

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

# « ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN » ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΚΑΠΡΑΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : κ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2015

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ θερμά όλους όσους συνετέλεσαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Συγκεκριμένα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κ. Μπατσολάκη Μαρία, για τις συμβουλές της, και την γενικότερη καθοδήγησή της. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την στήριξη όλων αυτών των χρόνων, για την κατανόηση και την συμπαράσταση τους.

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των σπουδών μου και σε συνεννόηση με την υπεύθυνη καθηγήτριά μου, κ. Μπατσολάκη Μαρία, εκπονήθηκε η συγκεκριμένη εργασία με θέμα: «Νόσος του Crohn». Η επιλογή του παρόντος θέματος ως αντικείμενο μελέτης προήλθε από το γεγονός ότι αποτελεί από μόνο του ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα, για το οποίο σαν μελλοντικοί νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουμε. Ένα επιπλέον κίνητρο για να ασχοληθώ εξειδικευμένα με την νόσο του Crohn μου δόθηκε από το γεγονός, ότι είναι πολύ λίγες οι αναφορές στην ελληνική βιβλιογραφία που αφορούν την νόσο, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι το θέμα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Παρ' όλες τις δυσκολίες και τους περιορισμούς που αντιμετώπισα, αισθάνομαι ότι πέτυχα τον αρχικό μου στόχο.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελείται από το στόμα, τον φάρυγγα, τον οισοφάγο, το στομάχο, το λεπτό και το παχύ έντερο. Η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα ανήκουν στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.

Ειδικότερα για τη νόσο του Crohn, είναι γνωστό πως μπορεί να προσβάλλει οποιαδήποτε μοίρα του γαστρεντερικού συστήματος, και η έναρξη της συμβαίνει συνήθως στις ηλικίες 15-35 ετών. Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι ο περιομφαλικός πόνος, η διάρροια, η κακή θρέψη, η απώλεια βάρους, η κακουχία και ο πυρετός. Μακροπρόθεσμα, μπορεί να εμφανιστούν αναιμία, κοιλιακές κράμπες, ορθικά συρίγγια, σχισμές και αποστήματα.

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη. Εικάζεται ότι οφείλεται σε λοιμώδη παράγοντα ή έχει αυτοάνοση βάση. Η διάγνωσή της γίνεται μέσω της λήψης του ιστορικού του ασθενούς, της εξέτασης της κοιλίας, των εξετάσεων αίματος και τέλος, μέσω ειδικών ακτινολογικών και ενδοσκοπικών εξετάσεων.

Η φαρμακευτική θεραπεία της νόσου του Crohn συνίσταται στη μη ειδική θεραπεία, με την οποία επιδιώκεται η αντιμετώπιση των ενοχλημάτων, καθώς και στην ειδική φαρμακευτική θεραπεία για την νόσο. Νέες έρευνες συνηγορούν στη μείωση των υποτροπών της νόσου του Crohn με την ανακάλυψη αποτελεσματικότερων φαρμάκων και πρακτικών.

Η χειρουργική θεραπεία πραγματοποιείται για να αφαιρεθεί κάποιο τμήμα του εντέρου που νοσεί. Βέβαια, η επέμβαση δεν μπορεί να παρεμποδίσει την πορεία της νόσου, με αποτέλεσμα οι επανεγχειρήσεις να οδηγούν συχνά σε αφαίρεση σημαντικού τμήματος του εντέρου, με επακόλουθα τα διατροφικά ελλείμματα και τις διάρροιες.

Ακόμη, θα πρέπει να επισημανθεί πως η νόσος του Crohn είναι μια σοβαρή και χρόνια νόσος, πράγμα το οποίο μπορεί να οδηγήσει τον άρρωστο σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές όπως η κατάθλιψη και το χρόνιο άγχος, συμπεριφορές που αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με τη συμβολή του κατάλληλου ειδικού.

Κλείνοντας, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω μελέτη, με σκοπό την αποσαφήνιση κάποιων «σκοτεινών» σημείων της νόσου του Crohn, και την ανακάλυψη νέων φαρμάκων / τεχνικών που θα βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής των ασθενών με νόσο Crohn.

## **SUMMARY**

The gastrointestinal system consists of the mouth, pharynx, esophagus, stomach, small and large intestines. Crohn' s disease and ulcerative colitis are inflammatory bowel diseases.

Specifically for Crohn' s disease, it is known that may affect any part of the gastrointestinal system and the onset of the disease usually happens between the ages of 15-35 years. The main symptoms of the disease are abdominal pain, diarrhea, malnutrition, weight loss, malaise and fever. In the long run, may occur anemia, abdominal cramps, rectal fistulas and abscesses.

The etiology of the disease remains unknown. It is assumed that the main causes are infectious agents or autoimmune basis. The diagnosis is done by taking the patient's history, physical examination, blood tests, and finally through special radiological and endoscopic examinations.

Drug therapy of Crohn' s disease involves non-specific therapy, which is addressed to the symptoms and the special drug treatment for the disease. New researches suggest reducing relapses of the disease by the discovery of more effective drugs and practices.

A surgery is performed to remove a portion of the diseased bowel. Certainly, the operation cannot stop the course of the disease, resulting in re-operations and finally in removal of a substantial part of the intestine, with consequent nutritional deficits and diarrhea.

Yet, it should be noted that Crohn' s disease is a serious and chronic disease, which can lead the patient in maladaptive behaviors such as depression and chronic anxiety, behaviors can be effectively managed with the contribution of the appropriate specialist.

Finally, further study is necessary in order to clarify some "dark" signs of Crohn' s disease, and the discovery of new drugs / techniques that will improve the quality of life of patients with Crohn' s disease.

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<u>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</u> .....	2
<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u> .....	3
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u> .....	4
<u>SUMMARY</u> .....	5
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u> .....	8
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u> .....	10
1.1 Ο Γαστρεντερικός Σωλήνας.....	10
1.2 Τα όργανα του γαστρεντερικού συστήματος.....	11
1.3 Η φυσιολογική πέψη.....	16
1.4 Η περιτοναϊκή κοιλότητα.....	17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u> .....	18
2.1 Το ανοσοποιητικό σύστημα.....	18
2.2 Αυτοάνοσα Νοσήματα.....	18
2.3 Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΦΝΕ).....	19
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u> .....	22
3.1 Η νόσος του Crohn .....	22
3.2 Παθοφυσιολογία της νόσου Crohn .....	22
3.3 Η νόσος του Crohn και οι βλάβες που προκαλεί στο έντερο.....	22
3.4 Κατάταξη της Νόσου του Crohn κατά Montreal .....	23
3.5 Αιτιολογία της νόσου του Crohn .....	23
3.6 Συμπτωματολογία της Νόσου του Crohn .....	24
3.7 Συχνότητα κλινικών εκδηλώσεων της νόσου Crohn σε παιδιά και ενήλικες .....	25
3.8 Προβλήματα ασθενούς με νόσο Crohn.....	25
3.9 Δείκτης Harvey – Bradshaw για την εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου Crohn.....	26
3.10 Επιπλοκές της Νόσου του Crohn.....	26
3.11 Διάγνωση .....	27
3.12 Διαφορές μεταξύ ελκώδους κολίτιδας / νόσου του Crohn .....	33
3.13 Σύγκριση των κλινικών χαρακτηριστικών της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn .....	34
3.14 Διαφορική διάγνωση της νόσου του Crohn με άλλες παθήσεις .....	35
3.15 Θεραπεία της νόσου του Crohn .....	35
3.16 Μετεγχειρητική εκτίμηση.....	42
3.17 Περιεγχειρητική χορήγηση αντιβιοτικών .....	42
3.18 Υποτροπή της νόσου μετά από επέμβαση .....	43
3.19 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες .....	43
3.20 Μετεγχειρητικές Επιπλοκές.....	45
3.21 Πρόγνωση της νόσου του Crohn .....	47
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u> .....	48
4.1 Στομίες.....	48
4.2 Περιποίηση στομίας.....	48
4.3 Νοσηλευτικά προβλήματα ειλεοστομίας.....	49
4.4 Νοσηλευτικά προβλήματα κολοστομίας .....	50
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</u> .....	51
5.1 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με νόσο Crohn .....	51
5.2 Ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς κατά την προεγχειρητική περίοδο .....	54

5.3 Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου για την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο .....	55
5.4 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	56
5.5 Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με ελκώδη κολίτιδα/νόσο του Crohn σε έξαρση .....	57
5.6 Περιπτώσεις Α και Β – Νοσηλευτική Διεργασία .....	58
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b> .....	<b>62</b>
6.1 Διατροφή και νόσος του Crohn .....	62
6.2 Η έλλειψη θρεπτικών συστατικών και οι επιπτώσεις της στον ανθρώπινο οργανισμό .....	62
6.3 Διατροφικές ελλείψεις που προκύπτουν από τη νόσο του Crohn.....	62
6.4 Μηχανισμοί δυσαπορρόφησης και κακής θρέψης σε νόσο του Crohn.....	63
6.5 Ο ρόλος του διαιτολόγου στο άτομο με νόσο Crohn.....	63
6.6 Γενικές διαιτητικές συστάσεις για τη νόσο του Crohn .....	64
6.7 Τροφές που πρέπει να αποφεύγονται στη νόσο του Crohn .....	65
6.8 Λήψη συμπληρωμάτων διατροφής από ασθενείς με Crohn .....	65
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</b> .....	<b>66</b>
7.1 Η χρόνια νόσος .....	66
7.2 Αμυντικοί Ψυχικοί Μηχανισμοί απέναντι στη χρόνια νόσο.....	66
7.3 Η αντιμετώπιση των συναισθηματικών προκλήσεων που δημιουργεί η σοβαρή ασθένεια .....	68
7.4 Νοσήματα του ΓΕΣ και η επίδρασή τους στην ψυχολογία του ασθενούς.....	69
7.5 Ψυχοθεραπεία .....	69
7.6 Νόσος του Crohn και εγκυμοσύνη.....	70
7.7 Νόσος του Crohn και παιδική ηλικία.....	70
7.8 Νόσος του Crohn και τρίτη ηλικία .....	71
7.9 Η Ποιότητα Ζωής των Ασθενών με ΙΦΝΕ «μέσα από αριθμούς» .....	71
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>74</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>75</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος του Crohn περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1932 από τον Crohn και τους συνεργάτες του. Η παθοφυσιολογία της συγκεκριμένης νόσου έχει διερευνηθεί ευρέως, και βρέθηκε ότι δημιουργεί φλεγμονή του βλεννογόνου του γαστρεντερικού σωλήνα, η οποία προκαλεί εξέλκωση, οίδημα, αιμορραγία, απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών.

Η αιτιολογία της νόσου του Crohn είναι άγνωστη. Πιθανολογείται ότι ίσως οφείλεται σε λοιμώδη παράγοντα ή ανήκει στα αυτοάνοσα νοσήματα. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η νόσος έχει ψυχοσωματική βάση, όμως δεν υπάρχουν σοβαρά επιστημονικά δεδομένα που να τεκμηριώνουν κάτι τέτοιο. Τα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνουν πόνο, κακουχία, μαλακές κενώσεις, απώλεια βάρους και σταδιακή ανάπτυξη πυρετού.

Η διάγνωση της επιτυγχάνεται με τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς, τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα και τα αποτελέσματα των απεικονιστικών εξετάσεων. Συνοπτικά οι συνήθεις απεικονιστικές εξετάσεις που διεξάγονται είναι οι παρακάτω :

- ◆ Υπερηχογραφία
- ◆ Οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση
- ◆ Βαριούχος υποκλυσμός
- ◆ Εντερόκλυση
- ◆ Ενδοσκόπηση λεπτού εντέρου με βιντεοκάψουλα
- ◆ Hydro – CT
- ◆ Μαγνητική τομογραφία
- ◆ Hydro – MRT
- ◆ Κολονοσκόπηση

Η θεραπεία της νόσου του Crohn διαχωρίζεται στη συντηρητική και τη χειρουργική θεραπεία. Στη συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνονται η λήψη αντιφλεγμονωδών , ανοσοκατασταλτικών, αμινοσαλικυλικών και κορτικοειδών σκευασμάτων. Η χειρουργική θεραπεία δε, συνίσταται στην αφαίρεση του τμήματος του εντέρου που νοσεί. Οι ενδείξεις που συνηγορούν υπέρ της χειρουργικής θεραπείας της νόσου του Crohn είναι οι εξής :

- ◆ Αποτυχία της φαρμακευτικής αγωγής
- ◆ Εντερική απόφραξη
- ◆ Συρίγγιο ή/και σχηματισμός αποστήματος
- ◆ Καρκίνος

Τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται είναι :

- ◆ Στενωπλαστική
- ◆ Εκτομή
- ◆ Πρωκτοκολεκτομή και ειλεοστομία
- ◆ Ειλεορθική αναστόμωση
- ◆ Μερική κολεκτομή
- ◆ Προσωρινή στομία (ειλεοστομία ή κολοστομία)

Βέβαια προτού πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση θα πρέπει ο θεράπων ιατρός να ζυγοσταθμίσει τα πλεονεκτήματα και τις αρνητικές συνέπειες που επακολουθούν μετά από μία τέτοια χειρουργική επέμβαση, πριν αποφασίσει να προγραμματίσει την επέμβαση αυτή.



Ύστερα από κάθε χειρουργική επέμβαση είναι πιθανό να εμφανιστούν οι επονομαζόμενες μετεγχειρητικές δυσχέρειες και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές. Στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες περιλαμβάνονται :

- ◆ Πόνος
- ◆ Ναυτία – έμετοι
- ◆ Δίψα
- ◆ Διάταση εντέρου
- ◆ Διάταση κύστεως ( επίσχεση ούρων )
- ◆ Λόξυγκας
- ◆ Ανυσυχία – Δυσφορία
- ◆ Δυσκοιλιότητα

Στις μετεγχειρητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται :

- ◆ Ατελεκτασία
- ◆ Πνευμονία
- ◆ Παραλυτικός ειλεός
- ◆ Θρομβοφλεβίτιδα
- ◆ Κατακράτηση ούρων
- ◆ Ουρολοίμωξη
- ◆ Διαπύηση τραύματος
- ◆ Πνευμονική εμβολή
- ◆ Αιμορραγία και shock
- ◆ Διάσπαση τραύματος ή εκσπλάχνωση
- ◆ Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών

Ο ασθενής με νόσο του Crohn θα πρέπει εκτός των άλλων, να ακολουθεί ισορροπημένη διατροφή, στα πλαίσια της οποίας θα πρέπει να αποφεύγονται ορισμένες τροφές όπως τα καυτερά φαγητά, ο καφές, το αλκοόλ, τα λιπαρά φαγητά, τα γαλακτοκομικά για όσους έχουν δυσανεξία στη λακτόζη και τα γεύματα με πολύ μεγάλη περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες.

Τέλος, η νόσος του Crohn είναι μία χρόνια νόσος, πράγμα το οποίο σημαίνει πώς το άτομο που νοσεί από Crohn θα πρέπει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα της ζωής του, που προκύπτουν από την ιδιαιτερότητα της συγκεκριμένης νόσου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 Ο Γαστρεντερικός Σωλήνας

Ο γαστρεντερικός σωλήνας μπορεί να περιγραφεί ως ένας μεγάλος σωλήνας με μια είσοδο (στόμα) και μια έξοδο (πρωκτός), με εξειδικευμένες περιοχές, και άμεση επιρροή από γειτονικά όργανα (ήπαρ, πάγκρεας και τη χοληδόχο κύστη). Κατά μήκος του σωλήνα υπάρχουν σφιγκτήρες που ξεχωρίζουν τις κύριες περιοχές του σωλήνα, επιτρέποντας τη ρύθμιση της μετακίνησης της τροφής στο στόμαχο και τη ροή του χυμού (τροφή και πεπτικά υγρά) έξω από το στόμαχο και κατά μήκος του εντέρου.

*Οι γενικές λειτουργίες του γαστρεντερικού σωλήνα είναι :*

◆ **Πέψη :** Μηχανική και χημική πέψη. Η μηχανική πέψη αναφέρεται στη φυσική διάσπαση της τροφής με την αρχική μάσηση και την ανάμιξη του στο στόμαχο. Η χημική πέψη γίνεται μέσω ειδικών ενζυματικών δράσεων και του γαστρικού υγρού (HCl).

◆ **Ενδοκρινής :** Ένας μεγάλος αριθμός ορμονών παράγεται από ΓΕΣ – σχετιζόμενα κύτταρα (από το στόμαχο, το πάγκρεας, και το ήπαρ). Μερικές είναι ορμόνες, που εισέρχονται στη συστηματική κυκλοφορία και επηρεάζουν άλλα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα καθώς και άλλα όργανα. Επίσης, υπάρχουν και ορμόνες που παράγονται και δρουν σε γειτονικούς ιστούς με παρακρινικό τρόπο. Η πρώτη ουσία που ταυτοποιήθηκε ως «ορμόνη της κυκλοφορίας» ήταν η ορμόνη του γαστρεντερικού σωλήνα εκκριματίνη.

◆ **Αποβολή :** Μετά την απορρόφηση των θρεπτικών στοιχείων μέσω του γαστρεντερικού σωλήνα, τα άχρηστα μεταβολικά προσόντα (ίνες, άπεπτα στοιχεία, βακτήρια, λίπος από διάφορα κύτταρα) αποβάλλονται μέσω των κοπράνων.

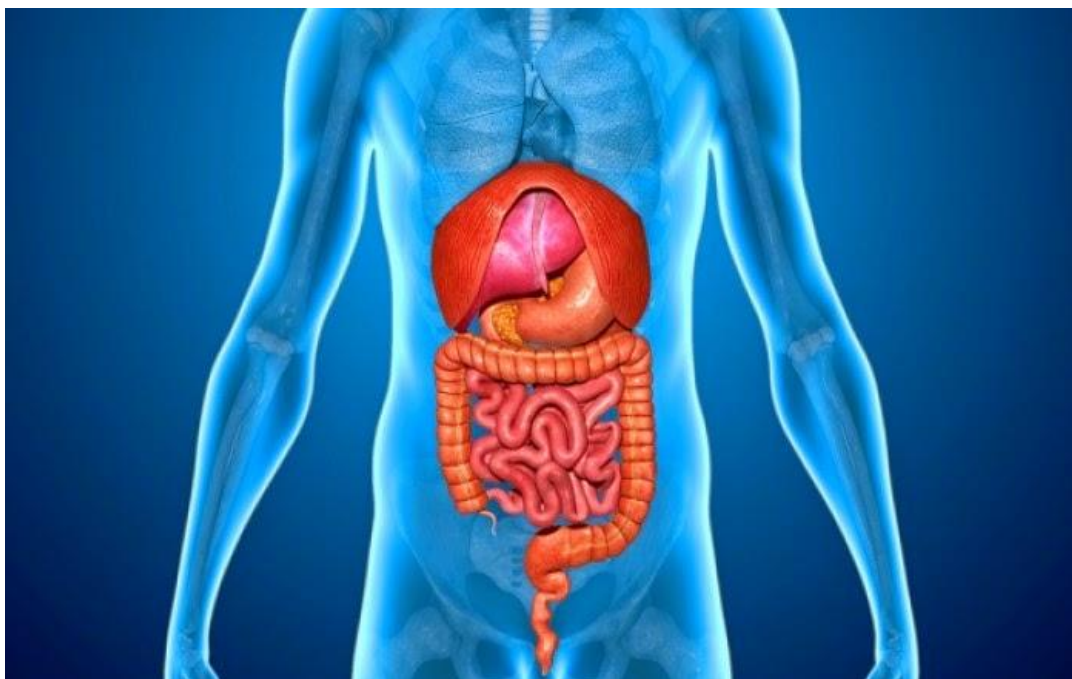
◆ **Προστασία :** Συνεχώς εισέρχονται βακτήρια και αντιγόνα στον οργανισμό μας και ο γαστρεντερικός σωλήνας ελέγχει αυτό το γεγονός μέσω της διάσπασης που με τη βοήθεια του γαστρικού υγρού, καθώς και με τη δράση του ανοσοποιητικού συστήματος ( IgA και πλάκες του Peyer).

◆ **Κινητικότητα :** Ο χυμός πρέπει να προωθείται μέσα στο σωλήνα για να γίνει η πέψη, απορρόφηση και αποβολή. Υπάρχουν διάφορες μορφές προώθησης μέσω του σωλήνα, και αν μια περιοχή χάνει την ικανότητα να μετακινήσει τον χυμό, μπορούν να εμφανιστούν σοβαρές παθολογικές καταστάσεις.

◆ **Απορρόφηση :** Ο κύριος στόχος του γαστρεντερικού συστήματος είναι η πρόσληψη θρεπτικών στοιχείων. Το έντερο απορροφάει την πλειοψηφία των θρεπτικών στοιχείων που εισέρχονται με τη τροφή και το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης γίνεται στο πρώτο μισό του λεπτού εντέρου (μέσω της νήστιδας). Αυτό επιτυγχάνεται με τη μεγάλη επιφάνεια ανταλλαγής που προσφέρει η παρουσία λαχνών στο λεπτό έντερο.

◆ **Έκκριση :** Η έκκριση βλέννας, ρυθμιστικών ουσιών, ορμονών και ενζύμων διευκολύνει τη λίπανση, τη πέψη, τη κινητικότητα και την απορρόφηση μέσω του σωλήνα.

◆ **Αποθήκευση :** Ο στόμαχος και το παχύ έντερο δρουν ως αποθήκες. Ο στόμαχος προσαρμόζει τη τροφή καθώς αναμειγνύεται με το γαστρικό υγρό και τα ένζυμα βοηθώντας στη διάσπαση της τροφής σε χυμό, ο οποίος μπορεί να διέλθει μέσα από το πυλωρικό σφιγκτήρα στο δωδεκαδάκτυλο. Αυτή η αποθήκευση διευκολύνεται με την υποδεκτική χάλαση, που μεσολαβείται από το πνευμονογαστρικό νεύρο. Αν δεν παρατηρηθεί χάλαση, θα περιορισθεί δραματικά η ποσότητα της τροφής που θα μπορούσε να καταναλωθεί κατά τη διάρκεια ενός γεύματος και να εισέλθει στο στόμαχο. Στην αντίθετη πλευρά, το παχύ έντερο αφυδατώνει το χυμό για να σχηματίσει κόπρανα και ο τύπος της κινητικότητας που επιτρέπει την κατακράτηση των κοπράνων μέχρι να αποβληθούν<sup>(1)</sup>.



Εικόνα 1 :

## Ο Γαστρεντερικός Σωλήνας <sup>(2)</sup>

### 1.2 Τα όργανα του γαστρεντερικού συστήματος

**Στοματική κοιλότητα:** Η στοματική κοιλότητα περιλαμβάνει το στόμα, τα δόντια, τα ούλα, τη γλώσσα, την υπερώα και τον ισθμό του φάρυγγα με τις παρίσθμιες αμυγδαλές. Το στόμα ή η στοματική κοιλότητα αποτελεί την πρώτη μοίρα του πεπτικού συστήματος, όπου πραγματοποιείται η κατάποση της τροφής και η προετοιμασία της για την πέψη στο στομάχο και το λεπτό έντερο. Με τα δόντια εκτελείται η μάσηση της τροφής και με την προσθήκη του σιέλου (σάλιου) των σιαλογόνων αδένων διευκολύνεται ο σχηματισμός βλωμού (μπουκιάς). Η κατάποση αποτελεί εκούσια διαδικασία, που ξεκινά στη στοματική κοιλότητα και συνίσταται στην προώθηση του βλωμού προς το φάρυγγα, τη συνέχεια της πεπτικής οδού.

Αποτελεί την είσοδο της πεπτικής οδού, ενώ χρησιμοποιείται επίσης για την αναπνοή. Η στοματική κοιλότητα αφορίζεται προς τα έξω από τις παρειές και τα χείλη. Η οροφή της στοματικής κοιλότητας σχηματίζεται από την υπερώα. Προς τα πίσω, η στοματική κοιλότητα επικοινωνεί με το μεσοφάρυγγα, τη στοματική μοίρα του φάρυγγα, που αφορίζεται προς τα πάνω από τη μαλακή υπερώα, προς τα κάτω από την επιγλωττίδα, και προς πλάγια από τη γλωσσοϋπερώια καμάρα.

**Φάρυγγας :** Ο φάρυγγας αποτελεί τη συνέχεια του πεπτικού συστήματος, που αρχίζει στη στοματική κοιλότητα. Είναι ινομυώδης σωλήνας, σε σχήμα χωνιού, ο οποίος αποτελεί την κοινή οδό του αέρα και της τροφής. Στην άνω μοίρα του, ο φάρυγγας υποδέχεται τα οπίσθια στόμια των ρινικών κοιλοτήτων, που ονομάζονται ρινικές χοάνες. Βρίσκεται πίσω από τις ρινικές κοιλότητες, τη στοματική κοιλότητα και το λάρυγγα. Προωθεί τη τροφή στον οισοφάγο και τον αέρα στο λάρυγγα και τους πνεύμονες.

Ο φάρυγγας εκτείνεται σε μήκος περίπου 15 εκ. από τη βάση του κρανίου ως το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου προς τα εμπρός και ως το κάτω χείλος του Α6 σπόνδυλου προς τα πίσω. Είναι πλατύτερος (περίπου 5 εκ.) αντίστοιχα προς το υοείδες οστό και στενότερος (περίπου 1,5 εκ.) στο κάτω άκρο του, όπου μεταπίπτει στον οισοφάγο. Το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα έρχεται σε σχέση με την προσπονδυλική περιτονία, ενώ μεταξύ τους παρεμβάλλεται το οπισθοφαρυγγικό διάστημα. Ορισμένες φορές εισέρχεται τροφή στην αναπνευστική οδό, προκαλώντας πνιγμονή και αέρας στον πεπτικό σωλήνα, παράγοντας αέρια, τα οποία δημιουργούν αίσθημα δυσφορίας και ερυγές.

Το τοίχωμα του φάρυγγα αποτελείται από πέντε στιβάδες. Από μέσα προς τα έξω, αυτές είναι:

- ◆ Ο βλεννογόνος, που επαλείφει το φάρυγγα και συνεχίζεται στα τοιχώματα όλων των κοιλοτήτων με τα οποία επικοινωνεί ο φάρυγγας,
- ◆ Ο υποβλεννογόνος,
- ◆ Ο ινώδης χιτώνας του φάρυγγα ή φαρυγγική απονεύρωση, η οποία προσφύεται στο κρανίο,
- ◆ Ο μυϊκός χιτώνας, ο οποίος αποτελείται από έσω επιμήκη και έξω κυκλωτήρη μυϊκή στοιβάδα και
- ◆ η περιφαρυγγική περιτονία από χαλαρό συνδετικό ιστό.

Η περιτονία συνέχεται με το επιμύιο που καλύπτει το βυκανητή και τους μύες του φάρυγγα. Η περιφαρυγγική περιτονία επιτρέπει κινήσεις του φάρυγγα και περιέχει το φαρυγγικό νευρικό πλέγμα και φλεβικά στελέχη<sup>(3)</sup>.

**Οισοφάγος :** Είναι σωλήνας μήκους 22 έως 25 εκατοστά και διαμέτρου 1,25 έως 2,5 εκατοστά. Εξυπηρετεί δύο λειτουργίες στον άνθρωπο. Γλισχραίνει τα σιτία και τα περνά μέσα στο στομάχι. Όταν η τροφή καταπίνεται, η παρουσία του βλωμού στην πίσω περιοχή του στόματος ερεθίζει τους υποδοχείς πίεσης, που ενεργοποιούν το κέντρο κατάποσης στον προμήκη μυελό, μέσω κεντρομόλων νεύρων. Το κέντρο κατάποσης συντονίζει την δραστηριότητα του φάρυγγα, του λάρυγγα και του οισοφάγου. Καθώς η τροφή φτάνει στο φάρυγγα, η γλωττίδα κλείνει, η επιγλωττίδα αναδιπλώνεται επάνω της και ο βλωμός μπαίνει στον οισοφάγο.

Από τον οισοφάγο ο βλωμός προωθείται με περισταλτικά κύματα. Η σύσπαση αρχίζει ακριβώς κάτω από τη συμβολή φάρυγγα και οισοφάγου, και φτάνει στο κατώτερο άκρο του οισοφάγου 9 περίπου δευτερόλεπτα μετά την έναρξη της. Στα τελευταία 4 εκατοστά του οισοφάγου είναι ο γαστροοισοφαγικός σφιγκτήρας. Ο σφιγκτήρας κανονικά παραμένει συσπασμένος τονικά όταν είναι άδειος, εμποδίζοντας έτσι την παλινδρόμηση της τροφής από το στομάχι<sup>(4)</sup>.

**Κοιλιακός οισοφάγος :** Αντιπροσωπεύει το βραχύ τελικό τμήμα του οισοφάγου, που εντοπίζεται στην κοιλιακή κοιλότητα. Προβάλλοντας από το δεξιό σκέλος του διαφράγματος, στο επίπεδο συνήθως του Θ10 σπονδύλου, περνά από το οισοφαγικό τρήμα και καταλήγει στο καρδιακό στόμιο του στομάχου λίγο αριστερά από την μέση γραμμή. Κατά την είσοδο του στην κοιλιακή κοιλότητα ο οισοφάγος συνοδεύεται από το πρόσθιο και το οπίσθιο πνευμονογαστρικό στέλεγχος.

- Το πρόσθιο πνευμονογαστρικό στέλεγχος αποτελείται από πολλά μικρότερα στελέχη, οι ίνες των οποίων προέρχονται από το αριστερό πνευμονογαστρικό νεύρο – η στροφή του εντέρου στη διάρκεια τις διάπλασης μετατοπίζει τα στελέχη αυτά στην πρόσθια επιφάνεια του οισοφάγου.

- Το οπίσθιο πνευμονογαστρικό στέλεγχος αποτελείται από ένα και μόνο στέλεγχος, οι ίνες του οποίου προέρχονται κυρίως από το δεξιό πνευμονογαστρικό νεύρο, και οι στροφικές διεργασίες ,που παρατηρούνται στην διάρκεια τις διάπλασης μετατοπίζουν το στέλεγχος αυτό στην οπίσθια επιφάνεια του οισοφάγου.

**Στόμαχος:** Είναι το περισσότερο διατεταμένο τμήμα της γαστρεντερικής οδού και έχει αγκιστροειδές σχήμα (σαν το αγγλικό γράμμα J). Τοποθετημένος μεταξύ του κοιλιακού οισοφάγου και του λεπτού εντέρου, ο στόμαχος καταλαμβάνει το επιγάστριο, την ομφαλική χώρα και το αριστερό υποχόνδριο της κοιλίας.

Ο στόμαχος διαιρείται σε επιμέρους τμήματα:

- το καρδιακό τμήμα
- τον πυθμένα (θόλος) του στομάχου
- το σώμα του στομάχου
- το πυλωρικό τμήμα, που υποδιαιρείται στο πυλωρικό άντρο και τον πυλωρικό σωλήνα
- το πυλωρικό στόμιο που περιβάλλεται από τον πυλωρικό σφιγκτήρα
- το μείζον τόξο
- το έλασσον τόξο
- την καρδιακή εντομή
- τη γωνιαία εντομή

**Λεπτό έντερο:** Είναι το μακρύτερο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται από το πυλωρικό στόμιο του στομάχου μέχρι την ειλεοτυφλική πτυχή. Ο κοίλος αυτός σωλήνας, που έχει μήκος 6 έως 7 περίπου μέτρα με βαθμιαία ελάττωση της διαμέτρου του από την αρχή προς το τέλος του, αποτελείται από τον δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα και τον ειλεό.

**Παχύ έντερο :** Εκτείνεται από το τελικό άκρο του ειλεού μέχρι τον πρωκτό, μια απόσταση περίπου 1,5 μέτρου. Το παχύ έντερο απορροφά υγρά και άλατα από το εντερικό περιεχόμενο, σχηματίζοντας έτσι κόπρανα. Αποτελείται από το τυφλό, την σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον, το ορθό και τον πρωκτικό σωλήνα.

Αρχίζοντας στην δεξιά βουβωνική χώρα με το τυφλό και την εξαρτώμενη από αυτό σκωληκοειδή απόφυση, το παχύ έντερο πορεύεται προς τα άνω ως ανιόν κόλον διαμέσου του δεξιού λαγόνιου βόθρου και προς το δεξιό υποχόνδριο.

Ακριβώς κάτω από το ήπαρ, κάμπτεται προς τα αριστερά, σχηματίζοντας την δεξιά κολική καμπή (ηπατική καμπή), και διασχίζει οριζόντια την κοιλιά ως εγκάρσιο κόλον μέχρι το αριστερό υποχόνδριο. Στη θέση αυτή, ακριβώς κάτω από τον σπλήνα, το παχύ έντερο κάμπτεται προς τα κάτω σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή (σπληνική καμπή) και συνεχίζει την πορεία του προς τα κάτω ως κατιόν κόλον, διαμέσου του αριστερού λαγόνιου βόθρου και στην αριστερή βουβωνική χώρα.

Το παχύ έντερο εισχωρεί στην πυελική κοιλότητα ως σιγμοειδές κόλον, συνεχίζει την διαδρομή του στο οπίσθιο τοίχωμα τις πυέλου ως ορθό και τερματίζει ως πρωκτικός δακτύλιος.

### **Γενικά χαρακτηριστικά του παχέως εντέρου :**

- η μεγάλη εσωτερική διάμετρος σε σύγκριση με το λεπτό έντερο .
- οι καλυπτόμενες από περιτόναιο λιπώδεις μάζες (οι επιπλοϊκές αποφύσεις) κατά μήκος του τοιχώματος .
- ο διαχωρισμός του επιμήκους μυϊκού στρώματος του τοιχώματος σε τρεις στενές λωρίδες (τις κολικές ταινίες), που παρατηρούνται κυρίως στο τυφλό και το κόλον και είναι λιγότερο ευδιάκριτες στο ορθό.
- οι σακκοειδείς προβολές του κόλου (κολικά εκκολπώματα ) .

**Σκωληκοειδής απόφυση :** Είναι ένα στενό σωληνοειδές μόρφωμα προσαρτημένο στο τυφλό. Εμφανίζει στα τοιχώματα της μεγάλα αθροίσματα λεμφικού ιστού και συνδέεται με τον τελικό ειλεό με ένα μεσεντέριο (μεσεντερίδιο τις σκωληκοειδούς απόφυσης), που περιέχει τα σκωληκοειδικά αγγεία. Το σημείο πρόσφυσης της στο τυφλό βρίσκεται στο τέλος μιας ευδιάκριτης ελεύθερης ταινίας στο τοίχωμα του τυφλού, η οποία οδηγεί απευθείας στη βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Η θέση όμως του υπόλοιπου τμήματος της παρουσιάζει πολλές παραλλαγές.

Η θέση της βάσης της σκωληκοειδούς απόφυσης αντιστοιχεί στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, στην συμβολή έξω και μέσου τριτημορίου, μιας γραμμής μεταξύ τις πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας και του ομφαλού (σημείο του Mc Burney). Τα άτομα με σκωληκοειδικά προβλήματα είναι δυνατόν να αναφέρουν πόνο στην περιοχή αυτή<sup>(5)</sup>.

**Ήπαρ:** Το ήπαρ είναι μονοφυής και ο μεγαλύτερος από τους αδένες του πεπτικού συστήματος. Ο αδένας αυτός αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του σώματος. Κάνει πολλές λειτουργίες γι' αυτό και ονομάζεται «χημικό εργαστήριο» του οργανισμού. Το απόλυτο βάρος του ήπατος κυμαίνεται στους άνδρες από 1400-1800 γραμ. και στις γυναίκες από 1200-1400 γραμμάρια. Η χροιά του είναι καστανοκόκκινη, η σύστασή του μαλακή, γι' αυτό εύκολα θρυματίζεται και σπάζει σε κακώσεις της κοιλιάς. Το ήπαρ βρίσκεται στην άνω κοιλία και αμέσως κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος. Καταλαμβάνει το δεξιό υποχόνδριο, το ιδίως επιγάστριο και μέρος του αριστερού υποχονδρίου, στο οποίο εκτείνεται σε διάφορο βαθμό. Το σχήμα του ήπατος λόγω της μαλακής και εύπλαστης σύστασής του προσαρμόζεται με τη μορφή των παρακειμένων οργάνων. Το ήπαρ εμφανίζει τρία χείλη: το πρόσθιο, το δεξιό και το αριστερό και τρεις επιφάνειες: την άνω, την κάτω και την οπίσθια.

Κάθε ηπατικό κύτταρο έχει στην άμεση διάθεσή του όλα τα απαραίτητα υλικά (συστατικά αίματος πυλαίας φλέβας) για την πολύπλοκη χημική του εργασία ( παρασκευή γλυκογόνου, ουρίας και χολής ) και όλα τα μεταφορικά μέσα ( τριχοειδή χοληφόρα και τριχοειδή πυλαίας ) για την άμεση μεταφορά των προϊόντων που παράγονται από αυτό. Το ήπαρ συνεπώς και ειδικότερα το ηπατικό λοβίο αποτελεί μεικτό αδένια πολύπλοκης κατασκευής και χαρακτηρίζεται από το ότι το ίδιο το ηπατικό κύτταρο παράγει το εξώκρμα και τα ενδοκρίματα του ήπατος. Η εξωκρινής μοίρα του ηπατικού λοβίου αποτελείται από τις ηπατικές δοκίδες και ιδιαίτερα από τα ηπατικά πετάλια και από τα χοληφόρα σωληνάκια (τριχοειδή), που βρίσκονται μέσα σ' αυτά. Αποτελεί σωληνοειδή δικτυωτό αδένια, που έχει σχέση με την έκκριση της χολής. Η χολή ανέρχεται κατά το 24/ωρο στο ποσό των 500-600 κυβ. εκ. και είναι απαραίτητη για την πέψη και την απομύζηση των λιπών.

Η ενδοκρινής μοίρα του ηπατικού λοβίου αποτελείται από τα ηπατικά πετάλια και από τους ανάμεσά τους πορευομένους φλεβώδεις κόλπους της πυλαίας φλέβας. Σ' αυτή τη μοίρα γίνεται η δόμηση και αποδόμηση του γλυκογόνου και παράγεται συγχρόνως η ουρία, το ινωδογόνο και η προθρομβίνη.

Το ήπαρ εκτός από το εξώκριμα και τα ενδοκρίματα, τα οποία παράγει, χρησιμεύει ακόμη και για την άμυνα του οργανισμού γιατί στο τοίχωμα των φλεβωδών κόλπων της πυλαίας φλέβας βρίσκονται τα αστεροειδή κύτταρα (Kupffer). Τα κύτταρα αυτά έχουν την ικανότητα να αποταμιεύουν διάφορες χρωστικές, να καταστρέφουν με ενδοκυττάρια πέψη τα μικρόβια και κυρίως να αποδομούν τα γερασμένα ερυθρά αιμοσφαίρια, από την αιμοσφαιρίνη των οποίων, παράγουν τη χολερυθρίνη<sup>(6)</sup>.

**Χοληδόχος κύστη :** Είναι μικρός σάκος που βρίσκεται προσκολλημένος στην κάτω πλευρά του ύπατος. Η κύστη διαχωρίζεται στον πυθμένα της, στο σώμα της και στον αυχένα της χοληδόχου κύστης. Ο μόνος σκοπός της είναι η περιεκτικότητα και αποθήκευση της χολής. Όταν το σώμα χρειάζεται χολή για να χωνέψει τροφή, η χοληδόχος κύστη απελευθερώνει υγρό για να ενισχύσει αυτό που ήδη παρήχθη από το ήπαρ. Η χολή είναι πικρή και είναι πρασινοκίτρινη σε χρώμα. Η χοληδόχος κύστη, αδειάζει το περιεχόμενο της μέσω του κυστικού πόρου. Ο κυστικός πόρος, από την χοληδόχο κύστη, με τον ηπατικό πόρο από το ήπαρ συνδυάζονται για να σχηματίσουν τον κοινό χοληδόχο πόρο. Αυτός ο συνδυαζόμενος αγωγός αδειάζει την χολή κατευθείαν στον δωδεκαδάκτυλο και έτσι προστίθεται στους χυμούς στην διάρκεια της πεπτικής διαδικασίας<sup>(7),(5)</sup>.

**Πάγκρεας:** Το πάγκρεας διαιρείται σε τέσσερις μοίρες: κεφαλή, αυχένα, σώμα και ουρά και βρίσκεται εντός της κοιλίας εν τω βάθει, έμπροσθεν της σπονδυλικής στήλης και πολύ όπισθεν του πλευρικού τόξου και αυτό ακριβώς εξηγεί τη δυσκολία στην κλινική του διερεύνηση. Το πάγκρεας είναι μικτός αδένας, δηλαδή ενδοκρινής και εξωκρινής ταυτόχρονα.

*Η εξωτερική έκκριση βοηθά στην πέψη:*

- υδατανθράκων: με την αμυλάση
- πρωτεϊνών : με τη θρυψίνη
- λιπιδίων: με τη λιπάση

*Η έσω έκκριση ρυθμίζει το μεταβολισμό της γλυκόζης με:*

- την ινσουλίνη: υπογλυκαιμικός παράγων, που εκκρίνεται από τα β-κύτταρα των νησιδίων του Langerhans.
- τη γλυκαγόνη: υπεργλυκαιμικός παράγων που εκκρίνεται από τα α- κύτταρα ή A<sub>2</sub><sup>(8),(9)</sup>.

Η ινσουλίνη είναι απαραίτητη για το μεταβολισμό των υδατανθράκων. Τα κολυκοειδή κύτταρα του παγκρέατος εκκρίνουν πεπτικά ένζυμα σε πόρους οι οποίοι συνδέονται με τον παγκρεατικό πόρο. Τα κύρια παγκρεατικά ένζυμα είναι η αμυλάση, η πρωτεάση, η θρεψίνη και η λιπάση. Τα ένζυμα αυτά είναι σημαντικά για την πέψη και την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών στο λεπτό έντερο. Η έκκριση παγκρεατικών ενζύμων ρυθμίζεται από τη σεκρετίνη και τη χολοκυστοκινίνη, δύο ένζυμα τα οποία εκκρίνονται από τον εντερικό βλεννογόνο<sup>(10)</sup>.

**Σπλήνας :** Ο σπλήνας λειτουργικά ανήκει στο αγγειακό σύστημα, περιγράφεται όμως συνήθως με το πεπτικό λόγω των ανατομικών του σχέσεων με τα σπλάχνα του πεπτικού συστήματος. Ο σπλήνας βρίσκεται στο πάνω και στο αριστερό μέρος της κοιλίας, στο αριστερό υποχόνδριο. Έχει σχήμα κόκκου καφέ, διαστάσεις 12\*8\*4 εκ. περίπου, χρώμα κυανοκόκκινο και σύσταση μαλακή.

Έχει δύο επιφάνειες μία προς τα πάνω κυρτή που ακουμπά στο διάφραγμα και μια προς τα κάτω κοίλη που έρχεται σε σχέση με το στομάχι, το αριστερό νεφρό, την ουρά του παγκρέατος και την αριστερή κολική καμπή.

Ο σπλήνας καλύπτεται ολόκληρος από περιτόναιο το οποίο σχηματίζει διάφορες πτυχές που αποτελούν τους συνδέσμους και στηρίζουν τον σπλήνα συνδέοντας τον με τα γειτονικά όργανα.

- ◆ Ο γαστρο – σπληνικός με το στομάχι
- ◆ Ο παγκρεατο – σπληνικός με το πάγκρεας
- ◆ Ο φρενο – σπληνικός με το διάφραγμα και
- ◆ Ο φρενο – κολικός παρ' όλο που συνδέει το διάφραγμα με το κόλον χρησιμεύει και στη στήριξη του σπλήνα.

Ο σπλήνας δέχεται αίμα από τη σπληνική αρτηρία η οποία πριν μπει στον σπλήνα διαιρείται σε 4 – 5 κλάδους. Οι κλάδοι αυτοί μπαίνουν στο σπλήνα από τη μέση της κάτω επιφάνειας. Από το σημείο αυτό, που αποτελεί την πύλη του σπλήνα, βγαίνουν και οι φλέβες που σχηματίζουν την σπληνική φλέβα η οποία καταλήγει στην πυλαία φλέβα.

Η νεύρωση του σπλήνα προέρχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ο σπλήνας έχει αιμοποιητικές ικανότητες σε ορισμένες περιστάσεις. Ακόμα συμβάλλει στην καταστροφή των γερασμένων αιμοσφαιρίων και στην άμυνα του οργανισμού. Χρησιμεύει ακόμη και σαν αποθήκη αίματος<sup>(11)</sup>.

### 1.3 Η φυσιολογική πέψη

Η διαδικασία της πέψης ξεκινά μέσα στο στόμα , όπου τα δόντια και η γλώσσα κόβουν τα μεγάλα κομμάτια της τροφής σε μικρότερα. Οι σιελογόνοι αδένες εκκρίνουν σίελο μέσα στο στόμα, ώστε να αναμειχθεί με την τροφή. Ο σίελος διευκολύνει το μάσημα της τροφής και περιέχει επίσης ένα ένζυμο που ονομάζεται σιελική αμυλάση, το οποίο αρχίζει να μεταβολίζει τους υδατάνθρακες, όπως τα σάκχαρα και τα άμυλα. Ο σίελος είναι ελαφρώς όξινος και συνεχίζει να παράγεται και όταν δεν τρώει το άτομο προκειμένου να διατηρεί το στόμα και τα δόντια καθαρά και να εμποδίζει την ανάπτυξη πλάκας στα δόντια. Τα άτομα με παθήσεις που επιφέρουν μείωση της σιελικής παραγωγής υποφέρουν συχνά από ξηροστομία, δυσκολία στην κατάποση και τερηδόνα. Όταν η τροφή μασηθεί και μαλακώσει, η γλώσσα την σπρώχνει στο πίσω μέρος του λάρυγγα, όπου και προωθείται από τους μυς στον οισοφάγο. Η τροφή περνά από τον οισοφάγο στο στομάχι μέσω μίας μυϊκής μονόδρομης βαλβίδας που ονομάζεται καρδιοοισοφαγικός σφιγκτήρας και η οποία εμποδίζει την αναγωγή του γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο, όταν το στομάχι συσπάται ή όταν το άτομο είναι ξαπλωμένο σε ύπτια θέση.

Τελικά, η υγροποιημένη τροφή προωθείται μέσω μίας ακόμα βαλβίδας (του πυλωρού) στο δωδεκαδάκτυλο, τα πρώτα εκατοστά του λεπτού εντέρου. Εκεί προστίθενται και άλλες χημικές ουσίες, προκειμένου να εξουδετερωθούν τα οξέα του στομάχου, μαζί με ένζυμα από το πάγκρεας που βοηθούν στην πέψη των υδατανθράκων, των λιπιδίων και των πρωτεϊνών, και



χολή από το ήπαρ που συμβάλλει στην πέψη των λιπιδίων. Η αφομοιωμένη τροφή περνά κατόπιν στα εναπομείναντα έξι μέτρα του λεπτού εντέρου. Εκεί, ολοκληρώνεται η χημική διάσπαση της τροφής και τα χημικά συστατικά στοιχεία του γεύματος απορροφώνται στο αίμα και τα λεμφαγγεία. Η βασική αποστολή του παχέως εντέρου είναι να επαναρροφά το νερό, που χρησιμοποιείται για την πέψη και να αποβάλλει την τροφή και τις ίνες που δεν έχουν αφομοιωθεί<sup>(12)</sup>.

## **1.4 Η περιτοναϊκή κοιλότητα**

Τα τοιχώματα της κοιλιακής κοιλότητας επενδύονται από ένα λεπτό υμένα, το περιτόναιο, που καλύπτει και τα περισσότερα σπλάχνα. Το τοιχωματικό περιτόναιο επενδύει τα τοιχώματα τις κοιλότητας, ενώ το σπλαχνικό περιτόναιο καλύπτει τα σπλάχνα. Μεταξύ του τοιχωματικού και του σπλαχνικού περιτόναιου σχηματίζεται μια σχισμοειδής κοιλότητα, η περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τα κοιλιακά σπλάχνα είτε είναι μετέωρα μέσα στην κοιλότητα αυτή, εξαρτώμενα από διπέταλες πτυχές του περιτόναιου (μεσεντέρια), είτε βρίσκονται έξω από αυτήν. Τα όργανα που είναι αναρτημένα στην κοιλότητα χαρακτηρίζονται ενδοπεριτοναϊκά. Τα όργανα έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα, με μόνο την μία επιφάνεια ή ένα μέρος της, καλυμμένη από το περιτόναιο, χαρακτηρίζονται οπισθοπεριτοναϊκά. Η περιτοναϊκή κοιλότητα υποδιαιρείται στον μείζονα θύλακο (μεγάλη περιτοναϊκή κοιλότητα) και στον επιπλοϊκό ή ελάσσονα θύλακο<sup>(5)</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### **2.1 Το ανοσοποιητικό σύστημα**

Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι ο τρόπος άμυνας του σώματος κατά του περιβάλλοντος των μικροβίων στο οποίο ζούμε. Υπάρχουν πολλά αντιγόνα (ξένα υλικά) στο περιβάλλον που μπορούν να προξενήσουν ανοσοποιητική αντίδραση όπως ιοί, βακτηρίδια, μύκητες, παράσιτα ή ακόμα και ένα μέρος ή προϊόν αυτών των οργανισμών.

Η πρώτη γραμμή άμυνας του σώματος κατά των ασθενειών είναι το προστατευτικό κάλυμμα του δέρματος και της βλέννης που εκκρίνεται από τις βλεννογόνες μεμβράνες. Όσο αυτά είναι ανέπαφα τα αντιγόνα δεν μπορούν να μπου. Διάφορες σωματικές εκκρίσεις παρέχουν βακτηριοκτόνα συστατικά όπως το οξύ στο γαστρικό υγρό, η λυσοζύμη στα δάκρυα και στο σίελο και συγκεκριμένα φυσιολογικά βακτηρίδια που ελέγχουν τα πιθανά παθογόνα βακτηρίδια και τους μύκητες στον κόλπο και το έντερο. Το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελείται από δισεκατομμύρια κύτταρα και ακόμα μεγαλύτερο αριθμό πρωτεϊνών μορίων που είναι γνωστά σαν αντισώματα και συμπλήρωμα, τα οποία επίσης κατευθύνονται προς τους ξένους εισβολείς.

Τα όργανα του ανοσοποιητικού συστήματος βρίσκονται σε όλο το σώμα και γενικά είναι γνωστά σαν λεμφοειδή όργανα επειδή υπάρχουν όπου αναπτύσσονται λεμφοκύτταρα και εκτελούν τις λειτουργίες τους. Αυτά τα όργανα περιλαμβάνουν το μυελό των οστών, το θύμο, τις λεμφαδένες, το σπλήνα, τις αμυγδαλές, τα αδενοειδή, τον σκωληκοειδή και ομάδες λεμφοειδών ιστών στο λεπτό έντερο που ονομάζονται Παυέριες πλάκες. Το αίμα και τα λεμφικά αγγεία επίσης θεωρούνται λεμφοειδή όργανα. Όταν λεμφοκύτταρα Β και Τ φεύγουν από τον μυελό των οστών και τον θύμο, ταξιδεύουν μέσα στο σώμα, στο αίμα και τα λεμφικά αγγεία. Κατά μήκος των λεμφικών αγγείων υπάρχουν ομάδες λεμφαδένων. Καθένας περιέχει εξειδικευμένα τμήματα που αποθηκεύουν μεγάλο αριθμό κυττάρων Β και Τ καθώς και άλλα τα οποία μπορούν να παγιδεύουν τα αντιγόνα που τα παρουσιάζουν στα κύτταρα Τ για καταστροφή<sup>(7)</sup>.

### **2.2 Αυτοάνοσα Νοσήματα**

Τα αυτοάνοσα νοσήματα βάλουν διαφορετικά όργανα και συνδέονται μεταξύ τους από έναν κοινό μηχανισμό όπου το ίδιο το σώμα επιτίθεται και καταστρέφει τα δικά του κύτταρα και ιστούς.

Διαφορετικά αυτοάνοσα συνδέονται με το όργανο που εμπλέκεται κάθε φορά, όπως :

- ◆ Θυρεοειδίτιδα Hashimoto
- ◆ Ελκώδης κολίτιδα
- ◆ Νόσος του Crohn
- ◆ Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- ◆ Σκλήρυνση κατά πλάκας
- ◆ Ψωρίαση και ψωριασική αρθρίτιδα
- ◆ Σακχαρώδης διαβήτης τύπου I
- ◆ Ερυθματώδης λύκος κ.α.

Η ίδια η ποικιλομορφία αυτών των ασθενειών είναι το βασικό εμπόδιο τόσο στο να έχουμε μια συνολική εικόνα του προβλήματος όσο και στο βρεθεί μια αποτελεσματική θεραπεία για αυτά.

### ***Αίτια πρόκλησης των αυτοάνοσων νοσημάτων***

- ◆ Γονιδιακή προδιάθεση (κληρονομικότητα)
- ◆ Βλάβες σε επίπεδο DNA
- ◆ Ιοί και άλλοι μικροβιακοί παράγοντες
- ◆ Επιβάρυνση και έκθεση σε τοξικές ενώσεις
- ◆ Απορρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος
- ◆ Έλλειψη βιταμίνης B1
- ◆ Έλλειψη μαγνησίου
- ◆ Έλλειψη βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέως
- ◆ Έλλειψη βιταμίνης D
- ◆ Χαμηλά επίπεδα μαγνησίου, σεληνίου και ψευδαργύρου
- ◆ Δυσλειτουργία των ορμονικών μηχανισμών του στρες
- ◆ Εμβόλια (ο εμβολιασμός με πρωτεΐνες διαφορετικών οργάνων χρησιμοποιείται ως μέσο πρόκλησης αυτοανοσίας σε πειραματικά μοντέλα)
- ◆ Στρες
- ◆ Διατροφικές συνήθειες
- ◆ Αλλεργίες<sup>(13)</sup>

## **2.3 Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΦΝΕ)**

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΦΝΕ), που περιλαμβάνουν την νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, είναι χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα. Η διάγνωση τους τίθεται από ένα σύνολο κλινικών ενδοσκοπικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών, αλλά κανένα μεμονωμένο χαρακτηριστικό δεν είναι διαγνωστικό για την μια νόσο ή την άλλη. Επιπρόσθετα, μερικοί ασθενείς εμφανίζουν μια κλινική εικόνα ενδιάμεση μεταξύ των δύο παθήσεων, την αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

### ***Επιδημιολογία των ΦΝΕ***

Η συχνότητα και ο επιπολασμός των νόσων αυτών, ποικίλει ανάλογα με την γεωγραφική κατανομή. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στον πληθυσμό των λευκών της βόρειας Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής, όπου η συχνότητα της κάθε νόσου είναι περίπου 5 ανά 100.000 και η επίπτωση περίπου 50 ανά 100.000. Η συχνότητα στην κεντρική και νότια Ευρώπη είναι χαμηλότερη και στη νότια Αμερική, την Ασία και την Αφρική ακόμα μικρότερη. Η συχνότητα των ΦΝΕ στους μαύρους των ΗΠΑ κυμαινόταν μεταξύ του 1/5 και του 1/2 εκείνης των λευκών, αλλά τα τελευταία χρόνια το χάσμα έχει μικρύνει. Στην βόρεια Ευρώπη και στην βόρεια Αμερική η συχνότητα της ελκώδους κολίτιδας έχει σταθεροποιηθεί, ενώ η συχνότητα της νόσου του Crohn εξακολουθεί να αυξάνεται. Και για τις δύο παθήσεις, η επίπτωση είναι ίδια στους άνδρες και τις γυναίκες.

## **Παθοφυσιολογία των ΦΝΕ**

Στις ΦΝΕ η στιβάδα του συνδετικού ιστού του βλεννογόνου διηθείται από λεμφοκύτταρα, μακροφάγα και άλλα κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος. Παρά την εντατική αναζήτηση αντιγόνων που πυροδοτούν την ανοσολογική απάντηση, δεν έχει αποκαλυφθεί κάποιος υπεύθυνος παθογόνος μικροοργανισμός. Στον ορό των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα έχουν ανεβρεθεί αντισώματα κατά του παχέος εντέρου. Οι ΦΝΕ μπορεί επίσης να σχετίζονται με μια αποτυχία περιορισμού (ή ρύθμισης σε κατώτερα επίπεδα) της φυσιολογικής, ισόρροπης χαμηλού βαθμού χρόνιας φλεγμονής της στιβάδας του συνδετικού ιστού του βλεννογόνου του εντέρου, που προκαλείται από την χρόνια έκθεση σε αντιγόνα του αυλού<sup>(14)</sup>.

## **Πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου**

Εθνολογικοί	Διαφορετική επίπτωση σε διάφορες εθνότητες
Περιβαλλοντολογικοί	Αυξημένοι επίπτωση ανεξάρτητα από φυλή σε χώρες που παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση
Οικογενείς	Αυξημένη επίπτωση σε στενούς συγγενείς
Κάπνισμα	Αυξημένη συχνότητα ελκώδους κολίτιδας στους μη καπνιστές και αυξημένη συχνότητα νόσου Crohn σε καπνιστές
Διατροφή	Δυσανεξία σε ορισμένες τροφές
Μικροβιακοί	Αναερόβια μικρόβια, μικροοργανισμοί χωρίς κυτταρικό τοίχωμα, μυκοβακτηρίδια, ιοί, σακχαρομύκητες, μικροβιακοί μεταβολήτες (ενδοτοξίνες, λιποσακχαρίτες, ολιγοπεπτίδια κλπ)
Ανατομικοί	Αυξημένη διαπερατότητα του εντερικού τοιχώματος
Ανοσοβιολογικοί	Ανώμαλη ρύθμιση του βλενογονικού ανοσοβιολογικού συστήματος του εντέρου, αυτοάνοση εντερική αντίδραση

(15)

## **Συστηματικές επιπλοκές στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου**

### **1. Θρέψεως και μεταβολικές**

- Απώλεια βάρους, μυϊκής μάζας και αναστολή αναπτύξεως (παιδιά)
- Ηλεκτρολυτική ανεπάρκεια ( K<sup>+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, Ca<sup>2+</sup>)
- Υπολευκωματιναιμία ( θρέψεως, εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεΐνης )

- Αναιμία (χρόνια νόσος ,σιδηροπενία ,σπάνια ανεπάρκεια βιταμίνης B12, φυλλικού στη νόσο του Crohn )
- Ανεπάρκεια των χολικών αλάτων σε νόσο του ειλεού (στεατόρροια και ανεπάρκεια λιποδιαλυτών βιταμινών της απορροφήσεως οξαλικών από το παχύ έντερο, νεφρικοί λίθοι, αύξηση της λιθογονικότητας της χολής, χολόλιθοι).

## 2. Μυοσκελετικές

- Περιφερική αρθραλγία – αρθρίτιδα
- Αγκυλωτική σπονδυλίτιδα, ιερολαγονίτιδα (sarcoileitis)
- Κοκκιωματώδης μυοσίτιδα ( σπάνια)

## 3. Ηπατοχολική νόσος

- Λιπώδες ήπαρ
- Χολολιθίαση
- Περιχολαγγειίτιδα , χολική κίρρωση (σπάνια )
- Σκληρυντική χολοαγγειίτιδα
- Καρκίνος των χοληφόρων
- Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα και κίρρωση

## 4. Δέρμα και βλεννογόνιες μεμβράνες

- Οζώδες ερύθημα
- Γαγγραινώδες πυόδερμα
- Αφθώδης στοματίτιδα
- N. Crohn του βλεννογόνου του στόματος, των ούλων του κόλπου

## 5. Οφθαλμός

- Ιρίτιδα, χοριοειδίτιδα, επισκληρίτιδα

## 6. Φλεβική θρόμβωση και θρομβοεμβολική νόσος (υπερπηκτικότητα, αφυδάτωση, στάση) <sup>(16)</sup>

## **Κάπνισμα και ΦΝΕ**

Ο κίνδυνος εμφάνισης ελκώδους κολίτιδας είναι αυξημένος στους μη καπνιστές και τους πρώην καπνιστές σε σύγκριση με τους καπνιστές. Δεν είναι σαφές κατά πόσο η έναρξη του καπνίσματος βελτιώνει τα συμπτώματα, αν και έχουν αναφερθεί θετικά αποτελέσματα με αυτοκόλλητα νικοτίνης. Αντίθετα στους ασθενείς με νόσο Crohn, η συχνότητα του καπνίσματος είναι μεγαλύτερη από τον γενικό πληθυσμό και εκείνοι οι ασθενείς που συνεχίζουν να καπνίζουν έχουν λιγότερες πιθανότητες να ανταποκριθούν στην φαρμακευτική αγωγή <sup>(14)</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### **3.1 Η νόσος του Crohn**

Η ασθένεια αυτή περιγράφηκε πρώτα το 1932 από τον Crohn και τους συνεργάτες του, ως προσβάλλουσα το τελικό τμήμα του ειλεού, γι' αυτό και αρχικά περιγράφηκε ως τελική εϊλειτιδα. Σήμερα είναι γνωστό ότι προσβάλλει οποιαδήποτε μοίρα του πεπτικού σωλήνα από το στόμα μέχρι το δακτύλιο. Τελευταία αποδείχθηκε ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα σε ηλικιωμένες γυναίκες και μάλιστα ορθοπρωκτικής εντοπίσεως<sup>(17)</sup>. Η έναρξη της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου συμβαίνει συνήθως στις ηλικίες 15 έως 35 ετών<sup>(10)</sup>.

#### ***Τύποι της νόσου του Crohn***

- ◆ Χρόνιος φλεγμονώδης τύπος. Είναι ο πιο συχνός και προκαλεί χαμηλό πυρετό, κακουχία, απώλεια βάρους, αδυναμία και διάρροια. Μπορεί να υπάρχουν και κοιλιακά άλγη.
- ◆ Αποφρακτικός. Προκαλεί πόνο στην κοιλιά σαν κολικό, φούσκωμα «γουργουρητό» της κοιλιάς.
- ◆ Νόσος του Crohn που εκδηλώνεται με συρίγγια.
- ◆ Περιπρωκτική Νόσος<sup>(18)</sup>.

### **3.2 Παθοφυσιολογία της νόσου Crohn**

Η παθοφυσιολογία των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου έχει διερευνηθεί ευρέως. Το τελικό αποτέλεσμα της διαταραχής είναι η φλεγμονή του βλεννογόνου του γαστρεντερικού σωλήνα η οποία προκαλεί εξέλκωση, οίδημα, αιμορραγία και απώλεια υγρού και ηλεκτρολυτών.

Η νόσος του Crohn διαφέρει σε κάποια σημεία από την ελκώδη κολίτιδα. Υπάρχει η υποψία ότι τόσο η νόσος του Crohn όσο και η ελκώδης κολίτιδα αποτελούν ανοσολογικές απαντήσεις στο ίδιο άγνωστο αιτιολογικό παράγοντα<sup>(10)</sup>.

### **3.3 Η νόσος του Crohn και οι βλάβες που προκαλεί στο έντερο**

Στη νόσο του Crohn το τοίχωμα του εντέρου είναι πεπαχυσμένο και άκαμπτο. Το μεσεντέριο, που είναι πεπαχυσμένο, οιδηματώδες και συσπασμένο, ακινητοποιεί το έντερο σε μια θέση. Η διατοιχωματική φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε συγκόλληση γειτονικών ελίκων του εντέρου. Οι «εναλασσόμενες βλάβες» που περιλαμβάνουν δύο παθολογικές περιοχές που διαχωρίζονται από μια περιοχή φυσιολογικού εντέρου είναι χαρακτηριστικές της νόσου του Crohn. Η φλεγμονή του παχέος εντέρου χωρίς συμμετοχή του ορθού είναι συχνότερη στην νόσο Crohn παρά στην ελκώδη κολίτιδα. Η πρωιμότερη βλάβη της νόσου του Crohn είναι τα αφθώδη έλκη, τα οποία τυπικά παρατηρούνται πάνω στις πλάκες του Peyer στο λεπτό έντερο και πάνω στις περιοχές λεμφικής συνάθροισης στο παχύ έντερο.

Προοδευτικά, τα αφθώδη έλκη μεγεθύνονται και γίνονται αστεροειδή ή ερπητοειδή. Τελικά, τα αστεροειδή έλκη συρρέουν, δημιουργώντας επιμήκη και εγκάρσια γραμμοειδή έλκη. Οι υπολλειματικές νησίδες μη εξελκωμένου βλεννογόνου δίνουν μια εικόνα πλακόστρωτου. Από την βάση των ελκών δημιουργούνται σχισμές που εκτείνονται δια μέσω του μυϊκού χιτώνα μέχρι τον ορογόνο υμένα. Λεμφικές συναθροίσεις ανεβρίσκονται στον υποβλεννογόνο χιτώνα και επεκτείνονται στην μυϊκή στιβάδα του βλεννογόνου. Η παρουσία κοκκιωμάτων είναι συχνή στην νόσο του Crohn σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα<sup>(14)</sup>.

### **Η συχνότητα προσβολής των διαφόρων τμημάτων του εντέρου στη νόσο Crohn**

Η συχνότητα με την οποία προσβάλλονται τα διάφορα τμήματα του εντέρου είναι :

- ◆ Στο 35% προσβάλλεται ο ειλεός (ειλεΐτιδα)
- ◆ Στο 45% ο ειλεός και το κόλο (παχύ έντερο) και πιο συχνά το δεξιό κόλο, οπότε έχουμε ειλεοκολίτιδα και
- ◆ Στο 20% προσβάλλεται μόνο το κόλο (κολίτιδα).

Περιστασιακά μπορεί να προσβληθεί το λεπτό έντερο και σπάνια το στομάχι, το δωδεκαδάκτυλο ή ο οισοφάγος. Η περιοχή γύρω από τον πρωκτό προσβάλλεται στο 1/3 – 1/4 των περιπτώσεων<sup>(19)</sup>.

### **3.4 Κατάταξη της Νόσου του Crohn κατά Montreal**

Ηλικία διάγνωσης		Εντόπιση		Συμπεριφορά	
A1	κάτω των 16 ετών	L1	Ειλεός (λεπτό έντερο)	B1	Χωρίς στενώσεις ή διάτρηση
A2	17-40 ετών	L2	Παχύ έντερο	B2	Στενώσεις
A3	Άνω των 40 ετών	L3	Τελικός ειλεός και παχύ έντερο	B3	Διατρήσεις
		L4	Περιορισμένη στο ανώτερο πεπτικό	P	Περιπρωκτική νόσος

### **3.5 Αιτιολογία της νόσου του Crohn**

Η αιτιολογία της ασθένειας είναι άγνωστη.

- Κατά ορισμένους οφείλεται σε λοιμώδη παράγοντα. Κατά τα τελευταία χρόνια επιτυχή πειράματα μεταδόσεως της ασθένειας με ένεση υλικού από τους μεσεντέριους αδένες ατόμου που πάσχει, στο εντερικό τοίχωμα κουνελιού ή το πόδι ποντικιού συνηγορεί υπέρ λοιμώδους αιτιολογίας, πιθανώς ιογενούς.
- Σύμφωνα με άλλους έχει αυτοάνοση βάση. Η χρόνια και υποτροπιάζουσα φύση της φλεγμονής, η παρουσία κοκκιωμάτων, η ύπαρξη συστηματικών εκδηλώσεων, όπως εκ μέρους των αρθρώσεων και του δέρματος, καθώς και η ευνοϊκή απάντηση στα στερινοειδή συνηγορούν υπέρ της αντιλήψεως ότι ο παθολογικός ανοσολογικός μηχανισμός παίζει ρόλο. Διατυπώθηκε η υπόθεση ότι οι ιστικές βλάβες αποτελούν άνοση αντίδραση προς το αντιγονικό υλικό που διέρχεται το εντερικό τοίχωμα αν και άμεση απόδειξη υπερευαισθησίας δεν κατέστη δυνατή. Η φλεγμονώδης αντίδραση από μονοπύρηνια αποτελεί πιθανώς το αποτέλεσμα της αναπτύξεως επιβραδυνόμενης ανοσίας σε διαλυτά αντιγόνα της τροφής, ενώ η κοκκιωματώδης φλεγμονή οφείλεται σε υπερευαισθησία προς αδιάλυτα αντιγόνα της. Εξάλλου γενετικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί, ενώ για μερικούς η ασθένεια έχει ψυχοσωματική βάση, αν και αυτό δε στηρίζεται σε σοβαρά δεδομένα<sup>(17)</sup>.

### 3.6 Συμπτωματολογία της Νόσου του Crohn

Τα συμπτώματα της νόσου είναι άλλοτε οξεία και άλλοτε ηπιότερα και περιλαμβάνουν πόνο, κυρίως περιομφαλικό, κακουχία, ελαφρά επεισόδια διάρροιας, απώλεια βάρους/κακή θρέψη και πυρετό που αναπτύσσεται αργά. Τα κόπρανα περιέχουν συνήθως κρυφό αίμα, γι' αυτό η αναιμία είναι συχνή. Οι κοιλιακές κράμπες αυξάνονται συχνά μετά το φαγητό και μειώνονται σε ένταση μετά την κένωση του εντέρου. Μπορεί να σχηματιστούν ορθικά συρίγγια, σχισμές και αποστήματα. Εξαιτίας της φλεγμονής μπορεί να παρουσιαστούν φαινόμενα οξείας κοιλίας, ακόμη και πραγματικές διατρήσεις του εντέρου και περιτονίτιδα. Άλλες φορές, εξαιτίας πάχυνσης του τοιχώματος προκαλείται απόφραξη και φαινόμενα ειλεού<sup>(4)</sup>.

**Διάρροια:** Συνεχής ή περιστασιακή διάρροια παρατηρείται στο 90% περίπου των ασθενών. Τα κόπρανα είναι υδαρή ημιστερέα και χαρακτηριστικά δεν περιέχουν καθόλου αίμα, όταν νοσεί μόνο το λεπτό έντερο. Το 1/3 των ασθενών με προσβολή του παχέος εντέρου αποβάλλουν αίμα, ενώ μερικοί ασθενείς παρουσιάζονται με αιματηρή διάρροια, που μοιάζει με αυτή που παρατηρείται στην ελκώδη κολίτιδα<sup>(21)</sup>.

**Κοιλιακός πόνος:** Τα χαρακτηριστικά του κοιλιακού πόνου συσχετίζονται συχνά με την εντόπιση της νόσου. Συνηθέστερα είναι περιομφαλικός ( γύρω από τον ομφαλό) , ήπιας η μέτριας έντασης πόνος , εμφανίζεται μετά τη λήψη τροφής, ανακουφίζεται με την κένωση και συνήθως συσχετίζεται με ατελή (οχι πλήρη) απόφραξη του προσβεβλημένου τμήματος του εντέρου. Όταν η φλεγμονή εντοπίζεται στην ειλεοτυφλική περιοχή, το κοιλιακό άλγος μπορεί να εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο ( χαμηλά δεξιά στην κοιλιά ). Ωστόσο σε μερικούς ασθενείς, ο πόνος μπορεί να είναι σπλαγγικός. Κοιλιακό άλγος, πάντως , μπορεί να εμφανιστεί και σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν απόφραξη ή βρίσκονται σε ύφεση, αλλά η αιτία του παραμένει ασαφής<sup>(18)</sup>.

**Αιφνίδια έναρξη:** Ο οξύς κοιλιακός πόνος και ευαισθησία στην δεξιά βουβωνική περιοχή, που μιμείται οξεία σκωληκοειδίτιδα, μπορεί κατά την χειρουργική επέμβαση να διαπιστωθεί ότι οφείλεται σε οξεία φλεγμονή του περιφερικού ειλεού. Μόνο το 15% αυτών των περιπτώσεων εξελίσσεται σε χρόνια νόσο του Crohn, πράγμα που σημαίνει ότι οι περισσότεροι ασθενείς με οξεία ειλεΐτιδα έχουν μια λοιμώδη εξεργασία άσχετη με την νόσο του Crohn. Αυτή η κατάσταση αναπτύσσεται εκτενέστερα στο εδάφιο τις οξείας εντερίτιδας και μεσεντερίου λεμφαδενίτιδας.

**Κοιλιακά συμπτώματα και γενικά συμπτώματα:** Επεισόδια κοιλιακού πόνου και διάρροιας που συνοδεύονται από αδυναμία, κακουχία, απώλεια βάρους, πυρετό και αναιμία είναι το σύνθητες σύνδρομο εκδήλωσης. Σε αυτούς τους ασθενείς συχνά ψηλαφάται μια μάζα στην δεξιά βουβωνική χώρα. Ενίοτε, ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας είναι το μόνο κλινικό εύρημα<sup>(21)</sup>.

**Πυρετός:** Μέτριος ή χαμηλός πυρετός παρουσιάζεται στους μισούς ασθενείς, δεν έχει συγκεκριμένο ρυθμό και τύπο, και οφείλεται στη φλεγμονώδη εξεργασία ( φλεγμονή)<sup>(18)</sup>.

**Ορθοπρωκτικές βλάβες:** Χρόνιες περιπρωκτικές ραγάδες, μεγάλα έλκη, πολύπλοκα πρωκτικά συρίγγια και παραορθικά αποστήματα παρατηρούνται στο 15-25% των ασθενών με νόσο του Crohn που περιορίζεται στο λεπτό έντερο και στο 50-75% αυτών με συμμετοχή του παχέος εντέρου. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν πολλά χρόνια πριν από την εντερική νόσο. Τα ιστολογικά ευρήματα της νόσου του Crohn, συμπεριλαμβανομένων των κοκκιωμάτων, συχνά ανευρίσκονται σε βιοψίες ορθοπρωκτικών βλαβών ακόμα και όταν η μοναδική εντόπιση της νόσου βρίσκεται πολύ ψηλά στο γαστρεντερικό σωλήνα.



**Αναιμία:** Σιδηροπενική αναιμία ή μακροκυτταρική αναιμία λόγω έλλειψης βιταμίνης B<sub>12</sub> ή φυλλικού οξέος μπορεί να εκδηλωθούν σε απουσία εντερικών συμπτωμάτων.

**Κακή θρέψη:** Εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεϊνών, στεατόρροια, χρόνια απόφραξη και ελαττωμένη πρόσληψη τροφής λόγω χρόνιας νόσου συμβάλλουν στην κακή θρέψη και την απώλεια βάρους. Ελλείψεις μετάλλων και βιταμινών (ιδίως έλλειψη της βιταμίνης D) είναι συχνές. Ελλείψεις υδατοδιαλυτών και λιποδιαλυτών βιταμινών είναι συχνές σε ασθενείς με νόσο του Crohn του λεπτού εντέρου, αλλά τα κλινικά συμπτώματα της έλλειψης των βιταμινών είναι σπάνια. Έχει αναφερθεί και έλλειψη ψευδαργύρου. Τα παιδιά που έχουν προσβληθεί από εκτεταμένη νόσο του Crohn δεν αναπτύσσονται ομαλά και μπορεί να έχουν σοβαρή καθυστέρηση της σεξουαλικής τους ωρίμανσης. Η πρόληψη της αναστολής της ανάπτυξης με παρεντερική διατροφή υποδηλώνει τη σημασία της κακής θρέψης, ως αιτία της αδυναμίας ανάπτυξης στη νόσο του Crohn. Τα επίπεδα της σωματομεδίνης C μπορεί να είναι ένας αξιόπιστος δείκτης της διατροφικής επάρκειας<sup>(21)</sup>.

**Απώλεια βάρους:** Η απώλεια βάρους που υπερβαίνει το 5% του σωματικού βάρους, εμφανίζει το 25% - 40% των ασθενών, ανεξάρτητα από την εντόπιση της νόσου. Η συνηθέστερη αιτία απώλειας βάρους είναι η ανορεξία ή η ελαττωμένη πρόσληψη τροφής. Το κοιλιακό άλγος ή η εμφάνιση διάρροιας μετά το γεύμα οδηγούν συχνά τον ασθενή σε ελαττωμένη πρόσληψη τροφής. Εντούτοις, ορισμένες φορές η υποθρεψία είναι αποτέλεσμα της παρουσίας δυσαπορρόφησης<sup>(18)</sup>.

### 3.7 Συχνότητα κλινικών εκδηλώσεων της νόσου Crohn σε παιδιά και ενήλικες

Σύμπτωμα	Παιδιά (%)	Ενήλικες (%)
Κοιλιακό άλγος	81	55-72
Διάρροια	77	75-100
Απώλεια βάρους	75	12-35
Αίμα από το ορθό	40	8-46
Πυρετός	39	10-20
Πρωκτικές βλάβες	40	9-38

(22)

### 3.8 Προβλήματα ασθενούς με νόσο Crohn

- Κακή κυκλοφορία οξυγόνου (αναιμία, πόνος)
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (κακή εντερική απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών).
- Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο (διάρροια)
- Περιορισμός δραστηριοτήτων (απώλεια βάρους)
- Μείωση άνεσης ( πόνος ,κακουχία)
- Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός)
- Προβλήματα χρονιότητας της νόσου και ίσως προσωπικότητας του ατόμου<sup>(4)</sup>.

### 3.9 Δείκτης Harvey – Bradshaw για την εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου Crohn

Γενική ευεξία:	0 = πολύ καλά, 1 = σχετικά καλά, 2= μέτρια, 3= άσχημα, 4= πολύ άσχημα
Κοιλιακό άλγος:	0 = καθόλου, 1 = ήπιο, 2 = αρκετό, 3 = πάρα πολύ
Αριθμός υδαρών κενώσεων την ημέρα	
Ψηλαφητή κοιλιακή μάζα:	0 = όχι, 1 = πιθανή, 2 = βέβαιη, 3 = βέβαιη και επώδυνη
Επιπλοκές	Αρθραλγία, αρθρίτιδα, ιριδοκυκλίτιδα, οζώδες ερύθημα,αφθώδη έλκη, γαγγραινώδες πυόδερμα, πρωκτική στένωση,νέα συρίγγια, αποστήματα

\*Βαθμολογία με 1 για κάθε μία επιπλοκή<sup>(22)</sup>.

### 3.10 Επιπλοκές της Νόσου του Crohn

#### A) Εντερικές:

♦ **Βαριά, απειλητική για τη ζωή φλεγμονή του παχέος εντέρου:** Αυτό συμβαίνει εξίσου και στην ελκώδη κολίτιδα και στη νόσο του Crohn. Στις πιο ακραίες περιπτώσεις, το κόλον διατείνεται (τοξικό megacolon) και οι βακτηριακές τοξίνες περνούν ελεύθερα δια του προσβεβλημένου βλεννογόνου στη πυλαία και κατόπιν στη συστηματική κυκλοφορία. Αυτή η επιπλοκή συμβαίνει συνηθέστερα κατά τη διάρκεια της πρώτης προσβολής της κολίτιδας. Μια ακτινογραφία κοιλίας πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά επειδή όταν το εγκάρσιο κόλο διατείνεται πάνω από 6 εκατοστά υπάρχει υψηλός κίνδυνος διατήσεως του κόλου.

♦ **Διάτρηση του λεπτού εντέρου ή κόλου:** Αυτή μπορεί να συμβεί και χωρίς την ανάπτυξη τοξικού megacolon.

♦ **Απειλητική για τη ζωή οξεία αιμορραγία:** Η αιμορραγία οφειλόμενη σε διάβρωση μείζονος αρτηρίας είναι μια σπάνια επιπλοκή και των δυο καταστάσεων.

♦ **Συρίγγιο και περιπρωκτική νόσος:** Συριγγώδης συνδέσεις μεταξύ ελίκων του προσβεβλημένου εντέρου, ή μεταξύ εντέρου και ουροδόχου κύστεως ή κόλπου είναι ειδικές επιπλοκές της νόσου του Crohn και δεν συμβαίνουν στην ελκώδη κολίτιδα. Τα εντερο-εντερικά συρίγγια προκαλούν διάρροια και δυσαπορρόφηση λόγω του συνδρόμου τυφλής έλικας. Τα εντεροκυστικά συρίγγια προξενούν υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και πνευματουρία. Ένα εντεροκολπικό συρίγγιο προκαλεί κοπρανώδες κολπικό έκκριμα. Η συριγγοποίηση του εντέρου μπορεί επίσης να προκαλέσει περιπρωκτικά ή ισχιο-ορθικά αποστήματα, ραγάδες και συρίγγια. Αυτά μπορεί μερικές φορές να είναι εξαιρετικά βαριά και να αποτελέσουν πηγή για σοβαρή νοσηρότητα.

♦ **Καρκίνος:** Οι ασθενείς με εκτεταμένη ενεργό κολίτιδα, διάρκειας πάνω από 8 έτη, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο αθροιστικός κίνδυνος στην ελκώδη κολίτιδα μπορεί να ανέρχεται στο 20% μετά από 30 έτη, αλλά είναι πιθανότητα μικρότερος για τη νόσο του Crohn. Οι όγκοι αναπτύσσονται σε περιοχές δυσπλασίας και μπορεί να είναι πολλαπλοί. Το αδενοκαρκίνωμα του λεπτού εντέρου είναι μια σπάνια επιπλοκή της

μακροχρόνιας νόσου του Crohn στο λεπτό έντερο. Επομένως, οι ασθενείς με μακροχρόνια, εκτεταμένη κολίτιδα εισέρχονται σε προγράμματα κολονοσκοπικής επιτήρησης, με αφετηρία 8-10 έτη μετά τη διάγνωση. Πολλαπλές τυφλές βιοψίες λαμβάνονται κάθε 10 εκατοστά καθόλο το μήκος του παχέος εντέρου και επιπλέον βιοψίες λαμβάνονται από υπεργεμμένες ή εξελκώμενες περιοχές. Οι δυσπλαστικές περιοχές εκτιμούνται από τους ιστοπαθολόγους ως μικρού ή υψηλού βαθμού. Η εκτίμηση των βλαβών υποκειμενική και η παρουσία ενεργού φλεγμονής καθιστά την ανάλυση της δυσπλασίας πολύ δύσκολη. Οι ασθενείς που δεν έχουν στοιχεία δυσπλασίας ή μόνο χαμηλού βαθμού δυσπλασία παρακολουθούνται κάθε χρόνο έως κάθε 2 χρόνια ακόμα, ενώ εκείνοι με υψηλού βαθμού δυσπλασία θα πρέπει να θεωρηθούν υποψήφιοι για ολική πρωκτοκολεκτομή λόγω του υψηλού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου.

### ***B) Εξωεντερικές:***

Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου μπορεί να θεωρηθεί ως μια συστηματική πάθηση και μερικούς ασθενείς οι εξωεντερικές επιπλοκές κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Μερικές από αυτές συμβαίνουν κατά τη διάρκεια υποτροπής της εντερικής νόσου. Άλλες εμφανίζονται άσχετες με την ενεργότητα της νόσου<sup>(23)</sup>.

Αυτού του είδους οι επιπλοκές περιλαμβάνουν την αρθρίτιδα, τη μεταβολική νόσο των οστών, τα δερματικά προβλήματα, τη φλεγμονή στα μάτια ή στο στόμα, τις πέτρες στα νεφρά-νεφρολιθίαση, χολόλιθους ή άλλες ασθένειες του ήπατος και των χολαγγείων. Κάποια από αυτά τα προβλήματα επιλύονται κατά τη διάρκεια της αγωγής για την αντιμετώπιση της νόσου στο πεπτικό σύστημα, ενώ κάποια άλλα πρέπει να αντιμετωπιστούν ξεχωριστά<sup>(24),(23)</sup>.

**Μεταβολική νόσος των οστών:** Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση οστεοπενίας, οστεοπόρωσης και καταγμάτων. Αυτό είναι εν μέρει συνέπεια της χρήσης κορτικοστεροειδών και όλοι οι ασθενείς που λαμβάνουν στεροειδή για πάνω από τρεις μήνες, θα πρέπει να λαμβάνουν διφωσφονικά. Οι ασθενείς με νόσο του Crohn είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στη μεταβολική νόσο των οστών, λόγω του συνδυασμού της κακής διατροφής, της δυσαπορρόφησης της θεραπείας με κορτικοστεροειδή και των κυτταροκινών της κυκλοφορίας. Τακτικός έλεγχος της οστικής πυκνότητας με κατάλληλη αγωγή, ενδείκνυται σε όλους τους ασθενείς με ειλεοκολική νόσο του Crohn<sup>(23)</sup>.

## **3.11 Διάγνωση**

Η διάγνωση γίνεται με τη συνεισφορά τριών παραγόντων, κλινική εικόνα, ενδοσκοπική εικόνα και λήψη βιοψιών<sup>(25)</sup>.

**Λήψη ιστορικού:** Για να αξιολογηθούν τα συμπτώματα του γαστρεντερικού είναι εξαιρετικά σημαντικό ένα προσεκτικό ιστορικό. Ο πόνος και η δυσπεψία είναι τα πιο κοινά ενοχλήματα του πεπτικού. Ο πόνος και η λειτουργία του γαστρεντερικού θα πρέπει απαραίτητα να συσχετισθούν χρονολογικά. Απαιτείται επίσης σχολαστική διερεύνηση της συχνότητας και της ειδικότητας των ενοχλημάτων. Το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να περιλαμβάνει τον εντοπισμό του πόνου και το εάν είναι περιγραμμένος ή διάχυτος. Είναι σημαντικό να καθορισθεί ποιοι παράγοντες επιδεινώνουν ή βελτιώνουν το ενόχλημα. Μήπως με το φαγητό υποχωρεί το σύμπτωμα; και αν ναι, για πόσο διάστημα; Προσωρινή υποχώρηση του επιγαστρικού πόνου είναι χαρακτηριστικό της γαστρίτιδας και του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Ποια είναι η σχέση του πόνου με τις κενώσεις; Ο ασθενής με ελκώδη κολίτιδα συχνά ανακουφίζεται προσωρινά από τα κωλικοειδή ενοχλήματα της κάτω κοιλίας με την αφόδευση.

Προσοχή πρέπει να δοθεί στην ανορεξία και την απώλεια βάρους. Η ταυτόχρονη παρουσία τους θα πρέπει να εγείρει την υποψία υποκείμενης κακοήθειας. Εάν η απώλεια βάρους συνοδεύεται από αυξημένη όρεξη, θα πρέπει να σκεφθεί κανείς τη δυσαπορρόφηση ή δυσπεψία επίσης και υπερμεταβολικές καταστάσεις. Εάν υπάρχει διάρροια, θα πρέπει να καθορισθεί ο μέσος αριθμός των κενώσεων, η σύσταση τους και κάθε πότε εμφανίζονται. Σε ασθενή με διάρροια θα πρέπει να ερωτηθεί η οσμή (κάκοσμα κόπρανα είναι τυπικά παγκρεατικής ανεπάρκειας και srgue), μεταβολές στο χρώμα των κοπράνων (ανοιχτόχρωμα κόπρανα να εμφανίζονται σε στεατόρροια ή χολόσταση) και εάν υπάρχει αίμα ή βλέννα (το αίμα είναι χαρακτηριστικό στην ελκώδη κολίτιδα και σπάνιο στις λειτουργικές διαταραχές του εντέρου).

Τέλος μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στο ιστορικό «λήψεως φαρμάκων». Εάν δεν ερωτηθούν οι ασθενείς πιθανόν να ξεχάσουν να αναφέρουν, ότι παίρνουν ασπιρίνη καθημερινά για πονοκεφάλους, και αυτό πράγματι πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη επί παρουσία μικροσκοπικής αιμορραγίας. Πολλοί ασθενείς παίρνουν καθημερινά υπακτικά, που μπορούν να ερμηνεύσουν χρόνια διάρροια και ακτινολογικές αλλοιώσεις στο παχύ έντερο<sup>(16)</sup>.

### ***Συλλογή δεδομένων για τον ασθενή με πόνο:***

Ο νοσηλευτής κάνει τις ακόλουθες ερωτήσεις όταν αξιολογεί έναν ασθενή με πόνο :

#### ***1) Εντόπιση :***

- Πού πονάτε;
- Μπορείτε να μου δείξετε που πονάτε;

#### ***2) Χαρακτηριστικά :***

- Μπορείτε να περιγράψετε τον πόνο;
- Πόσες λέξεις θα χρησιμοποιούσατε για να περιγράψετε τον πόνο;
- (πιεστικός, καυστικός, βασανιστικός, οξύς, διαξιφιστικός σαν μαχαιριά, κ.α.)
- Είναι ο πόνος συνεχής ή έρχεται και φεύγει;

#### ***3) Ενταση :***

- Πόσο δυνατός ή έντονος είναι ο πόνος;
- Χρησιμοποιήστε κλίμακα πόνου.

#### ***4) Τρόπος εμφάνισης του πόνου :***

- Πόσο χρονικό διάστημα είχατε αυτόν τον πόνο;
- Ο πόνος ξεκίνησε κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας, πριν ή μετά το φαγητό;
- Ο πόνος ξεκίνησε ξαφνικά;
- Ο πόνος αυξάνεται με το χρόνο;

#### ***5) Σχετιζόμενοι παράγοντες :***

- Είχατε άλλα συμπτώματα, όπως ναυτία και εμετούς, δυσκολία στην αναπνοή, αυξημένες σφίξεις, εφίδρωση;

#### ***6) Ανακουφιστικοί παράγοντες :***

- Με ποιο τρόπο προσπαθήσατε να ανακουφίσετε το πόνο; (φάρμακα, συγκεκριμένη θέση, θερμά ή ψυχρά επιθέματα, απόσπαση της προσοχής)
- Ανακουφίστηκε ο πόνος;

7) *Επιβαρυντικοί παράγοντες :*

- Υπάρχει κάτι, που αυξάνει το πόνο; <sup>(26)</sup>

### **Εξέταση της κοιλιάς:**

1) *Επισκόπηση:* Πρέπει να αναζητηθεί διάταση της κοιλιάς, ανεξάρτητα αν οφείλεται σε αέρια, λίπος, έμβρυο, υγρό ή κόπρανα. Η λόρδωση μπορεί να προσδώσει όψη διατεταμένης κοιλιάς. Η «διάταση της κοιλιάς» αποτελεί συχνό χαρακτηριστικό της λειτουργικής νόσου του εντέρου.

2) *Ψηλάφηση:* Τα όργανα της κοιλιάς μπορεί να γίνουν αισθητά με τη ψηλάφηση σε μερικά φυσιολογικά άτομα, αυτό όμως δεν είναι σύνηθες και τα όργανα αυτά συνήθως μόλις που ψηλαφώνται. Ο λοβός Reidel είναι μια προέκταση του έξω τμήματος του δεξιού λοβού του ήπατος και μπορεί συχνά να ψηλαφηθεί. Κάθε ψηλαφητή μάζα ψηλαφάτε προσεκτικά για να διαπιστωθεί ποια όργανα συμμετέχουν και επίσης να εκτιμηθεί το μέγεθος, το σχήμα, η σύσταση της και αν κινείται με την αναπνοή. Τα στόμια των κηλών πρέπει να εξετάζονται, αν υπάρχει υποψία απόφραξης του εντέρου. Η ανάδειξη παφλασμού κατά την αντικειμενική εξέταση υποδηλώνει πυλωρική στένωση, εφόσον ο ασθενής δεν έχει πει υγρά κατά τις 2 – 3 τελευταίες ώρες. Ο ποφλασμός του υγρού του στομάχου μπορεί να ακουστεί και με στηθοσκόπιο τοποθετημένο στη κοιλιά όταν ο ασθενής κινείται.

3) *Επίκρουση:* Διενεργείται με το συνήθη τρόπο για να ανιχνευτεί η περιοχή αμβλύτητας που οφείλεται στο ήπαρ και το σπλήνα και πιθανώς σε διάταση της ουροδόχου κύστης. Η παρουσία υγρού στη περιτοναϊκή κοιλότητα (δηλαδή ο ασκίτης) ανιχνεύεται από τη μετακινούμενη αμβλύτητα. Ο ήχος της επίκρουσης αλλάζει από τυμπανικό σε αμβλύ, όταν ο ασθενής γυρίζει από τη μια πλευρά στην άλλη. Αν διενεργηθεί προσεκτικά, αποτελεί ένα καλό κλινικό σημείο, αλλά για να ανιχνευτεί πρέπει να υπάρχουν 1 – 2 λίτρα υγρού. Μπορεί να προκληθεί ήχος «ροής» υγρού, δεν βοηθά όμως πάντα. Μια μεγάλη κύστη της ωοθήκης μπορεί μερικές φορές να προκαλέσει διάταση της κοιλιάς, η αμβλύτητα όμως βρίσκεται πιο κεντρικά από ότι στον ασκίτη.

4) *Ακρόαση:* Η ακρόαση δεν έχει μεγάλη αξία στα γαστρεντερικά νοσήματα, εκτός από την αξιολόγηση της οξείας κοιλιάς. Συχνά υπάρχουν κοιλιακοί ήχοι σε φυσιολογικά άτομα, δεν έχουν όμως κλινική σημασία. Οι εντερικοί ήχοι δεν βοηθούν στη διάγνωση <sup>(27)</sup>.

### **Κλινικά ευρήματα:**

Τα κλινικά ευρήματα της νόσου του Crohn ποικίλουν ανάλογα με την κατανομή και την σοβαρότητα της νόσου. Τα αφθώδη έλκη των χειλέων, των ουλών και του βλεννογόνου του στόματος είναι συχνά ευρήματα. Η κοιλία μπορεί να εμφανίζει ευαισθησία ιδιαίτερα πάνω από περιοχές ενεργότητας της νόσου. Οι πεπαχυσμένες έλικες του εντέρου, το πεπαχυσμένο μεσεντέριο ή ένα απόστημα μπορούν να δώσουν το ψηλαφητικό εύρημα μιας κοιλιακής μάζας, ιδιαίτερα κατά το δεξιό κάτω τεταρτημόριο. Η παρουσία περιπρωκτικής νόσου χαρακτηρίζεται από την παρουσία στομίων, συριγγίων, σκλήρυνσης, ερυθρότητας ή ευαισθησίας κοντά στον πρωκτό <sup>(14)</sup>.

### **Εξετάσεις αίματος:**

Δεν υπάρχουν διαθέσιμες εξετάσεις αίματος για την διάγνωση της ΦΝΕ. Μια γενική εξέταση αίματος διενεργείται για την ανίχνευση αναιμίας εξαιτίας της απώλειας αίματος, της χρόνιας

φλεγμονής και του υποσιτισμού. Για τον αυξημένο αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων ενοχοποιείται η φλεγμονώδης διαδικασία και ο σχηματισμός αποστήματος. Η ταχύτητα καθίζησης ερυθροκυττάρων (ΤΚΕ) είναι αυξημένη, αλλά δεν είναι ειδική, διότι τέτοια αύξηση παρατηρείται σε κάθε φλεγμονή. Ηλεκτρολύτες ορού, γλυκόζη, αλβουμίνη, ουρία, κρεατινίνη και επίπεδα βιταμινών ορού είναι χρήσιμα για την παρακολούθηση του βαθμού δυσαπορρόφησης που μπορεί να επισυμβεί στην νόσο του Crohn.

Γενετικές εξετάσεις είναι τώρα διαθέσιμες αλλά δεν χρησιμοποιούνται ευρέως. Δεν είναι από μόνες τους διαγνωστικές, αλλά χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες εξετάσεις. Έχουν αναπτυχθεί δύο γενετικοί δείκτες για κλινική χρήση. Τα αντι-Saccharomyces cerevisiae αντισώματα (ASCA) είναι θετικά περίπου στο 60% των ατόμων με νόσο του Crohn. Τα περιπυρηνικά αντιουδετερόφιλα κυτταροπλασματικά αντισώματα (pANca) είναι παρόντα στο 60% έως 80% των ασθενών με ΕΚ ή παρόμοια με ΕΚ νόσο του Crohn<sup>(28)</sup>.

### **Ακτινολογικός έλεγχος:**

1) *Υπερηχογραφία:* Για την υπερηχογραφία ο ασθενής πρέπει να είναι νηστικός, και ενδεχομένως να χρειαστεί προετοιμασία μείωσης των αερίων του εντέρου, πιθανώς με χορήγηση υπακτικών (ηπίων καθαρτικών). Η διαδικασία της υπερηχογραφίας γίνεται με την τοποθέτηση του ηχοβολέα (υπερηχητικής κεφαλής) αφού επιστρωθεί γέλη για καλύτερη επαφή. Η παρουσία αερίων στο έντερο, τα κόπρανα, η έντονη παχυσαρκία και η ελλιπής συνεργασία του ασθενούς είναι μερικοί από τους περιορισμούς που δυσχεραίνουν την διεξαγωγή και την ομαλή έκβαση της διαδικασίας.

Η υπερηχογραφία, στα χέρια του έμπειρου εξεταστή – παρά τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της εικόνας και εξαιρετικά αποτελέσματα μερικών εξεταστών – πρέπει να συμβιβαστεί με τα μειονεκτήματα της ανεπαρκούς τεκμηρίωσης και αναπαραγωγιμότητας<sup>(29)</sup>.

2) *Οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση:* Χρησιμοποιείται συχνά ως η εξέταση εκλογής για τις παθήσεις του ανώτερου ΓΕΣ από τους γαστρεντερολόγους, λόγω της εύκολης πρόσβασης, της δυνατότητας επεμβατικής θεραπείας και της λήψης βιοψιών του βλεννογόνου. Στις αντενδείξεις περιλαμβάνονται η σοβαρή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου ή η αστάθεια των ατλαντο – αξονικών αρθρώσεων. Η θνησιμότητα της διαγνωστικής ενδοσκόπησης είναι 0,001% με σημαντικές επιπλοκές σε ποσοστό 1:1000<sup>(27)</sup>.

3) *Βαριούχος υποκλυσμός:* Γίνεται με πλήρωση του παχέος εντέρου με εναιώρημα θειϊκού βαρίου μετά από υποκλυσμό. Το βάριο εισάγεται στο παχύ έντερο από το ορθό και μετακινείται με βάση τη βαρύτητα ή προωθείται μηχανικά. Η εξέταση γίνεται κάτω από ακτινοσκοπικό έλεγχο και λαμβάνονται ακτινογραφίες σε διάφορες θέσεις, έτσι ώστε οι έλικες του παχέος εντέρου να μην επιπροβάλλουν μεταξύ τους.

Στην εξέταση μονής αντίθεσης, όλο το παχύ έντερο πληρούται με βάριο. Αντίθετα, στην τεχνική της διπλής αντίθεσης, εισάγεται αρχικά στο παχύ έντερο μια μικρή ποσότητα σχετικά παχύρρευστου βαρίου και στη συνέχεια εισάγεται αέρας εντός του ορθού. Ο αέρας υπό σχετικά μικρή πίεση προωθεί το βάριο σε όλη την έκταση του παχέος εντέρου, με αποτέλεσμα αυτό να διατεινεται από τον αέρα, ενώ ο βλεννογόνος του να επαλείφεται από το βάριο. Προϋπόθεση της καλής εξέτασης του παχέος εντέρου είναι να προηγηθεί καλός καθαρισμός του περιεχομένου του με καθαρτικά ή υποκλυσμό<sup>(30)</sup>.

*Τα ακτινογραφικά ευρήματα που παρατηρούνται στο βαριούχο υποκλυσμό είναι :*

- Πάχυνση των πτυχών του βλεννογόνου και των κολικών κυψελών, δυσκαμψία του τοιχώματος καθώς επίσης στη διπλή αντίθεση η παρυφή του εντέρου αντί της λεπτής γραμμής έχει κοκκώδη όψη. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι ότι μεταξύ των προσβεβλημένων περιοχών παρεμβάλλονται υγιή τμήματα.
- Απεικόνιση μικρών εγκάρσιων ελκών τα οποία μοιάζουν με αγκάθια τριανταφυλλιάς. Όταν αυτά συνδυάζονται με επιμήκη έλκη τότε εισέρχεται βάριο μέσα σε αυτές τις σχισμές τότε ο μεταξύ τους βλεννογόνος, ο οποίος είναι και οιδηματώδης, προσβάλλει με αποτέλεσμα να δημιουργείται η εικόνα του πλακόστρωτου.
- Επί επεκτάσεως των ελκών πέρα από τα τοιχώματα του εντέρου συνήθως αναπτύσσονται αποστήματα ή συρίγγια με τα παρακείμενα όργανα.
- Κατά το στάδιο επουλώσεως της νόσου παρατηρείται στένωση του αυλού του εντέρου λόγω της αναπτύξεως ουλώδους ιστού. Όταν η στένωση αυτή είναι έκκεντρη, τότε το απέναντι υγιές τμήμα προβάλλει με αποτέλεσμα να δημιουργείται η εικόνα ψευδοεκκολπώματος<sup>(31)</sup>.

4) *Υποκλυσμός του λεπτού εντέρου (εντερόκλυση):* Εισάγεται σωλήνας δια του δωδεκαδάκτυλου και χορηγείται μεγάλη ποσότητα βαρίου. Η τεχνική αυτή αποτελεί σε μερικά κέντρα την εξέταση εκλογής για την εκτίμηση των παθήσεων του λεπτού εντέρου. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την αξιολόγηση των στενώσεων όταν υπάρχει υπόνοια απόφραξης<sup>(27)</sup>.

5) *Ενδοσκόπηση λεπτού εντέρου με βιντεοκάψουλα:* Η ενδοσκόπηση με βιντεοκάψουλα είναι χρήσιμη μέθοδος για τη διάγνωση του αιτίου της αιμορραγίας σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα επεισόδια οξείας αιμορραγίας και αρνητική γαστροσκόπηση και κολonosκόπηση.

Ο ασθενής μετά από προετοιμασία, δηλαδή υδρική δίαιτα με ή χωρίς καθαρτικό, καταπίνει τη βιντεοκάψουλα η οποία προωθείται με τις περισταλτικές κινήσεις κατά μήκος του λεπτού εντέρου, ενώ συγχρόνως εκπέμπει ηλεκτρονικές εικόνες. Οι εικόνες μεταβιβάζονται σε δέκτη που φορά στη μέση του ο ασθενής και αναλύονται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Δημοσιευμένες μελέτες έδειξαν ότι σε ενεργό αιμορραγία από το λεπτό έντερο η εξέταση με βιντεοκάψουλα θέτει τη διάγνωση στο 90%, ενώ σε υποτροπιάζουσα αιμορραγία στο 45% των ασθενών. Τα πλέον συνήθη αίτια αιμορραγίας είναι αγγειοδυσπλασίες και νόσος του Crohn του λεπτού εντέρου. Όλες οι δημοσιευμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η εξέταση με βιντεοκάψουλα υπερέρχει σε διαγνωστική ακρίβεια της εντερόκλυσης και της εντεροσκόπησης. Τα αποτελέσματα της εξετάσεως είναι καλύτερα όταν διενεργείται τα δύο πρώτα εικοσιτετράωρα από την έναρξη της αιμορραγίας<sup>(32)</sup>.

6) *Αξονική τομογραφία κοίλου οργάνου αφού γεμίσει με νερό (Hydro-CT):* Πλήρωση του εντέρου με νερό (π.χ. στόμαχος, λεπτό και παχύ έντερο, φαρμακευτική παρεμπόδιση του περισταλτισμού και διάταση του εντέρου (Buscopan)). Επίσης, χορήγηση ενιαίας δόσης (Bolus) ακτινοσκιερικού μέσου σε αυστηρώς καθορισμένο χρόνο (π.χ. όψιμη αρτηριακή φάση) για τη σταδιοποίηση της νόσου του Crohn και όγκων (σε νεότερα άτομα γίνεται η ίδια εξέταση με μαγνητική αντί για αξονική τομογραφία<sup>(29)</sup>).

7) *Μαγνητική τομογραφία:* Η απεικόνιση με μαγνητική συνήχηση (MRI) αποτελεί μη επεμβατική μέθοδο που αποδίδει την αντίθεση μεταξύ υγρών και παθολογικών ιστών. Η MRI χρησιμοποιείται, συνήθως, για τη μελέτη του εγκεφάλου, την εξέταση των αρθρώσεων του γονάτου, της σπονδυλικής στήλης και του νωτιαίου μυελού, καθώς και των ενδοκοιλιακών οργάνων. Ο ασθενής πρέπει να είναι ξαπλωμένος και ακίνητος. Τοποθετείται στο τραπέζι και εισάγεται στον μεγάλο κούλο, κυλινδρικό μαγνήτη. Ο κύλινδρος μπορεί να είναι ανοικτός ή κλειστός, ως προς τον σχεδιασμό.

Καθώς επιτελείται η σάρωση, μπορεί να ακουστούν έντονοι ήχοι. Η εξέταση διαρκεί, συνήθως, 90 λεπτά. Οι ασθενείς με μεταλλικά εμφυτεύματα, όπως καρδιακούς βηματοδότες, αυτόματους εμφυτευόμενους καρδιακούς απινιδωτές, μεταλλικές προσθέσεις ισχίου, τεχνητές καρδιακές βαλβίδες, αγγειακά μεταλλικά κλιπ ή συνδετήρες μετά από πρόσφατη επέμβαση δεν μπορούν να υποβληθούν σε MRI, διότι το μηχάνημα εκπέμπει ισχυρό μαγνητικό πεδίο. Ο ασθενής μπορεί να κρατά τα μάτια του κλειστά κατά τη διάρκεια όλης της διαδικασίας για να μειωθεί το αίσθημα της κλειστοφοβίας<sup>(33)</sup>.

8) *Μαγνητική τομογραφία κούλου οργάνου μετά από πλήρωση με νερό (Hydro-MRT):* Πλήρωση του εντέρου με νερό, δημιουργία εντερικής ατονίας με φάρμακα (Buscopan), καθώς και χορήγηση ενιαίας δόσης (Bolus) ακτινοσκιερού μέσου, για τη σταδιοποίηση της νόσου του Crohn (κυρίως σε νεαρά άτομα). Ταυτόχρονη αξιολόγηση του εντερικού τοιχώματος (τοπικές λήψεις με ακτινοσκιερό μέσο: παθολογικές περιοχές διακοπτόμενες από φυσιολογικό βλεννογόνο) και της περιτοναϊκής κοιλότητας (φλεγμονώδης όγκος, συρίγγια, αποστήματα)<sup>(29)</sup>.

9) *Λήψη δείγματος κοπράνων:* Για τη λήψη δείγματος κοπράνων πρέπει ο ασθενής να συλλέξει δείγμα κοπράνων σε συλλέκτη τοποθετημένο στη λεκάνη της τουαλέτας, σε ουροδοχείο ή χαρτί τουαλέτας. Μια μικρή ποσότητα κοπράνων μεταφέρεται στον ειδικό συλλέκτη για καλλιέργεια ή εξέταση για ωάρια και παράσιτα, ή σε κάρτες για ανίχνευση τυχόν μικροσκοπικής (λανθάνουσας) απώλειας αίματος στα κόπρανα<sup>(33)</sup>.

10) *Κολonosκόπηση:* Το εύκαμπτο κολonosκόπιο επιτρέπει την εξέταση του παχέος εντέρου σε όλο το μήκος του και καθιστά εφικτή τη λήψη των βιοψιών ή εκπλύματος (για κυτταρολογική εξέταση) υπό άμεση οπτική εικόνα.

Η διαγνωστική κολonosκόπηση ενδείκνυται σε ασθενείς ηλικίας 50 ετών και άνω και επαναλαμβάνεται κάθε 5 χρόνια, εάν είναι φυσιολογική. Ενδείκνυται επίσης σε άτομα με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ορθοκολικού καρκίνου, μετά από παθολογικό ή αμφίβολο βαριούχο υποκλεισμό ή μετά από επεισόδιο ανεξήγητης αιμορραγίας από το ορθό, μετά από παθολογική σιγμοειδοσκόπηση (π.χ. πολύποδες και για κάθε ασθενή με διάγνωση φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Στις θεραπευτικές χρήσεις της κολonosκόπησης περιλαμβάνεται η εξαίρεση του πολύποδα, ο έλεγχος της αιμορραγίας, η αφαίρεση ξένου σώματος, η αποκατάσταση συστροφής του εντέρου, η αποσυμπύεση ψευδοαπόφραξης, η διάταση στενώσεων και η καταστροφή νεοπλασμάτων.

*Σχετικές αντενδείξεις κολonosκόπησης* είναι η κεραυνοβόλος κολίτιδα και η υποψία διάτρησης του κόλου. Οι κυριότερες επιπλοκές της διαγνωστικής κολonosκόπησης περιλαμβάνουν τη διάτρηση (0,1-0,2%) και την αιμορραγία (0,2%). Η επιτυχία μπορεί να περιοριστεί από τεχνικές δυσκολίες όπως είναι η εκκολπωματική νόσος, οι στενώσεις, οι οξείες κάμψεις, το πλεονάζον κόλον ή η προηγούμενη πυελική επέμβαση.



Η σιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο εκτελείται με ένα ενδοσκοπικό εργαλείο μήκους 65 εκ. τουλάχιστον. Η διαγνωστική απόδοση είναι δύο με έξι φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με το άκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο επειδή επιτρέπει την εξέταση διπλάσιου ή τριπλάσιου μήκους εντέρου. Το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για τον διαγνωστικό έλεγχο πληθυσμού ασυμπτωματικών ασθενών για νεοπλάσματα (screening). Η παρουσία μακροσκοπικά ορατής ποσότητας αίματος ή η μικροσκοπική παρουσία αίματος ενδέχεται να αποτελέσει ένδειξη για πλήρη κολονοσκόπηση. Το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο έχει λίγες επιπλοκές όταν εκτελείται από ειδικούς και η εκμάθηση της τεχνικής πρέπει να γίνεται υπό επίβλεψη. Τα εύκαμπτα σιγμοειδοσκόπια έχουν αντικαταστήσει τα άκαμπτα σχεδόν για κάθε διαγνωστικό σκοπό<sup>(21)</sup>.

Οι αλλοιώσεις που εντοπίζονται στο έντερο όταν το άτομο νοσεί από νόσο του Crohn απεικονίζονται παρακάτω :



Εικόνα 2 :

Ασθνοειδή έλκη ορθού σε ασθενή με νόσο Crohn (34)



Εικόνα 3 :

Γραμμοειδή έλκη-εικόνα λιθόστρωτου σε ασθενή με νόσο Crohn (35)

### 3.12 Διαφορές μεταξύ ελκώδους κολίτιδας / νόσου του Crohn

Οι κυριότερες διαφορές αφορούν στην έκταση του γαστρεντερικού σωλήνα που νοσεί, στην διάσπαρτη κατανομή της νόσου του Crohn σε σχέση με την συνεχή προσβολή του εντερικού βλεννογόνου στην ελκώδη κολίτιδα. Η διάσπαρτη κατανομή της νόσου του Crohn είναι ένα πολύ χαρακτηριστικό γνώρισμα που μπορεί να διαπιστωθεί ενδοσκοπικά, ακτινολογικά και παθολογοανατομικά.

Το ορθό προσβάλλεται σχεδόν πάντοτε στις περιπτώσεις με ελκώδη κολίτιδα ενώ φλεγμαίνει μόνο στο 50% των περιπτώσεων με κολίτιδα Crohn. Η προσβολή του εντέρου στην ελκώδη κολίτιδα προχωρεί από την περιφέρεια προς το κέντρο. Στην νόσο του Crohn η προσβολή όλου του πάχους του εντερικού τοιχώματος οδηγεί σε ίνωση, σχηματισμό στένωσης και συνακολουθεί απόφραξη. Οι εξελκώσεις προχωρούν βαθιά μέχρι τον ορογόνο προκαλώντας τοπική περιτοναϊκή αντίδραση και σχηματισμό περιεντερικών αποστημάτων και συριγγίων σε παρακείμενα όργανα.

Περίπου στο 1/3 των ασθενών με νόσο του Crohn είναι προσβεβλημένο και το παχύ έντερο, οπότε τα συμπτώματα είναι πρακτικά αδιάκριτα από αυτά της ελκώδους κολίτιδας.

Σε ένα ποσοστό 15% των περιπτώσεων μη λοιμωδών φλεγμονωδών παθήσεων είναι αδύνατο να τεθεί ακριβής διάγνωση με την εισβολή της νόσου. Η διάγνωση στις περιπτώσεις αυτές, τίθεται συνήθως με την μακρόχρονη και στενή παρακολούθηση των ασθενών.

Στα 2/3 των ασθενών με νόσο του Crohn, η νόσος εμφανίζεται με προσβολή μόνο του λεπτού εντέρου. Στο 20% όλων των περιπτώσεων η φλεγμονή περιορίζεται στο λεπτό έντερο, αλλά στο 40% των ασθενών προσβάλλεται τόσο ο τελικός ειλεός, όσο και το δεξιό κόλο<sup>(15)</sup>.

### 3.13 Σύγκριση των κλινικών χαρακτηριστικών της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn

	Νόσος του Crohn	Ελκώδης κολίτιδας
Επίπτωση	5-7 ανά 100.000 και αυξάνεται	10 ανά 100.000 και παραμένει σταθερή
Έκταση	Είναι δυνατό να αφορά σε όλο το γαστρεντερικό σωλήνα	Περιορισμένη στο παχύ έντερο
Συμμετοχή του ορθού	Ποικίλη	Σχεδόν αμετάβλητη
Συνέχεια της νόσου	Μη συνεχής (διαλείπουσες βλάβες)	Συνεχής
Βάθος της φλεγμονής	Διατοιχωματική	Βλεννογονική
Μακροσκοπική εμφάνιση του Βλεννογόνου	Λιθόστρωτο, διακριτά βαθέα έλκη και συρίγγια	Πολλαπλά μικρά έλκη, ψευδοπολυπόδες
Ιστολογικά χαρακτηριστικά	Διατοιχωματική φλεγμονή, κοκκιώματα (50%)	Αποστήματα των κρυπτών, υποβλεννογόνια χρόνια φλεγμονώδης διήθηση, διαταραχή αρχιτεκτονικής κρυπτών, εξάντληση κυττάρων goblet, όχι κοκκιώματα
Παρουσία περιπρωκτικής νόσου	75% των περιπτώσεων με νόσο του παχέος εντέρου, 25% των περιπτώσεων με νόσο του λεπτού εντέρου	25% των περιπτώσεων
Συχνότητα συριγγίου	10-20% των περιπτώσεων	Ασύνηθες
Κίνδυνος καρκίνου παχέος εντέρου	Αυξημένος κίνδυνος (RR=2.5) σε νόσο του παχέος εντέρου	25% κίνδυνος πανκολίτιδας άνω των 30 ετών
Σχέση με κάπνισμα	Αυξημένος κίνδυνος, πιο σοβαρή νόσος, αυξημένος κίνδυνος υποτροπής και ανάγκης χειρουργείου	Προστατευτικό, η πρώτη προσβολή μπορεί να συμβεί μετά από 6μηνη διακοπή του καπνίσματος.

(36)

### 3.14 Διαφορική διάγνωση της νόσου του Crohn με άλλες παθήσεις

- *Ελκώδης κολίτιδα:* Η διάκριση της νόσου του Crohn του παχέος εντέρου από την ελκώδη κολίτιδα, μπορεί να είναι δυσχερής.
- *Σκωληκοειδίτιδα:* Η οξεία σκωληκοειδίτιδα μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση και η διάκριση της από την νόσο του Crohn, μπορεί να είναι αδύνατη χωρίς επέμβαση.
- *Φυματίωση:* Η φυματίωση μπορεί να προσβάλλει κάθε μοίρα του γαστρεντερικού σωλήνα, αλλά είναι σπάνια μετά από το τυφλό.
- *Λέμφωμα:* Τα ακτινογραφικά ευρήματα βοηθούν στη διαφοροδιάγνωση του λεμφώματος από την νόσο του Crohn, αλλά πολλές φορές είναι απαραίτητη η ιστολογική εξέταση για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Βιοψίες του ορθού ή του παχέος εντέρου που αποκαλύπτουν κοκκιώματα ή κολίτιδα, μπορεί να θέσουν τη διάγνωση της νόσου του Crohn<sup>(21)</sup>.
- *Νεκρωτική αγγειίτιδα:* Είναι δυνατή όταν αυτή λαμβάνει τον τύπο των επανειλημμένων επεισοδίων κοιλιακού πόνου με διάρροια, εμετούς και ευαισθησία<sup>(17)</sup>.
- *Άλλα νοσήματα:* Ο καρκίνος, η αμοιβάδωση, η ισχαιμία, η ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα και άλλες φλεγμονώδεις καταστάσεις μπορεί να υποδύονται τη νόσο του Crohn. Η εντεροπάθεια από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα έχει τελευταία προστεθεί στη λίστα<sup>(21)</sup>.

### 3.15 Θεραπεία της νόσου του Crohn

Οι θεραπευτικοί στόχοι περιλαμβάνουν :

- βελτίωση της ποιότητας ζωής και επαγωγή ταχείας ύφεσης.
- διατήρηση της κλινικής ύφεσης.
- αποφυγή του χειρουργείου και μείωση των νοσηλειών.
- πρόληψη της θνητότητας που οφείλεται στην ασθένεια<sup>(37)</sup>.

#### *Συντηρητική αγωγή*

Ο σκοπός της φαρμακευτικής θεραπείας είναι:

- η ανακούφιση των οξέων συμπτωμάτων.
- η καταστολή της ανοσολογικής και φλεγμονώδους δραστηριότητας.
- η πρόληψη νέων επεισοδίων.
- η πρόληψη επιπλοκών<sup>(38)</sup>.
- η διατήρηση της ύφεσης για μεγάλα χρονικά διαστήματα.
- η αντικατάσταση των θρεπτικών απωλειών λόγω της νόσου<sup>(37)</sup>.

Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει, πριν από τη χορήγηση οποιουδήποτε θεραπευτικού σχήματος, να κάνει μια επιμελή εκτίμηση της συνολικής κατάστασης του ασθενούς σε στενή συνεργασία με τον ακτινολόγο, το μικροβιολόγο τον παθολογοανατόμο και τον αιματολόγο. Η στενή συνεργασία με τους χειρουργούς θα καθορίσει το καλύτερο δυνατό χρόνο για πιθανή χειρουργική παρέμβαση.

Μετά την πλήρη εκτίμηση της έκτασης και σοβαρότητας της νόσου, αν διαπιστωθούν τοπικές επιπλοκές (απόστημα, συρίγγιο, εντερική στένωση) θα χρειαστεί, συνήθως, χειρουργική θεραπεία. Γενικά συμπτώματα, όπως λήθαργος και κακουχία, πιθανόν να οφείλονται σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές που πρέπει να διορθωθούν. Διάφορες μορφές αναιμίας (συνηθέστερα από ανεπαρκή απορρόφηση βιταμίνης B<sub>12</sub> και φυλλικού οξέος) είναι συχνές στους ασθενείς αυτούς και δεν πρέπει να παραβλέπονται. Το κοιλιακό άλγος σε συμπτωματικούς ασθενείς πιθανόν να οφείλεται σε δευτερογενείς επιπλοκές, όπως χολολιθίαση, νεφρολιθίαση ή πεπτικό έλκος.

**Μη ειδική θεραπεία:** Η μη ειδική θεραπεία της νόσου του Crohn αφορά στη θεραπεία της διάρροιας με αντιδιαρροϊκά σκευάσματα (φωσφορική, κωδεΐνη, διφαινυλοξυλάτη, λοπεραμίδη). Στις περιπτώσεις σοβαρής προσβολής του τελικού ειλεού, τα χολικά άλατα που δεν απορροφώνται προκαλούν σοβαρή διάρροια που πρέπει να αντιμετωπιστεί με χολεστυραμίνη (4g μία ή δύο φορές την ημέρα).

**Ειδική θεραπεία:** Η ειδική θεραπεία αφορά στη χρήση αντιφλεγμονωδών σκευασμάτων, ανοσοκατασταλτικών ουσιών και μετρονιδαζόλης με στόχο τον βραχυπρόθεσμο έλεγχο της νόσου (για διάστημα < 2 χρόνια) ή την αντιμετώπιση του οξέως πάσχοντα. Η μακρόχρονη χορήγηση φαρμάκων δεν έχει αποδειχθεί ότι αντιμετωπίζει την υποκείμενη νόσο, ενώ αυξάνει τους κινδύνους από τις παρενέργειες.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι η σουλφασαλαζίνη ή διάφορα σκευάσματα με 5-αμινοσαλικολικό οξύ (5-ASA), τα κορτικοειδή, τα ανοσοκατασταλτικά (αζαθειοπρίνη και κυκλοσπορίνη) καθώς και η μετρονιδαζόλη (ιδιαίτερα για τις δευτεροπαθείς λοιμώξεις της περιπρωκτικής νόσου). Ευκαιριακά, έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σκευάσματα ανοσοσφαιρινών, ενώ υπό μελέτη βρίσκεται η πιθανή χρήση της σωματοστατίνης<sup>(15)</sup>.

#### ***Ανεπιθύμητες ενέργειες της σουλφασαλαζίνης.***

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η ναυτία, η απώλεια όρεξης, η κεφαλαλγία, η ζάλη, η ναυτία και οι εμβοές. Σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζεται αιματολογική δυσκρασία. Η χρήση της σουλφασαλαζίνης σε άντρες έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων, που αποκαθίσταται όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία. Οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι δόσοεξαρτώμενες. Ο τύπος της αποβολής παρουσιάζει γενετική ποικιλομορφία. Κάποια άτομα αποβάλλουν τα φάρμακα βραδύτερα και είναι περισσότερο ευαίσθητα στις ανεπιθύμητες ενέργειες.

#### ***Ανεπιθύμητες ενέργειες των κορτικοστεροειδών***

Κάθε θεραπεία με κορτικοειδή σχετίζεται με προβλέψιμες, δόσοεξαρτώμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες εμφανίζονται μετά από παρατεταμένη χορήγηση υψηλών δόσεων. Μεμονωμένες δόσεις ή θεραπείες για λιγότερες των 14 ημερών δεν προκαλούν εμφανείς ανεπιθύμητες ενέργειες. Δεν είναι απαραίτητη η σταδιακή διακοπή της θεραπείας μετά από τέτοιες βραχείες χορηγήσεις. Μετά από χρόνια χορήγηση υψηλών δόσεων, όμως, η διακοπή πρέπει να ακολουθεί αυστηρές οδηγίες. Η απότομη διακοπή τους μπορεί να είναι επικίνδυνη για την ζωή. Οι σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η μειωμένη άμυνα εναντίον των λοιμώξεων, ο υπέρμετρος καταβολισμός των πρωτεϊνών που οδηγεί σε μυϊκή αδυναμία και μειωμένη επούλωση των πληγών λόγω μειωμένης παραγωγής συνδετικού ιστού, η καταστολή

της ενδογενούς παραγωγής γλυκοκορτικοειδών και οι μεταβολικές διαταραχές, όπως το σύνδρομο Cushing και η αφαλάτωση των οστών. Διαβητογόνος δράση εμφανίζεται όταν υπάρχει μειωμένη περιφερική χρήση της γλυκόζης και αυξημένη παραγωγή της στο ήπαρ. Η έκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης από το στομάχι αυξάνεται και μπορεί να δημιουργήσει βλάβη στο γαστρικό βλεννογόνο<sup>(38)</sup>.

### **Σύγχρονες έρευνες για νέα φαρμακευτικά σκευάσματα**

Οι ερευνητές συνεχίζουν να αναζητούν πιο αποτελεσματικές θεραπείες για τη νόσο. Παραδείγματα πειραματικών θεραπειών περιλαμβάνουν :

- **Αντι-TNF :** Η έρευνα έχει δείξει ότι τα κύτταρα που προσβάλλονται από τη νόσο του Crohn περιέχουν κυτοκίνη, μια πρωτεΐνη που παράγεται από το ανοσοποιητικό σύστημα, η οποία ονομάζεται παράγοντας νέκρωσης όγκου (TNF). Η TNF μπορεί να ευθύνεται για τη φλεγμονή που προκαλεί η νόσος του Crohn. Η αντι-TNF είναι μια υποκατάσταση που εντοπίζει τον TNF στο κυκλοφορικό, προσδένεται σε αυτόν, και τον αφαιρεί πριν φτάσει στα έντερα και προκαλέσει φλεγμονή. Σε έρευνες η αντι-TNF φαίνεται ιδιαίτερος βοηθητική στο κλείσιμο των συριγγίων.
- **Ιντερλευκίνη 10:** Η ιντερλευκίνη 10 (IL-10) είναι μια κυτοκίνη που καταστέλλει τη φλεγμονή. Οι ερευνητές μελετούν τώρα την αποτελεσματικότητα της συνθετικής IL-10 για τη θεραπεία της νόσου του Crohn.
- **Αντιβιοτικά:** Τα αντιβιοτικά χρησιμοποιούνται τώρα για την αντιμετώπιση των βακτηριακών μολύνσεων, που συνοδεύουν συχνά τη νόσο του Crohn. Ωστόσο, κάποιες έρευνες δείχνουν ότι μπορεί επίσης να είναι χρήσιμα ως βασική θεραπεία για την αντιμετώπιση της ενεργού νόσου του Crohn.
- **Βουδεσονίδη:** Οι ερευνητές ταυτοποίησαν πρόσφατα ένα νέο κορτικοστεροειδές, ονομαζόμενο βουδεσονίδη, το οποίο φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματικό όσο άλλα κορτικοστεροειδή, με τη διαφορά ότι προκαλεί λιγότερες παρενέργειες.
- **Μεθοτρεξάτη και κυκλοσπορίνη:** Αυτά είναι ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που μπορεί να είναι χρήσιμα στην αντιμετώπιση της νόσου του Crohn. Μια πιθανή ωφέλεια της μεθοτρεξάτης και της κυκλοσπορίνης είναι ότι φαίνεται να δρουν ταχύτερα από τα συνηθισμένα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.
- **Ψευδάργυρος:** Ανάμεσα στα άλλα, οι ελεύθερες ρίζες, τα μόρια που παράγονται κατά τη διάρκεια του μεταβολισμού του λίπους, του στρες και της μόλυνσης, μπορεί να συμβάλλουν στη φλεγμονή της νόσου του Crohn. Οι ελεύθερες ρίζες, προκαλούν κάποιες φορές, κυτταρική βλάβη, όταν αλληλεπιδρούν με άλλα μόρια του σώματος. Ο μεταλλικός ψευδάργυρος αφαιρεί τις ελεύθερες ρίζες από το κυκλοφορικό. Οι έρευνες συνεχίζονται για να προσδιοριστεί, αν το συμπλήρωμα ψευδαργύρου μπορεί να μειώσει τη φλεγμονή<sup>(39)</sup>.
- **Βιολογικοί παράγοντες:** Οι βιολογικοί παράγοντες είναι ουσίες που παράγονται φυσιολογικά στον οργανισμό μας αλλά για την θεραπεία των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου παράγονται με βιομηχανικό τρόπο και χορηγούνται υπό μορφή ορού ή υποδόριων ενέσεων στους ασθενείς που τους χρειάζονται. Οι βιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν ειδικά αντισώματα έναντι του παράγοντα νέκρωσης του όγκου -α (anti-TNF-a / Remicade, Humira, Cimzia). Πρόσφατα έχει βγει ένας νέος βιολογικός παράγοντας έναντι της α4β7-ιντεγκρίνης (vedolizumad, Entyvio). Ο παράγοντας αυτός χρησιμοποιείται επί αποτυχίας των βιολογικών παραγόντων έναντι του TNF-a<sup>(40)</sup>.

## ***Εναλλακτικές θεραπείες για τη νόσο του Crohn***

Οι εναλλακτικές θεραπείες στην ΙΦΠΕ ανήκουν σε διάφορες ομάδες : ψυχοθεραπεία, έλεγχος του άγχους, υπνοθεραπεία, ρεφλεξολογία, βελονισμός, βοτανοθεραπεία και θεραπεία με ομοιοπαθητικά φάρμακα. Πράγματι, πολλοί ισχυρίζονται ότι ανακουφίζουν κάποια συμπτώματα όμως λείπουν σωστά οργανωμένες μελέτες. Κάθε εναλλακτικός θεράπων που προσφέρει αυτές τις θεραπείες οφείλει να αντιμετωπίζει τους ασθενείς με ΙΦΠΕ με υπευθυνότητα και επίγνωση των δυνητικών επιπλοκών μιας ενεργούς εντερικής φλεγμονής<sup>(41)</sup>.

## ***Μελλοντικές κατευθύνσεις***

Υπάρχει μια έκρηξη γνώσεων αναφορικά με τους σημαντικούς παράγοντες στην παθοφυσιολογία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Αυτό αντανακλάται στον τρόπο που σκεφτόμαστε και αντιμετωπίζουμε την νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα. Καθώς προχωρούμε μπροστά σε μια νέα εποχή θεραπείας ,η ανακάλυψη του κλινικού και γενετικού φαινότυπου της νόσου μπορεί να επιτρέψει την ανάπτυξη πιο συγκεκριμένων θεραπευτικών αγωγών. Υπάρχει πρόοδος σχετικά με την χρήση βιολογικών ουσιών στη θεραπεία της ΦΝΕ και είναι πιθανό να δούμε θεραπείες που περιλαμβάνουν παράγοντες αύξησης, αντισώματα σε διαφορετικά συστατικά των ανοσοενεργών κυττάρων και φάρμακα που διεγείρουν ορισμένες τάξεις των λευκών αιμοσφαιρίων. Η ανακάλυψη ότι η βακτηριακή χλωρίδα του εντέρου μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο στην δραστηριότητα της νόσου θα οδηγήσει πιθανώς σε αύξηση του χειρισμού της χλωρίδας του εντέρου τόσο με προβιοτικές όσο και με αντιβιοτικές ουσίες. Με αυτές τις νέες θεραπείες, θα γίνουν προσπάθειες ανάπτυξης θεραπευτικών αγωγών στις οποίες θα αποφεύγεται η έκθεση σε στεροειδή και θα επιτρέπεται η πρόωμη παρέμβαση που μπορεί να αλλάξει την πορεία της νόσου<sup>(42)</sup>.

## ***Ανοιχτές χειρουργικές επεμβάσεις***

Οι ανοιχτές χειρουργικές επεμβάσεις διενεργούνται μέσω μεγάλων τομών, που επιτρέπουν στον χειρουργό να έχει άμεση ορατότητα και πρόσβαση στη περιοχή. Όμως οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αυτές αναρρώνουν σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και πονούν περισσότερο συγκριτικά με τους ασθενείς που χειρουργούνται με τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας. Και αυτό γιατί στην ανοιχτή επέμβαση το χειρουργικό τραύμα είναι αρκετά μεγάλο, το οποίο δεν συμβαίνει στις ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές μεθόδους. Παρά το γεγονός αυτό, οι ανοικτές χειρουργικές επεμβάσεις σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελούν ασφαλέστερη αλλά και αποτελεσματικότερη επιλογή.

Πρόκειται για μεγάλες επεμβάσεις με σοβαρούς κινδύνους και έχουν μεγάλες πιθανότητες εμφάνισης επιπλοκών, η έκταση των οποίων εξαρτάται από τη γενική υγεία του ασθενή αλλά και τον τρόπο διενέργειάς τους. Τέτοιοι κίνδυνοι είναι η αιμορραγία, ο τραυματισμός οργάνων που γειτνιάζουν με το παχύ έντερο, η δημιουργία φλεγμονής, η μόλυνση, η δημιουργία θρόμβων στα πόδια αλλά και στους πνεύμονες και η πάρεση του εντέρου<sup>(43)</sup>.

## ***Λαπαροσκοπική Χειρουργική***

Έχουν περάσει περίπου 35 χρόνια από τότε που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά η χειρουργική χωρίς τομές. Η ενδοσκοπική τεχνική επιτέλεσης χειρουργικών επεμβάσεων έφερε επανάσταση στην πρακτική εφαρμογή της χειρουργικής, ανάλογη με αυτή της ανακάλυψης των αντιβιοτικών. Απαραίτητη προϋπόθεση βέβαια ήταν η ανακάλυψη των οπτικών ινών και της τεχνολογίας

βίντεο. Έτσι αναπτύχθηκε και πλέον σχεδόν μονοπωλεί στις χειρουργικές αίθουσες αυτό που αποκαλούμε λαπαροσκοπική χειρουργική (keyhole surgery).

Επί της ουσίας αντί της διενέργειας χειρουργικής τομής και της ευρείας διάνοιξης της κοιλιάς, πραγματοποιούνται μικρές (5-10mm) οπές στο δέρμα της κοιλιάς, διαμέσου των οποίων εισάγονται ειδικά χειρουργικά εργαλεία κι επιτελούνται οι χειρουργικές επεμβάσεις. Μία από αυτές τις οπές χρησιμεύει για την είσοδο ειδικής μικροκάμερας, η οποία μέσω των οπτικών ινών, μεταδίδει εικόνα σε μόνιτορ, όπου με μεγάλη μεγέθυνση μεταφέρεται το χειρουργικό πεδίο με τα εμπλεκόμενα όργανα.

Ολόκληρη η γκάμα των χειρουργικών επεμβάσεων μπορεί πλέον να πραγματοποιηθεί λαπαροσκοπικά από τον εκάστοτε εξειδικευμένο χειρουργό – λαπαροσκόπο. Στις μέρες μας στα ελληνικά νοσοκομεία εκτελούνται καθημερινά λαπαροσκοπικές :

Χολοκυστεκτομές, σκωληκοειδεκτομές, σπληνεκτομές, επινεφριδεκτομές, εκτομές κύστεων ωοθηκών, ωοθηκεκτομές, υστερεκτομές, αποκαταστάσεις κηλών, θολοπλαστικές (για διαφραγματοκήλες και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση), επεμβάσεις παχυσαρκίας, εντεροεκτομές, κολεκτομές, συμφυσιολύσεις, λήψεις βιοψιών.

#### **A) Πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής**

Ο λόγος της επικράτησης της λαπαροσκοπικής χειρουργικής έναντι της παραδοσιακής “ανοικτής” χειρουργικής είναι τα αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει, όταν βέβαια εφαρμόζεται από άρτια εκπαιδευμένο χειρουργό. Μερικά από αυτά είναι:

- ελάχιστο χειρουργικό τραύμα με ό,τι αυτό συνεπάγεται: μικρή απώλεια αίματος, μικρός τραυματισμός υγιών ιστών, σπανιότερη μόλυνση του τραύματος, λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος, γρηγορότερη ανάρρωση, χαμηλότερο κόστος νοσηλείας, ταχύτερη επάνοδο στην εργασία.

- μεγέθυνση του χειρουργικού πεδίου και καλύτερος φωτισμός του, που συμβάλλει σε ευκολότερη και πιο ασφαλή παρασκευή των ιστών<sup>(44)</sup>.

#### **B) Αντενδείξεις λαπαροσκοπικής χειρουργικής**

Δεν είναι όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι για να υποβληθούν σε λαπαροσκοπική κολεκτομή εξαιτίας διάφορων παραγόντων όπως είναι οι συμφύσεις από προηγούμενη χειρουργική επέμβαση ή μόλυνση, οι μεγάλοι ή οι προχωρημένοι καρκίνοι του εντέρου, ή όγκοι που βρίσκονται χαμηλά στην πύελο. Τις περισσότερες φορές αυτοί οι παράγοντες μπορεί να προσδιοριστούν πριν από τη χειρουργική επέμβαση, αλλά άλλες φορές άλλες φορές ανακαλύπτονται κατά το χρόνο της χειρουργικής επέμβασης, περιπτώσεις όπου η λαπαροσκοπική κολεκτομή είτε μπορεί να μετατραπεί σε ανοικτό χειρουργείο είτε να γίνει μεγαλύτερη τομή αλλά και πάλι ο χειρουργός να διενεργεί την επέμβαση λαπαροσκοπικά<sup>(43)</sup>.

#### **Χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου του Crohn**

Μια επέμβαση πραγματοποιείται για να αφαιρεθεί κάποιο τμήμα του εντέρου που νοσεί ή έχει υποστεί στένωση. Εντούτοις, στη νόσο Crohn, αλλά τμήματα του εντέρου μπορεί επίσης να προσβληθούν αργότερα και να θεωρηθεί απαραίτητη κι άλλη επέμβαση. Αν κάποιος ασθενής χειρουργηθεί επανειλημμένα, μπορεί να αφαιρεθεί ένα σημαντικό τμήμα του εντέρου. Σε κάποιες περιπτώσεις αυτό μπορεί να οδηγήσει σε διάρροιες και διατροφικά προβλήματα που δεν οφείλονται στην Crohn, αλλά στην έλλειψη επαρκούς μήκους υγιούς εντέρου που να επιτρέπει ικανοποιητική απορρόφηση των τροφών.

Ο χειρουργός προσπαθεί να επιτύχει μια ισορροπία μεταξύ των πλεονεκτημάτων και των πιθανών προβλημάτων της χειρουργικής θεραπείας γι' αυτό είναι σημαντικό να έχει την εμπειρία του πότε πρέπει ο ασθενής να οδηγηθεί στο χειρουργείο και ποια είναι η καταλληλότερη επέμβαση για την περίπτωση του<sup>(45)</sup>.

#### **A) Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου Crohn**

- **Αποτυχία της φαρμακευτικής αγωγής:** Αυτή μπορεί να είναι μια ανεπαρκής ανταπόκριση στη θεραπεία, ανάπτυξη επιπλοκών σχετιζόμενων με τη θεραπεία ή καθυστερημένη ανάπτυξη στα παιδιά που μπορεί να οφείλεται στη νόσο αυτή καθ' αυτή, σε μειωμένη λήψη τροφικών παραγόντων ή/ και σε δυσασπορρόφηση. Η χειρουργική επέμβαση πριν από το τέλος της εφηβείας μπορεί να βελτιώσει την ανάπτυξη.
- **Εντερική απόφραξη:** Ενώ τα φλεγμονώδη επεισόδια τείνουν να ανταποκρίνονται καλά στη φαρμακευτική θεραπεία, η ανάπτυξη ινωδών στενώσεων ή συριγγίων συνήθως απαιτεί χειρουργική επέμβαση. Αν και η συντριπτική πλειονότητα των στενώσεων εντοπίζονται στο λεπτό έντερο ή στην ειλεοκολική περιοχή, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι στενώσεις μπορεί να είναι πολλαπλές και να προσβάλλουν περισσότερες από μία περιοχές του γαστρεντερικού σωλήνα.
- **Συρίγγιο ή/και σχηματισμός αποστήματος:** Ενδοκοιλιακά αποστήματα θα απαιτήσουν χειρουργική παροχέτευση και εκτομή του προσβληθέντος εντέρου.
- **Καρκίνος:** Αναφέρεται μια αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου σε ασθενείς με νόσο του Crohn. Καθώς η εκδήλωση και των δύο νόσων μπορεί να είναι παρόμοια, η ανάπτυξη κακοήθειας συνήθως συγγέεται με αναζωπύρωση της νόσου του Crohn και αρχικά θεραπεύεται σαν αυτή. Η διάγνωση επομένως συχνά καθυστερεί και η πρόγνωση είναι κακή<sup>(46)</sup>.

*Οι επεμβάσεις που πραγματοποιούνται είναι οι εξής:*

#### **1) Στενωπλαστική:**

Αυτή η επέμβαση πραγματοποιείται όταν υπάρχουν μικρά τμήματα του λεπτού εντέρου με στένωση χωρίς σοβαρή άλλη παθολογία π.χ. συρίγγιο. Ο χειρουργός διερευνεί τον εντερικό σωλήνα στα σημεία των στενώσεων κόβοντας τη στένωση επί μήκος και ράβοντας την εγκάρσια. Αυτό μπορεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα απόφραξης χωρίς να αφαιρεθεί τμήμα εντέρου.

#### **2) Εκτομή :**

Περιλαμβάνει την αφαίρεση των τμημάτων του εντέρου που παρουσιάζουν σοβαρές αλλοιώσεις και την ένωση των υγιών τμημάτων μεταξύ τους. Η επέμβαση αυτή βοηθά ασθενείς που δεν υποχωρούν τα συμπτώματα απόφραξης με φαρμακευτική αγωγή ή παρουσιάζουν άλλες επιπλοκές όπως πυρετό, υποθρεψία, διαρροϊκό σύνδρομο, κοιλιακό άλγος κ.α. Επίσης κάποιος με συρίγγιο που ενώνει το έντερο που πάσχει με το δέρμα (εντεροδερματικό συρίγγιο), ή που ενώνεται με κάποιο εσωτερικό όργανο π.χ. την ουροδόχο κύστη (εντεροκυστικό) ή άλλο τμήμα του εντέρου (εντεροεντερικό) μπορεί να βοηθήσει από μια επέμβαση που θα αφαιρέσει το τμήμα που παρουσιάζει την ανωμαλία.



### **3) Πρωκτοκολεκτομή και ειλεοστομία :**

Στην επέμβαση αυτή ο χειρουργός αφαιρεί όλο το παχύ έντερο, το ορθό και το πρωκτό. Το τελικό άκρο του λεπτού εντέρου βγαίνει στο κοιλιακό τοίχωμα δημιουργώντας ένας μόνιμο στόμιο (ειλεοστομία). Ένας σάκος τοποθετείται πάνω στο στόμιο στον οποίο καταλήγουν τα απόβλητα του λεπτού εντέρου. Ο σάκος αδειάζει ή αντικαθίσταται όταν είναι απαραίτητο.

Μια άλλη διαδικασία, η «επέμβαση με λήκυθο», που πραγματοποιείται συχνά σε ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα ή Οικογενή πολυποδίαση ώστε να αποφευχθεί μόνιμη παρά φύση έδρα όταν πρόκειται να αφαιρεθεί όλο το παχύ έντερο, δεν ενδείκνυται για ασθενείς με νόσο Crohn. Αυτό οφείλεται στο ότι η Crohn μπορεί να εμφανιστεί και στο λεπτό έντερο, δε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα. Αν παρουσιαστεί η Crohn στη λήκυθο και δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή η αφαίρεση της λήκυθου συνεπάγεται την αφαίρεση ενός σημαντικού τμήματος του λεπτού εντέρου.

### **4) Ειλεορθική αναστόμωση :**

Σε κάποιες περιπτώσεις, ακόμα και όταν χρειάζεται να αφαιρεθεί όλο το κόλον, μπορεί να είναι δυνατόν να ενωθεί ο ειλεός (το κατώτερο άκρο του λεπτού εντέρου) στο ανώτερο άκρο του ορθού. Αυτό ονομάζεται ειλεορθική αναστομωση. Αυτό είναι εφικτό διότι το ορθό συχνά δεν προσβάλλεται από τη νόσο του Crohn ακόμη και όταν το κόλον νοσεί σοβαρά. Η επέμβαση αυτή δεν ενδείκνυται όταν υπάρχει σοβαρή φλεγμονή ή έλκος στο ορθό, ή όταν οι πρωκτικοί μύες έχουν υποστεί κάποια ζημιά, διότι ο έλεγχος των κενώσεων γίνεται δυσκολότερος.

### **5) Μερική κολεκτομή :**

Αν μόνο το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου έχει προσβληθεί και το ανώτερο τμήμα μπορεί να παραμείνει, τότε είναι δυνατό να δημιουργηθεί μια στομία από το υγιές παχύ έντερο (κολοστομία) συνήθως στο κάτω αριστερό τμήμα της κοιλίας.

### **6) Προσωρινή στομία : ειλεοστομία ή κολοστομία :**

Κάποιες φορές η προσωρινή ειλεοστομία και ειλεοστομία και κολοστομία πραγματοποιείται ώστε να εκτραπούν τα εντερικά απόβλητα και να δοθεί έτσι ευκαιρία στο έντερο να επουλωθεί. Κατά την επέμβαση ο ειλεός (το κατώτερο άκρο του λεπτού εντέρου) ή το κόλον ( το παχύ έντερο) βγαίνουν στο τοίχωμα της κοιλίας και δημιουργούν στομία που αδειάζει του περιεχόμενο του εντέρου σε σάκο. Μόλις το κόλον (παχύ έντερο) έχει αναρρώσει ικανοποιητικά θα γίνει σύγκλιση της στομίας σε δεύτερη επέμβαση<sup>(47)</sup>.

Όσον αφορά το δίλημμα αφαίρεσης της σκωληκοειδούς απόφυσης σε περιπτώσεις που εκτελείται εγχείρηση για κάποια επιπλοκή της νόσου του Crohn, αυτή δεν θα πρέπει να αφαιρείται μόνο όταν υπάρχει ενεργής νόσος στο τυφλό ή την ίδια τη σκωληκοειδή. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις εκτελείται σκωληκοειδεκτομή.

Κατά την εγχείρηση πρέπει να αφαιρούνται μόνο τα εξαιρετικά προσβεβλημένα τμήματα του εντέρου και να αποφεύγονται οι εκτεταμένες εξαιρέσεις του λεπτού εντέρου. Οι αναστομωτικές εγχειρήσεις παρακάμψεως πρέπει να αποφεύγονται. Η χειρουργική θεραπεία για τη νόσο του Crohn δεν είναι θεραπευτική. Υπάρχουν υψηλά ποσοστά υποτροπών μετά τη χειρουργική θεραπεία. Η νόσος όταν εντοπίζεται στον ειλεό αυξάνει τον κίνδυνο αδενοκαρκινώματος<sup>(48)</sup>.

### 3.16 Μετεγχειρητική εκτίμηση

Ύστερα από μία χειρουργική επέμβαση πρέπει να ελέγχονται τα εξής.

- **Βατότητα αεραγωγών :** Πρέπει να ελέγχεται κάθε 15 λεπτά μέχρι την πλήρη αφύπνιση από την νάρκωση. Στην συνέχεια πρέπει να γίνεται εκτίμηση των αναπνοών με την εκτίμηση των ζωτικών σημείων.
- **Επίπεδο συνείδησης και προσανατολισμού:** Γίνεται με την εκτίμηση των ζωτικών σημείων.
- **Ζωτικά σημεία :** Πρέπει να ελέγχονται κάθε 15 λεπτά για 1 ώρα, κάθε 30 λεπτά για 4 ώρες , κάθε 1 ώρα για 4 ώρες , και κάθε 4 ώρες για 24 - 48 ώρες ή ανάλογα με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου.
- **Θέση ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών και ρυθμός ροής :** Ο ρυθμός ροής πρέπει να εκτιμάται κάθε 1 ώρα και η θέση κάθε 4 ώρες.
- **Επιδέσεις και συσκευές παροχетеύσεων:** Πρέπει να ελέγχονται κάθε 1 ώρα για 4 ώρες , και στην συνέχεια πρέπει να ελέγχονται όποτε γίνεται η μέτρηση των ζωτικών σημείων.
- **Βατότητα και λειτουργία όλων των σωλήνων :** Πρέπει να ελέγχεται στην αρχή και στην συνέχεια, όποτε γίνεται η μέτρηση των ζωτικών σημείων.
- **Ακρόαση πνευμόνων και καρδιάς:** Πρέπει να γίνεται κάθε 8 ώρες .
- **Ακρόαση εντερικών ήχων και αξιολόγηση κοιλιακής χώρας:** Πρέπει να γίνεται κάθε 8 ώρες.
- **Χρoιά και υγρασία του δέρματος:** Πρέπει να εκτιμώνται στην αρχή και στην συνέχεια κάθε 8 ώρες.
- **Περιφερικοί σφυγμοί και αισθητικότητα:** Πρέπει να αξιολογούνται στην αρχή, και στην συνέχεια εάν η επέμβαση έγινε στα άκρα, αξιολόγηση περιφερικά του άκρου κάθε φορά που αξιολογούνται τα ζωτικά σημεία.
- **Αποβολή ούρων:** Πρέπει να ελέγχεται κάθε μία 1 ώρα για 4 ώρες, και στην συνέχεια εάν > 30 ml / ώρα κάθε 4 ώρες .
- **Πόνος :** Πρέπει να αξιολογείται τουλάχιστον κάθε 3 ώρες, με την λήψη των ζωτικών σημείων
- **Περιοχές πίεσης:** Πρέπει να αξιολογούνται στην αρχή, και στην συνέχεια πρέπει να γίνεται έλεγχος του δέρματος στις οστικές προεξοχές κάθε φορά που ο ασθενής αλλάζει θέση. Γενικά ενδείκνυται προσεκτική εξέταση των περιοχών πίεσης του δέρματος κάθε 8 ώρες<sup>(49)</sup>.

### 3.17 Περιεγχειρητική χορήγηση αντιβιοτικών

Με τη χρήση μηχανικού καθαρισμού μόνο δεν επιτυγχάνεται η επιθυμητή μείωση του μικροβιακού φορτίου του εντέρου και για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η περιεγχειρητική χορήγηση αντιβιοτικών.

Οι προγραμματισμένες εντερικές επεμβάσεις χαρακτηρίζονται ως δυνητικά μολυσμένες (clean contaminated), ενώ οι επείγουσες – στη πλειοψηφία τους – ως μολυσμένες ή σηπτικές (contaminated / septic). Χωρίς περιεγχειρητική χορήγηση αντιβιοτικών η συχνότητα διαπύησης του τραύματος κυμαίνεται μεταξύ 30% και 60%.

Έχουν δοκιμαστεί πολλά και διαφορετικά σχήματα περιεγχειρητικής χορήγησης αντιβιοτικών είτε από του στόματος είτε παρεντερικά.

Τα μικρόβια που ενοχοποιούνται σε σηπτικές επιπλοκές μετά από επεμβάσεις στο παχύ έντερο είναι το αερόβιο *E. coli* και το αναερόβιο *bacteroides fragilis*, γι' αυτό και τα χορηγούμενα αντιβιοτικά πρέπει να είναι δραστικά απέναντι σε δύο αυτά στελέχη.

Η τρέχουσα πρακτική διεθνώς χρησιμοποιεί είτε συνδυασμό παρεντερικής και από του στόματος χορήγησης αντιβιοτικών, είτε μόνο παρεντερική χορήγηση. Από του στόματος χρησιμοποιείται ο συνδυασμός ερυθρομυκίνης και νεομυκίνης, ενώ τα παρεντερικά χορηγούμενα αντιβιοτικά περιλαμβάνουν μια κεφαλοσπορίνη δεύτερης γενιάς σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη.

Η από του στόματος χορήγηση πρέπει να γίνεται τη προηγούμενη της επεμβάσεως ημέρα (1g ερυθρομυκίνης και 1g νεομυκίνης στις 13:00, 14:00 και 23:00). Η παρεντερική χορήγηση ξεκινά με την εισαγωγή στην αναισθησία, ενώ δύο έως τρεις δόσεις μετεγχειρητικά φαίνεται ότι είναι αρκετές<sup>(50)</sup>.

### 3.18 Υποτροπή της νόσου μετά από επέμβαση

Η υποτροπή μετά από εγχείρηση για Crohn κολίτιδα εξαρτάται από την κατανομή της νόσου, την εγχείρηση και το χρόνο παρακολούθησής. Μετά από κολεκτομή και ειλεοκολική αναστόμωση και για 15ετή παρακολούθηση κυμαίνεται από 30 – 70%, ενώ μετά από πρωκτοκολεκτομή και ειλεοστομία περιορίζεται μεταξύ 3 – 40%. Γενικά, μετά από πέντε χρόνια, οι μισοί ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν υποτροπή, ακτινολογική ή κλινική και 50% από αυτούς πιθανόν να χρειαστούν επανεγχείρηση<sup>(51)</sup>.

### 3.19 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

1) Πόνος : Πρώιμη μετεγχειρητική δυσχέρεια με την μεγαλύτερη ένταση 12-36 h μετά από την εγχείρηση.

*Αίτια:*

- Ερεθισμός νευρικών απολήξεων και ιστική βλάβη

*Νοσηλευτική φροντίδα:*

- Εντόπιση πόνου και διαπίστωση χαρακτηριστικών του
- Επισκόπηση τραύματος
- Έλεγχος παροχετεύσεων
- Εξασφάλιση συνθηκών περιβάλλοντος, αναπauτικής θέσης και massage
- Απόσπαση προσοχής ασθενούς για αύξηση ορίου ανοχής του πόνου
- Χορήγηση αναλγητικών με προσοχή

2) Ναυτία - έμετοι

*Αίτια :*

- Συλλογή υγρών στο στομάχι
- Διάταση κοιλίας λόγω χειρισμών κατά την επέμβαση

- Η χορήγηση μορφίνης και γενικά η νάρκωση
- Ψυχολογικοί λόγοι

*Νοσηλευτική φροντίδα:*

- Πλάγια θέση κεφαλής για πρόληψη εισρόφησης
- Συγκράτηση τραύματος
- Σύσταση για βαθιές αναπνοές
- Χορήγηση αντιεμετικών
- Καταγραφή και αναφορά παρατεταμένων εμετών
- Τοποθέτηση ρινογαστρικό σωλήνα Levin
- Παρακολούθηση για τύμπανο και λόξυγκα σε υποψία ειλεού
- Καθαριότητα στόματος και ασθενούς

### 3) Δίψα

*Αίτια :*

- Απώλεια υγρών
- Προεγχειρητική στέρηση υγρών
- Η χορήγηση ατροπίνης αναστέλλει τις εκκρίσεις

*Νοσηλευτική φροντίδα :*

- Χορήγηση υγρών ανάλογα με περίπτωση
- Περιποίηση τραύματος

### 4) Διάταση εντέρου

*Αίτια :*

- Επίδραση αναισθητικού
- Κατάργηση περισταλτισμού εντέρου λόγω χειρισμών κατά την επέμβαση
- Κατάποση αέρα
- Έλλειψη διατροφής

*Νοσηλευτική φροντίδα:*

- Εφαρμογή σωλήνα αερίων για 20- 30 λεπτά
- Χαμηλός υποκλυσμός
- Κινητοποίηση αρρώστου

### 5) Διάταση κύστεως ( επίσχεση ούρων )

*Αίτια:*

- Σπασμός σφιγκτήρα ουρήθρας
- Ακινησία αρρώστου
- Ύπτια θέση

*Νοσηλευτική φροντίδα:*

- Εφαρμογή φυσικών μέσων ( άνοιγμα βρύσης ) καθιστική ή ημικαθιστική θέση ,βάδιση , χύσιμο νερού στα γενετικά όργανα
- Καθετηριασμός κύστεως

## 6) Λόξυγκας ( διαλείπων σπασμός διαφράγματος)

### *Αίτια:*

- Ερεθισμός φρενικού νεύρου λόγω γαστρικής διάτασης , εντερικής απόφραξης , ενδοκοιλιακής αιμορραγίας

### *Νοσηλευτική φροντίδα:*

- Χορήγηση κρύου η θερμού πόματος προσεκτικά
- Χορήγηση φαρμάκων π.χ. grimpelan

## 7) Ανυσυχία – Δυσφορία

### *Αίτια:*

- Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος
- Πόνος λόξυγκας , δίψα , επίσχεση ούρων
- Τυμπανισμός κοιλίας
- Αϋπνία , θόρυβοι περιβάλλοντος

### *Νοσηλευτική φροντίδα:*

- Ανακούφιση αρρώστου με αντιμετώπιση συμπτωμάτων

## 8) Δυσκοιλιότητα

### *Αίτια:*

- Ερεθισμός εντέρου κατά την επέμβαση
- Τοπική φλεγμονή
- Περιτονίτιδα
- Τοπικό απόστημα

### *Νοσηλευτική φροντίδα:*

- Έγκαιρη έγερση αρρώστου για αύξηση περισταλισμού του εντέρου
- Λήψη άφθονων υγρών
- Προοδευτική χορήγηση τροφών με υπόλειμμα
- Χορήγηση υπακτικών
- Χαμηλός υποκλεισμός<sup>(26)</sup>

## 3.20 Μετεγχειρητικές Επιπλοκές

Ένα βασικό νοσηλευτικό μέλημα είναι η συνεχής παρακολούθηση για σημεία διάφορων επιπλοκών ως επακόλουθα της επέμβασης. Η διάσπαση του τραύματος (διαχωρισμός των στρωμάτων του χειρουργικού τραύματος) και η εκσπλάχνωση (προβολή των σπλάχνων μέσω της χειρουργικής τομής) μπορεί να επισυμβούν κατά το βήχα, ιδιαίτερα εάν δεν υποστηρίζεται καλά η κοιλιακή τομή. Η έρευνα έχει δείξει ότι η εφάπαξ (bolus) ενδοφλέβια χορήγηση Plasma – Lyte 148 (20ml/kg), ενός ισότονου ηλεκτρολυτικού διαλύματος, πριν από την επέμβαση μπορεί να μειώσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως είναι ο ίλιγγος, η κεφαλαλγία, η ναυτία και η υπόταση<sup>(49)</sup>.

<b>Πρόβλημα</b>	<b>Σημεία και Συμπτώματα</b>	<b>Παρεμβάσεις Πρόληψης</b>
Ατελεκτασία	Μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι στις περιοχές που δεν αερίζονται, δύσπνοια	Βαθιά αναπνοή και βήχας. Χρήση εισπνευστικού σπιρόμετρου. Άμεση κινητοποίηση.
Πνευμονία υποστατική, από εισρόφιση ή βακτηριακή	Πυρετός, κακουχία, αυξημένα πτύελα, πυώδη πτύελα, βήχας, ερυθρότητα προσώπου, δύσπνοια, πόνος κατά την εισπνοή, παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι, τρίζοντες ήχοι, ρόγγι	Βαθιά αναπνοή, βήχας και συχνή αλλαγή θέσης. Άμεση κινητοποίηση, χρήση εισπνευστικού σπιρόμετρου, ασκήσεις για τον έλεγχο της κινητικότητας μύων και αρθρώσεων εάν ο ασθενής δεν μπορεί να περπατήσει, φαρμακευτική αγωγή εάν η πνευμονία είναι βακτηριακής προέλευσης
Παραλυτικός ειλεός	Απουσία εντερικών ήχων 24 – 36 ώρες μετά την επέμβαση ή λιγότεροι από 5 ήχοι ανά λεπτό	Παρακολούθηση εντερικών ήχων, ενθάρρυνση για βάδιση, διακοπή της σίτισης από το στόμα, σύμφωνα με την οδηγία. Όχι τροφή μέχρι την επάνοδο των εντερικών ήχων.
Θρομβοφλεβίτιδα	Πόνος ή θερμότητα στη γαστροκνήμια, εξοίδηση κνήμης, θερμιά στην αφή περιοχή της κνήμης, πιθανή αύξηση της θερμοκρασίας	Ενθάρρυνση του ασθενούς για ασκήσεις των κάτω άκρων. Καλή ενυδάτωση του ασθενούς, ενθάρρυνση για περπάτημα, χρήση αντιθρομβωτικών ελαστικών κάλτσων και συσκευών.
Κατακράτηση ούρων	Διατεταμένη ουροδόχος κύστη, αδυναμία αυθόρμητης (αυτόματης) ούρησης	Ψηλάφηση της ουροδόχου κύστης, ενθάρρυνση για εκκένωση, καθετηριασμός εάν δεν υπάρξει εκκένωση σε 8 ώρες, σύμφωνα με τις οδηγίες. Χορήγηση φαρμάκου για αύξηση του τόνου του ουρητηρικού σφιγκτήρα, σύμφωνα με τις οδηγίες.
Ουρολοιμώξη	Δυσουρία, συχνουρία, δύσοσμα ούρα	Πίεση για πρόσληψη υγρών, εάν επιτρέπεται, ενθάρρυνση συχνής κένωσης, διατήρηση του καθετήρα καθαρού και βατού, χρήση άσηπτης τεχνικής για την εκκένωση του ουροσυλλέκτη.
Διαπύηση τραύματος	Ερυθρότητα, εξοίδηση, πόνος, θερμότητα, εκροή υγρού, πυρετός, αύξηση αριθμού λευκοκυττάρων (λευκοκυττάρωση), ταχυκαρδία και ταχύπνοια (ο πυρετός 72 ώρες μετά την επέμβαση συνιστά ένδειξη λοίμωξης σε ορισμένα συστήματα ή στο τραύμα)	Χρήση άσηπτης τεχνικής για τη φροντίδα του τραύματος. Ενθάρρυνση για επαρκή θρέψη και υγρά. Ενθάρρυνση για δραστηριότητα.
Πνευμονική εμβολή	Δύσπνοια, άγχος, θωρακικό άλγος, ταχυκαρδία και ταχύπνοια, κυάνωση, βήχας, αιματηρά πτύελα	Αντιθρομβωτικές ελαστικές κάλτσες, επαρκής πρόσληψη υγρών, συχνή αλλαγή θέσης ή περπάτημα, προληπτική χορήγηση αντιπηκτικού, σύμφωνα με τις οδηγίες.
Αιμορραγία και shock	Ένδειξη μείζονος αιμορραγίας, μειωμένη αρτηριακή πίεση, αυξημένος σφυγμός, ψυχρό και υγρό δέρμα, μειωμένη αποβολή ούρων	Χορήγηση παραγώγων αίματος και παραγόντων που αυξάνουν τον όγκο του αίματος. Αιμόσταση. Τοποθέτηση ασθενούς σε θέση shock με τα κάτω άκρα ψηλά και τη κεφαλή σε επίπεδη θέση. Χορήγηση των φαρμάκων που ζητούνται σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, χορήγηση οξυγόνου, συχνή μέτρηση ζωτικών σημείων.
Διάσπαση τραύματος ή εκσπλάχνωση	Παροχέτευση οροαιματηρού περιτοναϊκού υγρού από το τραύμα και αίσθημα από τον ασθενή ότι «κάτι πετάχτηκε». Διάσπαση των χειλέων του τραύματος με εκσπλάχνωση.	Καθοδήγηση ασθενούς για σωστή υποστήριξη του τραύματος κατά τον βήχα. Τοποθέτηση ασθενούς σε ύπτια θέση. Κάλυψη τραύματος με αποστειρωμένη γάζα ή ύφασμα εμποτισμένο με φυσιολογικό ορό. Επιστροφή στο χειρουργείο για αποκατάσταση, παρακολούθηση για shock.
Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών	Σημεία υπερυδάτωσης : τρίζοντες πνευμονικοί ήχοι, οίδημα, αύξηση του βάρους. Σημεία αφυδάτωσης : απώλεια βάρους, αδύναμος σφυγμός, ξηρότητα των βλεννογόνων, ελαττωμένη δερματική σπαργή.	Έλεγχος του ρυθμού ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών. Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων / αποβαλλόμενων υγρών. Αποκατάσταση των διαταραχών του ισοζυγίου. Η αποβολή θα είναι μικρότερη από την πρόσληψη υγρών κατά τις 72 ώρες μετά την επέμβαση με γενική αναισθησία. Ακρόαση πνευμόνων σε κάθε βάρδι. Παρακολούθηση βάρους, έλεγχος για οίδημα.

### 3.21 Πρόγνωση της νόσου του Crohn

Η πρόγνωση της νόσου του Crohn δεν είναι τόσο καλή όπως στην ελκώδη κολίτιδα. Μια εξαίρεση είναι η οξεία τμηματική κολίτιδα, που συχνά ανακαλύπτεται τυχαία κατά τη διάρκεια λαπαροτομίας για σκωληκοειδίτιδα. Αυτή είναι πολύ καλή πρόγνωση. Περισσότεροι από τα δύο τρίτα των ασθενών αυτών δεν θα εμφανίσουν στη συνέχεια τμηματική εντερίτιδα και ο τύπος αυτός της οξείας ελείτιδας μπορεί εξίσου καλά να δημιουργείται από διαφορετικούς μηχανισμούς από εκείνους που ευθύνονται για τη νόσο του Crohn. Η κύρια χειρουργική άποψη είναι η συντηρητική αντιμετώπιση της καταστάσεως αυτής και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχει θέση η χειρουργική εκτομή.

Στη πλειονότητα των ασθενών με νόσο του Crohn η πορεία είναι χρόνια και διαλείπουσα, εξαρτώμενη από τη περιοχή που έχει προσβληθεί. Η νόσος ανταποκρίνεται λιγότερο καλά στη φαρμακευτική θεραπεία, με τον καιρό και πάνω απ' τα 2/3 των ασθενών εμφανίζουν επιπλοκές που απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση σε κάποιο σημείο της πορείας της νόσου. Σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα, όπου η θνησιμότητα εμφανίζεται στα αρχικά στάδια της νόσου, στη νόσο του Crohn η θνησιμότητα αυξάνεται με τη πάροδο του χρόνου, και πιθανώς κυμαίνεται από 5-10%. Οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται σε περιτονίτιδα ή άλλη σηπτική κατάσταση. Μετά από χειρουργική θεραπεία οι ασθενείς με νόσο του Crohn συχνά έχουν υποτροπές. Παρ' όλα αυτά η θεραπεία της νόσου του Crohn έχει ως αποτέλεσμα σταθερή και παραγωγική ζωή για τους περισσότερους ασθενείς με νόσο του Crohn<sup>(16)</sup>.

Οι ασθενείς δηλαδή με την κατάλληλη θεραπεία θα μπορέσουν να βιώσουν μια πλήρη και φυσιολογική ζωή σε όλες τις εμφανίσεις της (διατροφή, σεξουαλική ζωή, εργασία, γάμος, κ.λ.π.). Βασική σημασία έχει η σωστή και συνεχής παρακολούθηση της εξελίξεως και συμπεριφοράς της νόσου με τον θεράποντα ιατρό και για έναν επιπρόσθετο λόγο: τον μικρό αλλά υπαρκτό, αυξημένο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Για το λόγο αυτό, όλοι οι ασθενείς που πάσχουν από εκτεταμένη νόσο του Crohn του παχέος εντέρου με διάρκεια μεγαλύτερης της δεκαετίας θα πρέπει να κάνουν ολική κολονοσκόπηση με λήψη πολλαπλών και διάσπαρτων βιοψιών κάθε δύο χρόνια για την έγκαιρη και πρώιμη αναγνώριση τυχόν βαριάς δυσπλασίας ή και εγκατεστημένης κακοήθους νεοπλασίας (καρκίνος)<sup>(37)</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Στομίες

Οι στομίες μπορεί να είναι προσωρινές ή μόνιμες. Η προσωρινή κατασκευάζεται για την προστασία μιας περιφερικότερης αναστόμωσης και συχνά πρόκειται για εγκαρσιοστομία διπλού αυλού (loop colostomy) στο δεξιό υποχόνδριο. Για την επίτευξη αποτελεσματικότερης παράκμησης του περιφερικού τμήματος, η έλικα διατέμενεται (κολοστομία που μοιάζει με δίκαννο) και τα δύο στόματα διαχωρίζονται από τμήμα δέρματος. Αυτή η κολοστομία αδρανοποιεί πλήρως τον περιφερικό εντερικό σωλήνα και επιλέγεται για την αντιμετώπιση δύσκολων αναστομώνσεων του παχέος εντέρου και επιπλεγμένων υψηλών περιπρωκτικών συριγγίων. Ο όρος ειλεοεγκάρσια κολοστομία περιγράφει την αναστόμωση του τελικού ειλεού και του εγκαρσίου κόλου που παρακάμπτει μία αποφρακτική βλάβη του ανιόντος κόλου. Σ' αυτή την περίπτωση, ο όρος δεν υποδηλώνει τη δημιουργία πραγματικής στομίας.

Στις μόνιμες κολοστομίες εκστομώνεται μόνο ο κεντρικός αυλός του παχέος εντέρου το οποίο συρράπτεται κυκλοτερώς στο δέρμα, όπως για παράδειγμα μετά την κολιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού. Συνήθως, κατασκευάζονται κατά μήκος της γραμμής που ενώνει τον ομφαλό και την αριστερή πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα, στο πλάγιο άκρο της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός.

*Στις επιπλοκές* της μόνιμης κολοστομίας περιλαμβάνονται το οίδημα της έλικας, η αιμορραγία και η εξέλκωση του κεντρικού κολοβώματος, οι ισχαιμικές στενώσεις, η διάσπαση της γραμμής συρραφής στο δέρμα, η πρόπτωση και η παραστοματική κήλη.

Οι ειλεοστομίες αποτελούν συνήθως τελικές στομίες, δεξιά του ομφαλού και κατασκευάζονται μετά από πρωκτοκολεκτομή για την αντιμετώπιση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Εξαιτίας του υδαρούς περιεχομένου κατασκευάζεται η προβολή της εντερικής έλικας κατά 4 εκ. για την αποφυγή της πρόκλησης δερματικών διαβρώσεων.

*Οι επιπλοκές* της ειλεοστομίας είναι παρόμοιες με αυτές της κολοστομίας, όμως επιπροσθέτως η διάρροια και η μεγάλη απώλεια υγρών μπορεί να προκαλέσουν αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Το έντερο συνήθως προσαρμόζεται σε αυτές τις αλλαγές, όμως συγκεκριμένες τροφές, όπως το κρεμμύδι, πρέπει να αποφεύγονται και η κατάλληλη διαίτα είναι απαραίτητη, για μεγάλο χρονικό διάστημα<sup>(52)</sup>.

### 4.2 Περιποίηση στομίας

- Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον άρρωστο για τη νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει και ζητά τη συνεργασία του.
- Τοποθετείται παραβάν, αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι του αρρώστου, για εξασφάλιση μοναχικότητας.
- Ο άρρωστος πρέπει να λάβει αναπαυτική θέση, ύπτια με μικρή κλίση προς το πλάγιο της στομίας ή ημικαθιστή.
- Ο νοσηλευτής αναδιπλώνει τα κλινοσκεπάσματα, τοποθετεί το αδιάβροχο κοντά στη στομία ανάλογα με τη θέση του αρρώστου για να προστατεύσει τα κλινοσκεπάσματα.



- Ο νοσηλευτής ανοίγει την χαρτοσακούλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού για τη συλλογή των αχρήστων και φορά τα γάντια για προληπτικούς λόγους.
- Χαλαρώνεται η ζώνη κολοστομίας (αν φοράει ο ασθενής), και ο νοσηλευτής αποκολλά το σάκο και τον απορρίπτει μέσα στη χαρτοσακούλα. Αν έχει περιεχόμενο εντέρου ο σάκος, είναι προτιμότερο να απομακρυνθεί αμέσως από το θάλαμο για αισθητικούς λόγους.
- Τοποθετείται ένα νεφροειδές κάτω από το στόμιο, αφού καλυφθεί με χαρτοβάμβακο η πλευρά του νεφροειδούς που έρχεται σε επαφή με το σώμα του ασθενούς, για να απορροφήσει τα υγρά.
- Ο νοσηλευτής καθαρίζει καλά την περιοχή του στομίου με φυσιολογικό ορό, χρησιμοποιώντας αποστειρωμένη λαβίδα και τολύπιο βάμβακος. Ύστερα ο νοσηλευτής σαπουνίζει καλά τη γύρω από το στόμιο περιοχή με χλιαρό νερό και σαπούνι ή αντισηπτική σαπουνάδα, ξεπλένει και στεγνώνει καλά.
- Ακόμη, ετοιμάζει το σάκο σύμφωνα με τον τύπο του και τις ειδικές οδηγίες, επικολλά καλά το σάκο και βεβαιώνεται ότι δεν υπάρχει διαρροή γύρω από το σάκο.
- Ο άρρωστος αφήνεται καθαρός και σε αναπαυτική θέση.
- Ο νοσηλευτής συγκεντρώνει και απομακρύνει τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα και τέλος, σημειώνει στο δελτίο νοσηλείας παρατηρήσεις, όπως εμφάνιση αίματος, πύου, δερματίτιδα και στο θερμομετρικό διάγραμμα αν είχε κένωση.

### 4.3 Νοσηλευτικά προβλήματα ειλεοστομίας

*Συνεχής αποβολή περιεχομένου του εντέρου:* Προκαλείται από την έλλειψη σφιγκτήρα για τον έλεγχο του περιεχομένου. Αντιμετωπίζεται με: 1) εφαρμογή κατάλληλου σάκου ειλεοστομίας, 2) έλεγχο της καλής εφαρμογής του σάκου για πιθανή χαλάρωση και διαρροή, 3) αλλαγή του σάκου συχνά, 4) έλεγχο του στομίου για συρρίκνωση ή πρόπτωση, 5) παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και της σύστασης του περιεχομένου του εντέρου.

*Δερματίτιδα γύρω από το στόμιο:* Προκαλείται από τα ερεθιστικά υγρά του εντέρου, την κακή τοποθέτηση του σάκου, την πλημμελή καθαριότητα της περιοχής γύρω από το στόμιο, τη χρησιμοποίηση ακατάλληλου υλικού και την ευαισθησία του δέρματος. Αντιμετωπίζεται με: 1) έλεγχο συχνά του δέρματος για ερεθισμό, 2) αποφυγή της επικόλλησης του σάκου πάνω στην περιοχή της δερματίτιδας, 3) πραγματοποίηση καλής καθαριότητας με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι (ορισμένοι συνιστούν την αποφυγή χρήσεως σαπουνιού και συστήνουν κάτι άλλο), 4) χρησιμοποίηση των ειδικών κρεμών που υπάρχουν για το πρόβλημα της δερματίτιδας.

*Πιθανή διαταραχή ύδατος και ηλεκτρολυτών:* Προκαλείται από την ανεπαρκή πρόσληψη υγρών και ηλεκτρολυτών και από τις πολλαπλές κενώσεις. Αντιμετωπίζεται με: 1) μέτρηση των προσλαμβανομένων – αποβαλλομένων υγρών, ιδιαίτερα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, συμπεριλαμβανομένων και των διαρροϊκών κενώσεων, 2) εξασφάλιση επάρκειας λήψεως υγρών, 3) συστάσεις στον άρρωστο για να αυξήσει τη λήψη υγρών σε ζεστές ημέρες και σε υπερβολική αφυδάτωση, 4) ενημέρωση του αρρώστου για τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει σε ανεπάρκεια λήψεως υγρών και ηλεκτρολυτών (αφυδάτωση, συμπτώκνωση

ούρων, oligουρία, δίψα, πυρετός, υπονατρίαζή, υπόταση, ναυτία, έμετος, διάρροια, κεφαλαλγία, υποκαλιαιμία, απάθεια ή φόβος, ναυτία, λήθαργος, ταχυκαρδία)

*Απώλεια βάρους:* Προκαλείται από την αλλαγή του τύπου της διατροφής, την κακή απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών, την έλλειψη ανοχής ορισμένων τροφών και την κακή μάσηση. Αντιμετωπίζεται με: 1) εξασφάλιση ποιοτικής τροφής και ποσότητας ανεκτής για τον εκάστοτε ασθενή, 2) χορήγηση τροφής αρχικά ρευστής και στη συνέχεια ημιρευστής και στερεάς, ελέγχοντας την ανοχή της, 3) σύσταση στον άρρωστο να μασά καλά την τροφή του, 4) παροχή στον ασθενή κατάλογο τροφών που πρέπει να αποφεύγει (τροφές με υπόλειμμα), 5) σύσταση στον άρρωστο να επικοινωνεί με το γιατρό του για κάθε πρόβλημα.

*Άγχος – Ανησυχία:* Προκαλείται από την αλλαγή της λειτουργίας του σώματος. Αντιμετωπίζεται με: 1) ενίσχυση της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου. Η επαφή με κάποιον άλλο άρρωστο με στομία, θα δώσει στον ασθενή την ευκαιρία να συζητήσει το πρόβλημά του με ένα άτομο που βιώνει την ίδια κατάσταση, 2) παρότρυνση του ασθενούς να μετέχει στη νοσηλεία του, με σκοπό να εξοικειωθεί και να αναλάβει μόνος του την αυτοφροντίδα του, 3) συζήτηση με τον ασθενή και λύση των αποριών του με ακριβείς και σαφείς απαντήσεις.

#### **4.4 Νοσηλευτικά προβλήματα κολοστομίας**

*Τραύμα – μόλυνση (σε κοιλιοπερινεϊκή επέμβαση):* Προκαλείται από το εκτεταμένο τραύμα, την παρουσία μικροβίων και παροχετευτικών υγρών, τη δυσκολία ελέγχου του τραύματος λόγω θέσεως, τον πόνο και το οίδημα. Αντιμετωπίζεται με: 1) παρακολούθηση για πιθανή αιμορραγία, 2) σύσταση για πραγματοποίηση εδρόλουτρων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, 3) παρακολούθηση του χρώματος, της οσμής και της ποσότητας των υγρών παροχέτευσης, 4) αλλαγή του επιδεσμικού υλικού, 5) τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή, 6) εξασφάλιση άνετης θέσης στον άρρωστο.

*Κακοσμία:* Προκαλείται από την αποβολή του περιεχομένου του εντέρου και τα κάκοσμα αέρια από τη λήψη τροφής. Αντιμετωπίζεται με: 1) χρησιμοποίηση των ειδικών σάκων κολοστομίας με φίλτρο διαφυγής αερίων<sup>(53)</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με νόσο Crohn

#### A) Φυσική προετοιμασία

Η καλή κατάσταση θρέψης στη προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Ο καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση διότι :

- ◆ Έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress.
- ◆ Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα.
- ◆ Είναι επιρρεπής στο shock και την αιμορραγία εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.
- ◆ Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος του εξαιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά :

- ◆ Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή.
- ◆ Χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.
- ◆ Γίνεται μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει αναιμία.

Όλοι οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης συμπεριλαμβάνονται μεταξύ εκείνων που μετριούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά τους. Επειδή, μετά την επέμβαση, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία, ή βρογχοπνευμονία, οι επαγγελματίες υγείας στη προεγχειρητική περίοδο διδάσκουν στον άρρωστο πώς να αναπνέει βαθειά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.

Χρόνιες ασθένειες που πρέπει να αντιμετωπιστούν προεγχειρητικά είναι : ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος του Addison, νεφρικές, καρδιακές, ηπατικές και ορμονικές διαταραχές. Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος, ειδικά με κορτικοστερινοειδή, που δεν πρέπει να διακοπούν, διουρητικά, που μπορεί να έχουν προκαλέσει στον άρρωστο υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, αντιπηκτικά και αντιβιοτικά που ενισχύουν τη δράση των μυοχαλαρωτικών και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πρέπει να σημειώνονται.

Τα παχύσαρκα άτομα γενικά :

- ◆ Αντιδρούν λιγότερο έντονα στο stress.
- ◆ Δεν αντέχουν την αφυδάτωση.
- ◆ Παρουσιάζουν ευκολότερα shock.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη δίαιτα και δραστηριότητα. Αν χορηγούνται ήπια καθαρτικά, πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο άρρωστος τη νύχτα<sup>(54)</sup>.

Ο καθαρισμός του εντέρου του χειρουργικού ασθενούς γίνεται για την προετοιμασία του για:

- ◆ Διαγνωστικές διαδικασίες (βαριούχος υποκλυσμός, κολονοσκόπηση).
- ◆ Επεμβάσεις που αφορούν στον πεπτικό σωλήνα.
- ◆ Εξωεντερικές επεμβάσεις.

Η μέθοδος προετοιμασίας του εντέρου που θα χρησιμοποιηθεί επιλέγεται με κριτήρια:

- ◆ Την κατάσταση του ασθενή.
- ◆ Το είδος της επέμβασης ή της διαγνωστικής διαδικασίας.
- ◆ Τη διαθεσιμότητα των απαραίτητων μέσων.
- ◆ Την πρόκληση της ελάχιστης δυνατής δυσφορίας και την αποφυγή επιπλοκών.
- ◆ Τον διαθέσιμο χρόνο (προγραμματισμένη ή επείγουσα επέμβαση).

Η επιμελής προετοιμασία του εντέρου είναι επιβεβλημένη στις διαγνωστικές διαδικασίες (βαριούχος υποκλυσμός, κολονοσκόπηση) ή στις επεμβατικές κολονοσκοπήσεις (π.χ. ενδοσκοπική πολυπεκτομή).

Στις περιπτώσεις επεμβάσεων που δεν αφορούν στον πεπτικό σωλήνα, ο προεγχειρητικός καθαρισμός του εντέρου δεν είναι απαραίτητος. Συνήθως, μια ελαφρά διατροφή με χαμηλό υπόλειμμα λίγες ημέρες πριν την επέμβαση είναι αρκετή για την αποφυγή μιας πιθανής μετεγχειρητικής δυσφορίας, τουλάχιστον στις επεμβάσεις μικρής και μέσης βαρύτητας. Για μείζονες επεμβάσεις είναι σκόπιμο να γίνεται υποκλυσμός ή να χορηγείται καθαρτικό διάλυμα από το στόμα.

Στις επεμβάσεις του πρωκτού είναι σκόπιμος ο πλήρης καθαρισμός του παχέος εντέρου δεδομένου ότι δεν είναι επιθυμητή η αφόδευση κατά τη διάρκεια των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών. Στις υπόλοιπες επεμβάσεις που αφορούν είτε στο ανώτερο είτε στο κατώτερο πεπτικό ο καθαρισμός του εντέρου είναι επιθυμητός για να μειωθεί αφ' ενός το ενδοαυλικό περιεχόμενο του εντέρου και αφ' ετέρου το μικροβιακό φορτίο. Για το στόχο αυτό έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς διάφορα σχήματα και μέθοδοι.

Οι μέθοδοι/ φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- Ø Δίαιτα
- Ø Υποκλυσμοί
- Ø Καθαρτικά σκευάσματα από το στόμα
- Ø Εντερική έκπλυση από το στόμα ή με ρινογαστρικό σωλήνα
- Ø Συνδυασμοί των ανωτέρω <sup>(50)</sup>.

### ***B) Ειδικές εξετάσεις***

Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν από τη γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης, ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος. Εξαιτίας του stress ελαττώνεται ο χρόνος πήξης, γι' αυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν από την εγχείρηση (10.000 μονάδες υποδορίως το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης ημέρας) προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο της μετεγχειρητικής θρόμβωσης. Στις μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, που μπορεί ο άρρωστος να χρειαστεί αίμα, γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση. Σε πολλά νοσοκομεία, η ακτινογραφία θώρακα και το ηλεκτροκαρδιογράφημα αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας. Γενικά, όταν πρόκειται για μεγάλες λαπαροτομίες εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός καθετήρας. Όταν η χειρουργική επέμβαση αφορά το έντερο γίνεται αντισηψία του με αντισηπτικό του εντέρου που παίρνει ο άρρωστος επί 5 ημέρες.

### ***Γ) Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου***

Σκοπός της είναι η απαλλαγή δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά, ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν, κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση. Ιδιαίτερα πρέπει να προσεχθούν ο ομφαλός, τα νύχια και τα μαλλιά. Μέχρι πρόσφατα, μετά το ξύρισμα και τον καθαρισμό, με σαπούνη κα νερό, της χώρας, γινόταν αντισηψία του δέρματος στο τμήμα και κάλυψη της με αποστειρωμένο τετράγωνο.

### ***Δ) Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία***

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού που σύστησε ο γιατρός. Το κατευναστικό χορηγείται με ένα ζεστό πόμα, και ο νοσηλευτής προσπαθεί προσεκτικά τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο. Αν η εγχείρηση προγραμματιστεί για το πρωί της επόμενης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν από την επέμβαση.

Πριν από την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο, ο νοσηλευτής :

- ◆ Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα.
- ◆ Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
- ◆ Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στη προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
- ◆ Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
- ◆ Χορηγεί τη προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου. Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από το συγκεκριμένο άρρωστο.

Πιο συχνά χρησιμοποιούνται :

- 1) Οπιούχα
- 2) Παράγωγα της μελαντόνας
- 3) Βαρβιτουρικά

Αν για οποιαδήποτε αιτία η προνάρκωση δε γίνει στη κανονική ώρα, πρέπει να αναφερθεί στον αναισθησιολόγο. Είναι πολύ επικίνδυνο να χορηγηθούν τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχα αργότερα από την κανονική ώρα. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά τη προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται. Μετρά την πίεση το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας και το πρωί, πριν και μετά τη προνάρκωση. Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο, και μένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση<sup>(54)</sup>.

## 5.2 Ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς κατά την προεγχειρητική περίοδο

Είναι φυσικό, όλοι οι άρρωστοι να αντιμετωπίζουν την εγχείρηση αναπτύσσοντας ένα μεγαλύτερου ή μικρότερου βαθμού συναίσθημα φόβου. Συχνά το άγχος προέρχεται από λαθεμένες αντιλήψεις για το τι πρόκειται να συμβεί κατά την εγχείρηση και για το ποιες θα είναι οι συνέπειες. Άλλοτε αυτό που προέχει είναι ο φόβος της νάρκωσης.

Θα πρέπει ο χειρουργός στις περιπτώσεις που διαπιστώνεται άγχος να συζητήσει να πει ποιοι είναι οι λόγοι που του το προκαλούν. Οι εξηγήσεις που θα δώσει ο χειρουργός ή ο αναισθησιολόγος στον άρρωστο θα τον βοηθήσουν να αποκτήσει μια αντικειμενική γνώση για το τι θα συμβεί κατά την εγχείρηση, να προετοιμαστεί για τη μετεγχειρητική πορεία, να ενισχυθεί η εμπιστοσύνη στο γιατρό και να μειωθεί το άγχος.

Υπάρχουν άρρωστοι που, προκειμένου να αποφύγουν το έντονο άγχος που τους προκαλεί η εγχείρηση, επιστρατεύουν μηχανισμούς άρνησης του άγχους και εμφανίζουν δυσανάλογη προς τις περιστάσεις αισιοδοξία. Η άρνηση της σοβαρότητας της κατάστασης, τους κάνει να μην μπορούν να ανταποκριθούν μετεγχειρητικά στις ανάγκες που απαιτούν οι συνθήκες ανάρρωσης. Σε μια μελέτη 180 καρδιοχειρουργικών αρρώστων, που προεγχειρητικά εκδήλωσαν κατάθλιψη ή

αντίθετα αντέδρασαν με άρνηση του άγχους, διαπιστώθηκαν περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και αυξημένη θνησιμότητα.

Το άγχος μπορεί να είναι οξύ και να σχετίζεται άμεσα με το φόβο της εγχείρησης, ή να αποτελεί ένα χρόνιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου. Όπως το άγχος, έτσι και η κατάθλιψη, μπορεί να πηγάζει από παράλογες φαντασιώσεις φόβου, που ενισχύονται από την έλλειψη σωστής και επαρκούς πληροφόρησης, όπως π.χ. φόβος μήπως η εγχείρηση αποκαλύψει την ύπαρξη καρκίνου ή μήπως το άτομο μείνει ανάπηρο. Η συζήτηση με τον άρρωστο, οι πληροφορίες και οι εξηγήσεις που θα του δοθούν, θα τον καθησυχάσουν και θα του απαλύνουν το καταθλιπτικό του συναίσθημα<sup>(55)</sup>.

### **5.3 Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου για την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο**

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο ο νοσηλευτής αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Το κρεβάτι που θα δεχτεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει :

- Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες.
- Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
- Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.
- Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.
- Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμετούς, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα. Στο κρεβάτι ακόμη μπορεί να τοποθετηθούν διάφορα εξαρτήματα. Αυτό ρυθμίζεται από το είδος της εγχειρήσεως, στην οποία θα υποβληθεί ο ασθενής και την εξέλιξη της. Στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ αυτό (νεφροειδές κ.λ.π.). Ακόμη πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, Port Cotton, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Το κομοδίνο τέλος, απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι του αρρώστου, για να τον προφυλάξουμε σε περίπτωση διεγέρσεων του. Η ετοιμασία του θαλάμου του ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο μένει πάντα ανοιχτό για το συνεχή αερισμό του, ο νοσηλευτής κατεβάζει τα ρολά για να μην υπάρχει έντονος φωτισμός και αφού ρίξει μια τελευταία ματιά και διαπιστώσει την πλήρη ετοιμασία του θαλάμου και του κρεβατιού του ασθενούς, απομακρύνεται για να επιστρέψει με την επάνοδο του ασθενούς από το χειρουργείο.

## 5.4 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση του νοσηλευτή. Αυτή πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτή, ο οποίος κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής θα συντελέσει:

- Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.
- Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξελίξεως της ασθένειάς του.
- Στην ανακούφισή του από ενοχλήματα.
- Στην πρόληψη επιπλοκών.
- Στη βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει:

- Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
- Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η θέση του ασθενούς στο κρεβάτι καθορίζεται από το είδος της εγχειρήσεως την οποία έκανε, καθώς και από το είδος της ναρκώσεως που πήρε. Η πιο συνήθης θέση του ασθενούς, αμέσως μετά την εγχείρηση είναι η «ύπτια», με το κεφάλι στραμμένο πλαγίως, αργότερα τοποθετείται σε «ανάρροπη» θέση χωρίς να αποκλείεται οποιαδήποτε άλλη θέση από τις γνωστές θέσεις. Η κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση μυών και επιτρέπει τη λειτουργία τυχόν παροχетеύσεων κ.λ.π.
- Τον έλεγχο της καταστάσεως του τραύματος και την παρακολούθησή του.
- Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφιση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον του νοσηλευτή.
- Τη σύνδεση των παροχетеύσεων ή του καθετήρα, εάν ο ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.
- Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Την ανακούφιση του αρρώστου, με την καλή νοσηλευτική φροντίδα, από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
- Τη φροντίδα του τραύματος.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας του ασθενούς. Συνίσταται λουτρό καθαριότητας, καθημερινά, συχνή αλλαγή νυχτικού και λευκού ιματισμού. Οι πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν, αλλά και προλαβαίνουν στοματίτιδες και παρωτίτιδες (συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές). Οι συχνές εντριβές, η αλλαγή θέσεως του αρρώστου βοηθούν στην ανακούφιση και άνεσή του και την πρόληψη επιπλοκών. Η διαίτα του χειρουργημένου ασθενούς αρχικά είναι υγρή, βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη. Όταν δεν επιτρέπεται ο ασθενής να πάρει υγρά από το στόμα ή σε μεγάλη αφυδάτωση, λόγω του είδους της εγχειρήσεως ή λόγω ναυτίας και εμέτων, τότε χορηγούνται σ αυτόν οροί ενδοφλεβίως<sup>(56)</sup>.



## 5.5 Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με ελκώδη κολίτιδα/νόσο του Crohn σε έξαρση

- Αντιφλεγμονώδη φάρμακα για την αντιμετώπιση της φλεγμονής. Αν δεν φέρει αποτέλεσμα ή αν η διάρροια είναι βαριά, μπορεί να χρησιμοποιηθούν κορτικοστεροειδή. Έχουν το επιπλέον αποτέλεσμα ότι ανακουφίζουν τον άρρωστο και από τις εξωκολονικές φλεγμονές.
- Αρχικά τίποτα από το στόμα.
- Κάλυψη θερμιδικών ηλεκτρολυτικών, υδατικών και βιταμινικών αναγκών του αρρώστου με ενδοφλέβιες χορηγήσεις. Με την βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου, υγρά και κατόπιν τροφή από το στόμα. Στενή παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών του ορού και του αρρώστου για σημεία αφυδάτωσης.
- Πιθανή χορήγηση αντιχολινεργικών για μείωση του σπασμού και του πόνου. Ακόμα, χορήγηση αντιδιαρροϊκών.
- Μεγάλης σπουδαιότητας είναι η επαρκής ανάπαυση αφού η φυσική δραστηριότητα αυξάνει την κινητικότητα του εντέρου. Ηρεμιστικά για προαγωγή της γενικής χαλάρωσης του οργανισμού.
- Πιθανή χορήγηση αναλγητικών για μείωση του πόνου. Αποφυγή οπιούχων εξαιτίας του εθιστικού τους αποτελέσματος. Η εφαρμογή θερμοφόρας στην κοιλιά μπορεί να προαγάγει την άνεση του αρρώστου. Αν ο πρωκτός παρουσιάζει σχισμές και πόνο, επάλειψη με κορτιζονούχα αλοιφή. Διατήρηση της καθαριότητας του αρρώστου. Εδρόλουτρα για ανακούφιση από τον πόνο.
- Αν η απώλεια του αίματος είναι μεγάλη, γίνονται μεταγγίσεις αίματος.
- Εξαιτίας της κακής απορρόφησης των αμινοξέων από το έντερο, η θρέψη του αρρώστου είναι ελλιπής. Γι' αυτό σε βαριές καταστάσεις γίνεται πλήρης παρεντερική διατροφή. Πλήρης παρεντερική διατροφή είναι μία διαδικασία με την οποία χορηγούνται στον άρρωστο επιπρόσθετες θρεπτικές ουσίες, μέσω καθετήρα εφαρμοσμένου στην άνω κοίλη φλέβα.

Μετά το οξύ στάδιο η δίαιτα μπορεί να προχωρήσει σε υπερθερμιδική, υπερπρωτεϊνούχα και χαμηλού υπολείμματος. Αποφυγή τροφών που ερεθίζουν χημικά το έντερο. Περιορισμός του γάλακτος σε αρρώστους που στο ιστορικό τους υπάρχει κακή ανοχή του. Πιθανή η καθημερινή χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου από το στόμα.

- Οι ψυχολογικές απόψεις της φροντίδας του αρρώστου μπορεί να είναι πολύπλοκες. Παροχή εξηγήσεων και ενθάρρυνση κατά το οξύ στάδιο. Περιορισμός στο ελάχιστο του συγκινησιακού στρες. Πιθανή αναζήτηση βοήθειας από τον ψυχίατρο. Πιθανόν ωφέλιμη για τον άρρωστο και η ομαδική θεραπεία. Απαραίτητη η συμμετοχή της οικογένειας. Πιθανή η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων<sup>(4)</sup>.

## 5.6 Περιπτώσεις Α και Β – Νοσηλευτική Διεργασία

### Περίπτωση Α :

Ανδρας ασθενής, 27 ετών, εισήχθη στα ΤΕΠ στις 15/04/2015 στις 09:30 με έντονο κοιλιακό άλγος, πόνο κατά την αφόδευση, διαρροϊκές κενώσεις οι οποίες ήταν αιματηρές, κακουχία και παρατεταμένη κόπωση. Κατά τη λήψη του ιστορικού, ο ασθενής ανέφερε πως τα συγκεκριμένα συμπτώματα έχουν παρουσιαστεί και στο παρελθόν (έναρξη συμπτωμάτων προ 2ετίας) σε πιο ήπια μορφή και με διαλείποντα χαρακτήρα. Όπως επισήμανε όμως, δεν έδωσε σημασία διότι τα συμπτώματα αυτά, τα απέδιδε σε ψυχολογικούς παράγοντες αφού εμφανίζονται σε περιόδους με έντονο ψυχολογικό στρες. Ακόμη, ανέφερε πως δεν λαμβάνει κάποια ειδική φαρμακευτική αγωγή, εκτός από φάρμακα που του χορηγήθηκαν προ 6μηνου σε καρδιολογική κλινική, στην οποία είχε εισαχθεί λόγω αρρυθμίας. Όπως προέκυψε από τις διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν, οι θεράποντες ιατροί διέγνωσαν νόσο του Crohn στο κατίον κόλο και τον πρωκτό.

## Νοσηλευτική Διεργασία

Προβλήματα / Ανάγκες του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Κοιλιακό άλγος	Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του αρρώστου.  Μείωση του πόνου.  Αποφυγή παραγόντων που ερεθίζουν το εντερικό βλεννογόνο.  Εξασφάλιση της άνεσης του αρρώστου.	Λήψη ζωτικών σημείων, λήψη αίματος για εργαστηριακές και περαιτέρω εξετάσεις, τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα.  Χορήγηση αναλγητικών ενδοφλεβίως ( IV ) για μείωση του πόνου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.  Χορήγηση κορτικοστεροειδών και αντιβιοτικών ( IV ) για μείωση της φλεγμονής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.  Διακοπή της εντερικής σίτισης.  Ψυχολογική στήριξη και εξασφάλιση επαρκούς ανάπαυσης.	Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία και αίμα για εξετάσεις, τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας.  Χορηγήθηκε Apotel 1000 mg, Prezolon 25 mg και Ciproxin 400 mg σε Συνδυασμό με Flagyl 500 mg IV για μείωση του πόνου και της φλεγμονής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.  Έγινε σύσταση στον ασθενή να μην πάρει τροφή από το στόμα.  Συζητήθηκε με τον ασθενή για τη φύση της ασθένειας του καθώς και για τους φόβους / ανησυχίες που προκαλούνται από αυτή.	Φυσιολογικά ζωτικά σημεία.  Ο πόνος μειώθηκε.  Ο ασθενής δεν έλαβε τίποτα από το στόμα.  Ο ασθενής νιώθει πιο ήρεμος.
Πόνος κατά την αφόδευση	Μείωση του πόνου.  Διασφάλιση της άνεσης του αρρώστου.	Διατήρηση καθαρής της περιοχής του πρωκτού με εδρόλουτρα.  Επάλειψη της περιοχής του πρωκτού με κορτιζονούχο κρέμα.	Έγινε το λουτρό καθαριότητας.  Έγινε επάλειψη της περιπρωκτικής περιοχής με ειδική κρέμα.	Ανακουφίστηκε από το πόνο.  Ο ασθενής νιώθει πιο άνετα.
Διαρροϊκές κενώσεις	Κάλυψη των ενεργειακών αναγκών του ασθενούς και πλήρης ενυδάτωση του.  Μείωση των διαρροϊκών κενώσεων.	Εξασφάλιση επαρκούς θρέψης και ενυδάτωσης μέσω παρεντερικής διατροφής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Χορηγήθηκαν οροί ( L/R, N/S ) και παρεντερική σίτιση για κάλυψη των θερμιδικών, θρεπτικών και υδατικών αναγκών του αρρώστου, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Υποχώρηση σημείων αφυδάτωσης και υποθρεψίας.  Μείωση των διαρροϊκών κενώσεων.
Αιμορραγία	Αποτελεσματική αντιμετώπιση αιμορραγίας.  Αναπλήρωση του χαμένου όγκου αίματος.	Μετάγγιση 1 μονάδας αίματος σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.  Λήψη ζωτικών σημείων πριν, κατά τη διάρκεια και ύστερα από τη μετάγγιση.	Χορηγήθηκε 1 μονάδα αίματος, παρουσία γιατρού.  Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία.	Η μετάγγιση αίματος ολοκληρώθηκε με επιτυχία.  Τα ζωτικά σημεία ήταν φυσιολογικά.
Αίσθημα κόπωσης / κακουχία	Εξασφάλιση άνεσης και επαρκούς ανάπαυσης του αρρώστου.	Μείωση των εξωτερικών ερεθισμάτων στο δωμάτιο του ασθενούς για την προαγωγή της χαλάρωσης.  Ανάκαμψη της διάθεσης και ενεργητικότητας του αρρώστου.	Απομακρύνθηκαν οι συνοδοί από τον θάλαμο του ασθενούς, κλείστηκαν τα παράθυρα και οι κουρτίνες έτσι ώστε ο ασθενής να μπορέσει να κοιμηθεί.	Ο ασθενής ξεκουράστηκε και κοιμήθηκε για 3 ώρες, και όπως αναφέρει αισθάνεται καλύτερα.
Αρρυθμία	Εύρεση του αιτιολογικού παράγοντα που προκαλεί την αρρυθμία.  Επί παρουσία αρρυθμίας, αντιμετώπιση της με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.	Πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων για την εντόπιση του αιτιολογικού παράγοντα της αρρυθμίας.  Επί παρουσία αρρυθμίας, χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, πραγματοποιήθηκε ΗΚΓ και U/S καρδιάς και αξιολογήθηκαν από καρδιολόγο.  Σε εμφάνιση αρρυθμίας, χορήγηση Angoron 200 mg ( IV ) σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Φυσιολογικά ζωτικά σημεία.  Απουσία αισθήματος παλμών στον ασθενή.

### **Περίπτωση Β :**

Γυναίκα ασθενής, 45 ετών, εισήχθη στο γαστρεντερολογικό τμήμα στις 20/06/2015 και ώρα 14:00 με τα εξής συμπτώματα : χαμηλή πυρετική κίνηση (  $\theta = 37,7^{\circ}\text{C}$  ) η οποία εμφανίστηκε προ 5ημέρου, περιομφαλικό άλγος, διάρροια προ 2ημέρου (μέσος όρος διαρροϊκών κενώσεων 4/ημέρα) και απώλεια βάρους (μείωση σωματικού βάρους 10 κιλών κατά το τελευταίο βμηνο). Κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού, η ασθενής ανέφερε πως πάσχει από διαβήτη τύπου II και ακολουθεί ειδική φαρμακευτική αγωγή (ινσουλινοθεραπεία). Ύστερα από τη διεξαγωγή των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων, τέθηκε η διάγνωση της νόσου του Crohn στο ανιόν κόλον του παχέος εντέρου.

## Νοσηλευτική Διεργασία

Προβλήματα / Ανάγκες του Αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Πυρετός	Μείωση πυρετού εντός 2 ωρών.	Χορήγηση αντιπυρετικού (IV) σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Χορηγήθηκε Apotel 1000 mg (IV) σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Μείωση του πυρετού. Φυσιολογικά ζωτικά σημεία.
Περιομφαλικό άλγος	Μείωση του άλγους εντός 3 ωρών.	Χορήγηση αναλγητικού (IV) σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Χορηγήθηκε Apotel 1000 mg (IV) σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Ο ασθενής δεν νιώθει πλέον πόνο και αισθάνεται πιο ήρεμος.
Διαρροϊκές κενώσεις	Μείωση των διαρροϊκών κενώσεων και εξασφάλιση επαρκούς θρέψης με ενδοφλέβιες χορηγήσεις (IV).	Κάλυψη των ενυδατικών αναγκών της ασθενούς με χορήγηση ορών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.  Διακοπή εντερικής σίτισης.	Χορηγήθηκαν οροί (L/R, N/S) IV σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Μείωση των διαρροϊκών κενώσεων.  Υποχώρηση των σημεία αφυδάτωσης.
Απώλεια βάρους	Κάλυψη των ενεργειακών και θρεπτικών αναγκών της ασθενούς.  Επάνοδος του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα.	Κάλυψη των ενεργειακών και θρεπτικών αναγκών της ασθενούς με χορήγηση παρεντερικής σίτισης σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Χορηγήθηκε παρεντερική σίτιση σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Καλύφθηκαν οι ενεργειακές και θρεπτικές ανάγκες της ασθενούς.  Υποχώρησαν τα σημεία υποθρεψίας.
Διαβήτης	Μείωση του σακχάρου στο αίμα και διατήρηση του σε φυσιολογικά επίπεδα.	Χορήγηση ινσουλίνης (SC) Humulin Regular 100 iu / ml.	Χορηγήθηκε ινσουλίνη (SC) Humulin Regular 4 iu.	Μείωση του σακχάρου.  Διατήρηση του σακχάρου στα φυσιολογικά επίπεδα στο αίμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 Διατροφή και νόσος του Crohn

Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης το σπουδαιότερο είναι η διατήρηση της ισορροπίας των υγρών και ηλεκτρολυτών, με τη βοήθεια φαρμάκων και παρεντερικής διατροφής. Η διαίτα αποτελεί ένα αξιόλογο τμήμα της όλης αντιμετώπισης της νόσου. Πρέπει να περιέχει επαρκείς θερμίδες, πρωτεΐνες, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες, ιδιαίτερα τη βιταμίνη C. Καλή διατροφή είναι ουσιώδης για την ασθένεια αυτή, που συχνά οδηγεί σε σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Στην τελευταία περίπτωση μείωση του λίπους στη διαίτα είναι απαραίτητη, ενώ η χρησιμοποίηση, τριγλυκεριδίων μέσης αλυσίδας είναι δυνατό να βελτιώσει την κατάσταση.

Όταν υπάρχει μερική απόφραξη απαιτείται άμεση διακοπή της πρόσληψης των φρούτων και των λαχανικών τα οποία ξαναχορηγούνται μετά τη λύση της απόφραξης. Γενικά όμως, η χορηγούμενη διαίτα πρέπει να είναι φτωχή σε υπόλειμμα.

Όταν σχηματίζεται συρίγγιο είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί μια διαίτα στοιχειώδης ή παρεντερική θρέψη αν και υπάρχουν αντιρρήσεις στο θέμα αυτό. Η σίτιση με τον τρόπο αυτό όμως μειώνει τις απώλειες των διατροφικών στοιχείων από το συρίγγιο και συγχρόνως ελαττώνει τα πιθανά αλλεργιογόνα της διαίτας<sup>(57)</sup>.

### 6.2 Η έλλειψη θρεπτικών συστατικών και οι επιπτώσεις της στον ανθρώπινο οργανισμό

Έλλειψη / Διαταραχή απορρόφησης	Συνέπεια
Σίδηρος, βιταμίνη B12, φολικό οξύ	Αναιμία
Βιταμίνη K	Αιμορραγία, μώλωπες
Κακή πέψη υδατανθράκων και λίπους	Φούσκωμα, διάρροια, αέρια
Ενέργεια, πρωτεΐνες, λίπος, υδατάνθρακες	Καθυστερημένη ανάπτυξη
Θερμίδες, πρωτεΐνες, σίδηρος	Διαταραχές στην έμμηνου ρύση
Θερμίδες, πρωτεΐνες, λίπος, υδατάνθρακες	Απώλεια μυϊκής μάζας

(58)

### 6.3 Διατροφικές ελλείψεις που προκύπτουν από τη νόσο του Crohn

Οι πιο συχνές διατροφικές ελλείψεις που παρατηρούνται λόγω δυσαπορρόφησης σε όσους νοσούν από νόσο Crohn είναι σε :

- ◆ Ασβέστιο
- ◆ Σίδηρο
- ◆ Ψευδάργυρο
- ◆ Μαγνήσιο
- ◆ Φυλλικό οξύ
- ◆ Βιταμίνες B6 & B12
- ◆ Όλες τις λιποδιαλυτές βιταμίνες και κυρίως A και D<sup>(59)</sup>.

## 6.4 Μηχανισμοί δυσαπορρόφησης και κακής θρέψης σε νόσο του Crohn

### 1) Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής

- ◆ Ανορεξία
- ◆ Διατητικοί περιορισμοί

### 2) Φλεγμονώδης διήθηση λεπτού εντέρου

- ◆ Ελάττωση απορρόφησης
- ◆ Επικτητη ανεπάρκεια δισακχαριδασών
- ◆ Απόφραξη λεμφαγγειακή, ελάττωση μεταφοράς λιπιδίων
- ◆ Απώλεια πρωτεϊνών
- ◆ Ένδεια σιδήρου (χρόνια απώλεια αίματος)

### 3) Βακτηριδιακή υπερανάπτυξη λόγω στενώσεων – συριγγίων

- ◆ Δυσαπορρόφηση B12
- ◆ Αυξημένος καταβολισμός υδατανθράκων – πρωτεϊνών στον εντερικό αυλό
- ◆ Διαταραχή μεταβολισμού χολικών αλάτων (δυσαπορρόφηση λίπους)

### 4) Χειρουργική επέμβαση

- ◆ Απώλεια εντερική επιφάνειας
- ◆ εκτομή ειλεού (Δυσαπορρόφηση B<sub>12</sub>, χολικών αλάτων κλπ.)
- ◆ δημιουργία συνδρόμου «τυφλής έλικας»

### 5) Διάρροια

- ◆ απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών

### 6) Καταβολική επίδραση χρόνιας φλεγμονής και λοιμώξεων

### 7) Συνδυασμός των παραπάνω <sup>(60)</sup>.

## 6.5 Ο ρόλος του διαιτολόγου στο άτομο με νόσο Crohn

Η νόσος του Crohn είναι μία ασθένεια του εντέρου που μπορεί να προσβάλει όλο το γαστρεντερικό σωλήνα με άμεσο επακόλουθο την εκδήλωση έως και πολύ σοβαρών συμπτωμάτων. Είναι φανερό ότι απαιτείται ιδιαίτερος χειρισμός, τόσο ιατρικά όσο και διατροφικά. Ο ρόλος του διαιτολόγου για την πορεία και την έκβαση της νόσου είναι καθοριστικός και πολυπαραγοντικός:

- Να εκτιμήσει αναλυτικά την κατάσταση θρέψης του ασθενούς με βάση τα ανθρωπομετρικά (ηλικία, φύλο, ύψος και βάρος, Δ.Μ.Σ., πλεονάζον βάρος, λιπομέτρηση) αλλά και άλλα στοιχεία όπως είναι το ιστορικό βάρους και οι βιοχημικές εξετάσεις.

- Να καταγράψει τη διατροφική πρόσληψη και τις διατροφικές συνήθειες με βάση το διατροφικό ιστορικό (ανάκλησης 24ώρου και συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων) και να εντοπίσει την ύπαρξη διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς .
- Να καταγράψει τυχόν τροφικές αλλεργίες και δυσανεξίες , την κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα , την λήψη φαρμάκων , συμπληρωμάτων διατροφής ή άλλων ουσιών.
- Να εκτιμήσει τα κίνητρα, την προθυμία και τη δυνατότητα του ασθενούς να συνεργαστεί αρμονικά.
- Να εξηγήσει στον ασθενή τις διατροφικές αλλαγές που απαιτούνται και να τον εκπαιδεύσει σε αυτές με την εφαρμογή συγκεκριμένου προγράμματος αλλαγής της διατροφικής συμπεριφοράς .
- Ο σχεδιασμός ειδικού και εξατομικευμένου διαιτολογίου με στόχο τη πλήρη κάλυψη των θερμιδοπρωτεϊνικών αναγκών και των ανεπαρκειών που παρουσιάζονται από τα συμπτώματα της νόσου.
- Η εύστοχη τροποποίηση του διαιτολογίου σε περίπτωση που οι διατροφικές ανάγκες δεν καλύπτονται επαρκώς.
- Ο καθορισμός των τροφίμων που είναι ή όχι κατάλληλα για κατανάλωση.
- Η βελτίωση της όρεξης του ασθενούς
- Η παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα<sup>(61)</sup>.

## 6.6 Γενικές διαιτητικές συστάσεις για τη νόσο του Crohn

- ◆ Κατανάλωση πολλών υγρών (8-10 ποτήρια / ημέρα) για την αποφυγή αφυδάτωσης σε περίπτωση έντονης διάρροιας και πρόληψη της δυσκοιλιότητας.
- ◆ Όταν η νόσος βρίσκεται σε ύφεση, κατανάλωση τροφίμων πλούσια σε φυτικές ίνες. Αν όμως υπάρχει στένωση εντέρου, πρέπει να αποφεύγονται τα ωμά φρούτα και λαχανικά.
- ◆ Αν η νόσος βρίσκεται σε έξαρση, πρέπει να ακολουθείται δίαιτα φτωχή σε υπόλειμμα (δηλαδή με λίγους υδατάνθρακες από ρύζι, μακαρόνια, πατάτες, ψωμί).
- ◆ Εάν υπάρχει δυσανεξία στη λακτόζη (είναι το σάκχαρο του γάλακτος), αποφυγή των γαλακτοκομικών προϊόντων.
- ◆ Συστήνεται η λήψη μικρών γευμάτων και τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνη (όπως ψάρι ή κοτόπουλο).
- ◆ Περιορισμός της καφεΐνης, του αλκοόλ και της σορβιτόλης (γλυκαντική ουσία).



- ◆ Αποφυγή τροφίμων που παράγουν πεπτικά αέρια (όπως μπρόκολο, λάχανο, κουνουπίδι, λαχανάκια Βρυξελλών, φακές, κρεμμύδια, πιπεριές και ανθρακούχα ροφήματα).
- ◆ Περιορισμός της κατανάλωσης λιπαρών τροφών.
- ◆ Λήψη συμπληρωμάτων διατροφής σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό ή τον διαιτολόγο<sup>(58)</sup>.

## 6.7 Τροφές που πρέπει να αποφεύγονται στη νόσο του Crohn

Υπάρχουν τροφές που προκαλούν δυσφορία στους περισσότερους ασθενείς. Αυτές είναι :

- ◆ τα καυτερά φαγητά
- ◆ ο καφές
- ◆ το αλκοόλ
- ◆ τα λιπαρά φαγητά
- ◆ τα γαλακτοκομικά (για όσους έχουν δυσανεξία στη λακτόζη)
- ◆ γεύματα πολύ υψηλά σε φυτικές ίνες<sup>(59)</sup>.

## 6.8 Λήψη συμπληρωμάτων διατροφής από ασθενείς με Crohn

Επειδή η φλεγμονώδης εντερική ασθένεια εμποδίζει τη φυσιολογική απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, ο γιατρός ή ο διαιτολόγος μπορεί να συστήσει πολυβιταμίνες που παρέχουν το 100% των Συνιστώμενων Διατροφικών Ποσοτήτων (ΣΔΠ) των βασικών βιταμινών και μετάλλων. Οι ξεχωριστές βιταμίνες, μέταλλα ή συμπληρώματα βοτάνων πρέπει να λαμβάνονται υπό την επιτήρηση του γιατρού, γιατί μπορεί να εμποδίσουν τη δράση των φαρμάκων που λαμβάνει το άτομο ή την ικανότητα του σώματος να απορροφά τις θρεπτικές ουσίες<sup>(62)</sup>.

Συμπερασματικά, κάποια σκευάσματα που ίσως χρειαστεί να λάβει το άτομο είναι :

- ◆ Πολυβιταμινούχα σκευάσματα
- ◆ Συμπλήρωμα ασβεστίου και βιταμίνης D
- ◆ Φυλλικό οξύ
- ◆ Προβιοτικά (μαγιά, λακτοβάκιλλοι). Συγκεκριμένα σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα που υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση, φαίνεται να υπάρχει όφελος στη διατήρηση της ύφεσης με τη χρήση του προβιοτικού VSL – 3 (προλαμβάνει την ληκυθίτιδα, δηλαδή την φλεγμονή στο μικρό κομμάτι του παχέος εντέρου που απέμεινε μετά το χειρουργείο, κοντά στο πρωκτό)<sup>(63)</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### **7.1 Η χρόνια νόσος**

Χαρακτηρίζεται από μακροχρόνιες επιπτώσεις, και υποχρεώνει το άτομο να αντιμετωπίσει την ασθένεια και τις συνέπειες της για χρονικό διάστημα. Αυτές οι νόσοι είναι απρόβλεπτες και απαιτούν τη συνεχή εφαρμογή τρόπων αντιμετώπισης, οι οποίοι προάγουν την προσαρμογή και την εξέλιξη του ατόμου. Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης πολλαπλών και εξελισσόμενων προβλημάτων υγείας. Αυτά, επηρεάζονται από την περιορισμένη προσβασιμότητα σε υγειονομικές και οικονομικές υπηρεσίες προκειμένου να ακολουθηθεί το ενδεδειγμένο θεραπευτικό σχέδιο<sup>(64)</sup>.

### **7.2 Αμυντικοί Ψυχικοί Μηχανισμοί απέναντι στη χρόνια νόσο**

Οι μηχανισμοί αυτοί κατά το DSM – III – R είναι οι τύποι συναισθημάτων, σκέψεων ή συμπεριφορών σχετικά ακουσίων, που εμφανίζονται σαν αντίδραση στην αντίληψη ύπαρξης ψυχικού κινδύνου. Οι αμυντικοί μηχανισμοί είναι η πρώτη γραμμή άμυνας του εγώ και θέτονται σε λειτουργία για την ελάττωση ή εξουδετέρωση του άγχους του ατόμου προστατεύοντας το από αισθήματα ανεπάρκειας και μειωμένης αυτοεκτίμησης.

*Συνηθέστεροι μηχανισμοί άμυνας :*

#### **♦ Αναπλήρωση**

Είναι η προσπάθεια του ατόμου να καλύψει μια έλλειψη ή αδυναμία δίνοντας έμφαση σε ένα θετικό του χαρακτηριστικό. Π.χ. ένας ανάπηρος γίνεται σπουδαίος επιστήμονας.

#### **♦ Άρνηση**

Είναι άρνηση αντιμετώπισης της πραγματικότητας. Το άτομο προστατεύεται από μια επώδυνη εμπειρία ή σύγκρουση, απορρίπτοντας τη πραγματικότητα. Ένα άτομο μπορεί να καθυστερεί να επισκεφθεί το γιατρό, επειδή δεν θέλει να μάθει την αλήθεια της διάγνωσης.

#### **♦ Μετάθεση**

Είναι μετατόπιση ή εκφόρτιση συγκρατούμενων συναισθημάτων εναντίον ενός ατόμου προς ένα λιγότερο απειλητικό υποκατάστατο.

Π.χ. ο προϊστάμενος φέρεται θυμωμένα προς τον υπάλληλο και ο υπάλληλος που θυμώνει εναντίον του προϊσταμένου «βγάζει» το θυμό του στην οικογένειά του.

#### **♦ Ταυτοποίηση**

Διεργασία με την οποία το άτομο διαμορφώνει στον εαυτό του ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που θαυμάζει σε άλλους. η ταυτοποίηση παίζει σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού σύμφωνα μ' εκείνα τα στοιχεία που θαυμάζει στους γονείς του.

#### ◆ Μόνωση

Αποκλεισμός από τη συνειδητή αναγνώριση των οδυνηρών ή απειλητικών ή μη αποδεκτών συναισθημάτων που συνοδεύουν ορισμένες ιδέες, στάσεις ή πράξεις. Π.χ. το άτομο μιλά για μια σημαντική περίπτωση, για ένα ατύχημα ή και θάνατο χωρίς συναισθηματική έκφραση. Η προσωρινή χρήση του μηχανισμού αυτού μπορεί να είναι θετική για την προστασία του ατόμου από ψυχική καταπόνηση.

#### ◆ Ενδοβολή

Συμβολική εσωτερικοποίηση κάποιας ψυχικής αναπαράστασης ενός αγαπητού ή μισητού ατόμου ή συστήματος αξιών, χωρίς όμως απόλυτη αφομοίωση όπως συμβαίνει στη ταυτοποίηση. Στη περίπτωση του αγαπητού προσώπου επιτυγχάνεται η ελάττωση του άγχους από τον αποχωρισμό. Στην περίπτωση του μισητού προσώπου, το άτομο αντί να εκφράσει θυμό ή επιθετικότητα που έχει για άλλους, στρέφει τις απαράδεκτες αυτές τάσεις προς τον εαυτό του με τη μορφή αυτουποτίμησης και αυτοκατηγορίας. Αυτό παρατηρείται στην κατάθλιψη. Η ενδοβολή είναι το αντίθετο της προβολής.

#### ◆ Προβολή

Μετάθεση της ευθύνης για προσωπικές δυσκολίες και αποτυχίες σε άλλους. Επίσης, απόδοση προσωπικών μη παραδεκτών ή υποτιμητικών σκέψεων, επιθυμιών και πράξεων σε άλλο άτομο. Η προβολή χρησιμοποιείται συχνά στη καθημερινή ζωή. Π.χ. ο μαθητής λέει ότι ο δάσκαλος τον αντιπαθεί γι' αυτό τον απέρριψε στο μάθημα του. Ο μηχανισμός εκδηλώνεται παθολογικά στις παρανοϊκές ιδέες καταδίωξης, όπου η εσωτερική επιθετικότητα προβάλλεται στο περιβάλλον.

#### ◆ Εκλογίκευση

Το άτομο για να αποφύγει προσωρινά την αντιμετώπιση της πραγματικότητας και το άγχος που του προκαλεί, βρίσκει δικαιολογίες και επιχειρήματα λογικά και παραδεκτά αλλά διαφορετικά από τα πραγματικά για τις σκέψεις, τα συναισθήματα ή τη συμπεριφορά του. Οι πραγματικοί λόγοι δεν είναι φανεροί. Γι' αυτό ο μηχανισμός αυτός διαφέρει από το ψέμα το οποίο λέγεται συνειδητά.

#### ◆ Αντισταθμιστική συμπτωματολογία

Υπερβολική εκδήλωση συμπεριφοράς αντίθεσης από τις απαράδεκτες τάσεις και επιθυμίες που μπορεί να έχει άτομο. Π.χ. η εξαιρετική ευγένεια και το ενδιαφέρον μπορούν να κρύβουν εχθρότητα, αδιαφορία και απορριπτικά συναισθήματα. Η συμπεριφορά γίνεται παθολογική όταν παρεμποδίζει την εκπλήρωση έργων ή προκαλεί στρες και άγχος.

#### ◆ Παλινδρόμηση

Επιστροφή σε προηγούμενο επίπεδο ανάπτυξης και συναισθηματικής προσαρμογής με σκοπό τον πιο ικανοποιητικό χειρισμό της πραγματικότητας και την αποφυγή άγχους. Είναι ανώριμος τρόπος ανταπόκρισης στις ευθύνες του παρόντος και παρατηρείται συχνά κατ'ά τη διάρκεια μιας σωματικής αρρώστιας. Μερικές φορές χρησιμοποιείται από τους σχιζοφρενικούς αρρώστους που μπορεί να παλινδρομήσουν, μέχρι το επίπεδο της βρεφικής εξάρτησης και συμπεριφοράς, οπότε επέρχεται σοβαρή αποδιοργάνωση στην προσωπικότητα.

#### ◆ Απόθηση

Διεργασία με την οποία ανεπιθύμητες και συνειδητά απαράδεκτες σκέψεις, συναισθήματα και τάσεις ωθούνται στο ασυνείδητο επίπεδο ψυχικής λειτουργίας και κρατούνται εκτοπισμένα από το πεδίο της συνείδησης του ατόμου για την αποφυγή του άγχους και τη προστασία της αυτοεκτίμησης. Τα απωθημένα ψυχικά στοιχεία μπορούν να γίνουν κίνητρα για κάποια συμπεριφορά ή κάτω από την επίδραση άλλων αντισταθμιστικών μηχανισμών μπορεί να εμφανισθούν με τη μορφή νευρωτικών ή και ψυχωτικών συμπτωμάτων. Όσο λιγότερα απωθημένα ψυχικά στοιχεία, τόσο ισχυρότερη η ψυχική υγεία του ατόμου.

#### ◆ Εξιδανίκευση

Απαράδεκτες τάσεις ή προσωπική ανεπάρκεια σε κάποιους τομείς, ανακατευθύνονται και βρίσκουν διέξοδο σε κοινωνικά παραδεκτές δραστηριότητες. Αυτό ο τρόπος προσαρμογής, που μπορεί να είναι και συνειδητός, μερικές φορές εκφράζεται με την επίδοση σε καλλιτεχνικές ή πολιτιστικές απασχολήσεις, π.χ. ζωγραφική, δημοσιογραφία, αθλήματα κ.ά.

#### ◆ Μετατροπή

Ασυνείδητες συγκρούσεις, θυμός, φόβος, έντονο άγχος κ.ά. μεταμφιέζονται και εκφράζονται συμβολικά με συμπτώματα που συχνά αφορούν τις πέντε αισθήσεις και την κινητικότητα. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως δεν σχετίζονται με την πορεία των νεύρων των αισθητήρων οργάνων και των γραμμωτών μυών. Ο μηχανισμός αυτός εμφανίζεται σε ποικιλία καταστάσεων, στα ψυχοσωματικά νοσήματα (σωματοποίηση του άγχους), στη ψυχική διαταραχή μετατροπής (ή υστερική νεύρωση), στην υποχονδρίαση (ή υποχονδριακή νεύρωση) κ.λ.π. Η μετατροπή μπορεί να μην είναι σωματική αλλά ψυχολογική της οποίας οι αντιδράσεις είναι : φοβικές, διασχιστικές, ψυχαναγκαστικές καταναγκαστικές<sup>(65)</sup>.

### 7.3 Η αντιμετώπιση των συναισθηματικών προκλήσεων που δημιουργεί η σοβαρή ασθένεια

Ένας άνθρωπος που έρχεται αντιμέτωπος με μια βαριά ασθένεια ή ένα σοβαρό τραυματισμό πρέπει να φέρει σε πέρας πολλά και δύσκολα έργα. Ένα από τα πιο σημαντικά είναι η διατήρηση της συναισθηματικής υγείας του σε πείσμα των δοκιμασιών στις οποίες υποβάλλεται από την κρίσιμη ιατρική κατάσταση. Ίσως το πιο τρομακτικό εμπόδιο που συναντούν σε συναισθηματικό επίπεδο είναι η εκδήλωση κατάθλιψης. Οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη αντιλαμβάνονται την ασθένεια τους πιο αρνητικά και θεωρούν ότι είναι λιγότερο σε θέση να την ελέγξουν απότι εκείνοι που δεν υποφέρουν από αυτή την ψυχική διαταραχή.

Παρότι η κοινή λογική υπαγορεύει ότι αν μια ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως εξαιρετικά σοβαρή, τότε αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης έντονων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αυτή η υπόθεση δεν ευσταθεί σε όλες τις περιπτώσεις. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και πίστευαν ότι η κατάσταση τους ήταν θεραπεύσιμη υπέφεραν από σοβαρότερη κατάθλιψη σε σύγκριση με όσους θεωρούσαν την πάθηση τους ανίατη. Ενδεχομένως, οι δεύτεροι είχαν αποδεκτεί τη πραγματικότητα της νόσου τους, ενώ οι πρώτοι ένιωθαν απογοήτευση που δεν είχαν θεραπευθεί ακόμη.

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα στον οποίο αξίζει να επικεντρωθούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς προβλέπει και στατιστικά μια σειρά δεικτών έκβασης της ασθένειας, όπως το ιατρικό κόστος, η λειτουργικότητα του ασθενούς, η θνησιμότητα κλπ.

Μια άλλη συνήθης συναισθηματική καταπίεση στη σοβαρή ασθένεια ή στο τραυματισμό είναι το άγχος. Το άτομο που αρρωσταίνει ή τραυματίζεται βαριά υποχρεώνεται από εκείνη τη στιγμή και στο εξής να ζήσει μια ζωή και να λειτουργήσει σε ένα κόσμο που οι επικρατούσες συνθήκες πιθανώς διαφέρουν σημαντικά από εκείνες που μέχρι στιγμής του ήταν οικίες.

Αναμφισβήτητα, η διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού περιλαμβάνει την υπερνίκηση τέτοιου είδους φοβιών και την επεξεργασία του συναισθηματικού αντίκτυπου που έχουν αυτές οι σοβαρές καταστάσεις. Η απόθεση του συναισθήματος (δηλαδή η βίαιη απομάκρυνση του από τη συνείδηση) δεν αποτελεί μια μακροπρόθεσμη λύση, παρότι είναι δυνατόν να προστατέψει βραχυπρόθεσμα έναν άνθρωπο από την άμεση ανάδυση των αρνητικών συναισθημάτων του. Κάποια στιγμή, θα πρέπει να αντικρίσει και να αντιμετωπίσει τη συναισθηματική δυσφορία του.

Όλα τα παραπάνω αποδεικνύουν πόσο σημαντικό είναι να έρθει ένα άτομο αντιμέτωπο με τα επακόλουθα της ασθένειας και του τραυματισμού και να κατανοήσει πλήρως την επίδραση που ασκούν στις σκέψεις και στα συναισθήματα του<sup>(66)</sup>.

## 7.4 Νοσήματα του ΓΕΣ και η επίδρασή τους στην ψυχολογία του ασθενούς

- ♦ Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, το πεπτικό έλκος και η ελκώδη κολίτιδα συνιστούν νοσήματα, τα οποία σχετίζονται με υψηλής έντασης αντιδράσεις στρες.
- ♦ Το γαστρεντερικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα είναι στενά συνδεδεμένα. Αύξηση της παραγωγής γαστρικού οξέος, και διέγερση του παρασυμπαθητικού στο κατώτερο γαστρεντερικό σύστημα επέρχονται με επίταση του βιώματος έντασης, επιδεινώνοντας τα συμπτώματα από αυτό το σύστημα.
- ♦ Νοσήματα, τα οποία επιφέρουν χρόνια πόνο ενδέχεται να έχουν έντονη επίδραση στους πάσχοντες και στις προσαρμοστικές ή δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές διαχείρισης, τις οποίες υιοθετούν. Οι πάσχοντες ανταποκρίνονται στο πόνο με συγκεκριμένους σωματικούς και ψυχολογικούς τρόπους, προκειμένου να συνεχίσουν τη προσπάθεια προσαρμογής<sup>(64)</sup>.

## 7.5 Ψυχοθεραπεία

Εκτός από τα σωματικά συμπτώματα, η ασθένεια του Crohn και η κολίτιδα με έλκος συχνά προκαλούν και συναισθηματικά προβλήματα. Η χρόνια διάρροια μπορεί να οδηγήσει σε ατυχήματα που δημιουργούν ντροπή και αμηχανία. Ορισμένα άτομα ταπεινώνονται τόσο πολύ, που αρχίζουν να απομονώνονται και σπάνια βγαίνουν από το σπίτι, ενώ σε κάθε έξοδο τους το άγχος συνήθως επιδεινώνει την κατάστασή τους. Αν δεν αντιμετωπιστούν αυτοί οι παράγοντες (απομόνωση, ντροπή και άγχος), μπορεί να επηρεάσουν σοβαρά τη ζωή και να οδηγήσουν σε κατάθλιψη.

Πολλά άτομα με φλεγμονώδη εντερική ασθένεια βρίσκουν συναισθηματική υποστήριξη απλώς μαθαίνοντας περισσότερα για την ασθένειά τους και συζητώντας με το γιατρό ή τους νοσηλευτές. Ορισμένα άτομα προτιμούν να συμβουλευτούν έναν ψυχολόγο ή ψυχίατρο για τα άγχη τους. Η επαφή με έναν ειδικό σύμβουλο μπορεί να βοηθήσει το άτομο να ξεπεράσει τις συναισθηματικές δυσκολίες που προκαλεί η φλεγμονώδης εντερική ασθένεια<sup>(62)</sup>.

Τα στοιχεία της εμπιστοσύνης και της αμοιβαίας κατανόησης σε συνδυασμό με τη συμπάθεια και την επιδεξιότητα του γιατρού είναι θεμελιώδη στη θεραπεία κάθε χρόνιας νόσου και είναι ιδιαίτερα σημαντικά στη μακρόχρονη θεραπεία ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Συχνά οι ασθενείς αυτοί είναι έξυπνοι νεαροί ενήλικοι, που εμφανίζονται γεμάτοι αγανάκτηση για μια νόσο που τους προσβάλλει κατά τη διάρκεια των πιο παραγωγικών τους χρόνων. Με τη σωστή συμπαράσταση του γιατρού πολλοί ασθενείς αποκτούν τη δυνατότητα να έχουν μια λίγο – πολύ ομαλή και παραγωγική ζωή. Περισσότερο ειδική ψυχιατρική θεραπεία μπορεί να απαιτείται στους χρόνια πάσχοντες ασθενείς, ιδιαίτερα τα παιδιά και τους έφηβους ή στους ηλικιωμένους, όπου σοβαρές καταθλιπτικές αντιδράσεις είναι συνηθισμένες. Τα παραπάνω ισχύουν ιδιαίτερα, όταν συνίσταται κολεκτομή και στη συναισθηματική αστάθεια, που εμφανίζεται μετά από μια τέτοια επέμβαση<sup>(16)</sup>.

## 7.6 Νόσος του Crohn και εγκυμοσύνη

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η νόσος του Crohn δεν επηρεάζει την ικανότητα μιας γυναίκας να μείνει έγκυος. Αν η γυναίκα επιθυμεί να μείνει έγκυος, πρέπει να μιλήσει με τον γαστρεντερολόγο της πριν αρχίσει τις προσπάθειες για να μείνει έγκυος. Έτσι θα εξασφαλίσει ότι έχει κάνει όλες τις απαραίτητες εξετάσεις πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Πιθανόν να χρειαστεί τροποποίηση των φαρμάκων. Αυτό συμβαίνει γιατί ορισμένα από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της νόσου του Crohn ενδεχομένως να μην είναι ασφαλή για το έμβρυο<sup>(40)</sup>.

Σε κάθε περίπτωση πάντως, τα περισσότερα παιδιά που γεννιούνται από τη νόσο του Crohn , δεν προσβάλλονται τα ίδια . Τα παιδιά ωστόσο, που εμφανίζουν την ασθένεια προσβάλλονται κάποιες φορές πιο σοβαρά από τους ενήλικες , παρουσιάζοντας καθυστερημένη ανάπτυξη και σε κάποιες περιπτώσεις, καθυστερημένη σεξουαλική ανάπτυξη<sup>(67)</sup>.

### *Τα οφέλη του μητρικού γάλακτος*

Το μητρικό γάλα, πέρα από το βέλτιστο προφίλ θρεπτικών συστατικών, διαθέτει και πλήθος προστατευτικών παραγόντων που ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα του βρέφους. Έτσι, τα βρέφη που θηλάζουν έχουν χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης λοιμώξεων του αναπνευστικού, του πεπτικού και του ουροποιητικού συστήματος, συγκριτικά με όσα λαμβάνουν υποκατάστατο μητρικού γάλακτος. Παράλληλα, ο θηλασμός έχει φανεί ότι δρα προστατευτικά ενάντια στο κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων αλλεργικής αιτιολογίας, όπως το έκζεμα ή το άσθμα, καθώς και χρόνιων παθήσεων του εντέρου, όπως η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα<sup>(68)</sup>.

## 7.7 Νόσος του Crohn και παιδική ηλικία

Περίπου στο ¼ των ασθενών με νόσο Crohn τα πρώτα συμπτώματα εκδηλώνονται κατά την παιδική ή την εφηβική ηλικία<sup>(69)</sup>.

Η χρόνια ασθένεια καταλήγει σε αδυναμία ανάπτυξης, μεταβολική νόσο των οστών και καθυστερημένη ήβη. Η απουσία από το σχολείο και τις κοινωνικές επαφές, όπως επίσης και οι συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο είναι πιθανόν να επιφέρουν σημαντικές ψυχοκοινωνικές συνέπειες. Η θεραπεία είναι παρόμοια με αυτή που περιγράφηκε για τους ενήλικους και μπορεί να απαιτεί τη χρήση κορτικοειδών, ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και χειρουργείου. Η παρακολούθηση του ύψους, του βάρους και της ανάπτυξης των χαρακτηριστικών του φύλου είναι σημαντική<sup>(23)</sup>.

Ορισμένοι έφηβοι μπορεί να εκδηλώσουν κλινική εικόνα η οποία είναι ουσιαστικά πανομοιότυπη με αυτή της νευρογενούς ανορεξίας. Σε γενικές γραμμές, η μακροχρόνια πρόγνωση της Crohn που ξεκινά από τη παιδική ηλικία είναι καλή, και οι περισσότεροι ασθενείς διάγουν φυσιολογική ζωή παρά τις περιστασιακές υποτροπές της νόσου<sup>(69)</sup>.

## **7.8 Νόσος του Crohn και τρίτη ηλικία**

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδης νόσοι του εντέρου είναι νοσήματα που συνήθως εμφανίζονται και διαγιγνώσκονται στη νεαρή ηλικία. Το δεδομένο ότι είναι χρόνια νοσήματα συνεπάγεται ότι πολλά άτομα ζουν με τη νόσο πολλά έτη έως και την τρίτη ηλικία. Οι έρευνες δείχνουν ότι η πορεία της νόσου και η προτεινόμενη θεραπεία για τα άτομα της τρίτης ηλικίας δεν διαφέρει σε σημαντικό βαθμό από εκείνη των πιο νέων ενήλικων ασθενών. Στα άτομα της τρίτης ηλικίας όμως, ειδικά δεδομένα πρέπει να ληφθούν υπόψη λόγω του ηλικιακού επιπέδου, όπως το κατά πόσο είναι ικανό το άτομο να ζήσει ανεξάρτητα, την πιθανή ύπαρξη άλλων ασθενειών και την φαρμακοθεραπεία που ήδη μπορεί να λαμβάνει το άτομο για τις άλλες ασθένειες. Οι ασθενείς της τρίτης ηλικίας είναι πιθανότερο να μην αντέχουν την αφυδάτωση που συσχετίζεται με τις διάρροιες. Συστήνεται να πίνει το άτομο συχνά νερό ακόμα και όταν δεν υπάρχουν συχνές διάρροιες. Επίσης, καλό θα ήταν το άτομο να φέρει μαζί του μια κάρτα με περιγραφή των εξατομικευμένων στοιχείων της νόσου για περίπτωση έκτακτης ανάγκης<sup>(70)</sup>.

## **7.9 Η Ποιότητα Ζωής των Ασθενών με ΙΦΝΕ «μέσα από αριθμούς»**

Οι ασθενείς με νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με δυσκολίες που πολλές φορές επηρεάζουν ιδιαίτερα αρνητικά τη ζωή τους ενώ ταυτόχρονα "περνούν απαρατήρητες" από τους γιατρούς, την οικογένεια, τους φίλους, τους συνεργάτες στην δουλειά κ.λ.π. των ασθενών.

Ο Σύλλογος Ατόμων με νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Αττικής αναγνωρίζοντας την ανάγκη καταγραφής αυτών των προβλημάτων και ελπίζοντας να αναδείξει την επίδραση που έχουν οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ) στην ποιότητα της ζωής των ασθενών διενέργησε τον Απρίλιο του 2011 ειδική έρευνα ασθενών με τίτλο "Έχεις νόσο Crohn ή Ελκώδη Κολίτιδα; Λάβε και εσύ μέρος στην έρευνα!" σε συνεργασία με Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας & Διατροφής (ΕΛΙΓΑΣΤ), το Σύλλογο Ατόμων με νόσο Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Βορείου Ελλάδος και την υποστήριξη της Ελληνικής Ομάδας Μελέτης των ΙΦΝΕ (ΕΟΜΙΦΝΕ). Στην έρευνα συμμετείχαν 1.181 Έλληνες ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Τα κύρια συμπεράσματα της ελληνικής έρευνας "Έχεις νόσο Crohn ή Ελκώδη Κολίτιδα; Λάβε και εσύ μέρος στην έρευνα!" είναι τα ακόλουθα :

### **Ποιότητα ζωής :**

- ◆ Η νόσος επηρεάζει δυσμενώς την κοινωνική δραστηριότητα σε άλλοτε άλλο βαθμό σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς, με 1 στους 5 να χαρακτηρίζει το πρόβλημα έντονο. Η επίδραση είναι πιο ισχυρή σε ασθενείς με νόσο Crohn σε σχέση με την Ελκώδη Κολίτιδα.
- ◆ 6 στους 10 ασθενείς αισθάνονται θλίψη ή απογοήτευση λόγω της νόσου τους, με πρόβλημα να είναι πιο έντονο στους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί σχετικά πρόσφατα (<5 χρόνια).
- ◆ Ομοίως, περισσότεροι από 6 στους 10 ασθενείς (65%) αναφέρουν αίσθημα ψυχικής έντασης (στρες) ως αποτέλεσμα της νόσου.
- ◆ Σχεδόν 1 στους 4 ασθενείς μπορεί να αισθανθούν ως και θυμό λόγω των προβλημάτων των σχετικών με τη νόσο, με τις γυναίκες και τους νέους να το εκφράζουν εντονότερα.

### **Ενημέρωση :**

- ◆ Είναι αξιοσημείωτο ότι 3 στους 10 ασθενείς δεν ενημερώνονται για θέματα σχετικά με την ασθένεια και τις διαθέσιμες θεραπείες. Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων ενημερώνονται (30%) λαμβάνουν τη πληροφόρηση από τον θεράποντα ιατρό, ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι το ίντερνετ κερδίζει έδαφος ως πηγή πληροφόρησης.
- ◆ Περίπου οι μισοί ασθενείς δεν είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που έχουν σε σχέση με τη νόσο και τις επιπτώσεις της στη ζωή τους. Μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης πάντως αναφέρουν οι πάσχοντες από νόσο του Crohn και οι άνδρες ασθενείς σε σχέση με τις γυναίκες.
- ◆ Η πλειονότητα των ασθενών εκφράζει την ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με τις πιθανές επιπλοκές της νόσου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου και των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής θεραπείας. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον για πιθανές παρενέργειες από τα φάρμακα έχουν τα άτομα μεταξύ 30 - 39 ετών και όσοι πάσχουν από τη νόσο του Crohn.

### **Εργασία :**

- ◆ 4 στους 10 ασθενείς αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην εκπλήρωση των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων λόγω της νόσου. Οι νέοι 18 - 39 και οι ενήλικες 40 - 49 φαίνεται να επηρεάζονται σε εντονότερο βαθμό.
- ◆ Πάνω από 1 στους 2 ασθενείς αναγκάζεται να απουσιάσει από μία έως και πάνω από 20 ημέρες το έτος από την εργασία του, είτε λόγω των προβλημάτων από τη νόσο είτε λόγω του χρόνου που πρέπει να αφιερωθεί στη παρακολούθηση και την θεραπεία του.



◆ Ο 1 στους 3 ασθενείς δεν έχει αποκαλύψει την ύπαρξη της νόσου σε κανέναν στο εργασιακό του περιβάλλον (εργοδότες και συναδέλφους), αφού το θεωρεί προσωπικό δεδομένο ή φοβάται ότι θα έχει επιπτώσεις στην επαγγελματική του ζωή.

◆ 3 στους 10 ασθενείς ανέφεραν ότι δεν έχουν την επιθυμητή υποστήριξη από το εργασιακό τους περιβάλλον (εργοδότες και συναδέλφους), όταν είναι γνωστό το πρόβλημα υγείας τους.

### ***Υποστήριξη :***

◆ Η πλειονότητα των ασθενών πιστεύει ότι θα πιστεύει ότι θα βοηθούσαν στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου τους : η υποστήριξη από ειδικούς διαιτολόγους και ψυχολόγους, η καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματά τους και η συμμετοχή τους σε Σύλλογο Ασθενών.

◆ Η στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον είναι ικανοποιητική για τη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών, χωρίς την οποία θα ήταν δύσκολο να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα της νόσου. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τους εφήβους και για τους νέους μέχρι 29 ετών <sup>(71)</sup>.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η νόσος του Crohn είναι μια χρόνια νόσος η οποία προκαλεί ενοχλητικά συμπτώματα, όχι μόνο στο όργανο που εντοπίζεται (συνήθως στο έντερο), αλλά μπορεί να επηρεάσει και άλλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, με την εκδήλωση συνοδών παθήσεων. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο με νόσο Crohn καλείται να αντιμετωπίσει όχι μόνο τα εντερικά συμπτώματα της ασθένειας του, αλλά και τα συμπτώματα των παθήσεων οι οποίες προκλήθηκαν από την αρχική νόσο. Γίνεται κατανοητό λοιπόν πως ο ασθενής θα πρέπει να λάβει ενεργό ρόλο όσο αφορά τη θεραπεία του, πράγμα το οποίο μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ενημέρωσης του από το θεράποντα ιατρό για τη φύση της νόσου του Crohn, τα συμπτώματα, τις θεραπευτικές επιλογές και από κοινού να αποφασίζουν για τα θέματα, που ενδεχομένως να προκύψουν ως συνέπεια της χρονιότητας της νόσου.

Επίσης, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως ο ασθενής δεν θα πρέπει να παρατηθεί από τις καθημερινές δραστηριότητες του, επηρεαζόμενος από τις ψυχολογικές επιπτώσεις που επιφέρει μια χρόνια νόσος, όπως η νόσος του Crohn. Είναι λογικό κάποιες δραστηριότητες να διακοπούν ή να περιοριστούν λόγω της νόσου, αλλά αυτό δεν αποτελεί σοβαρό λόγο το άτομο να παραιτηθεί εξ' ολοκλήρου από την καθημερινότητα του και από τη ζωή του γενικότερα.

Όσο αφορά τους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επιμορφώνονται συνεχώς μέσω συνεδρίων και σεμιναρίων, ιδιαίτερα για τη νόσο του Crohn, καθώς κάποιες εμφάνσεις της νόσου είναι ακόμη αδιευκρίνιστες. Πρέπει συνεπώς, να δοθεί μεγάλη βάση στην ολιστική φροντίδα του ασθενούς μιας και η νόσος προκαλεί σωματικές αλλά και ψυχολογικές βλάβες.

Ακόμη, ο κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος θα πρέπει να στηρίζει τον ασθενή με νόσο Crohn και να είναι δίπλα του, ιδιαίτερα σε περιόδους που η νόσος βρίσκεται σε έξαρση και τα συμπτώματα καταπονούν τον ασθενή περισσότερο.

Επιπρόσθετα, η σύσταση συλλόγων με άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn ανά νομό, θα βοηθούσε αρκετά, καθώς κάθε ασθενής θα είχε τη δυνατότητα να αλληλεπιδρά με άλλα άτομα που πάσχουν από την ασθένεια αυτή, να συζητά και να ανταλλάσει απόψεις και βιώματα σχετιζόμενα με τη νόσο του Crohn. Επίσης, η διοργάνωση ημερίδων και διαλέξεων για τους πάσχοντες θα συνέβαλλε αποφασιστικά στη θετική απόκριση των ασθενών απέναντι στις δυσμενείς συνέπειες που επιφέρει η νόσος αυτή.

Ευελπιστούμε πως στο μέλλον, ακόμη περισσότερες έρευνες θα έχουν διεξαχθεί για τη νόσο του Crohn με σκοπό :

- ◆ Τη βελτίωση της σωματικής, φυσικής, νοητικής και συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς.
- ◆ Τη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων, των επιπλοκών, των εξάρσεων και του χρονικού διαστήματος που διαρκούν οι εξάρσεις αυτές.
- ◆ Την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
- ◆ Τη βελτιστοποίηση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών και γενικότερα της ποιότητας ζωής τους.
- ◆ Την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας χωρίς καθυστερήσεις για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Susan E. Mulrone, Adam K. Myers, Γαστρεντερικός Σωλήνας, Γενική Επιμέλεια : Γιώργος Ανωγειανάκης, Ευάγγελος Παπαδημητρίου, Δημήτριος Χανιώτης και συν. , Βασικές Αρχές Φυσιολογία του Ανθρώπου (Επίτομος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2010, 297 – 308
2. Εικόνα 1:  
<http://4.bp.blogspot.com/-c5STWIWI24/VPTPSqHdIRI/AAAAAAAAAaco/I29Qb7kIHTc/s1600/enterika.jpg>,  
Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 30 2015
3. Keith L. Moore, Κεφαλή, Τράχηλος, Γενική Επιμέλεια : Θέσπης Δημητρίου, Κλινική Ανατομία (Τόμος 2ος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2005, 810 – 899, 900 – 973
4. Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθήσεις του Πεπτικού Συστήματος, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (Νοσηλευτικές Διαδικασίες) (Τόμος 2ος / Μέρος Β), Εκδόσεις : Βήτα, Αθήνα 1985, 451 – 599
5. Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W. M. Mitchell, Κοιλιά, Γενική Επιμέλεια : Παναγιώτης Ν. Σκανδαλάκης και συν., Gray’s Ανατομία (Τόμος 1&2), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, 220 – 362
6. Επαμεινώνδας Δ. Καρίτσης, Νικόλαος Ι. Παπαδόπουλος, Πεπτικό Σύστημα, Ανατομική του Ανθρώπου (Επίτομος), Εκδόσεις : Λίτσας, Αθήνα 1986, 11 – 114
7. Lucille Keir, Barbara A. Wise, Connie Krebs, Το Πεπτικό Σύστημα, Το Ανοσοποιητικό Σύστημα, Γενική Επιμέλεια : Γιώργος Καραγάλιος, Γ. Παρίκος, Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος (Επίτομος), Εκδόσεις : Έλλην, Αθήνα 1996, 159 – 180, 141 – 158
8. Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M. R. Agur, Κοιλιά, Γενική Επιμέλεια : Δημήτριος Λ. Αρβανίτης, Παναγιώτης Η. Καναβάρος, Κωνσταντίνος Ι. Νάτσης, Γεώργιος Ν. Τζανακάκης και συν., Κλινική Ανατομία (Επίτομος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2013, 224 – 372
9. L. Leger, P. Boutelier et al, Πάγκρεας, Γενική Επιμέλεια : Γ. Ανδρουλάκης, Χειρουργική Σημειολογία (Επίτομος), Εκδόσεις : Παρισιανού, Αθήνα 2003, 345 – 364
10. Susan C. Dewit, Το γαστρεντερικό σύστημα, Φροντίδα Ασθενών με Διαταραχές του Κατώτερου Γαστρεντερικού Συστήματος, Γενική Επιμέλεια : Αικατερίνη Λαμπρινού, Χρυσούλα Λεμονίδου, Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες και Πρακτική (Τόμος 2<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, 923 – 950, 987 – 1030
11. Αλ. Πισίδης, Πεπτικό Σύστημα, Ανατομική Βασικές Γνώσεις (Επίτομος), Εκδόσεις : Λύχνος, Αθήνα 1992, 211 – 242
12. Κ. ΤΖ. Χοκι, Ν. ΤΖ. ΝΤ. Γουαϊτ, Φυσιολογική Πέψη, Γενική Επιμέλεια : Μαίρη Κατσανοπούλου και συν. , Βρετανική Ιατρική Εταιρεία – Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός – Δυσπεψία & Έλκος (Επίτομος), Εκδόσεις : Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000, 10 – 15

13. Δημήτρης Τσουκαλάς, <http://www.newsitamea.gr/>,  
<http://www.newsitamea.gr/%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%BF%CE%AC%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B1-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%B7-%CF%83%CF%87%CE%AD%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82-%CE%BC%CE%B5-%CF%84%CE%BF-%CE%B3>, Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
14. William F. Stenson, Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου, Lee Goldman, J. Claude Bennett, Γενική Επιμέλεια : Ρούσσοσ Χαράλαμπος και συν., Cecil Νοσολογία (Τόμος 1<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, 1045 – 1055
15. Μικές Γλυνάτσης, Χειρουργικές Παθήσεις, του Παχέως Εντέρου και του Πρωκτού, Γεράσιμος Μπονάτσος, Ιωάννης Κακλαμάνος, Βασίλειος Γολεμάτης, Χειρουργική Παθολογία (Επίτομος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2011, 469 – 508
16. Robert M. Clickman, Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου, Kurt J. Isselbacher, Roger J. May, Προσέγγιση του Ασθενούς με Νόσο του Γαστρεντερικού, Harrison, Εσωτερική Παθολογία (Επίτομος), Εκδόσεις : Παρισιανού, Αθήνα 1988, 2305 – 2322, 2229 – 2231
17. Κ. Δ. Γαρδίκας, Νόσοι Πεπτικού Συστήματος, Ειδική Νοσολογία (Τόμος 1<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Παρισιανού, Αθήνα 2000, 319 – 505
18. Ιωάννης Κ. Τριανταφυλλίδης, <http://ygeia.tanea.gr/>,  
<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=293&articleID=6884&la=1>,  
Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
19. Βασίλης Κυβέλλος, <http://www.care.gr>, <http://www.care.gr/post/374/nosos-tou-crohn>,  
Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 12 2015
20. Σμυρλής Χρήστος, [www.smyrlis-laparoscopic.gr](http://www.smyrlis-laparoscopic.gr),  
[http://www.smyrlis-laparoscopic.gr/com/56\\_Nosos-toy-Crohn](http://www.smyrlis-laparoscopic.gr/com/56_Nosos-toy-Crohn), Τελευταία Προσπέλαση :  
Ιούλιος 12 2015
21. Andrew A. Shelton, George Chang, Mark Lane Welton, Λεπτό Έντερο, Andrew A. Shelton, George Chang, Mark Lane Welton, Παχύ Έντερο, Gerard M. Doherty, Γενική Επιμέλεια : Διονύσιος Βώρος, Αθανάσιος Γιαννόπουλος και συν. , Σύγχρονη Χειρουργική – Διάγνωση & Θεραπεία (Επίτομος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2014, 525 – 548, 549 – 588
22. Περικλής Σ. Βουνοτρυπίδης, <http://www.didaktorika.gr/>, Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών, <http://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/26922>, Τελευταία Προσπέλαση:  
Αύγουστος 23 2015
23. Κ. R. Palmer, I. D. Penman, S. Paterson – Brown, Νοσήματα του Πεπτικού Σωλήνα και του Παγκρέατος, Stanley Davidson, Γενική Επιμέλεια : Χαράλαμπος Μουτσόπουλος και συν. , Γενικές Αρχές και Κλινική Πράξη της Ιατρικής Παθολογίας (Επίτομος), Εκδόσεις : Παρισιανού, Αθήνα 2009, 841 – 926

24. Αλκιβιάδης Παππάς, [www.iator.gr](http://www.iator.gr), <http://www.iator.gr/2015/01/07/nosos-crohn-poia-einai/>, Τελευταία Προσπέλαση: Αύγουστος 5 2015
25. Βασίλης Κάργας, [www.gnomionline.gr](http://www.gnomionline.gr), <http://www.gnomionline.gr/index.php/15-2014-07-22-08-24-57/400-crohn>, Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
26. Jamie C. Borum, Φροντίδα Ασθενών με Πόνο, Susan C. Dewit, Μετεγχειρητική Φροντίδα Ασθενούς, Susan C. Dewit, Γενική Επιμέλεια : Αικατερίνη Λαμπρινού, Χρυσούλα Λεμονίδου, Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική – Έννοιες & Πρακτική (Τόμος 1<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, 189 – 216, 127 – 154
27. ML Clark, DB Silk, Γαστρεντερολογία, Michael Clark, Parveen Kumar, Γενική Επιμέλεια : Αθανάσιος Αρχιμανδρίτης, Δημήτριος Καραϊσκος και συν. , Παθολογία (Τόμος 1<sup>ος</sup>), Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2007, 253 – 334
28. Debera Thomas, Douglas Sutton, Φροντίδα Ασθενούς με Γαστρεντερικές Διαταραχές, Kathleen S. Osborn, Cheryl E. Wraa, Annita B. Watson, Γενική Επιμέλεια : Λαμπρινή Κουρκούτα, Στέφανος Μαντζούκας και συν. , Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική – Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική (Τόμος 2<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2013, 1167 – 1206
29. G. W. Kauffmann, M. Dietlein, H. Schicha, Απικονιστικές Μέθοδοι, M. Classen, V. Diehl, K. Kochsiek, Γενική Επιμέλεια : Γεώργιος Δημητριάδης, Ευανθία Διαμάντη – Κανδαράκη και συν. , Εσωτερική Παθολογία & Διαφορική Διάγνωση – Βασικές Αρχές Εσωτερικής Παθολογίας (Τόμος 3<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2010, 1014 – 1053
30. Αθανάσιος Σ. Δημητριάδης, Το Γαστρεντερικό Σύστημα, Απεικονιστική Διαγνωστική – Τα Βασικά και Τα Θεμελιώδη (Επίτομος), Εκδόσεις : Σιώκης, Αθήνα 2004, 135 – 188
31. Λάμπρος Ι. Βλάχος, Παχύ Έντερο, Ακτινοδιαγνωστική του Γαστρεντερικού Συστήματος (Επίτομος), Εκδόσεις : Παρισιανού, Αθήνα 1985, 128 – 159
32. Κ. Τριανταφύλλου, Σ. Λαδάς, Οξεία Αιμορραγία από το Κατώτερο Πεπτικό Σύστημα, Σπύρος Δ. Λαδάς, Γαστρεντερολογία – Διαφορική Διάγνωση (Επίτομος), Εκδόσεις : Λίτσας, Αθήνα 2007, 289 – 298
33. Susan C. Dewit, Διαγνωστικές Εξετάσεις και Συλλογή Δειγμάτων, Γενική Επιμέλεια : Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Βασικές Αρχές, και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας (Τόμος 2<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2001, 453 – 486
34. Εικόνα 2 : <http://www.med.auth.gr/depts/bpp/atlas/atlas-30.jpg>, Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 30 2015
35. Εικόνα 3 : <http://www.med.auth.gr/depts/bpp/atlas/atlas-34.jpg>, Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 30 2015
36. M. G. Dunlop, Έντερο και Σκωληκοειδής Απόφυση, O. James Garden, Andrew W. Bradbury, John L. R. Forsythe, Rowan W. Parks, Γενική Επιμέλεια : Φώτης Καλφαρέντζος, Αρχές Χειρουργικής Θεωρία και Πράξη (Επίτομος), Εκδόσεις : Παρισιανού, Αθήνα 2011, 278 – 308

37. Γεώργιος Κήτης, <http://www.iator.gr/>, <http://www.iator.gr/2013/03/09/nosos-crohn-nosos-entero/>, Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 18 2015
38. Terje Simonsen, Jarle Aarbakke, Ian Kay, Iain Coleman, Paul Sinnott, Roy Lysaa, Φάρμακα που Χρησιμοποιούνται στην Θεραπεία Νόσων του Γαστρεντερικού Συστήματος, Γενική Επιμέλεια : Μαρία Τσιρώνη και συν. , Νοσηλευτική Φαρμακολογία (Επίτομος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, 329 – 348
39. Αλκιβιάδης Φ. Παππάς, [www.proctoclinic.gr](http://www.proctoclinic.gr/), <http://www.proctoclinic.gr/nosos-crohn>, Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 5 2015
40. Χρήστος Ζαβός, [www.peptiko.gr](http://www.peptiko.gr/), [http://www.peptiko.gr/show\\_article.php?article=108](http://www.peptiko.gr/show_article.php?article=108), Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
41. Κωνσταντίνος Χ. Κατσάνος, Επαμεινώνδας Β. Τσιάνος, [www.onmed.gr](http://www.onmed.gr/), <http://www.onmed.gr/ygeia/item/310635-elkodis-kolitida-kai-nosos-tou-crohn-klassikes-viologikes-enallaktikes> , Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
42. Kim L. Issacs, Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου, Frank H. Netter, Marschall S. Runge, M. Andrew Greganti, Γενική Επιμέλεια : Μαρία Βενετίκου και συν. , Παθολογία Βασικές Αρχές (Επίτομος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, 372 – 380
43. Σταύρος Τσιριγωτάκης, [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr/), <http://www.iatronet.gr/ygeia/xeiourgiki/article/32189/xeiourgiki-toy-paxeos-enteroy-meligoteris-epiplokes.html>, Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 5 2015
44. Γεώργιος Μητρόπαπας, [www.iator.gr](http://www.iator.gr/), <http://www.iator.gr/2012/11/19/i-laparoskopiki-xeiourgiki-kai-ta-pleonektimata-tis/>, Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 5 2015
45. Ιωάννης Μπολάνης, [www.bolanis.gr](http://www.bolanis.gr/) , <http://www.bolanis.gr/nosimata/ifne/xeiourgiki.html>, Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
46. Graham P. Butcher, Διαρροϊκά Νοσήματα, Γενική Επιμέλεια : Γεώργιος Κολιός, Γαστρεντερολογία (Επίτομος), Εκδόσεις : Παρισσιανού, Αθήνα 2008, 42 – 61
47. Ιωάννης Μπολάνης, [www.bolanis.gr](http://www.bolanis.gr/) , <http://www.bolanis.gr/nosimata/ifne/crohn.html>, Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
48. Μαρία Κοπανίδη, [www.care.gr](http://www.care.gr/) , <http://www.care.gr/post/572/nosos-crohn>, Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
49. Susan C. Dewit, Φροντίδα του Χειρουργικού Ασθενούς, Γενική Επιμέλεια : Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας (Τόμος 3<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2001, 809 – 838
50. Μ. Θ. Γλυνάτσης, Η Προετοιμασία του Εντέρου στον Χειρουργικό Ασθενή, Γεώργιος Α. Ανδρουλάκης, Περιεγχειρητική Φροντίδα (Επίτομος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2001, 114 – 123

51. Ν. Νάτσικας, Παθήσεις Παχέος Εντέρου και Ορθού, Χαράλαμπος Ν. Σμπαρούνης και συν. , Γενική Χειρουργική (Τόμος 3<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991, 886 – 925
52. John S. P. Lumley, Hamilton Bailey, Μη Οξείες Ενδοκοιλιακές Καταστάσεις, Γενική Επιμέλεια : Γεράσιμος Μπονάτσος και συν. , Χειρουργική Σημειολογία – Αντικειμενικά Σημεία στην Κλινική Χειρουργική (Επίτομος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2010, 377 – 406
53. Ελευθερία Κ. Αθανάτου, Νοσηλευτική Φροντίδα Αρρώστου με Προβλήματα Πεπτικού Συστήματος, Κλινική Νοσηλευτική – Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες (Επίτομος), Εκδόσεις : Παρισσιανού, Αθήνα 2010, 463 – 499
54. Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, Νοσηλευτική Φροντίδα Χειρουργικού Αρρώστου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες (Τόμος 1<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Βήτα, Αθήνα 1985, 63 – 88
55. Α. Κοκκέβη, Η Ψυχολογία του Χειρουργικού Αρρώστου, Βασίλειος Χ. Γολεμάτης, Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας (Τόμος 1<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1985, 35 – 44
56. Μ. Α. Μαλαγρινού, Σ. Φ. Κωνσταντινίδου, Γενικές Αρχές για τη Νοσηλευτική Φροντίδα του Χειρουργικού Ασθενούς, Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική (Τόμος 1<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Η Ταβίθα, Αθήνα 1986, 240 – 288
57. Γ. Παπανικολάου, Διατροφή και Παθήσεις Παχέος Εντέρου, Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία (Επίτομος), Εκδόσεις : Θυμάρι, Αθήνα 2009, 335 – 356
58. Αστερία Σταματάκη, [www.ygeia.tanea.gr](http://www.ygeia.tanea.gr), <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=6&articleID=6883&la=1>, Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
59. Κωνσταντίνα Μπακλώρη, [www.diatrofi.gr](http://www.diatrofi.gr), <http://www.diatrofi.gr/index.php/health/peptiko/item/926-%CF%86%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CF%8E%CE%B4%CE%B5%CE%B9%CF%82-%CE%B5%CE%BD%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%BD%CF%8C%CF%83%CE%BF%CE%B9-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AE>, Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 05 2015

60. Μ. Τζίβρας, Α. Αρχιμανδρίτης, Α. Φερτάκης, Γ. Θεοδωρόπουλος, Πεπτικό Σύστημα, Φερτάκης Αριστομένης, Αναπλιώτου Μαργαρίτα και συν. , Παθολογική Φυσιολογία (Τόμος 2<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1990, 487 – 628
61. Ειρήνη Ριφιώτη, [www.diatrofi.gr](http://www.diatrofi.gr) ,  
<http://www.diatrofi.gr/index.php/health/peptiko/item/3541-%CE%94%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AE-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%BD%CF%8C%CF%83%CE%BF%CF%82-%CF%84%CE%BF%CF%85-CROHN-%CE%9F-%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%BF%CF%82-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B9%CF%84%CE%BF%CE%BB%CF%8C%CE%B3%CE%BF%CF%85>, Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 05 2015
62. John E. King, Ασθένεια του Κρον και Κολίτιδα με Έλκος, Γενική Επιμέλεια : Δήμητρα Καρκούλια, Στέλλα Γιασουρίδου και συν. , Mayo Clinic – Πεπτικό Σύστημα (Επίτομος), Εκδόσεις : Μοντέρνοι Καιροί, Αθήνα 2001, 97 – 112
63. Χρήστος Ζαβός, [www.peptiko.gr](http://www.peptiko.gr) ,  
[http://peptiko.gr/show\\_article.php?article=143&selected=-1](http://peptiko.gr/show_article.php?article=143&selected=-1), Τελευταία Προσπέλαση : Ιούλιος 13 2015
64. Mary Ann Hogan, Ψυχολογική Προσαρμογή στη Σωματική Νόσο, Γενική Επιμέλεια : Μαρία Ν. Κ. Καρανικόλα, Θεολογία Ι. Ζιώγου, Χρυσούλα Π. Νταφογιάννη, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας (Επίτομος), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, 351 – 368
65. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, Ένταση, Άγχος και Ψυχολογική Νοσηλευτική Παρέμβαση, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική (Επίτομος), Εκδόσεις : Παρισσιανού, Αθήνα 2009, 191 – 225
66. M. Robin DiMatteo, Leslie R. Martin, Η Σοβαρή Ασθένεια από την Οπτική Γωνία του Ασθενούς, Γενική Επιμέλεια : Φώτιος Αναγνωστόπουλος, Γρηγόρης Ποταμιάνος και συν. , Εισαγωγή στη Ψυχολογία της Υγείας (Επίτομος), Εκδόσεις : Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006, 601 – 645
67. Αλκιβιάδης Φ. Παππάς, <http://www.proctoclinic.gr>, <http://www.proctoclinic.gr/nosos-crohn-kai-egymosini>, Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 5 2015
68. Χριστίνα Κατσαρού, [www.neadiatrofis.gr](http://www.neadiatrofis.gr) , <http://www.neadiatrofis.gr/2015/08/ta-ofeli-tou-mitrikou-thilasmou-gia-tin-ygeia-tou-vrefous.html> , Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 18 2015



69. Tom Lissauer, Graham Clayden, Γαστρεντερολογία, Γενική Επιμέλεια : Μαρία Καλμαντή – Παπαχατζή, Δημήτριος Καφετζής και συν. , Σύγχρονη Παιδιατρική (Τόμος 1<sup>ος</sup>), Εκδόσεις : Π. Χ. Πασχαλίδης , Αθήνα 2011, 209 – 230
70. Άννα Φαρδή, [www.crohnhellas.gr](http://www.crohnhellas.gr), <http://www.crohnhellas.gr/en/likes-65-kai-ano/#more-34> ,  
Τελευταία Προσπέλαση : Αύγουστος 18 2015
71. Σύλλογος Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδης Κολίτιδα Αττικής, [www.crohnhellas.gr](http://www.crohnhellas.gr),  
<http://www.crohnhellas.gr/entypa/ASCC%20Triptixo%20Quality%20of%20Life.pdf> ,  
Τελευταία Προσπέλαση : Σεπτέμβριος 30 2015