



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

**ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΠΟΥ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΟΥΝ  
ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΦΕΡΟΥΝ  
ΣΤΟΜΙΕΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**



**ΕΙΣΗΓΗΣΗ: κ. Μπρέντα Γεωργία**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Σπυρόπουλος Αλέξανδρος (Α.Μ 8997)**

**ΠΑΤΡΑ 2018**

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Γεωργία Μπρέντα, καθώς μου έδωσε την δυνατότητα να ασχοληθώ με ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον θέμα, το οποίο αφορά τις στομίες εν γένει, αλλά και τα διάφορα στάδια τα όποια περνούν τα άτομα που φέρουν στομίες, καθώς και το υλικοτεχνικό κομμάτι που απαρτίζεται από τα εξαρτήματα που χρησιμοποιούνται στην καθημερινότητα των στομιοπαθών. Την ευχαριστώ θερμά για τις ωφέλιμες παρατηρήσεις της, αλλά και για το ενδιαφέρον που επέδειξε για την ολοκλήρωση της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Ακόμα ευχαριστώ θερμά, το σύνολο των καθηγητών που με δίδαξαν στο Τ.Ε.Ι δυτικής Ελλάδας του τμήματος νοσηλευτικής, καθώς ήταν εκείνοι οι όποιοι είχα ως πρότυπα και με ενέπνευσαν ως φοιτητή και αγάπησα έτσι την επιστήμη της νοσηλευτικής

Στην συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου αλλά και τους φίλους μου, οι όποιοι καθόλα την διάρκεια των σπουδών μου με στήριξαν πίστεψαν σε έμενα και με στήριξαν σε κάθε δύσκολη στιγμή

Τέλος, θα ήθελα να απευθύνω τις ευχαριστίες μου στην επιτροπή των καθηγητών που δεχτήκαν πρόθυμα να ακούσουν και να αξιολογήσουν την παρούσα πτυχιακή εργασία.

Με εκτίμηση

Σπυρόπουλος Αλέξανδρος

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία συνιστά την τελική εργασία για την επιτυχή ολοκλήρωση της φοίτησης μου στο τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα δυτικής Ελλάδος του τμήματος νοσηλευτικής Πάτρας. Στο περιεχόμενο της εργασίας, πραγματεύονται τα ειδή των στομίων αλλά και η ανατομία και η φυσιολογία που απαρτίζουν το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα. Ακόμα, γίνεται εκτενής αναφορά στα προϊόντα και τον εξοπλισμό, ο οποίος χρησιμοποιείται καθημερινά από τους στομιοπαθείς.

Κατά την διάρκεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που ήταν απαραίτητη για την δημιουργία της παρούσας εργασίας, είχα την δυνατότητα να καταφέρω να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου για το τι ακριβώς είναι οι στομίες, αλλά και για τα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν άτομα που φέρουν κάποιο από τα ειδή των στομίων.

Στην πτυχιακή μου εργασία γίνεται σαφής αναφορά στην σφαίρα των ψυχολογικών ζυμώσεων που βιώνουν τα άτομα που φέρουν τομίες και ειδικότερα υπάρχει εκτενής αναφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις, που μπορεί να υπάρξουν σε οποιοδήποτε άτομο, το οποίο είναι απαραίτητο να υποβληθεί σε διαδικασία που οδηγεί στην δημιουργία στομίας.

Εν συνεχεία, υπάρχει αναφορά στη ψυχολογική προσαρμογή, που θα πρέπει να επιτύχουν τα άτομα που φέρουν στομίες, αλλά και για την ψυχολογική αποκατάσταση τους που είναι και η επιθυμητή κατάσταση, που έχουμε ως στόχο το άτομο να καταφέρει να πετύχει.

Ακόμα, αναπόσπαστο κομμάτι της πτυχιακής εργασίας, είναι ο ρόλος τον οποίο μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής, για να μπορέσει μέσω των εξειδικευμένων γνώσεων του και της εμπειρίας του να καταφέρει να εξαλείψει οποιαδήποτε απορία ή φόβο που μπορεί να έχει δημιουργηθεί στους στομιοπαθείς αλλά και στα οικεία πρόσωπα τους.

Κλείνοντας, θα ήθελα να προσθέσω ότι στην πτυχιακή μου εργασία εμπεριέχονται εξειδικευμένα παραδείγματα που αφορούν ποικίλα προβλήματα τα όποια ενδεχομένως μπορεί να εμφανιστούν στην περιοχή της στομίας και να δημιουργήσουν διαφορές δυσάρεστες καταστάσεις. Αλλά και στις ενέργειες τις οποίες θα πρέπει να ακολουθεί ο εκάστοτε νοσηλευτής για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα αυτά και να πετύχει δια μέσω των παρεμβάσεων του την ανακούφιση του ασθενή.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα έχουν ουσιαστικό ρολό για την καλή και αποτελεσματική λειτουργία του ανοσοβιολογικού συστήματος. Η παρουσία όμως ποικίλων ασθενειών αλλά και εξωτερικών παραγόντων, μπορούν να τα οδηγήσουν στο να μην μπορούν να εκτελέσουν την καθορισμένη τους λειτουργία γεγονός άκρως επιβαρυντικό για την υγεία του ατόμου. Έχοντας να αντιμετωπίσεις τέτοιες καταστάσεις, είναι απαραίτητη η δημιουργία στομιών, οι οποίες μπορεί να είναι είτε μόνιμες είτε προσωρινές ανάλογα πάντα με το πρόβλημα το οποίο έχει εμφανιστεί στο εκάστου σύστημα.

**Σκοπός :** Ο βασικότερος στόχος της πτυχιακής αυτής εργασίας, είναι το να γνωρίσουμε και να κατανοήσουμε τι ακριβώς είναι οι στομίες, παραθέτοντας κομμάτια της ανατομίας και της φυσιολογίας του έντερου και του ουροποιητικού συστήματος αλλά και κάνοντας αναφορά στις χειρουργικές τεχνικές, οι οποίες λαμβάνουν χώρα για την δημιουργία των στομιών. Ακόμα σημαντικός σκοπός της εργασίας είναι να γίνει ουσιαστική αναφορά για τις ψυχολογικές ζυμώσεις, που έχουν να βιώσουν τα άτομα που φέρουν τομίες και αφορούν τις ψυχολογικές επιπτώσεις την προσαρμογή και την αποκατάσταση των στομιοπαθών.

**Υλικό και μέθοδος :** Η μέθοδος που ακολουθείται για την συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η αναζήτηση γνώσεων και πληροφοριών σε συγγράμματα αλλά και σε άρθρα έγκυρων site του διαδικτύου.

Εν κατακλείδι, οι λόγοι που μπορεί να συντελέσουν στην δημιουργία στομίας είναι πολυπαραγοντικοί και για τον λόγο αυτό το κομμάτι των στομιών απασχολεί όλο και περισσότερο τη νοσηλευτική και την ιατρική κοινότητα. Για τον λόγο αυτό, οι νοσηλευτές οφείλουν να έχουν συνεχή ενημέρωση για τις εξελίξεις που μπορεί να προκύψουν τόσο σε γνωστικό αντικείμενο, αλλά όσο και σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό που μπορεί να καταστήσει την καθημερινότητα των ανθρώπων που φέρουν στομίες ουσιαστικά απλούστερη.

**Λέξεις-κλειδιά:** Εντεροστομία, νοσηλευτής, εκπαίδευση, αποκατάσταση, αυτοβελτίωση

## Summary

The gastrointestinal and urinary tract are essential for the effective functioning of the immune system. However, the existence of various diseases as long as other external factors can lead to malfunction, which is extremely damaging to the health of the individual. Having to deal with such situations, it is necessary to create ostomies, which may be either permanent or temporary depending on the problem that has occurred in each system.

**Purpose :** The main objective of this dissertation is to understand exactly what the ostomies are, citing parts of the anatomy and physiology of the intestinal and urinary system, and by referring to the surgical techniques that take place to create the ostomies. Yet another important purpose of this dissertation is to make a meaningful reference to the psychological fermentations experienced by people carrying ostomies and concerning the psychological effects of the adaptation and restoration of the ostomies.

**Material and method:** The method used for the writing of this dissertation is the bibliographic review and the search of information in writings as well as articles on valid internet sites.

In conclusion, the reasons that may lead to the creation of a ostomy are multifactorial and as a result this part of the ostomies is increasingly concerning the nursing and the medical community. Nurses should be constantly informed about developments that may occur both in cognitive subjects, but also in logistical equipment that can make the daily life of people with ostomies substantially simpler.

**Keywords:** Enterostomy, nurse, education, rehabilitation, self promotion

## Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	2
Πρόλογος .....	3
Περίληψη.....	4
Summary.....	5
<b>Εισαγωγή.....</b>	<b>8</b>

### **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **Κεφάλαιο 1 - Ανατομία- φυσιολογία**

1.1 Πεπτικό σύστημα.....	10
1.1.1.Λεπτό έντερο.....	10
1.1.1.1.Δομή.....	10
1.1.1.2.Λειτουργία.....	11
1.1.2.Παχύ έντερο.....	13
1.1.2.1.Δομή.....	13
1.1.2.1Λειτουργία.....	14
1.2. Ουροποιητικό σύστημα.....	15

#### **Κεφάλαιο 2 – Εντεροστομίες**

2.1 Ορισμοί.....	17
2.2. Ιστορική αναδρομή.....	17
2.3Ταξινόμηση εντεροστομιών.....	18
2.4. Παθογένεια.....	19
2.4.1. Είλεοστομίες.....	19
2.4.2.Κολοστομίες.....	19
2.5. Χειρουργικές τεχνικές.....	20
2.5.1. Είλεοστομίες .....	20
2.5.2. Κολοστομίες.....	22
2.6. Επιπλοκές.....	23
2.6.1.Επιπλοκές κοινές σε χειρουργικές επεμβάσεις.....	23
2.6.2. Ιδιαίτερες επιπλοκές των στομιών.....	24

#### **Κεφάλαιο 3 – Ουρητηροστομίες**

3.1 Παθογένεια.....	26
---------------------	----

3.2. Χειρουργικές τεχνικές.....	28
3.2.1. Μόνιμες στομίες .....	29
3.2.2. Μη μόνιμες στομίες .....	32
3.2.3. Τεχνικές που δε καταλήγουν σε στομία.....	33
3.3. Επιπλοκές.....	34

#### **Κεφάλαιο 4- Αποκατάσταση**

4.1 Ψυχολογικές παράμετροι.....	42
4.2. Ψυχολογική προσαρμογή- αποκατάσταση.....	43
4.2.1 Προσαρμογή.....	43
4.2.2. Αποκατάσταση.....	44
4.3. Εργασία.....	46
4.4. Αλλαγή σωματικού ειδώλου.....	49
4.5 Καθημερινές δραστηριότητες.....	50
4.6. Συστήματα συλλογής και κάλυψης.....	51
4.7. Άλλα υλικά-στοιχεία.....	53

#### **Κεφάλαιο 5- Ο Ρόλος του νοσηλευτή**

5.1. Εκπαίδευση στομιοπαθών.....	57
5.2. Υποκλυσμός στομίας .....	60
5.3. Διατροφή .....	61

#### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

##### **Κεφάλαιο 6 - Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή**

6.1 Περιστατικό Α.....	67
6.2 Περιστατικό Β.....	70

<b>Συμπεράσματα.....</b>	<b>73</b>
--------------------------	-----------

<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>76</b>
--------------------------	-----------

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι στη σημερινή εποχή όλο και περισσότεροι άνθρωποι αναγκάζονται να υποβληθούν σε μια χειρουργική διαδικασία με σκοπό τη δημιουργία μιας στομίας ή διαφορετικά μιας παρα φύσιν έδρας. Ο επιθυμητός στόχος είναι η επιτυχής αποβολή των παραπροϊόντων του οργανισμού από τις τεχνικά διαμορφωμένες διεξόδους καθώς οι φυσιολογικές δίοδοι για την επιτέλεση της λειτουργίας αυτής αδυνατούν, για διάφορους λόγους, να είναι λειτουργικές. Οι λόγοι που ευθύνονται για την συγκεκριμένη δυσλειτουργία ποικίλλουν. Ενδεικτικά, ο καρκίνος του παχέος εντέρου ή η νόσος του Crohn είναι ασθένειες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη δημιουργία στομίας.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, η οποία αποτελείται από επτά κεφάλαια, περιγράφει τι ακριβώς είναι οι στομίες και αναδεικνύει τον ουσιαστικό ρόλο που μπορεί να έχει ο νοσηλευτής στις ζωές των ατόμων που φέρουν στομίες. Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται στοιχεία της ανατομίας και της φυσιολογίας του πεπτικού και του ουροποιητικού συστήματος. Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνονται ορισμοί που αφορούν τις στομίες, παρουσιάζονται τα είδη των στομιών, καθώς και γίνεται μια ιστορική αναδρομή σχετικά με θέματα γύρω από αυτές. Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται τις εντεροστομίες, περιγράφει εκτενώς τις χειρουργικές τεχνικές που αφορούν τις εντεροστομίες, αλλά και τις επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσει μια εντεροστομία. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται οι ουρητηροστομίες. Αντίστοιχα με το τρίτο κεφάλαιο, αναφέρονται αναλυτικά οι χειρουργικές τεχνικές που αφορούν τις ουρητηροστομίες, καθώς και οι αιτίες, ικανές να οδηγήσουν στη δημιουργία ουρητηροστομίας. Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά την αποκατάσταση των ατόμων που υποβλήθηκαν στη διαδικασία δημιουργίας στομίας. Αναφέρονται τα υλικά που είναι απαραίτητα για την περιποίηση των στομιών, καθώς και περιγράφονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις που έρχονται ως συνεπακόλουθο της ύπαρξης στομίας. Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που φέρουν στομίες. Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο εκθέτονται δυο περιστατικά ασθενών με στομίες όπου ακολουθήθηκε διαφορετική νοσηλευτική διαδικασία και γίνεται σύγκριση και ανάλυση των περιστατικών αυτών.



# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### Ανατομία - Φυσιολογία

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

### 1.1. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

#### 1.1.1. ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

##### 1.1.1.1. Δομή

Το λεπτό έντερο είναι το τμήμα της γαστρεντερικής οδού μεταξύ του στομάχου και του παχέος εντέρου και είναι εκεί όπου λαμβάνει χώρα το μεγαλύτερο μέρος της τελικής απορρόφησης της τροφής. Το λεπτό έντερο έχει τρεις ξεχωριστές περιοχές - το δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα και τον ειλέο. Η πρωταρχική λειτουργία του λεπτού εντέρου είναι η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών και των μετάλλων από τα τρόφιμα, χρησιμοποιώντας μικρές προεξοχές που ονομάζονται λάχνες<sup>1,2</sup>. Το μήκος του λεπτού εντέρου μπορεί να ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό, από 2,75 m έως και 10,49 m. Το τυπικό μήκος σε ένα ζωντανό άτομο είναι 3m-5m. Το μήκος εξαρτάται τόσο από το ύψος του ατόμου όσο και από τον τρόπο μέτρησης του μήκους. Οι ψηλότεροι άνθρωποι γενικά έχουν μεγαλύτερο λεπτό έντερο και οι μετρήσεις είναι γενικά μεγαλύτερες μετά το θάνατο και όταν το έντερο είναι άδειο. Έχει διάμετρο περίπου 1,5 cm στα νεογέννητα μετά από ηλικία κύησης 35 εβδομάδων και διάμετρο 2,5-3 cm σε ενήλικες. Στις κοιλιακές ακτίνες X, το λεπτό έντερο θεωρείται μη φυσιολογικά διασταλμένο όταν η διάμετρος υπερβαίνει τα 3 cm. Σε CT σαρώσεις, μια διάμετρος άνω των 2,5 cm θεωρείται μη φυσιολογικά διασταλμένη. Η επιφανειακή περιοχή του ανθρώπινου λεπτού εντέρου βλεννογόνου, λόγω της διεύρυνσης που προκαλείται από πτυχές, λάχνες και μικρολάχνες, είναι κατά μέσο όρο 30 τετραγωνικά μέτρα<sup>1,2</sup>.

**Το λεπτό έντερο διαιρείται σε τρία δομικά μέρη.**

Το δωδεκαδάκτυλο : είναι το συντομότερο μέρος του λεπτού εντέρου και το μέρος όπου αρχίζει η προετοιμασία απορρόφησης. Είναι μια σύντομη δομή που κυμαίνεται από 20 cm έως 25 cm σε μήκος, διαιρείται περιγραφικά σε τέσσερις περιοχές με διακριτές λειτουργίες και έχει σχήμα "C". Περιβάλλει την κεφαλή του παγκρέατος. Λαμβάνει γαστρικά υγρά από το στομάχι, μαζί με πεπτικά από το πάγκρεας (πεπτικά ένζυμα) και το ήπαρ (χολή) μέσω του παγκρεατικού πόρου, που ελέγχεται από τον σφιγκτήρα του Oddi. Τα πεπτικά ένζυμα διασπούν τις πρωτεΐνες και η χολή γαλακτοποιεί τα λίπη σε μικύλια. Το δωδεκαδάκτυλο περιέχει τους αδένες του Brunner, οι οποίοι παράγουν πλούσιες σε βλέννα αλκαλικές εκκρίσεις που περιέχουν διττανθρακικό άλας. Αυτές οι εκκρίσεις, σε συνδυασμό με διττανθρακικό άλας από το πάγκρεας, εξουδετερώνουν τα οξέα του στομάχου που περιέχονται στο γαστρικό χυμο<sup>1,2,34</sup>. Η νήστιδα είναι το μεσαίο τμήμα του λεπτού εντέρου, που συνδέει το δωδεκαδάκτυλο με τον ειλέο. Έχει μήκος περίπου 2,5 m και περιέχει τις πτυχώσεις και τις λάχνες που αυξάνουν την επιφάνειά της. Τα προϊόντα πέψης (σάκχαρα, αμινοξέα

και λιπαρά οξέα) απορροφώνται στην κυκλοφορία του αίματος εδώ. Ο ανασταλτικός μυς του δωδεκαδακτύλου σηματοδοτεί τη διαίρεση μεταξύ του δωδεκαδάκτυλου και της νήστιδας.

Ο ειλεός : Το τελικό τμήμα του λεπτού εντέρου. Έχει μήκος περίπου 3 m και περιέχει λίγες παρόμοιες με της νήστιδας. Απορροφά κυρίως βιταμίνη B12 και χολικά οξέα, καθώς και οποιεσδήποτε άλλες θρεπτικές ουσίες. Ο ειλεός συνδέεται με το τυφλό του παχέος εντέρου στην ειλεοτυφλική συμβολή.

Η νήστιδα και ο ειλεός αιωρούνται στην κοιλιακή κοιλότητα μέσω του μεσεντερίου. Το μεσεντέριο είναι μέρος του περιτοναίου. Αρτηρίες, φλέβες, λεμφικά αγγεία και νεύρα πορεύονται μέσα στο μεσεντέριο <sup>1,2,34</sup>Το λεπτό έντερο αιματώνεται από την κοιλιακή αορτή και την ανώτερη μεσεντέρια αρτηρία. Αυτά είναι και τα δύο τμήματα της αορτής. Το δωδεκαδάκτυλο λαμβάνει αίμα από τον κοιλιακή αορτή μέσω της ανώτερης παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας και από την ανώτερη μεσεντέρια αρτηρία μέσω της κατώτερης παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Αυτές οι δύο αρτηρίες έχουν και πρόσθιους και οπίσθιους κλάδους που συναντώνται στη μέση γραμμή και την αναστόμωση. Η νήστιδα και ο ειλεός λαμβάνουν αίμα από την ανώτερη μεσεντέρια αρτηρία.

Τα τρία τμήματα του λεπτού εντέρου φαίνονται παρόμοια μεταξύ τους σε μικροσκοπικό επίπεδο, αλλά υπάρχουν μερικές σημαντικές ιστολογικές διαφορές που συμβάλλουν στη βέλτιστη επιτέλεση της λειτουργίας του κάθε τμήματος <sup>1,2</sup>

### 1.1.1.2. Λειτουργία

Πέψη : Στο λεπτό έντερο λαμβάνει χώρα η το μεγαλύτερο μέρος της χημικής πέψης. Πολλά από τα πεπτικά ένζυμα που δρουν στο λεπτό έντερο εκκρίνονται από το πάγκρεας και το ήπαρ και εισέρχονται στο λεπτό έντερο μέσω του παγκρεατικού πόρου. Τα παγκρεατικά ένζυμα και η χολή από τη χοληδόχο κύστη εισέρχονται στο λεπτό έντερο σε απόκριση της ορμόνης χολοκυστοκινίνης, η οποία παράγεται στο λεπτό έντερο σε απόκριση της παρουσίας θρεπτικών ουσιών. Η σεκρετίνη, μια άλλη ορμόνη που παράγεται στο λεπτό έντερο, επιδρά επιπροσθέτως στο πάγκρεας, όπου προάγει την απελευθέρωση διττανθρακικού άλατος στο δωδεκαδάκτυλο προκειμένου να εξουδετερώσει το επιβλαβές γαστρικό οξύ το οποίο συνοδεύει τον κάθε βλωμό τροφής <sup>1,2</sup>

Οι τρεις κύριες κατηγορίες θρεπτικών ουσιών που υποβάλλονται σε πέψη είναι πρωτεΐνες, λιπίδια (λιπαρά) και υδατάνθρακες:

Ø Οι πρωτεΐνες αποικοδομούνται σε μικρά πεπτίδια και αμινοξέα πριν από την απορρόφηση. Η χημική διάσπαση αρχίζει στο στομάχι και συνεχίζεται στο λεπτό έντερο. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα, συμπεριλαμβανομένης της θρυψίνης και της χυμοθρυψίνης, εκκρίνονται από το πάγκρεας και διασπούν πρωτεΐνες σε μικρότερα πεπτίδια.

Ø Τα λιπίδια αποικοδομούνται σε λιπαρά οξέα και γλυκερόλη. Η παγκρεατική λιπάση διασπά τα

τριγλυκερίδια σε ελεύθερα λιπαρά οξέα και μονογλυκερίδια. Η παγκρεατική λιπάση λειτουργεί

με τη βοήθεια των αλάτων από τη χολή που εκκρίνεται από το ήπαρ και αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη. Τα χολικά άλατα προσκολλώνται στα τριγλυκερίδια για να τα βοηθήσουν να γαλακτωματοποιηθούν, γεγονός το οποίο βοηθά την πρόσβαση της παγκρεατικής λιπάσης. Αυτό συμβαίνει επειδή η λιπάση είναι υδατοδιαλυτή αλλά τα λιπαρά τριγλυκερίδια είναι υδρόφοβα και τείνουν να προσανατολίζονται το ένα προς το άλλο και μακριά από το υδατώδες εντερικό περιβάλλον. Τα χολικά άλατα γαλακτωματοποιούν τα τριγλυκερίδια στο υδατικό περιβάλλον, μέχρις ότου η λιπάση μπορεί να τα διασπάσει στα μικρότερα συστατικά που είναι ικανά να εισέλθουν στις λάχνες για απορρόφηση.

- Ø Ορισμένοι υδατάνθρακες αποικοδομούνται σε απλά σάκχαρα ή μονοσακχαρίτες (π.χ. γλυκόζη). Η παγκρεατική αμυλάση διασπά τους υδατάνθρακες (κυρίως άμυλο) σε ολιγοσακχαρίτες. Άλλοι υδατάνθρακες περνούν άπεπτοι στο παχύ έντερο και υφίστανται περαιτέρω διεργασίες από εντερικά βακτηρίδια. Τα ένζυμα στην ειλεοτυφλική συμβολή αναλαμβάνουν ρόλους από εκεί και έπειτα. Τα σημαντικότερα ένζυμα είναι η δεξτράση και η γλυκοαμυλάση, τα οποία διασπούν περαιτέρω τους ολιγοσακχαρίτες. Άλλα ένζυμα είναι η μαλτάση, η σουκράση και η λακτάση. Η λακτάση απουσιάζει σε μερικούς ενήλικες και για αυτούς η λακτόζη (δισακχαρίτης), καθώς και οι περισσότεροι πολυσακχαρίτες, δεν πέπτονται στο λεπτό έντερο. Μερικοί υδατάνθρακες, όπως η κυτταρίνη, δεν υποβάλλονται σε πέψη καθόλου, παρά το γεγονός ότι είναι κατασκευασμένες από πολλαπλές μονάδες γλυκόζης. Αυτό συμβαίνει επειδή η κυτταρίνη αποτελείται από βήτα-γλυκόζη, καθιστώντας τις δεσμεύσεις μεταξύ των μονοσακχαριτών διαφορετικές από εκείνες που υπάρχουν στο άμυλο, η οποία αποτελείται από άλφα-γλυκόζη. Οι άνθρωποι δεν έχουν το ένζυμο για τη διάσπαση των δεσμών β-γλυκόζης, κάτι που προορίζεται για τα φυτοφάγα και τα βακτηρίδια του παχέος εντέρου

.

**Απορρόφηση:** Το αφομοιωμένο τρόφιμο είναι πλέον σε θέση να περάσει στα αιμοφόρα αγγεία του τοιχώματος του εντέρου είτε μέσω διάχυσης είτε μέσω ενεργού μεταφοράς. Το λεπτό έντερο είναι το σημείο όπου απορροφάται το μεγαλύτερο μέρος των θρεπτικών ουσιών από τα τρόφιμα. Το εσωτερικό τοίχωμα, ή βλεννογόνο, του λεπτού εντέρου είναι επενδεδυμένο με μονή στήλη επιθηλιακού ιστού. Δομικά, ο βλεννογόνο καλύπτεται από πτυχές από τις οποίες προβάλλονται μικροσκοπικά κομμάτια ιστού που ονομάζονται λάχνες {villi [λατινικά για "ανάστατα μαλλιά"(shaggy hair)]}. Τα μεμονωμένα επιθηλιακά κύτταρα έχουν επίσης δακτυλιοειδείς προβολές γνωστές ως μικρολάχνες. Οι λειτουργίες των κυκλοφοριακών κυττάρων, των βλεφαρίδων και των μικρολαχνών είναι η αύξηση της διαθέσιμης επιφάνειας για την απορρόφηση θρεπτικών ουσιών και ο περιορισμός της απώλειας των εν λόγω θρεπτικών ουσιών από την εντερική πανίδα.

Κάθε λάχνη έχει ένα δίκτυο τριχοειδών αγγείων και λεπτών λεμφικών αγγείων κοντά στην επιφάνεια του. Τα επιθηλιακά κύτταρα των λαχνών μεταφέρουν θρεπτικές ουσίες από τον αυλό του

εντέρου σε αυτά τα τριχοειδή αγγεία. Οι απορροφημένες ουσίες μεταφέρονται μέσω των αιμοφόρων αγγείων σε διαφορετικά όργανα του σώματος όπου χρησιμοποιούνται για την κατασκευή πολύπλοκων ουσιών όπως οι πρωτεΐνες που απαιτούνται από το σώμα μας. Το υλικό που παραμένει αδιάλυτο και μη απορροφημένο περνά στο παχύ έντερο <sup>1,2</sup>

Η απορρόφηση της πλειονότητας των θρεπτικών ουσιών λαμβάνει χώρα στην νήστιδα, με τις ακόλουθες αξιοσημείωτες εξαιρέσεις:

- Ο σίδηρος απορροφάται στο δωδεκαδάκτυλο.
- Η βιταμίνη Β12 και τα χολικά άλατα απορροφώνται στον τελικό ειλέο.
- Το νερό απορροφάται από την όσμωση και τα λιπίδια με παθητική διάχυση σε όλο το λεπτό έντερο.
- Το όξινο ανθρακικό νάτριο απορροφάται με δραστική μεταφορά και από τη συνμεταφορά γλυκόζης και αμινοξέων
- Η φρουκτόζη απορροφάται μέσω διευκολυμένης διάχυσης

**Αν οσολογία :** Το λεπτό έντερο υποστηρίζει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού. Η παρουσία της χλωρίδας του εντέρου συνεισφέρει θετικά στο ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή. Οι πλάκες του Peyer, που βρίσκονται εντός του ειλεού του λεπτού εντέρου, αποτελούν σημαντικό μέρος του τοπικού ανοσοποιητικού συστήματος του πεπτικού συστήματος. Είναι μέρος του λεμφικού συστήματος και παρέχουν μια θέση για αντιγόνα από δυνητικά επιβλαβή βακτήρια ή άλλους μικροοργανισμούς στον πεπτικό σωλήνα που πρόκειται να υποβληθούν σε δειγματοληψία και στη συνέχεια να παρουσιαστούν στο ανοσοποιητικό σύστημα <sup>1,2</sup>

## **1.1.2. ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ**

### **1.1.2.1. Δομή**

Το παχύ έντερο, επίσης γνωστό ως κόλον, είναι το τελευταίο τμήμα της γαστρεντερικής οδού και του πεπτικού συστήματος στα σπονδυλωτά. Εκεί επιτελείται η απορρόφηση του νερού και το εναπομένον μη απορροφήσιμο υλικό αποθηκεύεται ως κόπρανα πριν αφαιρεθεί με αφόδευση. Το παχύ έντερο είναι ο συνδυασμός του τυφλού, του εντέρου, του ορθού και του πρωκτού. Στους ανθρώπους, το παχύ έντερο αρχίζει στη δεξιά λαγόνια περιοχή της λεκάνης, ακριβώς ή ελαφρώς κάτω από τη μέση, όπου συνδέεται με το άκρο του λεπτού εντέρου στο τυφλό, μέσω της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Ακολούθως συνεχίζεται ως ανιόν κόλον στην κοιλιακή χώρα, σε όλο το πλάτος της κοιλιακής κοιλότητας ως το εγκάρσιο κόλον και στη συνέχεια κατεβαίνει προς το ορθό ως κατιόν κόλον και το τελικό του σημείο στον πρωκτό. Συνολικά, στον άνθρωπο, το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,5 m, το οποίο είναι περίπου το ένα πέμπτο του μήκους όλου του γαστρεντερικού σωλήνα <sup>1,2,31,33</sup>

Το κόλον αποτελείται από πέντε τμήματα: το τυφλό με το ανιόν κόλον, το εγκάρσιο κόλον, το κατιόν κόλον, το σιγμοειδές και το ορθό:

- Το ανιόν κόλον συμπεριλαμβάνει το τυφλό και την σκωληκοειδή απόφυση
- Το εγκάρσιο κόλον περιλαμβάνει τις καμπές του εντέρου
- Το κατιόν κόλον
- Το σιγμοειδές - η περιοχή σχήματος s του παχέος εντέρου
- Το ορθό

Τα μέρη του παχέος εντέρου είναι είτε ενδοπεριτοναϊκά είτε πίσω από αυτό στο οπισθοπεριτόναιο. Τα οπισθοπεριτοναϊκά όργανα γενικά δεν έχουν πλήρη κάλυψη του περιτοναίου, έτσι ώστε να είναι σταθερά τοποθετημένα. Τα ενδοπεριτοναϊκά όργανα περιβάλλουν πλήρως το περιτόναιο και είναι συνεπώς κινητά. Από το παχύ έντερο, το ανιόν κόλον, το κατιόν και το ορθό είναι οπισθοπεριτοναϊκά, ενώ το τυφλό, η σκωληκοειδής απόφυση, το εγκάρσιο και το σιγμοειδές είναι ενδοπεριτοναϊκά. Αυτό είναι σημαντικό καθώς επηρεάζει ποια όργανα μπορούν εύκολα να προσεγγιστούν κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης <sup>1,2</sup>

#### **1.1.2.1.1. Λειτουργία**

Το κόλον είναι το τελευταίο μέρος του πεπτικού συστήματος. Απορροφά νερό και αλάτι από τα στερεά απόβλητα προτού απορριφθούν από το σώμα και είναι η περιοχή στην οποία λαμβάνει χώρα η γλωριδιακή (σε μεγάλο βαθμό βακτηριακή) ζύμωση του μη απορροφημένου υλικού. Σε αντίθεση με το λεπτό έντερο, το παχύ έντερο δεν παίζει σημαντικό ρόλο στην απορρόφηση των τροφίμων και των θρεπτικών ουσιών. Περίπου 1,5 λίτρα νερού φτάνουν στο κόλον κάθε μέρα. Επίσης, απορροφά τις βιταμίνες που δημιουργούνται από την εντερική βακτηριδιακή μικροχλωρίδα, όπως η βιταμίνη Κ (ιδιαίτερα σημαντική καθώς η καθημερινή κατανάλωση βιταμίνης Κ δεν επαρκεί κανονικά για τη διατήρηση της επαρκούς πήξης του αίματος), η θειαμίνη και η ριβοφλαβίνη. Ακόμα συμπιέζει τα κόπρανα, και τα αποθηκεύει στο ορθό έως ότου μπορούν να αποβληθούν μέσω του πρωκτού κατά την αφόδευση. Μέχρι τη στιγμή που ο γαστρικός χυμός φτάνει στο παχύ, τα περισσότερα θρεπτικά συστατικά και το 90% του νερού έχουν απορροφηθεί από το σώμα. Σε αυτό το σημείο αφήνονται ορισμένοι ηλεκτρολύτες όπως το νάτριο, το μαγνήσιο και το χλώριο καθώς και τα μη πέψιμα μέρη της τροφής (π.χ. ένα μεγάλο μέρος της απορροφούμενης αμυλόζης, του αμύλου που δεν κατάφερε να πεμπτεί μέχρι τώρα και των ινών που είναι σε μεγάλο βαθμό μη πέψιμοι υδατάνθρακες σε διαλυτή ή αδιάλυτη μορφή). Καθώς ο χυμός μετακινείται μέσα από το παχύ έντερο, το μεγαλύτερο μέρος του απομένοντος νερού αφαιρείται, ενώ αυτός αναμιγνύεται με βλέννα και βακτήρια και γίνεται κόπρανα. Το ανιόν κόλον λαμβάνει το κοπρανώδες υλικό ως υγρό. Οι μύες του παχέος εντέρου μετακινούν στη συνέχεια το υδατικό υλικό προς τα εμπρός και απορροφούν αργά

όλο το πλεόνασμα του νερού, προκαλώντας τη σταδιακή στερεοποίηση των κοπράνων καθώς κινούνται προς τα κάτω στο κατίον. <sup>1,2</sup>

## **1.2. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Τα νεφρά ως όργανα τοποθετούνται δεξιά και αριστερά της σπονδυλικής στήλης. Ο πρωταρχικός ρόλος που έχουν να επιτελέσουν τα νεφρά είναι η αποβολή των παραπροϊόντων που δημιουργούνται στον ανθρώπινο οργανισμό. Στα νεφρά υπάρχει συνεχής ροή αίματος, η οποία φιλτράρεται από αυτά έχοντας ως συνέπεια να απομακρύνονται διάφορες ουσίες που εμπεριέχονται στο αίμα. Παραδείγματος χάρη το αλάτι και άλλες χημικές ουσίες, οι οποίες συνδυάζονται με το νερό και αποβάλλονται από τον οργανισμό με τη μορφή των ούρων.

Τα ούρα ακολουθούν τη διαδρομή τους διαμέσου των νεφρών με τη βοήθεια αγωγών -οι οποίοι ονομάζονται ουρητήρες- και μέσω αυτών καταλήγουν στην κύστη όπου αποθηκεύονται. Τα ούρα παράγονται κυρίως κατά τη διάρκεια που οι άνθρωποι περπατούν. Όταν αποθηκευτούν περίπου 200-250 ml ούρων στην ουρήθρα, οι περισσότεροι άνθρωποι επιθυμούν να τα αποβάλλουν. Όμως, σε αυτήν την ποσότητα συγκέντρωσης ούρων τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να ελέγξουν αν θα αποβάλλουν τα ούρα ή όχι. Αντιθέτως, όταν η ποσότητα των ούρων φτάσει τα 450-500 ml, τα άτομα πλέον δεν μπορούν να συγκρατήσουν τα ούρα μέσω των σφικτήρων.

Στη βάση της κύστης υπό φυσιολογικές συνθήκες υπάρχει ένα άνοιγμα, το οποίο κλείνει από ένα μυ που ονομάζεται σφικτήρας. Όταν ο σφικτήρας είναι ανοιχτός, τότε τα ούρα παροχετεύονται μέσω της ουρήθρας.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

## ΕΝΤΕΡΟΣΤΟΜΙΕΣ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΕΝΤΕΡΟΣΤΟΜΙΕΣ

#### 2.1. ΟΡΙΣΜΟΙ

##### Στομία vs Στόμιο

- Η στομία είναι το χειρουργικά δημιουργημένο άνοιγμα στο σώμα για την αποβολή άχρηστων προϊόντων μεταβολισμού(κολοστομία ειλεοστομία ουρητηροστομία)
- Το στόμιο είναι το πραγματικό άνοιγμα που προεξέχει μέσω του κοιλιακού τοιχώματος(ουρήθρα, ορθό)

#### 2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι αρχικές προσπάθειες δημιουργίας μιας ειλεοστομίας απείχαν πολύ από το να είναι στοιχειωδώς αποτελεσματικές. Χρησιμοποιήθηκαν διάφορες τεχνικές, από τη “J.M.T Finney's ileostomy flush-loop” το 1889 για θεραπεία απόφραξης του λεπτού εντέρου στον John Young Brown (1865-1919) που δημιούργησε μια ειλεοστομία στο άπω τμήμα μιας τομής μέσης γραμμής με τη χρήση ενός καθετήρα ραμμένου στην απαραίτητη θέση. Καμία από αυτές τις τεχνικές δεν είχε ευνοϊκό αποτέλεσμα λόγω των σοβαρών δερματικών ερεθισμών που αναπτύσσονταν και ποσοστών θνησιμότητας που άγγιζαν το 32% το 1932. Εκείνη την εποχή, οι ειλεοστομίες εξακολουθούσαν να θεωρούνται ως λύση ανάγκης και τελευταίο θεραπευτικό καταφύγιο. Το σημείο καμπής ήρθε στη δεκαετία του 1950 μετά την παρατήρηση των Crile και Turnbull της κλινικής του Cleveland πως τα συμπτώματα της στομιακής απόφραξης επιλύονταν μόνο μετά από ωρίμανση της ειλεοστομίας με την αναστροφή του βλεννογόνου του ειλεού για να φτάνει στο κοιλιακό τοίχωμα. Την ίδια στιγμή ο Bryan Brooke του Πανεπιστημίου του Birmingham στο Λονδίνο πρότεινε τη δημιουργία ενός μονίμως ανεστραμμένου ειλειακού άκρη για να αποφευχθεί η ειλειακή φλεγμονή. Η τεχνική του περιγράφεται στο άρθρο "Η διαχείριση της ειλεοστομίας και των επιπλοκών της. Η τεχνική αυτή βρίσκεται σε χρήση ακόμα και σήμερα<sup>2</sup>

Ο πρώτος σάκος στομίας δημιουργείται το 1954 από την νοσηλεύτρια Elise Sorensen. Η έμπνευση της ιδέας προήλθε από την αδερφή της Thora , καθώς είχε υποβληθεί σε επέμβαση στομίας και δεν επιθυμούσε να βγει έξω από το σπίτι της, διότι είχε την αγωνία πως η στομία της μπορεί να παρουσιάσει διαρροή. Έτσι συλλογιζόμενη την κατάσταση της αδερφής της η Elise φτιάχνει τον πρώτο αυτοκόλλητο σάκο στομίας. Στη συνέχεια ο Aage Louis –Hansen βασιζόμενος στην ιδέα της Elise, ως πολιτικός μηχανικός και κατασκευαστής πλαστικών ειδών, αλλά και με την βοήθεια της γυναίκας του Johanne Louis- Hansen εκπαιδευμένης νοσηλεύτριας, τελειοποιούν την ιδέα της Sorensen και φτιάχνουν τον πρώτο πρότυπο σάκο στομίας.

Η πρώτη φορά που χρησιμοποιήθηκε ο υποκλυσμός της στομίας ήταν το 1920 και από τότε και μετά θεωρείται μια συνηθισμένη και καθημερινή διαδικασία για ασθενείς που είχαν κατιούσα στομία ,είτε σιγμοειδοστομία. Κυριότερος λόγος που ο υποκλυσμός της στομίας είχε καθιερωθεί σε καθημερινή βάση ήταν η έλλειψη ποιοτικών σάκων, καθώς οι σάκοι της εποχής ήταν αρκετά χοντροκομμένοι και δεν είχαν καλή εφαρμογή στην επιφάνεια του δέρματος. Από την στιγμή που οι σάκοι συλλογής βελτιώθηκαν , ο υποκλυσμός της στομίας δεν αποτελούσε πλέον καθημερινή επιτακτική ανάγκη , αλλά ήταν στην προτίμηση του εκάστοτε ασθενή αν θα κάνει η όχι.

### 2.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Οι στομίες μπορούν να ταξινομηθούν σε αρκετές κατηγορίες με βάση διάφορα κριτήρια

- **Με κριτήριο το επίπεδο εντέρου**

Με βάση το επίπεδο του εντέρου στο οποίο διενεργούνται, οι στομίες αποκαλούνται «ειλεοστομίες» αν αφορούν σε τμήμα του λεπτού εντέρου και «κολοστομίες» αν το σχετικό τμήμα αφορά στο παχύ έντερο. Αξίζει να σημειωθεί πως οι ειλεοστομίες δημιουργούνται κατά προτίμηση στη δεξιά κοιλιά, ενώ οι κολοστομίες κυρίως στην αριστερή. .

- **Με κριτήριο τη χρονική διάρκεια**

Αναλόγως του διαστήματος για το οποίο ο ασθενής θα χρειαστεί να φέρει τη στομία, το οποίο με τη σειρά του εξαρτάται απ' το νόσημα που οδήγησε στην ανάγκη για τη δημιουργία της καθώς και την τεχνική αντιμετώπισης που επιλέχθηκε, οι στομίες μπορούν να διακριθούν σε «προσωρινές» όταν πρόκειται να ακολουθήσει διορθωτική χειρουργική επέμβαση στο έντερο και να αποκατασταθεί η δομική και λειτουργική ακεραιότητά του και «μόνιμες» όταν η φύση της νόσου του ατόμου ή το είδος της επέμβασης που διενεργήθηκε δεν επιτρέπουν για τον εκάστοτε λόγο επιδιόρθωση της καταστάσεως αυτής και ως εκ τούτου ο ασθενής αναγκάζεται να φέρει μόνιμα τη στομία.

- **Με κριτήριο το σημείο εκβολής**

Με βάση το αν η στομία αποτελεί παράκαμψη μιας παρεμπόδισης της ορθής πορείας του εντέρου ή αν χρειάζεται τοποθέτηση εξωτερικής συσκευής συλλογής, οι στομίες διακρίνονται σε «εσωτερικές» και «εξωτερικές» αντίστοιχα.

- **Με βάση το τελικό αποτέλεσμα**

Στις τελικές ειλεοστομίες, το έντερο διαιρείται και το εγγύς τμήμα εξάγεται, καταλείποντας ένα ενιαίο εντερικό σωλήνα. Στην περίπτωση στομίας βρόχου, το έντερο δεν διαχωρίζεται, αλλά το πρόσθιο τοίχωμα διανοίγεται για να δημιουργήσει την στομία, καταλήγοντας σε δύο παράλληλα ενωμένα τμήματα εντέρου με δυνατότητα πρόσβασης και στα δύο. Και τα δύο είδη ανοίγματος μπορεί να είναι προσωρινά ή μόνιμα.

- **Με κριτήριο τη θέση της στομίας**

Στις κολοστομίες, σύμφωνα με τη θέση του πεπτικού στομίου που δημιουργείται, επιπλέον, ταξινομούνται ως "κολοστομία ανιόντος", "κολοστομία εγκαρσίου", "κολοστομία κατιόντος" ή "στομία σιγμοειδούς"<sup>1,2,3,4</sup>

## **2.4. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

### **2.4.1. Ειλεοστομίες**

Οι ειλεοστομίες είναι απαραίτητες όταν ο τραυματισμός ή η χειρουργική επέμβαση μιας ασθένειας έχει καταστήσει το παχύ έντερο ανίκανο για ασφαλή επεξεργασία των εντερικών αποβλήτων, συνήθως επειδή το κόλον και το ορθό έχουν αφαιρεθεί εν μέρει ή εξ ολοκλήρου.

Οι ασθένειες του παχέος εντέρου που μπορεί να απαιτούν χειρουργική αφαίρεση περιλαμβάνουν τη νόσο του Crohn, την ελκώδη κολίτιδα, την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση, τη δυσκοιλιότητα και τη νόσο του Hirschsprung. Μια ειλεοστομία μπορεί επίσης να είναι απαραίτητη για τη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου ή του καρκίνου των ωθηκών, όπως στην περίπτωση όπου ο όγκος του καρκίνου προκαλεί παρεμπόδιση στη διέλευση των κοπράνων. Σε μια τέτοια περίπτωση η ειλεοστομία μπορεί να είναι προσωρινή, καθώς η συνήθης χειρουργική διαδικασία για τον ορθοκολικό καρκίνο είναι να επανασυνδεθούν τα υπόλοιπα τμήματα του παχέος εντέρου ή του ορθού μετά την αφαίρεση του όγκου υπό την προϋπόθεση ότι αρκετό από το ορθό παραμένει άθικτο για να διατηρήσει τη λειτουργία του εσωτερικού αλλά και του εξωτερικού σφιγκτήρα του πρωκτού<sup>1,2,3,4</sup>

### **2.4.2.Κολοστομίες**

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για αυτή την επέμβαση. Μερικοί από τους πιο συνηθισμένους είναι:

- Ένα τμήμα του παχέος εντέρου έχει αφαιρεθεί, π.χ. εξαιτίας καρκίνου του παχέος εντέρου που απαιτήσε ολική μεσοκολική εκτομή, εκκολπωματίτιδα, τραυματισμό κλπ., έτσι ώστε να μην είναι πλέον δυνατό να εξέρχονται τα κόπρανα μέσω του πρωκτού.
- Ένα τμήμα του παχέος εντέρου έχει χειρουργηθεί και πρέπει να «ξεκουραστεί» μέχρι να θεραπευτεί. Σε αυτή την περίπτωση η κολοστομία είναι συχνά προσωρινή και συνήθως αντιστρέφεται σε μεταγενέστερη ημερομηνία, αφήνοντας τον ασθενή με μια μικρή ουλή στη θέση της στομίας. Στα παιδιά που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση για εκτεταμένους πυελικούς όγκους συνήθως γίνεται κολοστομία κατά την προετοιμασία για χειρουργική επέμβαση για την απομάκρυνση του όγκου, ακολουθούμενη από αναστροφή της κολοστομίας.
- Ακράτεια κοπράνων που δεν ανταποκρίνονται σε άλλες θεραπείες.<sup>1,2,3,4</sup>

## 2.5. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

### 2.5.1. Ειλεοστομίες

Υπάρχουν αρκετές τεχνικές και παραλλαγές αυτών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη δημιουργία μιας στομίας, η καθεμία με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Ως εκ τούτου, γίνεται εξατομικευμένη επιλογή του τύπου της στομίας που θα επιτελεστεί σε κάθε ασθενή, ανάλογα με τον τύπο της ασθένειας που οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας της στομίας και τις ιδιαιτερότητες του ως ανθρώπου. Οι κύριες κατηγορίες πάνω στις οποίες έχουν αναπτυχθεί ελάχιστον παραλλαγές είναι η τελική ειλεοστομία και η ειλεοστομία βρόγχου

#### Τελική ειλεοστομία ή «ειλεοστομία Brooke»

Επιτελείται τομή μέσης γραμμής, η οποία περνάει από τον ομφαλό στην αντίθετη πλευρά από όπου θα τοποθετηθεί το στόμιο. Δεν πρέπει να χρησιμοποιηθούν άλλες τομές, όπως παρά τη μέση γραμμή ή εγκάρσια τομή, προκειμένου να διατηρηθούν πιθανές μελλοντικές θέσεις του στόματος. Μόλις αποκτηθεί πρόσβαση στην κοιλιακή χώρα, ένα συρραπτικό γραμμικής κοπής χρησιμοποιείται για να διασταυρώσει τον τελικό ειλέο μερικά εκατοστά πλησίον της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Το κάτω μέρος του παχέος εντέρου απομακρύνεται. Το μεσεντέριο του τελικού ειλεού πρέπει να χωριστεί με προσοχή ώστε να διατηρηθούν οι τοπικές αγγειακές δομές. Αυτό διευκολύνει τη μετακίνηση του διαιρεμένου τέλους του παχέος εντέρου μέσω του ανοίγματος του κοιλιακού τοιχώματος αργότερα. Το έντερο θα πρέπει να κινητοποιηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει επαρκές μήκος ώστε να προεξέχει πέρα από το επίπεδο του δέρματος, συνήθως 4 έως 6 cm. Η επαρκής παροχή αίματος στο έντερο είναι ζωτικής σημασίας και στην περίπτωση αδυναμίας διασφάλισής της με τους ανωτέρω χειρισμούς, το έντερο θα πρέπει να απομακρυνθεί περαιτέρω. Μετά από επαρκή κινητοποίηση του εντέρου, δημιουργείται το άνοιγμα της ειλεοστομίας μέσω διατομής του δέρματος με νυστέρι γύρω από το προεγχειρητικά σημασμένο σημείο και πραγματοποιείται διατομή μέχρι το περίβλημα του ορθού. Διαθερμία δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για τη δερματική τομή για να αποφευχθεί εγκαυματική βλάβη της περιμέτρου της στομίας. Η θήκη του πρόσθιου ορθού χαράσσεται σταυροειδώς διατηρώντας ταυτόχρονα το δέρμα και την περιτονία. Ο μυς χωρίζεται μέχρις το οπίσθιο τοίχωμα και παρασκευάζεται ομοίως. Οι τομές των οπίσθιων περιβλημάτων φτάνουν διάμετρο δύο δακτύλων, καθώς μεγαλύτερα διαστήματα αυξάνουν τον κίνδυνο πρόπτωσης ή κήλης. Ο ήδη προετοιμασμένος τελικός ειλέος μεταφέρεται από το άνοιγμα που έγινε, χρησιμοποιώντας ένα σφιγκτήρα Babcock, φροντίζοντας το μεσεντέριο του ειλεού να μετακινείται ελεύθερα. Η ελεύθερη άκρη του ειλειακού μεσεντερίου στη συνέχεια ράβεται στο πίσω μέρος του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος δημιουργώντας μια δομή που αποφεύγει την εντερική συστροφή. Η παρασκευή του στομίου θα πρέπει να γίνεται μόλις η μέση τομή της λαπαροτομίας έχει οριστικοποιηθεί για να αποφευχθεί μόλυνση. Η συραμμένη γραμμή του τελικού ειλεού του αποκόπτεται και τοποθετούνται ράμματα στα άκρα της ειλεοστομίας. Το πρώτο πέρασμα γίνεται

μέσω του πλήρους πάχους του εντέρου, το δεύτερο 2 cm πλησίον του πρώτου κατά μήκος του ειλεού και το τρίτο στο υποδόριο του δέρματος. Αυτή η τριπλή επίστρωση τοποθετεί τη στομία κατά τρόπο που να επιτρέπει την έξοδο του ειλεού από το άνοιγμα της στομίας και είναι η λειτουργική καινοτομία για την οποία διακρίνεται ο Bryan Brooke. Μόλις κατασκευαστεί η ειλεοστομία, ο σάκος συλλογής μπορεί να εφαρμοστεί. Ένας δίσκος karaya εφαρμόζεται μετά την αποκοπή ενός ανοίγματος στο μέγεθος της στομίας. Μια ανοιχτή διαφανής τσάντα με συγκολλητική επένδυση επισυνάπτεται στη συνέχεια. Υποαλλεργική χαρτοταινία χρησιμοποιείται για την ασφάλιση της περιφέρειας της σακούλας στο δέρμα. Η διαφανής θήκη επιτρέπει την εύκολη επιθεώρηση του στομίου κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου. Το χρώμα του ανοίγματος, το μετεγχειρητικό οίδημα και ο βλεννογονοδερματικός διαχωρισμός πρέπει να παρακολουθούνται.<sup>1,2,3,4</sup>

### Ειλεοστομία βρόγχου ή ειλεοστομία «Kock»

Το βασικό μειονέκτημα της ειλεοστομίας Brooke είναι πως οι ασθενείς που την υφίστανται τελικώς δεν έχουν έλεγχο της αποβολής των κοπράνων, καθώς αυτά μεταφέρονται στο διατηρηθέν τμήμα του ειλεού και αποβάλλονται από το άνοιγμα της στομίας χωρίς να υπάρχει κάποιος σφικτηριακός μηχανισμός που να ελέγχει αυτή τη ροή. Λύση σε αυτό το ζήτημα έδωσε η ειλεοστομία βρόγχου που αναπτύχθηκε από τον Nils G. Kock του Πανεπιστημίου του Gothenburg της Σουηδίας μετά από πειράματα του ίδιου σε σκυλιά και γάτες, την οποία εξέδωσε το 1969 και έλαβε τιμητικά το όνομά του, γινόμενη ευρέως γνωστή ως «Kock pouch». Τμήματα του λεπτού εντέρου χρησιμοποιούνται για το σχηματισμό ενός θύλακα (pouch) και μιας βαλβίδας. Μόλις γίνει η στομιακή τομή, ο ειλεός τραβιέται μέσω της τομής και μια ράβδος τοποθετείται κάτω από το βρόχο. Ο βρόχος τέμνεται και ανοίγεται με μία πλευρά να ράβεται στο κοιλιακό τοίχωμα. Το τμήμα του εντέρου αναστρέφεται για να εκθέσει την εσωτερική επιφάνεια και η αντίθετη πλευρά ράβεται στη θέση αυτή, δημιουργώντας το άνοιγμα της στομίας. Τα απόβλητα συλλέγονται εσωτερικά στο θύλακο και εκδιώκονται με την εισαγωγή ενός μαλακού, εύκαμπτου σωλήνα μέσω του στομίου αρκετές φορές την ημέρα. Παρά το πρωτοποριακό του χαρακτήρα της, η μέθοδος του Kock δεν ήταν άμοιρη προβλημάτων, ένα εκ των πιο σημαντικών ήταν το υψηλό ποσοστό αποτυχίας της το οποίο έφτανε το 25-40%. Ο ίδιος ο Kock αναγνώριζε αυτό το πρόβλημα και συνέχισε να πειραματίζεται με τη μέθοδό του, εισάγοντας πολυάριθμες τροποποιήσεις και τεχνικές για να καταλήξει σε ένα ευνοϊκότερο αποτέλεσμα. Οι αλλαγές αυτές σημειώθηκαν από άλλοτε άλλου βαθμού επιτυχία, καμία όμως δεν κατάφερε να διατηρήσει ένα αρκετά υψηλό ποσοστό επιτυχίας με ταυτόχρονη μείωση της πιθανότητας επιπλοκών ώστε να κερδίσει καθολική αποδοχή και να θεωρηθεί οριστική λύση. Μια πιο σύγχρονη προσέγγιση έδωσε ο William O. Barnett μέσω της δικής του τροποποίησης της τεχνικής του Kock που έγινε γνωστή ως “Barnett continent intestinal reservoir [εγκρατής εντερική δεξαμενή (BCIR)]”. Η εγκρατής εντερική δεξαμενή, γνωστή σήμερα και ως «J pouch» είναι ένας τύπος εντερικής στομίας



χωρίς συσκευές. Πρόκειται για χειρουργικά κατασκευασμένο θύλακο ή δεξαμενή στο εσωτερικό της κοιλιάς, κατασκευασμένο από το τελευταίο τμήμα του λεπτού εντέρου (τον ειλεό) και χρησιμοποιείται για την αποθήκευση των εντερικών αποβλήτων. Ο θύλακας είναι εσωτερικός, οπότε το BCIR δεν απαιτεί τη χρήση συσκευής ή σάκου συλλογής.<sup>2,3</sup>

### 2.5.2. Κολοστομίες

Για να διενεργηθεί κολοστομία, συνήθως έχει προηγηθεί μια διαδικασία που εμποδίζει τη φυσιολογική δίοδο των κοπράνων μέσω του παχέος εντέρου και αποβολή τους από το ορθό και τον πρωκτό. Συνήθως γίνεται μετά από χειρουργική επέμβαση εντέρου ή τραυματισμό. Μια κολοστομία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Οι περισσότερες μόνιμες κολοστομίες είναι "τελικές κολοστομίες", ενώ πολλές προσωρινές κολοστομίες φέρνουν την πλευρά του παχέος εντέρου σε ένα άνοιγμα στην κοιλιά. Το κοιλιακό τοίχωμα ανοίγεται μέσα από μια προγραμματισμένη τομή ανάλογα με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης. Μπορεί να βρίσκεται στη μέση γραμμή ή δίπλα της είτε στη δεξιά είτε στην αριστερή πλευρά. Σήμερα, όλο και περισσότεροι χειρουργοί εκτελούν λαπαροσκοπική ή ρομποτική χειρουργική επέμβαση και απαιτούν μόνο να κάνουν πολλαπλές μικρές τομές ώστε να αποκτήσουν πρόσβαση στο παχύ έντερο. Μόλις τελειώσει η κύρια χειρουργική επέμβαση, γίνεται κυκλική τομή στο δέρμα όπου έχει επισημανθεί η περιοχή κολοστομίας. Ο μυς κάτω από το δέρμα αποκόπτεται και το έντερο κινητοποιείται και εξέρχεται από το άνοιγμα. Το κόλον πρέπει να αναγνωρίζεται σωστά σε αυτό το στάδιο.

Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι κολοστομίας και ο καθένας επιλέγεται ατομικά ανάλογα με την πάθηση και τη γενικότερη κατάσταση του ασθενούς:

- **Τελική κολοστομία.** Το λειτουργικό άκρο του εντέρου (το υγιές τμήμα του εντέρου που παραμένει συνδεδεμένο με την ανώτερη γαστρεντερική οδό και δεν απομακρύνεται κατά το προηγηθέν χειρουργείο) μεταφέρεται στην επιφάνεια της κοιλιάς, σχηματίζοντας το στόμιο (τεχνητό άνοιγμα) με την περιστροφή του εντέρου και συρραφής του άκρου στο δέρμα με παρόμοιες χειρουργικές τεχνικές όπως αυτές που περιγραφήκαν στις ειλεοστομίες. Η επιφάνεια του στόματος είναι στην πραγματικότητα η επένδυση του εντέρου. Το απομακρυσμένο τμήμα του εντέρου (τόρα συνδεδεμένο μόνο με το ορθό) μπορεί να αφαιρεθεί ή να συρραφτεί κλειστό και να παραμείνει στην κοιλιακή χώρα. Μια τελική κολοστομία είναι συνήθως μια μόνιμη στομία, που προκύπτει από τραύμα, καρκίνο ή άλλη παθολογική κατάσταση.
- **Κολοστομία διπλού βρόγχου (Double-barrel colostomy).** Η διαδικασία αυτή συνεπάγεται τη δημιουργία δύο ξεχωριστών στομιών στον κοιλιακό τοίχωμα. Το εγγύς (πλησιέστερο) στόμιο είναι το λειτουργικό άκρο που συνδέεται με την άνω γαστρεντερική οδό και θα αποβάλλει τα

κόπρανα. Το απομακρυσμένο στόμιο, που συνδέεται με το ορθό, αποστραγγίζει μικρές ποσότητες βλεννώδους υλικού. Μερικές φορές, το στόμιο που εκκρίνει βλέννα είναι κλειστό, οπότε υπάρχει μόνο μία στομία που εκκρίνει την περιττωματική ύλη ενώ η βλέννα διέρχεται από τον πρωκτό. Αυτή είναι συνήθως μια προσωρινή κολοστομία που εκτελείται για να “ξεκουραστεί” μια περιοχή του εντέρου και να κλείσει αργότερα με επανέγκλειση των εντερικών κολοβωμάτων. Η κολοστομία κλείνει αφού ολοκληρωθεί η επούλωση της πρωτογενούς παθολογίας για την οποία έγινε η κολοστομία

- Κολοστομία βρόχων. Αυτή η χειρουργική επέμβαση φέρνει ένα βρόχο του εντέρου μέσα από μια τομή στο κοιλιακό τοίχωμα. Ο βρόχος κρατιέται στη θέση του έξω από την κοιλιακή χώρα από μια πλαστική ράβδος που γλιστρά κάτω από αυτό. Μια τομή γίνεται στο έντερο για να επιτρέψει τη διέλευση των κοπράνων μέσω της κολοστομίας βρόχου. Η ράβδος στήριξης απομακρύνεται περίπου επτά έως 10 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση, όταν έχει επιτελεστεί επούλωση, η οποία θα αποτρέψει την επαναφορά του βρόχου του εντέρου στην κοιλιακή χώρα. Μια κολοστομία βρόχου εκτελείται συχνότερα για τη δημιουργία μιας προσωρινής στομίας για την εκτροπή των κοπράνων μακριά από μια περιοχή του εντέρου που έχει μπλοκαριστεί ή έχει διαρραγεί. Η τεχνική αυτή ομοιάζει με την τεχνική του Kock και ακολουθεί τις ίδιες λογικές και τεχνικές διεργασίες<sup>1,4</sup>

## 2.6. ΕΠΠΛΟΚΕΣ

Παρόλο που οι στομίες είναι μια σχετικά κοινή και ασφαλής χειρουργική επέμβαση, υπάρχουν μερικές πιθανές επιπλοκές. Αυτές περιλαμβάνουν:

### 2.6.1.Επιπλοκές κοινές σε χειρουργικές επεμβάσεις

Παρά το τετριμμένο (πλέον) της φύσης τους, οι στομίες αποτελούν μια χειρουργική επέμβαση και ως εκ τούτου συνοδεύονται από όλες τις πιθανές επιπλοκές που ακολουθούν ένα χειρουργείο. Αυτές περιλαμβάνουν κυρίως:

- Αιμορραγία. Η στομία μπορεί να αιμορραγεί, ή μια παραπλήσια αιμορραγία μπορεί να βρίσκει διέξοδο στο χώρο της στομίας
- Μόλυνση. Οι λοιμώξεις των χειρουργικών πεδίων είναι ένας αέναος φόβος που έχουν να αντιμετωπίσουν οι χειρουργοί, ο οποίος όμως γίνεται χειρότερος στην περίπτωση των στομιών λόγω της κακής υγιεινής και μεγάλης ποσότητας και ποικιλίας μικροοργανισμών στα σημεία δημιουργίας στομιών
- Επινέμεση γειτονικών δομών, τόσο από τις γενικές χειρουργικές επιπλοκές όσο και ειδικότερα των στομιών



- Διαφυγή από το χειρουργικό τραύμα, μια επιπλοκή που αποτελεί επιπρόσθετο φόβο στην περίπτωση των στομιών για τους ίδιους λόγους με τις μολύνσεις
- Αλλεργίες, κυρίως σε υλικά του χειρουργείου ή της στομιακής συσκευής<sup>1,2,3,4</sup>

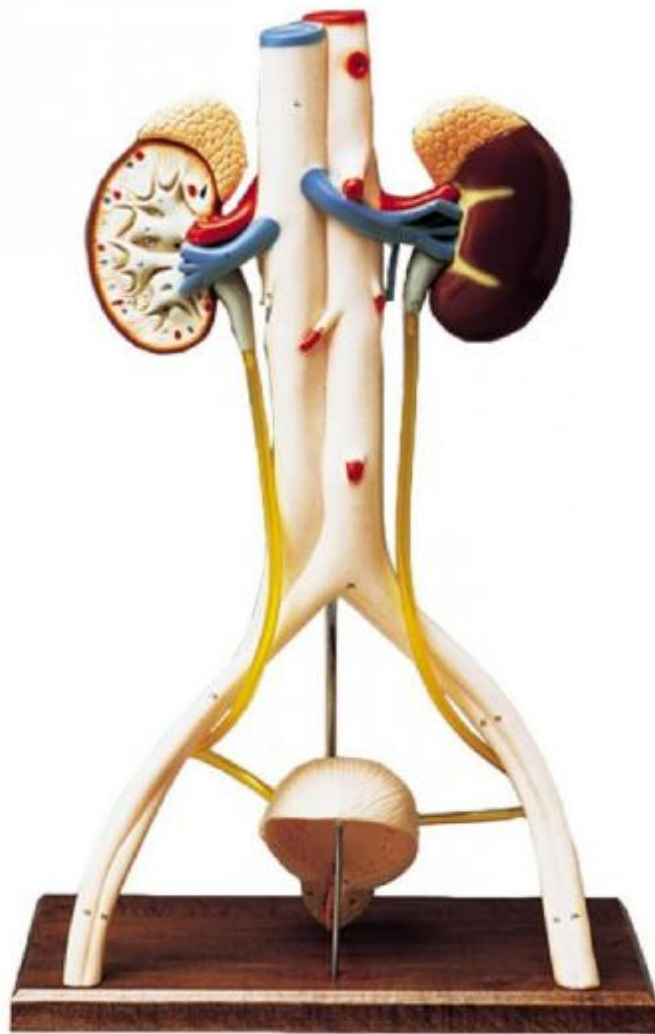
### 2.6.2 Ιδιαίτερες επιπλοκές των στομιών

Οι επιπλοκές που παρατηρούνται ιδιαίτερα στις στομίες περιλαμβάνουν:

- Δερματική ενόχληση. Αυτό είναι ένα συνηθισμένο πρόβλημα που προκαλείται από την κόλλα στη συσκευή της στομίας.
- Αφυδάτωση. Η έξοδος μεγάλου όγκου αποβλήτων μέσω της στομίας μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να επιτευχθεί επανυδάτωση με την κατάποση περίσσειας υγρών, αλλά σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να απαιτήσουν νοσηλεία. Αποφεύγοντας τα τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, αλάτι και λίπος μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος αφυδάτωσης.
- Διαρροή. Εάν η συσκευή της στομίας δεν ταιριάζει σωστά, μπορεί να διαρρεύσει. Σε περιπτώσεις αλληπάλληλων διαρροών παρά την προσεκτική τοποθέτηση της επιβάλλεται αλλαγή της συσκευής
- Απόφραξη του εντέρου. Εάν το φαγητό δεν μασηθεί σωστά ή δεν υποστεί σωστή πέψη, μπορεί να προκαλέσει εντερική απόφραξη. Τα συμπτώματα απόφραξης περιλαμβάνουν κράμπες, πόνο στο στομάχι και απότομη μείωση των αποβλήτων. Παρόλο που μια απόφραξη μπορεί να αρθεί αυτόματα, ορισμένες περιπτώσεις απαιτούν πρόσθετη θεραπεία ή ακόμα και νοσηλεία ή επέμβαση
- Εισολκή. Είναι πιθανό η στοματική σκευή να κινείται προς τα μέσα, συνήθως λόγω αύξησης βάρους, ουλώδους ιστού ή ακατάλληλης τοποθέτησης. Η απόσυρση καθιστά δύσκολη την τοποθέτηση της συσκευής και μπορεί επίσης να προκαλέσει ερεθισμό και διαρροή. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί νέα θεραπεία.
- Παραμυϊκή κήλη. Αυτή είναι μια συχνή επιπλοκή που συμβαίνει όταν το έντερό αρχίζει να πιέζει προς τα έξω μέσα από το άνοιγμα της στομίας, προκαλώντας προβολή των γειτνιαζόντων δομών μέσω του μυϊκού τοιχώματος. Μια αρκετά συνηθισμένη επιπλοκή που συχνά ανατάσσεται από μόνη της. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση για να επισκευαστεί.
- Νέκρωση. Η νέκρωση αναφέρεται στον θάνατο των ιστών, ο οποίος συμβαίνει όταν η ροή του αίματος προς τη στομία μειώνεται ή διακόπτεται. Όταν συμβαίνει αυτό, είναι συνήθως εντός των πρώτων ημερών μετά τη χειρουργική επέμβαση και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση, είτε με ταχεία ανάταξη του προσβληθέντος τμήματος είτε ακόμα και με επανεπέμβαση, που μπορεί να σημαίνει μέχρι και εκ νέου κατασκευή της στομίας

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

## ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΕΣ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΤΟΜΙΕΣ

#### 3.1 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου ενδέχεται λόγω απρόβλεπτων καταστάσεων να δημιουργηθεί πρόβλημα στη φυσιολογική δίοδο αποβολής των ούρων. Σε αυτή την περίπτωση είναι επιτακτική ανάγκη να δημιουργηθεί μια καινούρια δίοδος αποβολής των ούρων, η οποία θα παρακάμπτει το φυσιολογικό σύστημα ούρησης.

**Καρκίνος**: Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι η βασικότερη αιτία αφαίρεσης αυτού του οργάνου. Ειδικότερα, εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες κατά 2 με 3 φορές σε σχέση με τη συχνότητα εμφάνισης στο αντίθετο φύλο. Η συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης του καρκίνου της ουροδόχου κύστης στους άνδρες είναι το πενήτηκοστό έτος. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αλλά και στην Ευρωπαϊκή Ένωση το κάπνισμα είναι η πρωταρχική αιτία εμφάνισης του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Το κάπνισμα εντείνει τις πιθανότητες που θέλουν την παρουσία καρκινώματος στην ουροδόχο κύστη, γεγονός που οφείλεται στην αύξηση των χημικών ουσιών που περιέχονται στα τσιγάρα και στη συγκέντρωσή τους στα ούρα. Κατά συνέπεια διαταράσσεται η φυσιολογική λειτουργία της κύστης. Με ποσοστά 47% στους άνδρες και 37% στις γυναίκες τα αίτια θανάτου λόγω καρκίνου της ουροδόχου κύστης οφείλονται αποκλειστικά στη χρήση τσιγάρου.

Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι η παρουσία συγκεκριμένων βιομηχανικών ουσιών μπορεί να ενοχοποιείται για την εμφάνιση του καρκίνου. Στατιστικές μελέτες μαρτυρούν ότι άτομα τα οποία εργάζονται σε βιομηχανικές ζώνες όπως χωματερές και εργοστάσια επεξεργασίας δέρματος έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκινικών συμπτωμάτων.<sup>5</sup>

**Ακτινοβολία**: Σύγχρονες προσεγγίσεις αντιμετώπισης του καρκίνου της ουροδόχου κύστης υποστηρίζουν την ακτινοβολία. Δυσμενές αποτέλεσμα είναι η δημιουργία μιας ανεπιθύμητης σύνδεσης μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του εντέρου ή του κόλπου, γεγονός που οφείλεται στην καταστροφή των **οστών**. Συνδέσεις όπως οι παραπάνω επιτρέπουν στα ούρα να παροχετεύονται είτε μέσω του εντέρου είτε μέσω του κόλπου επιτρέποντας στα βακτήρια να έχουν ελεύθερη πρόσβαση εντός της κύστης και δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο μόλυνση και έντονη δυσαρέσκεια στον ασθενή. Επιπρόσθετα, η θεραπεία μέσω της ακτινοβολίας μπορεί να προκαλέσει συστολή στην ουροδόχο κύστη. Υπό αυτές τις περιστάσεις το άτομο με συστολή ουροδόχου κύστης έχουν την ανάγκη να παροχετεύουν τα ούρα άμεσα έχοντας ως συνέπεια τα άτομα να περιέρχονται σε άβολες καταστάσεις. Λόγω αυτών των αιτιών πολλοί ασθενείς καταλήγουν να παροχετεύουν τα ούρα από την ουροδόχο κύστη μέσω μιας στομίας προκειμένου να απαλύνουν την κατάστασή τους. Ωστόσο με την πρόοδο της τεχνολογίας καθίσταται όλο και πιο ασφαλής η χρήση ακτινοβολίας ως θεραπευτικό μέσο αφήνοντας ανεπηρέαστη τη

λειτουργία των οργάνων γύρω από την κύστη. Στην

περίπτωση συστολής της ουροδόχου κύστης λόγω της ακτινοβολίας, η κύστη δεν αφαιρείται σχεδόν ποτέ καθώς δεν εμφανίζεται κάποια παθολογία.<sup>5</sup>

**Γενετικές ανωμαλίες:** Οι νευρικοί δίοδοι δημιουργούνται στον εγκέφαλο και στη σπονδυλική στήλη όταν τα έμβρυα προσεγγίζουν τις 25 μέρες ζωής. Αν εμφανιστεί κάποια παθολογία στα νεύρα του εμβρύου είναι πιθανό να παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα στη διοχέτευση των ούρων από την ουροδόχο κύστη. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι δυνατόν τα ούρα να επιστρέψουν στα νεφρά και ως συνέπεια να δημιουργηθεί ουρητηροστομία στο παιδί.

**Ακράτεια των ούρων:** Οι λόγοι που οδηγούν στην ακράτεια των ούρων είναι αρκετοί και ποικίλουν μεταξύ τους:

- ❖ Αρχικά, στην περίπτωση που το άτομο έχει γεροντική άνοια, δεν είναι σε θέση να κατανοήσει ποτέ έχει την ανάγκη να πάει στη τουαλέτα για να ουρήσει και επομένως η κύστη του γεμίζει.
- ❖ Ακόμη, η παρουσία λοίμωξης στο ουροποιητικό σύστημα μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία της μεμβράνης της κύστης σε τέτοιο βαθμό ούτως ώστε η κύστη να παροχετεύει τα ούρα από μόνη της.
- ❖ Οι χρόνιες μολύνσεις του σωλήνα της ουροδόχου κύστης είτε λόγω της χρόνιας χρήσης ουροκαθετήρα είτε λόγω καθετηριασμού της ουροδόχου κύστης κατά τη διάρκεια της χειρουργικής διαδικασίας μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό της κύστεως.
- ❖ Παράλληλα, τα θέματα υγείας που αντιμετωπίζονται μέσω της ακτινοβολίας στις γυναίκες αλλά και στους άνδρες καθώς και ο καθετηριασμός της κύστης σε μακροχρόνιο διάστημα, είναι πιθανό να οδηγήσουν σε ατροφία των σφιγκτήρων με συνέπεια να υπάρχει διαρροή από την ουροδόχο κύστη. Προσπάθειες για την αντιμετώπιση της ακράτειας γίνονται μέσω της σωματικής άσκησης και της φαρμακευτικής αγωγής. Παρ' όλα αυτά όμως αν η ακράτεια δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με αυτά τα μέσα, τότε η λύση που ακολουθείται είναι η ουρητηροστομία.<sup>2,5</sup>

**Νευρογενικές διαταραχές:** Η ουροδόχος κύστη υπό φυσιολογικές συνθήκες παροχετεύει όλο το περιεχόμενό της ανά 3-4 ώρες. Στην πραγματικότητα όταν η κύστη πρέπει να αδειάσει η διαδικασία εκτελείται μέσω ενός συμπλέγματος νεύρων. Παρ' όλα αυτά όταν υπάρχει κάποια μορφή σκλήρυνσης επηρεάζεται η λειτουργία των νεύρων και κατά συνέπεια η διαδικασία της εκκένωσης του περιεχομένου της ουροδόχου κύστης. Υπό αυτές τις συνθήκες στην περίπτωση που το πρόβλημα δεν επιλυθεί είτε μέσω φαρμακευτικής αγωγής είτε μέσω καθετηριασμού της κύστης είναι επιτακτικό να δημιουργηθεί μια ουρητηροστομία.

**Κακώσεις του νωτιαίου μυελού:** Μια ενδεχόμενη κάκωση του νωτιαίου μυελού λόγω κάποιου εξωγενούς παράγοντα, όπως ένα σοβαρό ατύχημα, μπορεί να έχει άμεση επίδραση και στην ουροδόχο κύστη. Μέσο του τραυματισμού αυτού η κύστη μπορεί να χάσει τα αντανεκλαστικά της

για μεγάλο χρονικό διάστημα που μπορεί να διαρκέσει από εβδομάδες έως χρόνια. Έτσι, η κύστη γεμίζει και έχει ως αποτέλεσμα να πραγματοποιείται η επιστροφή των ούρων στα νεφρά. Το κύριο ,λοιπόν, πρόβλημα που έπρεπε να αντιμετωπιστεί κατά την περίοδο του 1970 ήταν το ότι οι ασθενείς που έφεραν κακώσεις του νωτιαίου μυελού πέθαιναν λόγω της αδυναμίας των νεφρών και της κύστης να επιτελέσουν τη φυσιολογική τους διαδικασία. Επομένως, τα ούρα δεν μπορούσαν να αποβάλλονται από τον οργανισμό και τα άτομα έπρεπε να φέρουν ουροκαθετήρα για να επιτύχουν την αποφόρτιση της κύστης. Ακόμα, ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που φέρουν κακώσεις του νωτιαίου μυελού είναι καθηλωμένοι σε αναπηρικό αμαξίδιο και είναι αναγκασμένοι να παροχετεύουν τα ούρα τους μέσω ουροκαθετήρα. Αυτό είναι ένα από τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που βρίσκονται σε αμαξίδιο, σε συνδυασμό, μάλιστα, με τον πόνο που μπορεί να υφίστανται. Κάτω από αυτές τις συνθήκες μπορεί να δημιουργηθεί μια ουρητηροστομία στα άτομα αυτά με σκοπό να βελτιωθεί η ποιότητα της καθημερινότητάς τους.

**Τ ρ αυματισμ ός :** Συχνά παρατηρείται η μη ορθή λειτουργία της κύστης σε άτομα που έχουν κάποιο σοβαρό τραυματισμό, ο οποίος συνήθως οφείλεται σε αυτοκινητιστικό ατύχημα. Σε αυτή την περίπτωση αν η λειτουργία της ουροδόχου κύστης δεν μπορεί να επανέλθει μέσω χειρουργικής επέμβασης τότε κρίνεται αναγκαίο να δημιουργηθεί ουρητηροστομία για την αποδέσμευση των ούρων.

**Μετα τ ρ αμ ατικ ό shock :** Συνήθως τα άτομα, τα οποία είναι θύματα βασανισμού και μάλιστα αν έχουν υποβληθεί σε βασανισμό με ηλεκτρισμό, μπορεί να αναπτύξουν δυσλειτουργία στην ουροδόχο κύστη. Αν η βλάβη που έχει δημιουργηθεί είναι μη αναστρέψιμη, τότε το θύμα είναι υποχρεωμένο να κάνει ουρητηροστομία ώστε να αποφορτίζεται η ουροδόχος κύστη από το περιεχόμενό της.<sup>2,3</sup>

### **3.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ**

Χάρη στα επιτεύγματα της συνεχούς έρευνας έχουν αναπτυχθεί σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές για την εκτροπή των ούρων, οι οποίες μπορούν να είναι ιδανικές για την ανατομική λειτουργία κάθε ατόμου εξατομικευμένα, χωρίς αυτό να προϋποθέτει ότι οι τεχνικές αυτές θα καταλήξουν στη δημιουργία κάποιας στομίας. Ωστόσο, το 12% των στομιοπαθών φέρουν ουρητηροστομία , ενώ η συντριπτική πλειοψηφία με 62% φέρει κολοστομία και το υπόλοιπο 26% φέρει ειλεοστομία. Όσον αφορά τις ουρητηροστομίες χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες, τις μόνιμες και τις μη μόνιμες ουρητηροστομίες, οι οποίες παρουσιάζουν εξίσου θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά. Για να καθοριστεί η αρμόζουσα διαδικασία που πρέπει να ακολουθηθεί πρέπει να εξεταστούν ποικίλοι παράγοντες.

Αρχικά, η επικρατέστερη άποψη υποστηρίζει ότι πρέπει να ακολουθούνται χειρουργικές τεχνικές, οι οποίες διατηρούν τη λειτουργικότητα της κύστης, καθώς αρκετές τεχνικές έχουν ως συνέπεια να οδηγούν σε διαταραχές των νεφρών μετά από την πάροδο 20-30 χρόνων. Για να αποφασιστεί, λοιπόν, ποια είναι η καταλληλότερη διαδικασία που πρέπει να ακολουθηθεί θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η ηλικία του ασθενή, το στάδιο στο οποίο έχει προχωρήσει ο καρκίνος αλλά και η γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ακόμα, θα πρέπει να συνυπολογίζονται οι επιθυμίες του ασθενή αλλά και η ψυχική δύναμη που διαθέτει κάθε άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με την εκάστοτε κατάσταση. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να κατανοηθεί ότι οποιαδήποτε χειρουργική διαδικασία, στην οποία επρόκειτο να υποβληθεί ο ασθενής, θα έχει σίγουρα κάποιο αντίκτυπο στη ζωή του, με άλλους ασθενείς να επηρεάζονται περισσότερο κι άλλους λιγότερο.

### **3.2.1. Μόνιμες στομίες.**

Είναι σύνηθες η κύστη μέσω χειρουργικών διαδικασιών να ανακατασκευάζεται και να δημιουργείται μια νέα εσωτερική θήκη ή διαφορετικά μια νέα δεξαμενή. Η καινούρια εσωτερική θήκη αποτελείται από κομμάτι της ουροδόχου κύστης ή από μέρη του εντέρου που έχουν ανακατασκευαστεί. Το νέο αυτό σύστημα θα πρέπει να αποστραγγίζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα με τη βοήθεια ενός καθετήρα. Οι κυριότερες χειρουργικές τεχνικές για τη δημιουργία μόνιμης ουρητηροστομίας είναι τρεις: η ελεγχόμενη ηλιακή δεξαμενή Mitrofanoff, ο σάκος Indiana και τέλος η ελεγχόμενη ηλιακή δεξαμενή ούρων Kock's. Οι δυο πρώτες τεχνικές είναι πιο απλές ως προς τη διαδικασία τους σε σχέση με τη διαδικασία Kock και παρουσιάζουν λιγότερες επιπλοκές όπως είναι η διαρροή ή η αντιμετώπιση προβλημάτων με τον καθετήρα. Σε μερικά μεμονωμένα περιστατικά η εσωτερική θήκη μπορεί να παρουσιάσει διαρροή από μόνη της χωρίς να υπάρξει κάποιος προφανής λόγος. Στην περίπτωση που εμφανιστεί αυτή η επιπλοκή και διαπιστωθεί διαρροή ούρων στην κοιλιακή κοιλότητα, τότε θα πρέπει να υπάρξει εκ νέου μια διορθωτική χειρουργική επέμβαση, η οποία πρέπει να διεξαχθεί όσο το δυνατόν πιο άμεσα προκειμένου ο ασθενής να μη βιώσει έντονο πόνο.<sup>2,3</sup>

- **Σάκος Indiana**

Αυτή η χειρουργική διαδικασία σχετίζεται με το κομμάτι του εντέρου, όπου ο ειλεός καταλήγει στο κόλον (παχύ έντερο) και τότε δημιουργείται μια βαλβίδα, η οποία έχει ως ρόλο να αποτρέπει τη μεταφορά των κοπράνων από το κόλον στον ειλεό. Το παχύ έντερο διαμελίζεται και ξαναράβεται για να δημιουργήσει την εσωτερική θήκη, ενώ ο ειλεός διαχωρίζεται στον ομφαλό ή στη δεξιά πλευρά του υπογαστρίου. Η βαλβίδα χρειάζεται για να αποτρέπει τη διαρροή των ούρων από τον εσωτερικό σάκο. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο εσωτερικός σάκος δεν παρουσιάζει διαρροή και αποστραγγίζεται συχνά με τη βοήθεια του καθετήρα όπως συμβαίνει και στο σάκο που δημιουργείται με τη διαδικασία Kock. Στη χειρουργική διαδικασία Indiana δε χρησιμοποιούνται



κλιπ, παρά μόνο στην περίπτωση που έχει προηγηθεί η χειρουργική διαδικασία Kock. Σε αυτήν τη χειρουργική διαδικασία (Indiana) οι ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο για περίπου 1-2 εβδομάδες και όταν παίρνουν εξιτήριο αναγκάζονται να φέρουν καθετήρα. Με το πέρας των 1-2 εβδομάδων επιστρέφουν στο χώρο του νοσοκομείου για να λάβουν την κατάλληλη ενημέρωση για το πώς θα χρησιμοποιούν και θα αδειάζουν τα ούρα μέσω του καθετήρα. Εντούτοις, υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος να παρουσιαστεί διαρροή από τη στομία ή από τον καθετήρα.<sup>3,5</sup>

- **Ε λευ γόμε νη ε ιλιακή δε ξαμ εν ή ούρω ν M itrofanoff .**

Ο πρώτος που χρησιμοποίησε αυτήν τη χειρουργική τεχνική ήταν ο Paul Mitrofanoff το 1950 και για αυτόν μάλιστα το λόγο η μέθοδος αυτή φέρει το όνομά του. Η τεχνική Mitrofanoff χρησιμοποιείται κυρίως σε παιδιά αλλά και σε άτομα τα οποία είτε δεν έχουν καθόλου ουρήθρα είτε έχουν παραμορφωμένη ουρήθρα. Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται και για άτομα που φέρουν κάποια μορφή παράλυσης καθώς και για γυναίκες που βρίσκουν τον καθετηριασμό μη πρακτικό λόγω παχυσαρκίας ή δυσκολίας στις κινήσεις τους. Αυτή η χειρουργική διαδικασία αποτελείται από συρραφή του τέλους του τυφλού με το έντερο και τη συρραφή του αφαλού ή του δέρματος με το υπογάστριο. Ειδικότερα, η τεχνική αυτή αφήνει το έντερο ανέπαφο και το κυριότερο θετικό της στοιχείο είναι ότι σπάνια υπάρχει επιστροφή ούρων στα νεφρά. Τέλος, η επέμβαση αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ένα περιορισμένο αριθμό ασθενών καθώς είναι απαραίτητη προϋπόθεση το έντερο του ασθενή να είναι ανέπαφο. Η κύστη αδειάζει με ουροκαθετήρα κάθε 4 ώρες.

- **Ε λευ γόμε νη ε ιλιακή δε ξαμ εν ή ούρω ν K ock.**

Η θετική πλευρά αυτής της χειρουργικής τεχνικής είναι η δημιουργία μιας αρκετά μικρής και διακριτικής στομίας. Η στομία ούτε εξωθείται από τον αφαλό ούτε μοιάζει με αυτόν. Κατά την περίοδο που η στομία δεν αποστραγγίζεται, καλύπτεται με μια αυτοκόλλητη επιφάνεια και το άτομο που τη φέρει δεν έχει ανάγκη να διατηρεί έναν ενσωματωμένο σάκο συλλογής προσαρμοσμένο στη στομία του. Μια σημαντική παρατήρηση είναι το γεγονός ότι τα άτομα που είναι δεξιόχειρες επιλέγουν να κάνουν τη στομία τους στη δεξιά πλευρά, καθώς με αυτόν τον τρόπο διευκολύνουν την καθημερινότητά τους και είναι σε θέση να την περιποιούνται καλύτερα και ευκολότερα. Όμως, ανεξάρτητα από τα θετικά που προσφέρει αυτή η χειρουργική μέθοδος, παρατηρείται όλο και περισσότερο ότι δεν αξιολογείται συχνά καθώς υπάρχει η πιθανότητα να γλιστρήσει το μεταλλικό κλιπ που χρησιμοποιείται στη στομία ή ακόμα χειρότερα να δημιουργηθούν λίθοι (πέτρες).

Ο εσωτερικός σάκος ο οποίος δημιουργείται μέσω της χειρουργικής τεχνικής Kock χρησιμοποιεί 70-80 cm κομμάτι από το λεπτό έντερο. Ωστόσο, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί μέρος και του παχέος εντέρου. Περίπου τα 40 cm κόβονται κατά μήκος και συρράβονται μαζί με τα υπόλοιπα κομμάτια εγκάρσια, με σκοπό τη δημιουργία ενός εσωτερικού σάκου. Τα κομμάτια τα οποία έχουν απομείνει από το έντερο και από τις δύο πλευρές του εσωτερικού σάκου συρράβονται στη συνέχεια, με σκοπό να δημιουργηθούν βαλβίδες. Μία από τις βαλβίδες που θα δημιουργηθούν



θα είναι συνδεδεμένη με τους ουρητήρες, με σκοπό να επιτρέπουν στα ούρα να αποδεσμεύονται από τα νεφρά και να αποθηκεύονται στην εσωτερική θήκη που θα έχει δημιουργηθεί. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή δε λειτουργεί αμφίδρομα, καθώς τα ούρα δεν έχουν τη δυνατότητα να επιστρέψουν ξανά από την εσωτερική θήκη στους νεφρούς. Η δεύτερη βαλβίδα βρίσκεται στην επιφάνεια του δέρματος και η λειτουργία της έγκειται στο να παρεμποδίζει τα ούρα να παροχετεύονται από τον εσωτερικό σάκο προς τα έξω. Με τη χρήση όμως του καθετήρα τα ούρα κατορθώνουν να παροχετευθούν από τον εσωτερικό σάκο προς τα έξω.

Ακόμα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η διαδικασία δεν είναι απλή και για το λόγο αυτόν είναι πιθανό να παρουσιαστούν ορισμένες επιπλοκές. Μετά το πέρας της χειρουργικής διαδικασίας οι ασθενείς θα χρειαστούν ένα σημαντικό χρονικό διάστημα για να μπορέσουν να αναρρώσουν. Ανεξάρτητα από την εξάντληση και την κούραση που μπορεί να βιώνουν θα πρέπει να είναι σε θέση να παροχετεύουν τα ούρα, τα οποία συγκεντρώνουν καθημερινά στον εσωτερικό σάκο με τη βοήθεια καθετήρα – την ίδια ώρα καθημερινά. Η χειρουργική αυτή προσέγγιση πραγματοποιείται συνήθως σε νεαρά ή μέσης ηλικίας άτομα.

Η τεχνική Kock είναι μία χρονοβόρα και περίπλοκη διαδικασία και γι' αυτό το λόγο απαιτείται ένα σεβαστό χρονικό περιθώριο προκειμένου να ξεκινήσει να γίνεται λειτουργική. Τα άτομα που υποβάλλονται σε αυτό το χειρουργείο παραμένουν στο νοσοκομείο για να νοσηλευτούν περίπου 3-4 εβδομάδες μετά το πέρας της διαδικασίας και είναι απαραίτητο τις τέσσερις μεταχειρουργικές εβδομάδες να έχουν μόνιμο ουροκαθετήρα, ώστε να αποφευχθούν προβλήματα στην παροχέτευση των ούρων από τον εσωτερικό σάκο. Αμέσως μετά το χειρουργείο ο εσωτερικός σάκος μπορεί να αποθηκεύσει μερικά ml ούρων και για το λόγο αυτόν ο σάκος θα πρέπει να τεντωθεί (γυμναστεί) με σκοπό να αυξηθεί η χωρητικότητά του. Η διαδικασία αυτή μπορεί να ξεκινήσει δύο εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση του χειρουργείου και πρέπει να σημειωθεί πως ο ουρητήρας είναι απαραίτητο να τοποθετηθεί μετεγχειρητικά, να κλείσει με τη βοήθεια ενός κλιπ και με αυτόν τον τρόπο τα ούρα να καταφέρουν να διογκώσουν τον εσωτερικό σάκο. Ο εσωτερικός σάκος αδειάζει μετά το πέρας μιας ώρας και ο καθετήρας κλείνει ξανά και όλη η διαδικασία τερματίζεται μετά από μία εβδομάδα. Με το πέρας και της δεύτερης εβδομάδας είναι εφικτό ο μόνιμος καθετήρας να αφαιρεθεί και από το σημείο αυτό ο εσωτερικός σάκος μπορεί να αδειάζει ανά τρεις ώρες με τη χρήση ουροκαθετήρα. Εκτός αυτού, κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι αναγκαίο ο σάκος να αποστραγγίζεται μόνο μία φορά, καθώς η παραγωγή ούρων είναι μειωμένη σε σχέση με την παραγωγή που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η διαδικασία κατά την οποία αυξάνεται η χωρητικότητα του σάκου γίνεται σταδιακά έτσι ώστε μετά από την ολοκλήρωση ενός εξαμήνου, ο εσωτερικός σάκος θα χρειάζεται αποστράγγιση μόνο πέντε φορές την ημέρα.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν διάφορες εναλλακτικές θέσεις στις οποίες μπορεί να αδειάσει ο εσωτερικός σάκος. Ειδικότερα, οι στομιοπαθείς μπορούν να ξαπλωμένοι, καθιστοί ή σε όρθια στάση.

Η θέση δεν παίζει τόσο σημαντικό ρόλο όσο το ότι η αποστράγγιση του σάκου πρέπει να γίνεται πλήρως και να μη μένουν ούρα, τα οποία πιθανώς θα δημιουργήσουν λοιμώξεις. Τέλος, η περιοχή του δέρματος γύρω από τη στομία θα είναι ευαίσθητη, μετά όμως από έξι μήνες αποστράγγισης του σάκου, θα είναι δυνατόν να επιτυγχάνεται με πιο απλό τρόπο. Δηλαδή ο ασθενής θα πρέπει απλά να πιέζει το σάκο από την επιφάνεια του δέρματος.<sup>2,3,5</sup>

### 3.2.2. Μη μόνιμες στομίες

Στις μη μόνιμες ουρητηροστομίες οι ασθενείς θα πρέπει να τοποθετούν ειδικούς σάκους συλλογής για να μπορούν να συγκεντρώνουν σε αυτούς τα ούρα του εσωτερικού σάκου.

- **Ουρητηροσειλεόδεομο (εκτροπή των ούρων κατά Bricker)**

Η τεχνική απαιτεί ένα τμήμα του εντέρου σαν έναν πόρο διεξόδου. Στη συνέχεια, οι ουρητήρες αποκόβονται από την ουροδόχο κύστη και συρράβονται σε ένα μέρος 20-25 cm, το οποίο χρησιμοποιείται από μέρος είτε του λεπτού είτε του παχέος εντέρου. Η μία πλευρά του συρράβεται, το δεύτερο μέρος διαπερνά το δέρμα της κοιλιακής χώρας, ενώ το εσωτερικό κομμάτι ρολάρει και δημιουργεί τη στομία στο δέρμα. \_Ωστόσο, το μέρος του εντέρου δεν μπορεί να λειτουργήσει σαν εσωτερικός σάκος και δεν υπάρχει κάποιος μυς ή βαλβίδα ώστε να συγκρατούνται τα ούρα. Το συμπέρασμα, λοιπόν, είναι πως τα ούρα θα παροχετευτούν με την ταχύτητα με την οποία παράγονται από τα νεφρά. Για τον παραπάνω λόγο θα είναι απαραίτητο ο ασθενής να φέρει εξωτερικό σάκο συλλογής για να συγκεντρώνει τα ούρα της ημέρας από τη στομία. Κατά τη διάρκεια της νύχτας ο σάκος συλλογής μπορεί να συνδέεται με ένα μεγαλύτερο σάκο μέσω ενός σωλήνα, με σκοπό να μη διακόπτεται ο βραδινός ύπνος προκειμένου να αποστραγγιστεί ο εσωτερικός σάκος. Στις περισσότερες περιπτώσεις των ασθενών που υποβλήθηκαν στη συγκεκριμένη χειρουργική τεχνική θα έχουν άμεσα αποτελέσματα, καθώς τα ούρα θα ξεκινήσουν να παροχετεύονται αμέσως. Εντούτοις, σε μερικές περιπτώσεις προηγείται η τοποθέτηση ενός καθετήρα νεφροστομίας ούτως ώστε η εκτροπή των ούρων κατά Bricker να είναι πλήρως λειτουργική. Το ιδανικότερο μέγεθος της στομίας είναι περίπου 2 cm, καθώς αν είναι λιγότερο θα εντοπιστεί δυσκολία στην εφαρμογή του σάκου, διαρροή στα ούρα και κατά συνέπεια θα ξεκολλήσει η αυτοκόλλητη επιφάνεια του σάκου. Ανατομικά μιλώντας η ουρητηροστομία δημιουργείται σε σημείο που είναι πιο λειτουργικό και εύχρηστο για τον ασθενή, όπως για παράδειγμα στους δεξιόχειρες ασθενείς τοποθετείται στη δεξιά πλευρά ώστε να είναι πιο βολικό για αυτούς. Το να πραγματοποιείται μια στομία κατά Bricker δεν αποτελεί μια κουραστική διαδικασία η οποία εξουθενώνει σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή. Η χειρουργική τεχνική κατά Bricker εφαρμόζεται κυρίως σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, σε άτομα που πάσχουν από καρδιακά νοσήματα ή από χρόνια προβλήματα υγείας. Είναι μια διαδικασία κατά την οποία ο σάκος δε χρειάζεται να αδειάζει πολλές φορές την ημέρα και γι' αυτό το λόγο αποτελεί την ιδανική τεχνική για τα άτομα που δυσκολεύονται να αυτοεξυπηρετηθούν. Η τεχνική κατά Bricker επικρατεί στην Ευρώπη και θεωρείται ιδανική για τη δημιουργία μιας ουρητηροστομίας. Τέλος, είναι

σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι μια αρνητική συνέπεια που μπορεί να προκύψει από αυτήν τη διαδικασία είναι το ότι τα ούρα ενδέχεται να παλινδρομήσουν από τον εσωτερικό σάκο στα νεφρά δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο προβλήματα στον ιστό των νεφρών.

- **Νεφροστομία**

Η χειρουργική τεχνική της νεφροστομίας πραγματοποιείται με τη χρήση καθετήρα, ο οποίος παροχετεύει απευθείας τα ούρα από τα νεφρά. Αυτή η χειρουργική διαδικασία αποτελεί μια σύντομη τεχνική και εφαρμόζεται ως παροδική λύση αποστράγγισης των ούρων όταν παρουσιάζεται πέτρα στην ουρητηρική οδό και τα ούρα δεν μπορούν να διοχετευτούν φυσιολογικά. Η πέτρα, λοιπόν, που εντοπίστηκε θα πρέπει να αφαιρείται χειρουργικά. Επιπρόσθετα, η διαδικασία αυτή μπορεί να αξιοποιηθεί παράλληλα με τη χειρουργική διαδικασία κατά Bricker καθώς τα ούρα μέσω της νεφροστομίας μπορούν να παροχετευτούν άμεσα, ενώ κατά την τεχνική Bricker απαιτείται ένα χρονικό διάστημα για να μπορέσει να πραγματοποιήσει την παροχέτευση των ούρων. Η νεφροστομία μπορεί να εφαρμοστεί για να καταπραΰνει τους ασθενείς που πρόκειται να καταλήξουν σύντομα. Επίσης, τα άτομα με νεφροστομία τείνουν να νοσηλεύονται σε νοσοκομεία αρκετά συχνά, καθώς όχι μόνο παρουσιάζουν δυσχέρεια αλλά και ο καθετήρας της ουρητηροστομίας πρέπει να αλλάζει κάθε τρεις μήνες. Τα κυριότερα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν είναι μολύνσεις, πέτρα στα νεφρά και επιπλοκές λόγω μη σωστής τοποθέτησης του καθετήρα.

- **Κυστεοστομία.**

Για την πραγματοποίηση της κυστεοστομίας απαιτείται η συρραφή της ουροδόχου κύστης με το κοιλιακό τοίχωμα. Κατά συνέπεια έχουμε την κατασκευή μια τρύπας στο δέρμα όπου η ουροδόχος κύστη έχει τη δυνατότητα να παροχετεύει τα ούρα διαμέσου καθετήρα. Η χειρουργική τεχνική της κυστεοστομίας εφαρμόζεται κυρίως σε παιδιά και η αιτιολογία είναι το γεγονός ότι δεν έχουν ορθώς σχηματισμένη την ουροδόχο κύστη τους. Διατηρείται μέχρι τα νεαρά άτομα να μεγαλώσουν και να ωριμάσουν σωματικά, ώστε να μπορέσουν να υποβληθούν σε ανακατασκευή της ουροδόχου κύστης. Η πιο πιθανή μέθοδος ανακατασκευής που θα επιλεγεί είναι η διαδικασία Mitrofanoff.

### **3.2.3. Τεχνικές που δεν καταλήγουν σε στομία.**

Για να δημιουργηθεί εκτροπή των ούρων υπάρχουν ποικίλες τεχνικές, οι οποίες δεν είναι απαραίτητο να οδηγούν στη δημιουργία στομίας. Ειδικότερα, αν αξιοποιηθεί κατάλληλα η ανατομία του σώματος μπορούν να κατασκευαστούν δίοδοι για την παροχέτευση των ούρων.

- **Μόνιμη εσωτερική ουρητηρική εκτροπή.**

Η τεχνική της εσωτερικής ουρητηρικής εκτροπής αποτελεί μία χειρουργική μέθοδο που είναι γνωστή ως ορθοτοπική αντικατάσταση της ουροδόχου κύστης. Με τον όρο ορθοτοπική εκφράζεται η χρήση ενός οργάνου για μια λειτουργική διαδικασία διαφορετική από αυτήν που έχει στην πραγματικότητα. Αυτή η χειρουργική διαδικασία αποτελείται από την κατασκευή και αντικατάσταση

της ουροδόχου κύστης από ένα μέρος του μικρού εντέρου της τάξεως των 60-70 cm. Η ουροδόχος κύστη προσκολλάται με τέτοια τεχνική η οποία δεν επιτρέπει την επιστροφή των ούρων στα νεφρά. Ακόμα, η ουροδόχος κύστη μπορεί να συνδεθεί και με την ουρήθρα ώστε να παροχετεύονται τα ούρα μέσω της τελευταίας. Η τεχνική αυτή θεωρείται αρκετά πολύπλοκη ως προς την πραγμάτωσή της και εφαρμόζεται κυρίως σε άνδρες, καθώς οι γυναίκες έχουν ιδιαίτερα μικρή ουρήθρα από τη στιγμή που θα αφαιρεθεί χειρουργικά η ουροδόχος κύστη. Ωστόσο, οι ασθενείς που νοσούν από καρκίνο στην ουροδόχο κύστη δεν χαρακτηρίζονται κατάλληλοι για την εφαρμογή της συγκεκριμένης τεχνικής. Ο νέος εσωτερικός σάκος παροχετεύει τα ούρα μέσω της ουρήθρας ανά 3-4 ώρες. Γι' αυτό το λόγο οι ασθενείς θα πρέπει να εκπαιδευθούν καταλλήλως και να μάθουν πώς να καθετηριάζουν τον εαυτό τους ώστε να επιτύχουν την πλήρη παροχέτευση των ούρων από το σάκο. Μιας και η νέα εσωτερική θήκη έχει δημιουργηθεί εκτός του κομματιού του λεπτού εντέρου, θα εξακολουθεί να υπάρχει περισταλιτισμός και κατά τη διάρκεια της νύχτας όταν ο ασθενής θα έχει χαλαρώσει. Επομένως, παρατηρείται πως το 40-50% των ασθενών που ακολουθούν αυτή την τεχνική έχουν νυχτερινή ακράτεια ούρων κατά τη διάρκεια του ύπνου τους. Για να αποφευχθεί αυτή η δυσάρεστη κατάσταση το άτομο μπορεί να παροχετεύσει τα ούρα αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Αυτή η χειρουργική τεχνική θεωρείται ιδιαίτερα δημοφιλής, γιατί αφενός μεν δεν προβαίνει σε δημιουργία στομίας και αφετέρου δε στους άνδρες δεν επηρεάζεται καθόλου η σττυτική τους λειτουργία.

#### 4. Ουρητηροστομία

Αυτή η χειρουργική διαδικασία απαιτεί την αφαίρεση της ουροδόχου κύστης και τη συρραφή των ουρητήρων με το τελικό κομμάτι του παχέος εντέρου. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της είναι το γεγονός ότι τα ούρα και τα κόπρανα παροχετεύονται μαζί από το σώμα. Ο παράγοντας που θα καθορίσει αν θα υπάρχει ακράτεια ή όχι εξαρτάται αποκλειστικά από την ικανότητα του πρωκτικού σφιγκτήρα. Όμως, το ενδεχόμενο να παρουσιαστεί ακράτεια είναι σύνηθες φαινόμενο στη χειρουργική διαδικασία της ουρητηροκολοστομίας. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι η τεχνική αυτή δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, καθώς βακτήρια από το παχύ έντερο μπορεί να αποικήσουν στα νεφρά και με αυτόν τον τρόπο να δημιουργηθεί μόλυνση.<sup>2,5</sup>

### **3.3. ΕΠΠΛΟΚΕΣ**

Ø **Βλεννώδη τεμάχια:** Η περιοχή του εντέρου που χρησιμοποιείται για να δημιουργηθεί η ουρητηροστομία πρέπει να διατηρεί την αιμάτωση της περιοχής και τις νευρικές απολήξεις ούτως ώστε να εξακολουθεί να γίνεται έκκριση της ουσίας που λιπαίνει το έντερο. Στη συνέχεια, όταν τα ούρα αναμειχθούν με τη βλεννώδη έκκριση, δημιουργούνται βλεννώδη τεμάχια. Σύνηθες φαινόμενο είναι η παραγωγή των βλεννωδών τεμαχίων να παρουσιάζεται μεγαλύτερη τις 2-3 εβδομάδες μετά το πέρας της εγχείρησης και φαίνεται να διατηρούν ένα καφέ χρώμα. Μετέπειτα, ο χρωματισμός που ακολουθεί είναι ο κίτρινος αλλά λιγότερο φανερός, καθώς τα κύτταρα που



παρουσιάζονται στη λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος είναι η παρουσία πόνου στα νεφρά, η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και μια ιδιαίτερη δυσοσμία των ούρων. Στη συνέχεια, είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί η λήψη ενός δείγματος ούρων με τη βοήθεια αποστειρωμένου καθετήρα, αφού πρώτα η στομία έχει καθαριστεί καταλλήλως. Η διαδικασία της άσηπτης τεχνικής της λήψης των ούρων βοηθά να μην εκτεθεί το δείγμα των ούρων από τα βακτήρια της επιφάνειας του δέρματος. Ωστόσο, είναι ζωτικής σημασίας η λοίμωξη να καταπολεμάται όσο το δυνατόν πιο σύντομα με τη χρήση αντιβιοτικών, καθώς η παρατεταμένη παρουσία της μπορεί να οδηγήσει σε λοίμωξη των νεφρών και στη δημιουργία πέτρας. Τέλος, η λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος καθιστά τα ούρα πιο τοξικά, με συνέπεια το αυτοκόλλητο του σάκου να διαβρώνεται γρηγορότερα από το συνηθισμένο.<sup>3,5</sup>

Ø **Οσμή:** Ένας μεγάλος φόβος και άγχος που έχουν τα άτομα που φέρουν στομία είναι η οσμή. Στην περίπτωση που τα ούρα είναι αλκαλικά παρατηρείται ότι μυρίζουν σαν αμμωνία αλλά ένας ακόμη μεγάλος φόβος είναι η δυσοσμία που μπορεί να εκκρίνει ο σάκος όπου αποθηκεύονται τα ούρα. Παρ' όλα αυτά οι σύγχρονες προδιαγραφές κατασκευής των σάκων των ούρων δεν επιτρέπουν την παρουσία οσμών, παρά μόνο στις περιπτώσεις που ο ασθενής παραμελεί το σάκο και δεν τον αντικαθιστά σε καθημερινή βάση ή δεν ακολουθείται η κατάλληλη καθαριότητα κατά τη διάρκεια της παροχέτευσης των ούρων. Οι βασικότερες αιτίες που προκαλούν την κακοσμία είναι η ελλιπής καθημερινή πρόσληψη νερού, με συνέπεια την παρουσία βλεννωδών τεμαχίων στα ούρα, και η αμέλεια της αλλαγής του σάκου. Παρατηρείται ότι τα ούρα περιέχουν βακτήρια, τα οποία κατά τη διάρκεια της παροχέτευσής τους προκαλούν δυσοσμία. Για την επίλυση αυτού του προβλήματος συνιστάται κατά τη διάρκεια της παροχέτευσης να παραμένουν ανοιχτά τα παράθυρα για να γίνεται αερισμός του χώρου ή να χρησιμοποιείται ένα αποσμητικό χώρου προκειμένου να καταπολεμούνται οι δυσάρεστες οσμές. Επιπλέον, η παρουσία των οσμών θα είναι μειωμένη εάν η πυκνότητα των ούρων είναι λιγότερη κι αυτό επιτυγχάνεται με την αυξημένη λήψη υγρών στην καθημερινότητα. Τέλος, οι οσμές που απορρέουν κατά τη διάρκεια της νύχτας λόγω της παροχέτευσης των ούρων από το σάκο συλλογής μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χρήση νερού και λευκού ξυδιού.

Ø **Σύμπτυξη:** Στην περίπτωση που ο ασθενής πάρει αρκετό περιττό βάρος ή παρουσιαστεί κάποια συμπίεση του εντέρου ή των αιμοφόρων αγγείων, τότε υπάρχει η πιθανότητα να υποχωρήσει ( να καλυφθεί) η ουρητηροστομία σε ένα κατώτερο στρώμα του δέρματος. Ένας σημαντικός λόγος στον οποίο οφείλεται η σύμπτυξη είναι το ανεπαρκές μήκος του τμήματος του εντέρου που είχε χρησιμοποιηθεί για την πραγματοποίηση της στομίας. Με αυτόν τον τρόπο η στομία βρίσκεται σε μια σπηλιά γεγονός που καθιστά πολύ δύσκολη την τοποθέτηση της αυτοκόλλητης επιφάνειας του σάκου συλλογής και ως συνέπεια υπάρχει διαρροή εξωτερικά του σάκου. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετοί τρόποι για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της σύμπτυξης, όπως είναι η χρήση μιας



ειδικής κρέμας στην επιφάνεια γύρω από τη στομία ή με τη χρήση μιας ζώνης για μεγαλύτερη σταθερότητα του σάκου ή με την εφαρμογή ενός κυρτού αυτοκόλλητου. Τέλος, ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης αυτής είναι η εφαρμογή ενός προγράμματος απώλειας βάρους ή η χειρουργική απομάκρυνση του λίπους μέσω λιποαναρρόφησης.

- Ø **Στένωση της ουρήθρας:** Η στένωση της ουρήθρας αποτελεί μια στένωση των ουρητήρων. Οι ουρητήρες έχουν ως ρόλο να μεταφέρουν τα ούρα από τα νεφρά στην ουροδόχο κύστη. Η στένωση της ουρήθρας συμβαίνει σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε δημιουργία στομίας με τη χειρουργική τεχνική κατά Bricker. Λόγω κάποιων ανατομικών χαρακτηριστικών η στομία κατά Bricker δημιουργείται συνήθως στη δεξιά πλευρά με αποτέλεσμα ο νεφρός από την αριστερή πλευρά να πρέπει να τεντωθεί αρκετά για να μπορέσει να συνδεθεί με το σάκο. Με το τέντωμα των ουρητήρων παρεμποδίζεται η κανονική ροή των ούρων. Λόγω της στένωσης αυτής υπάρχει περιορισμένη αποστράγγιση των νεφρών καθιστώντας έτσι προβληματική τη λειτουργία των νεφρών. Ο τρόπος αντιμετώπισης της στένωσης της ουρήθρας μπορεί να πραγματοποιηθεί με την εισαγωγή ενός καθετήρα μέσα στον ουρητήρα με σκοπό να προσεγγίσει τον εσωτερικό σάκο κατά Bricker και να κρατήσει τον ουρητήρα ανοικτό. Τέλος, μια ακόμα προτεινόμενη λύση είναι η απευθείας τοποθέτηση ενός καθετήρα από το δέρμα στους νεφρούς.
- Ø **Πέτρα :** Υπολογίζεται ότι περίπου το 20% των ατόμων που φέρουν ουρητηροστομία θα παρουσιάσουν πέτρα σε κάποιο μέρος της ουρητηρικής οδού. Ωστόσο, οι λόγοι σχηματισμού της πέτρας δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως. Είναι γεγονός ότι οι λίθοι προκαλούν μεταβολές στο PH των ούρων αυξάνοντας το κάλιο. Ακόμα, οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί στη χειρουργική τεχνική κατά Kock είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν πέτρα λόγω των κλιπ που χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία του εσωτερικού σάκου. Ορισμένα φάρμακα αλλά και η κατανάλωση βιταμίνης C προάγουν τη δημιουργία πέτρας. Παρ' όλα αυτά οι πέτρες αντιμετωπίζονται μέσω λιθοτριψίας (διαδικασία που συνθλίβει την πέτρα) η οποία απομακρύνει τα ρινίσματα που έχουν απομείνει. Αν η παραπάνω λύση δεν είναι εφικτή τότε η χειρουργική παρέμβαση αφαίρεσης της πέτρας είναι η μονόδρομος.
- Ø **Αιμορραγία:** Από τη στιγμή που η εξωτερική επιφάνεια της στομίας δημιουργείται από το εσωτερικό κομμάτι του εντέρου, το στόμιο διατηρεί τα χαρακτηριστικά της εσωτερικής μεμβράνης. Αυτός είναι και ο λόγος που τα άτομα έχουν την αίσθηση της στομίας. Ειδικότερα, η στομία διατηρεί πολλά αιμοφόρα αγγεία κάτω από την επιφάνεια, τα οποία δεν προστατεύονται από το σώμα. Έτσι, κατά τη διάρκεια καθαρισμού της στομίας είναι πολύ εύκολο να τραυματιστεί η επιφάνεια της στομίας από κάποιο ατύχημα με αποτέλεσμα να υπάρξει αιμορραγία από τη μεμβράνη. Τις περισσότερες φορές το περιστατικό αυτό δεν είναι ανησυχητικό καθώς η αιμορραγία στην πλειοψηφία των περιστατικών σταματά από μόνη της και επομένως οι μικρές

αυτές πληγές δε χρήζουν κάποιας αντιμετώπισης. Ωστόσο, θα πρέπει να φροντίζουμε να τρίβουμε την περιοχή λόγω φαγούρας που μπορεί να δημιουργήσει η αυτοκόλλητη επιφάνεια. Στην περίπτωση που παρατηρηθεί πιο εκτεταμένη αιμορραγία στην επιφάνεια της στομίας ,τότε θα πρέπει να καταπολεμηθεί άμεσα μέσω της συμπίεσης και το επόμενο αυτοκόλλητο που θα τοποθετηθεί να μην εφάπτεται με το μώλωπα της στομίας αλλά αντιθέτως να το προστατεύει όσο αυτό είναι εφικτό. Τέλος, αν παρατηρηθεί αιμορραγία από την εσωτερική πλευρά της στομίας, το περιστατικό αυτό θα πρέπει να ερευνάζεται περαιτέρω από το θεράποντα ιατρό.

Ø **Πρόπτωση του στόματος:** Σε ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις το τμήμα του εντέρου που χρησιμοποιείται για να δημιουργηθεί η ουρητηροστομία υπάρχει η πιθανότητα να βγει προς τα έξω κα προς τα εμπρός. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται πρόπτωση. Η πρόπτωση μπορεί να πάει προς τα μέσα ή προς τα έξω και η κατάσταση αυτή είναι μη αναστρέψιμη. Μολονότι σπάνια ..ιο σοβαρό πρόβλημα υγείας , ενδέχεται να δημιουργηθούν πολύ εύκολα άβολες καταστάσεις. Σημαντικό χαρακτηριστικό της στομίας με πρόπτωση είναι ότι ο ιστός της στομίας γίνεται πιο λεπτός και επομένως είναι ευκολότερο να κοπεί το εσωτερικό κομμάτι της επιφάνειας της στομίας από την αυτοκόλλητη επιφάνεια. Στη συνέχεια, το κομμάτι με πρόπτωση μπορεί να εγκλωβιστεί στο κοιλιακό τοίχωμα με αποτέλεσμα να διακοπεί η παροχή αίματος στην περιοχή και να υπάρξει νέκρωση του ιστού. Στην περίπτωση που πραγματοποιηθεί το παραπάνω σενάριο θα πρέπει να υπάρξει χειρουργική παρέμβαση, ώστε να απελευθερωθεί το τμήμα της πρόπτωσης από το έντερο. Ωστόσο, η πρόπτωση δημιουργεί και αρκετά προβλήματα στη μορφή του σωματικού ειδώλου. Άρα, το τμήμα του εντέρου που μπορεί να προεξέχει από το σώμα είναι ευκρινώς μακρύ, γεγονός που θα πρέπει να μας κινήσει την περιέργεια. Στη συνέχεια, πολλές γυναίκες αδυνατούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση λόγω της μορφής της πρόπτωσης, η οποία οπτικά προσεγγίζει την εικόνα ενός ανδρικού μορίου. Τέλος, αν αποφασιζόταν η αντιμετώπιση της πρόπτωσης μέσω μιας πλαστικής χειρουργικής επέμβασης, τότε θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και τα αρνητικά στοιχεία, καθώς με το πέρας της διορθωτικής επέμβασης υπάρχει πιθανότητα επανεμφάνισης της πρόπτωσης.

Ø **Ολισθαίνουσα κήλη:** Η παρουσία χαλάρωσης των μυϊκών ινών που περιτριγυρίζουν τη στομία μπορεί να οδηγήσουν στη δημιουργία μιας ολισθαίνουσας κήλης. Ειδικότερα, κατά την ολισθαίνουσα κήλη το κομμάτι του εντέρου, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για να επιτευχθεί η δημιουργία της στομίας, πιέζεται από τις μυϊκές ίνες και εγκλωβίζεται ανάμεσα στον κοιλιακό μυ και το δέρμα. Η ολισθαίνουσα κήλη μπορεί να ολισθαίνει είτε προς τα εμπρός είτε προς τα πίσω και είναι πιθανότερο να συμβεί όταν τα άτομα στέκονται όρθια. Ακόμα, η προσπάθεια μεταφοράς κάποιου βαριού αντικειμένου μπορεί να δημιουργήσει κήλη. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών αναφέρει ότι βιώνει πόνο από την κήλη. Τέλος, η ολισθαίνουσα κήλη μπορεί να παραμείνει στη



θέση της με τη χρήση κάποιας ειδικά προσαρμοσμένης ζώνης ή παντελονιού, αλλά σε σοβαρές περιπτώσεις η χειρουργική παρέμβαση είναι μονόδρομος.<sup>3,5</sup>

Ø **Στένωση:** Με τον όρο στένωση ορίζεται ο περιορισμός της εξωτερικής επιφάνειας της στομίας και μια σειρά από αιτίες μπορεί να οδηγήσουν σε αυτήν. Αρχικά, στην περίπτωση που ο βλεννογόνος πεθάνει και σιγά σιγά επέλθει επούλωση, τότε προκαλείται συστολή στο ιστό με αποτέλεσμα να περιοριστεί η στομία. Επίσης, η παρουσία οιδήματος στη βλενώδη μεμβράνη μπορεί να οδηγήσει σε στένωση. Στη συνέχεια, εάν η τρύπα που υπάρχει στο κοιλιακό τοίχωμα είναι μικρή ή η στομία παγιδευτεί στο κοιλιακό τοίχωμα, τότε μπορεί να οδηγήσει σε στένωση. Ωστόσο, ένας δακτύλιος από σκληρές ίνες μπορεί να περικυκλώσει τη στομία όταν αυτή συρράπτεται με το δέρμα, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί στένωση στη στομία. Στην περίπτωση που παρατηρηθεί περιορισμένη παρεμπόδιση της ροής των ούρων τότε είναι εφικτό η στομία να ανοίξει ξανά με την εισαγωγή ενός καλά λιπομένου δακτύλου. Σπάνια παρατηρείται πλήρης παρεμπόδιση των ούρων λόγω στένωσης αλλά αν συμβεί, τότε θα είναι απαραίτητη η χειρουργική παρέμβαση.<sup>2,3,5</sup>

Ø **Μεταβολή οξέωση:** Για να καταφέρουμε να επιτύχουμε την εκτροπή των ούρων είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί τμήμα του εντέρου στο οποίο θα αφαιρεθούν ιόντα υδρογόνου από τα ούρα. Αυτή είναι και η αιτία που μπορεί να αναπτυχθεί χρόνια υπερχλωραιμική οξέωση. Τα πιο ενδεικτικά χαρακτηριστικά συμπτώματα της μεταβολικής οξέωσης είναι η κόπωση, η απώλεια βάρους και όρεξης για τροφή. Ένα ακόμη σημαντικό σύμπτωμα είναι το έντονο αίσθημα δίψας που δημιουργείται στον ασθενή. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι το 10-20% των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε εγχείρηση για τη δημιουργία ουρητηροστομίας θα παρουσιάσουν οξέωση σε έναν ορισμένο βαθμό. Η θεραπεία η οποία ενδείκνυται για την καταπολέμηση της μεταβολικής οξέωσης είναι η χορήγηση ταμπλετών διττανθρακικών και στην περίπτωση που η οξέωση είναι σε μεγάλο βαθμό, τότε προστίθεται στη θεραπεία και χορήγηση ηλεκτρολυτών.

Ø **Δυσαπορρόφηση βιταμίνης B12:** Η απορρόφηση της βιταμίνης B12 γίνεται από ένα μέρος του λεπτού εντέρου. Στην περίπτωση που το κομμάτι αυτό έχει χρησιμοποιηθεί για να δημιουργηθεί η ουρητηροστομία, τότε διαπιστώνεται ανεπαρκής ποσότητα B12. Ακόμα, για το λόγο αυτόν ο ασθενής ενδέχεται να παρουσιάσει κακοήγη αναιμία. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά συμπτώματα δυσαπορρόφησης B12 είναι το αίσθημα των παλμών, η ωχρότητα, το γενικότερο αίσθημα κόπωσης, οι εμβοές και τέλος η παράλυση της γλώσσας. Εντούτοις, όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα εξαφανίζονται με τη χορήγηση B12. Κλείνοντας πρέπει να σημειωθεί ότι πλέον σπάνια συμβαίνει δυσαπορρόφηση B12, αφού οι χειρουργοί χρησιμοποιούν κομμάτι του λεπτού εντέρου, το οποίο βρίσκεται περισσότερο από 15 cm απόσταση από τη σκωληκοειδή απόφυση κι επομένως δεν εμφανίζονται προβλήματα.<sup>3,5</sup>

- Ø **Νεφρική διαταραχή:** Νεφρικές διαταραχές παρουσιάζουν επί το πλείστον τα άτομα που φέρουν ουρητηροστομία για περίπου μια εικοσαετία με πιθανότερη αιτία την επαναλαμβανόμενη λοίμωξη των ουροφόρων οδών.
- Ø **Οίδημα:** Το οίδημα στην ουρητηροστομία παρατηρείται όταν συγκεντρώνονται υγρά στον ιστό του βλεννογόνου, με αποτέλεσμα να παρατηρείται διόγκωση του στομίου , ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζεται ένας ροζ χρωματισμός και πρήξιμο και γίνεται ελαφρώς διαφανές. Το οίδημα είναι απόρροια υγρών που τα οποία φεύγουν από το αίμα και συσσωρεύονται στους ιστούς. Επίσης, το οίδημα μπορεί να δημιουργηθεί λόγω της χαμηλής συγκέντρωσης αλβουμίνης στο αίμα. Σε ακραίες περιπτώσεις τα ούρα δεν μπορούν να παροχετευτούν από το σάκο, επειδή παρεμποδίζονται από το οίδημα. Στη περίπτωση που το οίδημα οφείλεται σε έλλειψη αλβουμίνης, το πρόβλημα αντιμετωπίζεται με μια διατροφή υψηλού επιπέδου πρωτεΐνης. Επιλογικά, αν το οίδημα δημιουργείται λόγω στένωσης, το άτομο θα πρέπει να εξετάζεται από χειρουργό ο οποίος θα αποφασίζει αν θα το αντιμετωπίσουν χειρουργικά ή όχι.
- Ø **Ισχαιμία:** Με τον όρο ισχαιμία ονομάζουμε τη ανεπαρκή αιμάτωση. Στη στομία υπάρχει το ενδεχόμενο να παρουσιαστεί ισχαιμία αν δεν υπάρχει επαρκής παροχή αίματος. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να εμφανιστεί στην περίπτωση όπου η τρύπα που έχει δημιουργηθεί στην επιφάνεια του δέρματος για τη στομία να είναι πολύ σφιχτή ή αν το έντερο παγιδευτεί ανάμεσα στα στρώματα του κοιλιακού τοιχώματος ή αν το κομμάτι του εντέρου που χρησιμοποιήθηκε για να δημιουργηθεί η στομία τεντωθεί σε υπερβολικό βαθμό, τότε μπορεί να υπάρξουν προβλήματα ανεπαρκούς αιμάτωσης. Τα κυριότερα σημάδια που φανερώνουν ισχαιμία είναι ο μπλε χρωματισμός και το οίδημα που μπορεί να παρουσιάσει η στομία. Στην περίπτωση που η κατάσταση αυτή χρονίσει ,τότε θα έχουμε ως αποτέλεσμα να καταστραφεί ολοκληρωτικά η στομία ή ένα μεγάλο κομμάτι της. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η επαρκής ροή του αίματος επανέρχεται από μόνη της χωρίς κάποια ουσιαστική παρεμβατική διαδικασία. Παρ' όλα αυτά μια ισχαιμική στομία θα πρέπει να είναι υπό τακτική παρακολούθηση. Τέλος, αν η στομία έχει καταστραφεί ολοκληρωτικά λόγω της ισχαιμίας, τότε είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί εκ νέου καινούρια στομία.<sup>2,5</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

## ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



#### 4.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Οι χειρουργικές επεμβάσεις και οι συνοδές επιπλοκές μπορεί να επηρεάσουν ψυχολογικά τους ασθενείς μέσω ποικίλων παραγόντων όπως η παρατεταμένη ανάρρωση ή η μακροχρόνια αναπηρία. Η προκαλούμενη ψυχολογική μετάπτωση θα μπορούσε να καθυστερήσει περαιτέρω την αποκατάσταση των ασθενών καθώς το άγχος καθυστερεί την επούλωση των πληγών και θέτει σε κίνδυνο την ανοσία του οργανισμού, οδηγώντας σε ένα φαύλο κύκλο καθυστέρησης της ανάρρωσης και ψυχολογικής μετάπτωσης έως ότου επέλθει πλήρης ανάρρωση του ασθενούς.

Ειδικότερα οι στομίες μπορούν να αποτελέσουν ιδιάζων παράγοντα μεταβολής της ψυχολογίας του ασθενούς! Η μεγάλη απόκλιση από την κανονικότητα όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής μαζί με τη βαριά και συχνά άνευ προηγουμένου μεταβολή της λειτουργικότητας του σώματος συνδυαζόμενες με το εγκατεστημένο άγχος της ίδιας της επέμβασης δύνανται να προκαλέσουν μέχρι και αποστασιοποίηση του ατόμου από τον εαυτό του (ο ασθενής βιώνει το σώμα του ως “ξένο” και η ανάγκη για μεταβολή της λειτουργίας του, όπως το σακουλάκι των κολοστομιών, τον εξωθεί σε μια κατάσταση που ο ίδιος συχνά περιγράφει ως «το σώμα μου δε λειτουργεί σωστά» ή «εγώ δεν ήμουν έτσι!»)<sup>6,7,8</sup>

Οι αρνητικές επιπτώσεις των στομιών (και κατ’ επέκταση όλων των χειρουργικών επεμβάσεων) στην ψυχική σφαίρα του ατόμου μπορούν να πάρουν πολλές μορφές, με χαρακτηριστική κλινική εικόνα και διακριτή αντιμετώπιση για καθεμία από αυτές:

- Ø Κατάθλιψη και άγχος - Ο θεμέλιος λίθος της ανατροφοδότησης μεταξύ αρχικής ασθένειας, επιπλοκών και ψυχολογικών επιπτώσεων.
- Ø Δυσκολίες προσκόλλησης (φάρμακα, άσκηση) – βασική προϋπόθεση στη μετεγχειρητική ανεξαρτητοποίηση του ασθενούς από τεχνητά μέσα (όπως φαρμακευτικές ουσίες) είναι η αυτοπεποίθηση που θα οδηγήσει στη συνειδητοποίηση της ικανότητας του ανθρώπου για ομαλή πορεία στη ζωή του χωρίς τα προαναφερθέντα μέσα, διαδικασία που εξαρτάται άμεσα από την ψυχική κατάσταση του ατόμου
- Ø Δυσκολίες προσαρμογής (οξεία έναντι χρόνιας) – Η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της νέας του ζωής μετά την προαναφερθείσα τροποποίηση του σώματός του (ειδικά στην περίπτωση μιας στομίας, για τους λόγους που αναφέρθηκαν) παρουσιάζει ευθεία συσχέτιση με την ποιότητα του ψυχισμού του. Ιδιαίτερα στις επεμβάσεις που καταλείπουν στομίες ξεχωρίζουν οι παρακάτω περιπτώσεις: υπέρβαση του αρχικού σοκ, εικόνα του σωματικού (π.χ. η στομία αυτή καθ’ εαυτή ή ουλές που καταλείπονται ακόμα και μετά τη

διόρθωσή της), θέματα τρόπου ζωής (αλλαγή της λειτουργικής ικανότητας και των καθημερινών λειτουργιών).

- Ø Διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) – Ένα από τα πιο απαιτητικά σύνδρομα, ειδικά σε μετεγχειρητικές καταστάσεις, η εμφάνιση και έντασή του φαίνονται να σχετίζονται με την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση τόσο αυτού όσο και των ψυχικών διεργασιών που το προκαλούν. Αν και οι επεμβάσεις που καταλείπουν στομίες δύσκολα οδηγούν σε μια τέτοια επιπλοκή, ακριβώς αυτή η ασυνήθεια κάνει την εμφάνιση του ιδιαίτερα επίφοβη σε αυτούς τους ασθενείς λόγω καθυστερημένης αναγνώρισής του
- Ø Συμπτωματολογία του πόνου – Μία από τις σοβαρότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, ακόμα και ανεξάρτητα από το προαναφερθέν PTSD, ο μετεγχειρητικός αλλά και χρόνιος πόνος μπορούν να μετριαστούν ή ακόμα και να προληφθούν πλήρως αν γίνει ορθή αναγνώριση και αντιμετώπιση των γενεσιουργών παραγόντων τους
- Ø Επανεπεμβάσεις – Η ανάγκη για διενέργεια περαιτέρω επεμβάσεων σε έναν ασθενή που υποβλήθηκε σε στομία εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάστασής του, το βαθμό αποκατάστασης και τη μετεγχειρητική πορεία, φαίνεται όμως πως η μετεγχειρητική ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να συμβάλει στη μείωση της ανάγκης για εκ νέου επεμβάσεις<sup>9,10,11</sup>

Η αλλοίωση της καθημερινότητας που του ατόμου είναι σαφώς ο σημαντικότερος παράγοντας, όχι μόνο λόγω της μεγάλης εγγενούς σημασίας του αλλά και επειδή οι στομίες συνήθως καθυστερούν να διορθωθούν μέχρι την επίλυση του αρχικού προβλήματος, καταλήγουν σε κάποιες περιπτώσεις να θεωρούνται από τον ασθενή που τις έχει συνηθίσει ως η νέα ‘‘νόρμα’’, καθώς το άτομο εγκλιματίζεται στη νέα πραγματικότητα και μετά καλείται να την αλλάξει εκ νέου. Αν και η νέα αυτή αλλαγή αφορά στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων στην επαναφορά στην αρχική κατάσταση (διόρθωση της στομίας), η προοπτική της επανάληψης από το άτομο όλης της προσπάθειας που προηγήθηκε για αποδοχή και πλέον εγκλιματισμό στην αρχική κατάσταση της υγείας του υπό το νέο πρίσμα που αναγκάζεται να τη βιώσει δεν αποκλείεται να οδηγήσει στην ανάδυση όλων των βιωμάτων που είχε υποστεί, με πιθανή επανάληψη όλης της πορείας και των ψυχικών μεταπτώσεων και ανάγκη για εκ νέου παρέμβαση<sup>6,7,12</sup>

## **4.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ –ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

### **4.2.1. Προσαρμογή**

Η προσαρμογή μετά από μία επέμβαση είναι πολυπαραγοντική και, ως εκ τούτου, ικανή να επηρεάσει πολλές πτυχές της μετεγχειρητικής πορείας του ατόμου, όπως τη συμμόρφωση με τις αναγκαίες συνθήκες και προϋποθέσεις για πλήρη αποκατάσταση, την εμφάνιση ή πυροδότηση παραγόντων κινδύνου για αρνητικές κλινικές εκβάσεις, την αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας, τη διάρκεια της παραμονής καθώς και την μακροπρόθεσμη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία

του ατόμου, στοιχεία που μπορούν να επηρεάσουν εκ νέου τόσο την ίδια την ψυχολογία του ατόμου καθώς και την πορεία της ασθένειάς του αυτής καθ' αυτής!

Η έκταση της σημασίας της αλληλεπίδρασης της ψυχολογικής σφαίρας με την καθαυτή υγεία των ατόμων αυτών διαφαίνεται από έρευνες που διενεργήθηκαν σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργεία διαφόρων τύπων στοιμών. Οι ασθενείς που υπέστησαν χειρουργικές επιπλοκές είχαν σημαντικά χειρότερα μετεγχειρητικά ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα ακόμα και μετά τον έλεγχο για προεγχειρητικές ψυχοκοινωνικές εκβάσεις, κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Οι μισές από τις μελέτες με σημαντικά ευρήματα ανέφεραν σημαντικές ανεπιθύμητες επιδράσεις των επιπλοκών στις ψυχοκοινωνικές εκβάσεις των ασθενών σε 12μηνη (ή και περισσότερο) μετεγχειρητική παρακολούθηση. Συμπληρώθηκαν συμπληρωματικές μετα-αναλύσεις για το άγχος και για τη σωματική και πνευματική ποιότητα ζωής των. Το τελευταίο έδειξε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη σωματική και διανοητική ποιότητα ζωής για ασθενείς που υπέστησαν χειρουργικές επιπλοκές.

Το σημαντικότερο συμπέρασμα που μπορεί να εξάγει κάποιος από αυτές τις παρατηρήσεις είναι η αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στη ζωή ενός ανθρώπου με στομία και την ψυχολογία του! Όχι μόνο η επιβαρυσμένη κατάσταση και οι σωματικές μεταλλαγές προκαλούν όλο και περαιτέρω μετάπτωση στην ψυχολογία του ασθενούς, αλλά η ψυχολογία αυτή δυσχεραίνει την ανάρρωση και αυξάνει τη νοσηρότητα και την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών. Οι δύο αυτές όψεις του ίδιου νομίσματος συμβάλλουν ταυτοχρόνως ανεξάρτητα και συνεργατικά στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, ενώ η επιδείνωση αυτή τις ανατροφοδοτεί, σχηματίζοντας έναν πολυεπίπεδο φαύλο κύκλο που ενίοτε δε μπορεί να διακοπεί παρά μόνο με στοχευόμενη παρέμβαση από εξειδικευμένο προσωπικό<sup>7,10,12</sup>

#### **4.2.2. Αποκατάσταση**

Οι ασθενείς περνούν από διαφορετικά στάδια στις διαδικασίες αποκατάστασης:

1. Σκέψη
2. Προετοιμασία
3. Δράση
4. Διατήρηση

Πρωταρχικό βήμα στη διαδικασία αποκατάστασης είναι η συμφιλίωση του ατόμου με τη νέα του κατάσταση και η διαβεβαίωση και μετέπειτα αποδοχή της επαναφοράς στην κανονικότητα. Το στάδιο αυτό ακολουθεί η προετοιμασία της διαδικασίας επαναφοράς, η οποία επεξηγείται και συζητιέται με τον ασθενή, ο οποίος λαμβάνει ενεργό ρόλο στο σχεδιασμό της και η εφαρμογή της. Έπειτα ακολουθεί και πάλι ένα μικρό μεταβατικό στάδιο όπου ο ασθενής προσαρμόζεται στη σταδιακά μεταβαλλόμενη κατάστασή του μέχρι αυτή να παγιωθεί. Τέλος, ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει

να λαμβάνεται για τη διατήρηση της “διορθωμένης” αυτής κατάστασης και παρακολούθηση για εκείνους που η παγίωση αυτή δεν είναι μόνιμη αλλά απαιτεί περιοδικές επανεξετάσεις ή επαναλήψεις

Καθ’ όλη τη διάρκεια των προαναφερθέντων, Ειδική μνεία πρέπει να γίνεται με τον ασθενή για τη διαδικασία της αλλαγής και το τι αυτή συνεπάγεται<sup>13,14,15</sup>

### Περιοχόμενα συμβουλευτικής αλλαγής

1. Επιθυμία για αλλαγή
2. Δυνατότητα για αλλαγή
3. Λόγοι για αλλαγή
4. Ανάγκη για αλλαγή
5. Αφιέρωση στην αλλαγή

Για τη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος, ο ασθενής μαζί με το θεράπον προσωπικό πρέπει να έχουν θέσει σαφείς στόχους, να έχουν αξιολογήσει τη δυνατότητα και επιθυμία του ασθενούς για υλοποίησή τους και να έχουν εξακριβώσει μεταξύ τους το χρόνο και την ενέργεια που είναι διατεθειμένος ο ασθενής να αφιερώσει στην πραγμάτωση αυτών. Παράλληλα οφείλουν να εξετάσουν αν και ποιες από αυτές τις προϋποθέσεις μπορούν να μεταβάλουν, με ποιόν τρόπο θα ήταν καλύτερο να το επιτύχουν αυτό και τι πρέπει να προσέξουν<sup>13,16,17</sup>

### Βήματα για τους θεράποντες

1. Συλλογισμός πιθανών συνυπαρχόντων ψυχικών διαταραχών
2. Συνυπολογισμός οικογενειακού δυναμικού και δυνατότητας παροχής στήριξης από την οικογένεια
3. Αξιολόγηση λοιπού περιβάλλοντος
4. Αξιολόγηση κατανόησης και πιθανότητας συμμόρφωσης του ασθενούς με τη διάγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές, την πρόγνωση και το γενικότερο πλάνο θεραπείας

Στο πλαίσιο αυτών των απαιτήσεων από τους θεράποντες, ορισμένες δεξιότητες θα τους βοηθήσουν τόσο στη γενικότερη επιτέλεση των καθηκόντων τους όσο και στην ορθότερη υποστήριξη του ασθενούς, φροντίζοντας για επικοινωνία και κατανόηση ανάμεσα στις δύο αυτές πλευρές της θεραπευτικής συμμαχίας

Οι δεξιότητες αυτές είναι κυρίως επικοινωνιακού περιεχομένου και στοχεύουν στη βελτιστοποίηση της επαφής με τον ασθενή, στόχος που θα επιτύχει τόσο την καλύτερη κατανόηση και συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία, όσο και τη διατήρησή της λόγω της άνεσης με την οποία την αντιμετωπίζει ο ασθενής<sup>17,18</sup>

### Δεξιότητες για τους θεράποντες

1. Τακτικές συζητήσεις με τον ασθενή (αμφίδρομη σχέση)



2. Προσοχή στη λεπτομέρεια
3. Ανοιχτές ερωτήσεις με ενθάρρυνση του ασθενούς για ενημέρωσή του
4. Στοχευόμενος έλεγχος («Πώς νιώθετε;»/ «Νιώθετε καλά;»)
5. Χρήση γλώσσας που ο ασθενής καταλαβαίνει και μπορεί να χρησιμοποιήσει
6. Ανακεφαλαίωση στο τέλος των συνεδριών για το όσα ειπώθηκαν<sup>13,17</sup>

### 4.3. ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ

#### Σεξουαλικότητα

Σύνηθες φαινόμενο αποτελεί το γεγονός ότι άτομα που έχουν υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις με στόχο τη δημιουργία στομίας, να παρουσιάζουν δυσκολία στο να επανέλθουν στην παλαιότερη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Οι λόγοι που πηγάζουν οι φόβοι αυτοί είναι κυρίως ψυχολογικοί, καθώς το άτομο έχει να αντιμετωπίσει την αλλαγή του σωματικού ειδώλου, γεγονός που τον καθιστά να αισθάνεται άβολα στο να δημιουργήσει σεξουαλικές επαφές. Ακόμα, το άτομο αισθάνεται ανασφάλεια καθώς δε γνωρίζει αν ο σεξουαλικός του σύντροφος μπορεί να προσαρμοστεί στα καινούρια δεδομένα, γεγονός που επιβαρύνει περαιτέρω την ψυχολογική κατάσταση στομοιοπαθή. Είναι γεγονός ότι τα περισσότερα προβλήματα που δημιουργούνται στη σεξουαλική ζωή των ατόμων αυτών οφείλονται πρωτίστως στην ψυχοσύνθεση του ασθενούς παρά σε σωματικά προβλήματα όπως δύναται να είναι πεπεισμένα τα άτομα. Όμως, η δημιουργία αυτής της άσχημης ψυχολογίας είναι απόρροια της κακής ενημέρωσης και των λανθασμένων αντιλήψεων του ατόμου γύρω από τη σεξουαλική ζωή που μπορεί να έχει.

Λόγοι οι οποίοι επιβαρύνουν τη σεξουαλική ζωή των στομοιοπαθών είναι η πεποίθηση ότι ο μόνος τρόπος για να έρθουν κοντά στους συντρόφους τους είναι η σεξουαλική επαφή. Η πεποίθηση αυτή είναι αναληθής καθώς ανεξάρτητα από το σεξουαλικό προσανατολισμό του καθενός, το να νιώσει κάποιος ικανοποίηση μπορεί να επιτευχθεί και μέσω της αγκαλιάς, των φιλιών ή το να κρατά το σύντροφό του χέρι χέρι. Στη συνέχεια, ικανοποίηση μπορεί να δημιουργηθεί και μέσω στοματικού έρωτα ή από το γεγονός ότι οι σύντροφοι κοιμούνται στο ίδιο κρεβάτι. Επιπρόσθετα, τα άτομα μπορεί να θεωρούν ότι δε θα καταφέρουν ξανά να προσεγγίσουν σεξουαλικά κάποιο άτομο, διότι πλέον φέρουν στομία. Η παρουσία αυτών των αρνητικών συναισθημάτων είναι λογική μετά από τη δημιουργία μιας στομίας. Όμως, είναι σημαντικό τα ίδια τα άτομα να μην προκαταβάλλουν καταστάσεις και να δημιουργούν αρνητικό κλίμα. Αν τα ίδια τα άτομα αντιμετωπίζουν την κατάστασή τους με αισιοδοξία και έχουν αυτοπεποίθηση, τότε το πιθανότερο είναι αυτό να το βιώσουν και τα άτομα που είναι γύρω τους και να μην αντιλαμβάνονται τη στομία ως εμπόδιο.

Ακόμα, άνδρες ασθενείς θεωρούν ότι δε θα μπορέσουν να έχουν στύση ξανά. Είναι πιθανό η πρώτη απόπειρα σεξουαλικής επαφής μετά το χειρουργείο να είναι ανεπιτυχής. Το γεγονός αυτό δε θα πρέπει να καταβάλλει ψυχολογικά τους άνδρες αλλά αντιθέτως θα πρέπει να περιμένουν να



ανακτήσουν τις δυνάμεις τους και στη συνέχεια να ξαναπροσπαθήσουν. Αν η αδυναμία στύσης συνεχίσει να επαναλαμβάνεται, τότε ο ασθενής θα πρέπει να απευθυνθεί στον ιατρό του. Επίσης, σύνηθες φαινόμενο αποτελεί οι στομιοπαθείς να πιστεύουν ότι οι οσμές που θα αναδυθούν από τη στομία θα λειτουργήσουν ανασταλτικά στην ερωτική διάθεση του συντρόφου τους. Όμως, στις μέρες μας το γεγονός αυτό δεν αποτελεί πλέον πρόβλημα, καθώς χάρη στην εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και του σχεδιασμού στα προϊόντα του σάκου υπάρχουν φίλτρα που απωθούν τις δυσάρεστες οσμές. Ακόμα, και τα ίδια τα υλικά που είναι κατασκευασμένοι οι σάκοι δε φέρουν οσμές ώστε να υπάρχει μια συνεχής αίσθηση καθαριότητας. Κοινώς αποδεκτή πεποίθηση αποτελεί το γεγονός ότι οι στομιοπαθείς θεωρούν πως μέσω της σωματικής επαφής που διενεργείται κατά τη διάρκεια της ερωτικής επαφής υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού της στομίας. Η πεποίθηση αυτή είναι λαθεμένη, διότι δεν υπάρχει τέτοιος κίνδυνος. Παρ' όλα αυτά θα πρέπει να αποφευχθεί η τοποθέτηση κάποιου αντικειμένου ή δαχτύλου πάνω στη στομία, μιας και η στομία δεν αποτελεί κάποιο σεξουαλικό όργανο.<sup>20,21</sup>

### Επικοινωνία με τον ερωτικό σύντροφο

Σημαντικότατο ρόλο για τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού παίζει το άτομο που φέρει τη στομία να έχει το κουράγιο να μιλήσει με το σύντροφό του για τους προβληματισμούς που μπορεί να έχει και να επηρεάζουν την ερωτική τους ζωή. Μέσω της επικοινωνίας οι στομιοπαθείς αποφορτίζουν την ενδεχόμενη επιβαρυνόμενη ψυχολογική τους κατάσταση, καθώς είναι πλέον σε θέση να μιλήσουν για τα γεγονότα που τους προβληματίζουν, λόγω χάρη ο φόβος για πιθανή εμφάνιση πόνου κατά τη σεξουαλική επαφή. Εκτός αυτού, αισθάνονται ανασφάλεια όταν είναι γυμνοί, καθώς το σωματικό τους είδωλο έχει πλέον διαφοροποιηθεί. Στη συνέχεια, το ζευγάρι μπορεί να συζητήσει ποια σεξουαλική τους δραστηριότητα μπορεί να τους αρέσει και ποια όχι. Επιπρόσθετα, η ανασφάλεια για το αν θα υπάρχει εφύγραση του κόλπου της γυναίκας και αντίστοιχα στύση από την πλευρά του άντρα και γενικότερα η ανάλυση των συναισθημάτων – όπως ο θυμός, η απροθυμία σεξουαλικής επαφής ή ενοχή- μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην ερωτική διάθεση του ζευγαριού. Το μόνο βέβαιο είναι ότι όσο πιο πολύ αναλυθεί και συζητηθεί το παρόν θέμα, τόσο ευκολότερο θα είναι και για τα ζευγάρια να έχουν μια υγιή σεξουαλική ζωή. Το σημαντικότερο για μια σεξουαλική επαφή είναι το πώς νιώθει το άτομο με τη στομία, το οποίο θα πρέπει να νιώθει συμφιλιωμένο με το σώμα του.<sup>11,22</sup>

### Προετοιμασία για την επαφή

Οι περισσότεροι άνθρωποι προκειμένου να νιώσουν άνετα πριν από μια ερωτική συνένευση ακολουθούν μια σειρά ενεργειών πριν από αυτήν. Ειδικότερα, μερικές από τις ενέργειες αυτές μπορεί να είναι ένα μπάνιο για αίσθημα καθαριότητας ή χρήση αρώματος μετά το ξύρισμα. Ακόμα, μερικοί άνθρωποι που έχουν μια πιο ρομαντική διάθεση μπορεί να δημιουργήσουν μια ειδυλλιακή

ατμόσφαιρα με χαμηλό φωτισμό ή με ρομαντική μουσική. Όμως, τα άτομα που φέρουν στομίες

πολλές φορές νιώθουν ότι οφείλουν να κάνουν περισσότερα πράγματα προκειμένου να νιώσουν άνετα και να ελαφρύνουν την ψυχολογική φόρτιση, την οποία μπορεί να βιώνουν. Μερικές συμβουλές που μπορεί να κάνουν την ερωτική επαφή ευκολότερη είναι οι εξής:

- Τα άτομα να δίνουν πρωταρχική σημασία στα συναισθήματά τους και όχι στο σάκο συλλογής.
- Να αδειάζουν το περιεχόμενο του σάκου συλλογής πριν διενεργήσουν μια σεξουαλική επαφή.
- Το άτομο πρέπει να είναι βέβαιο πως ο σάκος είναι σταθερός. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με το να ενισχυθεί ο σάκος στις άκρες του με τη χρήση χαρτοταινίας.
- Αν ο στομιοπαθής έχει ζώνη στομίας να είναι βέβαιος ότι είναι καθαρή.
- Αν το άτομο ανησυχεί για το τι εικόνα δημιουργεί ο σάκος συλλογής του, τότε μια εύκολη λύση είναι η κάλυψή του με κάποιο ύφασμα της αρεσκείας του.

Ειδικά για γυναίκες:

- Η χρήση λιπαντικών βοηθημάτων αποτελεί μια καλή λύση για την εφύγρανση του κόλπου.
- Υπάρχουν κρέμες ορμονών που βοηθούν στην παρουσία υγρών του κόλπου. Βέβαια, συνίσταται η συμβουλή ιατρού καθώς πολλές από αυτές συνταγογραφούνται.
- Αν κατά τη διάρκεια της συνουσίας υπάρχει τριβή στο σάκο ή στη στομία, καλό θα είναι να προτιμηθούν εναλλακτικές στάσεις.
- Μπορεί η γυναίκα στην πρώτη της σεξουαλική επαφή να μην έρθει σε οργασμό μετά από το χειρουργείο. Το γεγονός αυτό δε θα πρέπει να την προβληματίζει, καθώς είναι φυσιολογικό να συμβεί.

Ειδικά για άντρες:

- Ο άντρας μπορεί να καλύψει το σάκο της στομίας του για να αποφύγει τα χτυπήματα του σάκου.
- Μπορεί να φορέσει πιο ελκυστικά εσώρουχα εφ' όσον τον ενδιαφέρει αν θα φαίνεται ο σάκος του κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.
- Αν αντιμετωπίζει προβλήματα στύσης ή έχει μερική στύση, θα πρέπει να έρθει σε επικοινωνία με τον ιατρό του για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.<sup>22</sup>

### Εγκυμοσύνη

Γυναίκες που φέρουν στομία και είναι σε ηλικία κατά την οποία σκέφτονται την τεκνοποίηση αντιμετωπίζουν τον φόβο ότι δε θα καταφέρουν να διανύσουν μια εύκολη εγκυμοσύνη χωρίς επιπλοκές λόγω της στομίας τους. Η αντίληψη αυτή είναι αναμφισβήτητα λανθασμένη, καθώς μαρτυρίες γυναικών που τεκνοποίησαν ενώ ταυτόχρονα έφεραν στομία αναφέρουν ότι η εγκυμοσύνη τους δεν επηρεάστηκε ουδόλως από την ύπαρξη της στομίας αυτής. Αντιθέτως, δηλώνουν ότι η εγκυμοσύνη που διένυσαν, ενώ είχαν υποβληθεί προηγουμένως σε χειρουργική επέμβαση για τη δημιουργία στομίας, ήταν πολύ πιο εύκολη. Επιπρόσθετα, πρέπει να αναφερθεί ότι δεν έχει παρατηρηθεί μείωση της γονιμότητας των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση για τη

δημιουργία στομίας. Το ποσοστό των γυναικών που φέρει στομία και αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας δε διαφέρει από το γενικό ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού που μπορεί να απευθυνθεί για βοήθεια σε ειδικό για την καταπολέμηση του προβλήματος. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η γυναίκα υποβάλλεται σε ποικίλες σωματικές αλλαγές. Το ίδιο συμβαίνει στο μέγεθος και στο σχήμα της στομίας. Για τον λόγο αυτόν είναι πιθανό να χρειαστεί να αλλαχθεί το είδος του συστήματος συλλογής της στομίας. Στην περίπτωση που η γυναίκα έχει υποβληθεί σε πολλαπλές εγχειρήσεις του εντέρου μπορεί να υπάρχει και ουλώδης ιστός, γεγονός που πιθανότατα δημιουργεί ενόχληση καθώς το δέρμα τεντώνει λόγω της εγκυμοσύνης. Η κατάσταση αυτή μπορεί να δημιουργήσει μια άβολη κατάσταση, η οποία όμως δεν είναι σε θέση να επηρεάσει την εγκυμοσύνη.

#### 4.4. ΕΡΓΑΣΙΑ

Πολλά από τα άτομα που έφεραν κάποιο είδος στομίας όπως κολοστομία ουρητηροστομία η ελεοστομία αισθάνονται άνετοιμοι να επιστρέψουν στην εργασία τους ή να αναζητήσουν γενικότερα εργασία καθώς έχουν επιβαρυνμένη ψυχολογία αλλά ακόμη θεωρούν ότι δεν θα έχουν πλέον την δυνατότητα να επιλέξουν οποιοδήποτε είδος εργασίας επιθυμούν. Η αντίληψη αυτή όμως δεν προσεγγίζει την πραγματικότητα καθώς τα άτομα που φέρουν στομία μπορούν να εξασκήσουν όποιο επάγγελμα θελήσουν να επιλέξουν. Αυτό το οποίο είναι καθοριστικό και μπορεί να κάνει γρήγορα τα άτομα να επιστρέψουν στο χώρο εργασίας τους είναι να αντιμετωπίσουν την νέα κατάσταση που έχει δημιουργηθεί μετά από το χειρουργείο ως κάτι το φυσιολογικό και ως κάτι το οποίο πρέπει να το αποδεχτούν αλλά να μάθουν κιόλας να ζουν με αυτό. Από την στιγμή που το εκάστοτε άτομο έχει αναρρώσει από την χειρουργική διαδικασία δεν θα πρέπει να αναβάλει την επιστροφή του στον εργασιακό του χώρο. Ο καθορισμένος χρόνος που προβλέπεται για να μπορέσει ο στομιοπαθής να επιστρέψει στην εργασία του ποικίλει καθώς κάθε άτομο και κάθε περίπτωση μπορεί να είναι διαφορετική με διαφορετικό χειρουργείο και το άτομο να χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να αναρρώσει και να αποκτήσει τις χαμένες του δυνάμεις και έτσι να καταφέρει να επιστρέψει στην εργασία του. Επιπλέον το αν ένα άτομο θα επιλέξει να ενημερώσει τον εργοδότη του ή τους συναδέλφους του για την υγειονομική του κατάσταση είναι αυστηρά προσωπική επιλογή του κάθε ατόμου που θα πρέπει να λαμβάνει την απόφαση αυτή με γνώμονα τι θα τον βοηθούσε περισσότερο στην ψυχολογία του. Το πιθανότερο βέβαια είναι οι συνάδελφοι και ο εργοδότης να μην καταλάβουν κάτι χωρίς να έχουν λάβει κάποια ενημέρωση. Στην συνέχεια σε περίπτωση που το άτομο αισθανθεί ότι υπάρχει κάποια διαρροή στην σακούλα της στομίας του καλό θα είναι να έχει προνοήσει και να έχει μαζί του ένα πλήρες σετ αλλαγής του σάκου του καθώς και καθαρά ρούχα για να μπορέσει να αλλάξει τα ρούχα που φόραγε και έχουν λερωθεί. Ακόμη για να αλλαχθεί ο σάκος που έχει γεμίσει το άτομο θα πρέπει να επιλέξει το δωμάτιο που θα του παρέχει περισσότερη ιδιωτικότητα καθώς θα είναι σε θέση να αποφύγει τα αδιάκριτα βλέμματα των συναδέλφων και δεν θα έρθει σε άβολη θέση

η αμηχανία γεγονός που ευνοεί την καλή ψυχική του υγεία. Επιπλέον οι στομιοπαθείς θα πρέπει να επιλέγουν με προσοχή τα ρούχα της εργασίας τους καθώς θα πρέπει εξυπηρετούν και έναν λειτουργικό ρόλο ο οποίος είναι να μην τους παρεμποδίζουν να κάνουν άνετα την εργασία τους. Σε περίπτωση που κάποιος στομιοπαθείς έχει κάποια πιο ενεργητική δουλειά καλό θα είναι να προσαρμόζει το σάκο της στομίας του με ειδική ζώνη για να του παρέχει μεγαλύτερη ασφάλεια και κράτημα. Τέλος αν κατά την διάρκεια συναναστροφής με τους συναδέλφους του στην δουλειά τα άτομα νιώσουν η στομία τους να κάνει κάποιο ήχο τότε δεν είναι απαραίτητο ο στομιοπαθής να δείξει την αμηχανία του καθώς μπορεί να μην έχει γίνει αντιληπτό στα άλλα άτομα παρά μόνο στον ίδιο.<sup>7,19</sup>

#### **4.5. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ**

##### **Άθληση**

Τα άτομα που έχουν υποβληθεί σε εγχείρηση στομίας και αρχίζουν να βρίσκονται σε στάδιο όπου σταδιακά αναρρώνουν δείχνουν απροθυμία στο να αθληθούν καθώς θεωρούν ότι είναι αρκετά κουρασμένα για οποιαδήποτε αθλητική δραστηριότητα. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό ο αθλητισμός να μπει σταδιακά στη ζωή των ασθενών καθώς μέσω του αθλητισμού απορρέουν και πληθώρα ωφέλιμων αποτελεσμάτων. Αρχικά ο αθλητισμός μπορεί να βοηθήσει στο να υπάρξει γρηγορότερη ανάρρωση και αποκατάσταση από τη χειρουργική διαδικασία.

##### **Περπάτημα**

Το περπάτημα αποτελεί μια αποτελεσματική μορφή άσκησης καθώς βελτιώνει την ροή του αίματος στο σώμα αλλά και βοηθάει στην πνευματική διαύγεια του ατόμου καθώς έχει ευεργετικές επιδράσεις και προάγει την καλή ποιότητα ζωής των στομιοπαθών. Το περπάτημα ως αθλητική δραστηριότητα μπορεί να ξεκινήσει λίγες μέρες μετά την ολοκλήρωση της χειρουργικής διαδικασίας. Σταδιακά είναι θετικό να προσθέτονται επιπλέον χρόνος και απόσταση περπατήματος καθώς με τον τρόπο αυτό αυξάνονται οι σωματικές αντοχές των ατόμων. Ακόμη αν το άτομο το επιθυμεί μπορεί να περπατήσει και εντός του σπιτιού καθώς ακούγοντας μουσική για πιο ευχάριστη διάθεση μπορεί να επιλέξει να ανεβοκατεβαίνει τις σκάλες καθώς η άσκηση αυτή αποτελεί πολύ καλό μέσο ενδυνάμωσης του σώματος. Παρ' όλα αυτά αν ο καιρός το επιτρέπει είναι προτιμότερα τα άτομα αυτά να αθλούνται στη φύση καθώς έτσι επιτυγχάνουν και την μέγιστη πνευματική διαύγεια.

##### **Ποδηλασία**

Η ποδηλασία όπως και το περπάτημα αποτελεί έναν εναλλακτικό τρόπο άθλησης ο οποίος με την σειρά του δεν έχει κάποιο κίνδυνο για την στομία των ασθενών καθώς μέσω της ποδηλασίας η πίεση που ασκείται στο έντερο δεν είναι ικανή για την δημιουργία επιλογών. Επίσης μέρα με την μέρα είναι θετικό να αυξάνεται η απόσταση αλλά και ο χρόνος της ποδηλασίας. Στην περίπτωση όμως που το άτομο φέρει περινεϊκή πληγή καλό θα ήταν να διαλέξει ένα εναλλακτικό τρόπο άθλησης

καθώς οι πληγές της περινεϊκής χώρας απαιτούν περισσότερο χρόνο επούλωσης και η καθιστή στάση που απαιτείται για την ποδηλασία μπορεί να δημιουργήσει δυσάρεστη διάθεση στον ασθενή.

### **Κολύμβηση**

Η κολύμβηση ως μέσο σωματικής άσκησης αποτελεί μια από τις κορυφαίες μορφές άσκησης καθώς γυμνάζει το σώμα ολιστικά αποτέλεσμα που δεν μπορούν να επιτύχουν άλλες μορφές άσκησης. Ακόμη η ένταση και ο χρόνος που θα διαρκέσει η κολύμβηση εξαρτάται αποκλειστικά από το στομιοπαθή. Τέλος η κολύμβηση αποτελεί και ένα καλό μέσο κοινωνικοποίησης του ασθενή καθώς στον χώρο της πισίνας θα υπάρχουν και άλλα άτομα τα οποία θα κολυμπούν. Επίσης μπορεί να γίνει και με τα άλλα μέλη της οικογένειας και έτσι η κολύμβηση να αρχίσει να αποτελεί μια ευχάριστη δραστηριότητα για ολόκληρη την οικογένεια.

### **Θαλάσσια Μπάνια και Ηλιοθεραπεία.**

Οι ασθενείς που φέρουν στομία στην συντριπτική πλειοψηφία τους ανεξαρτήτως του αν είναι άνδρες ή γυναίκες δείχνουν απροθυμία και άρνηση στο να πάνε στην παραλία και να κολυμπήσουν. Ο κύριος λόγος της κατάστασης αυτής είναι ότι η αλλοίωση που έχει υποστεί το σωματικό τους είδωλο αλλά και η μη αποδοχή της νέας τους εικόνας από τους ίδιους η οποία λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας στο να εκθέσουν το σώμα τους σε κάποια παραλία. Απαραίτητο όμως είναι να έχουν σωστή ενημέρωση και να γνωρίζουν ότι υπάρχουν ποικίλοι τρόποι για να αντιμετωπίσουν ενδεχόμενες καταστάσεις στις οποίες μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι. Αρχικά για το γυναικείο φύλο με την χρήση ενός ολόσωμου μαγιό ο σάκος της στομίας μπορεί να καλυφθεί πλήρως και με τον τρόπο αυτό να γίνει παντελώς απαρατήρητος από τα αδιάκριτα βλέμματα. Ακόμη ένα μαγιό στην περιοχή της κοιλιάς το οποίο φέρει επένδυση προσφέρει και στα δύο φύλα επιπλέον στήριξη γεγονός που προσδίδει ένα αίσθημα μεγαλύτερης ασφάλειας. Στην συνέχεια το παρεό για την παραλία αποτελεί για το γυναικείο φύλο ένα επιπλέον αξεσουάρ το οποίο μπορεί να καλύψει με ευκολία την στομία στην παραλία και να μην γίνει αντιληπτή από τους λουόμενους. Κλείνοντας η αποτελεσματικότερη λύση για τέτοιες περιπτώσεις.<sup>7,19,23</sup>

## **4.6. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΚΑΙ ΚΑΛΥΨΗΣ**

Τα συστήματα συλλογής και κάλυψης διατίθενται σε διάφορα είδη και μεγέθη. Είναι συνήθως κατασκευασμένα από υλικά μίας χρήσης. Ωστόσο, υπάρχουν και συστήματα τα οποία είναι σχεδιασμένα για παρατεταμένη χρήση παρέχοντας τη δυνατότητα στον ασθενή να διατηρήσει το σύστημα κάλυψης ακέραιο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Τα συστήματα συλλογής και ασφάλισης μπορεί να είναι ενός ή δύο τεμαχίων.

Οι σάκοι διατίθενται σε διάφορα είδη και μεγέθη που δεν εμφανίζονται κάτω από τα ρούχα. Είναι κατασκευασμένοι από υλικά μίας χρήσης και έχουν σχεδιαστεί για να φοριούνται μία φορά και στη

συνέχεια να απορρίπτονται. Ωστόσο, υπάρχουν και σάκοι οι οποίοι είναι σχεδιασμένοι για παρατεταμένη χρήση παρέχοντας τη δυνατότητα στον στομιοπαθή να διατηρήσει το σύστημα κάλυψης ακέραιο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Πρακτικά, όλοι οι σάκοι έχουν την ίδια χρηστική αξία. Η χρησιμότητα τους είναι να συλλέγουν τα κόπρανα που μπορεί να αποχετευτούν με αναμονή ή απροσδόκητα. Τα συστήματα κάλυψης των στομίων διαχωρίζονται σε δυο κύριες κατηγορίες, ανοιχτού και κλειστού τύπου. Οι σάκοι ανοιχτού τύπου διαθέτουν στο κάτω μέρος μια οπή η οποία παρέχει την δυνατότητα να ανοίγουν και να κλείνουν γεγονός που καθιστά ευκολότερη την αποφόρτιση του συστήματος κάλυψης από το εντερικό περιεχόμενο. Τα συστήματα κάλυψης κλειστού τύπου είναι σχεδιασμένα να αφαιρούνται άμεσος όταν γεμίζουν. Άλλα συστήματα επιτρέπουν στην αυτοκόλλητη πλάκα ή τη φλάντζα να παραμείνει στο σώμα περιμετρικά από τη στόμια ενώ η θήκη μπορεί να αποσπασθεί, να αδειάσει ή να αντικατασταθεί. Οι φλάντζες των κουτιών διατίθενται σε κυρτές και επίπεδες επιφάνειες.

- **Σάκος ενός τεμαχίου κλειστού τύπου**

Ο σάκος ενός;-τεμαχίου είναι ένα ενιαίο, κλειστό σύστημα που έχει σχεδιαστεί για να αφαιρείται μετά τη χρήση. Αυτά τα σακουλάκια είναι τα πλέον κατάλληλα για κολοστομίες ή για στωμούς με λιγότερο συχνή ή πιο προβλέψιμη παραγωγή. Το σύστημα κάλυψης διαθέτει ένα πρότυπο αυτοκόλλητο που εμποδίζει τον ερεθισμό του δέρματος και επιτρέπει την συχνή αφαίρεση του σάκου. Ακόμα, ο σάκος διαθέτει φίλτρο το οποίο επιτρέπει την αργή απελευθέρωση και την αποδόμηση του αερίου από τη θήκη.

- **Σάκος δύο -τεμαχίων κλειστού τύπου**

Ο σάκος δύο-τεμαχίων είναι σχεδιασμένος να αποτελείται από δυο ξεχωριστά μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από τη βάση η οποία τοποθετείται περιμετρικά από τη στόμια και από τον σάκο. Ο σάκος είναι σχεδιασμένος να κουμπώνει πάνω στη βάση γεγονός που καταλαβαίνουμε όταν ακούμε το κούμπωμα να κάνει κλικ. Ο σάκος έχει την δυνατότητα να περιστρέφεται για να πάρει την καταλληλότερη θέση πριν σφαιλισθεί με τη βάση. Κατά αυτό το τρόπο ο σάκος μπορεί να αποσπάται από τη βάση και να επανατοποθετείτε στη θέση του ένας καινούριος. Το σύστημα κάλυψης δύο-τεμαχίων κλειστού τύπου διαθέτει ακόμα ειδικό φίλτρο που επιτρέπει την αποσυμπύεση του σάκου από τα αέρια του εντέρου απομακρύνοντας ταυτόχρονα τις δυσάρεστες οσμές. Επιπρόσθετα, η μαλακή του ύφανση τον καθιστά άνετο για τον στομιοπαθή.

- **Σάκος ενός -τεμαχίου ανοιχτού τύπου**

Ο σάκος ενός τεμαχίου ανοιχτού τύπου αποτελεί ένα ενιαίο, αποστραγγιζόμενο σύστημα θήκης σχεδιασμένο για να ανοίγει στον πυθμένα κατά την εκκένωση. Αυτοί οι τύπου σάκων είναι οι καταλληλότεροι για κολοστομίες ή ειλεοστομίες. Η επιλογή προβολής επιτρέπει να παρατηρείται σαφώς το στόμιο και η έξοδος όταν ανυψώνεται το περύγιο. Ο σάκος διατηρεί πλαστικούς





διαφέρει είναι οι ειδικοί σάκοι που προσαρμόζονται πάνω στη βάση. Η βάση διαθέτει απαραίτητη ενσωματωμένη σήμανση που με τη βοήθεια της μπορεί να μετράτε η διάσταση της στομίας. Επιπρόσθετα, με τη βοήθεια ενός ψαλιδιού επιτυγχάνετε να διαμορφώνονται οι απαραίτητες διαστάσεις στη βάση που έχει κάθε στομία η οποία μπορεί να διαφέρει από ασθενή σε ασθενή.

- **Τάπα στομίου**

Διαμέσου της τάπας του στομίου τα αέρια έχουν τη δυνατότητα να περνούν μέσα από ειδικό φίλτρο με αποτέλεσμα την εξάλειψη των θορύβων και των δυσάρεστων οσμών. Οι τάπες είναι απαραίτητες στις περιπτώσεις όπου οι στομιοπαθείς δεν επιθυμούν να διαγράφεται μέσα από τα ρούχα τους ο σάκος κάλυψης της στομίας. Ένα επιπρόσθετο πλεονέκτημα το οποίο παρέχει η τάπα του στομίου είναι ότι δεν περιορίζει τη διαδικασία του υποκλυσμού καθώς υπάρχουν τάπες οι οποίες χωρίς να αφαιρεθούν μπορεί ο υποκλυσμός να πραγματοποιηθεί κανονικά.

- **Σύστημα υποκλυσμού στομίας**

Η ιδιαιτερότητα που παρουσιάζεται στο σύστημα του υποκλυσμού είναι ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μονό σε άτομα που είτε έχουν μόνιμη αριστερή κολοστομία ή σιγμοειδή κολοστομία. Στόχος του υποκλυσμού είναι να αυξηθεί η κινητικότητα του εντέρου διαμέσου της έγχυσης νερού με αποτέλεσμα να διευκολύνεται αλλά και να προγραμματίζεται η διαδικασία της κένωσης.

- **Χιτώνιο υποκλυσμού**

Το χιτώνιο υποκλυσμού είναι σχεδιασμένο για να βοηθάει τον στομιοπαθή να παροχετεύει το περιεχόμενο που θα δημιουργηθεί μέσω της διαδικασίας του υποκλυσμού με τη βοήθεια που του παρέχει το μακρύ μανίκι. Απαραίτητη είναι η ζώνη για τη στερέωση του χιτωνίου στο σώμα.

- **Σπρέι αφαίρεσης βάσης**

Το σπρέι αφαίρεσης βάσης του αυτοκόλλητου της στομίας είναι απαραίτητο καθώς δεν περιέχει αλκοόλ και έτσι με αυτό τον τρόπο ο στομιοπαθής δεν βιώνει κάποιο πόνο στη στομία. Επίσης, με την βοήθεια του σπρέι η βάση αφαιρείται εύκολα χωρίς να δημιουργεί κάποιο ερεθισμό στο δέρμα.

- **Ζώνη στομίας**

Η ζώνη στομίας τοποθετείται στη βάση του σάκου των στομιοπαθών παρέχοντας έτσι μεγαλύτερη ασφάλεια.

- **Προστατευτικά μαντηλάκια δέρματος**

Τα προστατευτικά μαντηλάκια δημιουργούν ένα προστατευτικό στρώμα στο δέρμα ενώ ταυτόχρονα του επιτρέπουν να αναπνέει. Επιπρόσθετα, προστατεύει από επιβλαβή στοιχεία όπως κόπρανα και ουρά τα οποία θα προκαλούσαν ερεθισμό στη στομία.

- Λωρίδες φραγμού

Οι λωρίδες φραγμού του δέρματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να γεμίσουν ανομοιόμορφα περιγράμματα του δέρματος κοντά στη στομία ώστε δημιουργηθεί μια πιο επίπεδη επιφάνεια και να αποτραπεί η αποστράγγιση της. Μπορούν να κοπούν για να βοηθήσουν στη βελτίωση της τοποθέτησης ενός συστήματος χώνευσης

- Σκουπάκι αποστράγγισης

Πρόκειται για πλαστικό, μορφοποιημένο κλείσιμο για τη στεγανοποίηση του πυθμένα μιας αποστειρωμένης θήκης στομίου που δεν διαθέτει ολοκληρωμένο κλείσιμο. Επίσης χρησιμοποιείται για τη σφράγιση του πυθμένα του περιβλήματος του συστήματος υποκλυσμού κολοστομίας.<sup>25</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πρωταρχικός στη ζωή των ατόμων που φέρουν στομίες. Το σημαντικότερο κομμάτι ευθύνης του νοσηλευτή είναι ότι είναι υπεύθυνος για την προεγχειρητική φροντίδα αλλά και την μετεγχειρητική αποκατάσταση των ασθενών. Ακόμα φέρει διάφορες υποχρεώσεις όπως την φροντίδα του δέρματος των ασθενών, της διατροφής τους αλλά ακόμα περισσότερο της εκπαίδευσης του ασθενή και της οικογένειάς του.

#### 5.1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΟΜΙΟΠΑΘΩΝ

- Φροντίδα δέρματος στομίων

Η πλειοψηφία των ατόμων που φέρουν στόμια αντιμετωπίζουν κάποια ερωτήματα τα οποία τους απασχολούν και αφορούν την καθημερινή φροντίδα των στομίων τους. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που είναι πρωτίστως κατάλληλοι για να επιλύσουν αυτές τις απορίες. Η μεγαλύτερη άγνοια που αντιμετωπίζουν τα άτομα που φέρουν στομία είναι το αν η στομία τους θα ερεθιστεί από παράγοντες όπως τα ούρα τα κόπρανα η και από το ίδιο το σύστημα κάλυψης. Για να αποφευχθεί ο ερεθισμός τα άτομα που φέρουν στομία θα πρέπει να μεταχειρίζονται την επιφάνεια του δέρματος τους με απαλές κινήσεις, να προσπαθούν η στομία τους να μην έρθει σε επαφή με τα ούρα τα κόπρανα η άλλες χημικές ουσίες και στην συνέχεια θα πρέπει να γνωρίζουν την ορθή χρήση των υλικών που χρησιμοποιούν για τη φροντίδα του δέρματος τους. Με τον τρόπο αυτό μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης ερεθισμού στο δέρμα. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής θα πρέπει να κάνει τον ασθενή να καταλάβει τους λόγους για τους οποίους πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένες ενέργειες που είναι απολύτως απαραίτητες και αντίστοιχα να εξηγήσει τους λόγους που θα πρέπει να αποφεύγονται οι περιττές ενέργειες γύρω από τη στομία. Ο λόγος που γίνεται αυτό είναι ότι αποφεύγονται οι περιττές ενασχολήσεις με τη στομία και μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης ερεθισμών του δέρματος. Συχνές απορίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς θα πρέπει να επιλύονται από τον νοσηλευτή.<sup>3,24,26</sup>

- Συχνότητα αλλαγής του συστήματος κάλυψης

Το πόσο συχνή θα πρέπει να είναι αυτή η αλλαγή καθορίζεται από αρκετούς παράγοντες. Ο κύριος παράγοντας είναι το είδος της στομίας και το μέρος το οποίο έχει τοποθετηθεί. Στη συνέχεια σημαντικός παράγοντας είναι αν έχει επιλεγεί το σωστό είδος συστήματος κάλυψης για την αντίστοιχη στόμια καθώς αν η επιλογή είναι κατάλληλη οι ημέρες που μπορεί να διατηρηθεί παρατείνονται. Ακόμα παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια χρήσης ενός σάκου είναι η συχνότητα της κινητικότητας του έντερου αλλά και το σωματικό βάρος του ασθενούς. Αρκετά από τα συστήματα κάλυψης είναι κατασκευασμένα με προδιαγραφές να διαρκούν από τρεις έως επτά μέρες.

Ωστόσο αρκετοί σάκοι είναι κατασκευασμένοι για μια χρήση και στη συνέχεια πρέπει να αφαιρούνται. Τέλος η επιλογή του σάκου είναι αποκλειστική ευθύνη του ασθενούς καθώς αυτός είναι που θα πρέπει να καθορίσει τι θεωρεί καταλληλότερο για εκείνον.<sup>9,26</sup>

- **Καταλληλότερο η στιγμή αλλαγής του σάκου**

Το καταλληλότερο χρονικό διάστημα που το άτομο μπορεί να αλλάξει τον σάκο συλλογής του είναι όταν μπορεί να εξασφαλίσει ιδιωτικό χώρο. Ακόμα ο χρόνος που θα πρέπει να αλλάξει ο σάκος διαφέρει από άτομο σε άτομο καθώς ο κάθε άνθρωπος ακολουθεί διαφορετικό πρόγραμμα και έχει διαφορετικές συνήθειες. Παρόλα αυτά μπορεί ο νοσηλευτής να δώσει ορισμένες κατευθύνσεις. Αρχικά προτείνεται στον ασθενή να αλλάξει το σάκο του όταν ο περιεχόμενο του έντερου του είναι όσο το δυνατόν λιγότερο. Ακόμα μπορούμε να προτείνουμε η αλλαγή να γίνεται πριν από το πρωινό γεύμα καθώς το έντερο είναι λιγότερο ενεργό. Αντίθετα μια εναλλακτική πρόταση μπορεί να είναι η αλλαγή του σάκου να γίνεται στο τέλος της ημέρας με απαραίτητη προϋπόθεση το άτομο να έχει φάει τουλάχιστον δυο μέρες πριν από την αλλαγή. Τέλος μια πρόταση μπορεί να είναι η αλλαγή του σάκου να γίνεται μετά το καθημερινό μπάνιο.<sup>27,28</sup>

- **Τρόπος αφαίρεσης του παλιού συστήματος κάλυψης**

Αρχικά ο νοσηλευτής θα πρέπει να τονίζει στα άτομα ότι όταν αφαιρούν το αυτοκόλλητο στο οποίο εφαρμόζει ο σάκος συλλογής δε θα πρέπει να βιάζονται κάνοντας ανήσυχες κινήσεις που θα έχουν ως αποτέλεσμα τον τραυματισμό του δέρματος. Ακόμα θα πρέπει να υποδεικνύουμε ότι καλό είναι η αφαίρεση του αυτοκόλλητου να μη γίνεται από την αντίθετη κατεύθυνση της τρίχας καθώς με τον τρόπο αυτό μπορεί να υπάρξει εμφάνιση ερεθισμού. Στη συνέχεια μπορούμε να προτείνουμε κατά τη διάρκεια της αφαίρεσης να χρησιμοποιείται νερό που θα βοηθήσει στην αφαίρεση ή κάποια άλλη διαλυτική ουσία. Είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να κάνει ξεκάθαρο ότι τα χέρια του ασθενούς ή του ατόμου που θα κάνει την αλλαγή θα πρέπει να είναι καθαρά για να αποφευχθεί η διασπορά των μικρόβιων στην περιοχή γύρω από τη στομία. Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι αμέσως μετά την αφαίρεση του αυτοκόλλητου είναι λογικό να υπάρξει ερυθρότητα στην περιοχή του δέρματος που βρισκόταν το αυτοκόλλητο. Παρ όλα αυτά ο ερεθισμός αυτός θα πρέπει να εξαφανιστεί μετά από λίγη ώρα.<sup>25,26</sup>

- **Τρόπος καθαρισμού στομίας**

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξηγήσει ότι για την περιποίηση της στομίας δεν είναι απαραίτητη η χρήση εξεζητημένων προϊόντων. Αρχικά για να καθαριστεί η περιοχή γύρω από τη στομία είναι απαραίτητη η χρήση ζεστού νερού και το να υπάρχουν καθαρά ρούχα. Η χρήση γαντιών κατά την καθημερινή περιποίηση της στομίας δεν αποτελεί επιτακτική ανάγκη ενώ παράλληλα μπορεί να γίνει αρκετά δαπανηρή για τον ασθενή. Ακόμα δεν είναι αναγκαίο το να χρησιμοποιείται σαπούνι για τον καθαρισμό του δέρματος γύρω από τη στομία αλλά επαφίεται στην προτίμηση του ασθενή. Παρόλα αυτά αν γίνεται χρήση σαπουνιού το σαπούνι που θα επιλεγεί θα πρέπει να είναι ένα αρκετά



ήπιο και όχι κάποιο που περιέχει αρκετά ελαία καθώς μπορεί να υπάρξει ερεθισμός της στομίας. Επιπρόσθετα στην περίπτωση χρήσης σαπουνιού θα πρέπει να καθαρίζεται πολύ καλά το δέρμα χωρίς να απομένουν υπολείμματα καθώς σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει το ενδεχόμενο δυσκολίας τοποθέτησης του επόμενου αυτοκόλλητου που θα τοποθετηθεί στη στομία για να ενσωματωθεί ο σάκος συλλογής. Πάντα είναι απαραίτητο η επιφάνεια του δέρματος να παραμένει στεγνή πριν εφαρμοστεί το νέο αυτοκόλλητο. Στη συνέχεια είναι σύνηθες να παρατηρείται η εμφάνιση μικρής ποσότητας αίματος στα ρούχα των ατόμων με στομίες καθώς ο ιστός της στομίας διαθέτει μικρά αιμοφόρα αγγεία που μπορεί να ματώσουν λόγω της περιποίησης που γίνεται στην περιοχή. Οποιαδήποτε εμφάνιση αιμορραγίας η οποία δεν σταματάει έπειτα από λίγη ώρα θα πρέπει να αναφέρεται άμεσα. Επίσης η στομία δεν διαθέτει νευρικές απολήξεις και για τον λόγο αυτό το άτομο δεν είναι σε θέση να αισθανθεί πόνο. Για τον λόγο αυτό οι κινήσεις που διενεργούνται για τον καθαρισμό της περιοχής θα πρέπει να είναι ήπιες και απαλές. Επουδενί δεν θα πρέπει το άτομο να τρίβει την περιοχή. Ακόμα δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τον καθαρισμό της περιοχής οινόπνευματώδη διαλύματα σκληρά χημικά ή μωρομάντηλα καθώς μπορεί να ερεθίσουν το δέρμα.

Τέλος δεν θα πρέπει να τοποθετείται πάνω στην περιοχή της στομίας σκόνη η πούδρα η κάποια αλοιφή εκτός αν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος που να συνοδεύεται με την υπόδειξη χρήσης από ειδικό. Σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση υπάρχει κίνδυνος ερεθισμού αλλά και πιθανότητα να μη μπορεί να τοποθετηθεί εκ νέου κάποιο καινούριο αυτοκόλλητο. <sup>25,26,28</sup>

- **Επαφή συστήματος κάλυψης με νερό**

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να επιλύει τις απορίες που μπορεί να έχουν δημιουργηθεί στα άτομα με στομίες καθώς και ότι έχει να κάνει σχέση με οποιαδήποτε δραστηριότητα στην επαφή του σάκου τους στο νερό. Για παράδειγμα το άτομο που φέρει ένα τέτοιο σύστημα μπορεί να κάνει μπάνιο κανονικά χωρίς να χρειάζεται να το αφαιρέσει πρώτο. Βέβαια καλό θα ήταν όταν συμβεί αυτό το περιεχόμενο του σάκου να έχει αδειάσει. Το ίδιο ισχύει και όταν το άτομο θέλει να ακολουθήσει κάποιο θαλάσσιο σπορ. Ακόμη θα πρέπει να αναφερθεί ότι μια μεγάλη μερίδα των ατόμων που φέρουν στομία όταν κάνουν μπάνιο επιλέγουν να μην φοράνε το σύστημα του σάκου. Όμως επειδή η στομία δε διαθέτει μύες κατά την διάρκεια της διαδικασίας μπορεί να υπάρξει εξώθηση ούρων ή κοπράνων. Το νερό δε πρόκειται να έχει επιβλαβής ιδιότητες στην στομία αλλά άμα εξωθείται με μεγάλη πίεση θα ήταν προτιμότερο να αποφεύγεται να έρχεται σε επαφή με την στομία. Επιπλέον ένα απαραίτητο είναι ο νοσηλευτής να τονίζει την αναγκαιότητα στα άτομα να ελέγχουν τον σάκο της στομίας τους πριν και μετά από τις δραστηριότητες που μπορεί να κάνουν και έρχονται σε άμεση επαφή με το υγρό στοιχείο. Στην περίπτωση που ο σάκος υφίσταται παρατεταμένη διάρκεια επαφής με νερό μπορεί να αρχίσει να ξεκολλάει και να μην είναι αρκετά σταθερός. Αρκετοί στομιοπαθείς θεωρούν πολύ βοηθητικό να έχουν αλλάξει το σάκο τους πριν κάνουν κολύμπι καθώς με τον τρόπο αυτό ο σάκος θα έχει παρατεταμένη διάρκεια αντοχής στο νερό. Συνοπτικά, ενώ οι σάκοι



στομίων είναι αδιάβροχοι και είναι κατασκευασμένοι με αρκετά ανθεκτικά υλικά που τους καθιστούν αρκετά σταθερούς, όταν πρόκειται να έχουν επαφή με δραστηριότητες που αφορούν το υγρό στοιχείο όπως πχ κολύμβηση έχουν την ανάγκη η να φορούν για μεγαλύτερη αίσθηση ασφαλείας ζώνη που εφαρμόζει στον σάκο συλλογής και καθιστούν το σύστημα πολύ πιο σταθερό και ασφαλές για οποιαδήποτε δραστηριότητα.

Τέλος, τα φίλτρα που έχουν ενσωματωμένα οι σάκοι για να περιορίζουν τις δυσάρεστες οσμές χάνουν την χρηστική τους αξία αφού έρθουν σε επαφή με το νερό. Για τον λόγο αυτόν, πρώτου έρθει το άτομο σε επαφή με το νερό θα πρέπει να το έχουμε προειδοποιήσει να έχει τοποθετήσει πάνω στο φίλτρο ειδικές αδιάβροχες ταινίες οι οποίες θα προστατεύουν το φίλτρο. Αφού οι στομιοπαθείς έχουν τελειώσει τις δραστηριότητες τους σκουπίζουν το σάκο τους και την περιοχή γύρω από αυτό με πετσέτες πάντα με ήπιες κινήσεις για να απομακρυνθεί το νερό και να μην επηρεάσει κατά συνέπεια την ανθεκτικότητα του αυτοκόλλητου βάσης που στηρίζεται ο σάκος συλλογής.<sup>28</sup>

## 5.2. ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΣ ΣΤΟΜΙΑΣ

Ο υποκλυσμός της κολοστομίας είναι επιλογή ατόμων που φέρουν είτε κατιούσα στομία είτε σιγμοειδοστομία. Σε ένα υγιές έντερο η λειτουργία που συντελείται είναι να απορροφάτε το νερό από τα άχρηστα προϊόντα και να αποθηκεύονται για να συντελείται ο φυσιολογικός περισταλτισμός του εντέρου. Το σύνηθες είναι η διαδικασία αυτή να ακολουθείται μια η δυο φορές την ημέρα ή μπορεί να συντελείται και ακόμη λιγότερο όπως μέρα παρά μέρα καθώς είναι απαραίτητο για την διαδικασία αυτή να υπάρχει αρκετή ποσότητα εντερικού περιεχομένου. Ακόμη στόχος του υποκλυσμού της στομίας είναι να παροχετεύει πλήρως το περιεχόμενο του εντέρου. Για να επιτευχθεί όμως το επιθυμητό αποτέλεσμα απαιτείται ένα χρονικό διάστημα ορισμένων εβδομάδων που θα συντελείται η διαδικασία αυτή και καλό θα ήταν για να υπάρξει άριστο αποτέλεσμα ο υποκλυσμός να συντελείται την ίδια ώρα της ημέρας κάθε φορά και την ώρα που είναι η πιο βολική για τον εκάστοτε ασθενή. Με τον τρόπο αυτό το έντερο «μαθαίνει» ποια είναι η βολική ώρα για τον ασθενή. Μια σημαντική μερίδα των στομιοπαθών επιλέγουν ως καταλληλότερη ώρα για να κάνουν υποκλυσμό στο έντερο τους τις πρωινές ώρες ενώ άλλοι προτιμούν τις απογευματινές ώρες καθώς στις ώρες αυτές δεν υπάρχει η πίεση και το άγχος της δουλειάς και θεωρούν βολικότερο να συντελέσουν την διαδικασία αυτή. Όμως για να επιλέξει ο καθένας ποια ώρα τον βολεύει καλύτερα είναι μια προσωπική επιλογή την οποία κάθε άτομο θα πρέπει να επιλέγει για τον εαυτό του.

Εάν η διαδικασία του υποκλυσμού λειτουργήσει σωστά για τα άτομα που φέρουν κατιούσα στομία σιγμοειδοστομία και δεν εμφανίσουν κάποια ανεπιθύμητη επιπλοκή τότε τα άτομα αυτά θα μπορούν να συντελούν στην διαδικασία αυτή οπότε είναι αυτό απαραίτητο και έτσι θα ελαχιστοποιήσουν την χρήση των σάκων συλλογής σχεδόν στο ελάχιστο. Τα περισσότερα άτομα επιλέγουν να μην χρησιμοποιούν σάκους αλλά κάποια κάποιες ειδικές τάπες που εφαρμόζουν στην

στομία. Από την άλλη πλευρά όμως ορισμένοι επιλέγουν να μην εγκαταλείπουν παντελώς την χρήση του σάκου συλλογής καθώς η παρουσία του σάκου τους προσδίδει μεγαλύτερη σιγουριά. Αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι δεν είναι σε θέση όλοι οι ασθενείς που φέρουν ανιούσα κολοστομία ή σιγμοειδοστομία να συντελέσουν την διαδικασία αυτή του υποκλυσμού καθώς σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ηλικία του ατόμου, η σωματική του κατάσταση καθώς και η ικανότητα του εκάστοτε ατόμου να μάθει τον σωστό τρόπο που θα πρέπει η διαδικασία αυτή να πραγματοποιείται.<sup>24,29</sup>

**Αντενδείξεις Υποκλυσμού Στομίας :** Άτομα που έχουν πρόπτωση στην στομία τους δεν θα πρέπει να συντελούν την διαδικασία του υποκλυσμού καθώς η διαδικασία αυτή μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερη πρόπτωση.

- Ø Σε παιδιά και ενήλικες νεαρής ηλικίας ο υποκλυσμός μπορεί να δημιουργήσει εξάρτιση για να γίνεται περισταλτικός στο έντερο και για τον λόγο αυτό η διαδικασία αυτή δεν επιλέγεται για αυτή την κατηγορία των ατόμων.
- Ø Σε άτομα που λαμβάνουν ακτινοβολία είτε στην κοιλιακή χώρα είτε στο έντερο λόγω της χρήσης της ακτινοβολίας υπάρχει η πιθανότητα δημιουργίας βλάβης στους ιστούς του εντέρου. Κάθε άτομο που δέχεται ακτινοβολία στην κοιλιακή χώρα έχει αυξημένες πιθανότητες διάτρησης του εντέρου άρα για τον παραπάνω λόγο είναι απαραίτητο να μην προστεθεί η επιπλέον πίεση στο έντερο από τον υποκλυσμό.
- Ø Άτομα με εκολπωματίτιδα δεν θα πρέπει να κάνουν χρήση υποκλυσμού καθώς ο ιστός στο έντερο τους έχει επηρεαστεί από τα εκολπώματα και για τον λόγο αυτό σε περίπτωση υποκλυσμού ενδέχεται ουσιαστικός κίνδυνος διάτρησης του εντέρου.
- Ø Σε άτομα που δεν έχουν καμία δεξιότητα για τις εργασίες που θα πρέπει να συντελούνται χειρονακτικά.
- Ø Ασθενείς που δεν μπορούν να εκπαιδευτούν και να μάθουν την ενδεδειγμένη διαδικασία του υποκλυσμού.
- Ø Σε άτομα που πριν την πραγματοποίηση της χειρουργικής διαδικασίας δεν είχαν μια ισορροπημένη λειτουργία στο έντερο τους υπάρχει το ενδεχόμενο και το αποτέλεσμα από τον υποκλυσμό του εντέρου να μην είναι ικανοποιητικό.
- Ø Τέλος η διαδικασία αυτή δεν ενδείκνυται για άτομα που είναι βαριά άρρωστα ή για ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ασθένειάς τους. Οι λόγοι που καθορίζουν στο να μην πραγματοποιηθεί η διαδικασία αυτή είναι ο χρόνος αλλά και η επίπονη διαδικασία του υποκλυσμού στον ασθενή.<sup>30</sup>

### 5.3. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Οι πλειοψηφία των ατόμων που υποβάλλονται σε χειρουργική διαδικασία δημιουργίας στομίας μετά την επέμβαση πρέπει να είναι σε θέση να ακολουθούν συγκεκριμένο διατροφικό πλάνο.

Ο νοσηλευτής λοιπόν είναι αυτός που θα πρέπει να έχει τον πρωταρχικό ρόλο στην εκπαίδευση αυτή των ατόμων καθώς όπως είναι και το αναμενόμενο τα άτομα δεν γνωρίζουν τα είδη των τροφών τα οποία θα πρέπει να προτιμούν. Οι στομιοπαθείς θα πρέπει να ακολουθούν συνηθισμένα γεύματα τα οποία να είναι πλούσια σε βιταμίνες, μέταλλα αλλά και σε θερμίδες που είναι απαραίτητα για την σωματική υγεία των ατόμων. Μετά το χειρουργείο οι ασθενείς θα πρέπει να καταναλώνουν τροφές με χαμηλές φυτικές ίνες καθώς οι τροφές αυτές είναι ευκολότερο να μεταβολιστούν και δεν δημιουργούν μεγάλο περισταλτικό στο έντερο, γεγονός θετικό καθώς το έντερο βρίσκεται σε διαδικασία ανάρρωσης. Στην συνέχεια το πρήξιμο του εντέρου αρχίζει να μειώνεται έξι με οκτώ εβδομάδες μετά το χειρουργείο. Μετά από το πέρας αυτών των εβδομάδων το διαιτολόγιο των ασθενών μπορεί να επανέλθει στο φυσιολογικό όμως ορισμένα είδη τροφών πρέπει να προστεθούν σταδιακά για να μην υπάρχει η δυνατότητα να ελέγχονται οι ενδεχομένως παρενέργειες που μπορεί να δημιουργηθούν. Επιπλέον καλό θα ήταν κάθε νέα τροφή που θέλουμε να ελέγξουμε πως επηρεάζει τον εκάστοτε ασθενή να προστίθενται ανά τρεις ημέρες. Για το πρώτο έτος μετά το χειρουργείο και αν κάποιος ασθενής έχει χρόνιο ιστορικό της ασθένειας είναι πιθανόν να χρειαστεί ένα συμπλήρωμα βιταμινών<sup>31,32</sup>.

### **Ειδικές οδηγίες.**

- Είναι θετικό το άτομο να προσπαθεί να προσθέτει στο διαιτολόγιο του μια ποικιλία διαφορετικών τροφών. Το κάθε είδος τροφής μεμονωμένα διαθέτει ένα συνδυασμό θρεπτικών συστατικών τα οποία ωφελούν τον οργανισμό.
- Στην συνέχεια οι στομιοπαθείς θα πρέπει να τρώνε συχνά γεύματα χωρίς να παραλείπουν κάποιο καθώς στην περίπτωση αυτή το εντερικό περιεχόμενο θα είναι πιο υδαρές. Το ιδανικότερο χρονικό διάστημα που θα πρέπει να τρώει ο ασθενής είναι ανά τρεις με τέσσερις ώρες.
- Μετά από διάστημα έξι με οκτώ εβδομάδων πρέπει να ξεκινήσουν να προστίθενται τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες. Οι φυτικές ίνες προσθέτουν όγκο στο εντερικό περιεχόμενο γεγονός που καθιστά ευκολότερη την εξώθηση τους από τον εντερικό σωλήνα<sup>33</sup>.
- Είναι συχνό φαινόμενο η δυσανεξία στην λακτόζη. Αν παρατηρηθούν αέρια, πρήξιμο στην κοιλιακή χώρα ή διάρροια για διαρκείας δέκα λεπτών ή ακόμη και ωρών κατόπιν της κατάποσης γαλακτοκομικού προϊόντος, συστήνεται ο περιορισμός του για μερικές ημέρες. Στην συνέχεια μπορούν να προστεθούν γαλακτοκομικά προϊόντα στην διατροφή του ατόμου, και σε μικρές ποσότητες για να καθοριστεί το επίπεδο της δυσανεξίας. Συστήνεται και η αντικατάσταση με προϊόντα χωρίς λακτόζη, γάλα σόγιας (ενδέχεται να προκληθούν αέρια) γάλα από ρύζι, αμύγδαλο.
- Ακόμη στην συνέχεια θα πρέπει να δοκιμαστεί η επιρρέπεια του οργανισμού στα λίπη. Εάν ο ασθενείς δεν έχει καμία ανεκτικότητα στα λίπη θα πρέπει να συμβουλευτεί τον γιατρό του.

Στην περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει ανοτοχή στα λίπη θα πρέπει να καταναλώνει διαφόρους συνδυασμούς τροφών που περιέχουν λίπη όπως το ελαιόλαδο, ηλιέλαιο, καλαμποκέλαιο και φυστικέλαιο. Ακόμη θα πρέπει να καταναλώνονται τροφές που είναι πλούσιες σε Ω3 λιπαρά.

- Τέλος σημαντική είναι η ποσότητα κατανάλωσης νερού κατά την διάρκεια της ημέρας όπου η απαραίτητη ποσότητα προσεγγίζεται στα έξι με οκτώ ποτήρια ημερησίως. Συνήθως τα άτομα που φέρουν ελεοστομίες έχουν την ανάγκη μεγαλύτερης κατανάλωσης υγρών λόγω της αυξημένης ποσότητας του εντερικού περιεχομένου που παροχετεύουν.<sup>1,30,34</sup>

### Ουροποιητικό σύστημα

Το ουροποιητικό σύστημα αποτελείται από έναν απλό δίκτυο το οποίο δεν ενεργεί πολύπλοκες λειτουργίες. Έχει σημαντικό ρόλο στο ισοζύγιο των υγρών του σώματος και στο ισοζύγιο ηλεκτρολυτικής ισορροπίας του οργανισμού όπως και αντίστοιχα και οξεοβασικής ισορροπίας. Για να μπορέσουν τα νεφρά να λειτουργούν φυσιολογικά θα πρέπει να καταναλώνονται επαρκής ποσότητες νερού με σκοπό τα ούρα να μην είναι συμπυκνωμένα. Στην περίπτωση όπου τα ούρα είναι πιο σκούρα τότε αυτό υποδεικνύει ότι υπάρχει αύξηση ουρίας και για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού θα πρέπει να αυξηθεί η ποσότητα πρόσληψης υγρών. Αξίζει να αναφερθεί ότι η συγκεκριμένη ομάδα τροφών και ναρκωτικών ουσιών είναι υπεύθυνη για τον αποχρωματισμό των ούρων αλλά και για την παρουσία ιδιαίτερης οσμής.

### PH Ούρων

Όταν η τροφή που έχει καταναλωθεί μεταβολίζεται στον οργανισμό τότε απελευθερώνεται πληθώρα μεταλλικών υπολειμμάτων. Τα υπολείμματα αυτά μπορεί να είναι είτε όξινα είτε αλκαλικά γεγονός που καθορίζεται αποκλειστικά από το είδος τροφής που έχει καταναλωθεί. Ακόμη οι περισσότερες κατηγορίες φρούτων έχουν την τάση να αλκαλοποιούν τα ούρα ενώ αντίθετα το κρέας και τα δημητριακά τείνουν να τα κάνουν όξινα.

#### **Όξινες Τροφές**

Τα περισσότερα είδη κρέατος, το ψωμί, τα δημητριακά, το τυρί, το καλαμπόκι, τα κράνμπερι, τα αυγά, τα ζυμαρικά, οι ξηροί καρποί και το ψάρι.

#### **Αλκαλικές Τροφές**

Το γάλα, οι μπανάνες, τα φασόλια, τα λαχανικά, το σπανάκι και τα περισσότερα φρούτα.

#### **Ουδέτερες Τροφές**

Το βούτυρο, ο καφές, το παγωτό, το μέλι, το λάδι λαχανικών και το τσάι.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες τα ούρα θα πρέπει να παραμένουν όξινα. Για να διατηρηθούν όξινα θα πρέπει να καταναλώνονται ημερησίως οκτώ με δέκα ποτήρια νερού. Ακόμη είναι προτιμότερο να καταναλώνονται χυμός κράνμπερι που διατηρεί τα ούρα όξινα σε αντίθεση με το χυμό πορτοκαλιού που έχουν την τάση να κάνουν τα ούρα αλκαλικά. Οι ηλεκτρολύτες αποτελούν απαραίτητες χημικές ουσίες που βρίσκονται υπό φυσιολογικές συνθήκες στα υγρά του ανθρώπινου σώματος και είναι απαραίτητα για να διατηρηθεί η φυσιολογική σωματική λειτουργία. Στο ενδεχόμενο που υπάρξει διαταραχή της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών το άτομο μπορεί να αισθανθεί αδυναμία ή ακόμη και να αρρωστήσει και να πρέπει να λάβει φαρμακευτική αγωγή για να αποκατασταθεί η ισορροπία. Η ηλεκτρολυτική ισορροπία αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για άτομα που έχουν υποστεί χειρουργική επέμβαση στο έντερο τους καθώς όταν κομμάτι του εντέρου αφαιρείται υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να παρουσιαστεί ηλεκτρολυτική ανισορροπία. Η παρουσία συχνών διαρροιών και εμετών είναι ένας παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα της ανισορροπίας των ηλεκτρολυτών. Για τους λόγους αυτούς είναι απαραίτητο να υπάρχει παρακολούθηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών για να μπορεί να γίνει άμεση παρέμβαση. Έτσι η διατροφή που ακολουθούν οι στομιοπαθείς θα πρέπει να είναι πλούσια σε τροφές που περιέχουν ηλεκτρολύτες<sup>35,36</sup>

**Τροφές πλούσιες σε κάλιο**

Μπανάνες, κοτόπουλο, ψάρι, πορτοκάλια, πατάτες, σούπες λαχανικών, γιαούρτι

**Τροφές πλούσιες σε νάτριο**

Βούτυρο γάλακτος, τυρί, αλάτι, χυμός ντομάτας, τυποποιημένες τροφές, ψωμί

**Νερό**

Το νερό είναι απαραίτητο για την λειτουργία κάθε κυττάρου του ανθρώπινου οργανισμού. Το νερό είναι που ρυθμίζει την θερμοκρασία του σώματος. Το αίσθημα δίψας υποδεικνύει ότι το σώμα χρειάζεται συμπλήρωση υγρών και ακόμη μπορεί να σημαίνει ότι είναι και αφυδατωμένος. Η καθημερινή απώλεια των υγρών θα πρέπει να αναπληρώνεται. Η αναπλήρωση αυτή δεν είναι απαραίτητο να γίνεται αποκλειστικά από την κατανάλωση νερού αλλά μπορεί να επιτυγχάνεται με εναλλακτικούς τρόπους όπως κατανάλωση ροφημάτων πλούσια σε ποσοστά νερού όπως είναι το γάλα και ο χυμός. Αντίθετα η κατανάλωση καφέ και τσαγιού είναι υπεύθυνα για την μείωση του ποσοστού νερού στο σώμα καθώς τα ροφήματα αυτά αυξάνουν την ανάγκη διούρησης. Για τον λόγο αυτό όταν γίνεται κατανάλωση των ροφημάτων αυτών τα άτομα που φέρουν στομία θα πρέπει να αυξάνουν τα προβλεπόμενα υγρά για να επιτύχουν την διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών. Προτεινομένη ποσότητα κατανάλωσης νερού ημερησίως προσεγγίζεται στα οκτώ με δέκα ποτήρια. Η κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας νερού βοηθάει στην εύρυθμη λειτουργία των νεφρών και

ακόμα βοηθάει το αίμα να εξαλείφει άχρηστες ουσίες και τέλος διατηρεί την σωστή ηλεκτρολυτική ισορροπία.<sup>1,3,30</sup>

### Διατροφικός Πίνακας στομιαθών.

Για τα άτομα που φέρουν στομία είναι σημαντικό να γνωρίζουν τις επιδράσεις που μπορεί να έχουν οι διάφορες τροφές στο εντερικό τους περιεχόμενο. Παρακάτω ακολουθεί ένας πίνακας που αναφέρει τις επιδράσεις των τροφών που μπορεί να έχουν σε μια στομία.<sup>31,32</sup>

Δημιουργία αερίου	Δημιουργία οσμών	Αύξηση εντερικού Περιεχομένου
Αλκοολούχα ποτά	Σπαράγγια	Αλκοολούχα ποτά
Φασόλια	Ψητά φασόλια	Φρέσκα φρούτα
γάλα	Μπρόκολο	Λαχανικά
φιστίκια	Αυγά	Γάλα
Κρεμμύδια	Ψάρι	Μπαχαρικά
Γαλακτοκομικά προϊόντα	Κρεμμύδι	Ξερό δαμάσκηνο
Λάχανο	Φυστικοβούτυρο	Ωμά λαχανικά
Αγγούρι	Έντονα τυριά	
Μαστίχα		
ραπανάκι		

Αλλαγή χρώματος	Μείωση οσμών	Μείωση διάρροιας
Σπαράγγια	Βούτυρο Γάκακτος	Μπανάνες
Χάπια σιδήρου	Χυμός κράνμπερι	Βραστό Ρύζι
Φράουλες	Χυμός πορτοκάλι	Φυστικοβούτυρο
Σος Ντομάτας	Χυμός ντομάτας	Τοστ
Γλυκόριζα	Γιαούρτι	Σάλτσα μήλου

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ



## 6.1. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α

Ανδρας ηλικίας 38 ετών εισάγεται στο Γενικό Νοσοκομείο του Ρίου στην Πάτρα στις 10-9-2018 για να υποβληθεί σε χειρουργική διαδικασία δημιουργίας ειλεοστομίας. Πριν την έναρξη του χειρουργείου έγιναν οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις για να διαπιστωθεί ότι η διαδικασία μπορεί να εξελιχθεί ασφαλώς. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων έδειξαν ότι η διαδικασία μπορεί να προχωρήσει κανονικά. Η χειρουργική διαδικασία ολοκληρώνεται επιτυχώς και βρισκόμαστε στην πρώτη μετεγχειρητική μέρα. Παρακάτω ακολουθεί το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας ασθενούς.

Νοσηλευτική διάγνωση	Στόχοι	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
<b>Διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών</b>	Διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών του ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει η καταγραφή της ανώτατης αποβολής περιεχομένου από την ειλεοστομία.</li> <li>• Να γίνει η χορήγηση πρόσθετων συμπληρωμάτων ηλεκτρολυτών, όπως θειικό μαγνήσιο και διττανθρακικό νάτριο, σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.</li> <li>• Να γίνει ενημέρωση του ασθενούς για αποφυγή κατανάλωσης τροφών που προκαλούν διάρροια (π.χ. ωμά φρούτα, τροφές με πολλά καρυκεύματα).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε καταγραφή της ανώτατης αποβολής περιεχομένου από την ειλεοστομία.</li> <li>• Χορηγήθηκαν πρόσθετα συμπληρώματα ηλεκτρολυτών (θειικό μαγνήσιο και διττανθρακικό νάτριο).</li> <li>• Έγινε ενημέρωση του ασθενούς για αποφυγή κατανάλωσης τροφών που προκαλούν διάρροια (π.χ. ωμά φρούτα, τροφές με πολλά καρυκεύματα).</li> </ul>	Εξισορόπηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.
<b>Μετεγχειρητικό πόνος</b>	Ο ασθενής να σταματήσει να αισθάνεται πόνο	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει εκτίμηση του πόνου βάσει κλίμακας.</li> <li>• Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων</li> <li>• Να γίνει χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκτιμήθηκε ο πόνος του ασθενή βάσει κλίμακας</li> <li>• Έγινε λήψη ζωτικών σημείων</li> <li>• Χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία</li> </ul>	Παρατηρήθηκε στον ασθενή μείωση του πόνου
<b>Διαταραχή θρέψης- ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος</b>	Επαρκής θρέψη ασθενούς έτσι ώστε να μπορεί να καλύψει τις σωματικές του ανάγκες	5. Να γίνει ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την προσεκτική μύσηση της τροφής έτσι ώστε να διεγερθεί η διαδικασία της πέψης και συνεπώς η	6. Πραγματοποιείται ενημέρωση του ασθενούς.	Παρουσιάζει βελτίωση της θρέψης και της κάλυψης των αναγκών του οργανισμού του ασθενούς.

απορρόφηση των  
θρεπτικών ουσιών.

**Κίνδυνος ερεθισμού του  
δέρματος γύρω από τη  
στομία**

Ο ασθενής να μην  
εμφανίσει λύση της  
συνέχειας του δέρματος  
και να διατηρήσει την  
ακεραιότητα αυτού.

- Να γίνει έλεγχος των περιοχών του δέρματος που έρχονται σε επαφή με την αυτοκόλλητη ταινία και με τους σωλήνες παροχέτευσης.
- Να γίνει λήψη μέτρων για την αποφυγή λύσης της συνέχειας του δέρματος γύρω από την στομία, όπως αφαίρεση τριχών.
- Να γίνει test ευαισθησίας του δέρματος σε όλα τα προϊόντα που αυτό έρχεται σε επαφή.
- Να γίνει αλλαγή συστήματος κάλυψης μετά το πέρας 6 ημερών.

- Έγινε έλεγχος των περιοχών του δέρματος που έρχονται σε επαφή με την αυτοκόλλητη ταινία και με τους σωλήνες παροχέτευσης.
- Αφαιρέθηκαν οι τρίχες του δέρματος γύρω από τη στομία.
- Διεκπεραιώνεται το test.
- Πραγματοποιήθηκε αλλαγή του συστήματος κάλυψης της στομίας.

Δεν παρουσιάζεται λύση της συνέχειας του δέρματος και διατήρηση της συνέχειας του δέρματος του ασθενούς.

## 6.2. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β

Γυναίκα ηλικίας 41 ετών έχει εισαχθεί στο Γενικό Νοσοκομείο του Ρίου στην Πάτρα και έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση με σκοπό την δημιουργία κολοστομίας. Τρεις μήνες μετά την επέμβαση, παρουσιάζεται απόφραξη στην κολοστομία και επανεισάγεται στο Γενικό Νοσοκομείο του Ρίο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της εκτιμήθηκε ότι η ασθενής δεν είχε καταφέρει να διαχειριστεί επιτυχώς την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου λόγω της δημιουργίας της κολοστομίας και ως εκ τούτου αποφασίστηκε να γίνει και ψυχολογική παρακολούθηση.

Νοσηλευτική διάγνωση	Στόχοι	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
<b>Απόφραξη της στομίας από τροφές</b>	Η απόφραξη της στομίας να αποκατασταθεί	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει λήψη επιπλέον υγρών.</li> <li>• Να γίνει μασάζ στην περιοχή γύρω από τη στομία.</li> <li>• Να γίνει δακτυλική διαστολή της στομίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λήψη επιπλέον υγρών.</li> <li>• Μασάζ γύρω από την περιοχή της στομίας.</li> <li>• Δακτυλική διαστολή της στομίας.</li> </ul>	Η στομία δεν είναι πλέον αποφραγμένη
<b>Άγχος σχετικά με την ανάγκη για βοήθεια από τρίτους για την περιποίηση της στομίας.</b>	Να μπορέσει η ασθενής να αποκτήσει αυτάρκεια όσον αφορά την περιποίησης της στομίας . Επικοινωνία και ενημέρωση των ατόμων του περιβάλλοντος της ασθενούς με σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τα προϊόντα και τον τρόπο περιποίησης της στομίας.</li> <li>• Να γίνει συνάντηση με τα άτομα του περιβάλλοντος της ασθενούς κατά την οποία θα συσταθεί η παρότρυνση για ανεξαρτησία σχετικά με την περιποίηση της στομίας έτσι ώστε να αποκατασταθεί η αυτοεκτίμηση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τα προϊόντα και τον τρόπο περιποίησης της στομίας.</li> <li>• Συνάντηση με τα άτομα του περιβάλλοντος της ασθενούς όπου παροτρύνθηκαν οι συχνές επισκέψεις και ενθάρρυνση για την ανεξαρτησία της ασθενούς σχετικά με την περιποίηση της στομίας</li> </ul>	Η ασθενής σταδιακά εξοικειώνεται με την προσωρινή εξάρτησή της από τρίτους και κατόπιν καταφέρνει να περιποιείται μόνη της τη στομία.
<b>Διαταραχή της σεξουαλικής της λειτουργίας που οφείλεται στην αίσθηση απώλειας της θηλυκότητάς της.</b>	Αποκατάσταση της σεξουαλικής δραστηριότητας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς για τους τρόπους μείωσης κινδύνου διαφυγής των αποβαλλόμενων από την στομία υγρών.</li> <li>• Να γίνει με τους δύο συντρόφους με σκοπό την έκφραση των συναισθημάτων του ζευγαριού και ενημέρωση σχετικά με τις αλλαγές που μπορεί να προκύψουν στην μεταξύ τους σχέση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ενημερώθηκε για τους τρόπους μείωσης κινδύνου διαφυγής των αποβαλλόμενων από την στομία υγρών.</li> <li>• Έγινε συνάντηση μαζί με το ζευγάρι, όπου εξηγούνται όσα προγραμματίστηκαν.</li> </ul>	Υπήρξε σαφής βελτίωση της σεξουαλικής ζωής της ασθενούς, έπειτα από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

---

**Η ασθενής παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα**

Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και αποκατάσταση της ψυχικής υγείας της ασθενούς

- Να γίνει αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς από ειδικό ιατρό

- Συνάντηση της ασθενούς με ψυχίατρο του νοσοκομείου και χορήγηση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

Υποχώρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

---

## Συμπεράσματα

Χάρη στη δημιουργία της πτυχιακής μου εργασίας που αφορούσε την αποτύπωση των παραμέτρων που βελτιστοποιούν την ποιότητα ζωής ασθενών που φέρουν στομίες αλλά και τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής στην ζωή των ανθρώπων αυτών. Κατάφερα να αποτυπώσω κάποια σημαντικά συμπεράσματα χάρις τις πληροφορίες που συγκέντρωσα και αφορούσαν μια πληθώρα παραγόντων γύρω από τις στομίες εν γένει αλλά και την ζωή των ανθρώπων.

Αρχικά θα ήθελα να κάνω αναφορά στις χειρουργικές τεχνικές, οι οποίες χρησιμοποιούνται σήμερα, καθώς χάρις την εξέλιξη της Ιατρικής επιστήμης αλλά ειδικότερα της χειρουργικής οι τεχνικές που ακολουθούνται για την δημιουργία στομιών είναι αξιόπιστες ελαχιστοποιώντας τις μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί στο παρελθόν να ήταν πολυπληθέστερες και με τον τρόπο αυτό να καθυστερούσαν την ανάρρωση των ασθενών.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να αναφερθώ στα υλικά τα οποία χρησιμοποιούνται για την περιποίηση των ατόμων αυτών. Ενδεικτικά μερικά από τα υλικά αυτά είναι οι σάκοι συλλογής των στομιών, οι ειδικές ζώνες που μπορεί να προσαρμόζουμε πάνω στους σάκους καθιστώντας τους σταθερότερους καθώς και πληθώρα άλλων υλικών. Κάτι το οποίο αξίζει να τονιστεί, είναι η μεγάλη βελτίωση των υλικών τόσο ποιοτικά όσο και σχεδιαστικά, εξαιτίας της τεχνολογίας που εξελίσσεται συνεχώς συγκριτικά με την ποιότητα των πολύ λιγότερων και κατώτερης ποιότητας υλικών που ήταν διαθέσιμα στο παρελθόν για την περιποίηση των στομιών. Κατά συνέπεια, στο κομμάτι των υλικών περιποίησης στομιών στη σημερινή εποχή οι στομιοπαθείς είναι σε θέση να επιλέγουν ποια υλικά ταιριάζουν καλύτερα στην περίπτωσή τους και με την χρήση τους να επιτυγχάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με το παρελθόν.

Επιπλέον είναι σημαντικό να γίνει αναφορά και στο ψυχολογικό κομμάτι το οποίο αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα για τη ζωή των στομιοπαθών. Αναφέρω ότι στην συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που υποβάλλονται σε μια χειρουργική διαδικασία δημιουργίας στομιών, αντιμετωπίζουν μετεγχειρητικά πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων, πέραν των σωματικών δυσκολιών.

Οι στομιοπαθείς νιώθουν ότι δεν καταφέρουν ξανά να έχουν μια φυσιολογική ζωή καθώς και να επανέλθουν στην πρότερη καθημερινότητα τους. Αρχικά λόγω της μεταβολής της σωματικής τους εικόνας αποφεύγουν να εκθέσουν το σώμα τους σε κοινή θέα, όπως για παράδειγμα σε μία παραλία, αφού θεωρούν ότι ίσως σχολιαστούν αρνητικά από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Παρόλα αυτά, η κατάσταση χρήζει βελτίωσης, με την βοήθεια κατάλληλου μαγιό ή παρεό για τις γυναίκες, η στομία μπορεί να περάσει πλήρως απαρατήρητη.



Επιπροσθέτως, και τα δύο φύλα θεωρούν ότι δεν θα αποκτήσουν ξανά μια φυσιολογική σεξουαλική ζωή και βρίσκονται σε άβολη θέση θεωρώντας πως ο ερωτικός τους σύντροφος δεν θα μπορέσει να δεχθεί την νέα ιδιαίτερη κατάσταση λόγω της στομίας.

Ακόμα οι γυναίκες θεωρούν ότι θα χάσουν την ευκαιρία να γίνουν μητέρες, αφού συνδέουν την ύπαρξη της στομίας με την υπογονιμότητα και την δυσκολία απόκτησης παιδιών.

Ωστόσο και οι άνδρες και οι γυναίκες που φέρουν στομίες, είναι απρόθυμοι να επιστρέψουν στο εργασιακό τους περιβάλλον καθώς έχουν την πεποίθηση ότι δεν θα ανταποκρίνονται όπως στο παρελθόν. Ακόμα έχουν την εντύπωση ότι θα βρίσκονται στο επίκεντρο των σχολίων από τους συναδέλφους τους.

Συλλογιζόμενος όλα τα παραπάνω πρέπει να αναφέρω ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν σύλλογοι οι οποίοι να είναι σε θέση να στηρίξουν τους στομιοπαθείς σε ψυχολογικό επίπεδο. Το μεγαλύτερο πρόβλημα προκύπτει από την έλλειψη χώρων συγκέντρωσης ατόμων με στομίες, όπου θα έχουν την δυνατότητα να συνομιλούν, να ανταλλάσσουν εμπειρίες και προβληματισμούς. Ένας τέτοιος χώρος θα ήταν απαραίτητος για τα άτομα που πρόσφατα έχουν ξεκινήσει την καθημερινότητα τους με στομίες. Κατά συνέπεια, αν υπάρχουν σύλλογοι στήριξης ατόμων με στομίες αλλά και group συνομιλίας, τα φαινόμενα που προαναφέρθηκαν θα εμφανίζονταν σε πολύ μικρότερη κλίμακα. Είναι γεγονός πως στην Ελλάδα στο κομμάτι αυτό υπάρχουν έντονες ελλείψεις και καλό θα ήταν να υπάρξει κάποια πρωτοβουλία που να στοχεύει στη δημιουργία τέτοιων ομάδων.

Από την πλευρά του νοσηλευτή, αυτό που αποκόμισα και θέλω να αναφέρω είναι ότι έχει και μπορεί να διαδραματίσει ένα σπουδαίο ρόλο στη ζωή των ανθρώπων που φέρουν στομίες.

Αρχικά ο νοσηλευτής είναι ένα από τα πρώτα άτομα το οποίο έρχεται σε επαφή με τον ασθενή καθώς είναι αυτός που θα τον βοηθήσει να αναρρώσει μετεγχειρητικά. Είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στο νοσηλευτή και στον ασθενή καθώς είναι απαραίτητη για την μετέπειτα καλή συνεργασία τους.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός ο οποίος μπορεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή και να τον μάθει πως θα πρέπει να μεταχειρίζεται την στομία του στην καθημερινότητά του και πως είναι ο σωστός τρόπος να καθαρίζει το δέρμα γύρω από τη στομία αλλά και να περιποιείται το δέρμα του, γεγονός που θα συντελέσει στην καλή υγιεινή και ποιότητα ζωής του ατόμου. Ακόμα ο νοσηλευτής είναι αυτός που μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να επιλέξει ποιο είναι το καταλληλότερο σύστημα κάλυψης για την στομία του. Επιπλέον μπορεί να συμβουλέψει τον ασθενή και στο κομμάτι της διατροφής αναλύοντάς του ποιες τροφές είναι καταλληλότερες για να αντιμετωπίσει ορισμένες παρενέργειες, όπως για παράδειγμα αέρια με δυσάρεστες οσμές.

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής μπορεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή για να κάνει με σωστό τρόπο υποκλυσμό στη στομία του ώστε να μπορέσει ο ασθενής να ρυθμίσει και την ώρα που το εντερικό περιεχόμενο θα παροχετευτεί. Ακόμα χάρη στη βοήθεια του υποκλυσμού ο ασθενής μπορεί να

ελαχιστοποιήσει την χρήση σάκων συλλογής, εκτός αν για λόγους σιγουριάς επιλέγει να φορά και σάκο. Αυτό εξαρτάται αποκλειστικά από την προσωπική επιλογή κάθε στομιοπαθή.

Επιπλέον ο νοσηλευτής έχει το σημαντικό ρόλο να εκπαιδεύσει και την οικογένεια των ατόμων που φέρουν στόμια, καθώς υπάρχει η πιθανότητα ειδικά στην αρχή τα ίδια τα άτομα να αδυνατούν να περιποιηθούν οι ίδιοι τους εαυτούς τους και χρειάζονται κάποιο άλλο άτομο να το κάνει γι' αυτά. Επίσης θα πρέπει να προετοιμάσει τα άτομα για την περίπτωση που υπάρξει κάποια εμπλοκή.

Κλείνοντας έχω να αναφέρω ότι πολλά είναι τα βήματα που έχουν γίνει σε επίπεδο χειρουργικών τεχνικών και υλικοτεχνικής κάλυψης για τα άτομα που φέρουν στομίες γεγονός που καθιστά το επίπεδο ζωής του υψηλότερο συγκριτικά με το παρελθόν. Βέβαια στην Ελλάδα είναι απαραίτητο να βελτιωθεί η ψυχολογική υποστήριξη των ανθρώπων που φέρουν στομίες αφού υπάρχει παντελής έλλειψη συλλόγων στήριξης αλλά και ομάδων συζήτησης κοινών προβληματισμών και εμπειριών. Είναι απαραίτητο λοιπόν να ληφθούν οι σωστές αποφάσεις και τα κατάλληλα μέτρα από τους αρμόδιους, στο κράτος πρόνοιας το οποίο ζούμε,, έτσι ώστε η ζωή αυτών των ατόμων να βελτιωθεί και να μην νιώθουν πολίτες δεύτερης κατηγορίας.

## Βιβλιογραφία

1. Βώρος Δ. Κ., Χειρουργική (επίτομο), Εκδόσεις Παρισιάνου , 2014
2. Χειρουργική , Δ.Ε.Π. Α' Χειρουργικής κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκδόσεις Λίτσας, 2014
3. Current, Σύγχρονη Χειρουργική Διάγνωση και Θεραπεία, 3η έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2017
4. Μιχαλόπουλος Α. Χειρουργικές παθήσεις παχέος εντέρου και πρωκτού, Εκδόσεις University studio press , 2015
5. Hohenfeliner Rudolf, Τουλουπίδης Σ., Καλαϊτζής Χ. Ουρολογία, τόμος Β' Εκδόσεις Τζιόλα, 2007
6. McKenzie F, White CA, Kendall S, Finlayson A, Urquhart M, Williams I. Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. Br J Nurs, 2006; 15(6):308-16.
7. Popek S, Grant M, GemmilR, Wendel CS, Mohier MJ, Rawl SM, et al. Overcoming challenges life with an ostomy. The American Journal of Surgery, 2010 ;(5):640-645
8. Sales CA, Violin MR, Waidman MAP, Marcon SS, Silva MAP. Emotions of people living with ostomies: existential comprehension. Rev Esc Enferm USP, 2010; 44(1):221–227.
9. Ang SG, Chen HC, Siah RJ, He HG, Klainin-Yobas P. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. Oncol Nurs Forum, 2013; 40(6):587-94.
10. Backes MTS, Backes DS, Erdmann A, Feelings and Expectations of Permanent Colostomy Patients. Journal of Nursing Education and Practice.2012; 2(3):9-14.
11. Sharpe L, Patel D, Clarke S. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. Journal of Psychosomatic Research, 2011; 70(5):395-402.

12. Knowles SR, Cook SI, Tribbick D. Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: a preliminary study with IBD stoma patients. *J Crohns Colitis*. 2013; 7(10):e471-8.
13. Dalmolin A, Girardon-Perlini NM, Coppetti LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva ME. Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. *Rev Gaucha Enferm*, 2017;37(spe): e68373.
14. Cunha RR, Backes VMS, Heidemann ITSB. Critical unveiling of people with stomas: the continuing health education program in action. *Acta Paul Enferm*, 2012; 25(2):296–301.
15. Smith JA, Spiers J, Simpson P, Nicholls AR. (2017). The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis. *Health Psychol*, 2017; 36(2):143-151.
16. Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Educational geronto-technology for ostomized seniors from a complexity perspective. *Rev Gaucha Enferm*, 2012; 33(2):95–101.
17. Martins PAF, Alvim NAT. Educational perspective on nursing care about the maintenance of elimination ostomy. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(2):322–327.
18. Burch J. Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nurs Stand*, 2017; 31(41):40-45
19. Li CC, Rew L, Hwang SL. The relationship between Spiritual Well-Being and Psychosocial Adjustment in Taiwanese Patients with Co rectal Cancer and a Colostomy. *Wound Ostomyand Continence Nurses*, 2012; 39(2)161-169.
20. Sun V, Grant M, Wendel CS, McMullen CK, Bulkley JE, Herrinton LJ, Hornbrook MC, Krouse RS. Sexual Function and Health-Related Quality of Life in Long-Term Rectal Cancer Survivors. *J Sex Med*, 2016; 13(7):1071-9.
21. Mseddi M, Mseddi MA, Marrekchi S, Bouassida S, Turki H, Beyrouti MI, Zahaf A. Sexual dysfunction after colostomy. *Med*, 2007; 85(7):537-40.
22. Burch J. Intimacy for patients with a stoma. *Br J Nurs*, 2016; 25(17):26.

23. Polikandrioti M, Koutelekos I. Patient's needs. *Perioperative Nursing*, 2013; 2(2):73-83.
24. Erwin-Toth, P. Ostomy pearls: A concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education and more. *Advances in Skin & Wound Care*, 2003; 16(3): 146-152.
25. Kirkland-Kyhn H, Martin S, Zaratkiewicz S, Whitmore M, Young H. Ostomy care at home. *The American Nursing*. 2018; 118 (4): 63-6
26. Boyles A, Hunt S. Care and management of a stoma: maintaining peristomal skin health. *British Journal of Nursing*. 2016; 25(17): S14-S21.
27. Burch J. Stoma appliances and accessories: getting it right for the patient. *British Journal of Nursing*. 2014; 23(17): S4, S6, S8-10.
28. Burch J. Stoma care in the community. *British Journal of Nursing*. 2014; 19(8): 396-400.
29. Pullen R. Teaching your patient to irrigate a colostomy. *Nursing* 2006. 2006; 36 (4): 22.
30. [www.ostomy.org](http://www.ostomy.org)
31. Πατίκος, Κ. & Καραμανώλης, Δ. Σύγχρονες απόψεις στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. *Ιατρική* 2000, 78 (6): 546-550.
32. Κουρούσης, Χ. Πρόοδοι στην χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου. *Ιατρική* 2001, 79 (2): 141- 147.
33. Μπεσμπέας, Σ. Εκτίμηση της θεραπευτικής πρακτικής στον καρκίνο του παχέος εντέρου ορθού. *Ογκολογική Ενημέρωση* 2000, 2 (1) : 36-38.
34. Dirolf, J & Banovic, J. Addressing the need of families of cancer patients. *Oncology Nursing Forum* 2009, 16 (Suppl 2): 208.
35. Bryant, D. Changing an ostomy appliance. *Nursing* 2000, 30 (11): 51-53.
36. Winslow, E. Patient education materials. *American Journal of Nursing* 2001, 101(10): 33-38.