του.

Παράλληλα ο νοσηλευτής φροντίζει ώστε ο ασθενής να προμηθευτεί όλα τα απαραίτητα υλικά για την περιποίηση του και σε περίπτωση που απαιτείτε σύνθετη φροντίδα να

εξασφαλίσει την παραπομπή του ασθενή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε προγράμματα όπως βοήθεια στο σπίτι ( *Αγγελάκη, Στασινού 2009*).

Με την ολοκλήρωση της διδασκαλίας του ασθενή και του μέλους της οικογενείας του θα πρέπει να είναι σε θέση ώστε:

-Να αλλάζει την συσκευή του κολοστομίου .

-Να συζητά τους κινδύνους για ερεθισμό και λύση της συνέχειας του βλεννογόνου της στομίας και του περιστοματικού δέρματος και να έχει σωστές τοποθετήσεις σε θέματα όπως αλλαγής σωματικού ειδώλου και αποδοχής από τα μέλη της οικογένειάς του.

-Να περιποιείται το δέρμα γύρω από το στόμιο και να πραγματοποιεί πλύση της στομίας, επίσης να περιγράφει συμπτώματα απόφραξης της στομίας και να συζητά τρόπους αντιμετώπισης της.

-Να διατηρεί καλή ποιότητα ζωής και να γνωρίζει τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες υπάρχουν στην διάθεσή τους και να μπορεί να τις χρησιμοποιήσει ( *Φύσσας 2005*)

## **9.6 Η συμβολή της νοσηλευτικής σε καρκινοπαθή ασθενή τελικού σταδίου**

Στο τελευταίο τέταρτο του αιώνα έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στο θέμα της κατανόησης και γνώσης των αιτιών του καρκίνου και της θεραπευτικής του αντιμετώπισης. Ταυτόχρονα, μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί και στο πεδίο της κλινικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο στο τελικό στάδιο.

Σαν “καρκίνο τελικού σταδίου” ορίζουμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς κατά την οποία κανένας χειρισμός δεν μπορεί πλέον να εφαρμοστεί. Ως προς την επιλογή των σωστών θεραπευτικών ενεργειών στο τελικό στάδιο του καρκίνου οι παρακάτω αρχές είναι ίσως χρήσιμες.

A. Ο στόχος του γιατρού για την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου τελικού σταδίου έρχεται όπως είναι ευνόητο σε κατώτερη μοίρα απ’ αυτόν της ανακούφισης των συμπτωμάτων. Η ανακούφιση αυτή πρέπει να απευθύνεται και στα σωματικά και στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

B. Η θέληση του αρρώστου πρέπει να οδηγεί τα βήματα των γιατρών και των άλλων νοσηλευτών. Αυτός είναι ο σημαντικότερος κανόνας. Οι κλινικοί θεραπευτικοί χειρισμοί πρέπει να αντανakλούν τις προσωπικές επιλογές του αρρώστου. Οι

θεραπείες που επιμηκύνουν τη ζωή του αρρώστου επιμηκύνοντας ταυτόχρονα και τα διάφορα προβλήματα από την αρρώστια μπορεί να διακοπούν αν αυτό είναι επιθυμία του αρρώστου (Σανδραβέλη 2000).

## 9.7 Ολιστική κι εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα

### 9.7.1 Κλινική περίπτωση 1η

Η ασθενής Κ.Μ ηλικίας 65 ετών, βάρους 60Kg, έγγαμη με ένα παιδί, κάτοικος Πατρών, εισήλθε στις 13/4/10 στην Χειρουργική Κλινική του Γ.Π.Ν Πατρών <Άγιος Ανδρέας>, με τα εξής συμπτώματα: Δυσκοιλιότητα από τριημέρου, πόνος αριστεράς κοιλίας από 10ημέρου, καταβολή δυνάμεων, και απώλεια βάρους (έχασε 4 κιλά σε 1 μήνα), Επιπλέον, η ασθενής ανέφερε 3 μέλαινες κενώσεις προ δεκαπενθημέρου.

Κατά την εισαγωγή τα ζωτικά σημεία της ασθενούς ήταν τα εξής:

Θ: 36,8° C

ΑΠ: 120/70 mmHg

Σφ: 72/min

#### Ατομικό ιστορικό:

- Προ 18ετίας παρουσίασε πολύποδα φωνητικών χορδών ο οποίος και αφαιρέθηκε χειρουργικώς.
- Προ 2ετίας έκανε ολική αρθροπλαστική δεξιού ισχίου.

Την ημέρα εισαγωγής της ασθενούς στο νοσοκομείο έγιναν οι εξής διαγνωστικές εξετάσεις:

- Ακτινογραφία θώρακος : ΚΦ
- Γενική αίματος : Ht: 36%

Hb: 13gr/ dl

Αιμοπετ.:300.000/mm<sup>3</sup>

Λευκά : 6.200/ mm<sup>3</sup>

Στις 16/4/10 άρχισε η προετοιμασία για κολonosκόπηση η οποία προγραμματίστηκε για την επόμενη ημέρα. Στην κολonosκόπηση διαπιστώθηκε στην περιοχή του σιγμοειδούς πίεση και

μετατόπιση του τοιχώματος του κόλου το οποίο και εμφανίζει μεγάλου βαθμού στένωση.  
Τελική διάγνωση : Ca σιγμοειδούς.

Η ασθενής υποβλήθηκε στις 18/4/10 ώρα 10: 40 σε χειρουργική επέμβαση (τυπική αριστερά ημικολεκτομή, μόνιμη κολοστομία).

Επιστρέφει στην κλινική στις 13: 30 με τα εξής ζωτικά σημεία:

ΑΠ: 130/80mmHg

Θ: 37,2° C

ΣΦ: 80 min

Φέρει ορρό L/R 1000cc από περιφερική φλέβα, καθετήρα κύστεως Folley, ROP για παροχέτευση του τραύματος και σάκο κολοστομίας. Επί πόνου δίδεται Zideron amp IM και επί πυρετού Aprotel amp IM ύστερα από ιατρική οδηγία.

Η ασθενής ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή (Mandokef fl 1 x 2, Metrogyl fl 1 x 3) και σε αντιπηκτική αγωγή (Innohep 3.500/ 0.35ml IU).

Η ασθενής εξήλθε στις 28/4/10 συνοδευόμενη από τον σύζυγο και το παιδί της. Τελικά με την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού η ασθενής απέκτησε αρκετή δύναμη και θάρρος για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας που της παρουσιάστηκε και ενισχύθηκε η αυτοεκτίμησή της.

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων  | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|-----------------------------------|---|--|---|--|
| <p>-Δυσκοιλιότητα από 3ημέρου</p> | <p>-Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.</p> <p>-Ανακούφιση της ασθενούς από τη δυσκοιλιότητα.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p> | <p>-Χορήγηση δίαιτας ελαφράς, πλούσιας σε φυτικές ίνες.</p> <p>-Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων βάση νοσηλευτικής κάρτας κι αν δεν αποδώσουν να γίνει υποκλυσμός.</p> <p>-Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει άφθονα υγρά ημερησίως.</p> <p>-Κινητοποίηση της ασθενούς.</p> <p>-Διδασκαλία ώστε να παίρνει την κατάλληλη θέση κατά την αφόδευση.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς.</p> | <p>-Η δίαιτα της ασθενούς περιλαμβάνει: <u>πρωί</u>: γάλα – φρυγανιά, <u>μεσημέρι</u>: μπιφτέκι με χόρτα και μήλο, <u>βράδυ</u>: κοτόσουπα.</p> <p>-Χορηγήθηκε sir duphalac 10cc X 3 για 3 ημέρες.</p> <p>-Η ασθενής κατανάλωνε περίπου 1,5 lt νερό και 2 ποτήρια χυμό.</p> <p>-Εφήρμοσε τις οδηγίες σχετικά με την κατάλληλη θέση κατά την αφόδευση. (κλίση του σώματος προς τα εμπρός και κάμψη των γονάτων).</p> <p>-Η ασθενής κινητοποιήθηκε.</p> <p>-Έγινε καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς.</p> | <p>- Η δίαιτα συνέβαλλε στην φυσιολογική λειτουργία του εντέρου. Η ασθενής είχε 1 κένωση στις 15/4/10 το βράδυ και συνεχίζει να έχει μια κένωση ημερησίως.</p> <p>-Το duphalac μειώνει το pH του εντέρου και αυξάνει την οσμωτική πίεση με αποτέλεσμα την αύξηση του ύδατος κάνοντας τα κόπρανα μαλακά.</p> <p>-Η λήψη υγρών και η κινητοποίηση της ασθενούς αύξησαν την περισταλτικότητα και την κινητικότητα του εντέρου.</p> <p>- Η κατάλληλη θέση κατά την αφόδευση διευκόλυνε την αποβολή του εντερικού περιεχομένου.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων                                       | Αντικειμενικοί σκοποί  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|--|--|--|--|---|
| <p>-Ενοχλητικός πόνος από 10ημέρου στην αριστερή κοιλιακή περιοχή.</p> | <p>-Ανακούφιση από τον πόνο.<br/><br/>-Εξάλειψη του πόνου.</p> | <p>-Να δοθεί η κατάλληλη θέση προς χάλαση των κοιλιακών μυών ώστε να μειωθεί ο πόνος σωστής θέσης ώστε να μειωθεί ο πόνος.<br/><br/>-Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας.<br/><br/>-Ενθάρρυνση για επαρκή ύπνο και ανάπαυση.<br/><br/>-Δημιουργία κατάλληλου και ήρεμου περιβάλλοντος.<br/><br/>-Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Χορηγήθηκε 1tb Lonarid – N σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.<br/><br/>-Η ασθενής τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση με κάμψη των γονάτων.<br/><br/>-Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για την τήρηση του επισκεπτηρίου ώστε να αποφεύγεται η φασαρία και να ξεκουράζεται η ασθενής.<br/><br/>-Η ασθενής κοιμάται 7 ώρες το 24ώρο.<br/><br/>-Κατεγράφησαν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Με την χορήγηση του Lonarid-N ο πόνος ελαττώθηκε. Το Lonarid-N(paracetamol, codeine)η παρακεταμόλη έχει αντιπυρετικές ιδιότητες ενώ στερείται αντιφλεγμονώδους δράσης, ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι γνωστός. Η κωδεΐνη ανακουφίζει από το αίσθημα του πόνου. Η αναλγητική της δράση οφείλεται στην αγωνιστική διέγερση των μ-υποδοχέων τόσο στο ν.μ. όσο και στον εγκέφαλο.<br/><br/>- Η θέση που τοποθετήθηκε η ασθενής συνέβαλλε στην χαλάρωση των κοιλιακών μυών.<br/><br/>-Με την αγωγή αλλά και την δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος η ασθενής κατάφερε να ανακουφιστεί από τον πόνο.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων                                  | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|---|--|--|--|
| <p>-Καταβολή δυνάμεων με διακριτή κόπωση και μειωμένη αντοχή.</p> | <p>-Επανάκτηση των δυνάμεων της ασθενούς όσο αυτό είναι δυνατό.</p> | <p>-Χορήγηση ορών, βιταμινών και σιδήρου κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>-Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος.</p> <p>-Επαρκής ανάπαυση.</p> <p>-Να προσεχθεί η διατροφή της.</p> <p>-Φροντίδα για κάλυψη βασικών αναγκών της.</p> <p>-Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Χορηγήθηκε D\W 5% με 1 amp Evaton για 4 ημέρες.</p> <p>-Επίσης 1 amp Venofer 1X2 σε 250cc N/S 0,9% για 3 ημέρες βάση κάρτας.</p> <p>-Ενημερώθηκαν οι συγγενείς ώστε να τηρούνται οι ώρες κοινής ησυχίας για να αναπαύεται η ασθενής.</p> <p>-Επιμελήθηκε η διατροφή της.</p> <p>-Η ασθενής πήγε στο μπάνιο με την βοήθεια του προσωπικού.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Η ασθενής με την βοήθεια των βιταμινών και του σιδήρου ανέκτησε τις δυνάμεις της σε μεγάλο βαθμό. Το Venofer(vifor) σουκροζικός σίδηρος είναι σύμπλοκο πολυπηρικού σιδήρου με υδροξείδιο της σουκρόζης κι έχει ημιπερίοδο ζωής 5-6 ώρες. Μετά την έγχυση ακολουθεί δυο διαφορετικούς τρόπους κατανομής:μερικώς αποδεσμεύεται στο πλάσμα και μερικώς συνδέεται άμεσα με την τρανσφεράση. Η Evaton αποτελεί έξοχο συνδυασμό λιποδιαλυτών βιταμινών, είναι άριστος αιμοποιητικός και τονωτικός παράγοντας και ρυθμίζει την λειτουργία πολλών ενζύμων.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων  | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|---|--|--|--|
| <p>-Μέλαινα κένωση στις 14/4/10. Επίσης η ασθενής ανέφερε 3 μέλαινες κενώσεις προ 15νθημέρου.</p> | <p>-Να σταματήσει η αιμορραγία (μέλαινα κένωση).</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p> | <p>-Λήψη ζωτικών σημείων ανά 2ωρο και καταγραφή στο διάγραμμα και στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>-Έλεγχος Ht, Hb, για εύρεση τυχόν αναιμίας.</p> <p>-Ενημέρωση της ασθενούς για παραμονή στο κρεβάτι.</p> <p>-Να υπάρχει διασταυρωμένη μονάδα αίματος σε περίπτωση που χρειαστεί μετάγγιση.</p> <p>-Φροντίδα της πρωκτικής περιοχής.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Έγινε λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις με αποτέλεσμα: Ht 28% και Hb 9,3gr/dl. Χορηγήθηκαν 2 μονάδες ολικού αίματος κατόπιν ιατρικής οδηγίας κι ενημερώθηκε το διάγραμμα και το φύλλο νοσηλείας.</p> <p>-Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς είναι σταθερά και κατά την μετάγγιση ήταν ΑΠ= 110/70mmhg, Θ=36,8° C, ΣΦ=75/min και αναπνοές= 18/min.</p> <p>-Η ασθενής ενημερώθηκε να παραμείνει στο κρεβάτι, έγινε καθαρισμός της περιοχής.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Μετά την χορήγηση του αίματος ο Ht είναι 35%. Τα πλεονεκτήματα του αίματος είναι τα ακόλουθα:</p> <p>*Αποκατάσταση και διατήρηση του όγκου αίματος , πλάσματος και της πυκνότητας των λευκωμάτων του.</p> <p>*Αντιστάθμιση της μείωσης των ερυθροκυττάρων και της αιμοσφαιρίνης.</p> <p>*Χορήγηση παραγόντων για αποκατάσταση διαταραχής πήξης του αίματος.</p> <p>-Η ασθενής δεν εμφάνισε σημεία άμεσης αντίδρασης.</p> <p>-Τα ΖΣ ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων.</p> <p>- Με την παραμονή στο κρεβάτι μειώθηκε η κόπωση.</p> <p>-Δεν αναφέρθηκε άλλη μέλαινα κένωση από την ασθενή.</p> |



| Αξιολόγηση αναγκών-προβλημάτων  | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|---|---|--|---|---|
| <p>-Απώλεια βάρους. Η ασθενής έχασε 4 κιλά σε 1 μήνα. (Υψος 165cm, βάρος 68kg).</p> | <p>- Να επανέλθει η ασθενής στα φυσιολογικά επίπεδα βάρους του σώματός της.</p>           | <p>-Χορήγηση διαίτας πλούσιας σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.<br/>         -Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων ανώτερης βιολογικής αξίας.<br/>         -Ανάπαυση της ασθενούς.<br/>         -Ζύγισμα της ασθενούς κάθε 2 ημέρες.<br/>         -Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας.</p>   | <p>-Η ασθενής λαμβάνει διαίτα πλούσια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.<br/>         -Χορηγείτε fresubin peros βάση νοσηλευτικής κάρτας.<br/>         - Η ασθενής αναπαύεται επαρκώς.<br/>         -Έγινε η καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>   | <p>- Με την χορηγούμενη διαίτα η ασθενής πήρε 1 κιλό σε δέκα ημέρες. Το fresubin είναι βιταμινούχο σκεύασμα το οποίο αποτελείται από 17% πρωτεΐνες, 30% λίπη, 53%υδατάνθρακες. Περιέχει 400kcal/250ml και χορηγείτε σε ασθενείς με αυξημένες ανάγκες πρωτεϊνών και θερμίδων.</p>                  |
| <p>Κολοноσκόπηση στις 16/4/10.</p>  | <p>-Να ολοκληρωθεί με επιτυχία η κολοноσκόπηση.<br/><br/>         -Πρόληψη επιπλοκών.</p> | <p>-Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος και το σκοπό της εξέτασης. -Ενημέρωση του εργαστηρίου για την εξέταση.<br/>         -Η ασθενής να επισκεφθεί τον χώρο όπου θα γίνει η κολοноσκόπηση. -Να τεθεί η ασθενής σε υδρική διαίτα μια ημέρα πριν την εξέταση.<br/>         -Να γίνει ενδελεχής καθαριότητα του εντερικού</p> | <p>-Δημιουργήθηκε κατάλληλο περιβάλλον και λύθηκαν οι απορίες της ασθενούς σχετικά με το είδος και το σκοπό της εξέτασης.<br/>         -Ενημερώθηκε το εργαστήριο για την διεξαγωγή της εξέτασης.<br/>         -Η ασθενής επισκέφθηκε το χώρο όπου θα πραγματοποιηθεί η εξέταση.<br/>         -Η ασθενής έλαβε υδρική διαίτα (σούπα) το μεσημέρι και τσάι για</p> | <p>-Η διαγνωστική εξέταση ολοκληρώθηκε με επιτυχία, πάρθηκε δείγμα ιστού κι εστάλη για ταχεία βιοψία.<br/>         - Το x-prep συνέβαλλε στην κένωση του εντέρου. Είναι καθαρό εκχύλισμα καρπών σένας σε ξηρή μορφή το οποία διεγείρει την κινητικότητα του παχέος κυρίως εντέρου και μειώνει</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων         | Αντικειμενικοί σκοποί                                    | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|--|--|---|---|--|
|  |  | <p>σωλήνα σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>-Εργαστηριακός έλεγχος για περίπτωση επειγόντως χειρουργείου. -Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>   | <p>βραδινό με 1 φρυγανιά.</p> <p>- Δόθηκε 1 φακελάκι x-prep το οποίο διαλύθηκε σε 1,5 lt νερό στις 22:00 της προηγούμενης κι ένα στις 6:00 πριν την εξέταση για την πλήρη κάθαρση του εντέρου σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>                           | <p>Μειώνει την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών.</p>   |
| <p>-Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.</p> | <p>-Πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών κι επιπλοκών.</p> | <p>-Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως Folley τηρώντας αυστηρά άσηπτη τεχνική.</p> <p>-Μέτρηση ούρων 24ώρου και ισοζύγιο υγρών - ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του συλλέκτη.</p> <p>-Έλεγχος ούρων για την ύπαρξη μεταβολής χρώματος.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών σ νοσηλείας.</p> | <p>-Τοποθετήθηκε καθετήρας κύστεως Folley No 18 με άσηπτη τεχνική.</p> <p>-Έγινε μέτρηση ούρων 24ώρου: 2300ml και προσλαμβανομένων υγρών:2250ml.</p> <p>-Η αλλαγή του συλλέκτη έγινε με άσηπτη τεχνική.</p> <p>-Έγινε έλεγχος του χρώματος των ούρων.</p> <p>-Κατεγράφησαν όλες οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Δεν εμφανίστηκαν δυσχέριες ή επιπλοκές κατά την παροχέτευση των ούρων.</p> <p>-Το χρώμα των ούρων είναι φυσιολογικό.</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή στο ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων  | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|---|---|---|--|
| <p>-Χειρουργική επέμβαση στις 18/4/10. (Τυπική αριστερά ημικολεκτομή, μόνιμη κολοστομία).</p> | <p>-Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη για την απρόσκοπτη έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.</p> <p>-Πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών κι επιπλοκών.</p> | <p>-Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος, τον σκοπό και την διάρκεια του χειρουργείου.</p> <p>-Επίσκεψη της ασθενούς στο χώρο των χειρουργείων ώστε να εξοικειωθεί με το άγνωστο περιβάλλον.</p> <p>-Τόνωση του ηθικού.</p> <p>-Πλήρης κάθαρση του εντερικού σωλήνα για την απρόσκοπτη κένωση κατά την επέμβαση.</p> <p>-Προετοιμασία χειρουργικού πεδίου.</p> <p>-Εναρξη αντιπηκτικής κι αντιβιοτικής αγωγής 1 ημέρα πριν την επέμβαση.</p> <p>-Ετοιμασία της ασθενούς(αφαίρεση ξένων αντικειμένων, ντύσιμο, χορήγηση προνάρκωσης).</p> <p>-Συμπλήρωση του δελτίου που θα συνοδεύει την ασθενή και καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Η ασθενής ενημερώθηκε για την φύση του χειρουργείου, λύθηκαν οι απορίες της και υπήρξε η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.</p> <p>-Η ασθενής πήγε συνοδεία τραυματιοφορέα έως τα χειρουργεία ώστε να μην είναι τελείως άγνωστο το περιβάλλον.</p> <p>-Ετέθη σε υδρική διαίτα την προηγούμενη της επέμβασης κι από τα μεσάνυχτα δεν πήρε τίποτα από τον στόμα.</p> <p>-Έγινε καθαρκτικός υποκλυσμός με fleet-enema στις 18:00 τις 17/4/10 κι έγινε η ετοιμασία του χειρουργικού πεδίου.</p> <p>-Εδόθη Innohep 3500/0.35ml IU inj υποδορίως. Το αντιβιοτικό σχήμα έχει ως εξής: Mandokef 1gr fl 1x2 iv Metrogyl 500gr/100ml 1x3 iv.</p> <p>-Χορηγήθηκε προνάρκωση μισή ώρα πριν την επέμβαση</p> | <p>-Ολοκληρώθηκε επιτυχώς η προεγχειρητική ετοιμασία.</p> <p>-Η αντιπηκτική αγωγή συντελεί στην πρόληψη θρομβοφλεβίτιδων. Η Innohep (tinzaparin sodium) είναι διάλυμα για υποδόρια έγχυση. Ενδείκνυται για την πρόληψη της εν τω βάθι θρομβοφλεβίτιδας, αγωγή και πρόληψη θρομβοεμβολικών επιπλοκών και ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία κι αιμοκάθαρση.</p> <p>Mandokef: (κεφαμανδόλη), ανήκει στις κεφαλοσπορίνες καλύπτει gram+, gram- μικροοργανισμούς. Αποτελεί μια ομάδα που δομικά έχουν σχέση με τις πενικιλίνες κι έχουν ευρύ φάσμα δράσης. Επίσης χορηγείται προ – δι και μετεγχειρητικά για</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων   | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|--|---|---|--|--|
|  |   |   | <p>rethidine 100mg IM και ατροπίνη.</p> <p>-Έγινε η προετοιμασία του ασθενή και συμπληρώθηκε το δελτίο που θα συνοδεύει τον ασθενή στο χειρουργείο.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>μείωση των πιθανοτήτων μετεγχειρητικών λοιμώξεων.</p> <p>-Metrogyl: (metromidazole) δρα ενάντια στα αναερόβια μικρόβια, καλώς ανεκτό και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και στους ιστούς είναι κατά πολύ ψηλότερα από εκείνα τα οποία θεωρητικώς απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία.</p> <p>Πεθιδίνη: (μεπεριδίνη) Προαναισθητικά για να ηρεμήσει η ασθενής και να μειωθεί η δόση αναισθητικού η ατροπίνη έχει μυοχαλαρωτική δράση και μειώνει την υπερπαραγωγή βλέννης και σίελου .</p> |
| <p>-Αρνητική ψυχολογία της ασθενούς (ανησυχία και φόβος για την εγχείρηση που θα ακολουθήσει).</p> | <p>-Η ασθενής να είναι ήρεμη για την χειρουργική επέμβαση</p> | <p>-Ενημέρωση της ασθενούς με όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες για την επέμβαση.</p> <p>-Να προετοιμαστεί</p> | <p>-Πραγματοποιήθηκε συζήτηση κι ενημέρωση, δόθηκαν απαντήσεις στα ερωτήματα της ασθενούς.</p> <p>-Η ασθενής ήρθε σε επαφή με</p>  | <p>-Στην χαλάρωση της ασθενούς συνέβαλλε η χορήγηση του lexotanil (bromazepam) αγχολυτικό, σε χαμηλές δόσεις</p>   |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων | Αντικειμενικοί σκοποί | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|----------------------------------|-----------------------|--|--|---|
|                                  |                       | <p>ψυχολογικά για την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου.</p> <p>-Να έρθει σε επαφή με άλλους ασθενείς που έχουν το ίδιο πρόβλημα.</p> <p>-Να κερδιθεί η εμπιστοσύνη του αρρώστου.</p> <p>-Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>ομοιοπαθούντες ασθενής και κατανόησε ότι θα γίνει αλλαγή του σωματικού της ειδώλου.</p> <p>- Χορηγήθηκε tb Lexotanil 1,5mg X1 (βράδυ) πριν την επέμβαση.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας της.</p> | <p>Ελαττώνει εκλεκτικά την ένταση και το άγχος, σε υψηλές δόσεις έχει κατασταλτικές και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες.</p> <p>-Μετά την επαφή με άλλους ασθενείς η ασθενής φαίνεται να έχει απαλύνει τους φόβους και τις ανησυχίες της.</p> <p>-Η ασθενής ήταν ήρεμη έως ότου να πάει στο χειρουργείο.</p> |

*ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ*

| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων                              | Αντικειμενικοί<br>σκοποί  | Προγραμματισμός<br>νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή<br>νοσηλευτικής<br>φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|--|---|--|---|---|
| -Χειρουργικό τραύμα<br>αριστερά κοιλίας.                         | -Πρόληψη<br>επιμόλυνσης του<br>χειρουργικού<br>τραύματος.                         | -Φροντίδα περιοχής<br>χειρουργικού τραύματος.<br>-Χρήση αποστειρωμένου<br>υλικού και άσηπτης τεχνικής<br>κατά την αλλαγή.<br>-Συχνές αλλαγές των γαζών<br>και παρακολούθηση για<br>αιμορραγία από το τραύμα.<br>-Έλεγχος της παροχέτευσης<br>( ROP).<br>-Καταγραφή των ενεργειών<br>στο φύλλο νοσηλείας. | -Έγινε περιποίηση της<br>περιοχής του τραύματος<br>με άσηπτη τεχνική και<br>χρήση αποστειρωμένων<br>υλικών.<br>-Οι αλλαγές γίνονται μια<br>φορά ημερησίως<br>τηρώντας πάντα άσηπτη<br>τεχνική.<br>-Το σημείο του<br>τραύματος δεν<br>παρουσιάζει αιμορραγία.<br>-Παρακολουθείτε η<br>παροχέτευση. Η<br>ποσότητα του<br>παροχετευμένου υγρού<br>είναι: 13:00 = 4000ml<br>14:00 = 250ml<br>15:00= 100ml<br>16:00 = 90ml | -Δεν παρατηρήθηκαν σημεία<br>μόλυνσης του χειρουργικού<br>τραύματος.<br><br>-Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές<br>όπως αιμορραγία από το τραύμα,<br>εκσπλάχνωση.<br><br>-Το υγρό του τραύματος<br>παροχετεύτηκε κανονικά και<br>αφαιρέθηκε το ROP την 5 <sup>η</sup><br>μετεγχειρητική ημέρα. (19:00). |
| -Ξηρότητα στοματικής<br>κοιλότητας λόγω της<br>γενικής νάρκωσης. | -Ανακούφιση της<br>ασθενούς από την<br>ξηρότητα.<br><br>-Πρόληψη<br>στοματίτιδας. | -Υγρανση των χειλέων και<br>της γλώσσας.<br>-Επάλειψη των χειλέων με<br>λιπαντική αλοιφή.<br><br>-Πλύση στοματικής   | -Έγινε η ύγρανση των<br>χειλιών και της γλώσσας<br>με port cotton<br>εμβαπτισμένο με νερό.<br><br>-Έγινε επάλειψη των   | -Η ξηρότητα υποχώρησε ύστερα<br>από μια μέρα και η ασθενής<br>αισθάνεται καλύτερα.<br><br>-Η στοματίτιδα απεφεύχθη λόγω<br>της περιποίησης της στοματικής   |

| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων | Αντικειμενικοί<br>σκοποί   | Προγραμματισμός<br>νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή<br>νοσηλευτικής<br>φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|-------------------------------------|--|---|---|--|
|                                     |  | κοιλότητας.   | χειλιών με γλυκερίνη.<br><br>-Πραγματοποιήθηκαν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 10cc δυο φορές ημερησίως.  | κοιλότητας.  |
| -Πόνος οφειλόμενος στην επέμβαση.   | -Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.<br><br>-Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο. | -Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση (ημικαθιστή με τα γόνατα σε ελαφρά κάμψη).<br><br>-Χορήγηση φαρμάκων βάση κάρτας.<br><br>-Δημιουργία ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος.<br><br>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς.<br><br>-Ενημέρωση των συγγενών για τις ώρες επισκεπτηρίου. | -Χορηγήθηκε tb Zideron 75mg/ml IM βάση κάρτας.<br><br>-Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με τα πόδια κεκαμένα.<br><br>- Ελαχιστοποιήθηκε ο θόρυβος κι ενημερώθηκαν οι συνοδοί για τις ώρες του επισκεπτηρίου. | -Με το Zideron (δεξτροπροποξυφαίνη) υποχώρησε ο πόνος, ενδείκνυται σε πόνους μέτριας έντασης, βαριά τραύματα, νευρολογικές και νεοπλασματικές νόσους καθώς και στην χειρουργική.<br><br>-Η ασθενής νιώθει καλύτερα με την τοποθέτησή της στην κατάλληλη θέση και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος. |



| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων  | Αντικειμενικοί<br>σκοποί   | Προγραμματισμός<br>νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή<br>νοσηλευτικής<br>φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|--------------------------------------|--|--|--|--|
| <p>- Η ασθενής φέρει κολοστομία.</p> | <p>-Να επανέλθει σε ικανοποιητική λειτουργία ο εντερικός σωλήνας.</p> <p>-Πρόληψη των επιπλοκών.</p> | <p>-Φροντίδα με άσηπτη τεχνική τα πρώτα 24ώρα και στην συνέχεια ακολουθείτε καθαρή τεχνική.</p> <p>-Προφύλαξη του δέρματος γύρω από την στομία.</p> <p>-Προστασία της ασθενούς.</p> <p>-Κένωση του σάκου σε τακτά χρονικά διαστήματα.</p> <p>-Παρακολούθηση σύστασης και ποσότητας των κενώσεων.</p> <p>-Χρήση αποσμητικών spray.</p> <p>-Ψυχολογική ενίσχυση, τόνωση της ασθενούς.</p> <p>-Διδασκαλία του ασθενή κι ενός συνοδού του τρόπου περιποίησης της στομίας.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Έγινε η φροντίδα της στομίας για 4 ημέρες με άσηπτη τεχνική κι εν συνεχεία με καθαρή τεχνική.</p> <p>-Χρησιμοποιήθηκε ειδική αλοιφή karaya.</p> <p>-Τοποθετήθηκε το παραβάν κι απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες κατά την αλλαγή.</p> <p>- Ο σάκος αλλάζεται κάθε φορά που γεμίζει κατά το ήμισυ.</p> <p>-Η ασθενής αποδεύει δυο φορές ημερησίως (κόπρανα σχηματισμένα).</p> <p>-Κατεγράφησαν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα, οίδημα, εξέλκωση γύρω από το στόμιο.</p> <p>-Με την χρήση της αλοιφής karaya αποφευχθεί ο ερεθισμός του δέρματος γύρω από την στομία από το εντερικό περιεχόμενο.</p> <p>-Η ασθενής δεν ένιωσε ανασφάλεια και ντροπή κατά την αλλαγή καθώς χρησιμοποιήθηκαν τα απαραίτητα μέσα.</p> <p>-Η κακοσμία εξουδετερώθηκε με την χρήση αποσμητικών spray.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων   | Αντικειμενικοί<br>σκοποί   | Προγραμματισμός<br>νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή<br>νοσηλευτικής<br>φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|--|---|---|--|
| <p>-Ψυχολογικό πρόβλημα της ασθενούς με κολοστομία. ( στενοχώρια από την μεταβολή του σωματικού ειδώλου).</p> | <p>-Απαλλαγή της ασθενούς από την ψυχολογική της καταπόνηση.</p> <p>-Να επανέλθει σε ψυχολογική ισορροπία.</p> | <p>-Συνεχής διάλογος κι επικοινωνία με την ασθενή ,ώστε να κατασταλούν οι φόβοι και οι ανησυχίες της.</p> <p>-Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p> <p>- Να έρθει σε επαφή με άλλους ασθενείς που φέρουν κολοστομία.</p> <p>-Να κλιθεί ειδικός ψυχολόγος.</p> | <p>-Η ασθενής ήρθε σε επαφή με άλλους ασθενείς.</p> <p>- Ήρθε σε επαφή και με την κοινωνική υπηρεσία και με ψυχολόγο του ιδρύματος.</p> | <p>-Ο συνεχής διάλογος μαζί μας αλλά και η παρέμβαση τόσο των άλλων ασθενών όσο και της νοσηλευτικής υπηρεσίας ενίσχυσαν την ασθενή και της έδωσαν κουράγιο θάρρος κι αυτοπεποίθηση κι ενίσχυσαν την αυτοεκτίμησή της.</p> |

### 9.7.2 Κλινική περίπτωση 2<sup>η</sup>

Ο ασθενής Τ.Ν ηλικίας 67 ετών, βάρους 81 Kg, έγγαμος με 2 παιδιά, κάτοικος κάτω Αχαΐας εισήλθε στις 14/5/10 στην Χειρουργική Κλινική του Γ.Π.Ν Πατρών “Άγιος Ανδρέας” με συμπτώματα διαρροϊκών κενώσεων, πόνου από 15νθημέρου και απώλεια βάρους. Ο ασθενής αναφέρει ότι έχει χάσει τρία κιλά σε έναν μήνα.

Ατομικό ιστορικό:

- Προστατεκτομή προ 5 ετών
- Επέμβαση ΔΕ οφθαλμού προ 2 μηνών για καταρράκτη
- Στεφανιαία νόσος από 20ετίας (υπό αγωγή Monosordil 20mg 1 x 2)

Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο τα ζωτικά σημεία του ασθενούς είναι τα εξής:

ΑΠ: 110/60mmHg

Θ: 36,4° C

ΣΦ: 82/ min

Την πρώτη ημέρα παραμονής του στο νοσοκομείο ο ασθενής υποβλήθηκε στις παρακάτω εξετάσεις:

- Ακτινογραφία θώρακος :ΚΦ
- Γενική αίματος: H+ =44%

Hb =14,6gr/ dl

Λευκά = 7.200/ ml

Ερυθρά= 5.000.000/ml

Αιμοπετάλ=330.000/ ml

Στις 16/5/10 άρχισε η προετοιμασία του ασθενή για βαριούχο υποκλυσμό προγραμματίστηκε την επόμενη ημέρα. Με τον βαριούχο υποκλυσμό ανευρέθη στο κατιόν κόλο νεοεξεργασία ανθοκραμβοειδούς τύπου με εύθρυπτο βλεννογόνο. Τελική διάγνωση: Ca κατιόντος κάλου.

Το χειρουργείο προγραμματίστηκε για τις 18/5/10 ώρα 11:00π.μ. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε περιορισμένη αριστερά ημικολεκτομή σε μόνιμη κολοστομία.

Ο ασθενής επέστρεψε στην Χειρουργική Κλινική στις 15:00 με ζωτικά σημεία:

ΑΠ: 130/70 mmHg

Θ:36,2° C

ΣΦ:77/ min

Φέρει ορό L/R 1000cc από περιφερική φλέβα, ROP για παροχέτευση του χειρουργικού τραύματος και σάκο κολοστομίας.

Χορηγήθηκε αντιβιοτικό (Flagyl fl 500mg/ 100ml 1 x 2 IV Radacef 1 gr fl 1 x 3 IV) και αντιπηκτική αγωγή (Innohep 3.500/ 0.35ml IU).

Επί πόνου, χορηγείται Zideron 2 ml amp IM και Primperan amp επί εμετών, ύστερα από ιατρική οδηγία.

Ο άρρωστος εξήλθε στις 28/5/10 συνοδευόμενος από την γυναίκα του. Με την οικογενειακή και νοσηλευτική ψυχική υποστήριξη ο άρρωστος νιώθει αρκετά δυνατός ψυχικά και έχει αποδεχτεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου.

*ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΤΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ*

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ*

*ΑΣΘΕΝΗ*

| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων      | Αντικειμενικοί<br>σκοποί  | Προγραμματισμός<br>νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή<br>νοσηλευτικής<br>φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|--|---|--|---|--|
| <p>-Διαρροϊκές κενώσεις από 3ημέρου.</p> | <p>-Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντερικού σωλήνα.</p> <p>-Πρόληψη αφυδάτωσης του ασθενή.</p> <p>-Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών (shock).</p> | <p>-Λήψη ζωτικών σημείων ανά δωρό.</p> <p>-Ρύθμιση διαιτολογίου με τροφές χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες.</p> <p>-Χορήγηση φαρμάκων βάση εντολής.</p> <p>-Επαρκής ενυδάτωση.</p> <p>-Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.</p> <p>-Νοσηλευτική φροντίδα της περιγεννητικής περιοχής.</p> <p>-Βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών και χορήγηση τους σε περίπτωση πτώσης αυτών.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας του ασθενή.</p> | <p>-Έγινε λήψη ζωτικών σημείων,<br/>ΑΠ:110/60mmhg,<br/>Θ:36,8<sup>o</sup> C, Σφ: 78/min.</p> <p>-Χορηγήθηκε κατάλληλη διαίτα : <u>πρωί</u> τσάι με φρυγανιά, <u>μεσημέρι</u>: μπιφτέκι με πουρέ και μήλο, <u>βράδυ</u>: κοτόπουλο ψητό με ρύζι.</p> <p>-Χορηγήθηκε tb Imodium 2mg 2x2 για μια ημέρα.</p> <p>-Ο ασθενής λαμβάνει τους εξής ορούς:<br/>D/W5% 1000cc 1X2<br/>N/S 0,9% 1000cc 1X1</p> <p>-Έγινε μέτρηση υγρών 24ώρου με προσλαμβανόμενά 3200cc και αποβαλλόμενα 3000cc.</p> <p>-Έγινε έλεγχος ηλεκτρολυτών<br/>K+=2,8mmol/l</p> | <p>- Τα ζωτικά σημεία δεν παρέκκλιναν από τις φυσιολογικές τιμές.</p> <p>-Η διαίτα συνέβαλλε στην μείωση των διαρροϊκών κενώσεων.</p> <p>-Με την χορήγηση των tb Imodium οι κενώσεις σταμάτησαν το ίδιο βράδυ. Το Imodium ελαττώνει την προωθητική περισταλτικότητα του εντέρου και αυξάνει τον τόνο του σφιγκτήρα του ορθού μειώνοντας έτσι την ακράτεια και την αίσθηση προς κένωση.</p> <p>-Το χορηγούμενο σχήμα ορρών συνέβαλλε στην αποφυγή της αφυδάτωσης.</p> <p>-Παρατηρήθηκε υποκαλιαμία η οποία όμως αντιμετωπίστηκε με την χορήγηση KCL για αποφυγή επιπλοκών. Η νέα τιμή του καλίου στην βιοχημική εξέταση αίματος είναι 3,7mmol/l.</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων  | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|---|---|--|--|
|   |   |   | <p>NA+= 143mmol/lit.</p> <p>-Έγινε εμπλουτισμός του σχήματος ορρών με KCL amp 1x3 για 2 ημέρες.</p> <p>-Κατεγράφησαν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.</p>   |  |
| <p>-Απώλεια βάρους. Ο ασθενής έχασε 3 κιλά σε 1 μήνα. (Υψος 178cm, βάρος 65kg0.</p> | <p>- Να επανέλθει το βάρος του ασθενή στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>        | <p>-Χορήγηση διαίτας πλούσιας σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.</p> <p>-Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων ανώτερης βιολογικής αξίας.</p> <p>-Μέτρηση του βάρους του ασθενή.</p> <p>-Ανάπαυση του ασθενή.</p> <p>-Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας.</p> | <p>-Ο ασθενής συνεχίζει διαίτα πλούσια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.</p> <p>-Χορηγείτε Ensure plus peros βάση κάρτας.</p> <p>- Ο ασθενής ξεκουράζεται επαρκώς.</p> <p>-Έγινε η καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>- Με την χορηγούμενη διαίτα η ασθενής πήρε 1 κιλό σε 4 ημέρες. Το Ensure plus είναι βιταμινούχο σκεύασμα το οποίο αποτελείται από 16,7% πρωτεΐνες, 30% λίπη, 53,3%υδατάνθρακες. Περιέχει 375kcal/250ml και χορηγείτε σε ασθενείς με αυξημένες ανάγκες πρωτεϊνών και θερμίδων.</p> |
| <p>-Περιοδικός ενοχλητικός πόνος στο υπογάστριο από 15νθημέρου.</p>                 | <p>-Ανακούφιση από το πόνο.</p> <p>-Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο.</p> | <p>-Διδασκαλία για την λήψη σωστής θέσης ώστε να μειωθεί ο πόνος.</p> <p>-Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>-Ενθάρρυνση για επαρκή ύπνο και ανάπαυση.</p> <p>-Δημιουργία κατάλληλου</p>  | <p>-Χορηγήθηκε 1tb Lonarid – N βάση ιατρικής εντολής.</p> <p>-Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση με κάμψη των γονάτων.</p> <p>-Ενημερώθηκαν οι</p>   | <p>-Το Lonarid –N είναι ένα καλά ανεκτό δραστικό αναλγητικό φάρμακο. Χαρακτηρίζεται από γρήγορη έναρξη της ενέργειας μετά από 10-20 λεπτά και διάρκεια δράσης 4-6 ώρες.</p>  |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων   | Αντικειμενικοί σκοποί  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|--|--|--|--|---|
|  |  | <p>και ήρεμου περιβάλλοντος.</p> <p>-Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>  | <p>συγγενείς για την τήρηση του επισκεπτηρίου ώστε να αποφεύγεται η φασαρία και να ξεκουράζεται ο ασθενής.</p> <p>-Ο ασθενής κοιμάται 8 ώρες ημερησίως.</p> <p>-Κατεγράφησαν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.</p>   | <p>-Η θέση που πήρε ο ασθενής συνέβαλλε στην χαλάρωση των κοιλιακών μυών και στην ελάττωση του πόνου.</p>   |
| <p>-Βαριούχος υποκλυσμός στις 16/5/10, διερεύνηση του εντέρου για κακοήθεια.</p> | <p>-Να διεκπεραιωθεί η διαδικασία χωρίς προβλήματα.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p> | <p>-Ο ασθενής να τεθεί σε υδρική δίαιτα την προηγούμενη της εξέτασης.</p> <p>-Ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τον τρόπο και τον σκοπό της εξέτασης και ψυχολογική ενίσχυση.</p> <p>-Επίσκεψη του ασθενή στο εξεταστήριο ώστε να εξοικειωθεί με τον χώρο κι επικοινωνία με το εργαστήριο για επιβεβαίωση της εξέτασης.</p> <p>-Κατάλληλη προετοιμασία του εντέρου σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Μετά την εξέταση να γίνει</p> | <p>-Ο ασθενής ετέθη σε υδρική δίαιτα.</p> <p>-Δόθηκε 1fl x-prep sir 75ml σύμφωνα με ιατρική οδηγία, δεν έγινε υποκλυσμός.</p> <p>-Ο ασθενής ενισχύθηκε ψυχολογικά σε αυτό συνέβαλλε και η επίσκεψή της στο διαγνωστικό εργαστήριο κι ενημερώθηκε για την εξέταση.</p> <p>-Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο εργαστήριο συνοδεία τραυματιοφορέα.</p> <p>-Καταγράφηκαν όλες οι</p> | <p>-Ολοκληρώθηκε η διαγνωστική εξέταση χωρίς πρόβλημα.</p> <p>-Το x-prep συνέβαλλε στην κένωση του εντέρου είναι καθαρό εκχύλισμα σέννας. Διεγείρει την κινητικότητα του παχέος κυρίως εντέρου και μειώνει την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Ο καθαρκτικός υποκλυσμός μετά την εξέταση γίνεται για να αποφευχθεί η δυσκοιλιότητα που προκαλεί το βάριο.</p> |



| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων   | Αντικειμενικοί σκοποί  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|--|--|--|---|---|
|  |  | καθαρκτικός υποκλυσμός για την απομάκρυνση του βαρίου.<br>-Καταγραφή του φύλλου νοσηλείας.   | ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.  |   |
| -Χειρουργική επέμβαση στις 18/5/10. (Περιορισμένη αριστερά ημικολεκτομή, μόνιμη κολοστομία). | -Ο ασθενής να είναι καθόλα έτοιμος για την χειρουργική επέμβαση .<br><br>-Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. | -Ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τον σκοπό και την διάρκεια του χειρουργείου.<br>-Επίσκεψη του ασθενή στο χώρο των χειρουργείων ώστε να εξοικειωθεί με το άγνωστο περιβάλλον.<br>-Τόνωση του ηθικού.<br>-Προετοιμασία εντερικού σωλήνα για την επέμβαση.<br>-Ευπρεπισμός και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου.<br>-Έναρξη αντιπηκτικής κι αντιβιοτικής αγωγής 1 ημέρα πριν την επέμβαση.<br>-Χορήγηση προνάρκωσης, αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία του ασθενή.<br>-Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του δελτίου που θα συνοδεύει τον | -Ο ασθενής ενημερώθηκε για την φύση του χειρουργείου, λύθηκαν οι απορίες του και υπήρξε η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.<br>-Ο ασθενής πήγε συνοδεία τραυματιοφορέα έως τα χειρουργεία ώστε να μην είναι τελείως άγνωστο το περιβάλλον.<br>-Ετέθη σε υδρική δίαιτα την προηγούμενη της επέμβασης κι από τα μεσάνυχτα δεν πήρε τίποτα από τον στόμα.<br>-Έγινε λήψη ζωτικών σημείων.<br>-Έγινε καθαρκτικός υποκλυσμός με fleet-enema στις 19:00 τις 17/5/10 κι έγινε | -Ο υποκλυσμός απέδωσε και ολοκληρώθηκε επιτυχώς η προεγχειρητική ετοιμασία.<br><br>-Η αντιπηκτική αγωγή συντελεί στην πρόληψη θρομβοφλεβίτιδων. Η innohep (tinzaparin sodium) είναι διάλυμα για υποδόρια έγχυση. Ενδείκνυται για την προφύλαξη εκ της εν τω βάθη θρομβοφλεβίτιδας, αγωγή και προφύλαξη θρομβοεμβολικών επιπλοκών και ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία κι αιμοκάθαρση.Radacef: (cefuranide) ανήκει στην κατηγορία των κεφαλοσπορινών καλύπτει αερόβια και αναερόβια μικρόβια. Flagyl (metromidazole): δρα αποτελεσματικά επί των αναερόβιων μικροβίων, καλώς |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων                                    | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|---|---|---|--|---|
|   |   | ασθενή και καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.   | <p>προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου.</p> <p>-Εδόθη innohep 3500/0.35ml IU inj υποδορίως. Το αντιβιοτικό σχήμα έχει ως εξής: Radacef 1gr fl 1x2 iv<br/>Flagyl 500gr/100ml 1x3 iv.</p> <p>-Χορηγήθηκε ½ ώρα πριν προνάρκωση.</p>   | <p>ανεκτό και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και τους ιστούς είναι κατά πολύ υψηλότερα από εκείνα τα οποία θεωρητικώς απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία. Πεθιδίνη: Προαναισθητικά για να ηρεμήσει η ασθενής να μειωθεί η δόση αναισθητικού και να αντισταθμιστεί η υπερπαραγωγή βλέννης και σιέλου.</p>         |
| -Ανησυχία και φόβος του ασθενή για την επέμβαση που θα ακολουθήσει. | -Ο ασθενής να είναι ήρεμος έως ότου φύγει για το χειρουργείο. | <p>-Ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τον τρόπο και τον σκοπό της επέμβασης.</p> <p>-Κατάλληλη προετοιμασία για την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου.</p> <p>-Επαφή του ασθενή με άλλους ασθενείς που έχουν κάνει παρόμοια επέμβαση.</p> <p>-Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων βάση κάρτας.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Πραγματοποιήθηκε διάλογος με τον ασθενή και δόθηκαν απαντήσεις στα ερωτήματα του ασθενή σχετικά με την επέμβαση και την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου.</p> <p>-Η επαφή με άλλους ασθενείς συνέβαλλε στην κατανόηση της διαδικασίας.</p> <p>-Χορηγήθηκε tb Lexotanil 3mg 1x1(βράδυ) πριν την επέμβαση.</p> | <p>-Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή απέδωσε θετικά και ο ασθενής εξωτερίκε τις αγωνίες και τον φόβο του.</p> <p>-Το Lexotanil (Bromazepam) συνέβαλλε στην χαλάρωση του ασθενή, ελαττώνει εκλεκτικά την ψυχική τάση και το άγχος. Οι κορυφαίες συγκεντρώσεις στο αίμα επιτυγχάνονται 1-2 ώρες μετά την λήψη του φαρμάκου.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων  | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|---|---|---|--|---|
|   |   |   | <p>NA+= 143mmol/lit.</p> <p>-Έγινε εμπλουτισμός του σχήματος ορρών με KCL amp 1x3 για 2 ημέρες.</p> <p>-Κατεγράφησαν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.</p>   |   |
| <p>-Απώλεια βάρους. Ο ασθενής έχασε 3 κιλά σε 1 μήνα. (Υψος 178cm, βάρος 65kg0.</p> | <p>- Να επανέλθει το βάρος του ασθενή στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>        | <p>-Χορήγηση διαίτας πλούσιας σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.</p> <p>-Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων ανώτερης βιολογικής αξίας.</p> <p>-Μέτρηση του βάρους του ασθενή.</p> <p>-Ανάπαυση του ασθενή.</p> <p>-Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας.</p> | <p>-Ο ασθενής συνεχίζει δίαιτα πλούσια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.</p> <p>-Χορηγείτε Ensure plus peros βάση κάρτας.</p> <p>- Ο ασθενής ξεκουράζεται επαρκώς.</p> <p>-Έγινε η καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>- Με την χορηγούμενη δίαιτα η ασθενής πήρε 1 κιλό σε 4 ημέρες. Το Ensure plus είναι βιταμινούχο σκεύασμα το οποίο αποτελείται από 16,7% πρωτεΐνες, 30% λίπη, 53,3% υδατάνθρακες. Περιέχει 375kcal/250ml και χορηγείτε σε ασθενείς με αυξημένες ανάγκες πρωτεϊνών και θερμίδων.</p> |
| <p>-Περιοδικός ενοχλητικός πόνος στο υπογάστριο από 15νθημέρου.</p>                 | <p>-Ανακούφιση από το πόνο.</p> <p>-Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο.</p> | <p>-Διδασκαλία για την λήψη σωστής θέσης ώστε να μειωθεί ο πόνος.</p> <p>-Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>-Ενθάρρυνση για επαρκή ύπνο και ανάπαυση.</p> <p>-Δημιουργία κατάλληλου</p>  | <p>-Χορηγήθηκε 1tb Lonarid – N βάση ιατρικής εντολής.</p> <p>-Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση με κάμψη των γονάτων.</p> <p>-Ενημερώθηκαν οι</p>   | <p>-Το Lonarid –N είναι ένα καλά ανεκτό δραστικό αναλγητικό φάρμακο. Χαρακτηρίζεται από γρήγορη έναρξη της ενέργειας μετά από 10-20 λεπτά και διάρκεια δράσης 4-6 ώρες.</p>   |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων   | Αντικειμενικοί σκοποί  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>και ήρεμου περιβάλλοντος.</p> <p>-Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>  | <p>συγγενείς για την τήρηση του επισκεπτηρίου ώστε να αποφεύγεται η φασαρία και να ξεκουράζεται ο ασθενής.</p> <p>-Ο ασθενής κοιμάται 8 ώρες ημερησίως.</p> <p>-Κατεγράφησαν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.</p>   | <p>-Η θέση που πήρε ο ασθενής συνέβαλλε στην χαλάρωση των κοιλιακών μυών και στην ελάττωση του πόνου.</p>  |
| <p>-Βαριούχος υποκλυσμός στις 16/5/10, διερεύνηση του εντέρου για κακοήθεια.</p> | <p>-Να διεκπεραιωθεί η διαδικασία χωρίς προβλήματα.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p> | <p>-Ο ασθενής να τεθεί σε υδρική δίαιτα την προηγούμενη της εξέτασης.</p> <p>-Ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τον τρόπο και τον σκοπό της εξέτασης και ψυχολογική ενίσχυση.</p> <p>-Επίσκεψη του ασθενή στο εξεταστήριο ώστε να εξοικειωθεί με τον χώρο.</p> <p>-Επικοινωνία με το εργαστήριο για επιβεβαίωση της εξέτασης.</p> <p>-Κατάλληλη προετοιμασία του εντέρου σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Μετά την εξέταση να γίνει</p> | <p>-Ο ασθενής ετέθη σε υδρική δίαιτα.</p> <p>-Δόθηκε 1fl x-prep sir 75ml σύμφωνα με ιατρική οδηγία, δεν έγινε υποκλυσμός.</p> <p>-Ο ασθενής ενισχύθηκε ψυχολογικά σε αυτό συνέβαλλε και η επίσκεψή της στο διαγνωστικό εργαστήριο κι ενημερώθηκε για την εξέταση.</p> <p>-Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο εργαστήριο συνοδεία τραυματιοφορέα.</p> <p>-Καταγράφηκαν όλες οι</p> | <p>-Ολοκληρώθηκε η διαγνωστική εξέταση χωρίς πρόβλημα.</p> <p>-Το x-prep συνέβαλλε στην κένωση του εντέρου είναι καθαρό εκχύλισμα σέννας. Διεγείρει την κινητικότητα του παχέος κυρίως εντέρου και μειώνει την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Ο καθαρτικός υποκλυσμός μετά την εξέταση γίνεται για να αποφευχθεί η δυσκοιλιότητα που προκαλεί το βάριο.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων   | Αντικειμενικοί σκοποί  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|--|--|--|---|---|
|  |  | καθαρκτικός υποκλυσμός για την απομάκρυνση του βαρίου.<br><br>-Καταγραφή του φύλλου νοσηλείας.   | ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.  |   |
| -Χειρουργική επέμβαση στις 18/5/10. (Περιορισμένη αριστερά ημικολολεκτομή, μόνιμη κολοστομία). | -Ο ασθενής να είναι καθόλα έτοιμος για την χειρουργική επέμβαση .<br><br>-Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. | -Ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τον σκοπό και την διάρκεια του χειρουργείου.<br>-Επίσκεψη του ασθενή στο χώρο των χειρουργείων ώστε να εξοικειωθεί με το άγνωστο περιβάλλον.<br>-Τόνωση του ηθικού.<br>-Προετοιμασία εντερικού σωλήνα για την επέμβαση.<br>-Ευπρεπισμός και προετοιμασία χειρουργικού πεδίου.<br>-Έναρξη αντιπηκτικής κι αντιβιοτικής αγωγής 1 ημέρα πριν την επέμβαση.<br>-Χορήγηση προνάρκωσης, αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία του ασθενή.<br>-Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του δελτίου που θα συνοδεύει τον | -Ο ασθενής ενημερώθηκε για την φύση του χειρουργείου, λύθηκαν οι απορίες του και υπήρξε η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.<br>-Ο ασθενής πήγε συνοδεία τραυματιοφορέα έως τα χειρουργεία ώστε να μην είναι τελείως άγνωστο το περιβάλλον.<br>-Ετέθη σε υδρική διαίτα την προηγούμενη της επέμβασης κι από τα μεσάνυχτα δεν πήρε τίποτα από τον στόμα.<br>-Έγινε λήψη ζωτικών σημείων.<br>-Έγινε καθαρκτικός υποκλυσμός με fleet-enema στις 19:00 τις 17/5/10 κι έγινε | -Ο υποκλυσμός απέδωσε και ολοκληρώθηκε επιτυχώς η προεγχειρητική ετοιμασία.<br>-Η αντιπηκτική αγωγή συντελεί στην πρόληψη θρομβοφλεβίτιδων. Η innohep (tinzaparin sodium) είναι διάλυμα για υποδόρια έγχυση. Ενδείκνυται για την προφύλαξη εκ της εν τω βάθην θρομβοφλεβίτιδας, αγωγή και προφύλαξη θρομβοεμβολικών επιπλοκών και ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία κι αιμοκάθαρση.<br>Radacef: (ceforanide) ανήκει στην κατηγορία των κεφαλοσπορινών καλύπτει αερόβια και αναερόβια μικρόβια.<br>Flagyl (metromidazole): δρα αποτελεσματικά επί των αναερόβιων μικροβίων, καλώς |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων                                    | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|---|---|---|--|---|
|   |   | ασθενή και καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.   | <p>προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου.</p> <p>-Εδόθη innohep 3500/0.35ml IU inj υποδορίως. Το αντιβιοτικό σχήμα έχει ως εξής: Radacef 1gr fl 1x2 iv<br/>Flagyl 500gr/100ml 1x3 iv.</p> <p>-Χορηγήθηκε ½ ώρα πριν προνάρκωση.</p>   | <p>ανεκτό και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και τους ιστούς είναι κατά πολύ υψηλότερα από εκείνα τα οποία θεωρητικώς απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία. Πεθιδίνη: Προαναισθητικά για να ηρεμήσει η ασθενής να μειωθεί η δόση αναισθητικού και να αντισταθμιστεί η υπερπαραγωγή βλέννης και σιέλου.</p>           |
| -Ανησυχία και φόβος του ασθενή για την επέμβαση που θα ακολουθήσει. | -Ο ασθενής να είναι ήρεμος έως ότου φύγει για το χειρουργείο. | <p>-Ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τον τρόπο και τον σκοπό της επέμβασης.</p> <p>-Κατάλληλη προετοιμασία για την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου κι επαφή του ασθενή με άλλους ασθενείς που έχουν κάνει παρόμοια επέμβαση.</p> <p>-Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων βάση κάρτας.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Πραγματοποιήθηκε διάλογος με τον ασθενή και δόθηκαν απαντήσεις στα ερωτήματα του ασθενή σχετικά με την επέμβαση και την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου.</p> <p>-Η επαφή με άλλους ασθενείς συνέβαλλε στην κατανόηση της διαδικασίας.</p> <p>-Χορηγήθηκε tb Lexotanil 3mg 1x1(βράδυ) πριν την επέμβαση.</p> | <p>-Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή απέδωσε θετικά και ο ασθενής εξωτέρικεψε τις αγωνίες και τον φόβο του.</p> <p>-Το Lexotanil (Bromazepam) συνέβαλλε στην χαλάρωση του ασθενή, ελαττώνει εκλεκτικά την ψυχική τάση και το άγχος. Οι κορυφαίες συγκεντρώσεις στο αίμα επιτυγχάνονται 1-2 ώρες μετά την λήψη του φαρμάκου.</p> |

*ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ*

| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων                   | Αντικειμενικοί<br>σκοποί   | Προγραμματισμός<br>νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής<br>φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|--|---|---|--|
| -Χειρουργικό τραύμα<br>αριστερά κοιλίας.              | -Πρόληψη<br>επιμόλυνσης του<br>χειρουργικού<br>τραύματος.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Φροντίδα περιοχής<br/>χειρουργικού τραύματος.</li> <li>-Χρήση αποστειρωμένου<br/>υλικού και άσηπτης τεχνικής<br/>κατά την αλλαγή.</li> <li>-Συχνές αλλαγές των γαζών<br/>και παρακολούθηση για<br/>αιμορραγία από το τραύμα.</li> <li>-Έλεγχος της παροχέτευσης ( ROP).</li> <li>-Καταγραφή των ενεργειών<br/>στο φύλλο νοσηλείας.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Έγινε περιποίηση της<br/>περιοχής του τραύματος με<br/>άσηπτη τεχνική και χρήση<br/>αποστειρωμένων υλικών.</li> <li>-Οι αλλαγές γίνονται μια φορά<br/>ημερησίως τηρώντας πάντα<br/>άσηπτη τεχνική.</li> <li>-Το σημείο του τραύματος δεν<br/>παρουσιάζει αιμορραγία.</li> <li>-Παρακολουθείτε η<br/>παροχέτευση. Η ποσότητα του<br/>παροχετευμένου υγρού είναι:<br/>13:00 = 250ml 14:00 = 300ml<br/>15:00= 150ml      16:00 =<br/>50ml</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Δεν παρατηρήθηκαν σημεία<br/>μόλυνσης του χειρουργικού<br/>τραύματος.</li> <li>-Δεν εμφανίστηκαν<br/>επιπλοκές όπως αιμορραγία<br/>από το τραύμα.</li> <li>-Το υγρό του τραύματος<br/>παροχετεύτηκε κανονικά και<br/>αφαιρέθηκε το ROP την 4<sup>η</sup><br/>μετεγχειρητική ημέρα.<br/>(19:00).</li> </ul> |
| -Πόνος που οφείλεται<br>στην χειρουργική<br>επέμβαση. | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ανακούφιση του<br/>ασθενή από τον πόνο.</li> <li>-Απαλλαγή του<br/>ασθενή από τον πόνο.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Τοποθέτηση του ασθενή σε<br/>ημικαθιστή θέση.</li> <li>-Χορήγηση αναλγητικών<br/>κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</li> <li>-Εξασφάλιση ήρεμου και</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορηγήθηκε amp Zideron<br/>75mg/ml IM.</li> <li>- Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε<br/>ημικαθιστή θέση με τα</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Το Zideron ανήκει στα<br/>οποιοειδή ενδείκνυται στο<br/>μετεγχειρητικό –<br/>μετατραυματικό πόνο σε<br/>νευρολογικές και<br/>νεοπλασματικές νόσους.</li> </ul>   |



| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων   | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|--|---|--|---|--|
|  |   | <p>ήσυχου περιβάλλοντος.</p> <p>-Ενημέρωση των συγγενών για την τήρηση των ωρών επισκεπτηρίου.</p> <p>-Καταγραφή φύλλου νοσηλείας.</p>   | <p>γόνατα σε ελαφρά κάμψη.</p> <p>-Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για το ωράριο του επισκεπτηρίου κι εξασφαλίστηκε ήσυχο περιβάλλον.</p> <p>-Έγινε η καταγραφή του φύλλου νοσηλείας.</p>   | <p>-Ο ασθενής νιώθει καλύτερα και σε αυτό συνέβαλλε η κατάλληλη θέση αλλά και το ήσυχο περιβάλλον.</p>   |
| <p>-Ναυτία – έμετος εξαιτίας της γενικής νάρκωσης (2 εμετοί την ημέρα της επεμβάσεως).</p> | <p>-Ανακούφιση του ασθενή.</p> <p>-Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p> | <p>-Τοποθέτηση του ασθενή στην κατάλληλη θέση.</p> <p>-Καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ποσότητας και της σύστασης των εμετών.</p> <p>-Έναρξη αντιεμετικής αγωγής βάση ιατρικής οδηγίας.</p> <p>-Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Λήψη αίματός για έλεγχο ηλεκτρολυτών, λήψη Ζ.Σ.</p> <p>-Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο.</p> <p>-Διατήρηση καθαρών κλινოსκεπασμάτων.</p> | <p>-Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημί –fowler θέση με το κεφάλι στο πλάι κι έγινε αλλαγή των κλινოსκεπασμάτων.</p> <p>-Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 5cc.</p> <p>-Έγινε λήψη Ζ.Σ και καταγραφή τους στο διάγραμμα.</p> <p>-Κατεγράφησαν οι εμετοί (2) στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>-Χορηγήθηκε amp Primperan 1x3 στους ορρούς, D/W5% 1X2, N/S 0,9% 1X1.</p> <p>-Έγινε μέτρηση ηλεκτρολυτών: K= 3,8mmol, NA=139mmol.</p> | <p>-Η κατάλληλη θέση συνέβαλλε στην αποφυγή της εισρόφησης.</p> <p>-Η χορηγούμενη αγωγή είχε θετικά αποτελέσματα. Το Primperan (metoclopramide hydrochloride) επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο κι έχει ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση.</p> <p>-Οι πλύσεις της στοματικής κοιλότητας συνέβαλλαν στην μη αποστροφή του αρρώστου από τους εμετούς και στην αποφυγή πιθανής στοματίτιδας.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων           | Αντικειμενικοί<br>σκοποί   | Προγραμματισμός<br>νοσηλευτικής<br>φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής<br>φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|---|--|--|---|---|
| <p>- Ο ασθενής φέρει αριστερή κολοστομία.</p> | <p>-Να επανέλθει σε ικανοποιητική λειτουργία ο εντερικός σωλήνας με την κολοστομία.</p> <p>-Πρόληψη των επιπλοκών.</p> | <p>-Περιποίηση της κολοστομίας φροντίδα με άσηπτη τεχνική τα πρώτα 24ώρα στη συνέχεια ακολουθείτε καθαρή τεχνική .</p> <p>-Προφύλαξη του δέρματος γύρω από την στομία.</p> <p>-Προστασία του ασθενή.</p> <p>-Κένωση του σάκου σε τακτά χρονικά διαστήματα.</p> <p>-Παρακολούθηση σύστασης και ποσότητας των κενώσεων.</p> <p>-Χρήση αποσμητικών spray.</p> <p>-Ψυχολογική ενίσχυση και τόνωση του ασθενή.</p> <p>-Διδασκαλία του ασθενή κι ενός συγγενή για τον τρόπο περιποίησης της κολοστομίας.</p> | <p>-Έγινε η φροντίδα της στομίας για 4 ημέρες με άσηπτη τεχνική κι εν συνεχεία με καθαρή τεχνική.</p> <p>-Χρησιμοποιήθηκε ειδική αλοιφή karaya.</p> <p>-Τοποθετήθηκε το παραβάν κι απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες κατά την αλλαγή.</p> <p>- Ο σάκος αλλάζεται κάθε φορά που γεμίζει κατά το ήμισυ.</p> <p>-Ο ασθενής αφοδεύει 3 φορές ημερησίως (κόπρανα σχηματισμένα)</p> <p>-Σε κάθε αλλαγή γίνεται επίδειξη στον ασθενή και στον συνοδό για τον τρόπο περιποίησης του στομίου.</p> <p>-Απαντήθηκαν όλες οι απορίες του ασθενή και ήρθε σε επαφή με άτομα που φέρουν κολοστομία</p> | <p>-Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα, οίδημα, εξέλκωση γύρω από το στόμιο.</p> <p>-Με την χρήση της αλοιφής karaya αποφευχθεί ο ερεθισμός του δέρματος γύρω από την στομία από το εντερικό περιεχόμενο.</p> <p>-Ο ασθενής δεν ένιωσε ανασφάλεια και ντροπή κατά την αλλαγή καθώς χρησιμοποιήθηκαν τα απαραίτητα μέσα.</p> <p>-Η κακοσμία εξουδετερώθηκε με την χρήση αποσμητικών spray.</p> <p>- Η συνοδός του ασθενή έκανε μια αλλαγή του στομίου παρουσία νοσηλεύτριας.</p> <p>-Η ψυχολογία του ασθενή βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα.</p> |

### 9.7.3. Κλινική περίπτωση 3<sup>η</sup>

Ασθενής Ε.Β ηλικίας 68 ετών, συνταξιούχος υπομηχανικός, άγαμος και ζει μόνος του στον Πύργο Ηλείας, από όπου και κατάγεται. Διεκομίσθει από την βραχεία νοσηλεία στην Α΄ Χειρουργική Κλινική. Με συνοδεία τραυματιοφορέα στις 17/6/10 και ώρα μ. μ. Η διάγνωση εισαγωγής είναι ατελής εντερική απόφραξη σε έδαφος Ca παχέος εντέρου (χειρουργηθέντος).

Ο κύριος Ε.Β διεκομίσθει στην κλινική με φυσιολογικές τιμές των ζωτικών του σημείων και καλή αναπνευστική κατάσταση. Δεν αναφέρει αλλεργίες με κάποιο φάρμακο ή αντιβιοτικό. Στις κενώσεις αναφέρεται κολοστομία (αρ) από 10/6/09. Το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει ουρολοίμωξη προ 20 ημερών που αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική αγωγή. Το οικογενειακό αναμνηστικό αναφέρει ότι ο πατέρας του υπέστη έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο αδελφός του πάσχει από στεφανιαία νόσο. Η μητέρα του πάσχει από Alzheimer και η αδερφή του πέθανε από Ca ωοθηκών.

#### Παρούσα νόσος:

Προ έτους, στις 10/6/09 υποβλήθηκε σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού λόγω Ca και φέρει ήδη αριστερή κολοστομία. Ακολούθησε ακτινο-χημειοθεραπεία που τελείωσε προ 2μήνου. Από 48ωρου παρουσίασε αναστολή αποβολής αερίων- κοπράνων, συνοδό έμετο-κωλικοειδές κοιλιακό άλγος και διάταση κοιλίας από 12ωρου. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία (CT) κοιλίας η οποία ανέδειξε στοιχεία πιθανής υποτροπής της νόσου. Η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο έγινε εκτάκτως με εικόνα ειλεού λεπτού εντέρου.

Από την ανασκόπηση των συστημάτων του ανευρέθηκαν: κεφαλή – τράχηλος- θώρακας- καρδιά σε φυσιολογική κατάσταση. Από το γαστρεντερικό του σύστημα δεν παρατηρήθηκε απώλεια βάρους, αιμόπτυση ή δυσκοιλιότητα. Κατά την φυσική εξέταση της κοιλίας από τον ιατρό ευρέθησαν:

Επισκόπηση :διάταση και κολοστομία (ΑΡ)

Ακρόαση :εντερικοί ήχοι

Επίκρουση :διάχυτη τυμπανικότητα

Ψηλάφηση :μαλακή

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς παρατηρείται πτώση του αιματοκρίτη του σε 30,1% στις 17/6/10 από 40% που είχε στις 26/5/10.

Στις 17/6/10 και ώρα 23:30 ο ασθενής ανέβηκε εκτάκτως στο χειρουργείο όπου υποβλήθηκε σε εντεροκτομή για αποσυμφόρηση του λεπτού εντέρου που έχει αποφραχθεί. Τα φάρμακα που συνοδεύουν τον ασθενή στο χειρουργείο είναι το zinacef και pethidine iv. Από 20/6/10 αρχίζει flaxiparine 0,3 mg για την πρόληψη θρομβώσεων.

| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων                    | Αντικειμενικοί<br>σκοποί  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής<br>φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής<br>φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|--|---|--|---|--|
| <p>-Εντερική απόφραξη λόγω υποτροπής του καρκίνου.</p> | <p>-Να απαλλαγεί ο ασθενής από τη διάταση της κοιλίας.</p> <p>-Ανακούφιση του ασθενή από το εντερικό περιεχόμενο</p> <p>-Πρόληψη των επιπλοκών.</p> | <p>-Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και των συμπτωμάτων.</p> <p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>-Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα για την απομάκρυνση του γαστρικού περιεχομένου .</p> <p>-Να εφαρμοσθεί υποκλυσμός της κολοστομίας.</p> <p>-Μέτρηση αποβαλλομένων υγρών και καταγραφή του ισοζυγίου υγρών.</p> <p>-Λήψη αίματος για βιοχημικό έλεγχο.</p> <p>-Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος για τον ασθενή.</p> <p>-Στενή παρακολούθηση του ασθενή για εμφάνιση σημείων ειλεού.</p> <p>-Καταγραφή ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Εφαρμόστηκε levip για την παροχέτευση του γαστρικού περιεχομένου.</p> <p>-Χορηγήθηκε Zantac amp 1X3 βάση κάρτας.</p> <p>-Δεν έγινε υποκλυσμός καθώς αρνήθηκε ο ασθενής.</p> <p>-Γίνετε μέτρηση ισοζυγίου και καταγράφεται στο ειδικό έντυπο που τοποθετήθηκε στο διάγραμμα του ασθενή.</p> <p>-Αρχισε σχήμα ορρών:<br/>D/W 5% 1X1 1000cc<br/>L/R 1X1 1000cc.</p> <p>-Η βιοχημική αίματος έδειξε: Na<sup>+</sup> =139mmol/l<br/>K<sup>+</sup>=4,4 mmol/l.</p> <p>-Ο ασθενής παρέμεινε στο κρεβάτι.</p> | <p>-Ο ασθενής είναι ελαφρώς καλύτερα, ο ρινογαστρικός καθετήρας συνέβαλλε στην απομάκρυνση γαστρικού περιεχομένου συγκεκριμένα στην πρωινή βάρδια 100cc και στην απογευματινή 150cc, συνεχίζεται η μέτρηση και η καταγραφή στο ειδικό έντυπο.</p> <p>-Το zantac ( ranitidine hydrochloride) ενδείκνυται σε περιπτώσεις γαστρικής υπερέκκρισης .</p> <p>- Οι ορροί χορηγούνται για να καλύψουν τις ανάγκες του ασθενή σε υγρά και θερμίδες.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων           | Αντικειμενικοί<br>σκοποί   | Προγραμματισμός<br>νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή<br>νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|--|---|---|--|
| <p>- Ο ασθενής φέρει αριστερή κολοστομία.</p> | <p>-Να επανέλθει σε ικανοποιητική λειτουργία ο εντερικός σωλήνας με την υπάρχουσα κολοστομία.</p> <p>-Πρόληψη των επιπλοκών.</p> | <p>-Περιποίηση της κολοστομίας, ενημέρωση από τον ασθενή σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο φρόντιζε την στομία</p> <p>-Κένωση του σάκου σε τακτά χρονικά διαστήματα και πάντα μισή ώρα προ του φαγητού.</p> <p>-Παρακολούθηση σύστασης και ποσότητας των κενώσεων.</p> <p>-Λήψη μέτρων ώστε ο ασθενής να νιώθει άνετα κατά την αλλαγή.</p> <p>-Περιποίηση του στομίου με καθαρή τεχνική.</p> <p>-Αξιολόγηση της περιοχής του στομίου για σημεία ερεθισμού και μόλυνσης.</p> | <p>-Έγινε η φροντίδα της στομίας με καθαρή τεχνική από την νοσηλεύτρια ενώ ο ασθενής παρακολουθούσε την διαδικασία.</p> <p>-Τοποθετήθηκε το παραβάν κι απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες κατά την αλλαγή.</p> <p>- Ο ασθενής μετά την περιποίηση τοποθέτησε μόνος του την πάστα karaya ,spray και στην συνέχεια έβαλε προστατευτικό υλικό gel στο δέρμα και τοποθέτησε τον ειδικό σάκο.</p> <p>-Καταγραφή του φύλλου νοσηλείας του ασθενή.</p> | <p>-Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα, οίδημα, εξέλκωση γύρω από το στόμιο.</p> <p>-Με την χρήση της αλοιφής karaya αποφεύχθει ο ερεθισμός του δέρματος γύρω από την στομία από το εντερικό περιεχόμενο.</p> <p>-Ο ασθενής δεν ένιωσε ανασφάλεια και ντροπή κατά την αλλαγή καθώς χρησιμοποιήθηκαν τα απαραίτητα μέσα.</p> <p>-Η κακοσμία εξουδετερώθηκε με την χρήση αποσμητικών spray.</p> <p>-Ο ασθενής μετά την διαδικασία έφαγε με ηρεμία και αναπαύθηκε.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|----------------------------------|---|--|---|---|
| <p>-Επίσχεση ούρων.</p>          | <p>-Να ανακουφιστεί ο ασθενής από την επίσχεση.</p> <p>-Να επανέλθει η διούρηση του ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p> | <p>-Εφαρμογή φυσικών μέσων για την διούρηση του ασθενή.</p> <p>-Σύσταση για έγερση του ασθενή.</p> <p>-Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως σε περίπτωση αδυναμίας διούρησης με την εφαρμογή φυσικών μέσων.</p> <p>-Χορήγηση προληπτικής αντιβιοτικής αγωγής.</p> <p>-Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας.</p> | <p>-Έγιναν προσπάθειες ούρησης με την εφαρμογή φυσικών μέσων όπως άνοιγμα της βρύσης, έγερση από το κρεβάτι και περπάτημα, τοποθέτηση νερού στο περίνεο τα οποία όμως δεν απέδωσαν.</p> <p>-Τοποθετήθηκε καθετήρας κύστεως folley no 18 με άσηπτη τεχνική και χρήση ασηπτηρά αποστειρωμένων υλικών.</p> <p>-Τέθηκε σε μέτρηση ούρων και χορήγηση προληπτικού σχήματος αντιβιώσεων: flagyl 1x2 , zinacef 1x2.</p> <p>-Σύσταση του ασθενή να λαμβάνει άφθονα υγρά για την αποφυγή της στάσης των ούρων.</p> <p>-Καταγραφή του φύλλου νοσηλείας.</p> | <p>-Με την τοποθέτηση του καθετήρα ο ασθενής ούρησε (1200cc ούρα 24ώρου) και αισθάνεται ανακούφιση.</p> <p>-Το Zinacef χορηγείται σε λοιμώξεις από αιμόφιλο της ινφλουέντσας ή γονόκοκκο. Το flagyl (metromidazole) σε λοιμώξεις από αναερόβια μικρόβια.</p> <p>-Με την λήψη υγρών επιτεύχθηκε η ωριαία αποβολή ούρων τουλάχιστον 50ml και αποφεύγεται η στάση των ούρων.</p> <p>-Δεν παρουσίασε καμία επιπλοκή</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων                             | Αντικειμενικοί σκοποί  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|--|--|--|---|---|
| <p>- Αναπνευστική δυσχέρεια μετά το έκτακτο χειρουργείο.</p> | <p>-Ανακούφιση του ασθενή από την δύσπνοια.</p> <p>-Να επανέλθει ο ασθενής σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>-Αποφυγή πιθανής υποξαιμίας.</p> | <p>-Λήψη ζωτικών σημείων ανά ώρα και καταγραφή τους.</p> <p>-Τοποθέτηση του ασθενή στην κατάλληλη θέση.</p> <p>-Χορήγηση βλεννολυτικών και O2 βάση κάρτας.</p> <p>-Ενθάρρυνση του ασθενή να αλλάζει συχνά θέση και να κάνει αναπνευστική γυμναστική.</p> <p>-Προαγωγή του βήχα.</p> <p>-Δημιουργία ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος.</p> <p>-Ενημέρωση των συγγενών για την τήρηση του ωραρίου επισκέψεων.</p> <p>-Λήψη αρτηριακού αίματος κι έλεγχο αερίων αίματος.</p> <p>-Ενημέρωση του δελτίου νοσηλείας.</p> | <p>-Τα ζωτικά σημεία του ασθενή έχουν ως εξής: ΑΠ= 130/80mmhg, Σφ=80/min, Θ= 37,6° C.</p> <p>-Τοποθετήθηκε σε θέση fowler.</p> <p>-Χορηγείτε O2 με μάσκα venturi 50% και Bisolvon sir 20ccX3 βάση κάρτας.</p> <p>-Δόθηκε εξασκητής αναπνοών και ο ασθενής άρχισε αναπνευστική γυμναστική, γίνεται αλλαγή θέσης κάθε μισή ώρα.</p> <p>- Έγινε ενθάρρυνση του ασθενή να βήχει εφαρμόζοντας πίεση στο σημείο του τραύματος.</p> <p>-Έγινε λήψη αρτηριακού αίματος: HCO3=22meg/L, PO2=70mmhg, PCO2=49mmhg, ph=7.</p> <p>-Κατεγράφησαν όλες οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας προς ενημέρωση της υγειονομικής ομάδας.</p> | <p>-Επιτεύχθει η αντιμετώπιση της αναπνευστικής δυσχέρειας του ασθενή.</p> <p>-Το Bisolvon συνέβαλλε στην ρευστοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων.</p> <p>-Η θέση του ασθενή βοήθησε στην καλύτερη έκπτυξη των πνευμόνων.</p> <p>-Με την γυμναστική των αναπνευστικών μυών επιτυγχάνεται η μετακίνηση και αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων.</p> |



| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων      | Αντικειμενικοί σκοποί  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|---------------------------------------|--|--|--|---|
| <p>-Πυρετός 38,2° C στις 18/6/10.</p> | <p>-Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πυρετό.</p> <p>-Να επανέλθει η θερμοκρασία σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> | <p>-Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στον ασθενή και σύσταση για χλιαρό λουτρό.</p> <p>-Χορήγηση αντιπυρετικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>-Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών βάση κάρτας.</p> <p>-Χορήγηση ελαφράς διαίτας.</p> <p>-Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων - αποβαλλομένων υγρών.</p> <p>-Έλεγχος θερμοκρασίας ανά 2ωρό.</p> <p>-Λήψη καλλιέργειας αίματος για την εντόπιση πιθανής μικροβιακής εστίας.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας κι ενημέρωση του διαγράμματος με την θερμοκρασία.</p> | <p>-Επί 37,8° C τέθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο και τις μασχάλες του ασθενή.</p> <p>-Επί 38,2° C πάρθηκε καλλιέργεια αίματος και τέθηκε 1 amp Apotel σε N/S 100cc στις 18.00 της ημέρας του χειρουργείου κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>-Χορηγείτε το ακόλουθο σχήμα ορρών βάση κάρτας: D/W5% 1000cc 1x2, N/S 0,9% 1000cc 1x1.</p> <p>-Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων (3000cc) και αποβαλλομένων (2850cc) υγρών .</p> <p>-Καταγράφηκε το φύλλο νοσηλείας κι ενημερώθηκε το διάγραμμα.</p> | <p>-Υποχώρησε ο πυρετός το βράδυ της επέμβασης. Σε αυτό συνέβαλλε το Apotel (paracetamol) το οποίο έχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση όμοια με του ακετυλοσαλικυλικού οξέος. Η αντιπυρετική του δράση οφείλεται σε άμεση επίδραση στα υποθαλαμικά θερμορυθμιστικά κέντρα.</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών.</p> <p>- Η καλλιέργεια αίματος δεν έδειξε ευαισθησία σε μικροοργανισμούς.</p> |



#### 9.7.4 Κλινική περίπτωση 4<sup>η</sup>

Στις 10/7/10 εισήχθη στην Β΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, ο Κ.Α 68 ετών, συνταξιούχος μεταφορέας, κάτοικος Αιγίου. Από τα στοιχεία του ιστορικού που συλλέχθησαν, βρέθηκε ότι ο ασθενής έχει διαγνωσμένο καρκίνο ορθού και ηπατικές μεταστάσεις. Προσήλθε στο νοσοκομείο με εικόνα εντερικής απόφραξης. Έχει εμέτους, μετεωρισμό κοιλίας και αναστολή κοπράνων και αερίων από 3ημέρου. Αναφέρει διάχυτη κοιλιακή ευαισθησία. Προ 1 έτους παρατήρησε αιματηρές κενώσεις που απεδόθησαν σε αιμορροϊδοπάθεια. Προ 2μηνου υπεβλήθη σε πλήρη έλεγχο.

Ατομικό αναμνηστικό: Ο ασθενής είναι χρόνιος πότης και αναφέρει πνευμονία προ 20 ετών. Πάσχει από υπέρταση αλλά όπως αναφέρει ο ίδιος έχει σταματήσει τα φάρμακα εδώ και 3 μήνες, από μόνος του.

Οικογενειακό αναμνηστικό: Ο πατέρας του ασθενούς είχε υπέρταση και πέθανε σε ηλικία 85 ετών από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η μητέρα του πέθανε σε ηλικία 75 ετών από Ca μαστού.

Συνήθειες: κάπνισμα, αλκοόλ.

Ιατρικό ιστορικό: Μ κολονοσκόπηση και CT ανεβρεθεί πρωτοπαθής εστία στα 8-10 cm από το δακτύλιο με δευτεροπαθής εναποθέσεις στο ήπαρ. Δεν αναφέρει διαταραχές κενώσεων. Έχει προγραμματιστεί το χειρουργείο του ασθενούς στις 18/7/10. Πρόκειται Να γίνει μερική κολεκτομή :με τελική κολοστομία και σύγκλιση περιφερικού κολοβώματος τύπου Hartmann.

Μετά από εντολή του νοσηλευτικού προσωπικού, ο ασθενής ενημερώθηκε ότι έπρεπε να μείνει νηστικός έως και την ώρα του χειρουργείου. Επίσης ενημερώθηκε για την προεγχειρητική ετοιμασία που πρόκειται να του γίνει στις 17/7. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και είχε τις εξής τιμές: σφίξεις :75/min, θερμ.:38° C, ΑΠ: 160/90 mmHg, αναπνοές: 18/min.

Άρχισε η ενυδάτωση του ασθενούς, για πρόληψη διαταραχής της οξεοβασικής ισορροπίας, χορηγώντας υγρά με ενδοφλέβια έγχυση. Δηλαδή 1.000 ml Dextrose 5% 1 x 1, 1.000 ml L/R 1 x 1. Τα φάρμακα που τον συνοδεύουν στο χειρουργείο είναι: innohep 3.500 IU, Mandokef – Metrogyl 1 x 1, Zantac 1 x 3 και Primperan 1x 3.

Επέστρεψε από το χειρουργείο στις 7:30 μ. μ με καλά ζωτικά σημεία. Επίσης έφερε καθετήρα υποκλειδίου φλέβας για λήψη ολικής παρεντερικής διατροφής και 3 περιφερικές φλέβες απ' όπου ενυδατώνεται με ορούς.

*ΠΡΟΤΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΤΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ*

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ*

*ΑΣΘΕΝΗ*

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων  | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|---|---|--|---|---|
| <p>-Φόβος και ανησυχία του ασθενή για την επέμβαση και την έκβαση της κατάστασης του.</p> | <p>-Ο ασθενής να είναι ήρεμος για την χειρουργική επέμβαση.</p> | <p>-Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την επέμβαση το είδος, τον σκοπό, τον τρόπο και τον χρόνο διάρκειας της επέμβασης και την δημιουργία της κολοστομίας.</p> <p>-Διδασκαλία του ασθενή για τις ενέργειές του μετεγχειρητικά ώστε να αποφευχθούν οι επιπλοκές.</p> <p>-Να βοηθηθεί ο ασθενής ώστε να αποδεχτεί την μεταβολή του σωματικού του ειδώλου .</p> <p>-Συνάντηση του ασθενή με άτομα τα οποία έχουν κάνει την ίδια με αυτόν επέμβαση.</p> <p>-Επίσκεψη στον χώρο του χειρουργείου ώστε να μειωθεί το άγχος για τον άγνωστο χώρο.</p> <p>-Να δοθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας .</p> | <p>-Έγινε ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την επέμβαση και δόθηκαν απαντήσεις στις απορίες του ασθενή.</p> <p>-Ο ασθενής ήρθε σε επαφή με άλλα άτομα τα οποία έχουν παρόμοιο πρόβλημα.</p> <p>-Συνοδεία τραυματιοφορέα μεταφέρθηκε ο ασθενής στο χώρο του χειρουργείου.</p> <p>-Ενημερώθηκε για τον τρόπο που θα πρέπει να βήχει, να κινείται να κάνει ασκήσεις ώστε να αποφευχθούν οι επιπλοκές μετεγχειρητικά.</p> <p>-Κατεγράφησαν οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Ο ασθενής δείχνει να κατανοεί την αναγκαιότητα της επεμβάσεως και της δημιουργίας κολοστομίας.</p> <p>-Η επαφή του με τον χώρο του χειρουργείου μείωσε τον φόβο του.</p> <p>-Η διδασκαλία του σχετικά με τις ενέργειες για την αποφυγή των μετεγχειρητικών επιπλοκών έδωσαν αυτοπεποίθηση στον ασθενή.</p> <p>-Ο ασθενής ήταν ήρεμος έως ότου πήγε στο χειρουργείο.</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων   | Αντικειμενικοί σκοποί  | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας  | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|--|--|---|---|---|
| <p>-Χειρουργική επέμβαση στις 18/7/10.<br/>( Μερική κολεκτομή, μόνιμη κολοστομία).</p> | <p>-Ο ασθενής να είναι καθόλα έτοιμος για την χειρουργική επέμβαση.<br/><br/>-Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.</p> | <p>-Ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τον σκοπό και την διάρκεια του χειρουργείου.<br/><br/>- Τόνωση του ηθικού.<br/><br/>Προετοιμασία εντερικού σωλήνα για την επέμβαση και χειρουργικού πεδίου.<br/><br/>-Έναρξη αντιπηκτικής κι αντιβιοτικής αγωγής 1 ημέρα πριν την επέμβαση σύμφωνα με ιατρική οδηγία.<br/><br/>-Χορήγηση προνάρκωσης.<br/><br/>- Αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία του ασθενή.<br/>-Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του δελτίου που θα συνοδεύει τον ασθενή και καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Ο ασθενής ενημερώθηκε για την φύση του χειρουργείου, λύθηκαν οι απορίες της και υπήρξε η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.<br/>-Ετέθη σε υδρική διαίτα την προηγούμενη της επέμβασης κι από τα μεσάνυχτα δεν πήρε τίποτα από τον στόμα.<br/>-Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός με fleet-enema στις 18:00 τις 17/7/10 κι έγινε ο καλλωπισμός του χειρουργικού πεδίου.<br/>-Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία του ασθενή και κατεγράφησαν στο διάγραμμα.<br/>-Εδόθη innohep 3500/0.35ml IU inj υποδορίως. Το αντιβιοτικό σχήμα έχει ως εξής: Mandokef 1gr fl 1x2 Metrogyl500gr/100ml 1x3 iv.<br/>-Χορηγήθηκε προνάρκωση μισή ώρα πριν την επέμβαση pethidine 100mg IM και ατροπίνη.</p> | <p>-Ο υποκλυσμός απέδωσε και ολοκληρώθηκε επιτυχώς η προεγχειρητική ετοιμασία.<br/><br/>-Η αντιπηκτική αγωγή συντελεί στην πρόληψη θρομβοφλεβίτιδων. Η innohep (tinzaparin sodium) είναι διάλυμα για υποδόρια έγχυση. Ενδείκνυται για την προφύλαξη εκ της εν τω βάθη θρομβοφλεβίτιδας, αγωγή και προφύλαξη θρομβοεμβολικών επιπλοκών και ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία κι αιμοκάθαρση.<br/><br/>Mandokef: (κεφαμανδόλη), ανήκει στις κεφαλοσπορίνες καλύπτει gram+, gram- μικροοργανισμούς. Αποτελεί μια ομάδα που δομικά έχουν σχέση με τις πενικιλίνες κι έχουν ευρύ φάσμα δράσης. Επίσης χορηγείται προ – δι</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων | Αντικειμενικοί σκοποί | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|----------------------------------|-----------------------|--|--|---|
|                                  |                       |  | <p>-αφαιρέθηκαν τα κοσμήματα και παραδόθηκαν στην προϊσταμένη του τμήματος.</p> <p>-Συμπληρώθηκε το δελτίο που θα συνοδεύει τον ασθενή στο χειρουργείο.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>και μετεγχειρητικά για μείωση των πιθανοτήτων μετεγχειρητικών λοιμώξεων.</p> <p>-Metrogyl: (metromidazole) δρα ενάντια στα αναερόβια μικρόβια, καλώς ανεκτό και τα επίπεδα το υ φαρμάκου στο αίμα και στους ιστούς είναι κατά πολύ ψηλότερα από εκείνα τα οποία θεωρητικώς απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία.</p> <p>Πεθιδίνη:(μεπεριδίνη)<br/>         Προαναισθητικά για να ηρεμήσει η ασθενής να μειωθεί η δόση αναισθητικού, η ατροπίνη χορηγείται για να αντισταθμιστεί η υπερπαραγωγή βλέννης και σίελου.</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκαν παρεκκλίσεις των φυσιολογικών τιμών των ζωτικών σημείων.</p> |



*ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ*

| Αξιολόγηση αναγκών<br>- προβλημάτων                   | Αντικειμενικοί<br>σκοποί  | Προγραμματισμός<br>νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή<br>νοσηλευτικής<br>φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|---|---|--|--|
| -Χειρουργικό τραύμα<br>αριστερά κοιλίας.              | -Πρόληψη<br>επιμόλυνσης του<br>χειρουργικού<br>τραύματος.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Φροντίδα περιοχής<br/>χειρουργικού τραύματος.</li> <li>-Χρήση αποστειρωμένου<br/>υλικού και άσηπτης τεχνικής<br/>κατά την αλλαγή.</li> <li>-Συχνές αλλαγές των γαζών<br/>και παρακολούθηση για<br/>αιμορραγία από το τραύμα.</li> <li>-Έλεγχος της παροχέτευσης ( ROP).</li> <li>-Καταγραφή των ενεργειών<br/>στο φύλλο νοσηλείας.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Έγινε περιποίηση της<br/>περιοχής του τραύματος<br/>με άσηπτη τεχνική και<br/>χρήση αποστειρωμένων<br/>υλικών.</li> <li>-Οι αλλαγές γίνονται μια<br/>φορά ημερησίως<br/>τηρώντας πάντα άσηπτη<br/>τεχνική.</li> <li>-Το σημείο του<br/>τραύματος δεν<br/>παρουσιάζει αιμορραγία.</li> <li>-Παρακολουθείτε η<br/>παροχέτευση. Η<br/>ποσότητα του<br/>παροχετευμένου υγρού<br/>είναι: 13:00 = 250ml<br/>14:00 = 300ml<br/>15:00= 150ml<br/>16:00 = 50ml</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Δεν παρατηρήθηκαν σημεία<br/>μόλυνσης του χειρουργικού<br/>τραύματος.</li> <li>-Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές<br/>όπως αιμορραγία από το τραύμα.</li> <li>-Το υγρό του τραύματος<br/>παροχετεύτηκε κανονικά και<br/>αφαιρέθηκε το ROP την 6<sup>η</sup><br/>μετεγχειρητική ημέρα. (12:00).</li> </ul> |
| -Πόνος που οφείλεται<br>στην χειρουργική<br>επέμβαση. | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ανακούφιση του<br/>ασθενή από τον πόνο.</li> <li>-Απαλλαγή του<br/>ασθενή από τον πόνο</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Τοποθέτηση του ασθενή σε<br/>ημικαθιστή θέση.</li> <li>-Χορήγηση αναλγητικών<br/>κατόπιν ιατρικής εντολής.</li> <li>-Εξασφάλιση ήρεμου και</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορηγήθηκε amp<br/>Zideron 75mg/ml IM.</li> <li>- Ο ασθενής<br/>τοποθετήθηκε σε<br/>ημικαθιστή θέση με τα</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Το Zideron ανήκει στα οποιοειδή<br/>ενδείκνυται στο μετεγχειρητικό –<br/>μετατραυματικό πόνο σε<br/>νευρολογικές και νεοπλασματικές<br/>νόσους.</li> </ul>   |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων  | Αντικειμενικοί σκοποί   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος  |
|---|---|--|--|---|
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ήσυχου περιβάλλοντος.</li> <li>-Ενημέρωση των συγγενών για την τήρηση των ωρών επισκεπτηρίου.</li> <li>-Καταγραφή φύλλου νοσηλείας.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>γόνατα σε ελαφρά κάμψη.</li> <li>-Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για το ωράριο του επισκεπτηρίου κι εξασφαλίστηκε ήσυχο περιβάλλον.</li> <li>-Έγινε η καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ο ασθενής νιώθει καλύτερα και σε αυτό συνέβαλλε η κατάλληλη θέση αλλά και το ήσυχο περιβάλλον.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ναυτία – έμετος εξαιτίας της γενικής νάρκωσης (2 εμετοί την ημέρα της επεμβάσεως).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ανακούφιση του ασθενή.</li> <li>-Απαλλαγή του ασθενή από τον εμετό.</li> <li>-Πρόληψη επιπλοκών.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Τοποθέτηση του ασθενή στην κατάλληλη θέση.</li> <li>-Καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ποσότητας και της σύστασης των εμετών.</li> <li>-Έναρξη αντιεμετικής αγωγής βάση ιατρικής οδηγίας.</li> <li>-Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών .</li> <li>-Λήψη ζωτικών σημείων αίματος για έλεγχο ηλεκτρολυτών.</li> <li>-Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο.</li> <li>-Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημί –fowler θέση με το κεφάλι στο πλάι.</li> <li>-Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 5cc.</li> <li>-Κατεγράφησαν οι εμετοί (2) στο φύλλο νοσηλείας.</li> <li>-Ελήφθη αίμα για έλεγχο ηλεκτρολυτών: K=3,3mmol, Na= 129mmol.</li> <li>-Τα ζωτικά σημεία δεν παρέκκλιναν από τα φυσιολογικά επίπεδα.</li> <li>-Χορηγήθηκε amp Primperan 1x3 στους ορρούς. D/W5% 1X3.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Η κατάλληλη θέση συνέβαλλε στην αποφυγή της εισρόφησης.</li> <li>-Η χορηγούμενη αγωγή είχε θετικά αποτελέσματα. Το Primperan (metoclopramide hydrochloride) επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο κι έχει ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση.</li> <li>-Οι πλύσεις της στοματικής κοιλότητας συνέβαλλαν στην μη αποστροφή του αρρώστου από τους εμετούς και στην αποφυγή πιθανής στοματίτιδας.</li> </ul> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων  | Αντικειμενικοί σκοποί                             | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση αποτελέσματος   |
|---|---|--|---|--|
| <p>-Ολική παρεντερική διατροφή λόγω αφαίρεσης τμήματος του εντέρου.</p> | <p>-Θρέψη του ασθενή.<br/>-Πρόληψη επιπλοκών.</p> | <p>-Φροντίδα της περιοχής της υποκλειδίου φλέβας με αυστηρά άσηπτη τεχνική.<br/>-Προσδιορισμός αναγκών του αρρώστου.<br/>-Τήρηση άσηπτών τεχνικών κατά την προετοιμασία και χορήγηση της παρεντερικής διατροφής.<br/>-Έλεγχος ζωτικών σημείων για ανίχνευση σημείων μόλυνσης και υπερφόρτωσης από την παρεντερική διατροφή.<br/>-Καταγραφή όλων των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> | <p>-Γίνετε καθημερινή περιποίηση της περιοχής του καθετήρα με άσηπτες τεχνικές ο καθετήρας χρησιμοποιείτε μόνο για την διατροφή.<br/>-Το σχήμα της διατροφής έχει ως εξής: Aminoplasma L-5% 1000cc, Dipertiven 80cc,D/W 35% 500cc, Standard III 1fl, Zinc 1fl, Selenium 1fl, Nonan 1 fl, Intra- Lipid 10% 720cc, Vitalipid 1 amp , Soluvit 1 fl, K-vit 1 amp, Actrapid 15 IU. Συνολικά 2420cc με ρυθμό χορήγησης 105 ml/h.<br/>-Το διάλυμα καλύπτεται λόγω φωτοευαισθησίας και παραμένει στο ψυγείο έως</p> | <p>-Ο ασθενής δεν εμφάνισε σημεία μόλυνσης στο σημείο του καθετήρα.<br/>-Δεν εμφανίστηκαν σημεία υπερφόρτωσης ούτε αύξηση της κυκλοφορίας.<br/>-Καλύφθηκαν οι θερμιδικές ανάγκες του ασθενή.<br/>-Η ολική παρεντερική διατροφή αφαιρέθηκε στις 20/7/10 κι άρχισε σίτιση με ελαφρά δίαιτα, (σούπες και υγρά).</p> |

| Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων | Αντικειμενικοί σκοποί | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας  | Εκτίμηση αποτελέσματος |
|----------------------------------|-----------------------|--|--|------------------------|
|                                  |                       |  | <p>ότου χορηγηθεί.</p> <p>-Η συσκευασία της παρεντερικής αλλάζει κάθε 24ώρο.</p> <p>-Η προετοιμασία της παρεντερικής γίνεται με άσηπτη τεχνική.</p> <p>-Προσλαμβανόμενα υγρά= 3800cc</p> <p>αποβαλλόμενα= 3300cc έγινε η καταγραφή τους στο ειδικό έντυπο.</p> <p>-Τα ζωτικά σημεία είναι: ΑΠ 130/70mmhg, σφ: 80/min, Θ:36,6<sup>0</sup> C.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p> |                        |

*ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -*

*ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ*

## *Συμπεράσματα.*

- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια νόσος, της οποίας τα συμπτώματα αργούν να εκδηλωθούν και η θεραπεία συνίσταται στην χειρουργική επέμβαση και στην χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία ανάλογα με την περίπτωση.
- Η εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου στην Ελλάδα αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, δεδομένου ότι 850 ασθενείς πεθαίνουν ετησίως από καρκίνο του παχέος εντέρου και είναι η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα.
- Ο τρόπος ζωής των ανθρώπων και η διατροφή παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου.
- Η κληρονομική και γονιδιακή προδιάθεση συμβάλλουν σημαντικά ώστε να εμφανίσουν τα άτομα καρκίνο παχέος εντέρου.
- Ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι αρκετά επιθετικός καθώς όταν δίνει συμπτώματα βρίσκεται ήδη σε προχωρημένο στάδιο.
- Η πρόληψη κυρίως μετά την ηλικία των 50 ετών συμβάλλει ενεργά στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου.
- Τα νέα δεδομένα στις έρευνες δίνουν ελπίδες στους ασθενείς για καλύτερη ποιότητα ζωής.
- Η νοσηλευτική συμβάλλει ενεργά τόσο στην πρόληψη όσο και στην διάγνωση, αλλά και στην θεραπεία κι αποκατάσταση του καρκίνου παχέος εντέρου.
- Είναι απαραίτητη η σωστή κι εξειδικευμένη φροντίδα των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου.

## *Προτάσεις*

- Να εφαρμοσθούν προγράμματα αγωγής υγείας εκ μέρους της πολιτείας με θέμα την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.
- Το εθνικό σύστημα υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία να παρέχουν σε κάθε άτομο άνω των 50 ετών προληπτική κολονοσκόπηση με σκοπό την προαγωγή της πρόληψης.
- Τα ΜΜΕ να ενταχθούν στην υπηρεσία διαφώτισης του κοινού για την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου.
- Οι νοσηλευτές στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να συμβάλλουν ενεργά στην ορθή ενημέρωση του κοινού όσον αφορά έναν υγιή τρόπο ζωής και κυρίως τις διατροφικές συνήθειες και την άσκηση που αποτελούν το πρώτο βήμα για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.
- Ίδρυση και λειτουργία ειδικών τμημάτων αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο ώστε να ενημερώνεται και να ευαισθητοποιείται το κοινό στο θέμα της πρόληψης κι έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου παχέος εντέρου.
- Κατάλληλος εξοπλισμός στα νοσοκομεία με μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας ώστε να γίνονται γρήγορα όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις κι έτσι να επιτυγχάνεται γρήγορη πρόληψη.
- Επάνδρωση των νοσοκομείων με επαρκή αριθμό και κυρίως εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό όπως επίσης ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού.
- Οι ευθύνες του εξειδικευμένου στην ογκολογία νοσηλευτή – τριάς δεν θα πρέπει να περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά θα επεκτείνονται και στο σπίτι των πασχόντων από καρκίνο του παχέος εντέρου, αποβλέποντας στην πλήρη αποκατάστασή τους. Η προσφορά της βοήθειας θα περικλείει και τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και τους οικείους του.
- Προετοιμασία του αρρώστου ώστε να ζήσει το υπόλοιπο μέρος της ζωής του με κολοστομία χωρίς να επηρεάζεται η προσωπική και κοινωνική του ζωή.
- Αποδοχή της νέας εικόνας του ασθενούς πρώτα από την ομάδα υγείας κι ενίσχυση του, με τη σωστή κι επαρκή ενημέρωση κι εκπαίδευσή του.



- ➔ Σε κάθε νοσοκομείο είναι απαραίτητο να υπάρχει ειδικό τμήμα ψυχικής υποστήριξης κι αποκατάστασης ασθενών παρά φύσιν έδρα που θα αποσκοπεί στην ομαλή επαναφορά του ατόμου στην κοινωνία. Το τμήμα αυτό μπορεί να επανδρωθεί με ψυχολόγο, ψυχίατρο και νοσηλεύτη εξειδικευμένο στην φροντίδα αυτών των ασθενών.
- ➔ Επίσης απαραίτητη είναι η δημιουργία ειδικών κέντρων εκπαίδευσης και διδασκαλίας τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειας του για βοήθεια του ασθενούς στην αυτοφροντίδα και την ποιοτική αναβάθμιση της ζωής του.

## Περίληψη

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, αποτελεί πλέον ένα τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες του Δυτικού κόσμου.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου του παχέος εντέρου και η νοσηλευτική προσέγγιση αυτής της σοβαρής μορφής καρκίνου, με στόχο κυρίως την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση του ίδιου του καρκίνου και των επιπλοκών του καθώς επίσης και την συμβολή της στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς που φέρει το καρκίνο.

Αναμφισβήτητα, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, το άγχος, το γρήγορο φαγητό και ο μη υγιεινός γενικότερος τρόπος ζωής οφείλονται για την ραγδαία αύξηση των καρκίνων του πεπτικού συστήματος και κυρίως του παχέος εντέρου. Είναι απαραίτητο να κατανοηθεί και να γίνει αποδεκτή η χρησιμότητα της πρόληψης αλλά και της έγκαιρης διάγνωσης. Επιπλέον η σύγχρονη ιατρική με τα επιτεύγματά της έχει καταφέρει να αντιμετωπίσει τον καρκίνο ικανοποιητικά, εφόσον διαγιγνώσκετε έγκαιρα και να προσφέρει στους ασθενείς ένα αρκετά καλό επίπεδο ζωής επιτρέποντας τους να διατηρούν την ανεξαρτησία τους και τον αυτοσεβασμό. Παράλληλα, έρευνες και μελέτες που αφορούν την θεραπεία του καρκίνου αφήνουν ελπίδες σε όλους μας σχετικά με την πλήρη ίαση του. Επιπροσθέτως, η νοσηλευτική επιστήμη συμβάλλει σημαντικά τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπεία των ατόμων, καθιστώντας απαραίτητη την κατάλληλη εκπαίδευση και την συνεχιζόμενη δια βίου μάθηση των εργαζομένων ώστε να συμβάλλουν ενεργά και αποτελεσματικά στην φροντίδα των ασθενών.

**Συμπέρασμα:** ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης είναι η πρόληψη. Για να υπάρχει πρόληψη ωστόσο θα πρέπει να υπάρχει ευαισθητοποίηση του κοινού και σχετική ενημέρωση για τα μέσα που την παρέχουν. Είναι απαραίτητο να υπάρχει κινητοποίηση από όλους τους φορείς υγείας και από την νοσηλευτική για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση καθώς και αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου ο οποίος αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς και στην χώρα μας.

## SUMMARY

*Cancer colorectal is now a huge public health problem as it is a major reason morbidity and mortality in develop countries in the Western world.*

*The purpose of this treatise is to investigate the risk factors that lead to the creation of colorectal cancer and the nursing approach to this serious form of cancer, in particular to prevention, early diagnosis and the treatment of cancer itself and its complications.*

*Undoubtedly, the modern way of life, stress, fast food and the overall unhealthy lifestyle due to rapid growth of cancers of the digestive system, especially the colon. It is necessary to understand and accept the usefulness of prevention and early diagnosis. Moreover, modern medicine achievements have failed to adequately address the cancer, if diagnosed early and offer patients a pretty good living, allowing them to retain their independence and self-esteem. Furthermore, surveys and studies related to cancer treatment let us all hope for a full cure. Furthermore, nursing science makes a significant contribution both prevention and treatment of people, making it essential to proper training and the continuing lifelong learning for employees to help actively and effectively in patient care.*

*Conclusion: The best way is prevention. For prevention to be but we should be awareness and relevant information for the resources to provide. It is essential to mobilize all actors in health prevention and early diagnosis and treatment of colorectal cancer which is growing rapidly in our country.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

*Αγγελάκη Χ, Στασινού Ε.* Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Πτυχιακή εργασία. (Εποπτεία Κωνσταντινίδης Θ). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης. Ηράκλειο 2009. σ 75 – 82.

*Αθανάτου Ε.* Προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα από Κλινική νοσηλευτική Βασικές και ειδικές νοσηλείες. Επίτομος. Εκδόσεις Παπανικολάου. Έκδοση ΙΕ Αναθεωρημένη. Αθήνα 2004. σ. 187-202.

*Αντωνίου Π.* Καρκίνος παχέος εντέρου. <http://www.iator.gr/Antoniou> – χειρουργος. 6/11/2009.

*Βελέντζα Κ & Μαμπλέκου Ε.* Καρκίνος και κατάθλιψη. Επίτομος. Εκδόσεις Ιατρική. 3η έκδοση. Αθήνα 2003. σ 199 – 200.

*Berne M.R, Lery N.M.* Αρχές φυσιολογίας. Επιμέλεια μετάφραση Αγγελάτου Γ, Βουκελάτου Γ. Τόμος 2ος . Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης. Έκδοση 2η . Ηράκλειο 2002.σ. 25-27.

*Γαβρή Χ.* Διαιτολογικές συστάσεις κολοστομίας – ειλεοστομίας. [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr) 6/9/2007.

*Γαρδικας Κ.* Καρκίνωμα του παχέος εντέρου από ειδική νοσολογία. Επίτομος. Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Νέα έκδοση. Αθήνα 2005.σ.275-276.

*Γκαβά Φ.* Η συμβολή της πρόληψης στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Πτυχιακή εργασία. (Εποπτεία Φιδάνη Α). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2003.σ. 80-81.

*Γλεντής Π.* Καρκίνος παχέος εντέρου, πολύποδας, κολεκτομή, κολονοσκόπηση, μεταστάσεις. <http://www.iatronet.gr>. 6/11/2009.

*Γληγόρη Ε, Διαμαντοπούλου Α, Χαρίση Α.* Η συμβολή της νοσηλευτικής επιστήμης στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Πτυχιακή εργασία.(Εποπτεία Παπαδημητρίου Μ). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2008.σ.31-35, 42-52, 74-76.

*Clapper M.* Πανσίπονο μελετάται για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Πηγή Health day news. [www.healthnews.gr](http://www.healthnews.gr). 22/4/2010.

**Δημητρακοπούλου Ε.** Εξατομικευμένες θεραπείες. Ποιότητα στη ζωή, forma. Τεύχος 49. Μάρτιος 2007. σ. 43- 44.

**Dollinger M, Rossenbaun E, Cable G.** Ο καρκίνος: Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Επιμέλεια μετάφραση Λαμπρόπουλος Σ. Επίτομος. Εκδόσεις κάτοπτρο. Αθήνα 1992.σ.370-372.

**Gilbert S.** Καρκίνος του εντέρου. Πρόληψη και θεραπεία. Επιμέλεια μετάφρασης Λιναρδούτσος Δ. Επίτομος. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2004.σ. 38-39.

**Goldman D.R.** Ιατρική στον 21ο αιώνα. Επιμέλεια μετάφραση Χατζηδάκη Μ, Πρατσίνης Ν, Μουτσοπούλου Α. Επίτομος. Εκδόσεις Δομική. Αθήνα 2000.σ. 222-236, 274, 665-667.

**Guyton C.A.** Φυσιολογία του ανθρώπου. Επιμέλεια μετάφραση Ευαγγελία Α. Επίτομος. Εκδόσεις Λίτσας. Έκδοση 5η. Αθήνα 2001.σ. 762-763.

**Ζήσης Θ.** Σημειώσεις Ανατομίας Ι. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1999.σ.136-138.

**Lippert H.** Ανατομική κείμενο και άτλαντας. Επιμέλεια μετάφραση Νικηφόρος Ν, Παπαδόπουλος Ν. Επίτομος. Εκδόσεις Παρισιανού. Έκδοση 5η. Αθήνα 1993.σ.238-244.

**Καντζαβέλου Α.** Καρκίνος παχέος εντέρου & νοσηλευτική Παρέμβαση. Πτυχιακή εργασία. (Εποπτεία Αντωνακόπουλος Κ). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2002.σ. 21-26, 58-64.

**Καράβελας Φ.** Καρκίνος παχέος εντέρου – εντερική απόφραξη. <http://www.oncology.go> 20/1/2008.

**Καραγιώργος Α.** “Νέα θεραπεία χτυπά τον μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου.” ΕΘΝΟΣ. 18/11/2004.σ.32.

**Καρανίκας Ι.Α.** Επιπλοκές εγχειρήσεων παχέος εντέρου ορθού και πρωκτού. 7ο σεμινάριο της ελληνικής χειρουργικής εταιρείας. [www.exe1928.gr](http://www.exe1928.gr) 15 /8/2004.

**Καρουτά Π.** Καρκίνος παχέος εντέρου – νοσηλευτική παρέμβαση. Πτυχιακή εργασία. (Εποπτεία Φιδάνη Α). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2008.σ. 40, 67, 86-92.

**Κατσαραγάκης Σ.** Η σχέση του νοσηλευτή με την ποιότητα ζωής. [www.cancer-society.gr](http://www.cancer-society.gr) 2/6/2009.

**Κατσαρός Θ.** Καρκίνος του παχέος εντέρου.. [www.inpar.org/22doc.htm](http://www.inpar.org/22doc.htm).2006. 6/11/2009

*Κίτρου Μ.* Σημειώσεις Φυσιολογίας Ι. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2004.σ.99-100.

*Κεχαγιάς Α.* Ο ρόλος της εικονικής κολονοσκόπησης στην κλινική πράξη. [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr) 20/3/2008.

*Κωνσταντινίδης Κ.* Χειρουργική παχέος εντέρου. [http:// colorectal. Kkonstantinidis.com](http://colorectal.kkonstantinidis.com). 6/12/2008.

*Kumar V, Cortan R, Robbins S, Colorectal Cancer,* [http:healthnotewandnews.blogspot.com](http://healthnotewandnews.blogspot.com) 28/2/2010.

*Λαδάς Σ.* Εξέταση με ενδοσκοπική κάψουλα. [www.exetash.gr](http://www.exetash.gr) 15/2/2009

*Λαδάς Σ.* Γαστρεντερολογική - Διαφορική διάγνωση. Επίτομος. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Έκδοση 2η. Αθήνα 2007. σ 108 – 120.

*Λεονταρίτου Α.* Ψυχολογική στήριξη στους πάσχοντες από καρκίνο παχέος εντέρου. [www.Beststrong.org.gr](http://www.Beststrong.org.gr). 14/2/2009.

*Lai M.* Βιολογικοί δείκτες προβλέπουν την μετάσταση του καρκίνου παχέος εντέρου. Πηγή Healthday news. [www.healthview.gr](http://www.healthview.gr) .9/4/2010.

*Leger L & Boutellier P.* Χειρουργική Σημειολογία. Επιμέλεια-μετάφραση Ανδρουζάκης Γ & Κίνογλου Γ. Επίτομος. Εκδόσεις Παρισιανού. Έκδοση 6η. Αθήνα 2003.σ.299 – 300.

*Μανωλάκης Γ.* Επιστημονικά νέα. [www.healthview.gr](http://www.healthview.gr). 19/2/2010.

*Μαλγαρινού Μ, Κωνσταντινίδου Σ.* Ογκολογική νοσηλευτική από Νοσηλευτική παθολογική – Χειρουργική. Τόμος Β΄. Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ. Έκδοση 21η . Αθήνα 2005.σ. 108-135.

*Ντάκος Π.* Καρκίνος παχέος εντέρου – νοσηλευτική παρέμβαση. Πτυχιακή εργασία.( Εποπτεία Μπατσολάκη Μ). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2008. σ. 15, 21-23.

*Ντολάτζας Θ.* Ο γιατρός συμβουλεύει από την Προληπτική Ιατρική. Τόμος Γ. Έκδόσεις Κορωναίου. Έκδοση 7<sup>η</sup>. Αθήνα 2005. σ. 123-150.

Πρακτικά 3ου πανελλήνιου συνεδρίου για την διοίκηση , τα οικονομικά και τις πολιτικές υγείας. Αθήνα 12 – 15 Δεκεμβρίου 2007.

*Παππά Μ, Πετροπούλου Α.* Ο Καρκίνος παχέος εντέρου, διάγνωση, θεραπεία, πρόληψη. Πτυχιακή εργασία.( Εποπτεία Παπαδημητρίου Μ). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2001.σ. 89-95, 112, 140-142.

*Πάτσιης Χ* Καρκίνος παχέος εντέρου. [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) 30/3/2003.

*Πετρίδης Α.* Καρκίνωμα παχέος εντέρου από Εγχειρίδιο χειρουργικής. Επίτομος. Εκδόσεις Ελλην. Έκδοση 5η. Αθήνα 2004.σ.134-136.

*Πλατή Χ.* Γεροντολογική νοσηλευτική. Επίτομος. Εκδόσεις Παπανικολάου. Έκδοση Ζ αναθεωρημένη. Πάτρα 2006.σ. 313 – 320.

*Πλέσσας Σ, Κανέλλος Ε.* Φυσιολογία του ανθρώπου Ι. Επίτομος. Εκδόσεις Φάρμακων – Τύπος. Έκδοση 2η βελτιωμένη κι επαυξημένη. Αθήνα 1997.σ. 27-28.

*Πομόνη Α.* Νοσηλευτική Συμβολή σε καρκινοπαθή με καρκίνο παχέος εντέρου. Πτυχιακή εργασία.(Εποπτεία Λέφα Β). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2001.σ. 3-10.

*Ransohloff D.* Colocteral Cancer Prevention. [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov) 6/3/2008.

*Ρούπα- Δαριβάκη Ζ, Τσίκος Ν και Χατζηπέτρον Μ.* Ογκολογική νοσηλευτική. Έκδοση 2η. Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων. Επίτομος. Αθήνα 2000. σ 404- 406.

*Σαββοπούλου Γ.* Ψυχολογικές επιπτώσεις κι αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Άρθρο της εβδομάδας. [www.health.in.gr](http://www.health.in.gr). 6/2/2006.

*Σαββοπούλου Γ.* Μόνιμη κολοστομία : Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα. Νοσηλευτική. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2001. σ 94-103.

*Σαββοπούλου Γ.* Μόνιμη κολοστομία: Αλλαγή σωματικού ειδώλου – Ψυχολογικές επιπτώσεις και αντιμετώπιση. Ελληνική αντικαρκινική εταιρία. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Εκδόσεις Δόντας. Αθήνα 2004. σ 105 – 112.

*Σανδραβέλη Π.* Καρκίνος παχέος εντέρου και νοσηλευτική παρέμβαση. Πτυχιακή εργασία. (Εποπτεία Παπαδημητρίου Μ). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2000. σ 88-95.

*Σαπουντζή – Κρεπιά Α.* Χρόνια ασθένεια & νοσηλευτική φροντίδα. Επίτομος. Έκδοσεις Ελλην. Έκδοση 2η. Περιστέρι 2004. σ. 28-29

*Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ.* Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με νεοπλάσματα από Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 1ος . Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Έκδοση Β. Αθήνα 2006.σ. 180 – 192.

*Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ.* Ορθοκολονικοί όγκοι από Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος 2ος. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Έκδοση Β. Αθήνα 2006.σ. 324- 326.

Σημειώσεις για τον καρκίνο παχέος εντέρου από την ιστοσελίδα [www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr) 2/2/2009.

*Σουγλήρη Μ.* Νοσηλευτική παρέμβαση στην ογκολογία. Πρακτικά 3<sup>ου</sup> ογκολογικού συνεδρίου Αθήνα 2002.

*Σπηλιώτης Ι.* Καρκίνος Παχέος εντέρου από Καρκίνος “Από την άγνοια στον φόβο.” Επίτομος. Εκδόσεις Αχαϊκές . Έκδοση 1η . Πάτρα 1999.σ. 307 -322.

*Σταυρέλου Α, Φαρμάκη Θ.* Καρκίνος παχέος εντέρου. Πτυχιακή εργασία. (Εποπτεία Στεφανόπουλος Ν). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2004.σ. 55-61.

*Στυλιανοπούλου Φ.* Αρχές Ιατρικής γενετικής. Επίτομος. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού. Έκδοση 2<sup>η</sup> . Αθήνα 2003. σ. 78-89.

*Σφηκάκης Π.* Καρκίνος παχέος εντέρου. [www.exe1928.gr/ell/articles](http://www.exe1928.gr/ell/articles). 4/9/2006.

*Τριανταφυλίδης Ι, Κοσμίδης Α.* Ογκολογία πεπτικού. Περιοδικό ελληνικής εταιρίας ογκολογίας. Τεύχος 2. Τόμος 9. Αθήνα. Μάιος - Αύγουστος 2009.

*Τσιβίκα Ε, Δημητρακοπούλου Ε.* Νέα μέθοδος ακτινοχειρουργικής στην Ελλάδα. Ποιότητα στη ζωή, forma. Τεύχος 48. Φεβρουάριος 2007. σ . 54.

*Τσώλη Θ, Φυντανίδου Ε.* Pilcam χάπι αντί κολονοσκόπησης. [www.tovima.gr](http://www.tovima.gr). 25/5/2008

*Jacob S.* Ανατομία του ανθρώπου. Επιμέλεια μετάφραση Κούτης Χ. Εκδόσεις Παρισιάνου. Έκδοση 1η. Αθήνα 2003.σ. 101-106.

*Φουντζήλας Γ, Μπαρπμιούνης Β.* Βασικές αρχές θεραπείας του καρκίνου. Τόμος 10ς . Εκδόσεις university studio press, επιστημονικά βιβλία και περιοδικά. Έκδοση 2η. Θεσσαλονίκη 2006.σ. 269 – 270.

*Φύσσας Γ.* Καρκίνος παχέος εντέρου. [www.exe1928.gr/ell/articles](http://www.exe1928.gr/ell/articles) 4/9/2006.



*Χριστοδούλου Α.* Πόσο “κακοήθης” είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου; Ευεξία & διατροφή της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας. Τεύχος 23. Εκδοτική επιμέλεια Global activities key. Ιανουάριος / Φεβρουάριος 2007.σ. 10-12.

*Χρυσίδης Θ, Σάλαγκας Κ και λοιποί συνεργάτες.* Χειρουργικά Χρονικά, Τόμος 10ος . Τμήμα χειρουργικής γενικού νοσοκομείου Έδεσσας. Έδεσσα 2005. σ. 387- 389.



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## [Δωρεάν προληπτικές εξετάσεις για τον Καρκίνο Παχέος Εντέρου 1-31 Μαρτίου](#)



Σε Αθήνα-Πειραιά, Θεσσαλονίκη, Πάτρα και Ηράκλειο Τη δυνατότητα να υλοποιήσουν δωρεάν την προληπτική εξέταση για τον καρκίνο παχέος εντέρου έχουν και φέτος, οι Έλληνες και οι Ελληνίδες, ηλικίας 55-70 ετών, στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, την Πάτρα και το Ηράκλειο, κατά τη διάρκεια του Μαρτίου. Πέρυσι, 4010 άτομα υποβλήθηκαν στην προληπτική εξέταση, στα όρια της Υπερνομαρχίας Αθηνών-Πειραιά.

Η ενέργεια εντάσσεται στο πρόγραμμα μιας μεγάλης ενημερωτικής εκστρατείας που πραγματοποιείται για δεύτερη συνεχή χρονιά με αφορμή το Μάρτιο, Μήνα Ενημέρωσης για τον Καρκίνο Παχέος Εντέρου. Πρόκειται για μια πρωτοβουλία που διοργανώνεται από τον Όμιλο Εθελοντών Κατά του Καρκίνου (ΟΕΚΚ) ΑγκαλιάΖΩ και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, με την επιστημονική υποστήριξη της Ελληνικής Εταιρείας Ογκολογίας Πεπτικού, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Από 1η έως και 31η Μαρτίου, με ένα απλό τηλεφώνημα στο 210 99.75.555, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να λάβουν όλη τη σχετική πληροφόρηση και να κλείσουν ένα ραντεβού για την προληπτική εξέταση.

Πρόκειται για την εξέταση ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (δοκιμασία Mayer κοπράνων), η οποία ανιχνεύει τις μικρές ποσότητες αίματος στις κενώσεις, που κανονικά δεν είναι ορατές με γυμνό μάτι και μπορεί να οφείλονται είτε σε καρκίνο παχέος εντέρου είτε σε άλλες αιτίες, όπως οι πολύποδες. Οι πολύποδες είναι αλλοιώσεις που με την πάροδο των ετών μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο και, αν διαγνωστούν έγκαιρα, μπορούν να αφαιρεθούν ανώδυνα χωρίς χειρουργική επέμβαση.

Ο καρκίνος παχέος εντέρου αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές καρκίνου που εμφανίζονται στον άνθρωπο. Πρόκειται για κακοήγη όγκο που αναπτύσσεται στο εσωτερικό του παχέος εντέρου και προσβάλλει εκατομμύρια ανθρώπους. Η συγκεκριμένη μορφή καρκίνου προέρχεται από μικρούς καλοήθεις όγκους του εντέρου, γνωστούς και ως πολύποδες, οι οποίοι εμφανίζονται συχνότερα, στις μεγαλύτερες ηλικίες. Στην Ελλάδα, η συγκεκριμένη μορφή κακοήθειας αποτελεί τον τέταρτο πιο συχνό καρκίνο στους άνδρες και τον τρίτο στις γυναίκες. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου υπολογίζεται σε 6% στο γενικό πληθυσμό, με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα. Ωστόσο, η έγκαιρη διάγνωση της νόσου, με προληπτικές εξετάσεις, αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ίασης

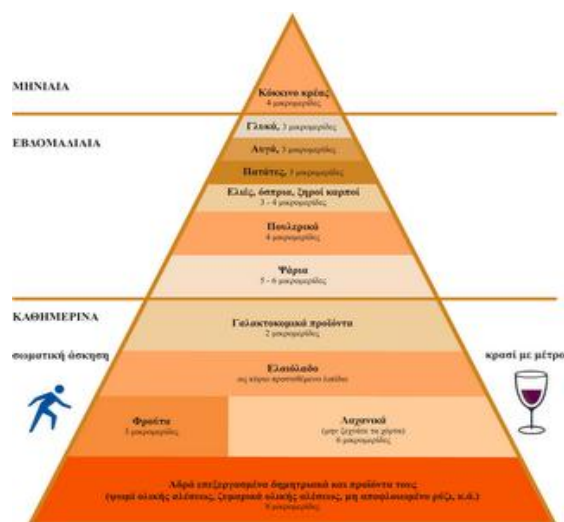
της. Για την πληρέστερη ενημέρωση του πληθυσμού η εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τον καρκίνο παχέος εντέρου περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, τη διανομή εντύπων και την ανάρτηση αφισών στους σταθμούς των ΚΤΕΛ, ΟΑΣΘ, ΟΣΕ, ΑΤΤΙΚΟ ΜΕΤΡΟ, ΗΛΠΑΠ, σε ΚΑΠΗ των Δήμων διεξαγωγής της καμπάνιας, καθώς και στα φαρμακεία. Επίσης, θα φιλοξενηθούν web banners στο διαδίκτυο, ενώ θα πραγματοποιηθεί ένθεση εντύπων και καταχωρίσεων στον Τύπο και μετάδοση τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών κοινωνικών μηνυμάτων.

Τη «φωνή» της εκστρατείας αποτελούν φέτος οι δημοφιλείς ηθοποιοί Γιάννης Βούρος, Ελένη Καστάνη, Μάρω Κοντού και Παύλος Χαϊκάλης, οι οποίοι δέχθηκαν με χαρά να «αγκαλιάσουν» την πρωτοβουλία και να γίνουν οι πρεσβευτές της, προβάλλοντας ενεργά το μήνυμα της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης της νόσου.

«Η ενημέρωση, ο τακτικός προληπτικός έλεγχος και η σωστή διατροφή μπορούν να αποτελέσουν ασπίδα προστασίας ενάντια σε αυτή τη μορφή του καρκίνου, που σε ετήσια βάση και παγκόσμιο επίπεδο προσβάλλει 1.000.000 συνανθρώπους μας. Η πρόληψη είναι η λέξη κλειδί και το μήνυμα που θέλουμε να μεταδώσουμε σε όλους τους Έλληνες με τη φετινή μας καμπάνια. Μια καμπάνια που, αυτή τη χρονιά, επιδιώξαμε και τα καταφέραμε να αγκαλιάσει και την περιφέρεια. Στόχος μας είναι όσο το δυνατό περισσότεροι συνάνθρωποί μας να υιοθετήσουν φέτος ...Στάση Πρόληψης και να πραγματοποιήσουν την εξέταση δωρεάν», τόνισε, μεταξύ άλλων, η κα Ιωσηφίνα Σκούρτα, Πρόεδρος του ΟΕΚΚ ΑγκαλιάΖΩ στη Συνέντευξη Τύπου που πραγματοποιήθηκε για την παρουσίαση της φετινής καμπάνιας.

Παράλληλα, ο κ. Γιάννης Τούντας, Αν. Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών αναφέρθηκε στο πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος της διατροφής για την πρόληψη αυτής της μορφής καρκίνου, σημειώνοντας ότι: «Οι διατροφικές μας συνήθειες ευθύνονται για περίπου το 30% των περιστατικών καρκίνου στις δυτικές κοινωνίες καθιστώντας τη διατροφή το δεύτερο παράγοντα κινδύνου για καρκίνο μετά το κάπνισμα». Παράλληλα, σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας Hellas Health II που παρουσίασε ο κ. Τούντας, η ανάγκη ενημέρωσης και διεξαγωγής προληπτικών εξετάσεων γίνεται επιτακτική αν λάβουμε υπόψη ότι «το 69% των ερωτηθέντων δεν ανησυχεί καθόλου για την πιθανότητα να εμφανίσει τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου και το 81,9% δεν γνωρίζει τι ανιχνεύει η δοκιμασία Mayer. Τέλος, το 56,2% των ερωτηθέντων δεν χρησιμοποιεί το ταμείο ασφάλισής του για να προβεί σε προληπτικό έλεγχο κατά του καρκίνου». Επίσης, ο Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ογκολογίας Πεπτικού, Παθολόγος-Ογκολόγος, Διευθυντής της Β' Ογκολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Υγεία», κ. Πάρις

Κοσμίδης, ανέφερε ότι: «Γα ποσοστά επιτυχούς αντιμετώπισης της νόσου κυμαίνονται από 85% έως και 90%, αν η διάγνωση γίνει στα αρχικά στάδια, μειώνονται στο 70-80% στις περιπτώσεις που η νόσος εντοπίζεται στο στάδιο II, ενώ σε πιο προχωρημένα στάδια το ποσοστό μειώνεται περισσότερο στο 25-60%, για να φτάσει στο 5-30% στο τελικό στάδιο. Επεσήμανε δε, το γεγονός ότι με τη ραγδαία ανάπτυξη της έρευνας και της επιστήμης, είναι πλέον διαθέσιμα αποτελεσματικά φάρμακα για την αντιμετώπιση της νόσου. Οι βιολογικοί παράγοντες αποτελούν τη σημαντικότερη εξέλιξη και χορηγούνται σε συνδυασμό με την κλασική χημειοθεραπεία, ενώ ταυτόχρονα είναι πιο φιλικό για τον ασθενή ως προς το προφίλ ασφαλείας και την ευκολία χορήγησης. Ο ρόλος τους στην αύξηση της επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου είναι καθοριστικός τα τελευταία χρόνια». Η φετινή καμπάνια ενημέρωσης για τον καρκίνο παχέος εντέρου πραγματοποιείται με την υποστήριξη της Roche (Hellas) A.E., ενώ χορηγός των προληπτικών εξετάσεων είναι ο Όμιλος «Βιοιατρική».



Η διατροφική πυραμίδα εάν χρησιμοποιηθεί σωστά αποτελεί το κύριο όπλο στην καταπολέμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Γενικές αρχές για τον καρκίνο του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί συχνά να θεραπευτεί πλήρως.

Η ίαση είναι πιο πιθανή όταν βρεθεί σε αρχικό στάδιο.

Ασυνήθιστα συμπτώματα από την κοιλιά ή αλλαγές ή αίμα στις κενώσεις πρέπει να αναφέρονται αμέσως στο γιατρό.

Η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ασβεστίου πιθανά προφυλάσσει από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Το αντίθετο συμβαίνει με την κατανάλωση κόκκινου κρέατος και καπνίσματος.

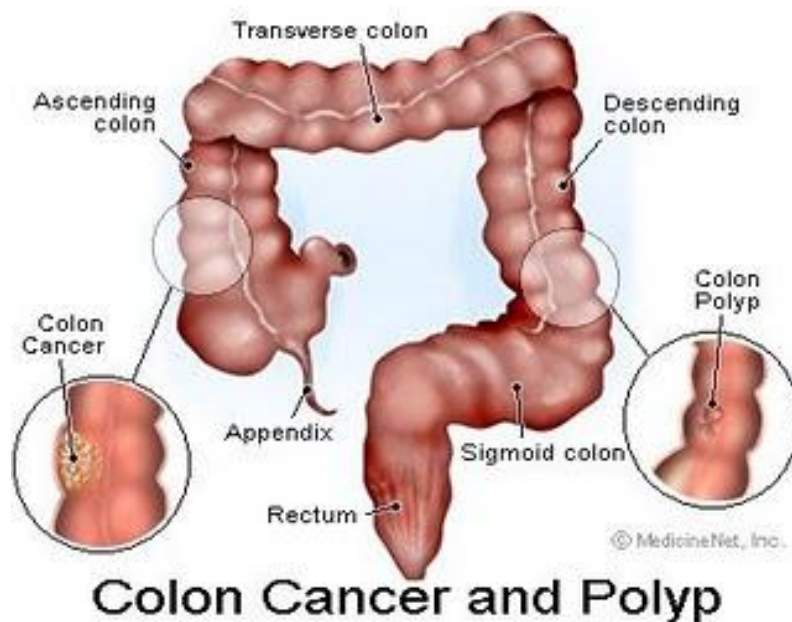
Ο καρκίνος στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσεται πάνω σε πολύποδα.

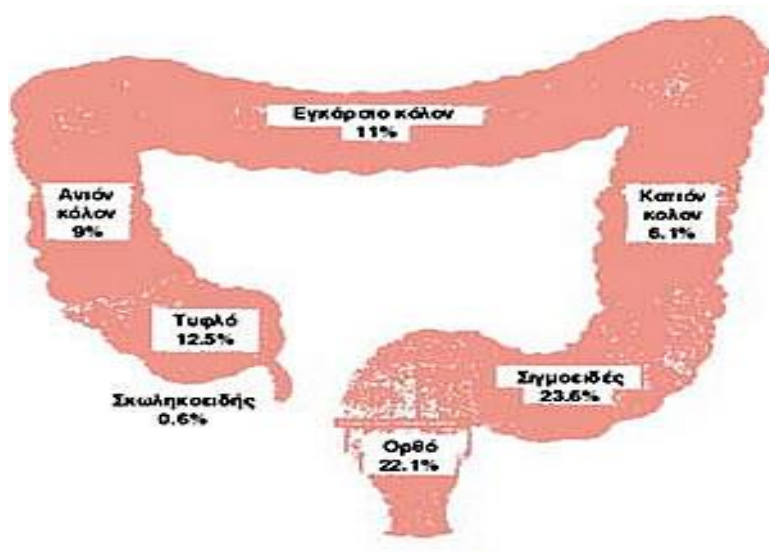
Η αφαίρεση των πολύποδων προλαμβάνει την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η αφαίρεση των πολύποδων ή του καρκίνου υπαγορεύει την ανάγκη παρακολούθησης ανά συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα.

Οι άνω των 50 ετών χωρίς συμπτώματα πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε χρόνο και σε εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση κάθε 3 με 5 χρόνια ή σε κολonosκόπηση ανά 10ετία αν δεν υπάρξουν ευρήματα.

Οι στενοί συγγενείς των ασθενών που εμφάνισαν καρκίνο του παχέος εντέρου σε νεαρή ηλικία πρέπει να συμβουλευτούν γιατρό ειδικό στο νόσημα αυτό.





Ποσοστά εμφάνισης καρκίνου ανάλογα με το σημείο εντόπισης του.



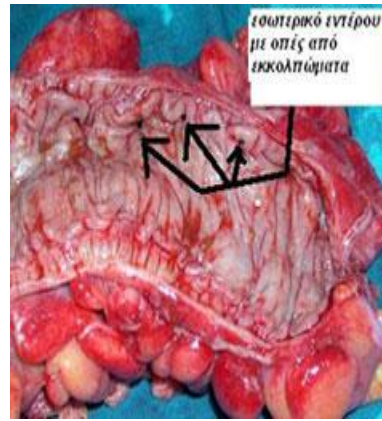
(Η διαδρομή του κολονοσκοπίου εντός του παχέος εντέρου).



(Εντόπιση όγκου με την βοήθεια της κολονοσκόπησης.)



(Αφαιρούμενος πολύποδας).



| ΑΝΔΡΕΣ | ΧΩΡΑ             | ΓΥΝΑΙΚΕΣ |
|--------|------------------|----------|
| 23     | ΓΕΡΜΑΝΙΑ         | 30       |
| 22     | ΓΑΛΛΙΑ           | 20       |
| 22     | ΑΥΣΤΡΙΑ          | 23       |
| 20     | ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ  | 22       |
| 20     | ΟΛΛΑΝΔΙΑ         | 22       |
| 20     | ΒΟΡΕΙΟΣ ΙΡΛΑΝΔΙΑ | 20       |
| 19     | ΣΟΥΗΔΙΑ          | 20       |
| 18     | ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ       | 15       |
| 18     | ΙΤΑΛΙΑ           | 17       |
| 17     | ΙΣΠΑΝΙΑ          | 16       |
| 13     | ΕΛΛΑΔΑ           | 13       |
| 11     | ΦΙΛΑΝΔΙΑ         | 12       |

Ποσοστά εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου στην Ευρώπη.

## Συνήθειες ερωτήσεις σχετικά τον καρκίνο παχέος εντέρου.

Πόσο συχνός είναι ο καρκίνος παχέος εντέρου;

Ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι ο τρίτος συχνότερος καρκίνος και το τρίτο πιο συχνό αίτιο θανάτου από καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Είναι ο δεύτερος σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνος και το δεύτερο πιο συχνό αίτιο θανάτου από καρκίνο στην Ευρώπη. Ο αριθμός των νέων περιστατικών καρκίνου παχέος εντέρου στην Ευρώπη



ανέρχεται σε 412.900 άτομα ετησίως.

[Annals of Oncology 18: 581-592, 2007]

Το 2007, οι διαγνώσεις καρκίνου παχέος εντέρου στις Ηνωμένες Πολιτείες υπολογίστηκαν σε 153.760 άτομα (79.130 άνδρες και 74.630 γυναίκες), ενώ ο αριθμός των θανάτων έφθασε τους 52.180 (26.000 άνδρες και 26.180 γυναίκες).

Γιατί είναι σημαντικό να αναληφθεί δράση από κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς;

Οι τρέχουσες παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, τον έλεγχο του ασυμπτωματικού πληθυσμού (άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών) (screening) και την αντιμετώπιση της νόσου, μπορούν να μειώσουν τη θνητότητα από καρκίνο παχέος εντέρου κατά περίπου 50% έως το έτος 2020.

Ωστόσο, εάν δεν ληφθούν σήμερα τα αναγκαία μέτρα προκειμένου να αυξηθεί η χρήση αποτελεσματικών παρεμβάσεων, η μείωση της θνητότητας από καρκίνο παχέος εντέρου ενδέχεται να μην υπερβεί το 17%. (Cancer. 2006;107:1624-33).

Σημειώνεται ότι 175 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πολίτες είναι ηλικίας 50 έως 69 ετών, δηλαδή άτομα σε ορισμένα από τα οποία ενδέχεται να αναπτυχθεί καρκίνος παχέος εντέρου. [World CIA Factbook]

Ποιος είναι ο μέσος κίνδυνος ενός ατόμου να εμφανίσει καρκίνο παχέος εντέρου;

Ένα άτομο με τον αναμενόμενο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου (που δεν ανήκει σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου) έχει πιθανότητα περίπου 6% να αναπτύξει τη νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Με άλλα λόγια 1 στους 16 άνδρες και 1 στις 20 γυναίκες θα εμφανίσουν οπωσδήποτε καρκίνο παχέος εντέρου κάποια στιγμή στη ζωή τους. Οι άνδρες διατρέχουν ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε σχέση με τις γυναίκες.

Ποιος είναι ο κίνδυνος ενός ατόμου, εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου;

Εφόσον συγγενείς πρώτου βαθμού ενός ατόμου (γονέας, αδελφός, αδελφή ή παιδί) έχουν εμφανίσει καρκίνο παχέος εντέρου πριν από την ηλικία των 50 ετών, το άτομο αυτό διατρέχει διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου από το μέσο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος

εντέρου. Ο κίνδυνος αυξάνεται ακόμη περισσότερο, εάν και άλλοι στενοί συγγενείς του ατόμου πάσχουν από καρκίνο παχέος εντέρου. (People Living With Cancer Association)

Περίπου 70% των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου είναι ηλικίας άνω των 65 ετών. Ο καρκίνος στο παχύ έντερο είναι σπάνιος κάτω από την ηλικία των 45 ετών. Στα άτομα ηλικίας 45-54 ετών η επίπτωση καρκίνου στο παχύ έντερο είναι περίπου 20 άτομα ανά 100.000/έτος, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες αυξάνεται σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά (55 ανά 100.000/έτος για τα άτομα ηλικίας 55-64 ετών, 150 ανά 100.000/έτος για τα άτομα ηλικίας 65-74 ετών και περισσότερο από 250 ανά 100.000/έτος για τα άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών). (Eur J Cancer 2001;37 Suppl 8:S4-S66)

Μεταξύ του 1994 και του 2004, η επίπτωση του καρκίνου παχέος εντέρου μειώθηκε κατά 0,5% στους άνδρες και 9,6% στις γυναίκες. Μεταξύ του 1995 και του 2005, το ποσοστό θνητότητας από καρκίνο παχέος εντέρου μειώθηκε κατά 14,1% στους άνδρες και 24,5% στις γυναίκες. [Scottish Public Health Observatory]

#### Επίπτωση και επιπολασμός

Το 2000, ο καρκίνος του παχέος εντέρου ήταν ο τρίτος συχνότερα αναφερόμενος καρκίνος, με 945.000 νέα περιστατικά διεθνώς, αποτελώντας τη συνηθέστερη μορφή καρκίνου στις ανεπτυγμένες χώρες.

Παγκοσμίως, ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 9,4% όλων των περιστατικών καρκίνου στους άνδρες και το 10,1% στις γυναίκες.

Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο 394.000 άνθρωποι καταλήγουν παγκοσμίως από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Εκτιμάται ότι περισσότερο από 50% των ατόμων με διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου θα καταλήξει από τη νόσο.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η δεύτερη συνηθέστερη αιτία θανάτου από οποιοδήποτε καρκίνο στους άνδρες.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σπάνιος στα νεαρά άτομα. Συνήθως εμφανίζεται σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών.

Η «βιταμίνη του ήλιου» μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου



27/01/2010

[Διεθνή Επιστημονικά Νέα βιταμίνη D](#)

[ηλιακή ακτινοβολία](#)

[ηλιακή έκθεση](#)

[ήλιος](#)

[Καρκίνος εντέρου](#)

[καρκίνος παχέος εντέρου](#)

[ορθοκολικός καρκίνος](#)

[Επιχειρηματικά Νέα Promoted](#)

Μια μεγάλη ευρωπαϊκή μελέτη, στην οποία συμμετείχαν πάνω από 520.000 άτομα σε 10 χώρες της Δυτικής Ευρώπης, έδειξε ότι τα υψηλά επίπεδα βιταμίνης D στο αίμα συνδέονται με χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η μελέτη, που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό British Medical Journal, επιβεβαιώνει ότι τα ευρήματα προηγούμενων μελετών που είχαν δείξει πως τα επίπεδα βιταμίνης D συνδέονται με τον κίνδυνο ορθοκολικού καρκίνου σε άλλες γεωγραφικές περιοχές ισχύουν και σε ευρωπαϊκούς πληθυσμούς.

Όπως αναφέρουν οι ερευνητές, μεταξύ των ετών 1992-1998 οι συμμετέχοντες στη μελέτη συμπλήρωσαν λεπτομερή ερωτηματολόγια για τη διατροφή και τον τρόπο ζωής τους και έδωσαν δείγματα αίματος και στη συνέχεια παρακολούθηθηκαν για αρκετά έτη, κατά τη διάρκεια των οποίων 1.248 άτομα έλαβαν διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου.

Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι τα άτομα που είχαν τις υψηλότερες συγκεντρώσεις βιταμίνης D στο αίμα τους διέτρεχαν κατά 40% περίπου μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν τις χαμηλότερες συγκεντρώσεις της βιταμίνης.

Ωστόσο, επισημαίνουν οι ερευνητές, παραμένει ασαφές εάν η επίτευξη υψηλότερων επιπέδων βιταμίνης D μέσω διατροφικών συμπληρωμάτων υπερέρχει ή όχι των μέσων επιπέδων που

επιτυγχάνονται με μια ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με τακτική, μέτρια έκθεση στο ηλιακό φως.

Πρόβλεψη της επιβίωσης καρκινοπαθών με αξονική τομογραφία



02/12/2009

Σύμφωνα με Αμερικανούς ερευνητές, η αξονική τομογραφία ενδέχεται να μπορεί να βοηθήσει τους γιατρούς να διαπιστώσουν εάν οι ασθενείς με προχωρημένο ορθοκολικό καρκίνο ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία με μπεφασιζουμάμπη και χημειοθεραπεία.

Καθώς σήμερα δεν υπάρχουν άλλες επιλογές εκτός της χειρουργικής για να διαπιστωθεί εάν οι ασθενείς με προχωρημένο ορθοκολικό καρκίνο που έχει κάνει ηπατική μετάσταση ανταποκρίνονται στη θεραπεία με μπεφασιζουμάμπη και χημειοθεραπεία και πολλοί ασθενείς με την προχωρημένη αυτή μορφή καρκίνου δεν είναι εγχειρήσιμοι, σε πολλές περιπτώσεις οι γιατροί απλά περιμένουν την εξέλιξη των όγκων για να διαπιστώσουν εάν οι ασθενείς ανταποκρίνονται στη θεραπεία.

Αν και τα ευρήματα της μελέτης είναι προκαταρκτικά και θα πρέπει να επιβεβαιωθούν σε πολύ μεγαλύτερες μελέτες, αναφέρουν οι ερευνητές, δείχνουν ότι η αξονική τομογραφία θα μπορούσε να βοηθήσει τους γιατρούς να προσφέρουν στους ασθενείς τους πιο εξατομικευμένη θεραπεία.

Στη μελέτη, που δημοσιεύθηκε στο Journal of the American Medical Association, αναλύθηκαν συνολικά 234 ηπατικές μεταστάσεις ορθοκολικού καρκίνου από 50 ασθενείς στους οποίους είχαν αφαιρεθεί οι όγκοι μετά από θεραπεία με μπεφασιζουμάμπη και χημειοθεραπεία μεταξύ των ετών 2004 και 2007. Οι ερευνητές έκαναν αξονικές τομογραφίες

σε όλους τους ασθενείς στην αρχή και στο τέλος της θεραπείας, τις οποίες μελέτησαν ακτινολόγοι για τον εντοπισμό μεταβολών στο σχήμα και τη δομή των όγκων.

Η ανάλυση των αξονικών τομογραφιών έδειξε ότι στους ασθενείς με καλή ανταπόκριση στη θεραπεία οι όγκοι είχαν λάβει δομή ομοιάζουσα με κύστη με καλά καθορισμένα όρια. Οι ερευνητές βρήκαν ότι θα μπορούσαν να ταξινομήσουν τους ασθενείς σε τρεις κατηγορίες, με την πρώτη να περιλαμβάνει αυτούς με καλή ανταπόκριση στη θεραπεία, τη δεύτερη αυτούς με μικρότερη ανταπόκριση και την τρίτη εκείνους χωρίς καμία ανταπόκριση.

Στη συνέχεια, η ερευνητική ομάδα ανέλυσε τα δεδομένα από 82 ασθενείς των οποίων ο καρκίνος του παχέος εντέρου ήταν τόσο προχωρημένος που δεν μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά και βρήκε ότι σε εκείνους των οποίων οι αξονικές τομογραφίες έδειχναν ότι είχαν καλή ανταπόκριση η μέση επιβίωση ήταν 31 μήνες, σε σύγκριση με 19 μήνες για τους ασθενείς με ανεπαρκή ή μηδενική ανταπόκριση στη θεραπεία.

## **Άρθρο Ι. Στατιστικά για τον καρκίνο στην Ευρώπη**



- Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι γύρω στα **3,2 εκατ. νέες περιπτώσεις καρκίνου** διαγνώστηκαν το **2006**, δηλαδή **300.000 περισσότερες** από τις αντίστοιχες **εκτιμήσεις του 2004**, εκ των οποίων το 53% είναι άνδρες και 47% γυναίκες (Ferlay et al, 2007).
- Ο καρκίνος του μαστού με 429.900 περιπτώσεις (13.5%).
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 412.900 περιπτώσεις (12.9%).
- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 386.300 περιπτώσεις (12.1%).

Από στοιχεία της ίδιας μελέτης φαίνεται ότι ο αριθμός των θανάτων έφτασε τα **1,7 εκατ.** (56% άνδρες και 44% γυναίκες) το **2006**. **Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο** με 334.800 θανάτους, κατέχοντας το 1/5 των συνολικών θανάτων, ενώ υπολογίζεται ότι αριθμός των νέων περιπτώσεων θα διπλασιαστεί, ιδιαίτερα στην Νότια και Ανατολική Ευρώπη μέχρι το 2020, κυρίως εξαιτίας της χρήσης του καπνού.

- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 334.800 θανάτους.

- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 207.400 θανάτους.
- Ο καρκίνος του μαστού με 131.900 θανάτους.
- Ο καρκίνος του στομάχου με 118.200 θανάτους

**Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου εκτός από τους καρκίνους του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος.** Παρ' όλα αυτά το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη. **Συνολικά η 5ετής επιβίωση υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 30 και 60%.**