



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

**CROHN'S DISEASE
AND NURSE INTERVENTIONS**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΠΕΤΡΑΚΗ ΕΛΕΝΗ
ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΔΕΛΗΓΑΚΗΣ Msc

**ΠΑΤΡΑ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014**

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Κεφάλαιο 1 ^ο	7
1. Ανατομία Εντέρου.....	7
1.1 Το Δωδεκαδάκτυλο	7
1.2 Νήστιδα και ειλεός.....	10
1.3 Παχύ έντερο	11
Κεφάλαιο 2 ^ο	14
2.1 Φυσιολογία εντερικού νευρικού συστήματος.....	14
2.2 Φυσιολογία λεπτού εντέρου	15
2.3 Φυσιολογία παχέος εντέρου	16
Κεφάλαιο 3ο.....	18
3.1 Ορισμός Νόσου του Crohn	18
3.2 Ιστορική αναδρομή	18
3.3 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	19
3.4 Αίτια	20
Κεφάλαιο 4 ^ο	23
4.1 Κλινική εικόνα - Διαγνωστική Διερεύνηση της Νόσου του Crohn	23
4.2 Κλινικές διαφορές Ελκώδους κολίτιδας και Νοσου του Crohn.....	25
4.3 Διαφορική Διάγνωση	26
4.4 Διάγνωση.....	28
4.5 Διαγνωστικά ευρήματα	29
Κεφάλαιο 5 ^ο	31
5.1 Θεραπευτικές Επιλογές της Νόσου του Crohn	31
5.1.1 Κορτικοστεροειδή	32
5.1.2 Νέα κορτικοστεροειδή	34
5.2 Κλασσικές θεραπευτικές μέθοδοι	35
5.3 Παρενέργειες φαρμάκων	36
5.4 Εναλλακτικές θεραπείες.....	38
Κεφάλαιο 6 ^ο	39

6.1 Χειρουργική Αντιμετώπιση στη Νόσο του Crohn	39
6.2 Μορφές χειρουργικών επεμβάσεων	40
6.3 Μετεγχειρητική πορεία	41
Κεφάλαιο 7 ^ο	43
7.1 Ο ρόλος της διατροφής στη θεραπεία	43
7.2 Βιταμίνη D	46
Κεφάλαιο 8 ^ο	48
8.1 Πρόγνωση.....	48
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	50
Κεφάλαιο 9 ^ο	51
9.1 Νοσηλευτική Φροντίδα	51
9.2 Επίκεντρο νοσηλευτικού σχεδιασμού	51
9.3 Προβλήματα ασθενούς.....	52
9.4 Εκτίμηση του ασθενούς κατά συστήματα.....	52
Μυοσκελετικό	52
9.5 Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.....	53
9.6 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....	54
9.6.1 Λοίμωξη	54
9.6.2 Πόνος.....	54
9.6.3 Άγχος.....	55
9.6.4 Διάρροια	56
9.6.5 Ισοζύγιο υγρών –ανεπάρκεια όγκου υγρού.....	57
9.6.5.1 Πλεόνασμα όγκου υγρού.....	57
9.6.6 Μη ισοροπημένη διατροφή.....	58
9.6.7 Διαταραχές ύπνου.....	60
9.7 Φροντίδα Ασθενούς Σε Χειρουργική Επέμβαση	60
9.8 Μετεγχειρητική Φροντίδα.....	64
9.9 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με κολοστομία.....	66
9.10 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη διάρκεια της πλύσης/αλλαγής της στομίας.....	67
9.11 Διαταραχές του δέρματος από την κολοστομία	68
9.12 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με νόσο του Crohn εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....	69

9.12.1 Μελέτη 1 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς με νόσο του Crohn	69
9.12.1.1 Πορεία Νόσου	70
9.13 Μελέτη 2 ^{ης} περίπτωσης ασθενούς με νόσο του Crohn	79
9.13.1 Πορεία Νόσου	81
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	99
SUMMARY	101
10. Βιβλιογραφία.....	103

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το τέλος της πτυχιακής μας εργασίας σημαίνει και το τέλος της φοιτητικής μας πορείας, γι αυτό και θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την ψυχολογική και οικονομική στήριξη να φτάσουμε ως το τέλος της πορείας αυτής. Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν στην υλοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας από οποιοδήποτε πόστο. Ειδική μνεία στον καθηγητή μας κ. Αποστόλη Δεληγάκη, ο οποίος και σαν καθηγητής κλινικής μας εξάσκησης και σαν εισηγητής της πτυχιακής μας εργασίας, εκτός από την υπομονή του, το χρόνο του και τις συμβουλές του για την εκπόνηση της εργασίας, μας πρόσφερε συμβουλές και εμπειρίες πολύτιμες για τη συνέχιση των σπουδών αλλά και το μελλοντικό εργασιακό μας χώρο.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος του Crohn, ανήκει στην ομάδα των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου μαζί με την ελκώδη κολίτιδα. Είναι χρόνια και η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη, μολονότι είναι γνωστός ο αυτοάνοσος μηχανισμός πρόκλησης του νοσήματος. Εμφανίζεται στην όψιμη εφηβεία ή στην πρώιμη ενηλικίωση και φαίνεται να αφορά στην ίδια συχνότητα και τα δύο φύλλα αλλά παράλληλα να έχει και κληρονομική προδιάθεση. Εναλλακτικοί ορισμοί είναι η κοκκιωματώδης εντερίτιδα, η περιοχική εντερίτιδα και η τμηματική εντερίτιδα. Μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα από το στόμα έως τον πρωκτό, προκαλώντας διατοίχωματικές βλάβες. Ανάλογα με το τμήμα του εντέρου που προσβάλλεται, μπορεί να προκληθεί ειλεΐτιδα, κολίτιδα, ειλεοκολίτιδα ή περιπρωκτική νόσος. Η βαρύτητα της νόσου εξαρτάται από τη συχνότητα προσβολής του τμήματος του εντέρου και κατά την εμφάνιση της τα συμπτώματα ποικίλλουν, εξαρτώμενα από την έκταση και τη συμπεριφορά της νόσου καθώς και την ύπαρξη εξωεντερικών εκδηλώσεων. Η αντιμετώπιση καθορίζεται ανάλογα με τις περιόδους ύφεσης ή έξαρσης της νόσου, αφού δεν υπάρχει οριστική θεραπεία. Κύριος σκοπός παραμένει η ελαχιστοποίηση των όποιων παρενεργειών της νόσου και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς (Χαραλάμπους,2009). Η αρχική θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να λαμβάνει υπόψη την έκταση και συμπεριφορά της νόσου, τη θέση (ή θέσεις) προσβολής του πεπτικού σωλήνα, τη βαρύτητα της προσβολής, την παρουσία περιεδρικής νόσου και εξωεντερικών εκδηλώσεων και ειδικές καταστάσεις (ηλικία, κύηση, γαλουχία κ.λ.π.). Σε προχωρημένη εξέλιξη της νόσου ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και η συνεργασία όλων των ιατρικών ειδικοτήτων που εμπλέκονται με τη νόσο κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να σχεδιαστεί ορθολογικότερα η θεραπευτική προσέγγιση (<http://www.care.gr/post/374/nosos-tou-crohn>, Λαδάς Σ., 2014).

Κεφάλαιο 1^ο

1. Ανατομία Εντέρου

Έντερο ονομάζεται το τμήμα του ανθρώπινου σώματος από τον πεπτικό σωλήνα, μετά το στομάχι, έως τον πρωκτό το οποίο σε πλήρη έκταση φτάνει τα 9,5 με 10 μέτρα, με μέσο όρο τα 6 έως 7 μέτρα. Χωρίζεται σε λεπτό και παχύ έντερο. Το λεπτό έντερο αποτελείται από το δωδεκαδάκτυλο και το ελικώδες έντερο και εκτείνεται από τον πυλωρό μέχρι την ειλεοτυφλική συμβολή όπου ο ειλεός ενώνεται με το τυφλό. Είναι το όργανο όπου λαμβάνει χώρα κατά κύριο λόγο η πέψη των τροφών.

Το παχύ έντερο αποτελείται από τρία ανισομήκη τμήματα: το τυφλό έντερο με τη σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές) και το απευθυσμένο ή ορθό. Έχει μήκος περίπου 1,5 μέτρο και ξεχωρίζει από το λεπτό έντερο χάρις σε τρία χαρακτηριστικά: 1) έχει τρεις παχιές επιμήκεις ταινίες που ονομάζονται κολικές ταινίες, 2) τις κυψέλες που σχηματίζονται μεταξύ των ταινιών και ονομάζονται κολικές κυψέλες και 3) τις επιπλοϊκές αποφύσεις που είναι μικρές προσεκβολές του περιτοναίου που είναι γεμάτες λίπος (Moore,2005). Στο παχύ έντερο, το νερό επαναπορροφάται από άπεπτα υπολείμματα του υδαρούς χυμού, μετατρέποντας τον σε ημιστερεά κόπρανα, τα οποία αποθηκεύονται παροδικά και επιτρέπεται να συσσωρευτούν μέχρι να επέλθει η αφόδευση (Moore et al,2013).

1.1 Το Δωδεκαδάκτυλο

Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου, το οποίο βρίσκεται αρκετά κοντά σε σχέση με το πάγκρεας και είναι το ευρύτερο, βραχύτερο και πιο σταθεροποιημένο τμήμα του. Ακολουθεί ημικυκλική πορεία γύρω από την κεφαλή του παγκρέατος, ξεκινώντας από τον πυλωρό στο δεξιό μέρος καταλήγοντας στη νηστιδοδωδεκαδακτυλική συμβολή στο αριστερό μέρος. Αυτή η συμβολή, βρίσκεται περίπου στο επίπεδο του Ο2 σπονδύλου, 2 έως 3 εκατοστά αριστερά από τη μέση γραμμή. Είναι πολύ σημαντικό τμήμα, διότι σ' αυτό εκβάλλουν ο

χοληδόχος και ο παγκρεατικός πόρος, αλλά και γιατί ο αυλός του έχει τη μεγαλύτερη διάμετρο από όλο το λεπτό έντερο. Είναι κατά κύριο λόγο εξωπεριτοναϊκό όργανο και βρίσκεται σε οπισθοπεριτοναϊκή θέση (Moore,2005). Η πρώτη του μοίρα, συνδέεται με το ήπαρ μέσω του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου και αποτελεί τμήμα του ελάσσονος επίπλου. Το δωδεκαδάκτυλο διαιρείται σε τέσσερις μοίρες :

- 1) Την άνω (πρώτη) μοίρα η οποία έχει μήκος περίπου 5 εκατοστά και βρίσκεται μπροστά και επί τα εκτός του Ο1 σπονδύλου.
- 2) Την κατιούσα (δεύτερη) μοίρα η οποία έχει μήκος 7 έως 10 εκατοστά και κατέρχεται κατά μήκος των δεξιών πλαγίων πλευρών των Ο1-Ο3 σπονδύλων.
- 3) Την κάτω (τρίτη) μοίρα που έχει μήκος 6-8 εκατοστά και χιάζεται με τον Ο3 σπόνδυλο.
- 4) Την ανιούσα (τέταρτη) μοίρα που έχει μήκος 5 εκατοστά και αρχίζει από τα αριστερά του Ο3 σπονδύλου και ανέρχεται προς τα πάνω μέχρι το χείλος του Ο2 σπονδύλου (Moore et al,2013).

Η άνω μοίρα, αποτελεί την πιο ευκίνητη μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Ξεκινάει από τον πυλωρό, καταλήγει στον αυχένα της χοληδόχου κύστης (στο ύψος του Ο1 σπονδύλου) και η πορεία της είναι ανοδική. Έτσι, σχηματίζει σχεδόν ορθή γωνία με τον πυλωρό, μέσα από τον οποίο το περιεχόμενο του στομάχου διοχετεύεται στο δωδεκαδάκτυλο (Moore et al,2013). Η αρχή ή λήκυθος της άνω μοίρας του δωδεκαδακτύλου ονομάζεται και βολβός του δωδεκαδακτύλου. Το πρώτο μισό της άνω μοίρας, φέρει μεσεντέριο και είναι ευκίνητο επειδή προσφύονται σε αυτό το μείζον επίπλου και ο ηπατοδωδεκαδακτυλικός σύνδεσμος και μετακινείται μαζί με τον στόμαχο, αντίθετα με το περιφερικό ήμισυ της άνω μοίρας το οποίο δε διαθέτει μεσεντέριο, είναι ακίνητο και προσφύεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα (Moore,2005).

Η κατιούσα μοίρα, στερείται μεσεντερίου και κατά την κάθοδο της, φέρεται προς τα δεξιά και παράλληλα προς την κάτω κοίλη φλέβα. Ο χοληδόχος πόρος και οι κύριοι παγκρεατικοί πόροι εισέρχονται λοξά στο οπίσθιο και έσω τοίχωμα της. Συνήθως ενώνονται και σχηματίζουν την ηπατοπαγκρεατική λήκυθο η οποία εκβάλλει σε μια προπέτεια, ονομαζόμενη μείζων δωδεκαδακτυλική θηλή, που εντοπίζεται προς τα πίσω και έσω στην κατιούσα μοίρα του δωδεκαδακτύλου (Moore et al,2013). Το στόμιο της ληκύθου ελέγχει την διέλευση της χολής και του παγκρεατικού εκκρίματος στο δωδεκαδάκτυλο. Οι κύριες σχέσεις της κατιούσας μοίρας είναι οι εξής : προς τα εμπρός εφάπτεται με το εγκάρσιο κόλον, το εγκάρσιο μεσόκολο και μερικές

έλικες του λεπτού εντέρου, προς τα πίσω με την πύλη του δεξιού νεφρού, τα νεφρικά αγγεία, τον ουρητήρα και το μείζονα ψοΐτη μυ, ενώ προς τα έσω με την κεφαλή του παγκρέατος, τον παγκρεατικό πόρο και το χοληδόχο πόρο (Moore,2005).

Η οριζόντια μοίρα περνά μπροστά από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία, την κάτω κοίλη φλέβα και την αορτή. Επιπλέον τη διακρίνει οπισθοπεριτοναϊκή εντόπιση και ενώνεται με το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Η οριζόντια μοίρα έχει τις παρακάτω σχέσεις: έμπροσθεν εφάπτεται με την άνω μεσεντέρια αρτηρία και έλικες του λεπτού εντέρου, ενώ όπισθεν με το δεξιό μείζονα ψοΐτη μυ, με την κάτω κοίλη φλέβα, την αορτή και με τον δεξιό ουρητήρα. Ακόμη, προς τα πάνω εφάπτεται με τα άνω μεσεντέρια αγγεία και με την κεφαλή του παγκρέατος (Moore,2005).

Η ανιούσα μοίρα, πορεύεται προς τα άνω, πάνω ή αριστερά της αορτής μπροστά από τα αριστερά νεφρικά αγγεία, συναντά το σώμα του παγκρέατος και ενώνεται με τη νήστιδα στη νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή, η οποία υποστηρίζεται από την πρόσφυση του κρεμαστήρος μυός του δωδεκαδακτύλου (σύνδεσμος του Treitz). Αποτελεί το περιφερικό άκρο του δωδεκαδακτύλου, καλύπτεται από περιτόναιο και είναι κινητό. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος αυτής της μοίρας παρουσιάζει οπισθοπεριτοναϊκή εντόπιση, είναι ακίνητο και προσφύεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Ο κρεμαστήρας μυς διέρχεται από την άνω επιφάνεια της ανιούσας μοίρας του δωδεκαδακτύλου και της νηστιδοδωδεκαδακτυλικής καμπής και διαιρείται σε 2 τμήματα (Moore,2005). Ο κρεμαστήρας μυς στηρίζει την νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή και διευρύνει την γωνία της, διευκολύνοντας έτσι την πορεία στους εντερικούς αυλούς του εντερικού περιεχομένου. Οι κύριες σχέσεις της ανιούσας μοίρας είναι οι εξής : προς τα εμπρός εφάπτεται με την αρχή της ρίζας του μεσεντερίου καθώς και με έλικες της νήστιδας, προς τα πίσω εφάπτεται με τον αριστερό μείζονα ψοΐτη μυ και με το αριστερό χείλος της αορτής, προς τα έσω με την κεφαλή του παγκρέατος, ενώ προς τα πάνω με το σώμα του οργάνου (Moore et al,2013).

1.2 Νήστιδα και ειλεός

Η νήστιδα και ο ειλεός αποτελούν τις τελευταίες δύο υποδιαιρέσεις και εξαιρετικά πολύπλοκα τμήματα του λεπτού εντέρου. Η νήστιδα αντιπροσωπεύει τα κεντρικά 2/5 και συνήθως είναι κενή. Εντοπίζεται κατά το μεγαλύτερο μέρος στο αριστερό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς και πιο συγκεκριμένα στον ομφαλό, έχοντας μεγαλύτερη διάμετρο και παχύτερο τοίχωμα από τον ειλεό, του οποίου το μεγαλύτερο μέρος εντοπίζεται στην υπογάστρια και βουβωνική χώρα (Drake et al, 2005). Σε ποικίλη έκταση καλύπτονται από το μείζον επίπλουν. Αν και δεν υπάρχει σαφές διαχωριστικό όριο μεταξύ τους, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του λεπτού εντέρου μεταβάλλονται σταδιακά και παράλληλα με την εντόπισή του, έχουν χειρουργική σημασία.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΗΣΤΙΔΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΙΛΕΟΥ ΣΤΟ ΖΩΝ ΣΩΜΑ		
Χαρακτηριστικά	Νήστιδα	Ειλεός
Χρώμα	Βαθύ κόκκινο	Χλωμό ρόζ
Διαμέτρηση	2-4 εκ.	2-3 εκ.
Τοίχος	Λεπτό και βαρύ	Λεπτό και φτωινό
Αγγείωση	Μεγαλύτερη	Μικρότερη
Ευθεία αγγεία	Μακρά	Βραχεία
Αρτηριακά τόξα	Λίγες μεγάλες αγκύλες	Πολλές βραχείες αγκύλες
Λίπος στο μεσεντέριο	Λιγότερο	Περισσότερο
Κυκλοτερείς πτυχές(L.plicae circulares)	Μεγάλες, ψηλές και στενά πακεταρισμένες	Χαμηλές και λίγες. Απούσες στην άπω μοίρα
Λεμφοζίδια(Peyer πλάκες)	Λίγα	Πολλά

Πίνακας 1. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά νήστιδος και ειλεού (Moore et al,2013)

Η νήστιδα και ο ειλεός κρέμονται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα από το μεσεντέριο σε σχήμα βεντάλιας. Η ρίζα του μεσεντερίου έχει μήκος περίπου 15 εκατοστά, κατευθύνεται λοξά προς τα κάτω και δεξιά από την αριστερή πλευρά του Ο2 σπονδύλου μέχρι την δεξιά ιερολαγόνια διάρθρωση και την ειλεοτυφλική συμβολή. Μεταξύ τους η ρίζα του μεσεντερίου διασταυρώνεται με: 1) την οριζόντια μοίρα του δωδεκαδακτύλου, 2) την αορτή, 3) την κάτω κοίλη φλέβα, 4) τον μείζονα ψοΐτη μυ, 5) το δεξιό ουρητήρα και 6) τα δεξιά ωοθηκικά αγγεία (Moore,2005).

1.3 Παχύ έντερο

Εκκινώντας από την δεξιά βουβωνική χώρα με τη σκωληκοειδή απόφυση και το τυφλό, από το οποίο αυτή εξαρτάται, το παχύ έντερο κινείται προς τα πάνω με τη μορφή ανιόντος κόλονος μέσω του δεξιού λαγόνιου βόθρου και με κατεύθυνση το δεξί υποχόνδριο. Κάτω ακριβώς από το ήπαρ, στρέφεται αριστερά και έτσι σχηματίζει την δεξιά κολική καμπή. Κατόπιν διέρχεται οριζόντια την κοιλιά με τη μορφή τώρα εγκάρσιου κόλονος ώσπου φτάνει στο αριστερό υποχόνδριο. Στη συγκεκριμένη θέση βρίσκεται με ακρίβεια κάτω από την σπλήνα και τότε στρέφεται κάτωθεν και σχηματίζει την αριστερή κολική καμπή, συνεχίζοντας τη διαδρομή του προς τα κάτω ως κατιόν κόλον, μέσω αυτή τη φορά του αριστερού λαγόνιου βόθρου και ως την αριστερή βουβωνική χώρα. Τέλος, το παχύ έντερο εισέρχεται στην κοιλότητα της πυέλου ως σιγμοειδές κόλον και φτάνει στο οπίσθιο τοίχωμα αυτής ως ορθό, κατόπιν τελειώνει την πορεία του ως πρωκτικός δάκτυλος (Drake et al,2005).

Το τυφλό αποτελεί την πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου, συνεχίζεται με το ανιόν κόλον, είναι ένας τυφλός εντερικός θύλακας έχοντας μήκος περίπου 7 εκατοστών. Βρίσκεται μέσα στο λαγόνιο βόθρο του δεξιού κάτω τεταρτημορίου της κοιλιάς, κάτω από το ανιόν κόλον (Moore et al,2013). Συνήθως περιβάλλεται σχεδόν ολόκληρο από περιτόναιο και μπορεί να ανασπασθεί ελεύθερα, στερείται όμως μεσεντερίου. Εάν διαταθεί από κόπρανα ή αέρια, μπορεί να ψηλαφηθεί διαμέσου του προσθιοπλάγιου κοιλιακού τοιχώματος. Προσαρτημένο πάνω στο τυφλό είναι ένα στενό σωληνοειδές μόρφωμα οπου προσφύεται στο οπίσθιο-έσω τοίχωμα του τυφλού ακριβώς κάτω από το τέλος του ειλεού και συνδέεται με τον τελικό ειλεό με ένα μεσεντέριο, η σκωληκοειδής απόφυση (Moore,2005). Η θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης αντιστοιχεί στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα στη συμβολή έξω και μέσου τριτημορίου μιας γραμμής μεταξύ της πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας και του ομφαλού (σημείο του McBurney) (Drake et al,2005).

Το ανιόν κόλον αποτελεί την δεύτερη μοίρα του παχέος εντέρου, ποικίλει σε μήκος από 12 έως 20 εκατοστά και βρίσκεται στην δεξιά πλευρά της κοιλιακής κοιλότητας από το ορθό μέχρι το δεξιό λοβό του ήπατος όπου στρέφεται προς τα αριστερά σχηματίζοντας την δεξιά κολική (ηπατική) καμπή. Είναι στενότερο απ'ότι το τυφλό και κατά κύριο λόγο στερείται μεσεντερίου και βρίσκεται σε οπισθοπεριτοναϊκή θέση κατά μήκος της δεξιάς πλευράς του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Συνήθως καλύπτεται από περιτόναιο μπροστά και στις πλάγιες επιφάνειες του, το οποίο καθλώνει το ανιόν κόλον πάνω στο κοιλιακό τοίχωμα. Στο έξω πλάγιο χείλος του ανιόντος κόλου, το περιτόναιο σχηματίζει κανάλι ή αύλακα που ονομάζεται δεξιά παρακολική αύλακα, το βάθος αυτής της αύλακας εξαρτάται από την ποσότητα του αέρα που περιέχεται στο ανιόν κόλον (Moore,2005).

Το εγκάρσιο κόλον αποτελεί την τρίτη, μεγαλύτερη και πιο ευκίνητη μοίρα του παχέος εντέρου και έχει μήκος 45 περίπου εκατοστά. Ξεκινάει από τη δεξιά κολική καμπή μέχρι την αριστερή κολική καμπή, όπου στρέφεται προς τα κάτω και μεταπίπτει στο κατιόν κόλον. Η αριστερή κολική καμπή, βρίσκεται πιο πίσω και σε ψηλότερο επίπεδο και είναι πιο οξεία και λιγότερο κινητή από τη δεξιά κολική καμπή (Moore et al,2013). Μεταξύ αυτών των δύο καμπών, το εγκάρσιο κόλον είναι πλήρως κινητό και σχηματίζει αγκύλη, η οποία κατευθύνεται προς τα κάτω και εμπρός. Φέρει επίσης μεσεντέριο, το εγκάρσιο μεσόκολο, το οποίο συγχωνεύεται με το οπίσθιο τοίχωμα του επιπλοϊκού θυλάκου. Λόγω του ότι είναι πλήρως κινητό, ποικίλει ως προς η θέση του και μπορεί να βρίσκεται στο ύψος του διαφυλικού επιπέδου ή να εκτείνεται προς τα κάτω έως το χείλος της πυέλου (Moore,2005).

Το κατιόν κόλον έχει μήκος 22-30 εκατοστά, καταλαμβάνει δευτερογενώς οπισθοπεριτοναϊκή θέση μεταξύ της αριστερής κολικής καμπής και του αριστερού λαγόνιου βόθρου, όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλον (Moore et al,2013). Συνήθως στερείται μεσεντερίου (σε ποσοστό περίπου 33% του πληθυσμού φέρει μεσεντέριο) και βρίσκεται σε οπισθοπεριτοναϊκή θέση κατά μήκος της αριστερής πλευράς του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Καθώς κατέρχεται, το κόλον περνάει μπροστά από το έξω χείλος του αριστερού νεφρού. Προσφύεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα και έρχεται σε σχέση με το διάφραγμα με το φρενοκολικό σύνδεσμο προς τα πάνω και τον τετράγωνο οσφυϊκό μυ (Drake et al,2005).

Το σιγμοειδές κόλον είναι το τμήμα του εντέρου που παρεμβαίνει μεταξύ του κατιόντος κόλου και του ορθού και σχηματίζει ελικοειδή αγκύλη μήκους 40 εκατοστών περίπου. Εκτείνεται από το

λαγόνιο βόθρο μέχρι το 3^ο ιερό (I3) σπόνδυλο όπου μεταπίπτει στο ορθό. Το τέλος των κολικών ταινιών, σε απόσταση περίπου 15 εκατοστών από τον ορθό, δείχνει την ορθοσιγμοειδική συμβολή. Φέρνει συνήθως μεσεντέριο που ονομάζεται σιγμοειδές μεσόκολο και έτσι έχει ελευθερία κινήσεων, ειδικά η δεύτερη μοίρα του (Drake et al,2005). Συνήθως καταλαμβάνει το ευθυκυστικό κόλπωμα στους άντρες και το ευθυμητρικό κόλπωμα στις γυναίκες. Η ρίζα του μεσεντερίου έχει πρόσφυση σχήματος V, η οποία εκτείνεται προς τα πάνω κατά μήκος των έξω λαγονίων και προς τα κάτω από το διχασμό των κοινών λαγονίων αγγείων μέχρι την πρόσθια επιφάνεια του ιερού οστού (Moore,2005).

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Φυσιολογία εντερικού νευρικού συστήματος

Το εντερικό νευρικό σύστημα (ΕΝΣ), είναι ένα από τα τρία τμήματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ) και παρέχει τον πρωταρχικό νευρικό μηχανισμό ο οποίος ρυθμίζει το γαστρεντερικό σύστημα (ΓΕΣ). Η σημαντικότητά του, αποδεικνύεται από το γεγονός ότι αποτελείται από περίπου εκατό εκατομμύρια νευρώνες, αριθμός σχεδόν ίδιος με αυτόν στο νωτιαίο μυελό ή στο ΑΝΣ. Η λειτουργία του ΕΝΣ μπορεί να τροποποιηθεί από νευρικές ώσεις, προερχόμενες από τον εγκέφαλο, μέσω παρασυμπαθητικών νευρών, παρόλο που εντοπίζεται αποκλειστικά εντός του γαστρεντερικού ιστού. Οι νευρώνες του ΕΝΣ ομαδοποιούνται κυρίως, αλλά όχι απαραίτητα, σε μία από τις δύο αθροίσεις νευρώνων: 1) το υποβλεννογόνο πλέγμα και 2) το μεντερικό πλέγμα (Boron,Boulpaep,2005). Και τα δύο πλέγματα αποτελούνται από γάγγλια που αλληλοσυνδέονται με δεσμίδες λεπτών, αμύελων νευρικών ινών. Στους νευρώνες των γαγγλίων περιλαμβάνονται αισθητικοί νευρώνες των οποίων οι αισθητικές απολήξεις βρίσκονται στο τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα (Bern,2011).

Το υποβλεννογόνο πλέγμα απαντά στον υποβλεννογόνο χιτώνα μόνο το λεπτό και το παχύ έντερο. Το μεντερικό πλέγμα, εντοπίζεται μεταξύ της κυκλοτερούς και της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται από το εγγύς άκρο του οισοφάγου έως το ορθό.

Η δραστηριότητα του ΕΝΣ είναι αποτέλεσμα των αισθητικών νευρώνων, οι οποίοι ανταποκρίνονται σε μηχανικές παραμορφώσεις, σε ειδικά χημικά ερεθίσματα και στη θερμότητα. Αποτελείται από αισθητήριους νευρώνες, διανευρωνικές συνδέσεις και εκκριταγωγούς-κινητικούς νευρώνες. Η απαγωγός απάντηση σε διαφορετικά ερεθίσματα του ΕΝΣ, είναι σχεδόν όμοια με του ΓΕΣ και επειδή διαθέτει πολλαπλές προ-προγραμματισμένες αποκρίσεις παράλληλα με τη σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητη λειτουργία του, έχει οδηγήσει στην αντίληψη του «μικρού εγκεφάλου» του ΓΕΣ.

2.2 Φυσιολογία λεπτού εντέρου

Η πέψη και η απορρόφηση των συστατικών της τροφής, είναι οι κύριες λειτουργίες του λεπτού εντέρου και η κινητικότητα του έχει άμεση με το ρόλο του στην πέψη και στην απορρόφηση. Η πιο συχνή κίνηση του εντέρου χαρακτηρίζεται από τμηματικές σταδιακές αναδεύσεις ή κατατμήσεις της κυκλοτερούς μυϊκής στοιβάδας, με συχνότητα 11 ή 12 περίπου ανά λεπτό στο δωδεκαδάκτυλο και 8 ή 9 ανά λεπτό στον ειλεό, έτσι ώστε ένα δεδομένο τμήμα του εντέρου να συσπάται και μετά να χαλαρώνει. Η κινητικότητα αυτή, ανακατεύει το περιεχόμενο του αυλού με παγκρεατικές εκκρίσεις, χολή και εκκρίσεις του λεπτού εντέρου και ενισχύει μ'αυτό τον τρόπο την πέψη των συστατικών της τροφής στον αυλό και έρχεται σε επαφή με την επιφάνεια του βλεννογόνου. Οι συστολές αυτές, μειώνουν το εύρος της μη ανακινούμενης στοιβάδας ύδατος που γειτνιάζει με τις κορυφαίες μεμβράνες των επιθηλιακών κυττάρων του λεπτού εντέρου, προάγοντας έτσι την απορρόφηση. Η διαδικασία αυτή, καλείται μεταμερισμός.

Μία άλλη κίνηση του λεπτού εντέρου είναι ο περισταλτισμός, δηλαδή η προοδευτική σύσπαση διαδοχικών τμημάτων του κυκλοτερούς λείου μυός. Οδηγεί σε ουραία μετακίνηση του περιεχομένου του εντερικού αυλού, είτε για απορρόφηση σε πιο περιφερικές θέσεις του λεπτού ή του παχέος εντέρου, είτε για αποβολή των κοπράνων. Τα περισταλτικά κύματα αναπτύσσονται στο λεπτό έντερο, αλλά συνήθως αφορούν μόνο ένα μικρό τμήμα του.

Όπως και σε άλλα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα, τα βραδέα κύματα των λείων μυϊκών κυττάρων καθορίζουν τον ρυθμό των εντερικών συσπάσεων. Ο ακριβής ρόλος του επιμήκους λείου μυός στην κινητική λειτουργία του λεπτού εντέρου, παραμένει θέμα αμφισβήτησης (Boron, Boulpaep, 2005).

Σε περιόδους νηστείας, το λεπτό έντερο είναι σχετικά ήρεμο, αλλά παρουσιάζει συγχρονισμένες, ρυθμικές μεταβολές, τόσο της ηλεκτρικής, όσο και της κινητικής του δραστηριότητας. Αυτές οι ρυθμικές μεταβολές, ονομάζονται μυοηλεκτρικό ή μεταναστευτικό κινητικό σύμπλεγμα (ΜΜΣ). Αυτό το σχήμα διαδίδεται από τον στόμαχο προς τον τελικό ειλεό. Στον άνθρωπο τα ΜΜΣ εκδηλώνονται ανά διαστήματα περίπου 90 λεπτών και διακρίνονται σε τέσσερις φάσεις: 1) παρατεταμένη φάση ηρεμίας, 2) περίοδο προοδευτικής αύξησης της συχνότητας των δυναμικών ενέργειας και της συστατικότητας, 3) περίοδο μέγιστης ηλεκτρικής

και μηχανικής δραστηριότητας, η οποία διαρκεί για λίγα λεπτά και 4) περίοδο προοδευτικά μειούμενης δραστηριότητας η οποία συγχωνεύεται στην επόμενη ήρεμη περίοδο (Boron, Boulraep,2005). Οι ισχυρότερες συσπάσεις του ΜΜΣ τόσο στον στόμαχο όσο και στο λεπτό έντερο είναι πιο έντονες και πιο προωθητικές από τις συσπάσεις οι οποίες συντελούνται σε ένα άτομο που έχει σιτισθεί. Αυτές οι πάρα πολύ έντονες συσπάσεις διατρέχουν το λεπτό έντερο, και καθαρίζουν το περιεχόμενο του που βρίσκεται στο κόλον. Για τον λόγο αυτό, το ΜΜΣ έχει οριστεί ως «οικονόμος του λεπτού εντέρου» (Berne, Levy,2011). Η σίτιση, τερματίζει το ΜΜΣ και εκκινεί την εμφάνιση του «πρότυπου κίνησης κατά τη σίτιση», το οποίο αποτελείται τόσο από τμηματικές συστολές, οι οποίες ενισχύουν την πέψη και την απορρόφηση, όσο και από περισταλτικές κινήσεις (Boron, Boulraep,2005). Ο προσδιορισμός των κύριων παραγόντων που ρυθμίζουν τόσο τα ΜΜΣ όσο και τη μετάβαση στο πρότυπο σίτισης, γίνεται δύσκολος από διάφορες πιθανές μεσολαβήσεις μεταξύ των ζωικών ειδών. Ωστόσο, ένας κύριος παράγοντας που καθορίζει το πρότυπο του ΜΜΣ είναι η ορμόνη μοτιλίνη, ένα πεπτίδιο 22 αμινοξέων το οποίο συντίθεται στο βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου από όπου απελευθερώνεται ακριβώς πριν την έναρξη της φάσης 3 του κύκλου του ΜΜΣ. Παράγοντες σημαντικοί στην επαγωγή αυτού του προτύπου κίνησης, περιλαμβάνουν: 1) το πνευμονογαστρικό νεύρο, 2) την περιεκτικότητα της τροφής σε θερμίδες, 3) τον τύπο της τροφής στο γεύμα (Guyton,2009).

2.3 Φυσιολογία παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο χαρακτηρίζεται από 4 βασικές λειτουργίες : 1) την απορρόφηση μεγάλων ποσοτήτων υγρών και ηλεκτρολυτών και την μετατροπή του περιεχομένου αυτού σε ημισυμπαγή κόπρανα. 2) Την απορρόφηση λιπαρών οξέων βραχείας αλυσίδας από τους υδατάνθρακες της τροφής, όταν αυτή η διαδικασία δεν γίνεται από το λεπτό έντερο. Η διαδικασία αυτή γίνεται μέσω της μικροχλωρίδας με την πράξη της ζύμωσης. 3) Την αποβολή του περιεχομένου από το κόλον με ελεγχόμενο ρυθμό μέσω του σφιγκτήρα και 4) την αποθήκευση περιεχομένου που αντιπροσωπεύει την αποθηκευτική ικανότητα του παχέος εντέρου (Boron, Boulraep,2005).

Για να λειτουργήσει το έντερο χωρίζεται σε δύο διακριτά όργανα το εγγύς κόλον, στο οποίο γίνεται το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης των υγρών και το άπω κόλον που είναι υπαίτιο

για την τελική ξήρανση του υλικού και την αποθήκευση των κοπράνων πριν την απόρριψη τους από τον οργανισμό (Boron, Boulpaer,2005).

Στο ζήτημα της κινητικότητας του παχέος εντέρου σε αντίθεση με το λεπτό έντερο δεν παρατηρούνται πρότυπα κινητικότητας μεταξύ νηστείας και σίτισης. Το κόλον δέχεται ποσότητες από τον ειλεό οι οποίες ανέρχονται στα 500 με 1500 ml ημερησίως. Στα κόπρανα η ποσότητα ύδατος ανέρχεται στα 50 με 100 ml ημερησίως. Οι συσπάσεις του κόλου ανακατεύουν το περιεχόμενο στον βλεννογόνο. Ο χυμός κατά την διάρκεια γίνεται μερικώς συμπαγής. Η διέλευση του χυμού από το κόλον είναι αργή καθώς είναι κυμαίνεται από 5 έως 10cm ανά ώρα. Μια έως τρεις φορές την ημέρα γίνεται μια μαζική περισταλτική συστολή, κατά την οποία το τμήμα που συσπάται παραμένει σε αυτή την κατάσταση για μεγάλο χρονικό διάστημα και το περιεχόμενου προωθείται από το κόλον περιφερικά περίπου 20 εκατοστά (Berne, Levy,2011). Η διαδικασία αυτή ονομάζεται μαζικός περισταλτισμός ή μαζική κίνηση και είναι η βασική μορφή προωθητικής κινητικότητας στο κόλον (Berne, Levy,2011). Στο άπω κόλον η κύρια μορφή κινητικής δραστηριότητας του εντέρου είναι οι μη προωθητικές κινήσεις, οι οποίες προκαλούνται από τμηματικές συσπάσεις (Boron, Boulpaer,2005).

Η παρουσία ενεργού σφιγκτήρα κατά την μετάπτωση στου σιγμοειδούς στο ορθό και η οξεία γωνία της μετάπτωσης αυτής είναι οι 2 κύριες αιτίες που το ορθό παραμένει άδειο από κόπρανα κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της κινητικότητας. Για να γεμίσει το ορθό, υπεύθυνος είναι ο μαζικός περισταλτισμός (Berne, Levy,2011).

Κεφάλαιο 3ο

3.1 Ορισμός Νόσου του Crohn

Η νόσος του Crohn ανήκει στις ΙΦΝΕ (Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους Εντέρου) μαζί με την ελκώδη κολίτιδα. Είναι χρόνια μη ειδική, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, άγνωστης αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις ανάλογα με τη φάση ύφεσης και έξαρσης της νόσου. Προσβάλλει όλο τον γαστρεντερικό σωλήνα από το στόμα έως τον πρωκτό, με ιδιαίτερη τάση στο λεπτό έντερο. Ανάλογα με το σημείο εμφάνισης διακρίνεται σε διαφορετικούς τύπους (<http://www.iatropedia.gr/medical/malady/167>), όπως είναι ο ειλεοκολικός τύπος, όπου προσβάλλει τελικό ειλεό και το ανιόν κόλον, της ολικής κολίτιδας όπου προσβάλλεται όλο το παχύ έντερο (Kumar, Clark, 2007), και τις πιο σπάνιες μορφές όπως η ειλείτιδα όπου προσβάλλει τον ειλεό, την νηστιδοειλείτιδα η οποία προσβάλλει την νήστιδα και την γαστροδωδεκαδακτυλική η οποία προσβάλλει τον στόμαχο και τον δωδεκαδάκτυλο (<http://ygeiakaiueexia.blogspot.gr/2011/06/crohn.html>).

3.2 Ιστορική αναδρομή

Η πρώτη αναφορά στην νόσο του Crohn έγινε το 1761 από τον Giovanni Battista Morgagni όπου περιέγραψε ασθενή, ο οποίος πάσχει στον ειλεό. Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα κατά την διενέργεια νεκροτομής σε ασθενή οι Sanynders και Combe ανακάλυψαν πάχυνση του ειλεού, φλεγμονή και στένωση. Το 1913 για πρώτη φορά ο χειρουργός Dalrier παρουσίασε αρκετούς ασθενείς με διάφορες παθήσεις του εντέρου συγκεκριμένα, όπως νηστιδίτιδα, κολίτιδα, κλπ και στην συνέχεια διάφοροι γιατροί όπως ο Crohn και Orpenhaimer σε νοσοκομείο της Νέας Υόρκης περιέγραψαν με ακρίβεια την νόσο του Crohn σαν ξεχωριστή εντερική νόσο (Πούλου, 2004). Το 1934 ο Bissel αναφέρθηκε στην περιπρωκτική νόσο, το 1938 ο Penner και ο Crohn με αναφορά σε περιπρωτικό συρίγγιο σε νόσο του Crohn, το 1952 ο Wells με τον όρο τμηματική κολίτιδα που αφορούσε το παχύ έντερο και το 1959 ο Morson με την αναφορά του ότι η περιπρωκτική νόσος μπορεί να προηγείται της νόσου του Crohn, πάνω σε μελέτη 25 ασθενών, είχαν βοηθήσει στο να περιγραφούν με ακρίβεια σχεδόν όλα τα παθολογοανατομικά στοιχεία της νόσου, και οι διάφορες εκδηλώσεις της μέχρι τις αρχές του 1960 (http://www.hsg.gr/DIHMERIDES/1/17_06/1/CHRISTOGOULOU.html). Οι Farmer et al το

1975 μελέτησαν τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου σε όλα τα τμήματα του εντέρου. Στο κόλον εντοπίστηκε σε ποσοστό 27% ενώ στο πρωκτό και το ορθό σε ποσοστό έως 3,4%. Πρόσφατη μελέτη ανέδειξε ότι το λεπτό έντερο προσβάλλεται σε ποσοστό 30%, το παχύ έντερο σε ένα ποσοστό της τάξεως του 20-25%, το περίναιο και ο ορθοπρωκτικός σωλήνας 5-10% και ο τελικός ειλεός στο 40% των περιπτώσεων (Μπασούκας & συν,2012).

3.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Στην Ελληνική επικράτεια δεν υπάρχουν ακόμα επαρκή επιδημιολογικά στοιχεία για την νόσο του Crohn στο σύνολο του πληθυσμού, ωστόσο στην Κρήτη και τη βόρεια Ήπειρο παρουσιάζεται ίση επίπτωση, δηλαδή ο αριθμός των ατόμων που θα εμφανίσουν την νόσο μέσα στο έτος, και επικράτηση, δηλαδή ο συνολικός αριθμός των ατόμων οι οποίοι νοσούν την δεδομένη χρονική στιγμή, με τις αναπτυγμένες χώρες. Η κατανόηση όμως των ήδη υπάρχοντων ευρημάτων και η εύρεση νέων θα μας οδηγήσουν στο μέλλον σε ασφαλέστερα συμπεράσματα όσον αφορά την αιτιολογία και παθογένεια της νόσου (<http://www.eligast.gr/files/fyladia/FylladioIFNE7.pdf>).

Η νόσος παρουσιάζεται συχνότερα σε αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου, στις βιομηχανικές περιοχές τους, στην λευκή φυλή, τους εβραίους του Ισραήλ, καθώς και τους καπνιστές σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα . Η αύξηση των περιστατικών στις βιομηχανικές περιοχές οφείλεται σύμφωνα με μελέτες στην διαφορά των περιβαλλοντολογικών συνθηκών από τις αγροτικές περιοχές, όπως είναι η ηλιακή ακτινοβολία, η ρύπανση και ο τρόπος ζωής (Χαραλάμπους,2009). Προσβάλλει τις ηλικίες από 15-40 χρονών. Εμφανίζεται κυρίως στην 3^η δεκαετία της ζωής, με μέσο όρο τα 26 χρόνια και παρουσιάζει σχετική ισότητα στα 2 φύλα με ελάχιστη αύξηση στον γυναικείο πληθυσμό. Ασθενείς με νόσο του Crohn, με βάση επιδημιολογικά στοιχεία, έχει βρεθεί να έχουν χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D.

Μετά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο παρατηρείται μια σταθερή αύξηση, γεγονός που πιθανόν να οφείλεται στην εξέλιξη των διαγνωστικών μέσων της εποχής, εν αντιθέσει με τις περιοχές της ανατολικής Ασίας όπου η μειωμένη διαγνωστική ικανότητα των συστημάτων υγείας είναι ελλιπής. Σταθερή ανάπτυξη της νόσου παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στις βόρειες χώρες της Ευρώπης. Εμφανίζεται σε 5-10/100.000 άτομα και ο επιπολασμός της την δεδομένη χρονική στιγμή υπολογίζεται σε 50/100.000 άτομα. Χώρες με μεγάλη επίπτωση στην νόσο του Crohn είναι η Γαλλία, ο Καναδάς (με περιοχές αυτού να φτάνουν τα 20/100.000), η Σκωτία (11/100.00),

η Σκανδιναβία (7-9/100.000), η Αμερική (7-9/100.000) όπου ξεπερνά και αυτή των εβραίων του Ισραήλ, η Νέα Ζηλανδία (16/100.00) και οι Αγγλία/Ουαλία (5-11/100.000) (Πούλου,2004).

3.4 Αίτια

Η ακριβής αιτιολογία της νόσου παρά τις εκτεταμένες μελέτες δεν έχει ακόμη καθοριστεί, ωστόσο ευρήματα πάνω στην παθογένεια της νόσου, όπως οι φυλετικές διαφορές και ο γεωγραφικός προσδιορισμός, μπορούν να οδηγήσουν σε ορισμένα συμπεράσματα. Περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες είναι οι αιτίες στις οποίες κατά κύριο λόγο αποδίδεται η εμφάνιση της νόσου (Kumar,Clark,2007). Επιπρόσθετα επικρατεί η άποψη πως υπάρχει μια γενική προδιάθεση ως προς την νόσο, η οποία προκαλεί, μη ελεγχόμενη ανοσολογική αντίδραση του εντέρου (Κυβέλλος,2000). Άλλοι παράγοντες που διαδραματίζουν τον ρόλο τους στην ασθένεια είναι οι ανοσολογικοί, οι ψυχολογικοί και οι λοιμώδεις (Φερτάκης,2010).

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, περιλαμβάνονται ορισμένες τροφές όπως τα γαλακτοκομικά προϊόντα (και κυρίως το γάλα αγελάδας), η προσθήκη συντηρητικών σε αυτές (Κήτης,2010) αλλά και το τιτάσιο. Η από του στόματος λήψη αντισυλληπτικών και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (Σβώλος,2012), η λήψη αντιρρευματικών φαρμάκων (<http://www.boro.gr/43292/nosos-toy-crohn-giati-protima-toys-neoys>), η κοινωνική θέση, η διατροφή, η εντερική χλωρίδα, η σκωληκοειδεκτομή και το κάπνισμα σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου (Σβώλος,2012). Έρευνες έχουν αποδείξει πως υπάρχει αυξημένη επίπτωση της νόσου στο παχύ έντερο, με τη χρήση αντισυλληπτικών, στις νεαρές γυναίκες (Πούλου,2004). Από μελέτες που διεξήχθησαν στην Ευρώπη που αφορούσαν στις μετακινήσεις των μεταναστευτικών πληθυσμών από περιοχές με χαμηλά επιδημιολογικά ποσοστά στη νόσο, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου είναι ίδιος ή και μεγαλύτερος από τον ντόπιο πληθυσμό, γεγονός που αποδεικνύει ότι ο τρόπος ζωής παίζει σημαντικό ρόλο. Το κάπνισμα εκτός από αίτιο, ευθύνεται και για την πορεία της νόσου. Η νόσος εμφανίζεται με πιο επιθετικές μορφές στους καπνιστές συγκριτικά με τους μη καπνιστές, αυξάνοντας τον κίνδυνο να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση καθώς και να παρουσιάσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η διακοπή του καπνίσματος βοηθάει στην ύφεση και την ομαλή πορεία της νόσου (Σβώλος,2012).

Ο συντελεστής κληρονομικότητας σε ασθενείς με νόσο του Crohn, είναι υψηλός. Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό (15-20%) των πασχόντων, υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό για τη νόσο.

Πιο συγκεκριμένα, οι συγγενείς πρώτου βαθμού των πασχόντων, έχουν 30-100 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν τη νόσο, συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Όσον αφορά τους διδύμους, η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στους μονοζυγωτικούς (30-40%) παρά στους ετεροζυγωτικούς (Πούλου,2004). Επίσης, στην περίπτωση που νοσεί ο ένας δίδυμος στα μονοζυγωτικά, υπάρχει 67% πιθανότητα να νοσεί και ο άλλος (<http://www.boro.gr/43292/nosos-toy-crohn-giati-protima-toys-neoys>).

Πρόσφατα, σε γενετικές μελέτες παρατηρήθηκε συσχετισμός των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) με διαταραχές σε συγκεκριμένες περιοχές των χρωμοσωμάτων 6,12,14 και 16, τα οποία χρωμοσώματα, προκαλούν έως και 40 φορές αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Πούλου,2004). Συγκεκριμένα το χρωμόσωμα 16, σχετίζεται πιο άμεσα με τη νόσο του Crohn, χαρακτηρίζεται ως προδιαθεσικός παράγοντας, αλλά δεν μπορεί να προκαλέσει την ασθένεια χωρίς την αλληλεπίδραση των περιβαλλοντικών και λοιμωδών παραγόντων (Κήτης,2010). Αποδεδειγμένα από μελέτες, γονίδια που αφορούν την παθογένεια της νόσου, είναι τα: NOD2, ATG16L1, IRGM και γονίδια που επιδέχονται περεταίρω μελέτης, είναι τα: PTPN22, CCR6, C11 κ.ά. Το NOD2, είναι το πρώτο που σχετίστηκε με τη νόσο του Crohn και εκφράζεται στα μακροφάγα. Στο δυτικό ημισφαίριο, 30-50% των ασθενών έχουν τη μετάλλαξη του συγκεκριμένου γονιδίου, ενώ έχει αποδειχθεί πως άτομα με τη συγκεκριμένη μετάλλαξη έχουν 20-40 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν τη νόσο. Με την ηλικιακή έναρξη της νόσου, έχουν συσχετιστεί τα ATG15L1 και IRGM (Σβώλος,2012).

Το ανθρώπινο ανοσολογικό σύστημα, διατηρεί μία σταθερή και ελεγχόμενη κατάσταση φλεγμονής στον οργανισμό. Μελέτες έχουν αποδείξει, πως αν διαταραχθεί ο έλεγχος αυτός, αποτελεί μηχανισμό της ανοσοπαθογένειας της νόσου. Η άποψη ότι η πιθανότερη αιτία των ΙΦΝΕ είναι ανοσολογική, έχει προέλθει από το ότι η φλεγμονώδης αντίδραση της νόσου έρχεται ως απάντηση στην ανοσολογική διαταραχή που προαναφέρθηκε (Πούλου,2004). Στη νόσο του Crohn, η ικανότητα καταστολής της ανεπιθύμητης φλεγμονής στο ανοσοποιητικό σύστημα, είναι ανεπαρκής. Τα T-ρυθμιστικά κύτταρα, αποτελούν τους παράγοντες της ρύθμισης του συστήματος αυτού (Σβώλος,2012).

Η άποψη ότι η νόσος είναι ψυχοσωματικό νόσημα, ήταν η επικρατέστερη αρχικά, ωστόσο οι επιστήμονες, με βάση νεότερες μελέτες απέρριψαν την ιδέα αυτή, χαρακτηρίζοντας το άγχος και

το stress ως υποκειμενικούς παράγοντες (Ρουσομουστακάκη,2004). Παρ'όλο το αμφιλεγόμενο της κρίσης των ψυχολογικών αντιδράσεων, λογίζεται ως παράγοντας της οξείας υποτροπής σε ήδη υπάρχουσα νόσο, αλλά και η κακή ψυχολογική κατάσταση οδηγεί στην κακή αντιμετώπιση των εξάρσεων της νόσου (Σβώλος,2012). Με τη νόσο του Crohn, έχουν εντοπιστεί επίσης ως αιτίες διάφοροι μικροοργανισμοί και ιοί, όπως αυτός της ιλαράς. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά δεν είναι σταθερά και επιβεβαιωμένα από πολλές μελέτες. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η αντιφυματική αγωγή δε βοηθά τους ασθενείς με νόσο του Crohn, ενώ πιο ασφαλής είναι η συσχέτιση της νόσου με λοίμωξη από *Listeria Monocytogenes*. Σημαντικό ρόλο επίσης, στην παθογένεια της νόσου, καταδεικνύεται από τις μελέτες σε πειραματόζωα αποδείχθηκε ότι η εντερική χλωρίδα του οργανισμού, παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της νόσου. Επιπλέον, η νόσος του Crohn προσβάλλει ιδιαίτερα περιοχές με υψηλές συγκεντρώσεις όπως ο τελικός ειλεός και το παχύ έντερο (Πούλου,2004).

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Κλινική εικόνα - Διαγνωστική Διερεύνηση της Νόσου του Crohn

Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή επηρεαζόμενες από παράγοντες όπως η εντόπιση, η βαρύτητα, ο τύπος, η έκταση και η συμπεριφορά της νόσου. Κύρια συμπτώματα της νόσου που εμφανίζονται στους περισσότερους τύπους της, είναι τα ακόλουθα: 1) πυρετός, 2) απώλεια βάρους, 3) ανορεξία, 4) διάρροια, 5) αιματηρές κενώσεις και 6) κοιλιακός πόνος. Λιγότερο συχνά φαινόμενα είναι επίσης ο μετεωρισμός, ο υπερπερισταλτισμός, τα συμπτώματα απόφραξης, η ναυτία, η αδιαθεσία, η αναιμία, η κακουχία, ο λήθαργος και ο έμετος. Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί είτε σε ήπια είτε σε οξεία μορφή και στα πρώιμα στάδιά της, μπορεί να εμφανίζει ελάχιστα έως και καθόλου συμπτώματα. Το κοιλιακό άλγος, εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και μιμείται αυτόν της σκωληκοειδίτιδας, υποδηλώνοντας απόφραξη και χαρακτηρίζεται ως επείγον (Φερτάκης,2010). Το 15% των ασθενών μπορεί να μην εμφανίσει συμπτώματα από το γαστρεντερικό και παρά την ποικιλία και την ένταση των συμπτωμάτων αυτών, οι ασθενείς μπορούν να συνεχίσουν να έχουν μια καλή και φυσιολογική ζωή (Kumar, Clark,2007).

Η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε μέρος του γαστρεντερικού σωλήνα, με ιδιαίτερη τάση στον τελικό ειλέο και το ανιόν κόλον. Σημαντικό χαρακτηριστικό της νόσου είναι η διείσδυση υγιών τμημάτων του εντέρου μέσα σε προσβεβλημένες περιοχές (Ηλίας,1997). Σε ασθενείς με προσβεβλημένο το λεπτό έντερο παρατηρείται στένωση και πάχυνση αυτού. Έλκη στην περιοχή του βλεννογόνου μαζί με ραγάδες, δημιουργούν την εικόνα πλακόστρωτου. Συμπτώματα μπορούν επίσης να παρατηρηθούν και στο παχύ έντερο, τα οποία χαρακτηρίζονται ως μακροσκοπικές αλλαγές. Στις μικροσκοπικές αλλαγές, παρατηρείται φλεγμονή κατά μήκος όλων των τοιχωμάτων, αύξηση των φλεγμονωδών κυττάρων και στο 50-60% των ασθενών δημιουργούνται κοκκιώματα (Kumar, Clark,2007). Η αύξηση της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ), η αναιμία καθώς και εξωεντερικές εκδηλώσεις που συνδέονται με την ενεργητικότητα της νόσου αποτελούν συμπτώματα της οξείας φάσης (Αδαμόπουλος,1997).

Ανάλογα με τον τύπο της νόσου, η συχνότητα και βαρύτητα των συμπτωμάτων ποικίλουν. Η νόσος του Crohn ως χρόνια φλεγμονώδης νόσος, είναι η συνηθέστερη μορφή, εμφανίζεται

συνήθως σε ασθενείς με ειλεΐτιδα ή ειλεοκολίτιδα και τα συμπτώματά της είναι ο χαμηλός πυρετός, η απώλεια βάρους, η κακουχία, η αδυναμία και η διάρροια, με ή χωρίς κοιλιακό άλγος. Σε προσβολή του λεπτού εντέρου, παρουσιάζεται εικόνα δυσαπορρόφησης και υπάρχει περίπτωση να γίνεται αισθητή μία μάζα στην περιοχή του κάτω δεξιού πλάγιου τμήματος της κοιλίας (Benevento et al,2010).

Άλλος τύπος εμφάνισης της νόσου, είναι ο αποφρακτικός. Σε αυτόν παρουσιάζεται στένωση του εντερικού αυλού λόγω της φλεγμονώδους διεργασίας, κάποιου σπασμού ή στένωσης, η οποία μπορεί να καταλήξει σε ούλωση στα διάφορα τμήματα του εντέρου. Εκδηλώνεται με κοιλιακό άλγος, μετεωρισμό κοιλίας, βορβορυγμούς και αίσθημα κοιλιακής διάτασης μετά από κάθε γεύμα (Κήτης,2013).

Στο συριγγώδη τύπο,σε ένα ποσοστό της ταξέως του 20-40% μπορεί να δημιουργηθούν συρίγγια, δηλαδή οδοί παθολογικής επικοινωνίας, είτε μεταξύ τμημάτων του εντέρου (εντεροντερικά), είτε μεταξύ του εντέρου με άλλα σπλάγχνα (εντεροσπλαγγνικά), είτε μεταξύ του εντέρου με το δέρμα (εντεροδερμικά). Στα εντεροεντερικά τμήματα μεταξύ λεπτού και παχέως εντέρου εμφανίζονται συμπτώματα όπως απώλεια βάρους, διάρροια και εκδηλώσεις δυσαπορρόφησης, στα εντεροσπλαγγνικά προς την ουροδόχο κύστη ή τον κόλπο προκαλεί λοιμώξεις και τέλος, η δημιουργία συριγγίων εντεροδερμικά εμφανίζεται στις θέσεις των ουλών προηγηθέντων χειρουργικών επεμβάσεων για τη νόσο (Κήτης,2013).

Σπάνιος αλλά σημαντικός λόγω των προβλημάτων που δημιουργεί στην πρόσληψη τροφής, είναι ο γαστροδωδεκαδακτυλικός τύπος. Οι ασθενείς παρουσιάζουν έξαρση των συμπτωμάτων μετά την κατάποση τροφής εξ'αιτίας και της καθυστερημένης γαστρικής κένωσης. Απόρροια τούτου είναι η μείωση πρόσληψης τροφής, δημιουργώντας πρόβλημα στη θρέψη. Τα συμπτώματά του είναι ο πρόωρος κορεσμός, η ναυτία, ο εμετός, η δυσφαγία και το επιγαστρικό άλγος (Πούλου,2004).

Ο περιπρωκτικός τύπος της νόσου, ο οποίος εμφανίζεται στο 20-30% των πασχόντων. Αφορά σε ενοχλήσεις στην περιοχή του πρωκτού, με διάταση κοιλίας, προοδευτικά αυξανόμενο άλγος, έμετο και βορβορυγμούς. Η κλινική του εμφάνιση περιλαμβάνει δημιουργία ραγάδων, δερματικών ρακών, αιμορροΐδων, αποστημάτων, συριγγίων, συριγγίων πρωκτού, ορθοπρωκτική στένωση και καρκίνο πρωκτού (Δεληκάρης,1997).

Η νόσος, εκδηλώνεται και με άλλους τύπους συμπτωμάτων τα οποία εντοπίζονται σε άλλα όργανα του ανθρώπινου σώματος εκτός του εντέρου σε ένα ποσοστό του 15-30% των ασθενών

και χαρακτηρίζονται ως εξωεντερικές (Αδαμόπουλος,1997). Εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα είναι οι αρθραλγίες, η οστεοπενία, η οστεοπόρωση, οι αρθρίτιδες, η αξονική αρθροπάθεια και η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα. Στο δέρμα, τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι η στοματίτιδα, το σύνδρομο Sweet, το οζώδες ερύθημα, το γαγγραινώδες πυόδερμα και τα αφθώδη έλκη. Στις παθήσεις των οφθαλμών συμπεριλαμβάνονται η επισκληρίτιδα και η ιρίτιδα ενώ στις παθήσεις σχετικά με το ήπαρ περιλαμβάνονται η λιπώδης διήθηση του ήπατος και η πρωτοπαθής σκληρηντική χολαγγειίτιδα και η χολολιθίαση. Σπανιότερες εκδηλώσεις είναι η νεφρολιθίαση, η υπερομοκυστεϊναιμία, η παγκρεατίτιδα, ή αμυλοείδωση και η χρόνια βρογχίτιδα (Σβώλος,2012).

4.2 Κλινικές διαφορές Ελκώδους κολίτιδας και Νοσου του Crohn

Αρκετές από τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου του Crohn είναι όμοιες με αυτές της ελκώδους κολίτιδας. Ωστόσο, διαφέρουν σε ορισμένα σημεία όπως τη βαρύτητα και την ποικιλία των συμπτωμάτων. Και στις δύο ΙΦΝΕ, τα περισσότερα γενικά συμπτώματα όπως ανορεξία, διάρροιες, αιμορραγίες, κόπωση, αλλά και πυρετός, ταυτίζονται. Παρουσιάζουν επίσης υφέσεις και εξάρσεις. Άλλα συμπτώματα από το έντερο είναι οι βλεννοαιματηρές κενώσεις και ο κολλοειδής κοιλιακός πόνος. Επίσης υπάρχουν και άλλα συμπτώματα πέραν αυτών του εντέρου, όπως οι αρθρίτιδες, η οστεοπόρωση, η ιριδοκυκλίτιδα, οι παθήσεις στο ήπαρ και οι στοματικές άφθες. Παρόμοια συμπτώματα επί των επιπλοκών είναι η ευαισθησία στις λοιμώξεις, η τριχόπτωση και η χαμηλή απορροφητικότητα ιχνοστοιχείων και βιταμινών, η οποία προκαλεί προβλήματα στη νυχτερινή όραση (<http://www.medicaltv.eu/ελκώδης-κολίτιδα-και-νόσος-του-crohn>).

Διαφορές υπάρχουν κυρίως στην εντόπιση των νόσων αλλά και σε κάποια συμπτώματά τους. Η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, όμως έχει τρεις κυριότερες θέσεις εμφάνισης. Η συχνότερη είναι στο λεπτό και το παχύ έντερο συγχρόνως σε ποσοστό 30-40%, ακολουθεί μόνο στο λεπτό έντερο σε ποσοστό 30% και σπανιότερη είναι μόνο στο παχύ έντερο, σε ποσοστό 20-30%. Εν αντιθέσει, η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο, με κύριες εντοπίσεις το ορθοσιγμοειδές (50%), την αριστερή κολική καμπή (30%) και ολόκληρο το παχύ έντερο ή το εγκάρσιο τμήμα του (20%). Τέλος, ενώ η

νόσος του Crohn εκτείνεται σε όλες τις εντερικές στοιβάδες, η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει μόνο τον εντερικό βλεννογόνο

(<http://www.advanced-endoscopy.gr/index.php/γαστρεντερολογικές-παθήσεις/νόσος-crohn.html>).

Όσον αφορά στα συμπτώματα των δύο νόσων, η νόσος του Crohn συνήθως χαρακτηρίζεται από πόνο χαμηλά δεξιά στην κοιλιά, σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα που τη χαρακτηρίζει ο πόνος στο χαμηλότερο αριστερό μέρος της κοιλιάς. Στη νόσο του Crohn επίσης, η εντερική φλεγμονή απαντάται μεμονωμένα σε ένα ή σε πολλά σημεία του πεπτικού σωλήνα, ενώ στην ελκώδη κολίτιδα η φλεγμονή είναι συνεχής, ξεκινά από το ορθό και κατά την εξέλιξη της νόσου, επεκτείνεται προς τα πάνω. Κόλον που νοσεί από νόσο του Crohn, διακρίνεται από λέπτυνση του εντερικού τοιχώματος και εναλλαγές ασθενούς με υγιή ιστού και μέσω αυτής της εναλλαγής, παρουσιάζεται η εικόνα του λιθόστρωτου στο έντερο. Στην ελκώδη κολίτιδα αντίθετα, εντοπίζεται λέπτυνση του τοιχώματος του παχέος εντέρου και συνεχόμενη προσβολή του εντερικού βλεννογόνου, χωρίς ενδιάμεσα υγιή τμήματα (Γκλιάτη,2009).

Η ύπαρξη ελκώδους κολίτιδας για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δέκα ετών, αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ η νόσος του Crohn, προκαλεί συχνά περιεδρικά συρίγγια και εξωεντερικές εκδηλώσεις, χωρίς όμως να σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου στον πάσχοντα (<http://www.kanellos.gr/νόσος-crohn-ελκώδης-κολίτιδα>).

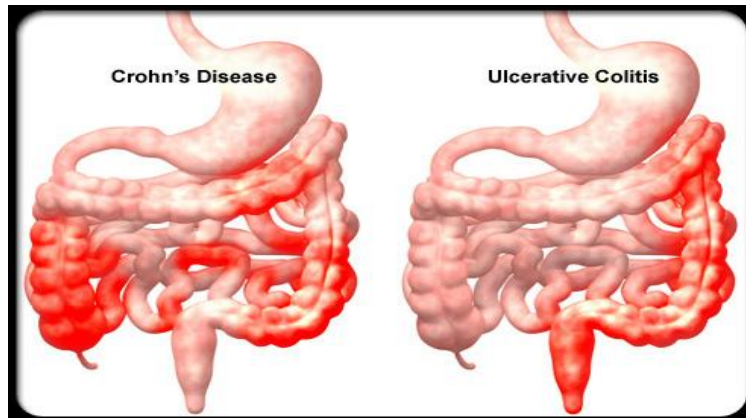
Παρά τις σημαντικές αυτές διαφορές ως προς την εκδήλωση και τα χαρακτηριστικά των 2 αυτών αυτοάνοσων νοσημάτων η τελική διάγνωση είναι δυνατή μόνο μετά από κάποια συγκεκριμένη ανταπόκριση σε θεραπεία ή γεγονός κατά την διάρκεια της νόσου (Γκλιάτη,2009).

4.3 Διαφορική Διάγνωση

Παρ'όλες τις σημαντικές και βασικές διαφορές της Ελκώδους Κολίτιδας και της νόσου του Crohn, η διάγνωση τους είναι μια λεπτομερής διαδικασία λόγω της δυσκολίας του διαχωρισμού τους. Η δυσκολία αυτή διαφαίνεται χαρακτηριστικά από το γεγονός ότι στο 5% των περιπτώσεων κατά την διάρκεια του πρώτου χρόνου της ασθένειας, αλλάζει τελική διάγνωση από Νόσο του Crohn σε Ελκώδη Κολίτιδα (Κατσάνος & συν,2013). Η διαφορική τους διάγνωση βασίζεται στα ιστολογικά, στα ενδοσκοπικά και κλινικά ευρήματα και το 70-80% των περιπτώσεων αφορούν το λεπτό έντερο και το δεξιό κόλον χωρίς να προσβάλουν το ορθό. Επιπροσθέτως δύο από τους

κυριότερους τύπους της νόσου του Crohn χρήζουν διαφορικής διάγνωσης, με τον πρώτο τύπο να αφορά φλεγμονώδη νοσήματα γειτονικών οργάνων ή λεμφαδένων που προκαλούν οξύ πόνο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (π.χ απόστημα σκωλικοειδούς, κύστεις ωοθηκών) ενώ το δεύτερο τύπο νεοπλασματικές ασθένειες ή παθήσεις που πλήττουν άμεσα το λεπτό έντερο δημιουργώντας κλινική εικόνα παρόμοια με της τμηματικής εντερίτιδας (π.χ καρκίνος τυφλού, μεταστατικός καρκίνος) (Πούλου,2004).

Στην αντιμετώπιση των διαφορών των 2 βασικών νόσων, οι βιοψίες σε οξεία φάση της νόσου καθιστούν αδύνατο τον διαχωρισμό τους, γι' αυτό και οδηγούμαστε σε ορολογικό έλεγχο για την εύρεση στη λύση της διαφοράς. Σημαντικό ρόλο για να κατανοήσουμε την διαφορά έχει η λήψη λεπτομερούς ιστορικού του ασθενούς, οι διαφορετικές εντερικές και εξωεντερικές εκδηλώσεις καθώς και ο ακτινολογικός έλεγχος και ο ενδοσκοπικός έλεγχος με συμπληρωματική διάγνωση βαριούχου υποκλυσμού διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης. Νέες ραδιοϊσοτοπικές μέθοδοι κερδίζουν συνεχώς έδαφος και αιματολογικές εξετάσεις βοηθούν να αποκλειστεί η ύπαρξη της νόσου αλλά όχι όμως και να διαγνωσθεί. Απαραίτητη πάντα είναι η καλλιέργεια κοπράνων ώστε να γίνει αποκλεισμός όλων των αιτίων της διάρροιας που υφίσταται σαν σύμπτωμα. Η δυσαπορρόφηση του εντέρου είναι επίσης βασική υποψία για τη νόσο του Crohn καθώς και το χαμηλό ανάστημα στα παιδιά. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν συχνή ειλεοκολική φυματίωση σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Ινδία, η οποία δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την διάγνωση της νόσου και καθιστά απαραίτητη την δοκιμαστική αντιφυματική θεραπεία (Kumar, Clark, 2007). Γίνεται αναφορά και σε μια κληρονομική προδιάθεση ανάπτυξης ορισμένων αντισωμάτων για την καταπολέμηση του σακχαρομύκητα *Cerevisiae* (ASCA) η οποία μπορεί να αποτελέσει αξιόλογο εύρημα για την διάγνωση των ατόμων που μπορούν να παρουσιάσουν την νόσο του Crohn. Τα περιπυρηνικά αντισώματα (PANCA) αποτελούν ορολογικό δείκτη διαγνωστικής αξίας. Παρουσιάζεται διαφορά μεταξύ PANCA και ASCA σε Ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn, ενώ η μέτρια ευαισθησία σε όργανο που μπορεί να εντοπισθούν όπως το έντερο, μπορεί να μειώσει την διαγνωστική αξία του ευρήματος (Πούλου,2004).



Εικόνα 1: Περιοχές εντοπισμού δράσης της CD και UC

(http://www.medicinenet.com/crohns_disease_pictures_slideshow/article.htm)

4.4 Διάγνωση

Εκτός από τις διαγνωστικές εξετάσεις διαφορεικού χαρακτήρα για τον διαχωρισμό των νόσων, υπάρχουν και άλλες εξετάσεις τόσο γενικού όσο και πιο ειδικού χαρακτήρα, που βοηθούν στον εντοπισμό και τη βαρύτητα, σε ήδη διαγνωσμένη νόσο του Crohn. Απαραίτητες είναι εξετάσεις όπως η σιγμοειδοσκόπηση η οποία πρέπει να γίνεται πάντα, αλλά και η εντερόκλυση στο λεπτό έντερο η οποία μας δείχνει την έκταση της, νόσου μέσα από ευρήματα για στενώσεις, συρίγγια και ψευδοεκκολπώματα (Kumar,Clark,2007, Πούλου,2004). Πληροφορίες επίσης για τον εντοπισμό και τη βαρύτητα της νόσου, μας παρέχουν οι ενδοσκοπικές εξετάσεις όπως η γαστροσκόπηση και η κολονοσκόπηση, η οποία γίνεται με ένα εύκαμπτο κολονοσκόπιο στο παχύ έντερο, όπου μπορούμε να εντοπίσουμε αν υπάρχει προσβολή στον τελικό ειλεό αλλά και τις αλλοιώσεις που έχει υποστεί. Επίσης, στο παχύ έντερο, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και πιο σύγχρονες μεθόδους, όπως χρησιμοποιώντας μία ασύρματη ενδοσκοπική κάψουλα για τον έλεγχο των βλαβών. Γίνεται επίσης, λεπτομερής κλινική δακτυλική εξέταση του ορθού (<http://www.eligast.gr/files/fyladia/FylladioIFNE7.pdf>).

Ακτινολογικά γίνεται ακτινογραφία κοιλίας και υπερηχοτομογραφία λεπτού εντέρου. Η ακτινογραφία κοιλίας, είναι χρήσιμη σε βαριές εξάρσεις των ΙΦΝΕ και αντίστοιχα η υπερηχοτομογραφία χρησιμοποιείται με μεγάλη επιτυχία στις μικρές παιδικές ηλικίες. Τόσο η αξονική όσο και η μαγνητική τομογραφία κοιλίας, χρησιμεύουν κυρίως στην ανάδειξη των

επιπλοκών, όπως για παράδειγμα συριγγίων ή διάτρησης (Πούλου,2004). Τεχνικές που βοηθούν στον προσδιορισμό του πάχους των τοιχωμάτων του εντέρου, αλλά και αποστημάτων σε αυτό, είναι η υπερηχογραφία υψηλής ανάλυσης και η σπειροειδής CT (Kumar, Clark,2007).

Οι αιματολογικές και οι εργαστηριακές εξετάσεις, δεν είναι τόσο απαραίτητες για τη διάγνωση της νόσου, όσο για τη βαρύτητα και την εκτίμηση της ανταπόκρισης στις θεραπείες που έχει υποβληθεί ο ασθενής. Ο έλεγχος της αναιμίας, της χαμηλής τιμής λευκωμάτων στο αίμα, της πιθανής αύξησης λευκών αιμοσφαιρίων, της ΤΚΕ, του φολικού οξέως και της βιταμίνης Β12, ο προσδιορισμός της αιμοσφαιρίνης, των αιμοπεταλίων, του αιματοκρίτη, της αλβουμίνης, του λευκοκυτταρικού τύπου και του σιδήρου ανήκουν στις αιματολογικές εξετάσεις που διενεργούνται (<http://www.eligast.gr/files/fyladia/FylladioIFNE7.pdf>). Σε βαριά μορφή της νόσου γίνεται απαραίτητα βιοχημική εξέταση του ήπατος η οποία μπορεί να αποδειχθεί παθολογική και ανιχνεύεται λευκωματιναιμία. Η λήψη καλλιεργείων αίματος κρίνεται απαραίτητη επί υποψίας σηψαιμίας (Kumar, Clark,2007).

Εργαστηριακά, ανιχνεύουμε ηλεκτρολυτικές διαταραχές, κάνουμε βιοψία του βλεννογόνου μέσω του ενδοσκοπικού και συμπληρωματικά παρασιτολογική κοπράνων από καλλιέργεια. (<http://www.eligast.gr/files/fyladia/FylladioIFNE7.pdf>). Ο αιματολογικός και εργαστηριακός έλεγχος είναι δυνατό να οδηγήσουν στην εντόπιση, την έκταση και τη βαρύτητα της νόσου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την καλύτερη δυνατή διάγνωση και εξέλιξη της νόσου, είναι η συνεχής παρακολούθηση και η ανάπτυξη σχέσης - εμπιστοσύνης των θεραπόντων ιατρών με τον ασθενή. Ακόμη και αν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός θα πρέπει να επισκέπτεται το θεράποντα ιατρό ανά έξι μήνες.

4.5 Διαγνωστικά ευρήματα

Στις ενδοσκοπικές εξετάσεις, περιλαμβάνονται αρχικά κάποια σπάνια ευρήματα όπως η προσβολή του ορθού (κατά 20%), η ευθρυπτότητα, η αιμορραγία και η κοκκίωση. Λίγο συχνότερο εύρημα αποτελεί το βλεννοπυώδες επίχρησμα, ενώ στα πιο συχνά εντάσσονται η φυσιολογική αγγείωση, το οίδημα, η ερυθρότητα, οι στενώσεις στο χυλό, η πάχυνση του

εντερικού τοιχώματος και οι ψευδοπολύποδες. Τέλος, τα συχνότερα ευρήματα των ενδοσκοπήσεων είναι τα μεμονωμένα αλλά και τα σχισμοειδή έλκη όπως επίσης και η εικόνα «λιθόστρωτου» στο έντερο (Πούλου,2004, Ηλίας,1997).

Όσον αφορά τις ακτινολογικές εξετάσεις, όπως η διπλή σκιαγραφική αντίθεση, φαίνεται πως το ορθό προσβάλλεται σπάνια, η ασθένεια έχει τμηματική κατανομή, και συχνά παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις στο βλεννογόνο, όπως επίσης, στενώσεις και συρίγγια (Πούλου,2004, Ηλίας,1997).

Τέλος, στις ιστολογικές εξετάσεις, κάποια σπάνια ευρήματα είναι τα επίπεδα έλκη και τα κρυπτικά αποστήματα, ενώ σπανιότερα παρουσιάζεται μείωση καλυκοειδών κυττάρων και σχετικά συχνά, κοκκίωμα, το οποίο όμως ανευρίσκεται σε ποσοστό μικρότερο του 50% των περιπτώσεων και είναι ένας αρκετά ασφαλής δείκτης ύπαρξης νόσου του Crohn (Γκλιάτη, 2009). Συχνότερα εμφανίζονται κρυπτίτιδα, βαθέα έλκη και λεμφοειδής υπερπλασία, ενώ πιο συχνά ανευρίσκεται εστιακή ή διατοιχωματική φλεγμονή (Πούλου,2004).

Κεφάλαιο 5^ο

5.1 Θεραπευτικές Επιλογές της Νόσου του Crohn

Από την στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση της νόσου του Crohn, το επόμενο βήμα είναι η αναζήτηση της κατάλληλης μορφής θεραπείας για την όσο καλύτερη δυνατή εξέλιξη της νόσου. Οι θεραπείες ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή και επηρεάζονται από την βαρύτητα, την εντόπιση, τα κύρια συμπτώματα, την κλινική ενδοσκοπική εικόνα καθώς επίσης το στάδιο και τη συμπεριφορά της νόσου. Οι 3 κύριοι άξονες της φαρμακευτικής αγωγής είναι 1) η αντικατάσταση των θρεπτικών απωλειών που έχουν προκύψει λόγω της νόσου, 2) η αντιμετώπιση των εξάρσεων της νόσου και 3) η επίτευξη της διατήρησης ύφεσης στον οργανισμό (Κήτης,2010). Ο 3^{ος} άξονας επιτυγχάνεται μέσα από μακρόχρονη φαρμακευτική αγωγή, που κρατάει χαμηλά το κόστος της θεραπείας αφού στην πλειονότητα των περιστατικών η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής σημαίνει την διακοπή της φάσης ύφεσης και έναρξης των συμπτωμάτων. Η φαρμακευτική αγωγή διακρίνεται στη μακροχρόνια, η οποία συντηρεί την κατάσταση ύφεσης στον οργανισμό και στη χορήγηση φαρμάκων επί εξάρσεως της νόσου για την προαγωγή της ύφεσης (<http://www.boro.gr/43292/nosos-toy-crohn-giati-protima-toys-neoys>).

Η ιδιομορφία της ασθένειας και η μεγάλη ποικιλία των συμπτωμάτων δημιουργεί και απαιτήσεις διαφορετικής αντιμετώπισης για κάθε ασθενή. Κάποιοι πάσχοντες εμφανίζουν ήπια συμπτώματα της νόσου με εξάρσεις ενώ άλλοι συχνές εξάρσεις και εισαγωγές στο νοσοκομείο. Αρχικός στόχος είναι η χρήση συντηρητικής αγωγής στον ασθενή και η αποφυγή χειρουργικής επέμβασης. Οι τέσσερις κύριες συντηρητικές θεραπευτικές αντιμετώπισεις, είναι: 1) συμπτωματική φαρμακευτική υποστήριξη, η οποία περιλαμβάνει την αντιμετώπιση ορισμένων μόνο συμπτωμάτων της νόσου, 2) η κατάλληλη per os ή παρεντερική διατροφή, 3) η ψυχιατρική υποστήριξη και 4) η χορήγηση μίας ή και περισσότερων φαρμακευτικών ουσιών σε συνδυαστικό σχήμα (<http://www.advanced-endoscopy.gr/index.php/γαστρεντερολογικές-παθήσεις/νόσος-crohn.html>).

Οι πάσχοντες με ήπια συμπτώματα, χρήζουν ανάγκης της πρώτης προαναφερθείσας θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αρχικό μέτρο για τη διατήρηση της ύφεσης, είναι η διακοπή του καπνίσματος, ειδικά αν ο ασθενής είναι χρόνιος καπνιστής. Στη συνέχεια, εξετάζονται και αντιμετωπίζονται τα μεμονωμένα συμπτώματα του κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Τέτοια

συμπτώματα είναι η διάρροια, ο πυρετός, η αναιμία κλπ. Η διάρροια σε ανενεργό νόσο για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, οφείλεται σε δυσαπορρόφηση χολικών αλάτων. Αντιμετωπίζεται με φάρμακα όπως η λοπεραμίδη. Σε μια ενεργή νόσο που μπορεί να χαρακτηρίζεται από αναιμία, η αναιμία αυτή είναι συνήθως χρόνιας νόσου και βελτιώνεται παράλληλα με την κατάσταση του ασθενούς. Αν η αιτία της είναι η έλλειψη βιταμίνης Β ή σιδήρου, η συμπτωματολογία της νόσου βελτιώνεται με τη χορήγηση αιμολυτικών φαρμάκων. Τα σοβαρότερα περιστατικά αυτής, χρήζουν εισαγωγής στο νοσοκομείο (Kumar, Clark,2007).

Ιδιαίτερες μορφές της νόσου (ολική και ειλεοτυφλική) χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης. Μέτρια έως σοβαρή ολική κολίτιδα, αντιμετωπίζεται ως ελκώδης κολίτιδα. Η αποτελεσματικότερη θεραπεία για την ολική κολίτιδα, είναι τα 5-αμινοσαλικυλικά, με χορήγηση 2-5 gr ημερησίως (Lawrence, Doherty,2009). Στην ειλεοτυφλική μορφή, χωρίς να έχει προσβληθεί το παχύ έντερο, δίνεται μορφή βουδεσονίδης βραδείας απελευθέρωσης, η οποία έχει υψηλή τοπική δράση και χαμηλή συστηματική διαθεσιμότητα, μειώνοντας έτσι την ένταση και τις παρενέργειες από τα στεροειδή (Αγγελόπουλος,1971).

Σε γενικευμένη συντηρητική θεραπεία πέρα από τα μεμονωμένα περιστατικά, εκτός από τις κύριες θεραπευτικές αντιμετώπισεις, περιλαμβάνονται και τέσσερις μεγάλες κατηγορίες φαρμάκων: α) τα αντιβιοτικά όπως η ορνιδαζόλη και η μετρονιδαζόλη, β) τα ανοσοκατασταλτικά όπως αζαθειοπρίνη και η κυκλοσπορίνη, γ) τα αντιφλεγμονώδη όπως τα κορτικοστεροειδή και σουλφασαλαζίνη και δ) τα φάρμακα συμπτωματικής αντιμετώπισης όπως αντιδιαρροϊκά και αναλγητικά που προαναφέρθηκαν (<http://www.gastrenterologicoiatreio.gr/enimerosi/pliروفories-simvoules/29-elkodis-kolitisa-kai-noso-tou-crohn.html>).

5.1.1 Κορτικοστεροειδή

Σε αντίθεση με τις καταστάσεις ύφεσης και την προτίμηση στη συντηρητική θεραπεία από τους ιατρούς, πολύ συχνές είναι και οι καταστάσεις εξάρσης που χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης και θεραπείας. Βασική θεραπευτική ουσία που χρησιμοποιείται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι τα κορτικοστεροειδή. Για να οριστεί μια νόσος κορτιζονοεξαρτώμενη, θα πρέπει ο ασθενής να βρίσκεται σε συνεχή αγωγή με στεροειδή για να διατηρεί σε καλή κατάσταση την υγεία του. Ανθεκτική στα κορτικοστεροειδή νόσος ονομάζεται εκείνη που χρειάζεται συνδυασμός φαρμάκων για να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της θεραπείας (Καραγιάννης,1997).

Για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκαν στο 1950 και βοήθησαν θεαματικά στην κατακόρυφη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας επί των εξάρσεων από το 37% σε λιγότερο από 1% συμπεριλαμβανομένου και επιπλοκών όπως η επείγουσα κολεκτομή. Στην εκπληκτική αυτή μείωση της θνησιμότητας, σχεδόν εξάλειψη, σημαντικό ρόλο έπαιξε και η πιο σύγχρονη, με τα χρόνια, αντιμετώπιση των ασθενών με την δυνατότητα μέτρησης αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών. Η αποτελεσματικότητά τους, που κάνει τόσο συχνή την χρήση τους, οφείλεται στην αντιφλεγμονώδη δράση τους, παράλληλα με την γρήγορη επίδραση στην κλινική εικόνα από την ημερομηνία έναρξης της αγωγής (Πούλου,2004). Βοηθούν στην μείωση του πυρετού, της διάρροιας αλλά και του κοιλιακού πόνου (Φερτάκης,2010). Η χρόνια όμως χρήση πρεδνιζόνης φαίνεται ότι σε ποσοστό μεγαλύτερο από 7,5mg την ημέρα, προκαλεί ορισμένες επιπλοκές οι οποίες είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν (Καραγιάννης,1997).

Για να χαρακτηριστεί μια νόσος ανθεκτική εκτός του χαρακτηριστικού που αναφέρθηκε θα πρέπει να γίνεται μακροχρόνια χρήση του φαρμάκου και σε ικανοποιητική δοσολογία προκειμένου τα κριτήρια και τα συμπεράσματα να είναι ασφαλή. Στη νόσο του Crohn ένα μεγάλο ποσοστό (70-80%) χαρακτηρίζεται από ανθεκτικότητα στα κορτικοστεροειδή (Αδαμόπουλος,1997). Στην περίπτωση αυτή γίνεται ενδοφλέβια χρήση (IV) μεθοτρεξάτης ή κυκλοσπορίνης, όπου φαίνεται να επιφέρουν τον ασθενή σε κατάσταση ύφεσης αλλά να μην έχουν την δυνατότητα να τη διατηρήσουν(Kumar,Clark,2007). Άλλες μέθοδοι αντιμετώπισης της ανθεκτικότητας είναι η χρήση παρεντερικής διατροφής ή εντερικής με στοιχειακή δίαιτα και η λευκοκυτταροπλασμαφαίρεση, κατά την οποία ο ασθενής απαγορεύεται να είναι υπό την επίδραση στεροειδών (Αδαμόπουλος,1997). Ως μέσο για τη διακοπή των κορτικοστεροειδών, θεωρείται η αζαθειοπρίνη (Σβώλος,2012). Επίσης γίνεται χρήση βιολογικών θεραπευτικών παραγόντων, όπως ο ανταγωνιστής Infliximab, οι οποίοι κατευθύνονται ενάντια στους ειδικούς ρυθμιστικούς παράγοντες της φλεγμονής όπως πχ. του αντισώματος TNFα.

Το Infliximab, ανήκει σε ομάδα ανταγωνιστών που χρησιμοποιούνται πολύ συχνά σε ασθενείς με νόσο του Crohn. Σύμφωνα με μελέτες η κατάλληλη δοσολογία είναι 5mg/kg και σε προϋποθέσεις και περιπτώσεις που δεν είναι αποτελεσματική, γίνεται χρήση 10mg/kg. Η επιτυχημένη χρήση του Infliximab έχει οδηγήσει στις έρευνες για την ανεύρεση και άλλων τέτοιων ανταγωνιστών (Σβώλος,2012). Τα αποτελέσματα μεταξύ 5 ανταγωνιστών έδειξαν ότι το Adimumab είναι αποτελεσματικότερο από το CDP571, όταν πρόκειται για ασθενείς με ενεργό

νόσο του Crohn, ότι το Onercept και το Etanercept όταν χορηγήθηκαν σε ίδια ποσότητα με αυτή της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στην οποία είναι επιτυχής, φάνηκαν αναποτελεσματικά και τέλος, πως το CDP571 και το Certolizumab pegol είναι αποτελεσματικά σε ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα CRP (Kumar, Clark,2007).

Σε ασθενείς με ενεργή νόσο, κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής με κορτικοστεροειδή, εμφανίστηκαν παρενέργειες στο 55% που έκαναν θεραπεία με πρεδνιζολόνη 40mg/ημέρα και 33% που λάμβαναν βουδεσονίδη 9mg/ημέρα. Η σοβαρότητα των παρενεργειών, εξαρτάται και εκτιμάται από τη διάρκεια της θεραπείας και τη χορηγούμενη δόση, καθώς και από το χρονικό διάστημα λήψης της αγωγής. Η συχνότητα εμφάνισης παρενεργειών είναι πιο έντονη μετά από 2-3 εβδομάδες αγωγής. Συνήθη συμπτώματα είναι ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, η αϋπνία, οι διαταραχές της διάθεσης, αλλά και κάποια δερματολογικά συμπτώματα (Σβώλος, 2012).

5.1.2 Νέα κορτικοστεροειδή

Η σκέψη δημιουργίας νέων κορτικοειδικών παρασκευασμάτων, οφείλεται στις προαναφερθείσες επιπλοκές. Τα σκευάσματα αυτά, πρέπει να ακολουθούν ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες είναι: α) λιγότερες επιπλοκές, β) αποτελεσματικότερη τοπική δράση, γ) χρονικά μεγαλύτερη τοπική επίδραση και δ) πιο γρήγορο μεταβολισμό στο ήπαρ. Τέτοιο σκεύασμα καθιερωμένο στην κλινική αντιμετώπιση του ασθενούς, είναι μέχρι στιγμής μόνο η βουδεσονίδη, ενώ έχουν δοκιμαστεί επίσης η τιξοκορτόλη, η βεκλομεθαζόνη και η φλουτικαζόνη.

Κυκλοφορεί στην αγορά σε μορφή ταμπλετών ελεγχόμενης αποδέσμευσης στον ειλεό, καθώς και υποκλυσμών. Περί το 52-79% της απορρόφησης γίνεται στον ειλεό και στο παχύ έντερο, ενώ η αποδέσμευσή της στη νήστιδα είναι μικρή. Χαρακτηρίζεται ως κορτικοστεροειδές με εξειδικευμένη δράση στους βλεννογόνους. Οι ιδιότητες που αποδεικνύουν το χαρακτηρισμό αυτό, είναι:

- ✘ Λιγότερες επιπλοκές.
- ✘ Μικρότερος βαθμός απορρόφησης.
- ✘ Μεγαλύτερη χρονικά παραμονή στον εντερικό βλεννογόνο.
- ✘ Μεγαλύτερου βαθμού υδατοδιαλυτότητα που έχει σαν αποτέλεσμα ομοιογενέστερη κατανομή στον εντερικό αυλό.

- ✘ Υψηλή ικανότητα σύνδεσης με μεμβράνες του βλεννογόνου.

Συγκριτικά με τα κλασσικά στεροειδή:

- ✘ Μικρότερου βαθμού διάλυση στο εντερικό περιεχόμενο.
- ✘ Υψηλότερη ικανότητα σύνδεσης με τύπου II υποδοχείς των στεροειδών.
- ✘ Χαμηλότερη ικανότητα με τύπου II υποδοχείς.
- ✘ Ταχύτερο μεταβολισμό στο ήπαρ αμέσως μετά την είσοδο στην κυκλοφορία. συγκεκριμένα, με την υδροκορτιζόνη (50%) και πρεδνιζόνη (20%).

Τα ποσοστά αποτελεσματικής ύφεσης τα οποία έχουν τις λιγότερες παρενέργειες, επιτεύχθηκαν με δόσεις 6mg ημερησίως στις ταμπλέτες και 2-3mg/100ml ημερησίως στους υποκλυσμούς (Καραγιάννης,1997).

5.2 Κλασσικές θεραπευτικές μέθοδοι

Μπορεί τα κορτικοστεροειδή σήμερα να παίζουν καταλυτικό ρόλο στη θεραπευτική αγωγή της νόσου του Crohn, όμως πριν τη χρησιμοποίησή τους και την προσπάθεια ανεύρεσης νέων ουσιών, άλλες φαρμακευτικές ουσίες και σκευάσματα, χρησιμοποιούνταν και χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα. Τα φάρμακα αυτά, είναι: 1) αντιβιοτικά και προβιοτικά όπως η μετρονιδαζόλη, η σιπροφλοξασίνη και η ορνιδαζόλη, 2) ανοσοκατασταλτικά ή ανοσοτροποποιητικά όπως η κυκλοσπορίνη, η 6-μερκαπτοπουρίνη, η αζαθειοπρίνη και η μεθοτρεξάτη, 3) αντιφλεγμονώδη όπως η σουλφασαλαζίνη, τα παράγωγα του 5-αμινοσαλικυλικού οξέος και η μεσαλαζίνη και 4) τα φάρμακα συμπτωματικής αντιμετώπισης όπως είναι τα σπασμολυτικά, τα κατασταλτικά του ΚΝΣ, η χολυστεραμίνη, τα αναλγητικά και τα αντιδιαρροϊκά (Κατσάνος, Τσιάνος,2014).

Η φυσιολογική εντερική μικροχλωρίδα, παίζει σημαντικό ρόλο όπως έχει αναφερθεί, στην παθογένεια της νόσου, γι'αυτό και τα αντιβιοτικά θεωρούνται θεραπευτικό μέσο. Η μετρονιδαζόλη και η σιπροφλοξασίνη, είναι αυτά που χρησιμοποιούνται συχνότερα και οι οδηγίες αφορούν στη χρήση τους μόνο για την αντιμετώπιση των επιπλοκών, ειδικά όσων προέρχονται

από το ορθό. Η δραστηριότητά τους είναι μεγαλύτερη, όταν η νόσος εντοπίζεται στο παχύ έντερο και όχι στον ειλεό (Φερτάκης,2010).

Εκτός από την αζαθειοπρίνη και τη μεθοτρεξάτη που αναφέρθηκαν, και άλλα ανοσοκατασταλτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί σε μεταμοσχεύσεις οργάνων έχουν επιτυχή αποτελέσματα και σε νοσούντες από τη νόσο του Crohn. Η επιτυχία έγκειται κυρίως στη διατήρηση της ύφεσης, συνδυαστικά με τη χρήση κορτικοστεροειδών. Δε χρησιμοποιούνται ως αρχική θεραπεία σε ασθενείς, με μέτρια συμπτωματολογία και σε ύφεση της νόσου, λόγω της καθυστερημένης έναρξης της δράσης τους, η οποία υπολογίζεται στους δύο με τρεις μήνες. Σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αντιμετώπιση, έχουν σύμφωνα με μέρος του επιστημονικού κόσμου και τοπικά αναισθητικά όπως η λιδοκαΐνη (Κατσάνος, Τσιάνος,2014).

Τα αντιφλεγμονώδη, χρησιμοποιούνται μαζί με τα κορτικοστεροειδή για την επίτευξη αλλά και διατήρηση της ύφεσης. Τα φάρμακα αυτά δεν είναι τόσο αποτελεσματικά στη νόσο του Crohn, όσο στην ελκώδη κολίτιδα και σύμφωνα με μελέτες έχει φανεί πως για να είναι αποτελεσματικές οι ουσίες αυτές και στη νόσο του Crohn, θα πρέπει να χορηγηθούν σε μεγαλύτερες δοσολογίες από ότι στην ελκώδη κολίτιδα. Τα οφέλη που δημιουργεί η λήψη τους μετά την επίτευξη της ύφεσης, καθώς και η προστατευτική τους δράση για τον καρκίνο αμφισβητούνται (Σβώλος,2012).

5.3 Παρενέργειες φαρμάκων

Τα αντιφλεγμονώδη προκαλούν παρενέργειες σε ένα ποσοστό μεταξύ 10-45%. Βασικές τους παρενέργειες, είναι η ναυτία, η αναιμία, τα εξανθήματα στο δέρμα, η έντονη κεφαλαλγία και νεφρικές βλάβες. Επίσης, παρατηρείται και δυσπεψία. Η σουλφασαλαζίνη, έχει παρατηρηθεί ότι διαπερνά τον πλακούντα αλλά δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι μπορεί να βλάψει το έμβρυο. Τέλος, παρατηρείται ότι μειώνεται ο αριθμός και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων στον άνδρα, ενώ στη γυναίκα δεν επηρεάζεται η γονιμότητα (www.advanced-endoscopy.gr/index.php/γαστρεντερολογικές-παθήσεις/νόσος-crohn.html).

Τα ανοσοκατασταλτικά και πιο συγκεκριμένα η αζαθειοπρίνη, δημιουργούν κάποιες παρενέργειες που κατηγοριοποιούνται σε αλλεργικές και σε δόσοεξαρτώμενες. Στις αλλεργικές ανήκει ο πυρετός, τα εξανθήματα, η παγκρεατίτιδα και η ηπατίτιδα. Οι δόσοεξαρτώμενες είναι

πολύ συχνότερες, με την πιο συνήθη να είναι η καταστολή του μυελού των οστών, η οποία μπορεί να είναι αναστρέψιμη. Άλλες βλάβες είναι ο αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων, η ανάπτυξη νεοπλασίας, η τοξικότητα στο ήπαρ, και η μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων (Σβώλος,2012).

Η κορτιζόνη, προκαλεί παρενέργειες τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά. Στις μικρότερες ηλικίες, φαίνεται ότι υπάρχει κάποια αναστολή στην ανάπτυξη της σωματικής διάπλασης. Γενικότερα, προκαλούνται παρενέργειες όπως ο καταρράκτης, η μείωση της μυϊκής μάζας, η οστεοπόρωση, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης αλλά και του επιπέδου σακχάρου στο αίμα, όπως επίσης και διάφορες λοιμώξεις (www.gastroenterologicoiatreio.gr/enimerosi/plirofories-simvoules/29-elkodis-kolitisa-kai-noso-tou-crohn.html).

Το stress, το άγχος και τα ψυχολογικά προβλήματα ανήκουν στους παράγοντες που επηρεάζουν τις εξάρσεις και τις εκδηλώσεις της νόσου και χρήζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης. Απλές τεχνικές και δράσεις όπως βαθιές αναπνοές, στιγμές χαλάρωσης και διαλογισμού είναι μέσα και τρόποι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Ακόμα και η σωματική άσκηση μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή ψυχολογικών συμπτωμάτων και στην βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Η βιοανάδραση είναι επίσης μια τεχνική για τον έλεγχο του stress. Με την βοήθεια μιας μηχανικής ανάδρασης, ένας ασθενής μπορεί να μειώσει την ένταση των μυών του και να επιβάλει χαμηλό καρδιακό ρυθμό. Στη συνέχεια υπάρχει διδασκαλία ώστε ο ασθενής να μπορεί να επιφέρει τις αλλαγές αυτές μόνος του χωρίς την βοήθεια του μηχανήματος (<http://www.ckaralis.gr/gi/articles/leptoentero/136--crohn.html>).

Ασθενείς με ΙΦΝΕ πάσχουν και από άλλες ψυχιατρικές νόσους και συναισθήματα, όπως η αίσθηση ενοχής και η δυσαρέσκεια προς τον εαυτό του με μετέπειτα ενοχή για τον ίδιο. Οι διαταραχές της ασθένειας αρχίζουν όταν το άτομο δεν νιώθει ότι μπορεί να φέρει εις πέρας εργασίες που απαιτούν ευθύνη και συγκέντρωση. Παρά τις προσπάθειες ο ασθενής έχει χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και δουλεύει καταναγκαστικά (Χαρτοκόλλης,1991). Γι'αυτό τον λόγο η αντιμετώπιση ψυχολογικών νοσημάτων σε ένα χρόνια παθόντα ασθενή είναι ζωτικής σημασίας και χρήζει αντιμετώπισης από ειδικούς γιατρούς αλλά και την ψυχολογική βοήθεια από συγγενείς και φίλους.

5.4 Εναλλακτικές Θεραπείες

Εκτός από την προσπάθεια ανεύρεσης νέων φαρμάκων και ουσιών όπως τα κορτικοστεροειδή, στη μάχη για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων της νόσου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και εναλλακτικές μορφές θεραπείας, οι οποίες δεν περιγράφονται από την κλασική ιατρική. Εξαιτίας της επιρροής από τις παραδόσεις των χωρών, οι θεραπευτικές αυτές μέθοδοι ποικίλουν και διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους (Τριανταφυλλίδης,2012).

Ενδεικτικά, ορισμένες μόνο από τις αμέτρητες μορφές που περιλαμβάνονται στην εναλλακτική θεραπεία είναι:

1. Υπνοθεραπεία
2. Ψυχοθεραπεία
3. Βελονισμός
4. Ρεφλεξολογία
5. Ομοιοπαθητικά φάρμακα
6. Βοτανοθεραπεία

Αυτές αντιπροσωπεύουν ένα μικρό αλλά παρόλαυτα σημαντικό τμήμα των όσων θεραπευτικών ομάδων έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία, όμως περαιτέρω και πιο εμπειριστατωμένες μελέτες είναι απαραίτητες πάνω σε αυτό το θέμα (Κατσάνος, Τσιάνος,2014). Έρευνες, έχουν δείξει πως περίπου οι μισοί νοσούντες με ενεργό νόσο του Crohn στην Αμερική, χρησιμοποιούν κάποια μορφή εναλλακτικής θεραπείας. Σε άλλες χώρες όπως ο Καναδάς, το ποσοστό αυτό αγγίζει το 52%, ενώ στις Ευρωπαϊκές χώρες φαίνεται να είναι περίπου όσο και το ποσοστό της Γαλλίας, δηλαδή γύρω στο 21% (Τριανταφυλλίδης,2012).

Όλοι οι γιατροί που εφαρμόζουν εναλλακτικές θεραπείες, είναι υποχρεωμένοι να προσέχουν και να φέρουν ευθύνη απέναντι στις επιπλοκές που μπορεί να δημιουργηθούν, ειδικά όταν η νόσος βρίσκεται σε έξαρση ή ενεργή μορφή (Κατσάνος, Τσιάνος,2014).

Κεφάλαιο 6^ο

6.1 Χειρουργική Αντιμετώπιση στη Νόσο του Crohn

Εφόσον η συντηρητική φαρμακευτική αγωγή αποτύχει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην περίπτωση εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών, όπως στενώσεις και συρίγγια, τότε ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο. Η πρώτη και μεγαλύτερη ένδειξη είναι η εμφάνιση καρκίνου στο λεπτό ή στο παχύ έντερο. Για να ληφθεί η απόφαση για χειρουργική επέμβαση εκτός της συγκατάβασης του ασθενή, πρέπει να υπάρχει ολοκληρωμένη επιστημονική μελέτη και πρόγνωση των συνεπειών, απ' όλη την ιατρική ομάδα που καλύπτει τις ανάγκες του ασθενή (χειρουργός, γαστρεντερολόγος, ψυχίατρος, διατροφολόγος).

Περίπου το 80% των ασθενών οδηγείται σε χειρουργική επέμβαση η οποία διενεργείται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την καλύτερευση του επιπέδου ζωής του ασθενούς. Σπανίως επιφέρει ολική ίαση (Πούλου,2004, Κατσάνος & συν,2013). Στόχο αποτελούν οι όσο δυνατόν λιγότερες τομές κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, λόγω της αυξημένης πιθανότητας υποτροπής ανά έτος (15%) (Kumar,Clark,2007). Έρευνες έχουν δείξει πως το ένα τέταρτο με ένα πέμπτο των ασθενών στα πέντε πρώτα έτη και περίπου το ένα τρίτο στα πρώτα δέκα, είναι πολύ πιθανό να χρειαστεί να υποβληθούν ξανά σε χειρουργική επέμβαση (Πούλου,2004). Ενδείξεις για την τελική απόφαση να ακολουθηθεί χειρουργική θεραπεία είναι αρχικά η αποτυχία της συντηρητικής θεραπείας, οι επιπλοκές, όπως η αιμορραγία (Αδαμόπουλος,1997), αν και κάποιες από αυτές όπως η απόφραξη του εντερικού σωλήνα, τα αποστήματα και τα συρίγγια, δεν είναι συνηθισμένες (Πετρίδης Α., 2004), αλλά και η καθυστέρηση της ανάπτυξης των παιδιών (Kumar, Clark,2007). Σοβαρή ένδειξη είναι και η εμφάνιση περιπρωκτικής νόσου (Κήτης,2010), καθώς επίσης και η παρουσία καρκίνου στο λεπτό ή στο παχύ έντερο (Lichtestein,2009). Τέλος, ένδειξη είναι και η κεραυνοβόλος Crohn's κολίτιδα (Αδαμόπουλος,1997). Ακόμη όμως και μετά από τη χειρουργική αφαίρεση των νοσούντων τμημάτων του εντέρου λόγω ενεργής νόσου του Crohn, δεν υπάρχει κάποια ένδειξη ότι μπορεί να αναπτυχθεί η νόσος σε κάποιο άλλο σημείο του εντερικού σωλήνα.

6.2 Μορφές χειρουργικών επεμβάσεων

Το είδος της χειρουργικής αντιμετώπισης εξαρτάται από τον τύπο και την προσβολή της νόσου στο έντερο. Μια μορφή χειρουργικής αντιμετώπισης είναι η ολική πρωκτοκολεκτομή και τελική ειλεοστομία, η οποία αποτελεί την καιριότερη επέμβαση, ιδίως όταν ο ασθενής πάσχει από εκτεταμένη κολίτιδα έχοντας παράλληλα πρωκτικές βλάβες, με ανεπαρκή λειτουργία του σφιγκτήρα παρόλο που το ορθό δεν νοσεί. Χρησιμοποιείται επίσης σε ασθενείς που εντοπίζεται η νόσος τους μόνο στο κόλον με στοχευμένη εκτομή και με υψηλούς δείκτες επιτυχημένης θεραπείας (Lichtestein,2009).

Σε βαριές περιπρωτικές μορφές η επέμβαση γίνεται σε 2 χρόνους. Σε πρώτο χρόνο πραγματοποιείται κολεκτομή σε συνδυασμό με μόνιμη ειλεοστομία και σε δεύτερο χρόνο ακολουθεί η εκτομή του ορθού. Στα πλεονεκτήματα της επέμβασης λογίζεται η αποφυγή των επιπλοκών του περινεϊκού τραύματος καθώς επίσης και της σήψης του πρωκτού. Στα μειονεκτήματα της είναι η καθυστέρηση της επούλωσης του περινεϊκού τραύματος όπως επίσης και η πιθανότητα υποτροπής της νόσου στο λεπτό έντερο (Λεκάκος & συν,2009). Η τμηματική κολεκτομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση εντοπισμένων επιπλοκών, παρόλη την αδυναμία εφαρμογής της σε υπάρχουσα περιπρωτική ή σοβαρή ορθική νόσο αλλά και το υψηλό ποσοστό της πιθανής μετεγχειρητικής υποτροπής. Στο τέλος της επέμβασης, γίνεται επανένωση των υγιών τμημάτων του εντέρου (Lumley,2010), αποφεύγοντας έτσι την ειλεοστομία, η οποία μπορεί να προκαλέσει α) αφυδάτωση β) στειρότητα στο ανδρικό φύλο γ) μηχανικά προβλήματα δ) ψυχοσεξουαλικά προβλήματα και ε) υποτροπή της νόσου του Crohn. Έτσι επιτυγχάνεται η καλύτερη λειτουργία του εντέρου συγκριτικά με την εκτεταμένη εκτομή (Λεκάκος & συν,2009).

Άλλα είδη χειρουργικών επεμβάσεων είναι α) η τοποθέτηση ειλεοστομίας β) η υφολική κολεκτομή γ) η πλάτυνση στενώσεων του εντέρου και δ) η λαπαροσκοπική κολεκτομή, η οποία μέθοδος έχει αποδειχθεί πως είναι πολύ χρήσιμη για κάποιους ασθενείς καθώς προσφέρει, γρηγορότερη αποθεραπεία του μετεγχειρητικού ειλεού, με λιγότερες επιπλοκές σε σχέση με τα συμβατικά χειρουργεία καθώς και λιγότερη φαρμακευτική αγωγή (Lichtestein,2009).

6.3 Μετεγχειρητική πορεία

Όπως το είδος της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από τον τύπο και την προσβολή της νόσου στον εντερικό σωλήνα, έτσι και η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς, κρίνεται από ορισμένες παραμέτρους. Ανάλογα με τις παραμέτρους αυτές, τα ποσοστά των μετεγχειρητικών επιπλοκών, διαφέρουν. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται όταν λογίζεται με βάση ιστολογικά ευρήματα και μειώνεται όταν λογίζεται με βάση τον αριθμό των χειρουργικών τομών (Κατσάνος & συν,2013). Χειρουργικές τεχνικές πάντως που αφορούν την μείωση του ρίσκου της μετεγχειρητικής πορείας δεν έχουν αποδειχθεί μέσω των ερευνών. Η προεγχειρητική χρήση φαρμάκων που χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην θεραπευτική πορεία του ασθενή δεν φαίνεται να προκαλούν μετεγχειρητικές φλεγμονώδεις αντιδράσεις όπως πχ η αζαθειοπρίνη και το Infliximab, σε πλήρη αντίθεση με τα κορτικοστεροειδή (Lichtestein,2009).

Όσον αφορά τα ποσοστά υποτροπής έπειτα από κολεκτομή, μετά το πέρας του πρώτου έτους υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων σε ποσοστό 73% έως 93% και στην επόμενη τριετία το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί και θα αγγίξει από το 85% μέχρι και το 100% (Λεκάκος & συν,2009).

Έπειτα από πρωκτοκολεκτομή, τα ποσοστά φαίνεται να διαφέρουν συγκριτικά με τα προαναφερθέντα. Καλή μετεγχειρητική πορεία έχουμε στο 60-80% των περιπτώσεων, και φαίνεται πως περίπου το 30% των ασθενών καταφέρνει να ιαθεί πλήρως έπειτα από τέσσερις έως έξι μήνες μετά την επέμβαση. Τέλος μόνο το 10% παρουσιάζει μακροχρόνια μετεγχειρητικά προβλήματα, όπως δερματική νόσο του Crohn η οποία και επιμένει, αλλά και συρίγγια που εμφανίζονται στο περίνεο (Πούλου,2004).

Για την εμφάνιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως η ουρολιθίαση (Μπάλας,2004), ευθύνονται και άλλοι παράγοντες εκτός από το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

- ☉ Κάπνισμα.
- ☉ Περιπρωκτική νόσος του Crohn.
- ☉ Προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση στο γαστρεντερικό σωλήνα.
- ☉ Εκτεταμένη εκτομή του λεπτού εντέρου.

© Διατιτραίνουσα συμπεριφορά της νόσου (Κατσάνος & συν,2013).

Ο κυριότερος από τους προαναφερθέντες παράγοντες είναι το κάπνισμα, διότι αποτελεί τον πιο αποσταθεροποιητικό παράγοντα στην αποθεραπεία μετεγχειρητικά (Lichtestein,2009).

Στην προσπάθεια για την έγκαιρη αλλά και έγκυρη διάγνωση καθώς και την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών, σημαντικό ρόλο παίζει η ειλεο-κολονοσκόπηση εντός του πρώτου εξαμήνου μετά τη χειρουργική επέμβαση. Στην ημικολεκτομή χρησιμοποιείται ο ενδοσκοπικός δείκτης Rutgeerts' score, όπως επίσης και απεικονιστικές μέθοδοι (U/S, CTE, MRE). Από φαρμακευτικής πλευράς, στους ασθενείς που έχουν υποστεί εκτομή τελικού ειλεού, χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά για την πρόληψη της ενδοσκοπικής και κλινικής υποτροπής. Η συνηθέστερη και αποτελεσματικότερη αγωγή στους ασθενείς αυτούς είναι ο συνδυασμός μετρονιδαζόλης σε ποσότητα 20mg/kg την ημέρα για 12 εβδομάδες μαζί με αζαθειοπρίνη (Κατσάνος & συν,2013). Μία σπάνια μορφή ενός «καταστροφέα-κυττάρου» έχει συνδεθεί προσφάτως με τη θεραπεία αζαθειοπρίνης ή με το συνδυασμό με Infliximab. Έχει αποδειχθεί επίσης ότι με εβδομαδιαία χρήση μεθοτρεξάτης στα 15g προκαλούνται σχετικές επιπλοκές, ωστόσο δεν έχει βρεθεί ακόμα η ιδανική δόση που θα πρέπει να χορηγείται. Αντίθετα, συγκεκριμένες δόσεις Infliximab έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη συντήρηση της ύφεσης και στην έξαρση, αλλά και σε ύφεση της νόσου. Η θεραπεία συντήρησης που προγραμματίζεται κάθε 8 εβδομάδες, είναι πιο αποτελεσματική από τη σποραδική δόση και έχει συσχετιστεί με την εξυγίανση των μυών, μία σταθερά στη νόσο του Crohn όσον αφορά την καλύτερευση τόσο της φαρμακοοικονομίας, όσο και της ζωής του ασθενούς (Lichtestein,2009). Τέλος, όταν παρατηρούνται αποφράξεις επί ειλεο-κολικής αναστόμωσης, γίνεται εφαρμογή ενδοσκοπικών διαστολών με τη χρήση μπαλονιού με σκοπό την αποφυγή μίας καινούργιας χειρουργικής επέμβασης (Κατσάνος & συν,2013).

Κεφάλαιο 7^ο

7.1 Ο ρόλος της διατροφής στη θεραπεία

Εκτός της φαρμακευτικής αγωγής, σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και στη διατήρηση ύφεσης της νόσου παίζει και η διατροφή. Καμία μορφή δίαιτας ή κανένα είδος διατροφής δε μπορεί να επιφέρει αλλαγές στη φλεγμονή του εντέρου. Ωστόσο, τα συμπτώματα που προέρχονται από την επιλογή της διατροφής ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Σε γενικές γραμμές, μία διατροφή πλούσια σε θρεπτικά συστατικά μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο σε καταστάσεις όπως ο υποσιτισμός ή η υπερβολική μείωση του βάρους και της μάζας του ατόμου (<http://ygeiakaieuexia.blogspot.gr/2011/06/crohn.html>).

Αναλόγως με το ποιο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα έχει προσβληθεί από τη νόσο, διαφέρει και το είδος της διατροφικής υποστήριξης. Σε αποφρακτική μορφή της νόσου, συνιστάται διατροφή χαμηλού υπολείμματος. Η χορήγησή της σε συνδυασμό με τη χορήγηση χαμηλού λινολεϊκού οξέος ως μοναδική πηγή για 28 ημέρες, καθιστά την υποστροφή της νόσου παρόμοια με αυτή που προκαλούν τα στεροειδή. Αντίθετα εάν η προσβολή αφορά το παχύ έντερο, η δίαιτα του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει πολλές φυτικές ίνες, ωστόσο πολύ συχνά παρατηρούνται υποτροπές. Ασθενείς που είναι συνήθως νοσηλεύόμενοι αλλά και περιπατητικοί και νοσούν σε μεγάλο τμήμα του λεπτού εντέρου, έχουν σημάδια υποσιτισμού. Τα αίτια είναι η ανεπαρκής λήψη ιχνοστοιχείων και οι τροφικές ευαισθησίες, οι οποίες προκαλούν εμετούς και μπορεί να προέλθουν από επιπλοκές όπως τα συρίγγια. Ρόλο στην διαταραχή του υποσιτισμού μπορούν να παίξουν επίσης η ελάττωση της επιφάνειας απορρόφησης, η παρουσία βακτηρίων στο λεπτό έντερο παραπάνω από το συνηθισμένο, παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί ο ασθενής καθώς και αυξημένες ενεργειακές ανάγκες από εγχειρήσεις ή άλλα συμπτώματα (Biesalski, Grimm,2008). Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή στη διατροφή του ασθενούς δίνεται όταν βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις λαμβάνει ειδικές στοιχειακές δίαιτες, ή ακόμη και παρεντερικές ούτως ώστε να επανέλθει το έντερο σε μία πιο φυσιολογική κατάσταση μέχρι την ύφεσή του, αλλά και να ενισχυθεί η επούλωση του (<http://www.ccfa.org/resources/diet-and-nutrition.html>). Παρεντερική διατροφή συνιστάται επίσης σε σοβαρές καταστάσεις με συρίγγια (Moore,2007).

Σε χρόνια μορφή νόσου ακολουθείται δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά με σκοπό την ελάττωση της στεατόρροιας, η οποία συνήθως εμφανίζεται όταν έχει προσβληθεί ο ειλεός. 1,5-2 g/kg ημερησίως σε πρωτεΐνες είναι η ποσότητα που συνίσταται για την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών και τον επανασχηματισμό του εντέρου. Σε περιπτώσεις που στο έντερο παρατηρείται στένωση πρέπει να υπάρχει περιορισμός στην λήψη φυτικών ινών όπως ωμά φρούτα και λαχανικά, εκτός και αν είναι καλά βρασμένα, με τις μπανάνες, το αβοκάντο και τα ολόκληρα σπόρια, να εξαιρούνται, αφού ελαχιστοποιούν την πιθανότητα απόφραξης (Moore,2007). Η επιτυχία των ειδικών αυτών διατροφών, δε σχετίζεται με τη διατροφική κατάσταση του ασθενούς (Κυβέλλος,2000, Kumar,Clark,2007). Σημαντικό για τον ασθενή είναι και η διατήρηση ενός ημερολογίου διατροφής που θα τον βοηθάει να καταλάβει ποιές διατροφικές του συνήθειες μπορεί να αντέξει ο οργανισμός του χωρίς να εμφανίζει συμπτώματα.

Όπως αναφέρθηκε, οι δίαιτες και οι διατροφές που ακολουθούνται δεν μπορούν να επιφέρουν αλλαγές στην φλεγμονή του εντέρου. Κατά συνέπεια δεν είναι δυνατόν να προκαλέσουν νόσο, αλλά σύμφωνα και με το ίδρυμα Crohn Αμερικής, γενικοί κανόνες και μορφές δίαιτας-διατροφής τηρούνται σε ασθενείς με νόσο του Crohn με σκοπό να μην επιφέρουν συμπτώματα. Η διαφορά επιπτώσεων όμως σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες αποτελεί απόδειξη ότι μια διατροφή πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και σάκχαρα αλλά φτωχή σε ίνες αποτελεί παράγοντα (Moore,2007). Μία διατροφή πλούσια σε θρεπτικά συστατικά λοιπόν, είναι αυτή που κατά κανόνα ακολουθείται. Τρόφιμα που προκαλούν συμπτώματα στον ασθενή και πρέπει να αποφεύγονται είναι τα γαλακτοκομικά, το αλκοόλ, τα καφεϊνούχα ποτά, τα πλούσια σε λιπαρά ή φυτικές ίνες (λαχανικά) και τα πικάντικα σε γεύση. Η συμπτωματολογία που προκαλείται από τις φυτικές ίνες μπορεί να λυθεί με πολύ καλό μαγείρεμα, δηλαδή βράσιμο σε ατμό. Επίσης χαμηλής περιεκτικότητας στη λακτόζη γάλα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αντιμετώπιση στο πρόβλημα της δυσανεξίας στην λακτόζη, η οποία παρατηρείται συχνά. (<http://www.ccfa.org/resources/diet-and-nutrition.html>) Έχει παρατηρηθεί ωστόσο πως κάποιοι ασθενείς μπορούν πάρα την δυσανεξία που παρουσιάζουν, να καταναλώνουν βούτυρο γάλακτος, σκληρά τυριά και γιαούρτι (Moore,2007).

Θρεπτικός	Καλύτερες πηγές
Πρωτεΐνη	Πλήρεις πρωτεΐνες: κρέας, πουλερικά, ψάρια, οστρακοειδή, προϊόντα σόγιας, αυγά και τα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά γαλακτοκομικά τρόφιμα Ελλιπής πρωτεΐνη: όσπρια, δημητριακά, ξηροί καρποί, σπόροι και λαχανικά
Bone-Friendly Λίπη	Τα λιπαρά ψάρια, τα καρύδια και το λινέλαιο (όλα πλούσια σε ωμέγα-3 λιπαρά οξέα), τα καρύδια και τα βούτυρα καρυδιών
Ασβέστιο -Γάλα	Σκούρα πράσινα φυλλώδη λαχανικά (όπως το κατσαρό λάχανο, χόρτα μουστάρδα, και ρόκα), καθώς και τροφές εμπλουτισμένες με ασβέστιο και ποτά
Η βιταμίνη D	Γάλα, κρόκος αυγού, συκώτι, εμπλουτισμένα δημητριακά
Βιταμίνη K	Λαχανίδες, σπανάκι, μπρόκολο, λαχανάκια Βρυξελλών, λάχανο και φυτικά έλαια

Πίνακας 2. Πίνακας προτεινόμενης διατροφής
(<http://www.ccfa.org/resources/eating-the-right-foods.html>)

Πρόβλημα μπορεί να επιφέρει και η λήψη δισκίων μεγάλου μεγέθους τα οποία δεν μπορούν να καταποθούν εύκολα, με αποτέλεσμα την ενσήωση τους στον εντερικό σωλήνα λόγω της μη διάλυσης τους, όταν στον εντερικό σωλήνα υπάρχει στένωση (Κήτης,2010). Μπορεί να παρατηρηθεί έλλειψη βιταμινών όπως της D, της K και της B12. Η βιταμίνη K είναι πολύ σημαντική στον μεταβολισμό των οστών, καθώς συνεργάζεται με τις πρωτεΐνες για την σύσταση τους. Τα σκούρα πράσινα λαχανικά είναι η κύρια μορφή πρόσληψης της (<http://www.ccfa.org/resources/eating-the-right-foods.html>). Η B12 επειδή απορροφάται στον κατώτερο ειλεό, συναντάται η έλλειψη της περισσότερο σε ασθενείς που έχουν προσβληθεί από την νόσο στο τμήμα του ειλεού (<http://www.ccfa.org/resources/diet-and-nutrition-1.html>).

Συχνά ακολουθείται διατροφική υποστήριξη. Χορηγείται παρεντερική διατροφή μέσα από κεντρική φλεβική γραμμή ή ενός ειδικού σωλήνα στο θώρακα (port), ωστόσο οι επιπλοκές είναι περισσότερες από αυτές της εντερικής οδού. Η εντερική σίτιση χορηγείται σε υγρή μορφή, συνήθως την νύχτα ώστε το πρωί ο ασθενής να μπορεί να το αφαιρεί και να κάνει τις δουλειές του κανονικά, μέσω ρινογαστρικού σωλήνα. Εντερική διατροφή μπορεί να δοθεί και μέσω ενός σωλήνα (G-σωλήνα) που παροχετεύει τα υγρά κατευθείαν στο στομάχι καθ' όλη την διάρκεια της νύχτας, αν και μπορεί να γίνει και σε διαστήματα κατά τη διάρκειας της ημέρας (Καραβιδόγλου, 2013).

7.2 Βιταμίνη D

Η σχέση της έλλειψης της βιταμίνης D με την νόσο του Crohn είναι πλέον καλά τεκμηριωμένη. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι οι ασθενείς με νόσο του Crohn έχουν μειωμένα επίπεδα βιταμίνης D σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό, με πιθανά αίτια, την όχι αρκετή πρόσληψη από τροφή και συμπληρώματα καθώς και την μειωμένη σύνθεση της στο δέρμα. Πιο συγκεκριμένα στην νόσο του Crohn, η δυσαπορρόφηση οφείλεται στην φλεγμονή του εντέρου (<http://nutrilabs.gr/nosos-chron-vitamini-d/>).

Σε έλλειψη της βιταμίνης D ο οργανισμός δεν προσλαμβάνει ασβέστιο, γι' αυτό πρέπει να καλυφθεί η έλλειψη του, ενεργά μέσω πρόσληψης τροφής και παθητικά με έκθεση αρκετή ώρα (15 λεπτά) στον ήλιο (<http://www.ccfa.org/resources/eating-the-right-foods.html>). Επίσης μπορούν να χορηγηθούν συμπληρώματα βιταμίνης D που είναι χρήσιμα και για την αντιμετώπιση επιπλοκών, όπως αυτή της οστεοπόρωσης. Η χορήγηση της πρέπει να μειώνει τα συμπτώματα του ανοσοποιητικού. Για να χορηγηθεί όμως η βιταμίνη σε μορφή συμπληρώματος ή όχι, πρέπει πρώτα ειδικός κλινικός διατροφολόγος να κάνει τις απαραίτητες μετρήσεις της βιταμίνης σε ενεργή μορφή νόσου. Ο προσδιορισμός των επιπέδων της, βοηθάει την ασφαλή αξιολόγηση της έλλειψης και οδηγεί σε προσαρμογή της θεραπείας στις πραγματικές ανάγκες του κάθε ασθενούς (<http://nutrilabs.gr/nosos-chron-vitamini-d/>).

Οι ανάγκες ενός υγιούς ατόμου σε βιταμίνη ημερησίως είναι 40 international units (IU) (1mg) για νεαρά σε ηλικία άτομα. Στους ενήλικες αλλά και στις εγκύους οι ανάγκες αυξάνονται. Συγκεκριμένα σε μονάδες οι τροφές που δίνουν τις περισσότερες μονάδες είναι: 1) τα ηπατέλαια

(7000-5000 IU/g) 2) ο κρόκος αυγού (1.5-5 IU/g) και το λάδι της μουρούνας (60-300 IU/g). Σε ενεργή μορφή της νόσου η προτεινόμενη διαιτητική κάλυψη των αναγκών είναι στις 800 IU ημερησίως, ειδικά σε περιοχές που δεν είναι ιδιαίτερα ηλιόλουστες. Προληπτική θεραπεία, γενικά για την έλλειψη βιταμίνης D, θεωρείται και η λήψη 400 IU ημερησίως και η χρήση λάμπας quartz. Προβλήματα τοξικότητας αρχίζουν να παρατηρούνται μετά την δόση των 1.000-3.000 IU ημερησίως για μεγάλο χρονικό διάστημα (Πλέσσας,2010).

Κεφάλαιο 8^ο

8.1 Πρόγνωση

Το κυριότερο χαρακτηριστικό της νόσου του Crohn, είναι η χρονιότητά της συνδυαστικά με την άγνωστη αιτιολογία της. Αυτό το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό καθιστά έντονη την ανάγκη προσοχής των πασχόντων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν θετικά την εξέλιξη της πορείας της νόσου και αυτοί είναι η απουσία χορήγησης κορτικοστεροειδών στον ασθενή παλαιότερα, η απουσία περιοριστικών βλαβών, αλλά και το να εντοπιστεί η νόσος στο λεπτό έντερο. Μπορεί τα συμπτώματα της νόσου να επηρεάζουν αρκετά συχνά τις εκφάνσεις της ζωής του ασθενούς, παρόλα αυτά σε γενικές γραμμές οι άνθρωποι αυτοί είναι ικανοί να ζήσουν μία απολύτως φυσιολογική ζωή. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει να γνωρίζουν τα όρια και τις αντοχές του οργανισμού τους, ούτως ώστε να μην τα ξεπερνούν. Σημαντικός σε αυτή την ομαλή πορεία της ζωής τους είναι και ο ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής. Στην περίπτωση που δε χορηγηθούν σωστά οι δόσεις των φαρμάκων, υπάρχει πιθανότητα να προκληθούν μεγαλύτερες ζημιές στον ασθενή ακόμη και από την ίδια τη νόσο (Καββάλος & συν,2004).

Σημαντικό ρόλο στην ζωή των ενηλίκων παίζει η σεξουαλική τους ζωή, καθώς και η δυνατότητα γονιμοποίησης. Στους άνδρες, η γονιμότητα δεν επηρεάζεται από τη νόσο. Υπάρχει περίπτωση να παρουσιαστεί μείωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων τους εάν τους χορηγείται σουλφασαλαζίνη ή παράγωγό της, όμως αυτό μπορεί να διορθωθεί με τη διακοπή του φαρμάκου. Όσον αφορά τις γυναίκες, σημαντική είναι και η πορεία της εγκυμοσύνης εάν αποφασίσουν να κυοφορήσουν έχοντας εμφανίσει ήδη τη νόσο. Μπορεί να μην παρουσιάζουν προβλήματα γονιμότητας όπως οι άνδρες λόγω ενεργής νόσου, όμως υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αποβολής. Για το λόγο αυτό, προτιμάται η σύλληψη να γίνεται όταν η νόσος παρουσιάζει ύφεση. Τα φάρμακα όπως η σουλφασαλαζίνη, η κορτιζόνη και τα παράγωγά τους φαίνεται ότι δεν προκαλούν βλάβες όπως τερατογεννέσεις στο έμβρυο και έτσι η γυναίκα συνεχίζει κανονικά την αγωγή που της έχει δοθεί. Σε λήψη άλλων φαρμακευτικών ουσιών εκτός των προαναφερθέντων, η ασθενής θα πρέπει να συμβουλευτεί το θεράποντα ιατρό της (Λαδάς,2013).

Τέλος πρέπει να επισημανθεί, πως εκτός από την παροχή συμβουλών και θεραπειών από τους θεράποντες ιατρούς, ο ασθενής κατά την διάρκεια της νόσου και όχι μόνο, μπορεί να επισκεφθεί για εκπαίδευση και πληροφορίες διάφορα κοινωφελή ιδρύματα που αφορούν τις ΙΦΝΕ. Με αυτό τον τρόπο, πέρα από τις γνώσεις, αντιμετωπίζει και τις ψυχολογικές δυσκολίες που προκύπτουν γνωρίζοντας άτομα που έχουν τους ίδιους προβληματισμούς και ανάγκες με εκείνον, βοηθώντας τα να έχουν μία ομαλή ζωή.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



Κεφάλαιο 9^ο

9.1 Νοσηλευτική Φροντίδα

Η νόσος του Crohn, είναι μία από τις δύο ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντερικού σωλήνα, η οποία προσβάλλει περισσότερα από τρία εκατομμύρια άτομα στην Ευρώπη κυρίως σε νεαρές ηλικίες. Είναι άγνωστης αιτιολογίας, όμως φαίνεται να επηρεάζεται από παράγοντες εξωγενείς, όπως περιβαλλοντικούς και βακτηριακούς, αλλά και ενδογενείς, όπως ανοσολογικούς σε άτομα τα οποία είναι γενετικά πιο ευαίσθητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την «επίθεση» του ανοσοποιητικού συστήματος του ίδιου ατόμου, στο γαστρεντερικό του σωλήνα.

Διακρίνεται σε διάφορες μορφές, ανάλογα με το τμήμα του εντέρου το οποίο προσβάλλεται. Η προσβολή, συνήθως ξεκινά από ένα τμήμα του εντέρου το οποίο δυνητικά είναι αρκετά πιθανό να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση έτσι ώστε να αφαιρεθεί. Πολύ πιθανό επιπροσθέτως, είναι η νόσος να εξαπλωθεί και σε άλλα εντερικά τμήματα εκτός από το αρχικό, ακόμη και να καταλάβει όλο τον εντερικό σωλήνα δημιουργώντας αλλοιώσεις στο βλεννογόνο. Η δημιουργία συριγγίων ή και αποστημάτων είναι μια πολύ συχνή επιπλοκή της νόσου.

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται κυρίως σε περιόδους έξαρσης, σε προχωρημένο στάδιο της νόσου κρίνεται επιτακτική η χειρουργική επέμβαση. Η πλήρης αντιμετώπισή της είναι αδύνατη, καθ'ότι όπως αναφέρθηκε είναι μία χρόνια νόσος (Benevento et al,2010)

9.2 Επίκεντρο νοσηλευτικού σχεδιασμού

Η νόσος του Crohn, λόγω της δυσκολίας αναγνώρισης των συμπτωμάτων και της χρονιότητάς της, χρήζει πλήρους συνεργασίας του ασθενούς με τους θεράποντες ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Σκοπός της συνεργασίας αυτής, είναι η δημιουργία ενός σχεδίου φροντίδας, με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου. Η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί το σχέδιο φροντίδας. Η προαγωγή της υγείας του ανθρώπου καθώς και η ταχύτερη δυνατή ανάρρωση του αποτελούν σκοπούς της νοσηλευτικής επιστήμης. Στον ασθενή που πάσχει από

τη νόσο του Crohn οι σκοποί αυτοί στοχεύουν στην :καταγραφή των ζωτικών σημείων, του ισοζυγίου υγρών, στην παροχή βέλτιστης διατροφής, στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και στην προετοιμασία του ασθενούς για πιθανή χειρουργική επέμβαση αν χρειαστεί (<http://nursingapproachcrohnsdisease.blogspot.gr>).

9.3 Προβλήματα ασθενούς

- ☉ Κακή κυκλοφορία οξυγόνου όπου μπορεί να προκαλέσει αναιμία και πόνο.
- ☉ Θρεπτικό ανισοζύγιο λόγω της κακής απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών από το έντερο.
- ☉ Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο εξ' αιτίας των διαρροιών.
- ☉ Ενεργειακό ανισοζύγιο που προκαλείται από τον πυρετό.
- ☉ Δυσφορία που προκαλείται από τον πόνο, την κακουχία και την αδυναμία.
- ☉ Περιορισμός δραστηριοτήτων λόγω της απώλειας βάρους και του πόνου.
- ☉ Προβλήματα χρονιότητας της νόσου και ίσως προσωπικότητας του ατόμου.
- ☉ Ψυχολογικά προβλήματα λόγω της τοποθέτησης στομίας.
- ☉ Στέρηση ύπνου εξ' αιτίας της ανησυχίας που προκαλείται από τη μη κατανόηση των προβλημάτων και των θεραπευτικών επιλογών.
- ☉ Ερυθρότητα και διαταραχές του δέρματος στο σημείο τοποθέτησης της στομίας.
(Doenges et al, 2010)

9.4 Εκτίμηση του ασθενούς κατά συστήματα

Μυοσκελετικό

- Αρθραλγίες
- Οστεοπενία
- Οστεοπόρωση
- Αρθρίτιδες
- Αξονική αρθροπάθεια
- Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα
- Κοιλιακές μυϊκές κράμπες

Δέρμα

- Στοματίτιδα
- Σύνδρομο Sweet

- Οζώδες ερύθημα
- Γαγγραινώδες πυόδερμα
- Αφθώδη έλκη
- Ερεθισμοί, μώλωπες και εξανθήματα στο σημείο της στομίας
- Πυρετός

Καρδιαγγειακό

- Κατά φύση λειτουργία

Αιμοποιητικό

- Μετεγχειρική αιμοραγία
- Αναιμία

Νευρικό

- Ευερεθιστότητα
- Γενικευμένη κακουχία

Οφθαλμολογικό

- Επισκληρίτιδα
 - Ιρίτιδα
- (Kumar,Clark,2007, Φερτάκης,2010)

9.5 Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς, είναι:

1. Άμεσοι

- α) Ανακούφιση και απαλλαγή συμπτωμάτων
- β) Αποφυγή πιθανών τραυματισμών
- γ) Διόρθωση ανισοζυγίων
- δ) Αποφυγή μετεγχειρτικών επιπλοκών
- ε) Διατήρηση θρέψης
- στ) Αντιμετώπιση φλεγμονής

2. Μακροπρόθεσμοι

α) Αποφυγή υποτροπών

β) Παροχή κατάλληλης διατροφής

γ) Διαχείριση άγχους

δ) Μείωση του άγχους που επιτυγχάνεται με την ενημέρωση του ασθενούς, τη χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, τους τρόπου αποφυγής έξαρσης των συμπτωμάτων και παρακολούθηση (<http://nursingapproachcrohnsdisease.blogspot.gr>).

9.6 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

9.6.1 Λοίμωξη

Η λοίμωξη σε ασθενή με νόσο του Crohn, μπορεί να παρουσιαστεί από κάποιου είδους φλεγμονή από πιθανές επιπλοκές όπως περιπρωκτικό συρίγγιο ή απόστημα ή από ενδονοσοκομιακή λοίμωξη λόγω παρατεταμένης νοσηλείας. Αιτιολογικός παράγοντας είναι επίσης η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενούς λόγω της κακής διατροφής του. Η συνεχής πυρεξία επί ημέρες και χαμηλά λευκά αιμοσφαίρια στις εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς αποτελούν δύο σχετικά ασφαλή κριτήρια που υποδεικνύουν την ύπαρξη λοίμωξης.

Η γενική αίματος, οι τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων αλλά και η καταγραφή της θερμοκρασίας του ασθενούς ανά τρεις ώρες θα πρέπει να παρακολουθούνται και να καταγράφονται. Η χορήγηση των αντιβιοτικών και η εκτίμηση της δράσης τους, είναι απαραίτητες για την πρόληψη και τη θεραπεία της λοίμωξης. Τέλος καθίσταται απαραίτητο να λαμβάνονται όλες οι προφυλάξεις υγιεινής (καλό πλύσιμο των χεριών, χρήση γαντιών), λόγω της υπάρχουσας ανοσοκαταστολής από την παρατεταμένη θεραπεία με στεροειδή, η οποία και αυξάνει τον κίνδυνο προκλήσεως λοιμώξεως (DeWit,2009).

9.6.2 Πόνος

Ο οξύς πόνος στη νόσο του Crohn, μπορεί να παρουσιάζεται λόγω παρατεταμένης διάρροιας, περιπρωκτικής εκδοράς, συριγγίων και ραγάδων, αλλά και λόγω ερεθισμού του δέρματος και των ιστών του ασθενούς. Αναγνωρίζεται κυρίως από το προσωπείο πόνου που εμφανίζεται στο

πρόσωπο του πάσχοντα, την προστασία των σημείων που πονά, το κοιλιακό άλγος αλλά και την περίεργη συμπεριφορά.

Ο νοσηλευτής οφείλει να προτρέπει τον ασθενή να αναφέρει τον πόνο, καθώς μόνο έτσι ο ασθενής μπορεί να μπει σε διαδικασία διαχείρισης πόνου αντί να ζητήσει αναλγητικά απευθείας. Ακόμη πρέπει να αξιολογεί τον πόνο (θέση, διάρκεια, ένταση), να παρακολουθεί και να αναφέρει αλλαγές στα χαρακτηριστικά του, να καταγράφει τις μη λεκτικές νύξεις (κοιλιακή φύλαξη, νευρικότητα, απροθυμία κίνησης, κατάθλιψη) και γενικά να ερευνά τόσο τις λεκτικές όσο και τις μη λεκτικές αντιδράσεις. Ο λόγος για τα παραπάνω είναι πως ο κολικός διαλείπων πόνος, η εξάπλωση της νόσου ή πιθανές επιπλοκές είναι δυνατόν να εντοπισθούν από τις αλλαγές στον πόνο. Οι λεκτικές σε συνδυασμό με τις μη λεκτικές νύξεις, καθορίζουν την έκταση και τη σοβαρότητα του πόνου.

Ο ασθενής πρέπει να τοποθετείται στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για την χαλάρωση των μυών ώστε να ανακουφισθεί από τον πόνο. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η ένταση στην κοιλιακή χώρα και προωθείται η ανάπτυξη ελέγχου. Η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες συντελούν στην ανακούφιση από τον πόνο (LeMone, Burke, 2004).

9.6.3 Άγχος

Πιθανά να σχετίζεται με κάποια διέγερση που προκαλείται στο συμπαθητικό σύστημα μέσω μιας φλεγμονής, με το φόβο για την αλλαγή της τρέχουσας κατάστασης της υγείας του, αλλά και με την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση και το ρόλο του πλέον στην κοινωνία. Ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένη ένταση, είναι εμφανώς πιο ανήσυχος και αγωνιά εκφράζοντας τις σκέψεις του σχετικά με τις αλλαγές που πρόκειται να βιώσει, έχει σωματικές ενοχλήσεις και επικεντρώνεται κυρίως στον εαυτό του.

Είναι αναγκαίο να παρατηρεί ο νοσηλευτής τα σημεία συμπεριφοράς του ασθενούς, δηλαδή την απουσία οπτικής επαφής, την ανησυχία, την πιθανή επιθετική συμπεριφορά, τη συγκατάβαση στη θεραπεία. Πρέπει να παρατηρεί την γενικότερη κατάστασή του αλλά και να εκτελεί τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις. Τα παραπάνω είναι απαραίτητα καθώς υπάρχει πιθανότητα ο ασθενής να αναπτύξει άγχος λόγω των σωματικών συμπτωμάτων ή της αντίδρασης ατόμων που

τον περιτριγυρίζουν. Είναι επιτακτική ανάγκη να κατανοήσει ο ίδιος ο ασθενής τις θεραπευτικές επιλογές και τις μεθόδους, διότι από μόνη της η κατανόηση αυτή θα επιταχύνει την καταστολή του άγχους του. Αδήριτη είναι και η ανάγκη παροχής βολικού περιβάλλοντος και γενικά μέτρων άνεσης, ώστε να προωθείται η χαλάρωση με τελικό στόχο τη μείωση του άγχους.

Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται επίσης να υιοθετεί λεκτικές συμπεριφορές και δραστηριότητες τις οποίες ανέπτυξε στο παρελθόν, ώστε να ενισχεται η ψυχολογία και αυτοέλεγχός του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προτρέπει τον ασθενή να εκφράζει και τα συναισθήματά του, αφού με τον τρόπο αυτό δημιουργείται μια δυνατή θεραπευτική σχέση και ο εντοπισμός των προβλημάτων διευκολύνεται. Επιπλέον τον βοηθάει στην εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του άγχους και μηχανισμών αντιμετώπισης του στρες. Η αποδοχή και χρήση των τεχνικών αυτών από τον ασθενή βοηθά στην καλύτερη αντιμετώπιση του στρες και βελτιώνει τον αυτοέλεγχό του. Είναι σαφές πως η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, κατόπιν εντολής των θεραπόντων ιατρών (π.χ φαινοβαρβιτάλη, βαρβιτουρικά, διαζεπάμη και αλπραζολάμη), αποτελεί απαραίτητο καθήκον του νοσηλευτή. Η αγωγή θα επιφέρει στον ασθενή την επιθυμητή ηρεμία και θα προωθήσει την ανάπαυσή του, συμβάλλοντας στη μείωση του άγχους. Η υποστήριξη του ασθενούς από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν στην κατανόηση και αποδοχή της νόσου (Doenges et al,2010).

9.6.4 Διάρροια

Οφείλεται σε ερεθισμό, φλεγμονή, παρουσία τοξινών στο έντερο ή δυσαπορρόφηση, αλλά και σε τμηματικής στένωση του αυλού λόγω της νόσου. Αρχικά υπάρχουν έντονοι εντερικοί ήχοι και περισταλτισμός. Στην οξεία φάση, υπάρχει αλλαγή στο χρώμα αλλά και την υφή των κοπράνων (πιο υδαρή απ'ότι συνήθως) και εμφανίζεται κοιλιακό άλγος και κράμπες.

Ο νοσηλευτής πρέπει να παρατηρεί και να καταγράφει τις κενώσεις(συχνότητα, ποσότητα, χρώμα, και παράγοντες που προκαλούν τις κενώσεις), διότι με τον τρόπο αυτό γίνεται ο διαχωρισμός από άλλες πιθανές ασθένειες αλλά και η αξιολόγηση της σοβαρότητας του επεισοδίου. Η αποφυγή λήψης τροφών που επιτείνουν τις διάρροιες θα πρέπει να αποφεύγονται προκειμένου να προωθείται η ανάπτυξη του εντέρου και να αποφεύγεται ο ερεθισμός του. Συνιστάται δίαιτα με χαμηλό υπόλειμμα σε ασθενείς με διαρροϊκές κενώσεις.

Παρατηρείται ο ασθενής για εμφάνιση συμπτωμάτων όπως λήθαργος, κατάπτωση, ταχυκαρδία και πυρετό προκειμένου να αντιμετωπισθούν άμεσα.

Η χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων όπως διφαινοξυλάτη (Lomotil), λοπεραμίδη (Imodium) δύνανται να μειώσουν την κινητικότητα του γαστρεντερικού, τον περισταλτισμό και τις εκκρίσεις του πεπτικού ανακουφίζοντας από τα συμπτώματα (Doenges et al,2010).

9.6.5 Ισοζύγιο υγρών –ανεπάρκεια όγκου υγρού

Ο αυξημένος μεταβολισμός λόγω φλεγμονής ή πυρετού, η περιορισμένη πρόσληψη υγρών από ανορεξία ή ναυτία, αλλά και η υπερβολικά μεγάλη απώλεια υγρών από έμετο ή σοβαρή διάρροια αποτελούν παράγοντες για την ανεπάρκεια όγκου υγρών στον ασθενή.

Η καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενούς θα πρέπει να διενεργείται σε τακτά χρονικά διαστήματα και επί ενδείξεων πυρεξίας, ταχυκαρδίας, ή υπότασης δυνατό να θέσουν υποψία απώλειας όγκου υγρών. Αξιόπιστη μέτρηση για τον όγκο υγρών του ασθενούς θεωρείται η καταγραφή της κεντρικής φλεβικής πίεσης.

Κατά την επισκόπηση του ασθενούς δυνατόν να παρατηρηθεί τυχόν ξηροδερμία αλλά και επιβράδυνση πλήρωσης των τριχοειδικών αγγείων, σημεία τα οποία καταδεικνύουν την υπερβολική απώλεια υγρών και μας προϊδεάζουν για την πιθανή επερχόμενη αφυδάτωση του ασθενούς.

Η ωριαία μέτρηση ούρων, η καταγραφή απώλειας υγρών όπως ο ιδρώτας αλλά και η απώλεια κοπράνων, αποτελούν επίσης ενδείξεις για την καταγραφή απώλειας υγρών.

Γίνεται επίσης χαρακτηρισμός των κοπράνων όσον αφορά την ποσότητα και το σχήμα, όπως και καθημερινό ζύγισμα. Μέσω των χαρακτηριστικών αυτών, εκτιμάται αν πρέπει να γίνει αλλαγή στην ποσότητα αλλά και το είδος των υγρών και με το ζύγισμα αποκτάται η συνολική εικόνα για τη διατροφική κατάσταση και τον όγκο υγρών του ασθενούς (LeMone, Burke,2004).

9.6.5.1 Πλεόνασμα όγκου υγρού

Παράγοντες για το πλεόνασμα όγκου υγρών στον ασθενή μπορεί να είναι κάποιος ειδικός παθογόνος αλλά και η υπερβολική λήψη υγρών, μη έχοντας την δυνατότητα, ο οργανισμός να τα αποβάλλει και νεφρολογικές βλάβες που επιφέρουν την κατακράτηση υγρών.

Γίνεται παρακολούθηση, καταγραφή και αξιολόγηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς και επί εμφάνισης δύσπνοιας και ταχυκαρδίας θα πρέπει να τίθεται η υποψία πλεονάσματος όγκου υγρών. Επίσης, μετράται η κεντρική φλεβική του πίεση ως μία πιο αξιόπιστη και ακριβής μέθοδος, αλλά και παρατηρείται η κατάσταση των χορίων του. Με την ύπαρξη οιδήματος καταλαβαίνουμε ότι ο ασθενής έχει υγρό στον τρίτο χώρο και άρα πολύ πιθανό πλεόνασμα όγκου υγρών.

Όσον αφορά τη διατροφή, δίνεται εντολή για άναλο δίαιτα έτσι ώστε να μειωθεί στον οργανισμό του ασθενούς το νάτριο, μέσω του οποίου γίνεται κατακράτηση υγρών.

Συνίσταται η χορήγηση διουρητικών ενδοφλεβίως για την αποφόρτιση του ασθενούς καθώς επίσης και η μείωση των χορηγούμενων υγρών (Doenges et al,2010).

9.6.6 Μη ισοροπημένη διατροφή

Η μη ισοροπημένη διατροφή μπορεί να παρουσιαστεί λόγω αυξημένου μεταβολισμού, διαφορετικής πλέον απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών αλλά και από τον περιορισμό τροφών κατόπιν ιατρικής εντολής, υπό τον φόβο συμπτωμάτων διάρροιας. Η μειωμένη αυτή πρόσληψη φαίνεται από την απώλεια βάρους, τον αδύναμο μυϊκό τόνο αλλά και την μείωση της μυϊκής μάζας και του λίπους του ασθενή, όπως επίσης και από τον ωχρό επιπεφυκότα και την αποστροφή για το φαγητό σε συνδυασμό με ήχους ενός υπερκινητικού εντέρου.

Αρχικά γίνεται καταγραφή της ηλικίας του ασθενούς, μέτρηση του σωματικού του βάρους, αλλά και καταγραφή των επιπέδων δύναμης και δραστηριότητάς του. Προσδιορίζεται επίσης η εξέλιξη και το στάδιο της νόσου και αξιολογείται ο βλεννογόνος του στόματος. Παρέχονται έτσι στο νοσηλευτή, πληροφορίες σχετικές με την εικόνα του ασθενούς, η οποία σχετίζεται άμεσα με τις δυνατότητές του αλλά και τη διατροφική του κατάσταση.

Προσδιορίζεται επίσης η όρεξη του ασθενούς, η οποία μπορεί να έχει μειωθεί λόγω κοιλιακών κραμπών, αλλοίωσης της γεύσης αλλά και αισθήματος πλήρωσης και γίνεται προτροπή για τον καλό καθαρισμό της στοματικής του κοιλότητας. Με αυτό τον τρόπο, θα επιτευχθεί η ενίσχυση της γεύσης των τροφών. Προωθούνται στη συνέχεια διάφορα μέτρα τα οποία θα επιφέρουν τη χαλάρωση του ασθενούς, όπως η ανάπαυσή του και η μείωση των δραστηριοτήτων του ιδίως όταν βρίσκεται σε οξεία φάση της ασθένειας αλλά και πριν τη λήψη ενός γεύματος. Με τον τρόπο

αυτό, μειώνεται ο μεταβολισμός και οι περισταλτικές κινήσεις του εντέρου, εξοικονομείται ενέργεια και κατ'επέκταση θερμίδες, έτσι ο ασθενής έχει περισσότερη διαθέσιμη ενέργεια.

Γίνεται προγραμματισμός κατάλληλης διαίτας, η οποία περιλαμβάνει τροφές υψηλής θερμιδικής αξίας, δηλαδή με πολλά λευκώματα και λίγα λίπη. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητες για την πρόσληψη των θερμίδων που χρειάζονται στον οργανισμό του ασθενούς για την κάλυψη των απωλειών του. Η μειωμένη πρόσληψη λίπους, βοηθά στην καταπολέμηση της διάρροιας και κατ'επέκταση των θρεπτικών απωλειών του ασθενούς. Επίσης, λόγω έλλειψης ανοχής του ασθενούς σε ορισμένα διατροφικά είδη, μερικές τροφές περιορίζονται ή και αποκλείονται από τη διαίτά του. Αυτά τα τρόφιμα είναι κυρίως τα γαλακτοκομικά, η καφεΐνη, οι φυτικές ίνες, ο χυμός του πορτοκαλιού και τα σοκολατοειδή.

Σε περίπτωση ανικανότητας του εντερικού σωλήνα του ασθενούς να απορροφήσει ουσίες, γίνεται χορήγηση σκευασμάτων διατροφής εντερικά ή παρεντερικά. Με την εντερικήσίτιση, ο ασθενής λαμβάνει κάποια θρεπτικά συστατικά που του είναι απαραίτητα αλλά και προλαμβάνονται οι επιπτώσεις δυσαπορρόφησης. Με την ολική παρεντερική διατροφή (ΟΠΔ), η οποία χορηγείται σε φάσεις έξαρσης της νόσου, επιτυγχάνεται η «ηρεμία» του εντέρου. Επίσης η ΟΠΔ, παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του βάρους του ασθενούς αλλά και στην αποκατάσταση των βλαβών που έχουν προκληθεί στους ιστούς.

Εκτός από τη διατροφή, σημαντικό ρόλο παίζει και η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως ο σίδηρος, η βιταμίνη Β12, η βιταμίνη C όπως επίσης και το φολικό οξύ. Η λήψη σιδήρου ενδοφλεβίως είναι αποτελεσματικότερη απ' ό,τι per os λόγω μειωμένης απορρόφησης. Η βιταμίνη Β12, έχει θεραπευτική ιδιότητα σε αναιμία και προάγει την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η βιταμίνη C, βοηθά στην προαγωγή και την επούλωση των ιστών και το φολικό οξύ καλύπτει τις ανάγκες των απωλειών εξ' αιτίας της νόσου.

Τέλος, ο νοσηλευτής έχει χρέος να συζητήσει με την οικογένεια αλλά και να τη διδάξει να λαμβάνει μέρος στη διαδικασία της σωστής διατροφής του ασθενούς, ούτως ώστε να τον βοηθά να μην παρεκκλίνει από το πρόγραμμά του καθώς είναι σημαντικό να το ακολουθεί πιστά, αλλά και να τον ενθαρρύνει να προσλαμβάνει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για τη σωστή θρέψη του (LeMone, Burke,2004).

9.6.7 Διαταραχές ύπνου

Ο ασθενής μπορεί να ταλαιπωρείται από στέρηση ύπνου, από ψυχολογικούς παράγοντες όπως άγχος και φόβο για τυχόν διαρροή της στομίας, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να έχει προκαλέσει η αλλαγή στο σώμα του.. Ο ασθενής παρουσιάζει διακεκομμένο ύπνο και αναφέρει αίσθημα κόπωσης και μη επαρκούς ξεκούρασης.

Ο νοσηλευτής, οφείλει να παρακολουθεί τον ασθενή, να γνωρίζει τις συνήθειες ύπνου του.. Αυτό βοηθά στην κατανόηση και επίγνωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς όπως και στην παρακολούθηση της εξέλιξης του προβλήματος.

Όσον αφορά τη διατροφή, είναι καλό να περιορίζεται η πρόσληψη καφεΐνης στον οργανισμό διότι μέσω αυτής επιφέρεται καθυστέρηση του αισθήματος νύστας και ο ασθενής δεν ξεκουράζεται σωστά. Σε περίπτωση στέρησης λόγω ορισμένων τροφών, έπειτα από συνεννόηση με τον διαιτολόγο, περιορίζεται η πρόσληψή τους. Γνωρίζοντας ποιοι είναι οι παράγοντες που προκαλούν το πρόβλημα, το καθιστούν πιο εύκολα αντιμετωπίσιμο.

Πραγματοποιείται επίσης ενίσχυση στην τήρηση του ωραρίου αλλά και των συνηθειών του ύπνου του ασθενούς, ούτως ώστε να προωθηθεί η χαλάρωση και η ετοιμότητά του να κοιμηθεί. Σε περίπτωση εμφάνισης πόνου, χορηγούνται αναλγητικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, προκειμένου να επέλθει ανακούφιση από το αίσθημα του πόνου και κατ' επέκταση η ξεκούραση και η άνεση του ασθενούς. Σε περίπτωση ύπαρξης στομίας, γίνεται ενημέρωση πως δεν υπάρχει πιθανότητα τραυματισμού κατά τη διάρκεια του ύπνου και έτσι αυξάνεται το αίσθημα ασφάλειας του ασθενούς και προάγεται η άνεσή του (Doenges et al,2010).

9.7 Φροντίδα Ασθενούς Σε Χειρουργική Επέμβαση

Η ευθύνη του νοσηλευτή είναι:

- ✘ να αναγνωρίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση κινδύνων από τη χειρουργική διαδικασία.
- ✘ να αξιολογήσει τις σωματικές και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας.
- ✘ να αναπτύξει ένα σχέδιο φροντίδας και

✘ να διευκολύνει την νοσηλεία του ασθενή κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου.

Οι στόχοι της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να προετοιμαστεί ο άρρωστος σωματικά και ψυχολογικά για την επέμβαση και τη μετεγχειρητική περίοδο. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία ελαττώνει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος του αρρώστου καθώς και τον κίνδυνο των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Για να εξατομικευτεί αυτό το σχέδιο φροντίδας, πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η συναισθηματική και σωματική κατάσταση του ασθενούς, ο τύπος της αναισθησίας που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί και η προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση.

Η νοσηλευτική εκτίμηση θα πρέπει να εστιάζει στα εξής:

- ◆ Νοσηλευτικό ιστορικό.
- ◆ Αντικειμενική εξέταση.
- ◆ Είδος χειρουργείου.
- ◆ Προεγχειρητική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- ◆ Ικανότητα εκμάθησης και κατανόησης.
- ◆ Φραγμοί επικοινωνίας (αλλοδαποί, λεκτικοί περιορισμοί).

Η προετοιμασία του αρρώστου κατά την προεγχειρητική φάση είναι από τα σημαντικότερα στάδια της Νοσηλευτικής φροντίδας αφού μπορεί να ελαττώσει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος του ασθενούς και να μειώσει τον κίνδυνο των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να διαγνώσουν κατά την προεγχειρητική φροντίδα τα εξής:

- Άγχος, που σχετίζεται με: το μη οικείο περιβάλλον και τον χωρισμό από οικεία πρόσωπα, την προβλεπόμενη απώλεια ελέγχου, τα αποτελέσματα από τη νάρκωση και τα διεγχειρητικά ευρήματα, τη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων και της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης, τους οικονομικούς παράγοντες που αφορούν τη νοσηλεία στο νοσοκομείο, τη πιθανή αμηχανία ή την απώλεια της αξιοπρέπειας από την επίδειξη του σώματος, τον κίνδυνο μετάδοσης νόσου από πιθανή μετάγγιση αίματος, την προβλεπόμενη στεναχώρια, δυσφορία, τους περιορισμούς και τις αλλαγές στο συνηθισμένο τρόπο ζωής και ρόλο, και τέλος την πιθανότητα θανάτου.

- Διαταραχές ύπνου, που σχετίζονται με φόβο, άγχος, τη διαδικασία προετοιμασίας του αρρώστου για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και το μη οικείο περιβάλλον.

- Θλίψη για τις αναμενόμενες εξελίξεις, που σχετίζεται με τη δυνητική απώλεια ή μεταβολή σε κάποιο μέλος του σώματος και / ή στη συνήθη λειτουργία του σώματος.
- Ελλιπής ενημέρωση, όσον αφορά τη ρουτίνα του νοσοκομείου σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση, την προετοιμασία, το τι θα αισθάνεται ο ασθενής μετά τη χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία καθώς και τη μετεγχειρητική φροντίδα.

Η ικανότητα του νοσηλευτή να ακούει με ενδιαφέρον και να λαμβάνει υπόψη του τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα του ασθενούς, είναι μεγάλης σημασίας για την δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένειά του. Η «θεραπευτική επικοινωνία» είναι δυνατόν να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια να αναγνωρίσουν τους φόβους και τις επιφυλάξεις τους. Ο νοσηλευτής έχει την δυνατότητα, στη συνέχεια, να σχεδιάσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την υποστηρικτική φροντίδα του ασθενούς με τέτοιο τρόπο ώστε να ελαττώσει το άγχος του και να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει με επιτυχία τους διάφορους παράγοντες που δημιουργούν άγχος στη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου.

Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να παρέχει φροντίδα σε κάθε ασθενή χωρίς προκαταλήψεις. Με βάση την προεγχειρητική αξιολόγηση του ασθενούς, τη φύση της χειρουργικής επέμβασης και τις ανάγκες της χειρουργικής ομάδας σχεδιάζει, εφαρμόζει και υλοποιεί ένα εξατομικευμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας. Πρωταρχική του μέριμνα κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ατόμου - ασθενούς ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη και γνώση επαναπροσδιορίζει το σχέδιο φροντίδας, σύμφωνα με τις τρέχουσες ανάγκες και πιθανές έκτακτες καταστάσεις διεγχειρητικά. Λαμβάνει υπόψη τις αξίες του ασθενή, τα θρησκευτικά του πιστεύω, τη φυλή του, το κοινωνικό - οικονομικό, πολιτισμικό - μορφωτικό του επίπεδο καθώς και τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει και την ηλικία του.

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί βασική ευθύνη του νοσηλευτή κατά την προεγχειρητική περίοδο. Η εκπαίδευση και η συναισθηματική υποστήριξη έχουν θετική επίδραση στην αίσθηση σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας τόσο πριν όσο και μετά τη χειρουργική επέμβαση. Το πλήθος των πληροφοριών που είναι επιθυμητό να δοθούν, ποικίλει από τον ένα ασθενή στον άλλο. Επομένως, να γίνεται εκτίμηση των αναγκών του κάθε ασθενούς και της ετοιμότητάς του να αφομοιώσει τις πληροφορίες.

Μερικές από τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει ο νοσηλευτής πριν την εγχείρηση είναι οι εξής:

- Να επιβεβαιώσει ότι υπάρχει ενυπόγραφη συγκατάθεση από τον ασθενή ότι έχει ενημερωθεί για το χειρουργείο και είναι σύμφωνος.
- Την προηγούμενη του χειρουργείου πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να προσέχει την διατροφή του ασθενή ένα ελαφρύ βραδινό πρέπει να ληφθεί το αργότερο μέχρι τις οκτώ.
- Λουτρό ασθενούς την προηγούμενη νύχτα ή το πρωί της ημέρας του χειρουργείου. Αν έχει πρόβλημα δυσκοιλιότητας ένας υποκλυσμός ή κάποια αντίστοιχη προετοιμασία θα πρέπει να γίνει αφού πρώτα συμβουλευθούνε τον υπεύθυνο χειρουργό. Η κοιλιακή χώρα καλύπτεται στο μεγαλύτερο τμήμα της από το λεπτό και το παχύ έντερο. Επομένως, για να γίνουν ορατά τα όργανα της κοιλιακής χώρας, είναι απαραίτητο από την προηγούμενη της επέμβασης να γίνει μια διαδικασία κένωσης του εντέρου.
- Απαιτούνται επίσης, κάποιες προεγχειρητικές εξετάσεις. Μια μέρα πριν την επέμβαση πραγματοποιούνται ορισμένες εξετάσεις, όπως καρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος και γενικός αιματολογικός έλεγχος, για καθαρά προληπτικούς λόγους.
- Ενημέρωση για τη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται καθημερινά.
- Λήψη ιστορικού και ενημέρωση ασθενούς από τον αναισθησιολόγο για το είδος της νάρκωσης που θα του χορηγηθεί.
- Να κανονιστεί μία συνάντηση με τον ειδικό για τις στομίες, εάν η χειρουργική επέμβαση προβλέπει την τοποθέτηση κολοστομίας.
- Τοποθέτηση φλεβικής γραμμής και αν κριθεί απαραίτητο, ρινογαστρικού σωλήνα (Levin) ή ουροκαθετήρα.
- Σε ασθενείς με ρινογαστρικό σωλήνα, η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών δεν πρέπει να διακόπτεται, λόγω κινδύνου διαταραχής του ισοζυγίου.
- Πριν την είσοδο του ασθενή στην αίθουσα του χειρουργείου ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος ώστε ο ασθενής να έχει αφαιρέσει τεχνητές οδοντοστοιχίες, φακούς επαφής ή κοσμήματα, να μην έχει βαμμένα νύχια, να έχει και να φοράει την ειδική ενδυμασία που περιλαμβάνει ρόμπα, σκούφο και ποδονάρια.
- Το σημαντικότερο στάδιο είναι η ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή που είναι απαραίτητη αναλογιζόμενοι πως οι περισσότεροι διακατέχονται από άγχος, φόβο ή ακόμη

και άγνοια. Η κατάλληλη προσέγγιση ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας και εξασφαλίζει την εμπιστοσύνη και την συνεργασία του (LeMone, Burke,2004).

9.8 Μετεγχειρητική Φροντίδα

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρησή του. Εφόσον η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί συνέχεια της εγχείρησης, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει το είδος και το αποτέλεσμα της, για να προσαρμόσει τη φροντίδα του στις ειδικές του ανάγκες και να κάνει έγκαιρα παρατηρήσεις. Η μέτρηση των σφυγμών, αναπνοών, η λήψη της θερμοκρασίας, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και η παρατήρηση του χρώματος του ασθενούς βοηθούν στην εκτίμηση της κατάστασής του. Ακόμα, ο νοσηλευτής παρακολουθεί τους εμετούς τους οποίους μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής, καθώς και τα ούρα (ποσό, χρώμα, κτλ).

Βασικό επίσης καθήκον του νοσηλευτή είναι η προφύλαξη του ασθενούς από ψύξη, για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα, η συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς, για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας, οι κινήσεις των κάτω άκρων, για αποφυγή φλεβίτιδας, οι συχνές πλύσεις στόματος, για πρόληψη παρωτίτιδας και στοματίτιδας, η παρακολούθηση των παροχετεύσεων σχετικά με την καλή λειτουργία τους, και τέλος η παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης του ασθενούς.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

- Βασική φροντίδα του νοσηλευτή είναι η εξασφάλιση του αεραγωγού.
- Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων. Όχι όμως μέσω του ορθού.
- Μετά τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων και την πλήρη απονάρκωση, ο ασθενής τοποθετείται σε ανάρροπη θέση και το κρεβάτι έχει κλίση προς τα πάνω. Ο ασθενής μπορεί να τοποθετηθεί πλάγια.
- Παρακολούθηση λειτουργίας παροχετεύσεων όπως Levin, ουροκαθετήρα, τραύματος και στομίας καθώς και ποσότητας, χρώματος υγρών και οσμής τους καθώς μπορεί να δηλώνουν επιπλοκές.
- Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών από Levin, ουροκαθετήρα και στομία.

- Καταγραφή αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών καθώς με την παρατήρηση του ισοζυγίου ο νοσηλευτής είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει επιπλοκές του νεφρικού ή του καρδιαγγειακού συστήματος.
- Χορηγούνται αναλγητικά. Το είδος και η συχνότητα χορηγήσεως τους ρυθμίζεται από τον ιατρό. Γίνεται προσπάθεια ο ασθενής να μένει ελεύθερος από τον πόνο για να παίρνει βαθιές αναπνοές, για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αναπνευστικό.
- Χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής κατόπιν εντολών του θεράποντος ιατρού για την πρόληψη των λοιμώξεων. Πιθανή χορήγηση γαστροπροστασίας μέσω του Levin.
- Παρακολούθηση βαθμού διάτασης της κοιλίας και εντερικών ήχων με σκοπό τον εντοπισμό της επανόδου του εντερικού περισταλτισμού.
- Έλεγχος σωστής τοποθέτησης Levin και πλύσεις του σωλήνα σε περίπτωση απόφραξης ώστε ο ασθενής να νιώθει άνετα.
- Όταν επιστρέψει ο περισταλτισμός των εντέρων, ο ρινογαστρικός σωλήνας, εφόσον χρησιμοποιείται, αφαιρείται όπως υποδεικνύεται. Ξεκινά η από του στόματος σίτιση, αρχικά μόνο με υγρά και στην συνέχεια λαμβάνει μικρά, συχνά γεύματα κανονικής τροφής.

Καταβάλλεται προσπάθεια για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η αιμορραγία αν και είναι συνηθισμένη μετεγχειρητική επιπλοκή δεν είναι ιδιαίτερα συχνή στην τοποθέτηση στομίας. Την εσωτερική αιμορραγία, αν υπάρχει θα αντιληφθεί έγκαιρα ο νοσηλευτής με την συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, τον έλεγχο του τραύματος και των παροχετεύσεων, καθώς και τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Η αποκατάσταση του ασθενούς με κολοστομία, περιλαμβάνει την βοήθεια του αρρώστου να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση. Για να είναι αυτή επιτυχής, ο ασθενής πρέπει να υιοθετήσει ειδικό διαιτολόγιο, κάτι το οποίο αποτελεί βασικό τομέα διδασκαλίας από τον νοσηλευτή και τον ειδικό διαιτολόγο, όπως επίσης και κάποια εκπαίδευση σχετικά με την τοποθέτηση, την αφαίρεση και την επανατοποθέτηση του σάκου της στομίας. Πολύ βασικό παράγοντα τέλος για την πλήρη θεραπεία του ασθενή, είναι η ψυχολογική υποστήριξη από τους νοσηλευτές αλλά και από τον ειδικό επαγγελματία ψυχολόγο, βοηθώντας τον να αποδεχτεί την αλλαγή που υπέστη το σώμα του όχι μόνο προσωρινά, αλλά σε μόνιμη βάση (DeWit, 2009).

9.9 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με κολοστομία

Η κολοστομία είναι προσωρινό ή μόνιμο άνοιγμα σε κάποιο σημείο του παχέος εντέρου, μέσω του κοιλιακού τοιχώματος. Διακρίνουμε διάφορες θέσεις της κολοστομίας ανάλογα με το τμήμα του αφαιρεθέντος παχέος εντέρου. Αυτές είναι: α) ανιούσα κολοστομία, β) εγκάρσια κολοστομία, γ) κατωπία κολοστομία και δ) σιγμοειδής κολοστομία. Η χειρουργική αυτή διαδικασία γίνεται συχνά λόγω των φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου, οι οποίες απαιτούν την αφαίρεση τμήματος του παχέος εντέρου. Το άνοιγμα στο κοιλιακό τοίχωμα λέγεται στομία. Για τη συλλογή των παροχτετευομένων από τη στομία, τοποθετείται πάνω από τη στομία ένας σάκος μίας χρήσης ή πολλών χρήσεων. Η στομία χρειάζεται κατάλληλη φροντίδα για να διατηρείται υγιές το δέρμα, το οποίο περιβάλλει, και έρχεται σε επαφή με τα υγρά ή ημιστερεά κόπρανα.

Ο ασθενής με κολοστομία δεν έχει το φυσιολογικό έλεγχο του σφιγκτήρα με αποτέλεσμα να υπάρχει συνεχής ροή του εντερικού περιεχομένου από τη στομία. Στη στομία μπορεί να υπάρξουν προβλήματα όπως:

1. Διαφυγή του εντερικού περιεχομένου έξω από το σάκο.
2. Έλεγχος της κακοσμίας.
3. Ερεθισμός της γύρω περιοχής.

Υπάρχουν διάφορα σημεία στο κοιλιακό τοίχωμα, όπου μπορεί να υπάρχει κολοστομία. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τα βασικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνει ώστε η φροντίδα να είναι αποτελεσματική. Αυτά είναι:

1. Αναφέρονται στον ιατρό μη φυσιολογικά συμπτώματα όπως είναι, αιφνίδιος πυρετός, ξαφνικός πόνος ή ευαισθησία στην κοιλιακή χώρα.
2. Ελέγχεται συχνά και παρατηρείται το χρώμα και το μέγεθος του στομίου.
3. Μέτρηση ποσότητας των υγρών τόσο στη λήψη όσο και στην εξαγωγή. Παρατηρείται ο ασθενής για σημεία αφυδάτωσης και διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.
4. Ελέγχεται τακτικά ο μηχανισμός της κολοστομίας και αντικαθιστάται ανάλογα με τις ανάγκες. Καταγράφεται το χρώμα, η ποσότητα και η πυκνότητα των κοπράνων.
5. Καθαρίζεται το δέρμα γύρω από το στόμιο κάθε φορά που γίνεται αλλαγή της συσκευής. Αφαιρείται η υπερβολική ποσότητα σκόνης ή αλοιφής.
6. Παρακολούθηση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
7. Διδασκαλία ασθενούς για τη φροντίδα της κολοστομίας (Doenges et al,2010).

9.10 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη διάρκεια της πλύσης/αλλαγής της στομίας

Για την πλύση και την αλλαγή της στομίας, στο θάλαμο εισέρχονται ο νοσηλευτής, ο θεράπων ιατρός και ένας ειδικός για τις στομίες μαζί με όλα τα απαραίτητα αντικείμενα. Έτσι αποφεύγονται οι περιττές διαδρομές κατά τη διάρκεια του ανοίγματός της και γίνεται επισκόπησή της για την αποφυγή εμφάνισης προβλημάτων. Η διαδικασία ξεκινά με την εμβάπτιση μίας γάζας με ειδικό, μη διαβρωτικό σαπούνι και τον καθαρισμό της κόλλας με την οποία είναι κολλημένος ο σάκος της στομίας πάνω στο δέρμα έτσι ώστε να αποφευχθεί ο ερεθισμός του δέρματος.

Στη συνέχεια γίνεται προσεκτική απομάκρυνση του σάκου και τοποθέτησή του σε ειδική σακούλα μέχρι να απορριφθεί. Συνιστάται στον ασθενή να μην ομιλεί κατά την εξέλιξη της διαδικασίας της αλλαγής της στομίας, ώστε να αποφευχθεί τυχόν ανεπιθύμητη κινητοποίηση και κατ'επέκταση λειτουργία του εντέρου.

Με τη χρήση φυσιολογικού ορού, καθαρίζεται προσεκτικά η στομία και έπειτα ταμπονάρεται με αποστειρωμένες γάζες μέχρι να στεγνώσει πλήρως η περιοχή γύρω από αυτή. Αν η περιοχή διατηρήσει υγρασία, δε θα είναι δυνατή η τοποθέτηση νέου σάκου. Στο σημείο αυτό ο γιατρός πραγματοποιεί προσεκτική επισκόπηση της στομίας με σκοπό την εκτίμηση του τραύματος και την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Η χειρουργική εκτίμηση είναι πάντα απαραίτητη σε οποιοδήποτε σημείο τομής έχει προέλθει από χειρουργική επέμβαση.

Ο σάκος τοποθετείται πάνω από τον ασθενή και γίνεται η καταμέτρηση της αναγκαίας διαμέτρου. Κατόπιν κόβεται περιμετρικά το πλαστικό του σάκου με σκοπό να φτάσει στην από προηγούμενως καταμετρημένη διάμετρο. Η ακριβής τοποθέτηση του σάκου αποτρέπει πιθανές διαρροές από την στομία.

Τέλος, πραγματοποιείται επάλειψη με την ειδική αλοιφή που έχει υφή πλαστελίνης στην επιφάνεια της στομίας και τοποθετείται με τις κατάλληλες κινήσεις των χεριών στο σημείο ο σάκος της στομίας. Η αλοιφή βοηθά στην καλύτερη και πιο σωστή εφαρμογή του σάκου πάνω στο δέρμα, ενώ η θερμότητα που προκαλεί η τριβή μέσω των κινήσεων των χεριών βοηθά στην καλύτερη και πιο σταθερή επικόλληση του σάκου στο δέρμα (Doenges et al,2010).

9.11 Διαταραχές του δερμάτος από την κολοστομία

Προκαλούνται από την τοποθέτηση της κολοστομίας καθώς η νόσος δεν προκαλεί από την φύση της δερματολογικά προβλήματα. Πράγματα που μπορούν να προκαλέσουν ερεθισμούς, μολύνσεις ή άλλες επιπλοκές είναι η απλή τοποθέτηση της στομίας καθώς υπάρχει εισβολή ξένου σώματος στο ανθρώπινο σώμα, οι εκκρίσεις που πιθανόν να εκρέουν ή γενικότερα προβληματική κυκλοφορία που προκαλεί οίδημα. Μετεγχειρητική αιμορραγία που μπορεί να επηρεάσει είναι πιο σύνηθες να συμβεί εντός των πρώτων 48 ωρών, ενώ πλήρης επούλωση μπορεί να χρειασθεί 6 με 8 μήνες μέχρι να επιτευχθεί.

Αρχικά, παρακολουθούνται τυχόν πληγές και σημειώνονται τα χαρακτηριστικά των υγρών που βρίσκονται στη στομία, όπως χρώμα, ποσότητα και μορφή. Έτσι, παρακολουθείται η εξέλιξη του τραύματος και προσδιορίζεται η προέλευσή του.

Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις ο ασθενής παροτρύνεται να αλλάζει συχνά τον ιματισμό του και να μην πραγματοποιεί πολύωρη καθιστική εργασία. Με τη συχνή αλλαγή του ιματισμού μειώνεται η πιθανότητα ερεθισμού του δέρματος και των πιθανών λοιμώξεων, ενώ με την αποφυγή της καθιστικής εργασίας δεν αυξάνεται η πίεση στο περίνεο, δε μειώνεται η κυκλοφορία της πληγής και δεν καθυστερείται η επούλωση του τραύματος. Επίσης ενθαρρύνεται να κάθεται σε ελαφρά ύπτια θέση με το κεφάλι ψηλά για την αποφυγή της πίεσης της στομίας και άρα την εκροή υγρών και μόλυνση του δέρματος.

Δίδονται προφορικές αλλά και γραπτές οδηγίες για την πραγματοποίηση της φροντίδας της και συστήνεται ο ειδικός αντιπρόσωπος μέσω του οποίου θα γίνεται η προμήθεια των απαραίτητων για τη στομία υλικών. Η κατανόηση των διαδικασιών και η σωστή φροντίδα της στομίας, προωθούν και ενισχύουν το αίσθημα αυτοελέγχου και αυτοεκτίμησης του ασθενούς. Επίσης υπάρχει το αίσθημα ασφάλειας από τη στιγμή που βρίσκεται κοντά κάποιος ειδικός, αλλά και μείωση κόστους αφού τα περισσότερα υλικά συνταγογραφούνται.

Όσον αφορά τη διατροφή όταν ο ασθενής φέρει κολοστομία, φαίνεται ότι δεν είναι απαραίτητο να αλλαχθεί, ωστόσο υπάρχουν ορισμένες τροφές οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την οσμή (φασόλια ή αυγό), τα αέρια (μπύρα ή λάχανο), την υφή (ζυμαρικά ή σοκολάτα για σκληρές ή μαλακές κενώσεις αντίστοιχα) και το χρωματισμό (κόκκινο ζελέ ή ζαχαρότευτλα). Με την αποφυγή των τροφών αυτών, αποφεύγονται τα δυσάρεστα παράγωγα και βοηθείται η προαγωγή της άνεσης και της ψυχολογικής ανάτασης του ασθενούς (Doenges et al,2010).

9.12 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με νόσο του Crohn εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

9.12.1 Μελέτη 1^η περίπτωσης ασθενούς με νόσο του Crohn

Γυναίκα, ετών 34 με ιστορικό Νόσου Crohn, με προηγηθείσα νοσηλεία στο ίδιο τμήμα, υπό Infliximab (μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι TNFα.), εισάγεται στο Γαστρεντερολογικό τμήμα με κοιλιακό άλγος και διαρροϊκές κενώσεις.

Από το ιατρικό ιστορικό φαίνεται ότι η πρώτη εισαγωγή ήταν τον Μάιο του 2000 λόγω έξαρσης της νόσου που είχε διαγνωσθεί πρόσφατα. Είχε λάβει Ciproxin λόγω σαλμονέλλας, και δόθηκαν επίσης εντολές για έναρξη tab Medrol, Filicine και Azathioprine (*χρησιμοποιείται ευρέως στις μεταμοσχεύσεις οργάνων καθώς και στην αντιμετώπιση πολλών αυτοάνοσων παθήσεων*).

Η ασθενής τότε λάμβανε αγωγή με tab Salofalk που τον 9^ο του 2000 τροποποιήθηκε μαζί με διακοπή του Medrol και αύξηση της αζαθειοπρίνης. Από τον 10^ο του 2000 μέχρι τον 5^ο του 2003 υπήρχαν διάφορες αυξομειώσεις στην δοσολογία της Αζαθειοπρίνης χωρίς εντολή γιατρών της κλινικής ενώ τον Μάιο του 2003 αναφέρεται οριστική διακοπή, πιθανότατα αυτοβούλως λόγω ύφεσης της νόσου. Μετά από ένα μακροχρόνιο διάστημα ύφεσης εισήχθη ξανά το 2008 με συμπτώματα κοιλιακού άλγους και πήρε εξιτήριο χωρίς αγωγή λόγω άρνησης να προβεί σε κολonosκόπηση. Επανήλθε 8 μήνες μετά σε φάση έξαρσης με κοιλιακό άλγος και διάρροιες, έγινε κολonosκόπηση και ξεκίνησε Azathioprine και Medrol ταμπλέτες, ή οποία αγωγή διακόπηκε 3 μήνες μετά και προστέθηκε Salofalk (*το SALOFALK απελευθερώνει τη δραστική ουσία μεσαλαζίνη όταν φθάσουν στο έντερο και συγκεκριμένα από το τελικό τμήμα του ειλεού και μετά. Η μεσαλαζίνη δρά τοπικά στο έντερο και όχι συστηματικά. Παρουσιάζει ισχυρή αντιφλεγμονώδη δράση και χρησιμοποιείται σε φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου*).

Το 2009 ξαναεισήχθη με πιθανή υποτροπή και υπεβλήθη σε έλεγχο για την έναρξη Infliximab. Ενδιάμεσα υπήρξε διακοπή κύησης το προηγούμενο δίμηνο που έγινε αυτοβούλως. Διακόπηκε το Salofalk. Η προγραμματισμένη για τις 23/4 δεύτερη δόση του Infliximab αναβλήθηκε όπως και ο επαναπρογραμματισμός της στην 1/6, την πρώτη λόγω καλλιέργειας κοπράνων και την δεύτερη λόγω της εύρεσης πυοσφαιρίων στην γενική ούρων. Τον Σεπτέμβρη έγινε εισαγωγή για επανεκτίμηση. Η ασθενής υπεβλήθη σε ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού συστήματος, όπου

παρουσίασε σημαντική πρόοδο. Ως εκ τούτου αποφασίστηκε διακοπή του Infliximab και η συνέχιση της Azathioprine.

Το Μάρτιο του 2010 έγινε και πάλι εισαγωγή λόγω έξαρσης της νόσου με συμπτωματολογία όπως διάρροιες, πυρετός και σοβαρό κοιλιακό άλγος. Λόγω της έξαρσης αυτής κρίθηκε απαραίτητη η επανέναρξη του Infliximab. Ένα μήνα μετά έγινε διακοπή του Infliximab καθώς ανιχνεύτηκε το μικρόβιο Clostridium Difficile στα κόπρανα και συνεχίστηκε 1 χρόνο, περίπου, μετά τον Ιανουάριο του 2011 με την 7^η δόση. Κατά την διάρκεια του 2011 η φαρμακευτική αγωγή συνεχίστηκε ομαλώς χωρίς επιπλοκές και αναβολές. Το Μάρτιο του 2012 έγινε κολονοσκόπηση με σκοπό την εκτίμηση της πορείας της νόσου, η οποία παρουσίασε ύφεση της νόσου και αραιές βλάβες. Δόθηκε η 14^η δόση Infliximab.

Ακριβώς ένα χρόνο μετά το Infliximab συνεχίστηκε κανονικά, αλλά η ασθενής έκανε εισαγωγή λόγω φάσης έξαρσης της νόσου με κολικοειδές άλγος. Έγιναν βιοψίες και κολονοσκόπηση που έδειξαν ότι η έξαρση αυτή παρουσιάζεται στο εγκάρσιο, στον τελικό ειλεό, ανιόν κόλον και στο τυφλό. Ένα μήνα μετά έλαβε την προγραμματισμένη 21η δόση Infliximab και ανέφερε εγκυμοσύνη σχεδόν 2 μηνών.

Στη συνέχεια του έτους παίρνει της 2 επόμενες δόσεις του Infliximab (21η και 22η) και εν συνεχεία διακόπτεται έως την λήξη του τοκετού. Τον 11ο του 2013 πραγματοποιήθηκε ο φυσιολογικός τοκετός και μετά την πάροδο τριών μηνών έγινε επανέναρξη του Infliximab όπου της χορηγήθηκε η 23η δόση. Τον 5ο του 2014 έλαβε την 24η προγραμματισμένη δόση Infliximab και ανέφερε διάρροιες, τις οποίες απέδωσε σε δίαιτα με λαχανικά.

9.12.1.1 Πορεία Νόσου

Η ασθενής κατά την εισαγωγή αναφέρει έναρξη κολικοειδούς κοιλιακού άλγους προ 2ημέρου, περιομφαλικά κυρίως, αλλά και με διάχυτη αντανάκλαση στην ευρύτερη περιοχή της κοιλίας. Κατά την ψηλάφηση διαπιστώθηκε μαλακή κοιλία με διάχυτη ευαισθησία. Οι ήχοι χαρακτηρίστηκαν φυσιολογικοί. Ανέφερε επίσης μεγάλο αριθμό διαρροιών (>10 την ημέρα). Χορηγήθηκε ορός εμπλουτισμένος με κάλλια και ταμπλέτα Ciproxin. Ορίστηκε δίαιτα με χαμηλό υπόλειμμα. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων και στάλθηκε δείγμα για καλλιέργεια κοπράνων, παρασιτολογική, έλεγχο για Clostridium difficile και κολπολεκτίνη. Επίσης στάλθηκαν αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις και οι τιμές που ανευρέθησαν ήταν:

Αιματοκρίτης	35,7	Σάκχαρο	110
Αιμοσφαιρίνη	11,5	Ουρία	30
RBC	5,50	Κρεατινίνη	0,6
MVC	64,9	Ουρικό οξύ	2,5
MCH	19,8	Ολικά λευκώματα	6
Λευκά	8,000	Αλβουμίνη	3,6
Αιμοπετάλια	202000	Σφαιρίνες	3
Χρόνος Προθρομβίνης	10,8	ALT (GPT)	13
INR	1	γ-GT	14
Χρόνος θρομβίνης	15,5	ALP	70
ιωδογόνο	430	Χολερυθρίνη ολική	0,8
APTT	29,2	Χολερυθρίνη άμεσος	0,3
		LDH	170
		Αμυλάση ορού	59
		Κάλιο ορού	3,8
		Νάτριο ορού	138
		Χλωριούχα ορού	106
		Ασβέστιο ορού	8,6
		Φώσφορος ορού	3,3
		Μαγνήσιο ορού	1,46
		Σίδηρος	60
		CRP	23,1
		Φερριτίνη	26,2
		B12	21
		Φυλλικό οξύ	2,4

Κατά τη δεύτερη ημέρα νοσηλείας αναφέρεται αλλαγή της σύστασης των κοπράνων. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ακτινογραφία θώρακος και κοιλίας, χωρίς ευρήματα. Δεν παρουσίασε πυρετική κίνηση. Συνεχίστηκε το σχήμα ορού, χορηγήθηκε tab Imodium και το Ciproxin, και χορηγήθηκε επί πόνου παρακεταμόλη ενδοφλέβια.

Κατά την τρίτη μέρα νοσηλείας αναφέρεται βελτίωση της σύστασης και μείωση της συχνότητας των κενώσεων από τις 10 σε περίπου 6 με 7. Το κοιλιακό άλγος συνεχίστηκε, με την διάρκεια του να μειώνεται αλλά με συχνότερη εμφάνιση του πόνου. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια Buscopan(εκλεκτικό αντιχολινεργικό-σπασμολυτικό φάρμακο κυρίως των λείων μυϊκών ινών) και παρακεταμόλη, άπαξ. Έγινε ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Τα ευρήματα έδειξαν κατά τόπους υπεραιμία, με μικρά επηρμένα έλκη και χαρακτηρίστηκε ως πιθανή μικροβιακή κολίτιδα.

Κατά την τέταρτη μέρα νοσηλείας η ασθενής αναφέρει μεγάλη βελτίωση όσον αφορά το κοιλιακό άλγος. Παραμένει απύρετη, ενώ στα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων κατά την πρώτη μέρα νοσηλείας ανευρεθησαν τα εξής:

- ü Παρασιτολογική: αρνητική
- ü Clostridium difficile : αρνητικό
- ü Καλλιέργεια κοπράνων : αρνητική
- ü Κοπολεκτίνη : >300
- ü CRP : 13,20
- ü WBC: Φυσιολογικό

Η κλινική εικόνα της ασθενούς έχει βελτιωθεί, δόθηκαν ιατρικές οδηγίες, Ciproxin ταμπλέτα επί επτά ημέρες και η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου.

Νοσηλευτική Διεργασία 1^ο Περιστατικού

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Άγχος, φόβος και ανησυχία για την νέα εισαγωγή.</p>	<p>Η ασθενής να ηρεμήσει και να κατανοήσει την φύση της νόσου και να εμπιστευτεί την θεραπευτική της φροντίδα και πάλι.</p>	<p>§ Δημιουργία φιλικής σχέσης και αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού.</p> <p>§ Ενθάρρυνση για να ρωτάει και να λύνει όποια απορία έχει πάνω στην φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>§ Τοποθέτηση σε θάλαμο με πάσχοντες από την ίδια νόσο, αν υπάρχουν.</p>	<p>§ Συζήτηση με την ασθενή για την αγωγή της και τα προβλήματα που έχει κατά την διάρκεια της νοσηλείας.</p> <p>§ Τοποθετήθηκε σε θάλαμο, στον οποίο υπήρχαν ασθενείς για προγραμματισμένη δόση Infliximab.</p>	<p>§ Παρατηρήθηκε μείωση του άγχους και των συναισθημάτων φόβου της ασθενούς.</p> <p>§ Έχει επέλθει ηρεμία και η ασθενής αισθάνεται πιο άνετα στον χώρο του νοσοκομείου.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Έντονος κοιλιακό άλγος περιομφαλικά με αντανακλάσεις σε όλο το μήκος της κοιλίας</p>	<p>§ Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.</p> <p>§ Οριστική απαλλαγή της ασθενής από τον πόνο.</p>	<p>§ Τοποθέτηση ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για τη χαλάρωση των μυών ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο.</p> <p>§ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>§ Ήσυχο περιβάλλον για την ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</p> <p>§ Έλεγχος διατροφής της ασθενούς για τις μέρες που θα νοσηλευτεί.</p>	<p>§ Η ασθενής τοποθετήθηκε στην θέση που ένιωθε τον λιγότερο δυνατό πόνο.</p> <p>§ Χορηγήθηκε άπαξ IV Apotel σε 100cc N/S 0,9%. Buscopan iv</p> <p>§ Συστάθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο θάλαμο της ασθενούς.</p> <p>§ Ρύθμιση διαιτολογίου</p>	<p>§ Η ασθενής ένιωσε σταδιακή ανακούφιση από τον πόνο παροδικά.</p> <p>§ Παντελής έλλειψη πόνου πριν το εξιτήριο.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Υποψία λοίμωξης εν αναμονή εργαστηριακών αποτελεσμάτων.	<p>§ Έλεγχος θερμοκρασίας για εμπύρετο.</p> <p>§ Παρακολούθηση συμπτωμάτων.</p>	<p>§ Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>§ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p>	<p>§ Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p> <p style="padding-left: 20px;">ΑΠ: 117/75mm/Hg</p> <p style="padding-left: 20px;">Θ: 36,6</p> <p style="padding-left: 20px;">Σφίξεις: 70/min</p> <p>§ Χορήγηση tab Ciproxin 500mg 1x2.</p>	<p>§ Η μη ύπαρξη πυρετού καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλείας, έδωσαν μια πρώτη εντύπωση για τα αρνητικά αποτελέσματα των εργαστηριακών πριν αυτά βγούν.</p> <p>§ Αρνητικά αποτελέσματα εργαστηριακών για μικρόβιο <i>Cl Difficile</i>.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Πολλές διαρροϊκές κενώσεις</p>	<p>§ Σταδιακή μείωση αριθμού κενώσεων.</p> <p>§ Επαναφορά νόσου σε ύφεση με σκοπό τον εκμηδενισμό των κενώσεων.</p>	<p>§ Έλεγχος διατροφής του ασθενούς για τις μέρες που θα νοσηλευτεί.</p> <p>§ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>§ Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>§ Ενημέρωση ασθενούς για την αποφυγή τροφών/υγρών που δεν απορροφούνται τελείως ή δρουν σαν ερεθιστικοί παράγοντες στο φλεγμαίον έντερο.</p> <p>§ Αποθάρρυνση καπνίσματος, λόγω διεγερτικής δράσης της νικοτίνης στο γαστρεντερικό σύστημα.</p> <p>§ Μεταβολική οξέωση σχετιζόμενη με υπέρμετρη απώλεια διττανθρακικών από την επίμονη διάρροια.</p>	<p>§ Δίαιτα σε χαμηλό υπόλειμμα.</p> <p>§ Χορήγηση caps Imodium.</p> <p>§ Καταγραφή τιμών ηλεκτρολυτών και των αερίων αίματος. Λήψη μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των διαταραχών του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>§ Η ασθενής ενημερώθηκε για τα είδη των τροφών και υγρών που θα πρέπει να αποφεύγει στη φάση αυτή.</p> <p>§ Η ασθενής ενημερώθηκε και κατανόησε τη βλαπτική δράση του καπνίσματος στην πάθηση της.</p> <p>§ Χορήγηθηκαν διττανθρακικά με ιατρική εντολή.</p>	<p>§ Μείωση αριθμού κενώσεων ανά ημέρα.</p> <p>§ Αλλαγή σύστασης των κοπράνων σταδιακά.</p> <p>§ Πλήρης απώλεια διαρροϊκών κενώσεων πριν το εξιτήριο.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Δόση ημερησίας ανάγκης του ασθενή σε κάλιο.</p>	<p>§ Διατήρηση τιμών στα επίπεδα που ήταν την ημέρα εισαγωγής.</p> <p>§ Κάλυψη της απορρόφησης του καλίου ενδοφλεβίως, λόγω δυσαπορρόφησης από το έντερο.</p> <p>§ Ενυδάτωση του ασθενή με πρόσληψη υγρών.</p>	<p>§ Χορήγηση καλίου σύμφωνα με την ιατρική οδηγία iv.</p> <p>§ Πρόληψη αφυδάτωσης.</p>	<p>§ Χορηγήθηκε σχήμα ορού σύμφωνα με την ιατρική οδηγία: 1L N/S 0.9% με 2 KCl x1 σε 12ώρη έγχυση.</p>	<p>§ Διατήρηση τιμών στα φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>§ Επίτευξη ισοζυγίου υγρών.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Δυσανεξία στην κόπωση	<ul style="list-style-type: none"> § Βελτίωση επιπέδου θρέψης. § Βελτίωση ιστικής υποξία που οφείλεται σε αναμία. § Μείωση φλεγμονής και υπερκινητικότητας του εντέρου. 	<ul style="list-style-type: none"> § Χορήγηση ολικής παρεντερικής σίτισης σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. § Όταν επιτραπεί η λήψη τροφής ή υγρών, χορήγηση στοιχειακής διαίτας § Μετάγγιση αίματος εξαιτίας της απώλειας αίματος από το εξελκωμένο έντερο § Χορήγηση σιδήρου, βιταμινών και φολικού οξέος, εξαιτίας της μειωμένης πρόσληψης από το στόμα. § Περιορισμός σε τροφή και υγρά. § Χορήγηση κορτικοστεροειδών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. 	<ul style="list-style-type: none"> § Χορηγήθηκε ολική παρεντερική διατροφή για την κάλυψη των αναγκών της ασθενούς. § Χορηγήθηκε στοιχειακή διαίτα υψηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες και θρεπτικές ουσίες. § Μεταγγίστηκε με 1 μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών. § Χορηγήθηκαν σκευάσματα σιδήρου, Βιταμίνης Β₁₂, και φολικό οξύ. § Περιορίστηκαν οι τροφές και τα υγρά. § Χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή ή ACTH για τη μείωση της φλεγμονής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. 	<ul style="list-style-type: none"> § Η ασθενής εμφανίζει αυξημένη αντοχή που φαίνεται από: § Τα λεγόμενα της ότι αισθάνεται λιγότερη κόπωση και αδυναμία. § Τη δυνατότητα να εκτελεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής χωρίς δύσπνοια, πόνο στο στήθος, ζάλη και σημαντική μεταβολή των ζωτικών σημείων.

9.13 Μελέτη 2^{ης} περίπτωσης ασθενούς με νόσο του Crohn

Γυναίκα ετών 65, με διαγνωσμένη νόσο του Crohn, με εντοπίση στο λεπτό έντερο (τελικού ειλεού), διαγνωσθείσα το 2005 και με προηγηθείσα νοσηλεία, εισέρχεται στο γαστρεντερολογικό τμήμα με αναφερόμενα επεισόδια έντονου κοιλιακού άλγους.

Η συμπτωματολογία, φαίνεται να ξεκινά το 2000, όπου από την επίσκεψη σε παθολόγο αντιμετωπίζεται ως γαστρεντερίτιδα. Δύο χρόνια αργότερα και μέχρι το 2005 υπήρχαν ανά διαστήματα εξάρσεις, όπου οι περισσότερες από αυτές αντιμετωπίστηκαν ως σπαστική κολίτιδα. Στο διάστημα αυτό είχε πραγματοποιηθεί και μία κολonosκόπηση σε εξωτερικό γαστρεντερολόγο, η οποία βρέθηκε φυσιολογική.

Το 2005, πραγματοποιεί για πρώτη φορά εισαγωγή στη γαστρεντερολογική κλινική του νοσοκομείου. Εκεί γίνεται γαστροσκόπηση όπου παρουσιάζονται αφθώδη έλκη εντέρου, μικρή εξέλκωση βολβού, όμως η βιοψία δεν τεκμηριώνει νόσο του Crohn, η οποία επιβεβαιώνεται μέσω της ακτινογραφίας του λεπτού εντέρου, όπου διαπιστώνεται νόσος τελικού ειλεού και ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Έγινε έναρξη Salofalk, Budenofalk και Pariet. Επανέρχεται το Σεπτέμβριο του 2005 για επανέλεγχο, όπου πραγματοποιεί τις ακόλουθες εξετάσεις: echo κοιλίας, κολonosκόπηση, CT κοιλίας, CT σπλαχνικού κρανίου από τις οποίες φαίνονται αλλοιώσεις συμβατές με νόσο του Crohn, με πάχυνση του τοιχώματος και στένωση του αυλού. Προστέθηκε Articlox και Ζιρτέκ στη φαρμακευτική αγωγή. Το 2006 έγινε ξανά εισαγωγή για επανέλεγχο όπου παρατηρήθηκαν διήθηση τελικού ειλεού, ατελής έκπτυξη σιγμοειδούς και δόθηκε εξιτήριο με την ίδια αγωγή.

Τον Ιούνιο του 2007, φέρει συμπτώματα όπως πυρετός, διάρροιες, εμέτους και βαριά υποασβεστιαμία. Βρέθηκε μικρόβιο στα κόπρανα, έλαβε αγωγή Ciproxin, Flagyl και Prezolon και εξήλθε με βελτίωση, χωρίς όμως να σταματήσουν οι διάρροιες. Ένα μήνα μετά, επανήλθε στη γαστρεντερολογική κλινική του νοσοκομείου με τα ίδια συμπτώματα και αισθητή απώλεια βάρους. Αποφασίστηκε η έγχυση Infliximab και Αζαθειοπρίνης και διεκόπη το Budenofalk. Μέσα στους επόμενους 7 μήνες, πραγματοποιήθηκαν άλλες έξι δόσεις Infliximab και στη συνέχεια διεκόπη.

Η ασθενής ενώ βρίσκεται σε ύφεση μέχρι τον Ιούνιο του 2010, παρουσιάζει έξαρση, νοσηλεύεται ξανά και τροποποιείται η αγωγή της καθώς βρέθηκε θετική για Cl.Difficile. Το

Σεπτέμβριο, πραγματοποιεί κολονοσκόπηση και γαστροσκόπηση, όπου τα ευρήματα δείχνουν στένωση ειλεοτυφλικής βαλβίδας και ήπια γαστρίτιδα αντιστοίχως. Τον Οκτώβριο εισέρχεται για επανέλεγχο όπου αποφασίζεται η μη επανέναρξη του Infliximab λόγω ύφεσης της νόσου, αφού η καλλιέργεια κοπράνων βρέθηκε αρνητική. Το Νοέμβριο, πραγματοποιείται και μέτρηση της οστικής της πυκνότητας όπου διαπιστώνεται οστεοπόρωση.

Τον 7^ο του 2011 αποφασίζεται η επανέναρξη του Infliximab και η έναρξη Nexium το οποίο διακόπτεται 3 μήνες μετά, όπου γίνεται έναρξη Duphalac λόγω δυσκοιλιότητας. Τον Δεκέμβριο ξεκινάει 6-MP και ταυτόχρονα Nexium και πάλι λόγω συμπτωμάτων από το 6-MP.

Εισέρχεται και πάλι στο τέλος Απριλίου για νοσηλεία μιας βδομάδας για να λάβει τον 7^ο κύκλο του Infliximab και την οποία αναβάλλει καθώς τα εργαστηριακά της έδειξαν αναιμία, λευκοπενία και θρομβοκυττάρωση. Έγινε κολονοσκόπηση στην οποία ήταν αδύνατη η είσοδος στον τελικό ειλέο λόγω στένωσης ειλεοτυφλικής βαλβίδας και γαστροσκόπηση που έδειξε οισοφαγίτιδα 2^{ου} βαθμού. Έγινε επίσης CT κοιλίας με πάχυνση ελίκων ειλεού χωρίς αποστήματα και συρίγγια. Η αγωγή εξόδου ήταν Ferosanol, Filicine, επανέναρξη Nexium, AlphaD3 και Actonel. Ένα μήνα αργότερα οι αιματολογικές της εξετάσεις έδειξαν βελτίωση, ενώ βρέθηκε και Νόσος του Crohn στις τελικές έλικες του ειλεού. Έγινε, καθυστερημένα η 7^η δόση Infliximab όπου είχε αναβληθεί. Τον 10^ο του ίδιου έτους γίνεται νευρολογική εκτίμηση λόγω οικογενειακού ιστορικού και συσχέτιση του Infliximab με απομυελινωτική νόσο και βρέθηκαν ευρήματα για σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα αριστερά και ανερχόμενου δεξιά.

Το Μάιο του 2013, οι εξετάσεις για Cl. Difficile είναι αρνητικές, ενώ λαμβάνει αζιθρομυκίνη λόγω λοίμωξης και αναβάλλεται για 4 μέρες η επόμενη δόση Infliximab. Το Σεπτέμβριο εισαγεται στο νοσοκομείο λόγω διαρροϊκών κενώσεων και πυρεξίας. Από τον αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο δεν ανευρέθηκε ουδέν. Τον 10^ο μήνα εισήχθη και πάλι για κάποιες μέρες με την CT θώρακος να δείχνει οζόμορφη αλλοίωση, τα αποτελέσματα Mantoux για φυματίωση που είχε κάνει εξωτερικά να είναι αρνητικά και πνευμονολογική και θωρακοχειρουργική εκτίμηση που έγιναν, οδήγησαν σε σύσταση για νέα CT θώρακος σε 3 μήνες. Επισκέφθηκε επίσης το γραφείο λοιμώξεων που συνέστησε περαιτέρω διερεύνηση με επεμβατικό τρόπο για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό της βλάβης. Τον ίδιο μήνα αργότερα έκανε και PET-SCAN με πιθανές φλεγμονώδης αλλοιώσεις ενώ έγινε και ογκολογική εκτίμηση της εξέτασης που δεν μπόρεσε να αποκλείσει βρογχοκυψελιδικό νεόπλασμα. Συστάθηκε νέα CT θώρακος σε 2 μήνες, τον Ιανουάριο του 2014, η οποία όταν έγινε έδειξε υποχώρηση της οζώδους αλλοίωσης.

Διεγνώσθη έλικά λεπτού εντέρου και υδραερικά επίπεδα. Σε εκείνο το σημείο συζητήθηκε με την ασθενή το ενδεχόμενο χειρουργικής επέμβασης ή της αύξησης της δόσης του Infliximab. Τελικώς αποφασίστηκε διπλασιασμός της δόσης του Infliximab. Τον Μάρτιο έγινε η επόμενη, 18^η δόση με διπλασιασμό της, όπως αποφασίστηκε, στα 10mg/kg.

9.13.1 Πορεία Νόσου

Κατά την εισαγωγή η ασθενής αναφέρει έναρξη κολικοειδούς κοιλιακού άλγους προ μιας ημέρας χωρίς να έχει υποχωρήσει. Προ 2ημέρου, αναφέρει τέσσερις αιματηρές διάρροιες, μικρής ποσότητας. Κατά την ψηλάφηση κοιλίας, διαπιστώθηκε κοιλία σχετικά μαλακή, με ευαισθησία στην κάτω κοιλιακή χώρα και έντονους εντερικούς ήχους. Η ακτινογραφία κοιλίας έδειξε υδραερικά επίπεδα λεπτού εντέρου, κυρίως στη μειονότητα του κοιλιακού χώρου ως το σημείο του ειλεού. Χορηγήθηκε σχήμα ορού εμπλουτισμένο με KCl, τέθηκε σε υδρική δίαιτα και λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία. Το τελευταίο επεισόδιο ειλεού όπου ήταν η αιτία για την επανεισαγωγή της ασθενούς, έφερε ξανά στο προσκήνιο τη συζήτηση για ενδεχόμενη χειρουργική επέμβαση. Λήφθηκε αίμα για αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις, με τα παρακάτω αποτελέσματα:

Αιματοκρίτης	38,4	Σάκχαρο	90
Αιμοσφαιρίνη	12,4	Ουρία	20
RBC	4,79	Κρεατινίνη	0,7
MVC	20,2	Ουρικό οξύ	3,2
MCH	25,9	Ολικά λευκώματα	6,5
Λευκά	8,77	Αλβουμίνη	3
Πολυμορφ./Λεμφ.	66,4/24,2	Σφαιρίνες	3,5
Μονοκυτ./Ηωζιν.	6,8/2,2	ALT (GPT)	8
Αιμοπετάλια	402000	AST(GOT)	12
TKE	35	γ-GT	11
Χρόνος Προθρομβίνης	11,2	Χοληστερόλη ολική	1,97
INR	1	Τριγλυκερίδια	91

Χρόνος θρομβίνης	16,5	HDL	62
Ινωδογόνο	451	LDL	116,8
APTT	28,7	ALP	58
		Χολερυθρίνη ολική	0,7
		Χολερυθρίνη άμεσος	0,2
		LDH	190
		Αμυλάση ορού	59
		Κάλιο ορού	3,8
		Νάτριο ορού	140
		Χλωριούχα ορού	105
		Ασβέστιο ορού	9,1
		Φώσφορος ορού	3,6
		Μαγνήσιο ορού	1,43
		Σίδηρος	44
		CRP	23,5
		Φερριτίνη	25,9
		B12	212
		Φυλλικό οξύ	2,4

Κατά τη δεύτερη ημέρα νοσηλείας η ασθενής αναφέρει συνεχόμενο άλγος κοιλίας. Κατά την ψηλάφηση ανευρεθεί κοιλία μαλακή, με εντερικούς ήχους.

Κατά την τρίτη μέρα νοσηλείας αναφέρθηκαν τρεις διαρροϊκές κενώσεις χωρίς αίμα και βλέννα, οι οποίες ήταν υδαρείς και με σχετικά μεγαλύτερη ποσότητα σκληρών κοπράνων. Προστέθηκε στην αγωγή της Human Albumin.

Την τέταρτη και την πέμπτη μέρα, η νόσος φαίνεται να ξαναμπαίνει σε φάση παροδικής ύφεσης. Διαφαίνεται λύση του ειλεού και έτσι χορηγείται άδεια εξόδου. Γίνεται χορήγηση Ferinject ενδοφλεβίως. Πριν την έξοδο της ασθενούς από την κλινική γίνεται ξανά λήψη αίματος για εξετάσεις ελέγχου του σιδήρου και του φυλλικού οξέος και επιβεβαίωσης της γενικής κατάστασης, με τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Αιματοκρίτης	34,4	Σάκχαρο	93
Αιμοσφαιρίνη	10,9	Ουρία	16
RBC	4,2	Κρεατινίνη	0,6
MVC	21,7	Ουρικό οξύ	3,1
MCH	26	Ολικά λευκώματα	6,1
Λευκά	4,12	Αλβουμίνη	3,2
Πολυμορφ./Λεμφ.	52,6/33,3	Σφαιρίνες	2,9
Μονοκυτ./Ηωζιν.	7,3/6,3	ALT (GPT)	10
Αιμοπετάλια	29600	AST(GOT)	13
ΤΚΕ	35	γ-GT	9
Χρόνος Προθρομβίνης	11,9	Χοληστερόλη ολική	-
INR	1,1	Τριγλυκερίδια	-
Χρόνος θρομβίνης	17,6	HDL	-
Ινωδογόνο	409,2	LDL	-
ΑΡΤΤ	28,9	ALP	47
		Χολερυθρίνη ολική	0,6
		Χολερυθρίνη άμεσος	0,2
		LDH	143
		Αμυλάση ορού	50
		Κάλιο ορού	3,7
		Νάτριο ορού	141
		Χλωριούχα ορού	105
		Ασβέστιο ορού	8,8
		Φώσφορος ορού	3,4
		Μαγνήσιο ορού	1,48
		Σίδηρος	40
		CRP	8,8
		Φερριτίνη	-
		B12	212
		Φυλλικό οξύ	2,5

Η ασθενής 2 μέρες μετά επιστρέφει από την άδεια εξόδου που της είχε χορηγηθεί και μπαίνει στην πρώτη προεγχειρητική μέρα. Δεν ανέφερε καθόλου διαταραχές τις ημέρες που έλειπε κατά την εισαγωγή της στις ερωτήσεις των ιατρών. Έγινε τυπικός ακτινολογικός έλεγχος προ χειρουργείου καθώς και καρδιολογική και αναισθησιολογική εκτίμηση. Τα ευρήματα δεν χαρακτηρίστηκαν απαγορευτικά για την πραγματοποίηση του χειρουργείου. Τοποθετήθηκε σχήμα ορού και δόθηκε εντολή για χρήση καθαρτικών εντέρου καθώς και ευπρεπισμό κοιλίας. Δόθηκαν αντιβιοτικά, γαστροπροστασία και αντιπηκτική αγωγή.

Τη δεύτερη μέρα, λαμβάνει χώρα το χειρουργείο, το οποίο εξελίχθηκε σύμφωνα με τον προγραμματισμό και χωρίς κανένα πρόβλημα..

Την τέταρτη μετεγχειρητική μέρα ευρέθησαν οι πρώτοι εντερικοί ήχοι, σημάδι καλής μετεγχειρητικής πορείας σύμφωνα με τους ιατρούς. Συνεχίστηκε η ίδια φαρμακευτική αγωγή και διαίτα.

Η ασθενής μετά από μια βδομάδα μετεγχειρητικής νοσηλείας, παίρνει εξιτήριο. Γίνεται ενημέρωση και σύσταση για διαίτα χαμηλού υπολείμματος, συνέχιση της αντιπηκτικής αγωγής επί δυο εβδομάδες και αντιβίωση per os.

Νοσηλευτική Διεργασία 2^ο Περιστατικού

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Άγχος, φόβος και ανησυχία για την νέα εισαγωγή και το επερχόμενο χειρουργείο.</p>	<p>Η ασθενής να ηρεμήσει και να κατανοήσει την φύση της νόσου και να εμπιστευτεί την θεραπευτική της φροντίδα και πάλι. Κατανόηση της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>§ Δημιουργία φιλικής σχέσης και αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού.</p> <p>§ Ενθάρρυνση για ερωτήσεις και επίλυση αποριών, όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή και τη χειρουργική επέμβαση.</p> <p>§ Τοποθέτηση σε θάλαμο με πάσχοντες από την ίδια νόσο, αν υπάρχουν.</p>	<p>§ Συζήτηση με την ασθενή για την αγωγή της και τα προβλήματα που έχει κατά την διάρκεια της νοσηλείας.</p> <p>§ Επίλυση όλων των αποριών.</p> <p>§ Τοποθετήθηκε σε θάλαμο, με ασθενείς που πάσχουν από την ίδια νόσο.</p>	<p>§ Παρατηρήθηκε μείωση του άγχους και των συναισθημάτων φόβου της ασθενούς.</p> <p>§ Έχει επέλθει ηρεμία και η ασθενής αισθάνεται πιο άνετα στον χώρο του νοσοκομείου.</p> <p>§ Φαίνεται να έχει κατανοήσει και συμβιβαστεί με την ιδέα της χειρουργικής επέμβασης.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Έντονο κοιλιακό άλγος .	<p>§ Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.</p> <p>§ Οριστική απαλλαγή της ασθενής από τον πόνο.</p>	<p>§ Τοποθέτηση ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για τη χαλάρωση των μυών ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο.</p> <p>§ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>§ Ήσυχο περιβάλλον για την ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</p> <p>§ Έλεγχος διατροφής της ασθενούς για τις μέρες που θα νοσηλευτεί.</p>	<p>§ Η ασθενής τοποθετήθηκε στην θέση που ένιωθε τον λιγότερο δυνατό πόνο.</p> <p>§ Χορηγήθηκε άπαξ IV Apotel σε 100cc N/S 0,9%.</p> <p>§ Συστάθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο θάλαμο της ασθενούς.</p> <p>§ Ρύθμιση διαιτολογίου</p>	<p>§ Η ασθενής ένιωσε σταδιακή ανακούφιση από τον πόνο παροδικά.</p> <p>§ Παντελής έλλειψη πόνου πριν το εξιτήριο.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Πτωτικές τιμές αλβουμίνης	§ Διατήρηση-αύξηση της αλβουμίνης στην ασθενή, επί εργαστηριακής τιμής 3.	§ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	§ Χορήγηση Human Albumine 20 % 1x2, iv.	§ Η ελάχιστη αύξηση της τιμής στο 3.2 κρίθηκε ικανοποιητική ώστε να πάρει την άδεια εξόδου.

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Μειωμένη τιμή σιδήρου από την ημέρα εισαγωγής της.	§ Αύξηση της τιμής σιδήρου στον οργανισμό.	§ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	§ Χορήγηση fl Ferinject 10ml σε 250 ml N/S 0.9% σε τουλάχιστον ημίωρη έγχυση.	§ Θεωρείται τρόπος δόσης σιδήρου που καλύπτει τον ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την έγχυση και δεν έγινε επανέλεγχος.

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Κάλυψη ημερήσιων αναγκών σε υγρά και ηλεκτρολύτες.</p>	<p>§ Ενυδάτωση του ασθενή με πρόσληψη υγρών.</p> <p>§ Διατήρηση τιμών στα επίπεδα που ήταν την ημέρα εισαγωγής.</p> <p>§ Κάλυψη της απορρόφησης του καλίου ενδοφλεβίως, λόγω δυσαπορρόφησης από το έντερο.</p>	<p>§ Χορήγηση καλίου σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>§ Πρόληψη αφυδάτωσης με τη χορήγηση 2500ml/ημέρα.</p> <p>§ Υδρική διαίτα.</p>	<p>§ Χορηγήθηκε σχήμα ορού σύμφωνα με την ιατρική οδηγία: 1L N/S 0.9% με 2 KCl x1 σε 12ώρη έγχυση.</p> <p>§ 1L D/W 5% με 2 KCl x1 σε 12ώρη έγχυση.</p>	<p>§ Διατήρηση τιμών ηλεκτρολυτών στα ίδια, φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>§ Επίτευξη ισοζυγίου υγρών και αποτελεσματική πρόληψη της αφυδάτωσης.</p>

Προεγχειρητική φροντίδα - Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Stress και φόβος για την εξέλιξη της χειρουργικής επέμβασης.	<p>§ Ελάττωση προεγχειρητικού φόβου και άγχους.</p> <p>§ Μείωση κινδύνου προεγχειρητικών επιπλοκών.</p> <p>§ Προετοιμασία ασθενή για το χειρουργείο.</p> <p>§ Διατήρηση ηλεκτρολυτών και ισοζυγίου υγρών πριν το χειρουργείο.</p> <p>§ Πρόληψη λοιμώξεων που μπορεί να προκληθούν από το χειρουργείο.</p> <p>§ Περιεγχειρητική πρόληψη θρόμβωσης.</p>	<p>§ Ενημέρωση για το είδος της χειρουργικής επέμβασης και όλης της διαδικασίας.</p> <p>§ Προετοιμασία εντέρου πριν το χειρουργείο.</p> <p>§ Χορήγηση αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>§ Ευπρεπισμός ασθενούς και προετοιμασία για τη χειρουργική επέμβαση.</p> <p>§ Χορήγηση προνάρκωσης – αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία.</p> <p>§ Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου που θα συνοδεύσει την ασθενή.</p> <p>§ Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>§ Ενημερώθηκε η ασθενής καθώς και οι συγγενείς για την όλη διαδικασία και επιλύθηκαν όλες οι απορίες.</p> <p>§ Χορήγηση καθαρκτικού εντέρου 4 φακελάκια Fortans το καθένα μέσα σε 1lit νερού μέχρι νωρίς το βράδυ.</p> <p>§ Χορήγηση fl Flagyl x3 και fl Tazocyn 4.5mg σε 100cc N/S 0.9%.x3.</p> <p>§ Προετοιμάστηκε η ασθενής και έγινε ενυπόγραφη συγκατάθεση της ασθενούς για το χειρουργείο.</p> <p>§ Έγινε λήψη ζωτικών σημείων Α.Π : 120/70 mmHg Σφ : 95 Θερμ.: 36,9° C Αναπν : 19</p>	<p>§ Κατανόηση της ασθενούς για τις επερχόμενες διαδικασίες και μείωση του άγχους του για το χειρουργείο που ακολουθεί .</p> <p>§ Πλήρης καθαρισμός εντερικού σωλήνα από περιεχόμενο.</p> <p>§ Η ασθενής έχει λάβει πλήρη φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη λοιμώξεων.</p> <p>§ Η ασθενής είναι έτοιμη για την είσοδο στο χειρουργείο. Εξασφαλίστηκε η νομική κάλυψη για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.</p>

			<p>§ Η ασθενής ντύθηκε με την ειδική στολή του χειρουργείου.</p> <p>§ Συμπληρώθηκε το προεγχειρητικό δελτίο καθώς και το φύλλο νοσηλείας</p>	

Μετεγχειρητική φροντίδα - Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Χειρουργικό τραύμα.	<p>§ Να ανακουφισθεί η ασθενής από τα συμπτώματα του τραύματος.</p> <p>§ Να επουλωθεί το τραύμα όσο το δυνατό συντομότερα.</p> <p>§ Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>§ Περιποίηση της περιοχής του χειρουργικού τραύματος σύμφωνα με τις νοσηλευτικές αρχές.</p> <p>§ Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά τη διάρκεια της περιποίησης καθώς και χρήση αποστειρωμένου υλικού.</p> <p>§ Παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος για τυχόν αιμορραγία.</p> <p>§ Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση έτσι ώστε να έχουμε χάλαση των μυών και άρση της πίεσης στο χειρουργικό τραύμα.</p> <p>§ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>§ Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>§ Λήψη αίματος για καλλιέργεια και για δείκτες φλεγμονής.</p> <p>§ Εκτίμηση και επανεκτίμηση του χειρουργικού τραύματος και της ασθενούς για να αποφευχθούν οι επιπλοκές από το τραύμα.</p>	<p>§ Ζωτικά σημεία</p> <p>A.Π : 100/70 mmHg</p> <p>Σφ : 96</p> <p>Θερμ.: 36,1° C</p> <p>Αναπν : 16</p> <p>§ Έγινε περιποίηση της περιοχής του τραύματος με άσηπτη τεχνική και χρήση αποστειρωμένου υλικού.</p> <p>§ Η καλλιέργεια αίματος αρνητικοποιήθηκε.</p> <p>§ Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν :</p> <p>CRP : 4,75</p> <p>T.K.E : 25</p> <p>Λευκά : 9300</p>	<p>§ Δεν παρατηρήθηκαν σημεία μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος.</p> <p>§ Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές από το χειρουργικό τραύμα</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Πόνος επί χειρουργικού τραύματος</p>	<p>§ Ανακούφιση ασθενούς από τον πόνο.</p> <p>§ Απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο.</p>	<p>§ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>§ Τοποθέτηση ασθενούς σε κατάλληλη θέση έτσι ώστε να αισθάνεται άνετα.</p> <p>§ Λήψη ζωτικών σημείων για πιθανή αυξημένη καρδιακή συχνότητα και πίεσης του αίματος.</p> <p>§ Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος</p>	<p>§ Χορήγηση ½ Romidon σε 100cc N/S 0,9% x3.</p> <p>§ Δόθηκε κατάλληλη θέση στη ασθενή.</p> <p>§ Τα ζωτικά σημεία ήταν: Α.Π : 100/70 mmHg Σφ : 96 Θερμ.: 36,1° C Αναπν : 16</p> <p>§ Μειώθηκε ο θόρυβος και ο φωτισμός στο δωμάτιο.</p>	<p>§ Οριστική απαλλαγή από τον πόνο.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Ναυτία και έμετος εξαιτίας της γενικής νάρκωσης.</p>	<p>§ Ανακούφιση της ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας και τους εμέτους.</p> <p>§ Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας και έμετου</p>	<p>§ Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση.</p> <p>§ Καταγραφή της ποσότητας, της σύστασης και της συχνότητας των εμέτων στο φύλλο νοσηλείας και τη λογοδοσία.</p> <p>§ Πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο.</p> <p>§ Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>§ Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>§ Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι και το κεφάλι στο πλάι.</p> <p>§ Καταγράφηκαν συνολικά 2 έμετοι στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>§ Χορηγήθηκε Primperan amp 10mg x 3 iv.</p> <p>§ Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο</p>	<p>§ Αποφεύχθηκε η εισρόφηση με την σωστή θέση του σώματος – κεφαλής (πτώση επιγλωττίδας και αποφυγή εισροής των εμεσμάτων στην αναπνευστική οδό).</p> <p>§ Η χορήγηση του primperan είχε θετικά αποτελέσματα.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Πρόληψη μετεγχειρητικών λοιμώξεων.</p>	<p>§ Αποφυγή δημιουργίας λοίμωξης.</p>	<p>§ Ασηπτη τεχνική κατά τη διάρκεια αλλαγών του χειρουργικού τραύματος.</p> <p>§ Περιποίηση της περιοχής του χειρουργικού τραύματος σύμφωνα με τις νοσηλευτικές αρχές.</p> <p>§ Χορήγηση αντιβιοτικού φαρμάκου για πρόληψη λοιμώξεων από το χειρουργείο σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p>	<p>§ Αλλαγές στο χειρουργικό τραύμα με τη χρήση αποστειρωμένων γαντιών και εργαλείων από το γιατρό και το νοσηλευτή.</p> <p>§ Απορριψη μολυσματικού υλικού σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.</p> <p>§ Πολύ καλό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά τις παρεμβάσεις στ χειρουργικό τραύμα.</p> <p>§ Χορήγηση fl Flagyl x3 και fl Tazocyn 4.5mg σε 100cc N/S 0.9%.x3.</p>	<p>§ Επίτευξη αποφυγής μετεγχειρητικής λοίμωξης.</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Υποθερμία</p> <p>Αναποτελεσματική θερμορύθμιση που σχετίζεται με τη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>§ Η θερμορυθμιστική λειτουργία να παραμείνει φυσιολογική.</p>	<p>§ Έλεγχος της θερμοκρασίας του δωματίου 30 λεπτά πριν από την άφιξη της ασθενούς στο δωμάτιο από το χειρουργείο.</p> <p>§ Τοποθέτηση στην κλίνη ειδικού θερμαινόμενου υποστρώματος, το οποίο θα αφαιρεθεί πριν την τοποθέτηση της ασθενούς στην κλίνη.</p> <p>§ Να σκεπαστεί με ζεστές κουβέρτες αμέσως μόλις φτάσει στο θάλαμο.</p> <p>§ Αποφυγή κάθε άσκοπης παρατεταμένης έκθεσης του δέρματος.</p> <p>§ Συχνή παρακολούθηση και καταγραφή της θερμοκρασίας καθόλη τη διάρκεια της πρώιμης μετεγχειρητικής περιόδου.</p> <p>§ Όλα τα διαλύματα να έχουν την θερμοκρασία δωματίου.</p>	<p>§ Το δωμάτιο θερμάνθηκε πριν την έλευση της ασθενούς.</p> <p>§ Τοποθετήθηκε θερμαινόμενο υπόστρωμα νερού στην κλίνη ρυθμισμένο στους 38,5° C και αφαιρέθηκε πριν την τοποθέτηση της ασθενούς σε αυτή.</p> <p>§ Σκεπάστηκε με ζεστές κουβέρτες και αποφεύχθηκε κάθε άσκοπη- παρατεταμένη έκθεση του δέρματος.</p> <p>§ Η αρχική θερμοκρασία ήταν 35,5° C .</p> <p>§ Χορηγήθηκαν ζεστά διαλύματα (τα ψυχρά μπορεί να προκαλέσουν ελάττωση της θερμοκρασίας του σώματος).</p>	<p>§ Η θερμορυθμιστική λειτουργία παραμένει φυσιολογική.</p> <p>§ Η θερμοκρασία της μασχάλης κυμάνθηκε μεταξύ 36,2° C - 36,9° C</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω της γενικής νάρκωσης	<p>§ Ανακούφιση της ασθενούς.</p> <p>§ Πρόληψη στοματίτιδας.</p>	<p>§ Ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας.</p> <p>§ Πλύση της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>§ Επάλειψη των χειλιών με λιπαντική ουσία.</p>	<p>§ Έγινε ύγρανση των χειλιών και της γλώσσα με portcotton ποτισμένο με νερό.</p> <p>§ Έγιναν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με στοματικό διάλυμα. (Hexalen) πρωί – βράδυ.</p> <p>§ Έγινε επάλειψη των χειλιών με βαζελίνη.</p>	<p>§ Η ξηρότητα υποχώρησε το βράδυ της ίδιας ημέρας.</p> <p>§ Απεφεύχθη η στοματίτιδα λόγω της συστηματικής περιποίησης της στοματικής κοιλότητας</p>

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Επαρκής κάλυψη διατροφικών αναγκών.	<ul style="list-style-type: none"> § Σταδιακή αποκατάσταση εντερικής λειτουργίας. § Πλήρης διατροφική κάλυψη. 	<ul style="list-style-type: none"> § Χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. § Χορήγηση ειδικής διαίτας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. 	<ul style="list-style-type: none"> § 2L Oliclinomel εμπλουτισμένο με 4KCl, 4NaCl και 2CaCl, 1x1 σε 24ωρη έγχυση. § Σταδιακή εξέλιξη της διαίτας ημερησίως, από υδρική σε πολτώδη και τελικά σε χαμηλού υπολείμματος. 	<ul style="list-style-type: none"> § Επίτευξη ομαλής αποκατάστασης της εντερικής λειτουργίας. § Επιτυχής διατροφική κάλυψη των ημερήσιων αναγκών της ασθενούς.

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>Ενημέρωση – εκπαίδευση ασθενούς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.</p>	<p>§ Μείωση ανησυχιών και άγχους της ασθενούς για τη φροντίδα της μακριά από το νοσοκομείο.</p> <p>§ Ενημέρωση της ασθενούς για διατροφικές συνήθειες μετά το χειρουργείο.</p> <p>§ Ενημέρωση της ασθενούς περί της φαρμακευτικής της αγωγής.</p>	<p>§ Συζήτηση για απορίες και ανησυχίες της ασθενούς.</p> <p>§ Ραντεβού της ασθενούς με ειδικό διαιτολόγο.</p> <p>§ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>§ Συζήτηση με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τις ποσότητες και τον τρόπο χορήγησης των φαρμάκων.</p>	<p>§ Συζητήθηκαν με την ασθενή απορίες και φόβοι της για την μετεγχειρητική της πορεία μακριά από το νοσοκομείο.</p> <p>§ Συζήτηση με ειδικό διαιτολόγο που όρισε να συνεχίσει την διαίτα σε χαμηλό υπόλειμμα και στο σπίτι.</p> <p>§ Οδηγίες για συνέχιση της αντιπηκτικής της αγωγής inj Clethane 0,4 για 15 μέρες ακόμα, 1x1.</p> <p>§ Οδηγίες για συνέχιση αγωγής για πρόληψη της λοίμωξης για 15 ημέρες ακόμα στο σπίτι. Δόθηκε tab Begalin 2x2.</p>	<p>§ Η ασθενής φαίνεται να είναι πιο ήρεμη και να έχει κατανοήσει τον προγραμματισμό της μετεγχειρητικής πορείας.</p> <p>§ Κατανοεί την ανάγκη αλλαγής των διατροφικών της συνηθειών.</p> <p>§ Χορηγήθηκαν 6 ενέσεις Clethane 0,4 στην ασθενή και συνταγογραφήθηκε η υπόλοιπη ποσότητα.</p> <p>§ Χορηγήθηκαν 10 ταμπλέτες Begalin στην ασθενή και συνταγογραφήθηκε η υπόλοιπη ποσότητα.</p> <p>§ Χορηγήθηκε πριν το εξιτήριο η ένεση της ημέρας στην ασθενή για την ταυτόχρονη επίδειξη της τεχνικής. Υπήρξε πλήρης κατανόηση της τεχνικής και της διαδικασίας.</p>

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος του Crohn, ορίζεται ως μία φλεγμονώδης, ιδιοπαθής νόσος του εντέρου, η οποία αλλοιώνει τον εντερικό βλεννογόνο και είναι αγνώστου αιτιολογίας. Παρατηρείται αρκετά συχνά -ειδικά τα τελευταία χρόνια- σε όλο και πιο νεαρές ηλικίες, χωρίς όμως να υπάρχει δυνατότητα πλήρους θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η νόσος χαρακτηρίζεται κυρίως από αιματηρές διάρροιες, κοιλιακό άλγος και απώλεια βάρους. Συνοδεύεται επίσης από εκδηλώσεις στο γαστρεντερικό σωλήνα, οι οποίες είναι χαρακτηριστικές βάσει της οδού που επηρεάζουν. Συνήθεις είναι και οι εμφανίσεις αποστημάτων και συριγγίων, αλλά και επιπλοκών εκτός του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως αρθρίτιδα, δερματικά εξανθήματα, κόπωση και έλλειψη συγκέντρωσης. Περίπου το 50% των περιπτώσεων αφορά τον ειλεό και το παχύ έντερο, το 30% αποκλειστικά τον ειλεό και το 20% το παχύ έντερο, όπου εκεί υφίσταται κολίτιδα Crohn. Η νόσος του Crohn, μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες όπως το περιβάλλον και τα βακτήρια και η διαφορική της διάγνωση από την ελκώδη κολίτιδα, την άλλη ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι σχετικά δύσκολη. Η διαδικασία για τη διάγνωση και πιστοποίηση της νόσου είναι η κολonosκόπηση και στη συνέχεια η βιοψία του παχέος εντέρου. Η κολonosκόπηση είναι αποτελεσματική σε ένα ποσοστό 70%, διότι έχει πρόσβαση μόνο στο κόλον και τα κατώτερα τμήματα του λεπτού εντέρου, κάτι το οποίο καθιστά δυσκολότερη τη διάγνωση στο λεπτό έντερο. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα αλλά και οι διαφορές είναι εμφανείς όταν πρόκειται για ενεργή ή ανενεργή νόσο. Σε ασθενείς με ενεργή νόσο του Crohn, το κυριότερο αποτέλεσμα μιας κολonosκόπησης είναι η εξέλκωση. Λόγω ιδιαίτερης δυσκολίας, για την εγκυρότερη διάγνωση, πραγματοποιούνται παραπάνω από μία δοκιμές στον ασθενή, όπως επίσης και κάψουλα ενδοσκόπησης εκτός από το κολonosκόπιο. Ειδικότερες εξετάσεις όπως οι ακτινολογικές και η μαγνητική τομογραφία, βοηθούν στην καλύτερη απεικόνιση του λεπτού εντέρου έτσι ώστε να ανακαλυφθούν επιπλοκές αν υπάρχουν.

Η συνήθης θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η φαρμακευτική αγωγή, η οποία και λαμβάνεται χρόνια. Σε περίπτωση αποτυχίας της αγωγής αυτής να επιφέρει ύφεση στη νόσο, συνίσταται χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία σε ένα μεγάλο ποσοστό βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς και σε ένα μικρότερο ποσοστό, μπορεί να παρουσιάσει υποτροπή της νόσου. Κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής και της μετεγχειρητικής νοσηλείας, γίνεται παρακολούθηση, καταγραφή και αξιολόγηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς, αλλά και των

ηλεκτρολυτών και του ισοζυγίου του. Χορηγούνται κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και απαραίτητοι οροί έπειτα από συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό. Σημαντική είναι επίσης η παροχή άνεσης στον ασθενή, όπως και η συστηματική του περιποίηση και φροντίδα. Δίνονται εξηγήσεις για τις μελλοντικές διαδικασίες, αλλά και γίνεται εφησυχασμός του ασθενούς για την εξέλιξη της μετέπειτα ζωής και πορείας του.

SUMMARY

Crohn's disease can be defined as an inflammatory, idiopathic disease of the bowel, which deforms the intestinal pituitary and remains of unknown cause. More and more cases, are being reported every year especially for younger people, however no complete therapeutic treatment has been found. Crohn's disease is mainly characterized by bloody diarrhea, abdominal pain and weight loss. It can also co-occur with symptoms at the gastrointestinal tube which are characteristic of the tract they influence. The occurrence of abscesses and fistulas as well as other complications regardless the gastrointestinal tube such as, arthritis, dermatical rashes, fatigue and lack of focus. Almost 50% of the cases concern the ileum and the large intestine, 30% concern exclusively ileum and 20% the large intestine, in which case we have Crohn's colitis. Crohn's disease can be affected by various factors such as the environment and the bacteria, while its differential diagnosis from ulcerous colitis, which is another idiopathic inflammatory disease of the bowel is relatively challenging. In order to diagnose and confirm the existence of the disease, the colonoscopy of the patient as well as the biopsy of the large intestine are necessary. The successful diagnosis based on colonoscopy is up to 70%, as it accesses only the colon and the lower parts of the small intestine, a fact that hinders the diagnosis at the small intestine. The characteristic symptoms as well as differences are rather apparent when it comes to the active and non-active form of the Crohn's disease. In patients with active Crohn's disease the main effect of colonoscopy is ulceration. Because of this particular difficulty more than one testings are being enacted on the patient as well as a capsule of introspection for more credible results. Other special examinations such as CT and MRI might help to a more accurate portrayal of the small intestine so that further complications can be revealed.

The most common therapeutic treatment is medication which is received systematically throughout the years. In case of failure of the medication treatment, a surgical operation is suggested which is reported to ameliorate drastically the life quality of the patient; in other cases though it can lead to a relapse of the disease. During the pre- and postoperative hospitalization of the patient, the doctors observe, chart and value the vitals of the patient as well as the trial balance of the electrolytes. After the indications of the doctor in charge, the patient is provided with the suited medication and serums. What is also of great significance is the creation of the comfortable environment of the patient, within which he is systematically being taken care of. The patient is

additionally informed about the future procedures, as well as reassured about the progression of his life and well-being.

10. Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αδαμόπουλος, Α. (1997). Οξεία/Ανθεκτική Νόσος Crohn Κλασσική & Εναλλακτικές Θεραπείες. Πρακτικά 3^{ης} Πανελλήνιας Ημερίδας: Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου. Θεσσαλονίκη.
- Αγγελόπουλος, Β. (1971). Κλινική Παθολογική Φυσιολογία «Λειτουργική Παθολογία», Α' τόμος. Αθήνα: Παρισιάνος.
- Ηλίας, Α. (1997). Διαφορική Διάγνωση. Πρακτικά 3^{ης} Πανελλήνιας Ημερίδας: Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου. Θεσσαλονίκη.
- Καββάλος, Κ., Κουναλάκη, Ο., & Σταυριανούδη, Μ. (2004). Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Εντερικές Νόσοι. Ηράκλειο.
- Καραβιδόγλου, Χ. (2013). Διατροφή και Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου. Σητεία.
- Καραγιάννης, Α., Ι. (1997). Χρόνια Υποτροπιάζουσα Νόσος του Crohn: Ο Ρόλος των Νεότερων Κορτικοστεροειδών. Πρακτικά 3^{ης} Πανελλήνιας Ημερίδας: Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου. Θεσσαλονίκη.
- Κατσάνος, Χ. Κ., Καρμίρης Κ., & Κουτρομπάκης Ε. Ι. (2013). Προτεινόμενες Θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη Διάγνωση, Αντιμετώπιση & Παρακολούθηση της Νόσου του Crohn και των Εξωτερικών της Εκδηλώσεων. Αθήνα.
- Κήτης, Γ. (2010). Νόσος του Crohn: Η Ιδιοπαθής, Χρόνια Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου. *Ελευθεροτυπία*, 11.092.
- Λεκάκος, Λ., Τσουρούφλης, Γ., & Κουράκλης Γ. (2009). Χειρουργική Θεραπεία της Κολίτιδας Crohn. Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
- Μπάλας, Π. (2004). Χειρουργική, Β' τόμος. Αθήνα: Λίτσας.
- Μπασούκας, Δ. Ι. (2012). Νοσήματα του Δέρματος και Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος των Εντέρων, Μέρος ΙΙ. Νοσολογικές Αναλογίες, Διαφοροδιαγνωστικά Προβλήματα και Ανεπιθύμητες Ενέργειες Θεραπείας: Πεδία Συνεργασίας Γαστρεντερολόγων και Δερματολόγων. Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
- Πετρίδης, Α. (2004). Εγχειρίδιο Χειρουργικής. Αθήνα: Έλλην.
- Πλέσσας, Τ. Σ. (2010). Διαιτητική του Ανθρώπου. Αθήνα: ΦΑΡΜΑΚΟΝ – Τύπος.

- Πούλου, Χ. Α. (2004). Η Αιτιολογία και η Σημασία της Μικροπρωτεϊνουρίας σε Ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου. Αθήνα.
- Σβώλος, Γ. Β. (2012). Δομική Ανταπόκριση Ζωικού Προτύπου ΙΦΝΕ στη Μαστίχα Χίου και στο Μονοκλωνικό Αντίσωμα του TNF-α. Αθήνα.
- Φερτάκης, Α. (2010). Επίτομη Εσωτερική Παθολογία. Αθήνα: Π.Χ.Πασχαλίδης.
- Χαρτοκόλλης, Π. (1991). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Αθήνα: Θεμέλιο.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Benevento, G., Avellini, C., Terrosu, G. et al (2010). Diagnosis and Assessment of Crohn's Disease: The Present and the Future. New York: Medscape Publishers' Circle.
- Berne, M. R., Levy N. M. (2011). Αρχές Φυσιολογίας, Β' τόμος. (Επιμέλεια: Κούβελας Ηλίας) Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Biesalski, K. H., Grimm, P. (2008). Εγχειρίδιο Διατροφής. (Επιμέλεια: Παπαβασιλείου Γ. Αθανάσιος) Αθήνα: Π.Χ.Πασχαλίδης.
- Boron, F. W., Boulpaep L. E. (2005). Ιατρική Φυσιολογία - Κυτταρική & Μοριακή Προσέγγιση, τόμος II. (Επιμέλεια: Κουτσιλιέρης Μιχαήλ) Αθήνα: Π.Χ.Πασχαλίδης.
- DeWit, C. S. (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική - Έννοιες & Πρακτική, 1^{ος} τόμος. (Επιμέλεια: Λαμπρινού Αικατερίνη, Λεμονίδου Χρυσούλα) Αθήνα: Π.Χ.Πασχαλίδης.
- Drake, L. R., Mitchell W. M. A., & Vogl W. (2005). Gray's Ανατομία, 1^{ος} & 2^{ος} τόμοι. (Επιμέλεια: Σκανδαλάκης Ν. Παναγιώτης) Αθήνα: Π.Χ.Πασχαλίδης.
- Doenges, E. M., Moorhouse F. M., & Murr C. A. (2010). Nursing Care Plans - Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span. Philadelphia: F.A.Davis Company.
- Guyton, C. A. (2001). Φυσιολογία του Ανθρώπου. (Επιμέλεια: Ευαγγέλου Άγγελος). Αθήνα: Λίτσας.
- Kumar, P., Clark, M. (2007). Παθολογία, Α' τόμος. Αθήνα: Λίτσας.
- Lawrence, W. W., Doherty, M. J. (2009). Current Σύγχρονη Χειρουργική - Διάγνωση και Θεραπεία, 1^{ος} τόμος. Αθήνα: Π.Χ.Πασχαλίδης.
- LeMone, P., Burke, M., K. (2004). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. Ιλίσια: Λαγός.

- Lichtestein, R. G., Hanauer B. S., Sandborn J. W. et al (2009). Management of Crohn's Disease in Adults. *The American College of Gastroenterology*.
- Lumley, S. P. J. (2010). Χειρουργική Σημειολογία - Αντικειμενικά Σημεία στην Κλινική Χειρουργική. (Επιμέλεια: Μπονάτσος Γεράσιμος & Μπίρμπος Κωνσταντίνος). Αθήνα: Π.Χ.Πασχαλίδης.
- Moore, C. M. (2007). Διαιτολογία. Αθήνα: Βήτα.
- Moore, L. K. (2005). Κλινική Ανατομία, τόμος Ι. (Επιμέλεια: Δημητρίου Θέσπης). Αθήνα: Π.Χ.Πασχαλίδης.
- Moore, L. K., Dalley, F. A., & Agur, M. R. A. (2013). Clinical Anatomy. Nicosia: Broken Hills Publishes LTD.

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

- Ανάγνωστάκης, Γ.Κ. Νόσος του Crohn. [<http://www.advanced-endoscopy.gr/index.php/γαστρεντερολογικές-παθήσεις/νόσος-crohn.html>]. (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 28/4/14)
- Γιαννούσης, Ι. Νόσος του Crohn. Γιατί προτιμά τους νέους; [<http://www.boro.gr/43292/nosos-toy-crohn-giati-protima-toys-neoys>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 28/4/2014)
- Crohn's & Colitis Foundation of America. [<http://www.ccfa.org/what-are-crohns-and-colitis/what-is-crohns-disease/crohns-treatment-options.html>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 3/6/2014)
- Crohn's & Colitis Foundation of America. [<http://www.ccfa.org/resources/eating-the-right-foods.html>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 3/6/2014)
- Crohn's & Colitis Foundation of America. [<http://www.ccfa.org/resources/diet-and-nutrition.html>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 3/6/2014)
- Γκλιάτη, Α. (2009). Ποιες Είναι οι Διαφορές Μεταξύ της Νόσου Crohn και της Ελκώδους Κολίτιδας; [http://ibd-gr.blogspot.gr/2009/03/crohn_20.html] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 09/5/2014)

International Biopharm, Association Nurses. (2005). Nursing Approach to Chron's Disease.

[<http://nursingapproachcrohnsdisease.blogspot.gr>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 17/8/2014)

Κανέλλος, Δ. Νόσος Crohn, Ελκώδης Κολίτιδα.

[<http://www.kanellos.gr/%CE%BD%CF%8C%CF%83%CE%BF%CF%82-crohn-%CE%B5%CE%BB%CE%BA%CF%8E%CE%B4%CE%B7%CF%82-%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1>]. (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 07/5/14)

Καραλής, Χ. (2014). Νόσος Crohn. [<http://www.ckaralis.gr/gi/articles/leptoentero/136--crohn.html>]. (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 25/5/2014)

Κατσάνος, Χ. Κ., Τσιάνος, Β.Ε. (2014). Ελκώδης Κολίτιδα και Νόσος του Crohn: όλες οι θεραπείες.[<http://www.onmed.gr/ygeia/item/310635/elkodis-kolitida-kai-nosos-tou-crohn-klassikes-viologikes-enallaktikes/#ixzz3FBGs12LN>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 01/7/2014)

Κήτης, Γ. (2013). *Νόσος του Crohn*. [<http://www.iator.gr/2013/03/09/nosos-crohn-nosos-entero/>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 14/5/14)

Κοτσίνη, Β. *Νόσος του Crohn*. [<http://www.iatropedia.gr/medical/malady/167>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 29/6/14)

Κυβέλλος, Β. (2000). *Νόσος του Crohn*. [<http://www.care.gr/post/374/nosos-tou-crohn>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 22/4/14)

Λαδάς, Σ. (2013). *Ελκώδης Κολίτιδα, Νόσος Crohn. Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ)*. [<http://ladas.pblogs.gr/332101.html>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 14/5/14)

Medicaltv (2013). *Ελκώδης Κολίτιδα και Νόσος του Crohn*. [<http://www.medicaltv.eu/ελκώδης-κολίτιδα-και-νόσος-του-crohn>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 19/7/14)

MedicineNet. Crohn's Disease Symptoms, Causes and Treatments.

[http://www.medicinenet.com/crohns_disease_pictures_slideshow/article.htm] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 3/8/2014)

Nutrinion Labs (2011). Νόσος του Crohn και Βιταμίνη D. [<http://nutrilabs.gr/nosos-chron-vitamini-d/>] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 20/5/2014)

- Ρουσομουστακάκη, Μ. (2004). *Η Νόσος του Crohn*. [[http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko-
ipar/article/196/i-nosos-toy-crohn.html](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko-
ipar/article/196/i-nosos-toy-crohn.html)] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας:
10/6/14)
- Τουλούμης, Θ.Α. Ελκώδης Κολήτιδα και Νόσο του Crohn
[[http://www.gastrenterologicoiatreio.gr/enimerosi/plirofories-simvoules/29-
elkodis-kolitisa-kai-noso-tou-crohn.html](http://www.gastrenterologicoiatreio.gr/enimerosi/plirofories-simvoules/29-
elkodis-kolitisa-kai-noso-tou-crohn.html)] (Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας:
20/5/2014)
- Τριανταφυλλίδης, Ι. (2012). Η Ελκώδης Κολίτιδα και η Νόσος του Crohn Θεραπεύονται με
Εναλλακτικούς Τρόπους.
[<http://www.ethnos.gr/enttheta.asp?catid=24300&subid=2&pubid=63719858>]
(Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 30/5/2014)
- Υγεια και ευεξία (2011). Νόσος του Crohn.
[<http://ygeiakaieuxia.blogspot.gr/2011/06/crohn.html>] (Ημερομηνία ανοίγματος
ιστοσελίδας: 8/5/2014)
- Χαραλάμπους, Π. (2009). *Νόσος Crohn και ψυχολογικά προβλήματα*. [[http://e-
jst.teiath.gr/issue_13_2009/Charalambous_13.pdf](http://e-
jst.teiath.gr/issue_13_2009/Charalambous_13.pdf)] (Ημερομηνία ανοίγματος
ιστοσελίδας: 16/5/14)
- Χριστοδούλου, Δ. Περιπρωτική Νόσος Crohn: Διαγνωστική Προέλευση.
[http://www.hsg.gr/DIHMERIDES/1/17_06/1/CHRISTOGOULOU.html]
(Ημερομηνία ανοίγματος ιστοσελίδας: 13/6/2014)