



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ.

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ
ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2020

ΤΙΤΛΟΣ : Γαστρεντερικές διαταραχές στη παιδική ηλικία.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ : Πτυχιακή εργασία στο πλαίσιο της απόκτησης

Πτυχίου Νοσηλευτικής.

ΘΕΜΑΤΑ – ΛΕΞΕΙΣ : Γαστρεντερικές παθήσεις, βρέφη/παιδιά, νοσηλευτής,

ανασκόπηση, αντιμετώπιση.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΣ : Παπανικολάου Δήμητρα

ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ : 2020

ΧΩΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: Ελλάδα

ΓΛΩΣΣΑ ΚΕΙΜΕΝΟΥ : Ελληνικά

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, με τίτλο «*Γαστρεντερικές διαταραχές στη παιδική ηλικία*», ολοκληρώθηκε με σκοπό την απόκτηση πτυχίου Νοσηλευτικής από το Πανεπιστήμιο Πατρών. Διεξάχθηκε πλήρης βιβλιογραφική ανασκόπηση, ώστε ο θεματικός άξονας να αποσαφηνιστεί με αρεστές και προσιτές προς τον ακροατή ερμηνείες για την καλύτερη κατανόηση του θέματος. Σκοπός της εργασίας είναι η τοποθέτηση των επιστημονικών άρθρων και βιβλίων, σε μία τροχιά κοινή για τον αναγνώστη με στόχο την κατανόηση των γαστρεντερικών παθήσεων, την ύπαρξη τους στη καθημερινή ζωή των παιδιών και την αντιμετώπιση τους. Η παγκόσμια ημέρα υγείας του πεπτικού συστήματος, 29 Μαΐου μας υπενθυμίζει τις γαστρεντερικές διαταραχές και την άμεση αντιμετώπιση τους για την αποκατάσταση της υγείας του παιδιού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός : της παρούσας εργασίας είναι να γίνει μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις γαστρεντερικές διαταραχές που χρίζουν στη παιδική ηλικία και το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση και την αποκατάσταση τους. Αρχικά, παρουσιάζεται μια σύντομη αναδίπλωση της ανατομίας και της φυσιολογίας του γαστρεντερικού σωλήνα από το ανώτερο έως το κατώτερο τμήμα του. Πραγματοποιείται, αναλυτική περιγραφή των γαστρεντερικών παθήσεων που εμφανίζονται κατά μήκος του γαστρεντερικού τμήματος, με τα χαρακτηριστικά και τα κλινικά συμπτώματα κάθε πάθησης και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα που εντάσσεται το προσβλέπων παιδί.

Υλικό – Μέθοδος : το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για την τέλεση της εργασίας, εκμαιεύτηκε από τη διεθνή, ελληνική βιβλιογραφία και αρθρογραφία αλλά και από επίσημα επιστημονικά άρθρα μέσω της χρήσης διαδικτύου. Οι αναγνωρίσιμες πηγές οι οποίες ερευνήθηκαν στο παρόν πόνημα είναι science direct, pub med και Google scholar.

Αποτελέσματα : από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αποδείχθηκε ότι οι γαστρεντερικές διαταραχές συνυπάρχουν σε μεγάλο βαθμό με τον παιδιατρικό πληθυσμό. Με το πέρασμα των χρόνων τίθεται απαραίτητη η ύπαρξη πρώιμης πρόγνωσης και σωστής αναγνώρισης των πρώτων συμπτωμάτων με κρίση και όχι επιπολαιότητα. Επιπρόσθετα, κρίνεται αναγκαία η συνεχής επιμόρφωση του νοσηλευτή στο συγκεκριμένο επιστημονικό τομέα παθήσεων ώστε να είναι σε θέση να διαχειριστεί την ιδιαιτερότητα του κάθε παιδιού και να μπορεί να ενεργήσει σωστά στην οποιαδήποτε αντιμετώπιση συμπτωμάτων. Επίσης, ο ρόλος του νοσηλευτή φαίνεται να είναι καταλυτικός στη χειρουργική αντιμετώπιση και την επανένταξη του παιδιού στη φυσιολογική του κατάσταση.

Συμπεράσματα : οι γαστρεντερικές παθήσεις, αναγράφονται σε κάθε ηλικιακή ομάδα παιδιών με συνεχή εξέλιξη και συχνή κληρονομικότητα στις περισσότερες περιπτώσεις. Η αντιμετώπιση τους δείχνει να είναι μία χρονοβόρα διαδικασία και ο ρόλος του νοσηλευτή υποστηρικτικός και καθοδηγητικός, δίπλα στη στο παιδί.

Λέξεις –Κλειδιά : γαστρεντερικές παθήσεις, νοσηλευτής, παιδί, αντιμετώπιση.

ABSTRACT

Purpose: the purpose of this study is to provide a systematic literature review of gastrointestinal disorders that infancy in childhood and the role of the nurse in their treatment and recovery. Initially, a brief retraction of the anatomy and physiology of the gastrointestinal tract from its upper to lower portions is presented. A detailed description of the gastrointestinal diseases that occur along the gastrointestinal section is made, with the characteristics and clinical symptoms of each condition and how it is treated according to the age group of the unexpected child.

Material – Method: the material which used to perform the work was extracted from international, Greek bibliography and articles as well as from official scientific articles through the use of the Internet. The identifiable sources investigated in this paper are science direct, pub med and Google scholar.

Results: The literature review showed that gastrointestinal disorders coexist with the pediatric population. Over the years, it is necessary to have an early prognosis and a proper recognition of the first symptoms with judgment rather than frivolity. In addition, it is necessary for the nurse to be continuously trained in the specific scientific field of disease in order to be able to manage the specificity of each child and to be able to act correctly in any symptom management. Also, the role of the nurse seems to be crucial in the surgical treatment and reintegration of the child into their normal state.

Conclusions: Gastrointestinal diseases are reported in every age group of children with ongoing development and frequent heredity in most cases. The treatment of them seems to be a time consuming process and the role of the nurse supportive and guiding, next to the child.

Keywords: Gastrointestinal Diseases, Nurse, Child, Treatment.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	Σελ. 3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	Σελ. 4
ABSTRACT.....	Σελ. 5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	Σελ. 13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.	
ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	Σελ. 15
1.1 Ανατομία οισοφάγου.....	Σελ. 16
1.2 Ανατομία στομάχου.....	Σελ. 18
1.3 Φυσιολογία στομάχου.....	Σελ. 20
1.4 Ανατομία και φυσιολογία λεπτού εντέρου.....	Σελ. 21
1.5 Ανατομία παχύ εντέρου.....	Σελ. 23
1.6 Φυσιολογία παχύ εντέρου.....	Σελ. 25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ.	
2.1 Λαγώχειλο / υπερωιοσχιστία (λυκόστομα).....	Σελ. 27
2.1.1 Εμβρυολογικά στοιχεία.....	Σελ. 28
2.1.2 Επιδημιολογία.....	Σελ. 29
2.1.3 Αιτιολογία.....	Σελ. 29
2.1.4 Θεραπεία.....	Σελ. 30
2.2 Αεροφαγία.....	Σελ. 31
2.2.1 Αιτιολογία.....	Σελ. 31
2.2.2 Διάγνωση.....	Σελ. 32
2.2.3 Κλινική εικόνα.....	Σελ. 32
2.2.4 Θεραπεία.....	Σελ. 33

2.3 Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος.....	Σελ. 34
2.3.1 Επιδημιολογία – Επικράτηση.....	Σελ. 35
2.3.2 Διάγνωση.....	Σελ. 35
2.3.3 Συμπτωματολογία.....	Σελ.36
2.3.4 Θεραπεία.....	Σελ. 37
2.4 Υπερτροφική πυλωρική στένωση.....	Σελ. 38
2.4.1 Επιδημιολογία.....	Σελ. 38
2.4.2 Αιτιολογία.....	Σελ. 38
2.4.3 Κλινική εικόνα.....	Σελ. 39
2.4.4 Διάγνωση.....	Σελ. 39
2.4.5 Θεραπεία.....	Σελ. 40
2.5 Ατρησία οισοφάγου και τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο.....	Σελ. 40
2.5.1 Ταξινόμηση ανατομικών ανωμαλιών του οισοφάγου.....	Σελ. 41
2.5.2 Διάγνωση.....	Σελ. 42
2.5.3 Κλινική εικόνα.....	Σελ. 42
2.5.4 Θεραπεία.....	Σελ. 43
2.6 Λειτουργική δυσπεψία.....	Σελ. 43
2.6.1 Επιδημιολογία.....	Σελ. 43
2.6.2 Διάγνωση.....	Σελ. 44
2.6.3 Κλινική εικόνα.....	Σελ. 44
2.6.4 Θεραπεία.....	Σελ. 45
2.7 Σύνδρομο κυκλικών εμετών.....	Σελ. 45
2.7.1 Κλινική εικόνα.....	Σελ. 45
2.7.2 Διάγνωση.....	Σελ. 46
2.7.3 Θεραπεία.....	Σελ. 46
2.8 Συστηματικός ερυθματώδης λύκος.....	Σελ. 47
2.8.1 Ιστορική αναδρομή.....	Σελ. 47

2.8.2	Επιδημιολογία.....	Σελ. 48
2.8.3	Κλινική εικόνα.....	Σελ. 48
2.8.4	Διάγνωση.....	Σελ. 49
2.8.5	Θεραπεία.....	Σελ. 49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ.

3.1 Ορισμός Εγκολεασμού..... Σελ. 52

3.1.2	Επιδημιολογία.....	Σελ. 53
3.1.3	Κλινικά χαρακτηριστικά.....	Σελ. 53
3.1.4	Διάγνωση.....	Σελ. 53
3.1.5	Θεραπεία.....	Σελ. 54

3.2 Ορισμός ατρησίας / στένωσης δωδεκαδάχτυλου..... Σελ. 55

3.2.1	Εμβρυολογία.....	Σελ. 56
3.2.2	Αιτιολογία.....	Σελ. 56
3.2.3	Πρόγνωση.....	Σελ. 56
3.2.4	Διάγνωση.....	Σελ. 56
3.2.5	Κλινική εικόνα.....	Σελ. 57
3.2.6	Θεραπεία.....	Σελ. 57

3.3 Ορισμός Οξείας σκωληκοειδίτιδας..... Σελ. 58

3.3.1	Αιτιολογία.....	Σελ. 58
3.3.2	Επιδημιολογία.....	Σελ. 58
3.3.3	Κλινική εικόνα.....	Σελ. 59
3.3.4	Διάγνωση.....	Σελ. 60
3.3.5	Θεραπεία.....	Σελ. 60
3.3.6	Πρόγνωση.....	Σελ. 60

3.4 Ορισμός Κωλικοί πρώτου τριμήνου..... Σελ. 61

3.4.1	Αιτιολογία.....	Σελ. 61
-------	-----------------	---------

3.4.2	Διάγνωση.....	Σελ. 62
3.4.3	Θεραπεία.....	Σελ. 62
3.5	Ορισμός Δυσκοιλιότητας.....	Σελ. 63
3.5.1	Επιδημιολογία.....	Σελ. 64
3.5.2	Αιτιολογία.....	Σελ. 65
3.5.3	Διάγνωση.....	Σελ. 65
3.5.4	Θεραπεία.....	Σελ. 66
3.6	Ορισμός Κοιλιοκάκης.....	Σελ. 68
3.6.1	Επιδημιολογία.....	Σελ. 69
3.6.2	Διάγνωση.....	Σελ.69
3.6.3	Κλινική εικόνα.....	Σελ.70
3.6.4	Θεραπεία.....	Σελ. 70
3.7	Ορισμός Νόσου Hirschsprung.....	Σελ. 71
3.7.1	Διάγνωση.....	Σελ.71
3.7.2	Κλινική εικόνα.....	Σελ. 72
3.7.3	Θεραπεία.....	Σελ. 72
3.8	Ορισμός Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσου του εντέρου.....	Σελ. 73
3.8.1	Επιδημιολογία.....	Σελ. 73
3.8.2	Παράγοντες κινδύνου.....	Σελ. 74
3.8.3	Κλινική εικόνα.....	Σελ. 74
3.8.4	Διαφορές μεταξύ Ελκώδης κολίτιδας και Νόσου του Crohn...	Σελ. 75
3.8.5	Θεραπεία.....	Σελ. 76
3.9	Ορισμός Μεκέλειος απόφυσης.....	Σελ. 77
3.9.1	Επιδημιολογία.....	Σελ. 77
3.9.2	Κλινική εικόνα.....	Σελ. 77
3.9.3	Διάγνωση.....	Σελ. 77
3.9.4	Θεραπεία.....	Σελ. 78

3.10 Ορισμός Ανώμαλης / ατελής περιστροφής του εντέρου... Σελ. 78

3.10.1 Κλινική εικόνα..... Σελ. 78

3.10.2 Θεραπεία..... Σελ. 79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

4.1 Στη αντιμετώπιση κοιλιακού άλγους..... Σελ. 81

4.2 Στη ψυχολογική στήριξη του παιδιού..... Σελ. 82

4.3 Στη Προεγχειρητική φροντίδα..... Σελ. 83

4.4 Στη Μετεγχειρητική φροντίδα..... Σελ. 84

4.4.1 Αμέσως μετά τη θεραπεία της ανάνηψης..... Σελ. 85

4.5 Ορισμός Νοσηλευτικής διεργασίας..... Σελ. 86

4.5.1 Νοσηλευτική διεργασία – Περιστατικό 1..... Σελ. 87

4.5.2 Νοσηλευτική διεργασία – Περιστατικό 2..... Σελ. 88

Βιβλιογραφία..... Σελ. 91

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.

- ✚ **Εικόνα 1.1:** Ανατομία πεπτικού συστήματος.
- ✚ **Εικόνα 2.1:** Ανατομία Οισοφάγου.
- ✚ **Εικόνα 3.1:** Ανατομία στομάχου.
- ✚ **Εικόνα 4.1:** Σχεδιασμός Μικρολαχνών λεπτού εντέρου.
- ✚ **Εικόνα 1.2.α :** Απεικόνιση διαφορετικών τύπων σχισμής στο χείλος.
- ✚ **Εικόνα 1.2.β :** Απεικόνιση των διαφορετικών τύπων υπερωιοσχιστίας.
- ✚ **Εικόνα 2.2 :** Χρονολογική πορεία αντιμετώπισης του σχισμών.
- ✚ **Εικόνα 3.2:** Ακτινογραφία κοιλιακής χώρας σε όρθια στάση, επίτευξη απεικόνισης της διόγκωσης της κοιλίας λόγω ενδοκοιλιακού αέρα μέσω κατάποσης.
- ✚ **Εικόνα 4.2:** Απεικόνιση της αντίθετης πορείας του γαστρικού περιεχομένου.
- ✚ **Εικόνα 5.2:** Οι ανατομικές παραλλαγές της ατρησίας του οισοφάγου και/ή χωρίς τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, με την σειρά που προαναφέρθηκαν.
- ✚ **Εικόνα 1.3:** Εγκολεασμός λεπτού εντέρου.
- ✚ **Εικόνα 2.3:** Ακτινογραφία κοιλίας, απεικόνιση διπλής φυσαλίδας.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.

- 📊 Πίνακας 1.2 : Κλινικά συμπτώματα στο ερυθματώδη λύκο και συχνότητα εμφάνισης (%).
- 📊 Πίνακας 1.3 : Η φυσιολογική κίνηση του εντέρου ανά ηλικιακή ομάδα.
- 📊 Πίνακας 2.3 : Η σωστή πρόσληψη φυτικών ινών ανά ηλικιακή ομάδα, σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- 📊 Πίνακας 1.4 : Νοσηλευτική Διεργασία στη οξεία σκωληκοειδίτιδα.
- 📊 Πίνακας 2.4: Νοσηλευτική διεργασία στη νόσο του Hirschsprung.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δυσλειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος είναι ένα από τα συνηθισμένα προβλήματα που απασχολεί τον παιδιατρικό πληθυσμό. Η καθυστερημένη γαστρική κένωση, τα μη φυσιολογικά μοτίβα κινήσεων και η εξασθενημένη ακεραιότητα του εντερικού φραγμού παρατηρούνται συνήθως στη μονάδα κρίσιμης φροντίδας και σχετίζονται με επιπλοκές και νοσηρότητες που μπορεί να επηρεάσουν την επιβίωση και την καθημερινότητα του παιδιού. Έχουν καταγραφεί περιπτώσεις παιδιών που εμφανίζουν υποτροπιάζον κοιλιακό άλγος επαρκές για να επηρεάσει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, προκαλώντας συχνά σοβαρό άγχος στους γονείς και τους φροντιστές.

Η κλινική έκφραση μιας λειτουργικής γαστρεντερικής διαταραχής εξαρτάται από το στάδιο της αυτόνομης, συναισθηματικής και πνευματικής ανάπτυξης του παιδιού και από τις συνακόλουθες οργανικές και ψυχολογικές διαταραχές που ακολουθούν τη καθημερινή του ζωή. Τα λειτουργικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας έρχονται μερικές φορές συνεπακόλουθα με την κανονική ανάπτυξη (όπως η αναρρόφηση των βρεφών) ή μπορεί να προκύψουν από ακατάλληλες συμπεριφορικές αποκρίσεις σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα (όπως στη λειτουργική δυσκοιλιότητα, η συγκράτηση των μαζικών κοπράνων λειτουργεί ως αντίδραση σε οδυνηρή αφόδευση).

Στα παιδιά, τα λειτουργικά συμπτώματα μίας γαστρεντερικής πάθησης διαγιγνώσκονται σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης που βασίζονται στα συνηθέστερα συμπτώματα, τα οποία έχουν δημιουργεί δια μέσο συναντήσεων των επιτροπών του Ιδρύματος της Ρώμης, με τη βοήθεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της ομαδικής συναίνεσης. Τα κριτήρια της Ρώμης, θεσπίστηκαν για πρώτη φορά το 1990 και αυτά εφαρμόστηκαν μόνο στους ενήλικες. Το 1999, με την έναρξη των κριτηρίων της Ρώμης II, θεσπίστηκαν κριτήρια για τα παιδιά. Εκείνη την εποχή υπήρχε μια ελλιπής βιβλιογραφία σχετικά με τις γαστρεντερικές παθήσεις στα παιδιά και σε μερικές διαγνώσεις, γίνεται μίμηση των συμπτωμάτων με τα πρότυπα των ενηλίκων. Αυτά αναθεωρήθηκαν το 2006, με την έναρξη των κριτηρίων της Ρώμης III και πρόσφατα, το 2016, δημοσιεύτηκαν τα αναθεωρημένα κριτήρια της Ρώμης IV. Από τη δημοσίευση της Ρώμης III, έγινε διάκριση μεταξύ των συμπτωμάτων, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, στα νεότερα (νεογνά / μικρό παιδί)

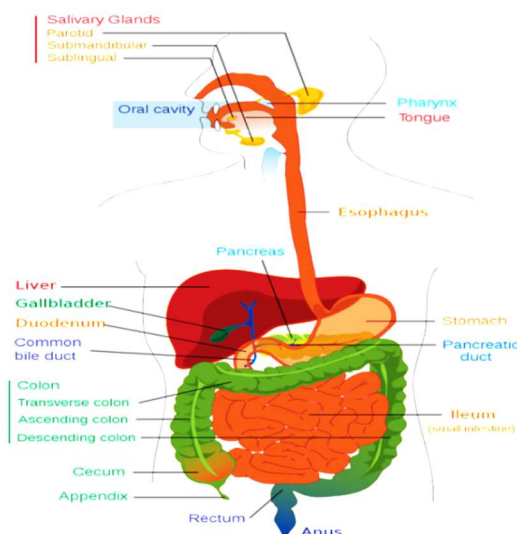
και στα μεγαλύτερα παιδιά (παιδί/έφηβος). Μία από τις δυσκολίες αντιμετώπισης είναι ότι οι διαγνώσεις βασίζονται στο ιατρικό ιστορικό και στη φυσική εξέταση για αυτό είναι σημαντικό αυτά τα διαγνωστικά κριτήρια που βασίζονται στα συμπτώματα να είναι ακριβή, σαφή και ξεκάθαρα, ως προς τους παιδίατρος (Korpen, και συν.2017).

Σε κάθε σχέδιο επέμβασης για την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών διαταραχών θα πρέπει να συμμετέχει τόσο το παιδί όσο και η οικογένεια. Η αποτελεσματική διαχείριση εξαρτάται από την εξασφάλιση θεραπευτικής συμμαχίας με τους γονείς. Αιτιολογικά, μέσα από τα πρώτα χρόνια, τα παιδιά δεν μπορούν να αναφέρουν με ακρίβεια συμπτώματα όπως ναυτία ή πόνο. Το βρέφος και το παιδί προσχολικής ηλικίας δεν μπορούν να κάνουν διάκριση μεταξύ συναισθηματικής και σωματικής δυσχέρειας. Οι νοσηλευτές και οι ιατροί εξαρτώνται από τις αναφορές και τις ερμηνείες των γονέων, οι οποίοι γνωρίζουν καλύτερα, το παιδί τους και τις παρατηρήσεις έκφρασης και καταγραφής του πόνου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή αποτελεί ίσως το χρησιμότερο εργαλείο για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων διαταραχών. Η πολυδιάστατη εικόνα του νοσηλευτή σε συνδυασμό με την εξειδίκευση και την περαιτέρω μάθηση, που οφείλει να διατηρεί, εξασκεί και αποτρέπει το παιδί από επιπρόσθετες υποτροπές που μπορούν να αποθκευτούν λόγω ψυχολογικής και κοινωνικής αλλαγής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑ.

Το πεπτικό ή γαστρεντερολογικό (γαστέρα= κοιλία & έντερο) είναι ένα σύστημα οργάνων μέσω των οποίων γίνεται η δίοδος της τροφής, η διαδικασία της πέψης, η απορρόφηση και η μεταφορά εντός της κυκλοφορίας των θρεπτικών συστατικών και υγρών και εν τέλει η αποβολή των άχρηστων προς τον οργανισμό ουσιών. Ο πεπτικός σωλήνας έχει μήκος 14,57m και επεκτείνεται από το στόμα έως τον πρωκτό. Ουσιαστικά, το γαστρεντερικό σύστημα είναι ένας κούλος σωλήνας, ο οποίος χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη: την ανώτερη γαστρεντερική οδό η οποία αποτελείται από το στόμα, το φάρυγγα, τον οισοφάγο και το στομάχι καθώς και από την κατώτερη γαστρεντερική οδό η οποία περιλαμβάνει το λεπτό έντερο το οποίο συναπαρτίζουν το δωδεκαδάχτυλο, η νήστιδα, ο ειλεός, το κόλον, το ορθό και τέλος ο πρωκτός. Καθόλη την πορεία και των δυο γαστρεντερικών οδών ξεκινώντας από στόμα, την πύλη εισόδου της τροφής και καταλήγοντας στον πρωκτό, την πύλη εξόδου της τροφής, σημαντικό ρόλο λαμβάνουν επικουρικά όργανα με αδενική λειτουργία που εκκρίνουν το περιεχόμενο τους εντός του πεπτικού σωλήνα. Τόσο οι μικροί ή ελάσσονες αδένες, που βρίσκονται στο τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα όσο και οι μεγάλοι αδένες όπως το πάγκρεας (που παράγει ουσίες που διασπών υδατάνθρακες και πρωτεΐνες), το συκώτι (που παράγει χολή και διασπά τα λίπη) και οι σιελογόνοι (που παράγουν σάλιο και διασπών τα σάκχαρα) ευθύνονται για την χημική/ενζυμική διάσπαση της τροφής.



Εικόνα 1.1: Ανατομία πεπτικού συστήματος (Πηγή: Open Science Wiki).

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

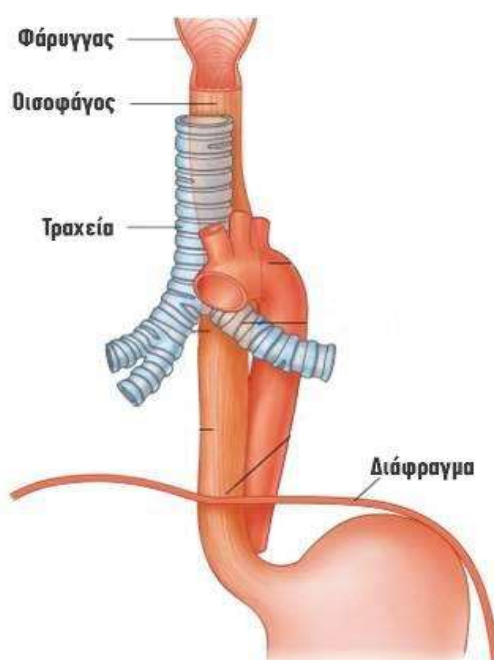
Ο οισοφάγος είναι ένας εύκαμπτος, μυώδης σωλήνας ο οποίος, συνδέει το φάρυγγα με το στομάχι και χρησιμοποιείται ως δίοδος μεταφοράς της τροφής. Έχει μήκος 25 εκατοστών, αρχίζοντας από το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου και καταλήγοντας στο καρδιακό στόμιο του στομάχου (Εικόνα 2.1). Το τοίχωμα του οισοφάγου αποτελείται από τρεις χιτώνες από έξω προς τα μέσα: τον ινώδη, το μυϊκό ιστό και το βλεννογόνο. Ο οισοφάγος μπορεί να διαιρεθεί σε τρεις μοίρες με βάση των αντίστοιχων περιοχών του σώματος με των οποίων διέρχεται: την αυχενική μοίρα, τη θωρακική μοίρα και την κοιλιακή μοίρα.

Αρχικά, όπως αναφέρουν, ο Fritsch & Kuhnel 2009, «στην τραχηλική μοίρα το οπίσθιο τοίχωμα της ακουμπάει πάνω στη σπονδυλική στήλη ενώ το πρόσθιο τοίχωμα ακουμπάει πάνω στην τραχεία. Στη συνέχεια κατά την πορεία της θωρακικής μοίρας του οισοφάγου, βαθμιαία κινείται μακριά από τη σπονδυλική στήλη. Πορεύεται παράλληλα με την τραχεία και πίσω της. Τελικά, η κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου που είναι πολύ βραχεία, με μήκος 1-3 cm, εκτείνεται από το οισοφαγικό τμήμα του διαφράγματος, με το οποίο συνδέεται μέσω χαλαρού συνδετικού ιστού ο οποίος επιτρέπει την κίνηση προς το στομάχο.»

Η κατεύθυνση του οισοφάγου προς τα κάτω εμφανίζει στρεβλή πορεία. Παρατηρούνται τρία σημεία φυσιολογικών ανατομικών στενωμάτων του αυλού του. Το άνω στένωμα, το οποίο ονομάζεται τραχηλικό στένωμα (άνω οισοφαγικός σφιγκτήρας), αντιστοιχεί στην είσοδο του οισοφάγου και προκαλείται από τον κρικοφαρυγγικό μυ. Το μέσο στένωμα, το οποίο ονομάζεται βρογχοαορτικό δημιουργείται από τη διασταύρωση του αριστερού κυρίου βρόγχου εμπρός και του αορτικού τόξου στο αριστερό πλάγιο τοίχωμα του οισοφάγου και έχει διάμετρο 1,6 εκατοστά. Το κάτω οισοφαγικό στένωμα, το οποίο ονομάζεται υπερφρενικό, όπου ο οισοφάγος περνάει διαμέσου του οισοφαγικού τμήματος του διαφράγματος και έχει εύρος 1,6-1,9 εκατοστά (Moore & Dalley 2016).

Η είσοδος του οισοφάγου περιβάλλεται από τον κρικοφαρυγγικό μυ. Ο μυς αυτός αποτελεί τον άνω σφιγκτήρα του οισοφάγου όπου διανοίγεται μαζί με την επιγλωττίδα (επαναρχίζει η αναπνοή) κάθε φορά που ο κάτω σφιγκτήρας του λάρυγγα συσπάται, επιτρέποντας την προώθηση του βλωμού στον οισοφάγο κατά την κατάποση αρχικά, μέσω αυξημένης πίεσης και έπειτα ενός συστολικού κύματος προς τα κάτω, κατά μήκος του οισοφάγου. Χρειάζονται περίπου 9 δευτερόλεπτα ώστε ο βλωμός να διασχίσει τον οισοφάγο και να εισέλθει στο στομάχι. Κατά την είσοδο του, στο εσωτερικό του στομάχου, ο κάτω σφιγκτήρας συστέλλεται εγκλωβίζοντας το γαστρικό περιεχόμενο και αποτρέποντας την οποιαδήποτε παλινδρόμηση στον οισοφάγο.

Η κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου, μήκους 1,5 εκατοστά, φέρεται από το οισοφαγικό τρήμα μέσα στο δεξιό σκέλος του διαφράγματος στο καρδιακό στόμιο. Η πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του καλύπτεται από περιτόναιο. Η λεμφική παροχέτευση της συγκεκριμένης μοίρας γίνεται μέσω λεμφαδένων της κοιλιακής αρτηρίας.



Εικόνα 2.1: Ανατομία Οισοφάγου (Πηγή: EndoUnit).

1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στόμαχος ή αλλιώς στομάχι είναι βασικό όργανο της πέψης και αποτελεί το περισσότερο διατεταγμένο τμήμα της γαστρεντερικής οδού. Βρίσκεται στο άνω τεταρτημόριο της κοιλιακής χώρας, ακριβώς κάτω από το διάφραγμα και έχει αγκιστροειδές σχήμα (σαν το αγγλικό γράμμα J). Είναι τοποθετημένος έτσι όπου προς τα άνω αποτελεί συνέχεια του οισοφάγου και προς τα κάτω καταλήγει στο δωδεκαδάχτυλο, το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου, στο οποίο εκκενώνει το περιεχόμενό του. Έχει μήκος 25-30 εκατοστά και χωρητικότητα 0,5-2,5L. Το εσωτερικό στρώμα του στομάχου είναι γεμάτο με ρυτίδες γνωστές ως γαστρικές πτυχές, οι οποίες επιπεδώνονται όταν το στομάχι δέχεται τροφή με αποτέλεσμα να αυξάνεται η χωρητικότητά του (Mulroney S.E & Myers A.K., 2010).

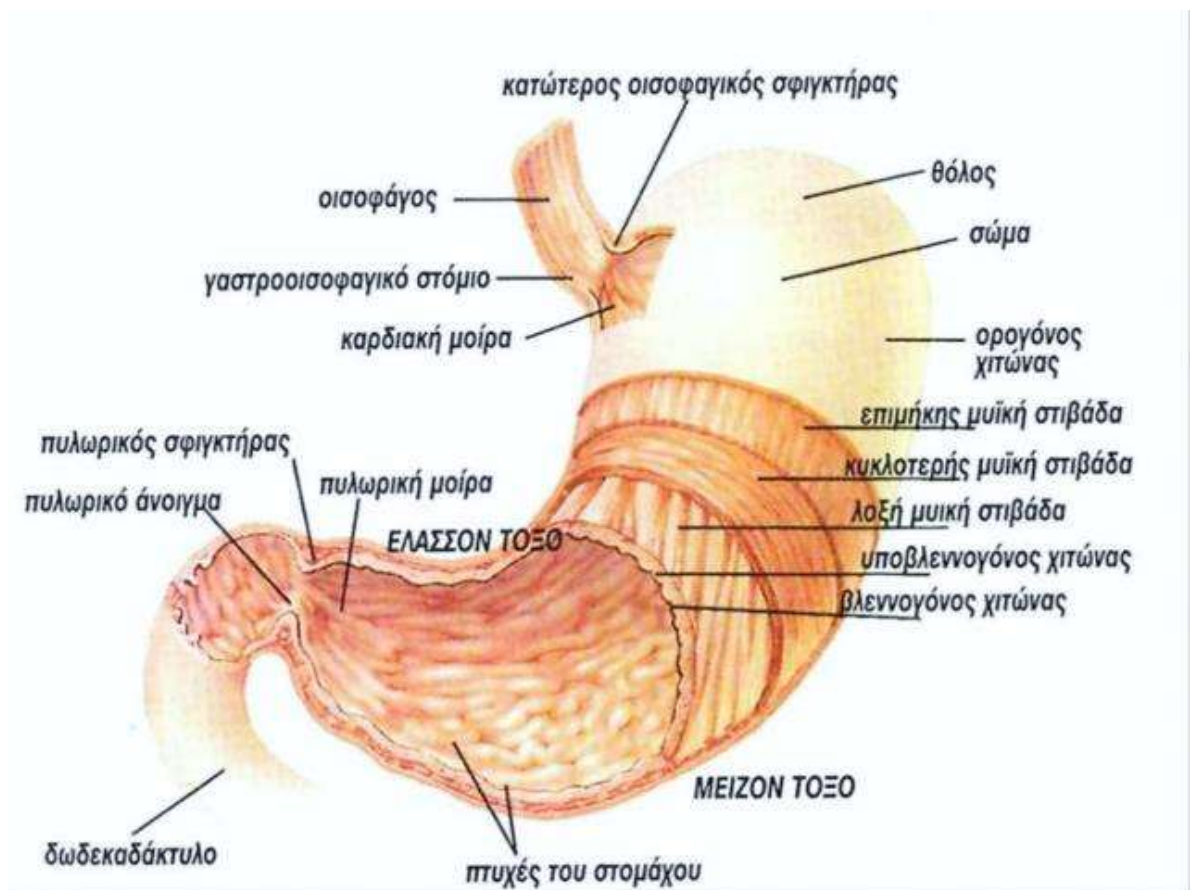
Τα τοιχώματα του στομάχου αποτελούνται από τέσσερις αλληλεπικαλυπτόμενους χιτώνες τον μυϊκό, τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο και τον ορογόνο καθώς και από αγγεία και νεύρα. Τον μυϊκό χιτώνα, που συνδυάζεται με τις περισταλτικές κινήσεις του στομάχου, καθώς συσπάται, και βοηθά το στομάχι ώστε οι τροφές αναμειγμένες με γαστρικά υγρά να καταλήξουν στο λεπτό έντερο. Ο βλεννογόνος χιτώνας, σχηματίζει πολυάριθμες, μακροσκοπικές, επιμήκεις πτυχές, οι οποίες ονομάζονται βλεννογόνιες πτυχές και επιτρέπουν την διάταση του στομάχου. Ο ορογόνος χιτώνας αποτελεί την εξωτερική στοιβάδα και συνίσταται από πλακώδη μεσοθηλιακά κύτταρα (Πλέσσας Σ.Τ., 2010).

Ο στόμαχος έχει δυο αποστρογγυλωμένες επιφάνειες, οι οποίες αναφέρονται σαν πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια στομάχου καθώς και δύο χείλη. Το μέσο κοίλο χείλος είναι το έλασσον τόξο και το πλάγιο κυρτό χείλος είναι το μείζον τόξο. Το έλασσον επίπλουν εκτείνεται μεταξύ του ελάσσονος τόξου και του ήπατος και το μείζον επίπλουν προσφύεται στο μείζον τόξο (Πλέσσας Σ.Τ., 2010 & Moore & Dalley 2016).

Ο στόμαχος διαιρείται σε κύριες περιοχές ή δομές του στομάχου που είναι:

- Η καρδιά του στομάχου, που είναι η άνω, στενή περιοχή που περιβάλλει το στόμιο εκβολής του οισοφάγου.

- Πυθμένας ή θόλος του στομάχου, που είναι η περιοχή που ευρίσκεται αριστερά και άνωθεν της γαστροοισοφαγικής συμβολής.
- Σώμα του στομάχου, που αποτελεί το ευρύτερο κεντρικό μέρος και συνδέει το θόλο με το άντρο.
- Το άντρο, το οποίο είναι η περιφερική μοίρα του στομάχου και αποτελεί σημείο ανάμειξης γαστρικού υγρού με την τροφή.
- Ο πυλωρός , ο οποίος αποτελεί την τελική περιοχή του στομάχου και επικοινωνεί με το δωδεκαδάκτυλο μέσω του πυλωρικού σφιγκτήρα. Ο πυλωρικός σφιγκτήρας είναι μια καθορισμένη ανατομική δομή που βρίσκεται στο ύψος του πρώτου οσφυϊκού σωλήνα και ρυθμίζει την κινητικότητα του χυμού μέσα στο λεπτό έντερο και εμποδίζει την παλινδρόμηση του (Richard και συν. 2006).



Εικόνα 3.1: Ανατομία στομάχου (Πηγή: iatronet.gr).

1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

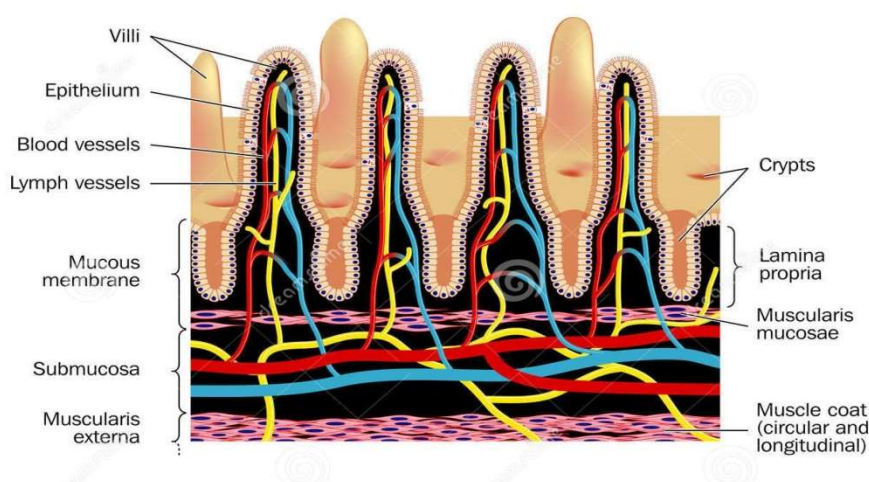
Ο στόμαχος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποθήκευση της επεξεργασμένης τροφή (χυμός). Κύριες λειτουργίες του είναι η προσωρινή αποθήκευση της τροφής καθώς και η μίξη της με ουσίες, οι οποίες θα εξασφαλίσουν τη πέψη αλλά και τον σχηματισμό του βλωμού. Σε πρωταρχικό στάδιο, κατά την λήψη της τροφής στο στομάχι τα βλεννογόνα κύτταρα του γαστρικού αδένου που βρίσκονται σε όλη τη επιφάνεια του εκκρίνουν τη βλέννα. Η βλέννα διαδραματίζει προστατευτικό χαρακτήρα καθώς προσφέρει ασφάλεια στο βλεννογόνο του στομάχου από το όξινο περιβάλλον. Στη συνέχεια, τα τοιχωματικά κύτταρα εκκρίνουν το υδροχλωρικό οξύ μαζί με τον ενδογενή παράγοντα (πολυπεπτίδιο), ο οποίος είναι απαραίτητος για την απορρόφηση της βιταμίνης B12 στον ανθρώπινο οργανισμό. Τα κύρια κύτταρα, αποτελούν την πλειονότητα και εκκρίνουν το πεψινογόνο με τη μορφή κόκκων ζυμογόνου. Το πεψινογόνο, είναι η ανενεργή προενζυμική μορφή της πεψίνης που καταλύει τη διάσπαση των πρωτεϊνών κατά 20% ενός τυπικού γεύματος. Το γαστρικό υγρό αποτελείται επίσης από τη γαστρίνη, η οποία παράγεται από τα G κύτταρα ευρισκόμενα στο άντρο του στομάχου και από την ισταμίνη ρυθμιστική ουσία που εκκρίνεται από τα αργυρόφιλα. Όλες αυτές οι εκκρίσεις ρυθμίζονται από το πνευμονογαστρικό αντανακλαστικό κατά τη φάση της κατάποσης. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε κατάποση ο κεντρικός στόμαχος εξυπηρετεί ειδικούς μηχανισμούς έλεγχου (τόσο εκκριτικούς όσο και κινητικούς) ώστε να προσαρμοστεί στο όγκο της ζητούμενης τροφής (Berne & Levy 2013).

Τα κύρια πρότυπα της κινητικότητας είναι η κένωση και η ανώθηση. Αρχικά, τα προσλαμβανόμενα υγρά περνάνε ταχέως στο δωδεκαδάχτυλο μέσω τονικών συσπάσεων σε αντίθεση με τη μάζα της τροφής η οποία θα πρέπει να τεθεί έτοιμη πριν την είσοδο στο πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου. Σε αυτή την προετοιμασία βοηθάνε οι περισταλτικές συσπάσεις που φέρονται κατά μήκος του στομάχου από άνω προς τα κάτω. Η διαφορά πίεσης που δημιουργείται μεταξύ του άντρου και του δωδεκαδάχτυλου αναπτύσσει ένα δυναμικό περισταλτικό κύμα σύσπασης με κατεύθυνση προς τον πυλωρό προκαλώντας την παλινδρόμηση του μεγαλύτερου μέρους του υγρού προς το σώμα του στομάχου. Το περισταλτικό κύμα που διαπερνά το πυλωρικό σφιγκτήρα προκαλεί και τη σύγκλειση του με αποτέλεσμα τη διακοπή

της κένωσης του στομάχου. Όλες αυτές οι συσπάσεις επαναλαμβάνονται ανά 3 λεπτά πριν την ολική γαστρική έξοδο (Costanzo 2002).

1.4 ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το λεπτό έντερο είναι το κύριο όργανο απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών. Στο συγκεκριμένο τμήμα του πεπτικού συστήματος η τροφή αναμειγνύεται με ποικίλες εκκρίσεις που επιτρέπουν την πέψη, ενώ μέσω της απορροφητικής επιφάνειας του λεπτού εντέρου εξασφαλίζεται η επαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών του χυμού. Ουσιαστικά είναι ένας μακρύς, περιελιγμένος σωλήνας μήκους 6,8 μέτρα με πτυχώσεις σε όλο το πάχος του βλεννογόνου και υποβλεννογόνο ιστού, σχηματίζοντας έτσι προεκβολές (Εικόνα 4.1), τις εντερικές λάχνες ύψους 0,5-1,5mm (οι οποίες είναι υπεύθυνες για το μεγάλο απορροφητικό εμβαδόν). Κάθε λάχνη καλύπτεται με επιθηλιακά και βλεννογόνα κύτταρα. Στο κέντρο της λάχνης υπάρχουν αρτηρίδια που διαιρούνται σε τριχοειδή στη κορυφή των λάχνων. Το αίμα των τριχοειδών αυτών καταλήγει προς τις φλέβες στη ρίζα της λάχνης. Τα τριχοειδή αυτά ενισχύουν τη διανυσματική κυτταρική μεταφορά των υδατοδιαλυτών ουσιών αφού εισέλθουν στο επιθήλιο. Η ευκαμψία αυτών των μικροϊνών, που καλύπτονται από πλασματική με μεμβράνη, αποκαθιστούν την ισορροπία μεταξύ υδατοδιαλυτών και πλασματικών ουσιών.



Εικόνα 4.1: Σχεδιασμός Μικρολαχνών λεπτού εντέρου (Πηγή: *physiology.med.uoa.gr*).

Το λεπτό έντερο διαχωρίζεται σε τρεις κύριες περιοχές : το δωδεκαδάχτυλο, τη νήστιδα και το ειλεό.

Το δωδεκαδάχτυλο, είναι η πρώτη και ευρύτερη μοίρα του λεπτού εντέρου, με μέτρηση 25 εκατοστά με αγκυλωτό σχήμα που εκτείνεται γύρω από τη κεφαλή του παγκρέατος. Αρχίζει από το πυλωρό και καταλήγει στην νηστιδοδωδεκαδακτυλική συμβολή. Η μοίρα του δωδεκαδάχτυλου στηρίζεται με την βοήθεια του περιτόνιου στις δομές του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος για αυτό θεωρείται το πιο σταθεροποιημένο τμήμα του λεπτού εντέρου (Fritsch & Kuhnel 2009).

Διαιρείται σε τέσσερα τμήματα:

- ✓ Το άνω το οποίο ανέρχεται από το πυλωρό και καλύπτεται από το ήπαρ και τη χοληδόχο κύστη.
- ✓ Τη κατιούσα, βρισκόμενη γύρω από τη κεφαλή του παγκρέατος.
- ✓ Τη οριζόντια, η οποία τοποθετείται πάνω από τη κάτω κοίλη φλέβα, την αορτή και τον Ο3 σπόνδυλο.
- ✓ Την ανιούσα, η οποία αρχίζει από το Ο3 σπόνδυλο και ανέρχεται στο κάτω χείλος του σώματος του παγκρέατος (David A.M. και συν. 2007).

Στη συγκεκριμένη μοίρα συνδέονται οι πόροι της χοληδόχου κύστης και του παγκρέατος με αποτέλεσμα να εκκρίνεται η χολή, βασικό διάλυμα με χαρακτηριστικό πρασινοκίτρινο χρώμα το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο στη απορρόφηση και πέψη του λίπους. Όλα τα θρεπτικά συστατικά απορροφούνται στο αίμα μέσω του πολυστρώματος που σχηματίζει ο ιστός του λεπτού εντέρου. Οι ανατομικές, ιστολογικές και λειτουργικές εξειδικεύσεις κατά μήκος της γαστρεντερικής οδού είναι υπεύθυνες για την αποτελεσματική και ρυθμισμένη μεταφορά θρεπτικών ουσιών μέσω παθητικών και ενεργών μηχανισμών. Διαμέσου όμως της εντερικής απορρόφησης γίνεται επαρκή απόκτηση βασικών θρεπτικών ουσιών όπως το νάτριο, τα ανιόντα (χλωριούχα, θειικά, οξαλικά), υδατάνθρακες, αμινοξέα, λιπίδια και υδροδιαλυτά, βιταμίνες, καθώς και τα κυριότερα μέταλλα και μικροθρεπτικά συστατικά.

Δεύτερη μοίρα του λεπτού εντέρου αποτελεί η νήστιδα, μήκους περίπου ενός μέτρου που εκτείνεται από το δωδεκαδάχτυλο μέχρι τον ειλεό. Περιέχει περισσότερες

εσωτερικές πτυχές από τον ειλεό κάτι που δικαιολογεί το βαθύ κόκκινο του υποβλεννογόνο της. Βαθμιαία μετατρέπεται στον ειλεό, την τελευταία μοίρα του λεπτού εντέρου, κατά μήκος του εντέρου.

Ο ειλεός, έχει 4 μέτρα μήκος και καταλήγει στην ειλεοτυφλική συμβολή, δηλαδή στη ένωση του ειλεού και του τυφλού. Το τοίχωμα του περιέχει λεμφικό ιστό αλλά και τις πλάκες του Peyer χαρακτηριστικό ανατομικό του στοιχείο. Σε σχέση με τη νήστιδα έχει λεπτό και φωτεινό τοίχωμα και παρουσία πολλαπλών αδένων (Frank H., 2005).

Η κινητικότητα του λεπτού εντέρου οφείλεται σε δύο τύπους κινήσεων: της ανάμιξης και της περίστασης. Σε συνδυασμό και των δυο τύπων ο χυμός φτάνει στο άνω τμήμα του λεπτού εντέρου μόνο που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε διαφορετικό ρυθμό. Αυτό οφείλεται στη φάση που ευρίσκεται ο εντερικός μυς κάθε φορά και με ποιο ερέθισμα έχει να συναγωνιστεί την κάθε περίοδο. Κατά την διάρκεια των κινήσεων ανάμιξης δεν υπάρχει συντονισμός του εντερικού μυς ώστε ο χυμός να παραμείνει στο πρωταρχικό του στάδιο με τη μίξη πεπτικών υγρών (παγκρεατικές, χολικές εκκρίσεις). Αντίθετα κατά την φάση των κινήσεων περίστασης, ή αλλιώς προώθησης, ο εντερικός μυς συντονίζεται με την σύσπαση των περιοχών κατά μήκος του εντέρου και ο χυμός με δυναμικά κύματα εξαπλώνεται στο απορροφητική επιφάνεια του λεπτού εντέρου.

1.5 ANATOMIA PACHY ENTEPOY

Το παχύ έντερο αντιπροσωπεύει τη λήξη του γαστρεντερικού σωλήνα. Έχει μήκους 1,5 μέτρα, με διάμετρο 6,5 εκατοστά και αρχίζει από το κατώτερο δεξιό μέρος της κοιλίας (το δεξιό κόλον), ανεβαίνει προς τα άνω και δεξιά και στη συνέχεια ανέρχεται προς το αριστερό άνω μέρος της κοιλίας (εγκάρσιο κόλον). Συγκεκριμένα περιβάλλει κατά μήκος το λεπτό έντερο. Κύριες λειτουργίες του είναι η απορρόφηση ύδατος και σημαντικών ηλεκτρολυτών καθώς και η παροδική αποθήκευση έως αποβολή από το σώμα άχρηστων υπολειμμάτων της πέψης με τη μορφή κοπράνων, μέσω της διαδικασίας της αφόδευσης. Σε σχέση με το λεπτό έντερο ξεχωρίζει λόγω μεγαλύτερης διαμέτρου του αυλού και των αποφύσεων του αλλά και λόγω ελάττωσης του πλάτους του από το αρχικό έως το τελικό του τμήμα. Αποτελείται από τέσσερις

κύριες μοίρες: το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον με τα διάφορα τμήματα του (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν, σιγμοειδές), το ορθό και το πρωκτό.

Το *τυφλό* είναι η πρώτη μοίρα του παχύ εντέρου, ένα διευρυμένο τμήμα με μορφή σακιδίου και μήκος 7,5 εκατοστά. Φέρεται από το κάτω δεξί τμήμα της κοιλίας και περιβάλλεται από περιτόναιο, κάτι που του προσδίδει κινητικότητα. Στο άκρο της συγκεκριμένης μοίρας βρίσκεται η σκωληκοειδής απόφυση. Η εντερική αυτή απόφυση έχει μήκος 8 εκατοστά και περιέχει άφθονο λεμφικό ιστό προσδίδοντας σημαντικό ρόλο στη άμυνα του οργανισμού εναντίον των λοιμώξεων (Dijkstra G & Rings E., 2016).

Τη δεύτερη μοίρα του παχέος έντερου είναι το *κόλον*, το οποίο αποτελεί τη συνέχεια του τυφλού και συνίσταται από τα ακόλουθα τμήματα:

- Το ανιόν κόλον, το οποίο εκτείνεται προς τα άνω μέχρι τη κάτω επιφάνεια του ήπατος όπου στρέφεται προς τα κάτω σχηματίζοντας την ηπατική καμπή.
- Το εγκάρσιο κόλον, το οποίο με τη σειρά του σχηματίζει τη σπληνική καμπή.
- Το κατιόν κόλον, το οποίο φέρεται προς τα κάτω κατά μήκος του πυέλου.
- Το σιγμοειδές κόλον, το οποίο αποτελεί την απόληξη του κόλον με το χαρακτηριστικό σχήμα μορφής του αγγλικού γράμματος S.

Το *ορθόν* μαζί με το *πρωκτό* διαδραματίζουν τα τελικά τμήματα του πεπτικού σωλήνα και της πορεία των αποβλήτων εκτός του σώματος. Αρχικά, το ορθόν έχει μήκος 20 εκατοστά από τα οποία τα τέσσερα απαρτίζουν το μέρος του πρωκτού. Τα υπολείμματα του οργανισμού καταφθάνοντας στο εξωτερικό άνοιγμα του πρωκτού αντιμετωπίζοντας την παρουσία δυο σημαντικών σφιγκτήρων του πρωκτού, τον έσω και τον έξω. Η διαφορά μεταξύ των δύο σφιγκτήρων είναι ότι ο έξω σφιγκτήρας λειτουργεί εκούσια με βάση τη βούληση και τον ευσυνείδητο έλεγχο του ανθρώπου σε σχέση με τον έσω που ρυθμίζεται χωρίς την ανθρώπινη επιλογή.

Τα παραπάνω τμήματα του παχέος εντέρου φέρονται από το μεσόκολον, ένα τμήμα του ραχιαίου μεσεντέριου το οποίο αποτελείται από λιπώδη ιστό και περιέχει βασικά αγγεία και νεύρα.

Ωστόσο, το παχύ έντερο αποτελείται από τέσσερις χιτώνες από μέσα προς τα έξω, τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο και τον μυϊκό χιτώνα. Ο βλεννογόνος, ο εσωτερικός χιτώνας είναι υπεύθυνος για την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών μέσω του πλούσιου επιθήλιου του σε πολυάριθμα απορροφητικά κύτταρα. Ο υποβλεννογόνιος βρίσκεται μεταξύ του βλεννογόνου και του μυϊκού χιτώνα διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο καθώς αποτελείται κυρίως από αγγεία και νεύρα. Ο μυϊκός χιτώνας είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνος για τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου και την δυναμική του αυτοδιέγερση.

1.6 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο έχει δύο κύριες λειτουργίες: την απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών και την κατακράτηση και αποβολή των κοπράνων. Από το λεπτό έντερο μέσω της ειλεοκολπικής βαλβίδας εισέρχεται ο χυμός στο εσωτερικό του παχύ εντέρου μαζί με αρκετά συστατικά που αντιστάθηκαν στη διαδικασία πέψης και απορρόφησης. Με την είσοδο του χυμού αρχίζει η κινητική δραστηριότητα του εντέρου που αποτελεί την κυρία δύναμη του για την πορεία της αφόδευσης. Μέσω νωθρών περισταλτικών, κινητικών και προωθητικών συσπάσεων που κινούνται και προς τις δυο κατευθύνσεις δημιουργείται αποτελεσματικός μηχανισμός που μεταφέρει το εντερικό περιεχόμενο προς το δακτύλιο. Η συστολή που δημιουργείται παρουσιάζει προοδευτική αύξηση της έντασης για περίπου 30 δευτερόλεπτα και η χαλάρωση ανέρχεται έπειτα από 3-4 λεπτά. Η προώθηση με τις κινήσεις αυτές μιας επαρκούς ποσότητας υπολειμμάτων προκαλεί και το αίσθημα για αφόδευση.

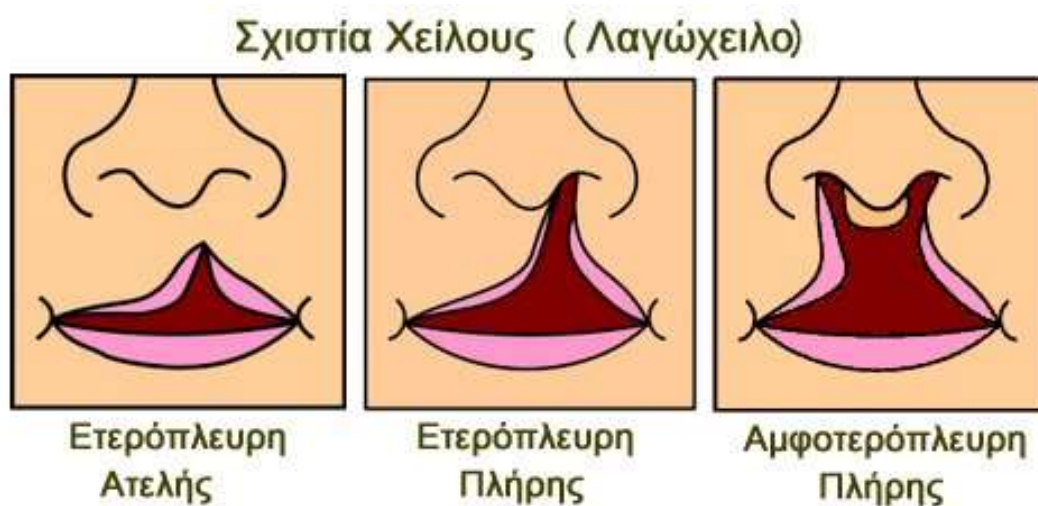
Η αιμάτωση του παχέος εντέρου προέρχεται από δυο κύρια αρτηριακά στελέχη την άνω και κάτω μεσεντέρια αρτηρία, τα οποία είναι κλάδοι της κοιλιακής αορτής. Πιο συγκεκριμένα το δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου τροφοδοτείται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία ενώ το αριστερό τμήμα από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Παράλληλα σε αυτή τη ζώνη και σε ίδια διάταξη υπάρχει το φλεβικό δίκτυο.

Κεφάλαιο 2ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ.

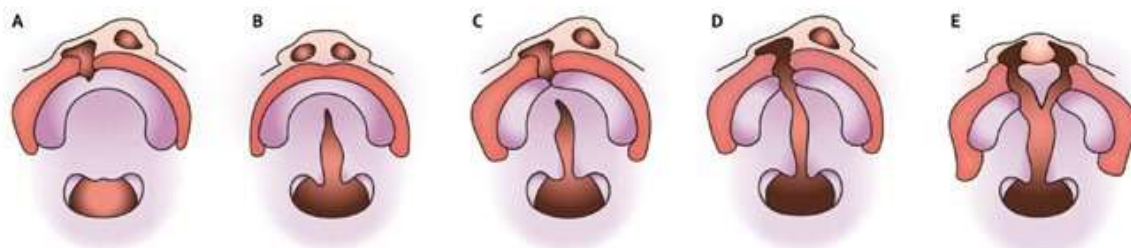
2.1 ΛΑΓΩΧΕΙΛΟ / ΥΠΕΡΩΙΟΣΧΙΣΤΙΑ (ΛΥΚΟΣΤΟΜΑ)

Το λαγώχειλο και το λυκόστομα, κατατάσσονται στις πιο συνηθέστερες συγγενείς ανωμαλίες που προσβάλλουν νεογνά και μικρά παιδιά, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2016. Είναι συγγενείς παραμορφώσεις που οφείλονται στη ατελή σύντηξη της μαλακής και της σκληρής υπερώας να ενωθούν με επιτυχία, κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, με αποτέλεσμα των σχηματισμό σχισμών (είναι μη φυσιολογικά ανοίγματα σε μια ανατομική δομή, τα οποία φυσιολογικά είναι κλειστά). Ποικίλουν ανάλογα με τη θέση και τη σοβαρότητα τους και προσβάλλουν κυρίως χείλη, υπερώα και ουρανίσκο. Παρουσιάζονται σε τρεις μορφές: το λαγώχειλο που αντιπροσωπεύει τη σχισμή του χείλους, την υπερωιοσχιστία (αποτυχία μεσεγχυματικών μαζών των υπερωίων αποφύσεων (υπερώια ιστία) να συνενωθούν. σε συνδυασμό με το λαγώχειλο και το λυκόστομα ή υπερωιοσχιστία που αντιπροσωπεύει την σχισμή υπερώας (Ματσανιώτης Ν. και συν. 2010). Οι σχισμές του χείλους διαφέρουν ως πλήρεις ή ατελής ανάλογα με το βαθμό που η σχισμή εκτείνεται διαμέσου του χείλους και της μύτης (Εικόνα 1.2).



Εικόνα 1.2.α : Απεικόνιση διαφορετικών τύπων σχισμής στο χείλος (Πηγή: dontiastoma.gr).

Ενώ οι σχισμές που προσβάλλουν υπερώα και ουρανίσκο διαχωρίζονται και σε μονόπλευρες ή αμφίπλευρες (Εικόνα 1.2.β).



Εικόνα 1.2.β : Απεικόνιση των διαφορετικών τύπων υπερωιοσχιστίας. A= Μονόπλευρο σχισμένο χείλος, B= Εμφάνιση σχισμής μόνο στον ουρανίσκο, C= Συνδυασμός λαγώχειλου και λυκόστομα με ατελής σύντηξη ανάμεσα, D= Μονομερή σχισμένο χείλος και ουρανίσκος, E= Διπλό σχισμένο χείλος και ουρανίσκος (Πηγή: klinikiagiosloukas.gr).

2.1.1 ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η ανάπτυξη προσώπου και γνάθου επέρχεται μεταξύ της 4^{ης} και 9^{ης} εβδομάδας της κύησης. Αναλυτικά, κατά τη 4^η – 5^η εβδομάδα αναπτύσσονται οι ρινικές καταβολές προς τον σχηματισμό ρινικών βοθριών. Στη περιοχή των ρινικών αυτών βοθριών εντοπίζονται οι έσω και έξω ρινικές αποφύσεις. Κατά τη 6^η -9^η εβδομάδα κύησης οι ρινικές αποφύσεις συνενώνονται με τις άνω γναθιαίες αποφύσεις, με κατεύθυνση πρόσθια και στη μεσότητα τους, ενισχύοντας τον σχηματισμό του μεσογναθικού τμήματος. Πιο συγκεκριμένα, με την ένωση αυτή ενώνονται ταυτόχρονα οι έσω ρινικές αποφύσεις μεταξύ τους. Μέσω των παραπάνω διεργασιών αναπτύσσεται η πρωτογενής υπερώα που προσφέρει έναν αρχικό διαχωρισμό μεταξύ της στοματικής και ρινικής κοιλότητας. Στη συνέχεια, με τον σχηματισμό της δευτερογενούς υπερώας ανάμεσα στη 9^η και 12^η εβδομάδα, τα υπερώα πέταλα ενώνονται με την πρωτογενή υπερώα στην περιοχή του τομικού τμήματος. Τέλος, η δευτερογενής υπερώα ενώνεται με το ρινικό διάφραγμα για την ολοκλήρωση ανάπτυξης και διαχωρισμού μεταξύ στοματικής και ρινικής κοιλότητας. Συμπερασματικά, οι σχιστίες, εμφανίζονται όταν αποτυγχάνεται η προσέγγιση και η σύντηξη των

διάφορων εμβρυικών αποφύσεων σε κάθε στάδιο ωρίμανσης και ανάπτυξης των επιμέρους κοιλοτήτων (Καμπέρος Γ. και συν. 2018).

2.1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το λαγώχειλο και το λυκόστομα, θεωρούνται από τις συνηθέστερες συγγενείς ανωμαλίες στη παιδική ηλικία με συνολικό επιπολασμό ανά 1 στις 700 γεννήσεις. Σε έρευνα που διεξάχθηκε το 2017 από την Αμερικάνικη ακαδημία παιδιατρικής αναγνωρίστηκε ότι περίπου 2.650 βρέφη γεννιούνται με εμφάνιση λαγώχειλου και 4.440 βρέφη γεννιούνται με εμφάνιση λαγώχειλου σε συνδυασμό με λυκόστομα ετησίως. Επίσης, με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο επιπολασμός κατά τη γέννηση ποικίλλει παγκοσμίως, κυμαινόμενος μεταξύ 3,4 - 22,9 ανά 10.000 γεννήσεις των συγκεκριμένων ανωμαλιών. Η επικράτηση της νόσου διαφέρει συνήθως ανάλογα με το είδος σχισμών, το φυλετικό υπόβαθρο και τα εθνολογικά χαρακτηριστικά. Η αρσενική κυριαρχία έχει αναγνωριστεί σε ποσοστό 60% έναντι των κοριτσιών ενώ μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι ασιατικές περιοχές δεν εμφανίζουν μεγάλο ποσοστό επικράτησης αλλά και μελλοντικής εμφάνισης της κρανιοπροσωπικής ανωμαλίας (Ahmed και συν. 2018).

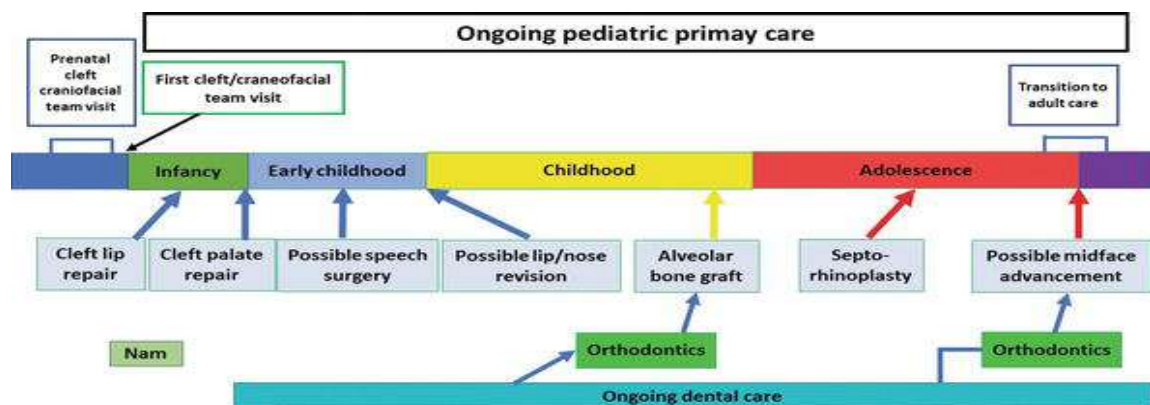
2.1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Από τον 18^ο αιώνα και μετά πολλές περιπτώσεις επιβεβαιώνουν τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σχιστίας σε οικογένειες με αντίστοιχο ιστορικό και διάφορα μοτίβα κληρονομικότητας. Περιληπτικά, αναφέρεται ότι ένας επηρεασμένος γονέας χωρίς επηρεασμένο παιδί έχει ποσοστό εμφάνισης σχιστίας στη επόμενη κύηση 4%, ένας επηρεασμένος γονέας με ένα επηρεασμένο παιδί έχει ποσοστό 10-17% ενώ δύο επηρεασμένοι γονείς με ένα επηρεασμένο παιδί έχουν ποσοστό 60%. Παρόλο, που η κληρονομικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο δεν έχει αναγνωριστεί ως τον μόνο παράγοντα κινδύνου. Με το πέρασμα του χρόνου έρευνες έχουν δείξει πως ο σχηματισμός σχιστίας έχει σχέση με ποικιλία περιβαλλοντικών αλλά και γενετικών παραγόντων. Πολλές φορές, τα χαρακτηριστικά μοτίβα στο τρόπο ζωής της μητέρας όπως το κάπνισμα, αλκοόλ, κατάχρηση φαρμάκων οδηγούν σε αυτού του είδους ανωμαλία. Επίσης, η έλλειψη φυλλικού οξέος, στις εργαστηριακές εξετάσεις της

μητέρας, είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας που θα πρέπει να ελέγχεται (Ahmad Y & Starbuck J.M., 2018).

2.1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα παιδιά που εμφανίζουν τις συγκεκριμένες συγγενείς ανωμαλίες, αντιμετωπίζουν μια ποικιλία αναπτυξιακών προβλημάτων που έχουν να κάνουν με ανεπαρκή σίτιση, και ρινική αναπνοή, μειωμένη ομιλία και ακοή αλλά και εμφάνιση γλωσσικών ελλειμμάτων, γι αυτό και η ενδεδειγμένη αποκατάσταση είναι αναγκαία. Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί μονόδρομη λύση θεραπείας από τη γέννηση έως την ενηλικίωση του παιδιού. Αρχικά, η χειρουργική επιδιόρθωση του χείλους γίνεται μεταξύ της ηλικίας δυο και τριών μηνών ενώ της υπερώας μεταξύ δώδεκα και δεκαοχτώ μηνών σύμφωνα με την εκτίμηση του παιδοχειρουργού. Συμπληρωματικές χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να απαιτηθούν αργότερα σε διάφορες ηλικίες για την επίτευξη του βέλτιστου λειτουργικού αποτελέσματος αλλά και της αισθητικής εμφάνισης του παιδιού. Στη παρακάτω εικόνα 2.11, απεικονίζεται η χρονολογική σειρά της φροντίδας των σχισμών, συμπεριλαμβανομένων χειρουργικών και ορθοδοντικών επεμβάσεων. Το γαλάζιο στο χρονικό διάγραμμα δείχνει χειρουργική που εστιάζεται στις σχισμές ενώ το πράσινο υποδεικνύει την ορθοδοντική που ακολουθείται και σε ποιες φάσεις. Τέλος το τριγωνάκι δείχνει την οδοντιατρική παρέμβαση (Goodacre και συν. 2008).



Εικόνα 2.2 : Χρονολογική πορεία αντιμετώπισης του σχισμών (Πηγή: American Academy of Pediatrics - AAP Gateway).

2.2 ΑΕΡΟΦΑΓΙΑ

Η αεροφαγία είναι μία σπάνια λειτουργική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολική κατάποση του αέρα που έχει ως αποτέλεσμα τη προοδευτική κοιλιακή διάταση. Τα παιδιά που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζουν έντονο μετεωρισμό, αέρια και ερυγές, προς ανακούφιση από το φούσκωμα της κοιλίας, για >12 εβδομάδες το χρόνο. Συνήθως, παρουσιάζεται σε παιδιά ασυνείδητα λόγω στρες και άγχους αλλά και συνειδητά σε περιπτώσεις παιδιών με ψυχιατρικές, διανοητικές διαταραχές (παρατηρείται 8,8%). Σε σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί να προκαλέσει βόμβο και ειλεό, ακόμα και εντερική διάτρηση. Επί του παρόντος, υπάρχουν περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με αυτή τη δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση, ιδίως για άτομα με ειδικές διαταραχές (Loening – Baucke, V & Swidsinski A., 2008).

2.2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα αίτια που οδηγούν στην αεροφαγία τις περισσότερες φορές είναι άγνωστα ή συμπίπτουν λόγω άλλων κλινικών περιπτώσεων. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις που αποδεικνύουν ότι η παθολογική αεροφαγία μπορεί να εμφανιστεί λόγω:

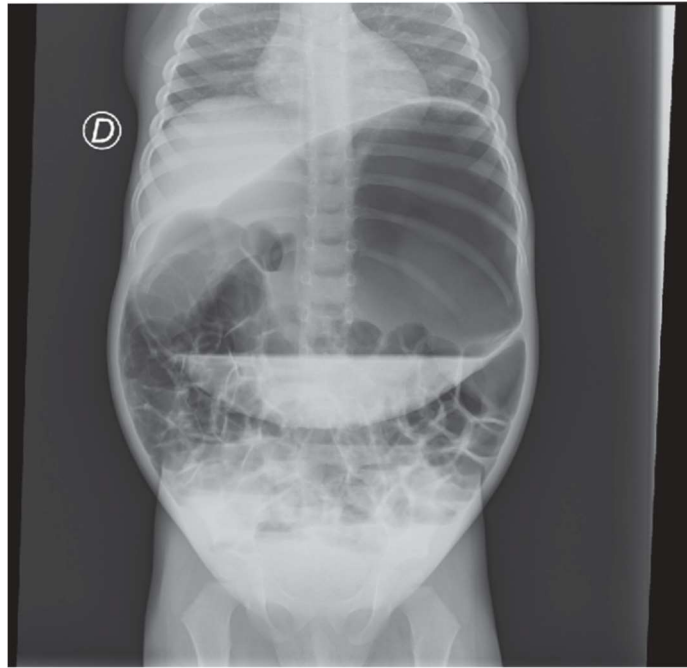
- Ανατομικών ανωμαλιών που υπάρχουν κατά τη γέννηση του παιδιού και στη πορεία επηρεάζουν την εξέλιξη της ασθένειας, όπως διαταραχή οροφαρυγγικής ή οισοφαγικής κινητικότητας.
- Ψυχιατρικά, διανοητικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το πάσχον παιδί με αποτέλεσμα της εκδήλωσης μιας αυτοτραυματιστικής συμπεριφοράς χωρίς κριτήρια υπεράσπισης.
- Καταπόνησης άγνωστων εξωτερικών παραγόντων που ερεθίζουν τον πυρήνα εστίασης εκδήλωσης του πόνου.
- Ανησυχητικοί παράγοντες άγχους και στρες ή μη προσιτό βιώσιμο περιβάλλον ως προς το παιδί.
- Ακούσιων ανοιγμάτων παροξυσμικού σφιγκτήρα του οισοφάγου (Sajith & Worg, W., 2016).

2.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η αεροφαγία είναι μια αναγνωρίσιμη συγγενής ανωμαλία που εμφανίζει διαφορετικά μοντέλα κλινικής εικόνας για αυτό και η διάγνωση της χρειάζεται χρόνο και λεπτομερή παρατήρηση όλων των συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης III για να διαγνωστεί η παθολογική αεροφαγία θα πρέπει να ισχύουν δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: υπερβολική κατάποση του αέρα, κοιλιακή διόγκωση λόγω ενδοουλιακού αέρα και επαναλαμβανόμενη ριπή ή αυξημένος μετεωρισμός, για τουλάχιστον τρεις μήνες. Το κλινικό προφίλ του πάσχων παιδιού θα πρέπει να περιλαμβάνει τα παραπάνω σημεία για 12 εβδομάδες, χωρίς απαραίτητα να είναι διαδοχικά. Τα συγκεκριμένα κριτήρια οφείλονται κατά 15% για την αποτελεσματική διάγνωση της αεροφαγίας. Πρωταρχική κίνηση των παιδιάτρων είναι η ακτινογραφία κοιλίας ως προς την εκτίμηση του ενδοκοιλιακού αέρα.

2.2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα της αεροφαγίας εκδηλώνεται με έντονο ρέψιμο του παιδιού προς την ανακούφιση του συνήθως πολύ έντονα μετά το φαγητό και κατά την διάρκεια του ύπνου. Η κοιλιακή διάταση ορατή, διαδεδομένη και τυμπανική, είναι ένα εμφανές σύμπτωμα για το οποίο οι γονείς απευθύνονται στο παιδίατρο. Παρόλα αυτά, το πάσχων παιδί εμφανίζει περαιτέρω συμπτώματα όπως πυρετό, επαναλαμβανόμενο λόξυγκα, εμετό, δυσκοιλιότητα και πολλές φορές κακοσχηματισμένα κόπρανα. Η κλινική εικόνα της αεροφαγίας αντιστοιχεί σε διάφορες γαστρεντερικές διαταραχές για αυτό και είναι απαραίτητη η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων για την κατανόηση της παρουσίας της. Πρωταρχική κίνηση των παιδιάτρων είναι η ακτινογραφία κοιλίας ως προς την εκτίμηση του ενδοκοιλιακού αέρα (Εικόνα 2.13) αλλά και εργαστηριακές εξετάσεις που περιλαμβάνουν τον αριθμό των κυττάρων, λειτουργία ήπατος και νεφρών, αντισώματα κατά της τρανσγλουταμινάσης, λειτουργία λεπτού και παχέος εντέρου καθώς και ανωμαλιών αυτών (Loening – Baucke, V & Swidsinski A., 2008). Τα τελευταία χρόνια, επηρεάζει σχεδόν αποκλειστικά τα παιδιά με υποκείμενη νευρολογική κατάσταση για αυτό και συσχετίζεται συχνά με περιπτώσεις αυτισμού και συνδρόμου Rett. Μια έγκαιρη διάγνωση των ειδικών είναι σημαντική για να οδηγήσει σε μια πολυεπιστημονική φροντίδα (Sajith & Worg, W., 2016).



Εικόνα 3.2: Ακτινογραφία κοιλιακής χώρας σε όρθια στάση, επίτευξη απεικόνισης της διόγκωσης της κοιλίας λόγω ενδοκοιλιακού αέρα μέσω κατάποσης (Πηγή: semantic scholar).

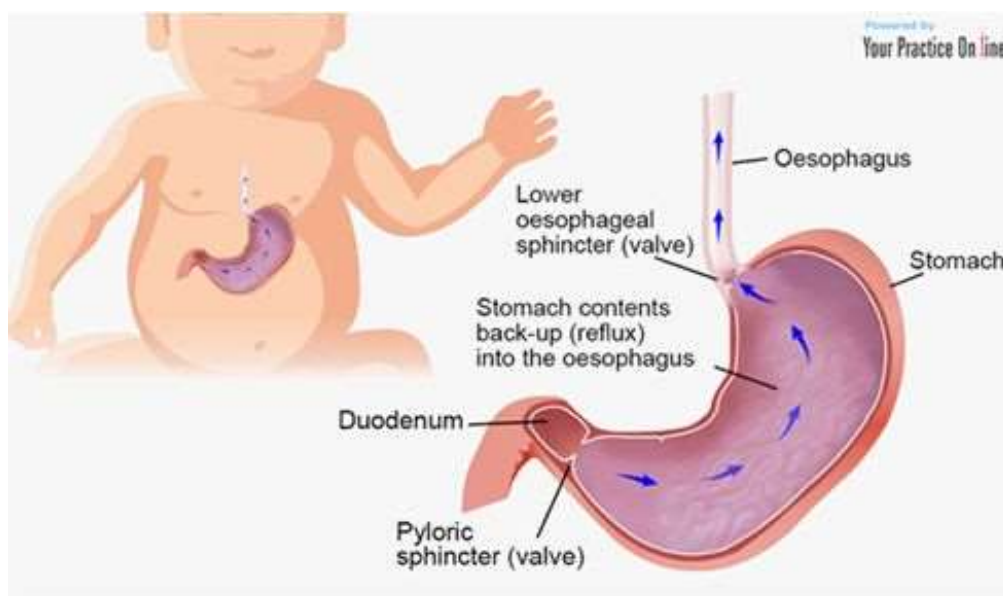
2.2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αεροφαγία είναι μία ασθένεια με πολλαπλές διαγνωστικές εξετάσεις και περιττές επιθετικές θεραπείες. Η επιτυχής θεραπεία είναι ένα θέμα που αφορά τόσο τα παιδιά όσο και τους γονείς. Περιλαμβάνει αλλαγές στο τρόπο ζωής των παιδιών και στις διατροφικές συνήθειες τους που θα ωφελήσουν την έγκαιρη αντιμετώπιση της ασθένειας. Συγκεκριμένα, αποτρέπονται τα καλαμάκια κατά την κατάποση του παιδιού αλλά και η χρήση μικρών ποτηριών που δημιουργούν μεγάλη απορρόφηση αέρα. Επίσης αντενδείκνυται η χρήση τσίγλας και η λήψη ανθρακούχων ποτών που επηρεάζουν ενεργά των μετεωρισμό. Σημαντικός παράγοντας παίζει και η ψυχολογία του παιδιού για αυτό και οι γονείς οφείλουν να ενθαρρύνουν τα παιδιά να σταματήσουν την υπερβολική κατάποση του αέρα με επαίνους και δραστηριότητες που θα τραβήξουν την προσοχή τους. Η επίτευξη της θεραπεία συντονίζεται με συστηματική κλινική επεξεργασία της προόδου με τον ειδικό παιδίατρο του παιδιού. Συχνά, η πλήρης αντιμετώπιση της ασθένειας καθορίζεται μέσα στους επόμενους 4 με 20 μήνες.

Περιελάμβανε την εκπαίδευση των γονέων και των παιδιών για την αναρρόφηση και την κατάποση του αέρα, ενθαρρύνοντας τα παιδιά να σταματήσουν την υπερβολική κατάποση του αέρα και τους πρότειναν να μην χρησιμοποιούν τα καλαμάκια και να μην πίνουν ανθρακούχα αναψυκτικά. Η αεροφαγία επιλύθηκε. Επιπλέον, προτείνουμε να τρώμε αργά, να μην χρησιμοποιούμε καλαμάκια ή πικρά φλιτζάνια για να πίνετε και να μην πίνουμε ανθρακούχα ποτά ή να μασάμε τσίχλες.

2.3 ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.

Είναι μία αισθητικοκινητική διαταραχή που σχετίζεται με την εξασθένηση των φυσιολογικών μηχανισμών αντιρρευματικής ροής (Hunt και συν. 2014). Συγκεκριμένα, ως γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ορίζεται η ακούσια οπισθοδρομική διέλευση του γαστρικού περιεχομένου πίσω στον οισοφάγο με ή χωρίς επανεμφανιζόμενο σύμπτωμα εμετού. Μέσω της Παθοφυσιολογίας, ο κατώτερος, μυϊκός σφιγκτήρας του οισοφάγου (καρδιακός), επιτρέπει τη διέλευση της τροφής από τον οισοφάγο στο στομάχι αλλά παρεμποδίζει την αντίθετη πορεία της τροφής από το στομάχι στον οισοφάγο. Έτσι, η αντίθετη μάλαξη του κατώτερου σφιγκτήρα δημιουργεί την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Χαρακτηρίζεται ως νόσος όταν δημιουργεί δύο ή περισσότερα επεισόδια οπισθοστερνικού καύσου, σε μικρό χρονικό διάστημα (εντός 7-10 ημερών).



Εικόνα 4.2: Απεικόνιση της αντίθετης πορείας του γαστρικού περιεχομένου (Πηγή: *Wake Gastroenterology*).

2.3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ

Σύμφωνα με συστηματικές ανασκοπήσεις, ο επιπολασμός της παλινδρομικής νόσου έχει αναφερθεί ότι κυμαίνεται από 10% έως 20% στις δυτικές χώρες, ενώ χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης έχουν βρεθεί στους παιδιατρικούς ασθενείς της Ασίας. Βέβαια είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται τόσο σε αναπτυγμένες όσο και σε υποανάπτυκτες χώρες. Μια μελέτη σε 948 βρέφη στις ΗΠΑ (2017) ανέφερε 50% επικράτησης τουλάχιστον ενός συμπτώματος ημερησίως σε βρέφη ηλικίας 0-3 μηνών, τα οποία συμπτώματα αυξήθηκαν στο 67% σε ηλικία 4-6 μηνών και στη συνέχεια είχαν ραγδαία μείωση στο 21% σε ηλικία 7-9 μήνες ενώ σε ηλικία 12-14 μηνών μόνο το 4% έπασχε από κάποια αναταραχή. Η παραπάνω έρευνα διεξάχθηκε και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες με παρόμοια αποτελέσματα που φανερώνουν πως η επικράτηση της νόσου στους πρώτους μήνες ζωής είναι πολύ υψηλή σε σχέση με ηλικίες άνω των 12 μηνών (Poddar, U., 2018).

2.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι διαγνωστικές εκτιμήσεις της παιδιατρικής γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης βασίζονται κυρίως σε έρευνες ερωτηματολογίου ασθενών (παιδιών >8) ή γονέων σχετικά με συμπτώματα, που παρουσιάζουν και ποικίλλουν ευρέως ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα. Το 2005, στις Ηνωμένες Πολιτείες αναπτύχθηκε και επικυρώθηκε το ερωτηματολόγιο γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης στα παιδιά (κυρίως νεογνά) ως διαγνωστικό εργαλείο. Ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιέχει 11 πεδία, βασισμένο σε συμπτώματα με μέγιστη βαθμολογία το 25 και ανάλογα με το κάθε αποτέλεσμα υπάρχει η αντίστοιχη κατάταξη βαθμίδας και αξιολόγησης αλλά και διάγνωσης της νόσου. Κάποιες από τις ερωτήσεις που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο είναι : «Πόσο συχνά το παιδί/βρέφος πτύει το γαστρικό περιεχόμενο;», «Πόση ποσότητα (σε κουταλιές) πτύει;», «Αρνείται να φάει ακόμα και όταν πεινάει;», «Το μωρό κλαίει έντονα κατά τη διάρκεια της σίτισης ή μετά το γεύμα;», «Πόσες ώρες την ημέρα το παιδί κλαίει;». Μία δημιουργία που μείωσε τη έλλειψη αξιόπιστου και έγκυρου μη επεμβατικού μέσου για την αξιολόγηση της εξέλιξης και παρουσίας της νόσου (Hunt και συν. 2014). Η διάγνωση και η προσέγγιση στα μεγαλύτερα παιδιά και στους εφήβους αποτελεί μια εύκολη κατάσταση λόγω σωστού ιστορικού και φυσικής

εξέτασης που σε συνδυασμό με εργαστηριακά αποτελέσματα υλοποιείται μία πλήρης διάγνωση. Σημαντικές εξετάσεις για την εντόπιση της διάγνωσης της νόσου είναι :

- Γαστρεντερικές σειρές βαρίου (Ba), μέσω βαριούχου οισοφαγογράμματος όπου εντοπίζεται κατά τη διάρκεια της παλινδρόμησης η παρουσία βαρίου.
- Μανομετρία, μετράει τη πίεση του οισοφαγικού σφιγκτήρα ως προς τη σύγκριση με τις φυσιολογικές τιμές.
- Ενδοοισοφαγική παρακολούθηση pH, καταγράφει τις τιμές του pH του γαστρικού περιεχομένου που ευρίσκεται στον άνω οισοφάγο.
- Γαστροοισοφαγικό σπινθηρογράφημα, απεικόνιση του οισοφάγου έπειτα από κατάποση ραδιενεργού στοιχείου.
- Γενική εξέταση αίματος, φανερώνει τα επίπεδα ερυθροκυττάρων, αιμοσφαιρίνης καθώς πολλές φορές η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση συσχετίζεται με περιπτώσεις αναιμίας (John M. Hutson και συν. 2005).

2.3.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Οι κλινικές παρουσιάσεις ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία. Στα βρέφη, η παρουσία άπνοιας, σιελόρροιας, επίμονων εμετών, άρνηση σίτισης και ανακοπής σε συνδυασμό με ευερεθιστικότητα και αποτυχία σωστής ανάπτυξης προτρέπουν σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Βέβαια η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι φυσιολογική στα βρέφη για αυτό και είναι σημαντικά δύσκολο να γίνει αντιληπτή η νόσος. Κάποια επιπλέον συμπτώματα που προέρχονται από τον οισοφάγο όπως βήχα, βραχνάδα και πνιγμός ίσως βοηθούν τους παιδίατρος αλλά όλες οι πληροφορίες και η κλινικές εκδηλώσεις κατά τη διάρκεια της παλινδρόμησης είναι στο πληρεξούσιο των γονιών. Παιδιά ηλικίας < 12 ετών εμφανίζουν ναυτία, έμετο, ανορεξία και κοιλιακό άλγος. Τα μεγαλύτερα παιδιά (>12 ετών) και οι έφηβοι, συνήθως, εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά των ενηλίκων όπως καούρα, επιγαστρικό πόνο, θωρακικό και νυχτερινό άλγος, δυσφαγία και μία αίσθηση ξινίλας κατά μήκος του οισοφαγικού σωλήνα λόγω του όξινου γαστρικού περιεχομένου (Barnhart, D.G., 2016). Πολλές φορές παρουσιάζουν και συμπτώματα που προέρχονται από τον οισοφάγο όπως πονόλαιμο, βραχνάδα και έντονο βήχα λόγω ευερεθιστικότητας από το γαστρική ανάβαση. Ειδικές κατηγορίες παιδιών με

ανατομικά προβλήματα, εμφάνιση αναιμίας και παρουσία παχυσαρκίας διατρέχουν μεγάλη πιθανότητα προβλημάτων ανάπτυξης σοβαρών συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση τους είναι πρωταρχικός σκοπός.

2.3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ανάλογα με τη φάση διάγνωσης και με το πόσο αντιμετωπίσιμη είναι η νόσος στο συγκεκριμένο πεδίο θεραπείας αναγνωρίζονται ως μέθοδοι θεραπείας, αρχικά, συντηρητικά η φαρμακολογική θεραπεία, οι αλλαγές στο τρόπο ζωής των παιδιατρικών ασθενών αλλά και των γονέων και τέλος η χειρουργική επέμβαση (Barnhart, D.G., 2016). Η φαρμακολογική θεραπεία αποτελείται κυρίως από παράγοντες προκινητικότητας ή κινητικότητας και από αντιμετώπιση με αναγωγή οξέος. Συγκεκριμένα χρησιμοποιούνται αναστολείς αντλίας πρωτονίων και προτονιακών παραγόντων και ανταγωνιστές υποδοχέων H₂, ώστε να προωθηθεί η γαστρική κένωση. Ο τρόπος ζωής και οι διατροφικές συνήθειες νεογνών και παιδιών αλλάζουν με πρωταρχικό στόχο τη συστηματική λήψη ελαφριών, στερεότερων γευμάτων και την αποφυγή τηγανητών και πλουσίων προϊόντων λίπους. Εκπαίδευση των γονέων για τις σωστές θέσεις σίτισης και χώνεψης του παιδιού, τοποθέτηση του παιδιού σε πρηνή θέση και ανύψωση της κεφαλής. Σωστή αντιμετώπιση διαχείρισης της λήψης οξυγόνου σε παιδιά που το έχουν ανάγκη. Μεγαλύτερος χρόνος για τη λήψη τροφής και νερού και αναγνώριση της πλευρικής αριστερής τοποθέτησης ως προς την μείωση εμετού. Έπειτα από την αποτυχία των συντηρητικών μέσων και με την λήψη της απόφασης από τον παιδοχειρουργό ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση, κατά την οποία ενώνεται λαπαροσκοπικά ο θόλος του στομάχου με τις εκβολές του κατώτερου οισοφάγου - θολοπλαστική Nissen - μια επέμβαση που θεωρείται εφικτή όταν το οισοφαγικό τμήμα έχει διαβρώσει από τις πολλαπλές παλινδρομήσεις, ανάλογα με το στάδιο και τη σοβαρότητα της κατάστασης. Η θολοπλαστική Nissen χρησιμοποιείται σε σπάνιες περιπτώσεις, σε σοβαρές επιπλοκές όπως στένωση οισοφάγου ή επί επίμονης παρουσίας συμπτωμάτων από το αναπνευστικό σύστημα (Poddar, U., 2018).

2.4 ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ.

Η υπερτροφική πυλωρική στένωση (Hypertrophic Pyloric Stenosis- HPS) είναι η συνηθέστερη αιτία εμετών σε βρέφη, η οποία αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Συγκεκριμένα, δημιουργείται πάχυνση της μυϊκής στοιβάδας του τοιχώματος του πυλωρού του στομάχου, που έχει ως συνέπεια τη μείωση της διαμέτρου του αυλού του πυλωρού και τη δυσκολία προώθησης του περιεχομένου στο στομάχι. Εμφανίζεται κυρίως στις πρώτες 2 έως 12 εβδομάδες της ζωής, με μέγιστη συχνότητα εμφάνισης κατά την πέμπτη εβδομάδα της ηλικίας (Jobson M. & Hall, N.T., 2016). Η προοδευτική υπερτροφία του πυλωρού μυός έχει ως αποτέλεσμα την απόφραξη της γαστρικής κένωσης. Αυτό προκαλεί το κλασικό σύμπτωμα της σταδιακής επιδείνωσης του εμετού μετά από κάθε σίτιση.

2.4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα εμφάνισης της υπερτροφικής πυλωρικής στένωσης (HPS) αναφέρεται μεταξύ 2 και 5 ανά 1000 γεννήσεις στον δυτικό κόσμο, με την ευρωπαϊκή επίπτωση να κυμαίνεται από 0,86 έως 3,96 ανά 1000 γεννήσεις. Τα αρσενικά επηρεάζονται συχνότερα από τα θηλυκά με αναλογία τουλάχιστον 5:1 δεδομένο ότι φανερώνει το 85%, αν και η εξήγηση γι 'αυτό παραμένει ασαφής. Από την άλλη πλευρά, η επικράτηση στις χώρες της Αφρικής και της Ασίας παραμένει χαμηλή. (Jobson, M. & Hall, N.T., 2016).

2.4.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η διαδικασία της επιστημονικής έρευνας σχετικά με την αιτία της πυλωρικής στένωσης (PS) της παιδικής ηλικίας έχει «τρέξει» σε μια ασταθή πορεία. Πάνω από 100 χρόνια πριν, προτάθηκε ότι τα περιεχόμενα του υπεροξειδίου στο στομάχι είχαν εμπλακεί με κάποιο τρόπο στην παθογένεια. Αυτή η θεωρία ξεχάστηκε ήσυχα με την πάροδο των χρόνων με την εμφάνιση της υπεροξικότητα που προκαλείται από την παθητική συσσώρευση οξέος πίσω από τον κλειστό πυλωρό. Το μεταγενέστερο εύρημα ότι η ίδια η απόφραξη εξόδου οδηγεί σε ενεργή υπερέκκριση του οξέος μείωσε περαιτέρω το ενδιαφέρον για το ότι η υπεροξικότητα φανερώνεται ως αιτία. Ωστόσο, μέχρι και σήμερα δεν έχουν αποσαφηνιστεί επακριβώς τα αληθινά αίτια για την εμφάνιση της πυλωρικής στένωσης στα νεογνά βέβαια σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αλλά και μητρικοί

παράγοντες κινδύνου περιλαμβανόμενου: υπερθυρεοειδισμό, κάπνισμα, αυξημένος δείκτης μάζας σώματος πριν την εγκυμοσύνη και ενδοκρινική αποσυμφορητική χρήση. Επίσης, η έκθεση σε ερυθρομυκίνη και αζιθρομυκίνη τις πρώτες δύο εβδομάδες ζωής, αποτελεί άλλον έναν παράγοντα κινδύνου (Ian M.R., 2018).

2.4.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Αρχικά, το βρέφος παρουσιάζει έντονους, ρουκετωειδής εμέτους έπειτα από τη διαδικασία της σίτισης. Ο εμετός είναι συνήθως ογκώδης αλλά όχι χολώδεις και αν δεν θεραπευθεί έγκαιρα, οδηγεί σε αφυδάτωση και υποκαλσιαιμική μεταβολική αλκάλωση. Το χαρακτηριστικό των συγκεκριμένων παιδιών είναι ότι έπειτα από κάθε έμετο φανερώνουν αυξημένη αφυδάτωση και αδυναμία, με μια κλινική εικόνα που δεν διαφέρει από ένα παιδί που παρουσιάζει σήψη. Ακολουθεί, απώλεια βάρους, λήθαργος, λιγότερες κενώσεις και πολλές φορές ίκτερος. Το περιεχόμενο του εμέτου περιέχει γάλα και πήγματα γάλακτος εξαιτίας του γεγονότος ότι παραμένει αρκετά στο στομάχι όπου εκτίθεται σε οξύ.

2.4.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Χαρακτηριστικό γνώρισμα που οδηγεί τους παιδοχειρουργούς να διατρέξουν στη διάγνωση υπερτροφικής πυλωρικής στένωσης είναι η ύπαρξη πυλωρικών όγκων. Μέσω της φυσικής εξέτασης - ψηλάφησης οι όγκοι παρουσιάζονται ως μια στερεά μάζα σαν ελιά στη κοιλιά. Ψηλαφάται εύκολα στο σημείο ένωσης μεταξύ του ήπατος και του έξω χείλους του δεξιού ορθού κοιλιακού μυός και γίνεται αρκετά αντιληπτός όταν το παιδί βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας. Παρόλο αυτά, για την σωστή τελική διάγνωση οι παιδοχειρουργοί καταφεύγουν σε εξετάσεις, όπως η real-time υπερηχογραφία η οποία εντοπίζει την υπερτροφία του πυλωρού, τις αιματολογικές εξετάσεις οι οποίες επιβεβαιώνουν την διαταραχή των ηλεκτρολυτών και την οξεοβασική ισορροπία και τέλος ένα βαριούχο ακτινολογικό έλεγχο κατά τον οποίο γίνεται απεικόνιση ανώτερου γαστρεντερικού μόνο όταν υπάρχει αμφιβολία στη διάγνωση.

Σημαντική αναφορά γίνεται στις συμβουλές ψηλάφησης των πυλωρικών όγκων στη κοιλιακή χώρα των παιδιών. Αρχικά, για την πλήρη αντίληψη της μάζας των πυλωρικών όγκων το παιδί θα πρέπει να είναι ήρεμο και χαλαρό. Ο νοσηλευτής καταφεύγει στις εξής πράξεις :

- Βοήθεια του βρέφους να ξαπλώσει και να ηρεμήσει.
- Με υπομονή επαναπροσδιορισμός στις εξέτασης.
- Λύγισμα των γοφών του παιδιού.
- Χρήση πιπίλας ή σίτισης για την καθησύχαση του.
- Αναμονή μέχρι το παιδί να σταματήσει να κλαίει ή να αποκοιμηθεί.
- Κένωση του στομάχου με ρινογαστρικό σωλήνα (John M.Hutson και συν. 2005).

2.4.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της υπερτροφικής πυλωρικής στένωσης διαδραματίζεται σε δυο επίπεδα. Αρχικά, για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης και για την πλήρη αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών το βρέφος λαμβάνει ενδοφλέβια, χλωριούχο νάτριο 0,45% σε δεξτρόζη 5% καλίου. Ο ρυθμός έγχυσης εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάστασης της αφυδάτωσης και το σωματικό βάρος του παιδιού. Έπειτα, ακολουθεί η εγχείρηση Ramstedt, γνωστή ως πυλωρομυοτομή κατά την οποία η τομή του πυλωρού αρχίζει 1-2 mm από την πυλωροδωδεκαδάκτυλο συμβολή προς το άνδρο του στομάχου. Κατόπιν με αμβλύ διαχωρισμό διασπώνται οι μυϊκές του πυλωρού, έτσι ώστε να προβάλλει ο βλεννογόνος. Η πυλωρομυοτομή επιτυγχάνεται, όταν τα δύο μέρη του υπερτροφικού μύος μπορούν να μετακινούνται ανεξάρτητα το ένα από το άλλο σε αντίθετες κατευθύνσεις με 1cm να καταλαμβάνει το άνδρο. Τελευταία παρατήρηση, είναι η αξιολόγηση του βλεννογόνου του πυλωρού. Έπειτα από την επέμβαση το παιδί μπορεί να σιτιστεί μετά από 24 ώρες και η παρακολούθηση του γίνεται σε πολλαπλά στάδια για την καλύτερη αποκατάσταση (Βάος Γ., 2011).

2.5 ΑΤΡΗΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ ΤΡΑΧΕΙΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ.

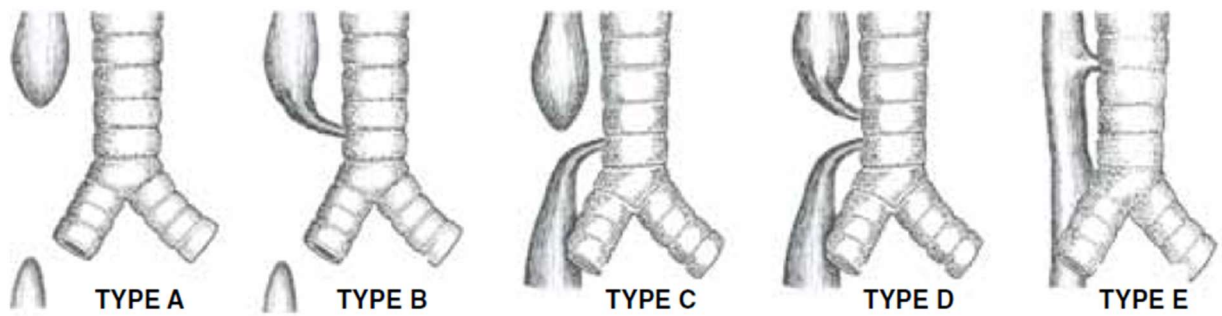
Η ατρησία του οισοφάγου (Esophageal atresia) είναι μια σπάνια συγγενής ανωμαλία με συχνότητα εμφάνισης μια στις 3000 με 4500 ζωντανές γεννήσεις, κατά την οποία αποτυγχάνει να αναπτυχθεί κανονικά, η συνέχεια του αυλού του οισοφάγου καταλήγοντας υπό την μορφή ενός ανώτερου τυφλού σάκου ή στον άνω θώρακα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να μην υπάρχει επικοινωνία μεταξύ στοματοφάρυγγα και

στομάχου. Υπάρχει ένα κεντρικό τμήμα, που επικοινωνεί με το στοματοφάρυγγα και ένα περιφερικό, που επικοινωνεί με το στόμαχο. Είναι μια συγγενής ανωμαλία η οποία αναπτύσσεται σποραδικά και το 90% των περιπτώσεων συνοδεύεται με τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, βέβαια, μπορεί να παρατηρηθούν και άλλες παραλλαγές ως προς την επικοινωνία οισοφάγου – στομάχου.

2.5.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι στις ανατομικές παραλλαγές της ατρησίας του οισοφάγου που κατατάσσονται ως εξής :

- *Ατρησία οισοφάγου και περιφερικό συρίγγιο.* Εμφανίζεται στο 87,5% των περιπτώσεων, κατά την οποία, ο περιφερικός οισοφάγος επικοινωνεί με την τραχεία μέσω του συριγγίου και το κεντρικό τμήμα του οισοφάγου, είναι τυφλό και δεν επικοινωνεί με τον περιφερικό οισοφάγο, που μεταπίπτει στο στόμαχο.
- *Ατρησία οισοφάγου χωρίς συρίγγιο.* Εμφανίζεται στο 7.6% των περιπτώσεων όπου δεν υπάρχει καμία επικοινωνία μεταξύ των δυο άκρων του οισοφάγου αλλά ούτε και μεταξύ αυτών και της τραχείας (χωρίς την ύπαρξη του τραχειοοισοφαγικού συριγγίου να επιτρέπει αυτή την επαφή).
- *Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο χωρίς ατρησία του οισοφάγου.* Εμφανίζεται στο 3,6% των περιπτώσεων, κατά την οποία, δεν υπάρχει διακοπή στη συνέχεια του οισοφάγου (δεν παρουσιάζεται ατρησία), ωστόσο επικοινωνεί με την τραχεία μέσω συριγγίου.
- *Ατρησία οισοφάγου και κεντρικό συρίγγιο.* Εμφανίζεται στο 1% των περιπτώσεων και στην περίπτωση αυτή το κεντρικό άκρο του οισοφάγου, εκβάλλει στην τραχεία, ενώ το περιφερικό είναι απομονωμένο.
- *Ατρησία οισοφάγου και διπλό τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο.* Εμφανίζεται στο 0,3% των περιπτώσεων και εκδηλώνεται με την επικοινωνία και των δύο άκρων του οισοφάγου με την τραχεία, μέσω του κεντρικού και περιφερικού συριγγίου αντίστοιχα, αλλά με καμία επαφή ανάμεσα στα δυο άκρα (Monica L., και συν. 2017).



Εικόνα 5.2: Οι ανατομικές παραλλαγές της ατρησίας του οισοφάγου και/ή χωρίς τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, με την σειρά που προαναφέρθηκαν (Πηγή: link.springer.com).

2.5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ατρησία του οισοφάγου είναι μια συγγενής ανωμαλία πολύ ανώδυνη για κάθε βρέφος. Πρέπει να αναγνωρίζεται το συντομότερο δυνατό έπειτα από την γέννηση του παιδιού ώστε να μην δημιουργήσει περαιτέρω επιπλοκές. Συνήθως, η διάγνωση παρουσιάζεται στη αίθουσα του τοκετού κατά την πρώτη σίτιση του παιδιού λόγω αδυναμίας προώθησης του καθετήρα σίτισεως. Άλλοι παράγοντες που βοηθούν στην αναγνώριση της διάγνωσης είναι περιπτώσεις όπου, το νεογνό γεννιέται από μητέρα με μητρικό πολυυδράμνιο, τα αποτελέσματα των εξετάσεων του προγεννητικού ελέγχου και η ύπαρξη τυχόν καρυότυπου (συσχετίζεται πολλές φορές με τη τρισωμία 18). Η υποψία της ατρησίας του οισοφάγου επιβεβαιώνεται με εξετάσεις όπως η ακτινογραφία θώρακος και κοιλίας κατά την οποία απεικονίζεται η ύπαρξη συριγγίου σε επαφή με την τραχεία και η ποσότητα αέρα στο στομάχι του παιδιού και με το υπερηχογράφημα καρδιάς, όπου πολλές φορές παρουσιάζει συγγενή καρδιοπάθεια που συσχετίζεται με την ατρησία οισοφάγου (John M.H., 2005).

2.5.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Έπειτα από την πρώτη προσπάθεια σίτισης το νεογνό παρουσιάζει εκτεταμένη ποσότητα σιέλου και βλέννας μεταξύ της μύτης και του στόματος. Το βρέφος καταπονείται από την επίπονη σίτιση και εμφανίζει μελάνιασμα στη προσπάθεια του να σιτιστεί. Η ατρησία του οισοφάγου δεν επιτρέπει στο βρέφος την ικανότητα της κατάποσης έτσι παρουσιάζονται πνευμονικές

επιπλοκές όπως πνιγμός. Το βρέφος ξεσπά με έντονο κλάμα , έμετο, βήχα , κυάνωση και καταστάσεις συνεχόμενης εισρόφησης.

2.5.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η κατάσταση αντιμετωπίζεται με πλήρη διόρθωση μέσω χειρουργικής επέμβασης, μετά από 12 ώρες από την εισαγωγή του βρέφους στο νοσοκομείο. Κατά την προετοιμασία του βρέφους για το χειρουργείο, χορηγείται ενδοφλέβια αντιβιοτικά και υγρά (δεξτρόζη 10%), το συρίγγιο θα πρέπει να είναι άδειο και να γίνονται συχνά αναρροφήσεις μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα. Μετά από την τοποθέτηση του παιδιού σε θερμοκοιτίδα και σωστή τοποθέτησης αυτού σε πλάγια θέση πραγματοποιείται η επέμβαση της ατρησίας του οισοφάγου με την ένωση του ανώτερου και κατώτερου τμήματος του οισοφάγου ως μια πλήρη και ενιαία μορφή με την σύγκλιση του τραχειοοισοφαγικού συριγγίου (Lal και συν.2017).

2.6 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΥΣΠΕΨΙΑ.

Η δυσπεψία, αναφέρεται στο σύνολο συμπτωμάτων που αισθάνεται ο ασθενής έπειτα από την πάροδο ενός γεύματος. Τα συμπτώματα αυτά είναι συνεχή ή διαλείποντα, όπως το κοιλιακό άλγος, ναυτία και ερυγές. Η δυσπεψία, ανάλογα με το που οφείλεται είτε σε πάθηση ενός οργάνου είτε σε λειτουργικές διαταραχές του άνω γαστρεντερικού σωλήνα, διακρίνεται αντίστοιχα σε *οργανική* και *λειτουργική* δυσπεψία. Στα παιδιά, η λειτουργική δυσπεψία εκδηλώνεται με πόνο στο επιγάστριο, έμετο, εισρόφηση και ατελής σίτιση με αίσθημα φουσκώματος.

2.6.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα, με μια Αμερικανική έρευνα σε εθνικό επίπεδο για 949 μητέρες έδειξε ότι το 1,4% των παιδιών τους είχαν πόνο ή δυσφορία στην άνω κοιλιακή χώρα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, αλλά μόνο το 0,2% των παιδιών και των εφήβων το Μάρτιο του 2016, αναφέρθηκε να νοσεί. Σε μια μετέπειτα μελέτη βασισμένη στην κοινότητα στις βορειοανατολικές Ηνωμένες

Πολιτείες, το 5% με 10% των υγιών εφήβων ανέφερε δυσπεπτικά συμπτώματα (Hyams και συν. 2016).

2.6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Έπειτα, από την κατάλληλη αξιολόγηση του παιδίατρο, θα πρέπει τουλάχιστον ένα ή δυο από τα συμπτώματα της λειτουργικής δυσπεψίας να επικρατούν μια φορά την εβδομάδα για δυο μήνες πριν από την διάγνωση. Προϋπόθεση είναι βέβαια ότι έχουν αποκλειστεί φλεγμονώδη, ανατομικά, μεταβολικά αίτια. Ο παιδίατρος, διατρέχει σε εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος και φυσική εξέταση της περιοχής.

2.6.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης III, τέσσερα χαρακτηριστικά συμπτώματα λειτουργικής δυσπεψίας στα παιδιά είναι :

- Μεταγευματική δυσφορία, περιλαμβάνει ενοχλητική πληρότητα μετά το γεύμα που εμποδίζει την ολοκλήρωση ενός κανονικού γεύματος. Τα υποστηρικτικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν ανώτερο κοιλιακό φούσκωμα, ναυτία ή υπερβολική ριπή.
- Μεταγευματική πληρότητα, περιλαμβάνει το αίσθημα μίας πλήρης σίτισης και φουσκώματος χωρίς το παιδί να έχει λάβει την κατάλληλη ποσότητα τροφής.
- Πρόωρος κορεσμός.
- Επιγαστρικός πόνος ή καύση, ο πόνος δεν γενικεύεται ούτε εντοπίζεται σε άλλες κοιλιακές ή θωρακικές περιοχές και δεν σχετίζεται με διαταραχές κενώσεων ούτε βελτιώνεται μετά την λειτουργία της αφόδευσης.

Τα παιδιά χαρακτηρίζονται από έντονο υποτροπιάζον κοιλιακό άλγος ή δυσφορία που εντοπίζεται στο άνω κοιλιακό τρίτημόριο, με έντονες εκδηλώσεις μετά τους δυο μήνες από το αρχικό σύμπτωμα (Talley, N.J., & Ford A.C., 2015).

2.6.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της λειτουργικής δυσπεψίας διαδραματίζεται σε δύο επίπεδα, που έχουν να κάνουν με την ψυχολογία και τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού. Πρέπει να αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τα συμπτώματα όπως σοκολάτα, μπαχαρικά και λιπαρές διατροφικές συνήθειες που επιβραδύνουν την κένωση του στομάχου. Οι διαιτητικές οδηγίες αποτελούν πρωταρχικό στόχο για την χαλάρωση του γαστρικού τοιχώματος, συνίσταται επίσης μικρά και συχνά στεροειδή γεύματα προς αποφυγή των τριών μεγάλων γευμάτων της μέρας για πιο ανακουφιστική διεργασία του στομάχου. Η φαρμακολογική θεραπεία βοηθάει εξίσου το παιδί με φάρμακα που μειώνουν την παραγωγή οξέος από το στομάχι, όπως αναστολείς αντλίας πρωτονίων και αναστολείς υποδοχέων ισταμίνης. Πέρα από όλα αυτά σημαντικός παράγοντας έχει και η ψυχολογική στήριξη των παιδιών και η ενθάρρυνση ή η παρότρυνση των γονέων προς αυτά για σίτιση.

2.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΕΜΕΤΩΝ.

Το σύνδρομο κυκλικών εμετών (Cyclic Vomiting Syndrome) είναι μια χρόνια λειτουργική διαταραχή που αποτελείται από υποτροπιάζοντα, στερεότυπα επεισόδια έντονης ναυτίας και εμέτου διάρκειας ωρών έως ημερών που διαχωρίζονται από διαστήματα χωρίς συμπτώματα που διαρκούν εβδομάδες έως και μήνες. Η συχνότητα των επεισοδίων κυμαίνεται από 1 έως 70 ετησίως και μέσο όρο 12 ανά έτος. Οι επιθέσεις συμβαίνουν σε τακτά χρονικά διαστήματα και συνήθως, τα επεισόδια αρχίζουν την ίδια ώρα της ημέρας, με μεγαλύτερη κορύφωση κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η διάρκεια του επεισοδίου τείνει να είναι η ίδια σε κάθε πάσχον παιδί. Ο έμετος τείνει να μειωθεί στη συνέχεια, αν και η ναυτία συνεχίζεται μέχρι το τέλος του επεισοδίου. Τα επεισόδια τελειώνουν συνήθως τόσο γρήγορα όσο αρχίζουν και χαρακτηρίζονται από ταχεία ανάκαμψη της ευεξίας, υπό την προϋπόθεση ότι το παιδί δεν έχει υποστεί σοβαρή αφυδάτωση με ελλείμματα υγρών και ηλεκτρολυτών. Μια προοπτική μελέτη έδειξε ότι ο επιπολασμός της νόσου είναι 3: 100.000 ζώντες γεννήσεις.

2.7.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα σημάδια και τα συμπτώματα που συνοδεύουν τον κυκλικό εμετό στους παιδιατρικούς ασθενείς περιλαμβάνουν: την ωχρότητα, την αδυναμία, την αυξημένη σιελόρροια και το κοιλιακό άλγος. Συχνά, τα συγκεκριμένα παιδιά εμφανίζουν ευαισθησία στο θόρυβο, το φως και/ή τις οσμές. Λόγω της σύγχυσης που προκαλούν τα πολλαπλά επεισόδια εμέτου, πονοκέφαλος και πυρετός είναι δυνατόν να εκδηλωθούν. Στο 80% των περιπτώσεων εντοπίζονται συμβάντα που προκαλούν επιθέσεις, όπως αυξημένες συναισθηματικές καταστάσεις, άσθμα ή σωματική εξάντληση. Το συνεχές σύμπτωμα του εμέτου προκαλεί ακανόνιστα και υδαρή κόπρανα και λιγότερες κενώσεις από τις φυσιολογικές του βρέφους, οι οποίες είναι περισσότερες από τέσσερις ημερησίως (<https://www.mayoclinic.org>).

2.7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των παιδιών με σύνδρομο κυκλικών εμετών βασίζεται σε διαγνωστικά κριτήρια που θα πρέπει να περιλαμβάνουν :

- Δύο ή περισσότερες περιόδους έντονης ναυτίας και ανεπιθύμητου εμέτου με επανάληψη στη διάρκεια των επεισοδίων, μεταξύ ωρών έως ημερών.
- Απότομη επιστροφή στη φυσιολογική κατάσταση υγείας του βρέφους / παιδιού που διαρκεί εβδομάδες έως μήνες.
- Οικογενειακό ιστορικό, συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου.

Σύμφωνα, με τις νέες διαμορφώσεις που προστέθηκαν στα κριτήρια της Ρώμης III που διεξάχθηκαν το 2016, τα επεισόδια εμέτου θα πρέπει να είναι στερεοτυπικά σε κάθε ασθενή, τουλάχιστον 2 επεισόδια θα πρέπει να εμφανίζονται εντός 6 μηνών και το κύριο σύμπτωμα θα πρέπει να είναι ο έμετος.

2.7.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο στόχος της θεραπείας είναι η μείωση της έντασης των συμπτωμάτων και η πρόληψη περαιτέρω υποτροπών. Τα κύρια συμπτώματα μπορεί να διακοπούν με την έγκαιρη ενδοφλέβια έγχυση λοραζεπάμης ή άλλης μακράς δράσης έως όπου το παιδί να επέλθει σε χαλάρωση και ύπνο. Λόγω της αφυδάτωσης που έχει υποστεί το παιδί

χορηγούνται ενδοφλέβια υγρά για την φυσιολογική τιμή ηλεκτρολυτών. Επίσης, φάρμακα όπως η ιβουπροφαίνη για το κοιλιακό άλγος και η λανσοπραζόλη για την προστασία της οξύτητας του στομάχου, ενδείκνυνται από τους παιδίατρους.

2.8 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΥΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος ΣΕΛ ,(Systemic Lupus Erythematosus – SLE) είναι μία χρόνια, πολυσωματική, αυτοάνοση νόσος που χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο με συγκεκριμένη ιδιαιτερότητα το δέρμα, τα αιμοποιητικά όργανα, καρδιά, πνεύμονες, νεφρά. Προσβάλλει το γαστρεντερικό σύστημα προκαλώντας ασθένειες όπως ηπατίτιδα, ηπατοσπληνικό, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, ενώ πολύ συχνά είναι τα στοματικά έλκη λόγω αγγειίτιδας στη υπερώα. Ανήκει στις ρευματικές παθήσεις και η πορεία της ασθένειας είναι απρόβλεπτη με επεισοδιακές φλόγες ποικίλης σοβαρότητας. Με τον όρο αυτοάνοση, εξηγείται η κατάσταση κατά την οποία υπάρχει ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος προς τη δημιουργία αντισωμάτων έπειτα από μία υπερδιέγερση των T και B κυττάρων του οργανισμού. Με λίγα λόγια ο οργανισμός επιτίθεται στα ίδια του τα κύτταρα, δηλαδή υγιής ιστός του σώματος δέχεται επίθεση και τελικά καταστρέφεται από το ανοσοποιητικό σύστημα του ίδιου του οργανισμού (Onengiya H, και συν. 2018).

2.8.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ονομασία Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος (ΣΕΛ) χρονολογείται από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Αρχικά, με τον όρο ‘συστηματικός’ αναλύεται η οργανωμένη ενέργεια της νόσου να προσβάλλει τακτικά τόσο πολλά όργανα όσο και συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Η λέξη ‘λύκος’, προέρχεται από την λατινική ρίζα Lupus και αντιστοιχεί στη χαρακτηριστική δερματική βλάβη σε σχήμα πεταλούδας, γύρω από το πρόσωπο, που παρουσιάζουν οι ασθενείς. Ο Ιπποκράτης, ο οποίος ήταν εκείνος που πρώτος περιέγραψε τις δερματικές βλάβες που εμφανίζει η νόσος μετάφρασε το συγκεκριμένο εξάνθημα ως τα λευκά σημάδια που υπάρχουν στο πρόσωπο του λύκου εξίσου και η τωρινή ονομασία. Το ιδιαίτερο κόκκινο χρώμα που εμφανίζεται στις δερματικές βλάβες αντιστοιχεί στη σημασία της ελληνικής λέξης

‘ερυθυματώδης’ που στα ελληνικά σημαίνει ερυθρός (κόκκινος), αποσαφηνίζοντας την ερυθρότητα που συνδυάζεται με την παρούσα νόσο (Thomas J.A, και συν. 2016).

2.8.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το 1982, το Αμερικάνικο κολέγιο Ρευματολογίας ανέπτυξε και επικύρωσε ένα σύνολο κριτηρίων ταξινόμησης για να αποσαφηνιστεί η επιδημιολογική παρακολούθηση. Τα συγκεκριμένα αυτά κριτήρια επικυρώθηκαν το 1997 με ονομασία ACR (American College of Rheumatology) και το 2012 μια ομάδα κλινικών συνεργατών ανανέωσε την ποικιλία και την ευαισθησία των κριτηρίων δημιουργώντας νέα πιο εκσυγχρονισμένα με την ονομασία SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinic). Με βάση πλέον τα νέα κριτήρια τα ποσοστά εμφάνισης στους ενήλικες ποικίλουν από 0,3 έως 23,7 ανά 100.000 άτομα/έτη ενώ τα ποσοστά επικράτησης κυμαίνονται από 6,5 έως 178,0 ανά 100.000 με μεγαλύτερη επικράτηση στο γυναικείο φύλο και αναλογία 4:3 σε σύγκριση με τους αντρικό φύλο. Ωστόσο στα παιδιά το ετήσιο ποσοστό επίπτωσης του ΣΕΛ σε ηλικίες κάτω των δεκαέξι ετών είναι μικρότερο από 1 ανά 100.000 άτομα από μελέτες σε Ευρώπη και Βόρεια Αμερική. Πιο συγκεκριμένα η συχνότητα εμφάνισης αντιστοιχεί σε 0,3 έως 0,9 ανά παιδιά/έτη και ο επιπολασμός καταγράφεται στο 3,3 έως 8,8 ανά 100.000 παιδιά, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο τόσο στη επίπτωση όσο και στη επικράτηση, κυρίως, οι εθνικές και φυλετικές διαφορές. Τελευταία έχει παρατηρηθεί ότι, η εμφάνιση του ΣΕΛ στα παιδιά εμφανίζεται σε μία μεσαία ηλικία των 11 με 12 ετών, χωρίς να υπάρχει παρουσίαση συμπτωμάτων πριν από την ηλικία των 5 ετών (Pons-Estel και συν. 2017).

2.8.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η έκφραση της κλινικής νόσου είναι αναμφισβήτητα το τελικό αποτέλεσμα διαφόρων περιβαλλοντικών και ανοσολογικών ερεθισμάτων που δρύνε σε ένα γενετικά προδιατεθειμένο άτομο. Η οξεία εξέλιξη της νόσου περιλαμβάνει συμπτώματα σε πολλά όργανα και είναι ανεξέλεγκτη, με άγνωστη αιτιολογία. Σε σύγκριση με τους ενήλικες τα παιδιά εμφανίζουν πιο σοβαρή κλινική πορεία στη διάρκεια του ΣΕΛ.

Στο παρακάτω πίνακα γίνεται αναφορά στη συχνότητα των κλινικών συμπτωμάτων κατά την αρχική παρουσίαση της νόσου (T.Lehman και συν. 2016).

Απώλεια βάρους - Ανορεξία	47-57%
Πυρετός	36-84%
Φωτοευαισθησία	17-34%
Εξάνθημα «πεταλούδας»	65%
Αρθρίτιδα	61-71%
Αναιμία	9-23%
Νεφρίτιδα	20-53%
Γαστρεντερικές διαταραχές	14-30%

Πίνακας 1.2: Κλινικά συμπτώματα στο ερυθματώδη λύκο και συχνότητα εμφάνισης (%) Πηγή: Harry, Yasin, Brunner 2018.

2.8.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του συστηματικού ερυθματώδη λύκου γίνεται έπειτα από την εμφάνιση τουλάχιστον τεσσάρων συμπτωμάτων που προαναφέρθηκαν. Μέσα από εργαστηριακές εξετάσεις, εμφανίζεται παρουσία αντιπυρηνικού αντισώματος, αναιμία θρομβοπενία ή λευκοπενία. Ο παιδίατρος διατρέχει εύκολα στη διάγνωση με το χαρακτηριστικό εξάνθημα «πεταλούδας» της ασθένειας.

2.8.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση της νόσου περιλαμβάνει την καταστολή της φλεγμονής, την ανακούφιση του πόνου, την πρόληψη των βλαβών και την ελαχιστοποίηση των ιατρογενών επιδράσεων των φαρμάκων,. Ανάλογα, με τα συμπτώματα που παρουσιάζει κάθε παιδί ενδείκνυται και η κατάλληλη φαρμακολογική θεραπεία (ως πρώτη γραμμή φαρμάκων χορηγείται η υδροξυχλωροκίνη (HCQ), πέρα όμως από τα φάρμακα σημαντικό ρόλο παίζει ο τρόπος ζωής και οι αλλαγές πάνω σε αυτόν. Απαραίτητη, εκπαίδευση των γονέων και των παιδιών για τα προφυλακτικά μέτρα

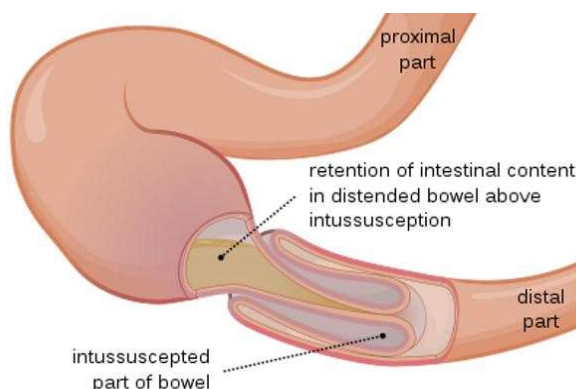
πρόληψης των εξάρσεων της νόσου. Οι αντιδράσεις φωτοευαισθησίας αποφεύγονται αποτελεσματικά με αντηλιακά και προστατευτικά ενδύματα, ενώ ο εμβολιασμός του παιδιού βοηθάει στη εξάλειψη περαιτέρω μικροβίου (Kuhn A., και συν. 2015).

Κεφάλαιο 3ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ.

3.1 ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΣ

Με τον όρο εγκολεασμός, περιγράφεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία ένα τμήμα του εντέρου, είτε του λεπτού είτε του παχέος εντέρου, ενσφηνώνεται εντός ή γύρω ενός άλλου εντερικού τμήματος ή τυλίγεται γύρω από τον εαυτό του, δημιουργώντας αναδίπλωση περιμετρικά από τον ίδιο του τον αυλό. Με αυτό το φαινόμενο, επέρχεται εντερική απόφραξη. Συγκεκριμένα, συμπίεση των αγγείων του εγκολεασμένου τμήματος, οδηγεί στην απόφραξη των φλεβών και των λεμφαγγείων του, με αποτέλεσμα προοδευτικά και την απόφραξη των αρτηριδίων μια κατάσταση που αν δεν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα, οδηγεί σε ισχαιμία, διάτρηση αλλά και σε νέκρωση σε πιο σοβαρές καταστάσεις. Η αιτία εμφάνισης της νόσου, είναι άγνωστη με μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης να αντιμετωπίζουν τα παιδιά με κοιλιοκάκη, κυστική ίνωση και δυσκοιλιότητα (Κανακούδη – Τσακαλίδου Φ., και συν. 2017).



Εικόνα 1.3 : Εγκολεασμός λεπτού εντέρου (Πηγή : wikiwand.com).

Ο εγκολεασμός, ταξινομείται ανάλογα με την *συμπτωματολογία*, σε παροδικό και μόνιμο και ανάλογα με την *αιτία*, σε ιδιοπαθή, αυτός ο τύπος εγκολεασμού προσβάλλει συνήθως βρέφη και συχνά έχει να κάνει με υπερπλασία του ειλεού στις πλάκες του Peyer ή από ιογενής λοίμωξη, και σε Pathologic Lead Point ο συγκεκριμένος τύπος εμφανίζεται μόλις στο 5% των περιπτώσεων και εμφανίζεται

λόγο κάποιας άλλης υπάρχουσας ασθένειας η οποία επηρεάζει την κινητικότητα του εντέρου.

3.1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο αριθμός περιπτώσεων εγκολεασμού είναι περίπου 1,5 - 4 περιστατικά ανά 1.000 ζώντες γεννήσεις. Το 65% των εγκολεασμών συμβαίνει μέσα στους πρώτους 7 με 10 μήνες της ζωής των νεογνών και το 80% μέσα στα δύο πρώτα έτη. Ο εγκολεασμός είναι η συχνότερη αιτία εντερικής απόφραξης κατά τη διάρκεια των πρώτου χρόνου της νεογνικής ζωής και έχει επιπτώσεις συνήθως στα παιδιά ηλικίας μεταξύ 3 και 12 μηνών. Η ασθένεια είναι τρεις φορές πιο κοινή στα αγόρια απ' ό τι στα κορίτσια με αναλογία 3 : 2, χωρίς να υπάρχει κάποια πρόσφατη αιτιολογία (Karla L.Luxner 2011).

3.1.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Πρωταρχικό σύμπτωμα που αναγνωρίζεται στα παιδιά, κατά 90% των περιπτώσεων είναι το έντονο κοιλιακό άλγος με εξάρσεις ανά τρία με πέντε λεπτά μέσα σε ένα εικοσάλεπτο της ώρας. Το βρέφος ξεσπά σε κλάματα και αντιδρά στο πόνο μαζεύοντας τα γόνατα με κατεύθυνση προς τη κοιλιά (εμβρυική στάση). Το επόμενο επεισόδιο αιφνίδιου κοιλιακού άλγους είναι ακόμα πιο έντονο και όσο περνάει η ώρα γίνονται πιο συχνά με μεγαλύτερη διάρκεια και ένταση. Το βρέφος γίνεται ωχρο και είναι εξαντλημένο μεταξύ των επεισοδίων. Σε συνδυασμό με το κοιλιακό άλγος, συχνά εκδηλώνεται έμετος, χολώδης συνήθως κατά τα αρχικά επεισόδια συμπτωμάτων. Το παιδί είναι ανήσυχο και παρουσιάζει ατονία και κούραση. Πολλές φορές εμφανίζει πυρετό λόγω της επαναλαμβανόμενης έντασης. Σύντομα μετά από την εμφάνιση των συμπτωμάτων οι κενώσεις του βρέφους εντοπίζονται με σημεία αίματος και σε μορφή διάρροιας. Είναι σημαντικό τα σημεία να εντοπιστούν γρήγορα και να ληφθούν έγκαιρα τα απαραίτητα μέτρα για την αποφυγή περαιτέρω βλάβης των οργάνων (εντερορραγία, μεγαλύτερη απώλεια αίματος).

3.1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κατά τη διαδικασία της διάγνωσης του εγκολεασμού οι παιδοχειρουργοί εντοπίζουν μια μάζα, η οποία είναι ψηλαφητή στα περισσότερα βρέφη, 85% των περιπτώσεων,

με το σχήμα ενός «λουκάνικου». Η συγκεκριμένη κοιλιακή μάζα εντοπίζεται στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλίας αμέσως άνω από το ομφαλό και σε περιόδους αταραξίας που το βρέφος δεν αυξάνει τη κοιλιακή διάταση. Σε συνδυασμό, με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό γνώρισμα, εξετάσεις που υποβοηθούν στη διάγνωση της νόσου είναι :

- Υπερηχογράφημα κοιλίας ή ακτινογραφία κοιλίας : πολλές φορές φανερώνει την κεφαλή του εγκολεασμού αλλά και την κατεύθυνση της πορείας του. Φανερώνεται η κοιλιακή μάζα αλλά και η έλλειψη αερίων από μέρη του λεπτού εντέρου.
- Εργαστηριακός έλεγχος : στη περίπτωση του εγκολεασμού επιβεβαιώνει την υπάρχουσα αφυδάτωση, την μεταβολή των ηλεκτρολυτών και την πιθανή αναιμία λόγω των αιματηρών κενώσεων. Επίσης μπορεί να εμφανίσει λευκοκυττάρωση.
- Βαριούχος υποκλυσμός : αποκαλύπτει απόφραξη που εμποδίζει τη ροή του βαρίου στο παχύ έντερο. Αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης (John M.H., 2005).

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να τοποθετείται και με άλλα αίτια εντερικής απόφραξης που παρουσιάζονται στα βρέφη κατά την ίδια περίοδο ζωής όπως η γαστρεντερίτιδα ή οι κωλικοί (δεν παρουσιάζονται με έμετο και ο πόνος δεν διαρκεί με υφέσεις πάνω από μία ώρα). Βέβαια είναι σημαντικό να αποσαφηνιστεί σωστά το ιατρικό ιστορικό του βρέφους πριν την τελική διάγνωση.

3.1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του εγκολεασμού αντιμετωπίζεται σε δύο στάδια. Προτεραιότητα είναι η αποκατάσταση της αφυδάτωσης του παιδιού μέσω ενδοφλέβιας χορήγησης. Παράλληλα, ενδοφλέβια αντιβίωση για την ανακούφιση από το πόνο και τη πρόληψη περαιτέρω μικροβίων, εφόσον το παιδί βρίσκεται σε ένα επιρρεπή στάδιο μικροβίων. Σημαντική η διατήρηση της σταθερής θερμοκρασίας του παιδιού σε ένα ζεστό περιβάλλον είτε με χρήση θερμοκοιτίδας είτε με ζεστά επιθέματα. Έπειτα από την σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων γίνεται παρέμβαση του εγκολεασμού με μη επεμβατικά μέσα, αρχικά, με την τεχνική υποκλυσμού, η οποία ενδείκνυται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει νεφρική νέκρωση και εκτελείται με επιτυχία εντός του

πρώτου εικοσιτετραώρου από την αρχική παρουσίαση των συμπτωμάτων. Κατά τη συγκεκριμένη διαδικασία, γίνεται ανάταξη του εγκολεασμού με βαριούχο διάλυμα ή με εμφύσηση οξυγόνου ή αέρα από το ορθό. Η δεύτερη επιλογή είναι πιο ασφαλής και αξιολογείται ως καλύτερο μέσο όταν υπάρχει η δυνατότητα επίτευξης. Όλη η διαδικασία ελέγχεται με μανόμετρο και η πλήρωση του λεπτού εντέρου με αέρα υποδηλώνει την ολοκλήρωση της ανάταξης. Εφόσον, το παιδί μετά τον υποκλυσμό είναι σταθερό, επαναλαμβάνεται η διαδικασία. Εάν όμως, τα συμπτώματα δεν υποχωρούν μονόδρομη επιλογή πλέον αποτελεί η χειρουργική επέμβαση. Αυτό συνοδεύει την ύπαρξη κάποιας σοβαρής παθολογικής κατάστασης. Δια μέσω της επέμβασης που γίνεται λαπαροσκοπικά πραγματοποιείται εγκάρσια τομή στο κάτω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλίας με ανάταξη της κεφαλής του εγκολεασμού και σταθεροποίηση του εντέρου με ήπιες κινήσεις. Μετά την επιτυχή επέμβαση και χωρίς επιπλοκές το παιδί παραμένει στο νοσοκομείο και σιτίζεται από την πέμπτη μέρα και μετά (Πετρόπουλος, 2011).

3.2 ΑΤΡΗΣΙΑ Ή ΣΤΕΝΩΣΗ ΔΩΔΕΚΑΔΑΧΤΥΛΟΥ.

Η ατρησία, είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κατάσταση όπου ένα άνοιγμα ή ένα πέρασμα στο σώμα είναι κλειστό ή απουσιάζει. Η ατρησία του δωδεκαδακτύλου σημαίνει ότι υπάρχει ένα μπλοκάρισμα μεταξύ ενός μέρους του δωδεκαδακτύλου και ενός άλλου. Υπάρχουν διάφοροι τύποι εμπλοκών. Μπορεί να υπάρχει ένα εσωτερικό στρώμα που προκαλεί το μπλοκάρισμα ή δύο ασυνεχείς τομείς. Λόγω του μπλοκαρίσματος, το τμήμα του δωδεκαδακτύλου πριν από το μπλοκάρισμα διαστέλλεται ενώ το τμήμα μετά από το μπλοκάρισμα είναι φυσιολογικό. Η στένωση του δωδεκαδακτύλου, προκαλεί επιβράδυνση της ροής τροφίμων και υγρών μέσω του δωδεκαδακτύλου. και χαρακτηρίζεται από απουσία φυσιολογικού ανοίγματος στο δωδεκάδαχτυλο λόγω ανωμαλιών που εμποδίζουν την ολοκληρωμένο σχηματισμό του. Συγκεκριμένα, είναι από τις πιο συχνές ασθένειες κατά τη βρεφική ηλικία που δημιουργούν εντερική απόφραξη και παρατηρείται κατά μέσο όρο σε κάθε 5000-10000 ζωντανές γεννήσεις, με μια μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στα κορίτσια παρά στα αγόρια. Η συγγενής αυτή αιτία συνυπάρχει πολλές φορές με το σύνδρομο Down (σε ποσοστό 30%) καθώς, και με άλλες συγγενείς ανωμαλίες, συνήθως καρδιοπάθειες (www.eapsa.org).

3.2.1 ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

Την 3η εμβρυϊκή εβδομάδα από το πρόσθιο έντερο εμφανίζεται η αρχική συμπαγής μορφή του δωδεκαδάκτυλου με σκοπό να αναπτυχθεί και να αυλοποιηθεί φυσιολογικά. Όμως, λόγω συγγενών ανωμαλιών που επηρεάζουν την φάση σχηματισμού και αυλοποίησης του δωδεκαδάκτυλου, εμφανίζονται τόσο κατά μήκος του αυλού του όσο και στο ενδοθήλιο του κενοτόπια αφήνοντας απροστάτευτη τη αρχική πάροδο του αυλού του, μεταξύ 5ης και 10ης εμβρυϊκής εβδομάδας. Το πάγκρεας σχηματίζεται από τη ραχιαία και κοιλιακή καταβολή στο ουριαίο τμήμα του πρόσθιου εντέρου. Όταν το 12/δάκτυλο αναπτυχθεί οι καταβολές συνενώνονται, σχηματίζοντας το πάγκρεας. (Βάος Γ, 2011).

3.2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η απόφραξη του δωδεκαδακτύλου μπορεί να οφείλεται σε ενδογενή (ενδοαυλικά) ή εξωγενή αίτια και να προκαλεί ολική ή μερική απόφραξη. Στα ενδογενή αίτια κατατάσσονται η ατρησία, το διάφραγμα και η στένωση, ενώ, τα εξωγενή περιλαμβάνουν τη συστροφή της δωδεκαδάκτυλο-νηστιδικής καμπής σε συνδυασμό με τη ύπαρξη ινών του Ladd που οφείλονται στις ανωμαλίες στροφής και καθήλωσης του μέσου εντέρου, τον κυστικό διπλασιασμό του δωδεκαδακτύλου. Επίσης, όγκοι και κύστεις που εντοπίζονται, αποτελούν εξωγενή αίτια όπως και αγγειακές ανωμαλίες (το σύνδρομο άνω μεσεντέριας αρτηρίας).

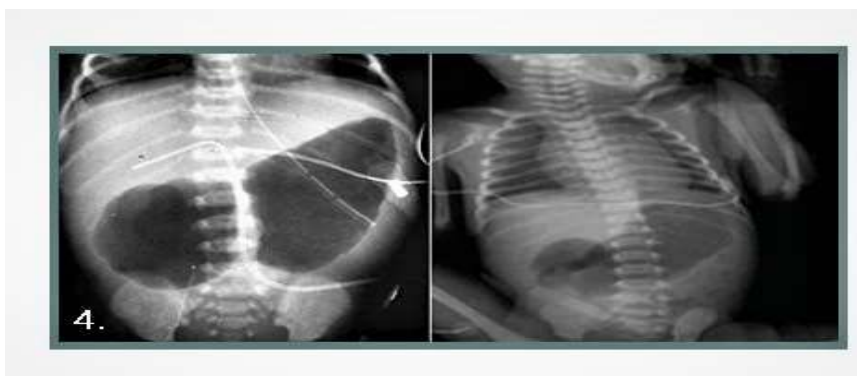
3.2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η θνητότητα των παιδιών με ατρησία δωδεκαδάκτυλου είναι χαμηλή με ποσοστό εμφάνισης μικρότερο του 10%. Οι πιο κοινές αιτίες θανάτου είναι οι σύνοδες ανωμαλίες (ιδιαίτερα οι καρδιακές και αγγειακές) και η μεγάλη πρωιμότητα.

3.2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ατρησίας του δωδεκαδάκτυλου αποσαφηνίζεται εύκολα με εργαστηριακές αλλά και απεικονιστικές εξετάσεις που επιβεβαιώνουν το πρόβλημα στένωσης. Ουσιαστικά, κατά την απλή όρθια ακτινογραφία κοιλίας ανευρίσκεται η κλασική εικόνα της διπλής φουσαλίδας ή διπλού υδραερικού επιπέδου. Αυτή αναδεικνύει το χαρακτηριστικό εύρημα της διπλής φουσαλίδας, μιας μεγάλης,

αριστερά της μέσης γραμμής που αντιστοιχεί στο διατεταγμένο στόμαχο, και μιας μικρής, δεξιά της μέσης γραμμής που αντιστοιχεί στην 1η μοίρα του 12/δακτύλου.



Εικόνα 2.3 : Ακτινογραφία κοιλίας, απεικόνιση διπλής φουσαλίδας (Πηγή : hgeia.gr).

3.2.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Συνήθως, η ατρησία οισοφάγου συνδέεται με ανωμαλίες που κυμαίνονται 30% - 50%. Η πιο συχνή ανωμαλία είναι η τρισωμία 21 (σύνδρομο Down), η οποία ανιχνεύεται στο καρυότυπο γεννήσεως του παιδιού και παρουσιάζεται με ειδικά σημεία. Το κύριο σύμπτωμα που παρουσιάζεται στα πάσχοντα παιδιά είναι οι έμετοι. Ανάλογα, με το σημείο απόφραξης οι έμετοι διαφέρουν σε χολώδεις ή μη. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπάρχει καθυστέρηση στην αποβολή μηκωνίου και η αποβολή αυτού είναι μικρής ποσότητας. Σε περιπτώσεις, παροδικής απόφραξης το παιδί παρουσιάζει αφυδάτωση, αδυναμία και διαταραχές στους ηλεκτρολύτες. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα στα νεογνά είναι η μετεωρισμένη κοιλία χωρίς διάταση αυτής αλλά του επιγάστριου (Fritch & Kuhnel 2009).

3.2.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πρωταρχικός στόχος για την αντιμετώπιση της ατρησίας του δωδεκαδάκτυλου είναι η σταθεροποίηση του νεογνού, η σωστή θερμορύθμιση αυτού και η διόρθωση τυχόν μεταβολικών και αναπνευστικών διαταραχών. Μονόδρομη θεραπεία αποτελεί η χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία γίνεται η παρασκευή του δωδεκαδάκτυλου με την τεχνική/χειρισμό Kocher. Μετεγχειρητικά, επιτρέπεται η χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής (ΟΠΔ). Εφόσον δεν παρουσιαστούν επιπλοκές ή τυχόν φλεγμονές η αναστόμωση λειτουργεί συνήθως μετά από 5-7 ημέρες και το παιδί με το καιρό επανέρχεται σε φυσιολογική πορεία (Πετρόπουλος, 2011).

3.3 ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ.

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι μία από τις πιο συχνές, επείγουσες ενδοκοιλιακές χειρουργικές καταστάσεις παγκοσμίως, με εκτιμώμενο κίνδυνο ζωής μεταξύ 7% με 8%. Η κατάσταση έχει ιδιαίτερη ισχύ στα παιδιά επειδή η αιχμή της επίπτωσης της σκωληκοειδίτιδας είναι στη δεύτερη δεκαετία της ζωής. Συνολικά, η οξεία σκωληκοειδίτιδα διαγιγνώσκεται στο 1% έως 8% των παιδιών που παρουσιάζονται στο τμήμα έκτακτης ανάγκης με οξεία κοιλιακό άλγος (Hambi H. Almaramhy, 2017).

3.3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής παθογένεια της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι πολυπαραγοντική, αν και είναι ακόμα ασαφής. Στις περισσότερες καταστάσεις η απόφραξη του αυλού είναι συνήθως παρούσα. Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας η απόφραξη αυτή οφείλεται συνήθως στην λεμφική υπερπλασία ή από ενσφήνωση ξηρής κοπρανώδους μάζας (κοπρόλιθος). Η απόφραξη αυξάνει την ενδοαυλική πίεση, παρεμποδίζει τη φλεβική αιματική ροή με αποτέλεσμα τη συμφόρηση της σκωληκοειδούς. Η μειωμένη φλεβική επιστροφή επιδεινώνει την φλεγμονώδη διαδικασία, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται ισχαιμία, η οποία σε συνδυασμό με βακτηριακή λοίμωξη επιδεινώνει την φλεγμονή (Dahal, G.R., 2019). Η γαγγραινώδης σκωληκοειδίτιδα που έχει δημιουργεί ανταλλάσει τα βακτηριακά μικρόβια με την περιτοναϊκή κοιλότητα, με κίνδυνο ανάπτυξης γενικευμένης περιτονίτιδας κατά την οποία το παιδί παραπονιέται για πιο έντονο κοιλιακό άλγος. Υπό κλινικής άποψης, η σκωληκοειδίτιδα διαχωρίζεται σε απλή (καταρροϊκή και φλεγμονώδης) και σε επιλεγμένη (γαγγραινώδη, απόστημα, τοπική ή γενικευμένη περιτονίτιδα και σκωληκοειδίτικη μάζα).

3.3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι μια από τις συχνές αιτίες του κοιλιακού άλγους στα παιδιά. Παρουσιάζεται σε όλες τις ηλικίες συνήθως όμως σε παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών. Αν και η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι ασυνήθιστη στα βρέφη και τα μικρότερα παιδιά, έχουν αναφερθεί ακόμη νεογνικές και προγεννητικές περιπτώσεις που συνδέονται με ενδεχόμενη συνύπαρξη άλλων γαστρεντερικών παθήσεων όπως νόσος του Hirschsprung, η κυστική ίνωση και νεκρωτική εντεροκολίτιδα (η επίπτωση της σκωληκοειδίτιδας στα νεογνά ποικίλλει από 0,04% έως 0,2%). Πρόσφατα,

δημοσιευμένες μελέτες, αποκάλυψαν ότι η συχνότητα εμφάνισης οξείας σκωληκοειδίτιδας ποικίλει σημαντικά ανάλογα με το φύλο (τα αγόρια προσβάλλονται συχνότερα με αναλογία 2:1), τη φυλή, την κοινωνικοοικονομική και την μεταναστευτική κατάσταση του γενικού πληθυσμού. Η συχνότητα εμφάνισής της έχει μειωθεί σε ορισμένες δυτικές χώρες τα τελευταία χρόνια. Κατά τα τέλη του 20ου αιώνα, μελέτες έδειξαν ότι η συχνότητα εμφάνισης της σκωληκοειδίτιδας μειώνεται μεταξύ των παιδιών διαφόρων ηλικιακών ομάδων. Η συχνότητα εμφάνισης οξείας σκωληκοειδίτιδας μειώθηκε από 3,6/10,000 σε 1,1/10,000 μεταξύ των προσχολικών, από 18,6/10,000 έως 6,8 / 10,000 σε παιδιά ηλικίας 5-9 ετών και από 29,2/10,000 έως 19,3/10,000 σε παιδιά ηλικίας 10-14 ετών. Η μείωση των επιπτώσεων της οξείας σκωληκοειδίτιδας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην καλύτερη προσοχή σε διάφορους προτεινόμενους αιτιολογικούς παράγοντες όπως η υγιεινή, η διατροφή και η εποχιακή διακύμανση (Hambi H. Almaramhy, 2017).

3.3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται η σκωληκοειδίτιδα δεν είναι πάντα τα ίδια για δύο λόγους. Πρώτον η ανατομική θέση της σκωληκοειδούς δεν είναι σταθερή, και δεύτερον το αίτιο της απόφραξης της δεν είναι πάντα το ίδιο. Η πιο κοινή συμπτωματολογία είναι το κλασσικό, διάχυτο κοιλιακό άλγος που επικεντρώνεται αρχικά στη περιομφαλική περιοχή. Το κοιλιακό άλγος συνοδεύεται με ναυτία, εμέτους και ανορεξία. Στην συνέχεια ο πόνος μετατοπίζεται στο δεξιό κάτω μέρος της κοιλιάς, σταθερός και έντονος. Σημαντική διάρροια εμφανίζεται σχετικά σπάνια εκτός αν η σκωληκοειδής απόφυση έχει ενδοπευελική εντόπιση, οπότε είναι συχνή και οφείλεται σε έντονη φλεγμονή στο σιγμοειδές. Ο υψηλός πυρετός εκδηλώνεται κυρίως σε περιπτώσεις περιτονίτιδας ενώ στις υπόλοιπες καταστάσεις τα παιδιά εκδηλώνουν δέκατα. Συγκεκριμένα, στα βρέφη οι συχνότερες εκδηλώσεις είναι ο πυρετός, η ευερεθιστικότητα, η υποθερμία, η αναπνευστική δυσχέρεια και η διάχυτη κοιλιακή ευαισθησία. Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας ο πυρετός και ο έντονος πόνος στο κατώτερο τεταρτημόριο της κοιλιάς περιγράφονται πιο συχνά, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά εντοπίζονται πιο σαφείς οδηγίες για την ύπαρξη του κοιλιακού άλγους. Η εξέλιξη των συμπτωμάτων είναι ταχύτερη στα βρέφη, με αυξημένο ρυθμό διάτρησης και ταχεία πρόοδο στην περιτονίτιδα, και στα παιδιά κάτω των έξι ετών (Sabring J.D, και συν. 2018).

3.3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε βρέφη και μικρά παιδιά η ανεπαρκής φυσική εξέταση, η ευερεθιστότητα και η αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων με άλλες κοινές παιδικές ασθένειες αποδίδουν καθυστερημένη διάγνωση οξείας σκωληκοειδίτιδας. Για αυτό και ο έγκαιρος εργαστηριακός έλεγχος προϋποθέτει μία ακριβή διάγνωση. Εργαστηριακές και άλλες μελέτες απεικόνισης υποστηρίζουν την κλινική εξέλιξη. Αρχικά, μέσω εργαστηριακού και βιοχημικού ελέγχου αναγνωρίζεται ο συνολικός αριθμός λευκοκυττάρων που είναι συνήθως υψηλότερος με λεμφοκυττάρωση εξαιτίας μη ειδικών συνθηκών. Η ανάλυση ούρων είναι χρήσιμη για να διαφοροποιηθεί από τη μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος ή την ουρολιθίαση. Το υπερηχογράφημα της κοιλιάς παραμένει σημαντική έρευνα σε περίπτωση αμφιβολίας. Το αποτέλεσμα μίας μη συμπίεσιμης, μη περισταλτικής και μεγαλύτερης από 6 mm σωληνωτής δομής στο δεξιό λαγόνιο βόθρο υποδηλώνει σκωληκοειδίτιδα. Η αξονική τομογραφία έχει ακρίβεια 97% για τη διάγνωση σε περίπτωση παρουσίας αποστήματος. Το κύριο μειονέκτημα της είναι η έκθεση σε ακτινοβολία στο παιδί και η έκθεση σε δυνητικά επικίνδυνο υλικό αντίθεσης.

3.3.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χορήγηση αντιβιοτικών είναι ένα σημαντικό βήμα για την έναρξη της θεραπείας. Η διάρκεια και η επιλογή των αντιβιοτικών διαφέρει ανάλογα με την περίπτωση. Η πρόσφατη βιβλιογραφία δείχνει ότι μόνο το αντιβιοτικό σχήμα στα παιδιά είναι καλά ανεκτό και είναι αποτελεσματικό σε επιλεγμένο πληθυσμό και καταστάσεις. Ως δεύτερη επιλογή αντιμετώπισης της σκωληκοειδίτιδας παρουσιάζεται η χειρουργική επέμβαση. Η σκωληκοειδεκτομή θεωρείται γενικά ως διαδικασία χαμηλού κινδύνου, αλλά οι μετεγχειρητικές επιπλοκές εμφανίζονται σε έως και 7% των παιδιών. Οι επιπλοκές αυτές θα πρέπει να εξισορροπούνται με τον κίνδυνο επαναλαμβανόμενης σκωληκοειδίτιδας σε ένα παιδί (Georgiou R., και συν. 2019).

3.3.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Γενικά, η πρόγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας θα πρέπει να είναι εξαιρετική. Τα παιδιά με ρήξη της σκωληκοειδούς απόφυσης βρίσκονται σε κίνδυνο για σχηματισμό ενδοκοιλιακού αποστήματος και απόφραξη του λεπτού εντέρου. Επίσης μπορούν να έχουν μια παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο. Η θνητότητα στα νεογνά μπορεί

να φτάσει στο 80%, στα βρέφη στο 10%, ενώ στα παιδιά μεγαλύτερα των 2 χρόνων αυτή δε ξεπερνά το 0,1%. Τα αυξημένα ποσοστά θνητότητας στα νεογνά και βρέφη οφείλεται στο γεγονός ότι η είναι σπάνια σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες με συνέπεια η διάγνωση να διαφεύγει. Σημαντικό είναι ότι στη συγκεκριμένη ηλικία δεν υπάρχει επικοινωνία σχετικά με τη θέση και τη φύση του πόνου τους (Dahal, G.R., 2019).

3.4 ΚΩΛΙΚΟΙ ΠΡΩΤΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ.

Με τον όρο κωλικοί, περιγράφεται ένα σύνθετο σύμπλεγμα συμπτωμάτων που παρατηρείται κατά τους πρώτους μήνες ζωής. Παρουσιάζεται στα βρέφη με έντονο, παροξυσμικό κλάμα και ανησυχία για μεγάλη διάρκεια. Η συχνότητα εμφάνισης είναι μεγαλύτερη στο πρώτο παιδί με έναρξη περίπου σε ηλικία 10 ημερών. Τα επεισόδια επαναλαμβάνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας για 3 με 4 ώρες. Η συνέχεια των συμπτωμάτων παρατηρείται έως και τον τέταρτο μήνα. Είναι μία ασθένεια που αποτελεί μεγάλο άγχος στους γονείς που με την προσπάθεια αντιμετώπισης η κατάσταση επιδεινώνεται. Οι ορισμοί για κωλικούς ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό από γαστρεντερικά συμπτώματα έτσι έχει οδηγήσει σε μεταβολές του αναφερόμενου ποσοστού επιπολασμού από 1,5% σε 11,9%, στα βρέφη (Ματσανιώτης Ν., και συν. 2010).

3.4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι αιτίες των κωλικών δεν έχουν διευκρινιστεί, παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που έχουν κάποια σημασία.

- *Σίτιση* : Πολλές φορές η υπερσίτιση με μεγάλες ποσότητες του βρέφους με σκοπό να ηρεμήσει προκαλεί διάταση του στομάχου και ανησυχία. Θα πρέπει να είναι σαφές από τους γονείς ότι τα περισσότερα βρέφη κάτω των τριών μηνών τρώνε κάθε 2-4 ώρες, χωρίς περαιτέρω ενδιάμεση σίτιση.
- *Ψυχολογία* : Οι κωλικοί παρατηρούνται πιο συχνά στα πρωτότοκα βρέφη, κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων στο σπίτι. Η ένταση, ζοηράδα του βρέφους στο περιβάλλον του πιθανόν να προκαλέσει κωλικούς. Η οικογενειακή λαχτάρα και ανυπομονησία μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση.

- *Μετεωρισμός κοιλίας* : Σε πολλά βρέφη παρατηρείται πλήρωση του στομάχου και του εντέρου με αέρα, από συχνή σίτιση μέσω θηλασμού ή φιάλης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα έντονο κοιλιακό άλγος και αποβολή αερίων από το ορθό.
- *Αλλεργία* : Η αλλεργία του εντέρου στην πρωτεΐνη του γάλακτος αγελάδας, ειδικά σε οικογένειες με προηγούμενο ιστορικό, μπορεί να συνδέεται με κωλικούς με τη συνοδεία εμέτων και διάρροιας (Wolke, D., και συν. 2017).

3.4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση αποτελεί δύσκολο και μη ειδικευόμενο κομμάτι της συγκεκριμένης διαταραχής. Ο παιδίατρος θα πρέπει να διαγνώσει όλα τα συμπτώματα και να διαλευκάνει την περίπτωση επικράτησης άλλων γαστρεντερικών διαταραχών με παρόμοια σημεία. Ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός για τον κολικό είναι ο «Κανόνας των Τριών»: Κατά τον οποίο ένα βρέφος θεωρείται ότι έχει κολικούς όταν το θηλάζει ή φωνάζει για 3 ώρες > 3 ημέρες την εβδομάδα, για > 3 εβδομάδες (Κανακούδη – Τσακαλίδου Φ., και συν. 2017).

3.4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των βρεφικών κωλικών αναλαμβάνεται από μια σειρά αλλαγών στις καθημερινές συνήθειες του βρέφους εξολοκλήρου από τους γονείς. Εφόσον έχει κριθεί μέσω φυσικής εξέτασης και λήψης ιστορικού η απουσία κάποιας οργανικής αιτίας τότε τα ακόλουθα συντηρητικά μέτρα, βοηθούν στην μείωση των κωλικών.

- Ήχοι χαμηλής έντασης στο δωμάτιο του βρέφους, χρήση απαλής μουσικής για τον ύπνο και φωτισμοί διασκέδασης αποσπάνε την προσοχή του και το χαλαρώνουν κατάλληλα.
- Καθιέρωση χρονοδιαγράμματος για τα ημερήσια γεύματα του βρέφους ώστε να αποφεύγονται καταστάσεις υποσιτισμού ή υπερσιτισμού.
- Απαλή κίνηση της κούνιας και μικρός περίπατος με το αυτοκίνητο μπορεί να έχει διαγνωστική και θεραπευτική αξία.
- Σωστή διατήρηση της θερμοκρασίας του βρέφους με επιθέματα στο μέρος της κοιλίας και κυκλικές μαλάξεις εκεί, από δεξιά προς τα αριστερά για ηρεμία των διαταραχών.

- Σε περίπτωση δυσανεξίας στο γάλα, χρήση δίαιτας ελεύθερης γάλακτος προς ανακούφιση του βρέφους και πραγματική αλλαγή στη συμπεριφορά του.
- Έκφραση υποστήριξης των γονιών προς τα παιδιά τους, με πλήρη κατανόηση και υπομονή. Οι κωλικοί είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν αλλά όχι δύσκολο να επαλειφθούν. Η ανακούφιση πρέπει να είναι εμφανής εντός 48 ωρών (Norbedo και συν. 2017).

3.5 ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ.

Η δυσκοιλιότητα ορίζεται από τη Βορειοαμερικανική Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, ως καθυστέρηση ή δυσκολία στην απόδευση που υπάρχει για δύο ή περισσότερες εβδομάδες και είναι επαρκής για να προκαλέσει σημαντική πίεση στον ασθενή. Ουσιαστικά, η δυσκοιλιότητα ορίζεται ως μια διαταραχή στην οποία ένα παιδί περνά σπάνιες κινήσεις του εντέρου (γενικά δύο ή λιγότερες εβδομαδιαίως), έχει οδυνηρή απόδευση ή περνά σκληρά κόπρανα μεγάλου διαμετρήματος που απαιτούν υπερβολική προσπάθεια. Είναι ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι παιδίατροι.

ΗΛΙΚΙΑ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ.	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΑΝΑ ΜΕΡΑ.
0-3 ΜΗΝΕΣ	5 έως 40	2.9
6-12 ΜΗΝΕΣ	5 έως 28	1.8
1-3 ΧΡΟΝΩΝ	4 έως 21	1.4
>3 ΧΡΟΝΩΝ	3 έως 14	1.0

Πίνακας 1.3 : Η φυσιολογική κίνηση του εντέρου ανά ηλικιακή ομάδα (Πηγή : K. Hasina, Review article, Constipation in children 2015).

Η δυσκοιλιότητα κατατάσσεται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με την πάροδο των συμπτωμάτων και τη χρονική περίοδο που επικρατούν. Έτσι οι τρεις τύποι της δυσκοιλιότητας είναι :

- *Λειτουργική δυσκοιλιότητα* : Είναι η πιο κοινή μορφή δυσκοιλιότητας στα παιδιά, που δεν σχετίζεται με συγγενείς ανωμαλίες, επίκτητες ασθένειες ή φάρμακα. Η επικράτηση κυμαίνεται από 4% - 36%. Μπορεί να οφείλεται σε αλλαγή στη διατροφή και την πρόσληψη υγρών, κατά τη διάρκεια της εκγύμνασης τουαλέτας, με την αποφυγή της κίνησης του εντέρου λόγω του πόνου όπως ο ερεθισμός, το εξάνθημα, η ρωγμή στον πρωκτό.
- *Οξεία δυσκοιλιότητα* : Είναι πιο συνηθισμένη σε ηλικία 6 μηνών και σχετίζεται με αλλαγές στη διατροφή, αλλαγές στο περιβάλλον, μετά από χειρουργική επέμβαση και μετά από μόλυνση από ιλαρά. Ο οξύς κοιλιακός πόνος, η επέκταση των ποδιών και η συμπίεση των μυών του πρωκτού και των γλουτών του παιδιού εμποδίζουν τη διέλευση των κοπράνων (K.Hasina, 2015).
- *Χρόνια δυσκοιλιότητα* : Η επίμονη δυσκοιλιότητα που δεν ανταποκρίνεται γρήγορα στον διατροφικό χειρισμό ή στην απλή καθαρτική θεραπεία μπορεί να οριστεί ως χρόνια δυσκοιλιότητα. Αναπτύσσεται συνήθως μεταξύ 2 και 4 ετών, ενώ στο ένα τέταρτο των παιδιών έχει εμφανιστεί κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής (Howarth, L.T & Sullivan, P.B., 2016).

3.5.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η αναφερόμενη επικράτηση της δυσκοιλιότητας κυμαίνεται από 0,8 έως 28%, σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση και η κατάσταση έχει ευρεία γεωγραφική μεταβλητότητα, με τον υψηλότερο αναφερόμενο επιπολασμό στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και τον χαμηλότερο στη Φινλανδία. Η παθογένεια είναι πολυπαραγοντική με την έρευνα να επικεντρώνεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, προβλήματα συμπεριφοράς και γενετική προδιάθεση. Περιλαμβάνονται περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το επίπεδο δραστηριότητας και η διατροφή αλλά και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας ή η κοινωνική περίσταση. Σημαντικά υψηλά ποσοστά δυσκοιλιότητας έχουν αναφερθεί μεταξύ των μητέρων

των δυσκοιλιωμένων παιδιών σε αντίθεση με τους πατέρες ή τα αδέρφια ενός δυσκοιλιωμένου παιδιού. Ένα γενετικό συστατικό είναι πιθανό να είναι μέρος της παθογένεσης της λειτουργικής δυσκοιλιότητας αλλά δεν έχουν συνδεθεί μεταλλάξεις σε συγκεκριμένα γονίδια. Όπως πολλές άλλες λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές, η παθοφυσιολογία και η πρόγνωση είναι κατανοητές από τους ιατρούς (Afzal AN., και συν 2011).

3.5.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η εκδήλωση της δυσκοιλιότητας οφείλεται σε λειτουργικά και οργανικά αίτια. Στα λειτουργικά αίτια κατατάσσονται :

- Ααναπτυξιακές διαταραχές (νοητική στέρηση, ελλειμματική προσοχή).
- Διατροφικά αίτια (μετάβαση από τον μητρικό θηλασμό στην τεχνητή διατροφή, αλλεργία στο αγελαδινό γάλα, μειωμένη πρόσληψη φυτικών ινών, αφυδάτωση).
- Λανθασμένη εκπαίδευση χρήση τουαλέτας.
- Αδράνεια του κόλου.
- Γενετική προδιάθεση.

Από την άλλη πλευρά, τα οργανικά αίτια δυσκοιλιότητας περιλαμβάνουν την παρουσία άλλων νοσημάτων (νόσος του, κοιλιοκάκη) ή ανατομικών ανωμαλιών (στένωση ορθού) ή νευρομυϊκών νοσημάτων (δερματομυοσίτιδα, εγκεφαλική παράλυση) και ενδοκρινικών νοσημάτων (υποθυρεοειδισμός, υποκαλιαιμία, διαβήτης), (Lissauer T., και συν. 2016).

3.5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης III, βρέφη ηλικίας έως 4 ετών θα πρέπει να έχουν τουλάχιστον δύο συμπτώματα για ένα μήνα πριν από τη διάγνωση και τα παιδιά άνω των 4 ετών να παρουσιάζουν τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα συμπτώματα κατά τους προηγούμενους 2 μήνες :

- Δύο ή λιγότερες αποπλήξεις ανά εβδομάδα.
- Τουλάχιστον ένα επεισόδιο ακράτειας κοπράνων ανά εβδομάδα.
- Δυσμενής στάση ή κατακράτηση κοπράνων.
- Δονητικές ή σκληρές εντερικές κινήσεις, κατά την ψηλάφηση του κατώτερου μέρους της κοιλίας.
- Ιστορικό συγκρατημένης στάσης ή υπερβολική καταπιεστική κοπράνων.
- Παρουσία μεγάλης περιττωματικής μάζας στο ορθό (K.Hasina, 2015).

Η φυσική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση παραμέτρων ανάπτυξης για σχισμές, πολύποδες ή οποιεσδήποτε προφανείς ανωμαλίες και εξέταση της οσφυϊκής περιοχής για την αξιολόγηση των κοιλοτήτων, των κοιλοτήτων και των πτυχών. Έπειτα μέσω εργαστηριακών και βιολογικών εξετάσεων εξετάζεται η πλήρης διάγνωση. Οι εξετάσεις που ακολουθούν οι παιδίατροι είναι :

- Απλή ακτινογραφία σε όρθια στάση συμπεριλαμβανομένου και του θόλου του διαφράγματος.
- Ακτινογραφία του κηρύγματος βαρίου χωρίς προετοιμασία του εντέρου.
- Δοκιμή λειτουργίας θυρεοειδούς αδένου.
- Επίπεδο ασβεστίου στον ορό.
- Βιοψία ορθού.
- Ακτινογραφία πλευρικής σπονδυλικής στήλης.
- Μαγνητική τομογραφία σε περίπτωση νευρολογικού ελλείμματος
- Μελέτη χρόνου διαμετακόμισης.

3.5.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας ορίζεται ανάλογα με το είδος της δυσκοιλιότητας και την επίπονη παρουσία των συμπτωμάτων που ταρασσουν την καθημερινή ζωή του παιδιού. Με ένα γενικό μοντέλο διαχείρισης της κάθε περίπτωσης περιγράφεται ότι στη λειτουργική δυσκοιλιότητα η ανάνηψη των κοπράνων, που ορίζεται ως η παρουσία μίας μεγάλης μάζας κοπράνων στο ορθό ή στην κοιλιακή χώρα, συμβαίνει περίπου στο 50% των παιδιών με λειτουργική δυσκοιλιότητα. Έτσι, απαιτείται η

αφαίρεση αυτής της περιττωματικής μάζας πριν από την έναρξη της θεραπείας. Η θεραπεία της λειτουργικής δυσκοιλιότητας συνεπάγεται αποπροσανατολισμό χρησιμοποιώντας στοματική φαρμακευτική αγωγή. Η πολυαιθυλενογλυκόλη είναι αποτελεσματική και καλά ανεκτή, αλλά υπάρχουν πολλές εναλλακτικές λύσεις. Μετά από αποπροσανατολισμό, μπορεί να απαιτηθεί ένα πρόγραμμα συντήρησης για μήνες έως χρόνια, επειδή η υποτροπή της λειτουργικής δυσκοιλιότητας είναι κοινή στις περισσότερες περιπτώσεις. Η προσθήκη ινών στη διατροφή μπορεί να βελτιώσει τη δυσκοιλιότητα. Η συμπεριφορική εκπαίδευση βελτιώνει την ανταπόκριση στη θεραπεία και συγκεκριμένα της οικογένειας, έχει καθοριστική σημασία για τη βελτίωση της λειτουργικής δυσκοιλιότητας (Lissauer T., και συν. 2016).

Στη περίπτωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας τα συμπτώματα είναι επίπονα και έντονα στα παιδιά με κοιλιακό άλγος που διαταράζει την καθημερινή τους ζωή. Η θεραπεία ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία: Σε βρέφη και μικρά παιδιά, συνίσταται περιορισμός της πρόσληψης γάλακτος αγελάδας, πρόσληψη μεγαλύτερης ποσότητας νερού στη διατροφή και καθαρτικά για να μαλακώσουν τα κόπρανα. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις τα κλύσματα ή τα υπόθετα είναι χρήσιμα για τον καθαρισμό του αρχικού σκληρού επίπεδου κοπράνων. Στα μεγαλύτερα παιδιά, ανακούφιση έπειτα από τη διαδικασία κλύσματος, διατροφικός χειρισμός και αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες με την προσθήκη ινών όπως λαχανικά, φρούτα, χυμοί φρούτων και πολλών υγρών φθάνοντας το στόχο ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του έως ότου διορθωθεί ο συντελεστής καταβύθισης.

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΣΕ ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ (γραμμάρια/ημέρα)
1-3 ετών	19
4-8 ετών	25
Αγόρια 9-13 ετών	31
Κορίτσια 9-13 ετών	26
Αγόρια 14-18 ετών	38
Κορίτσια 14-18 ετών	26

Πίνακας 2.3: Η σωστή πρόσληψη φυτικών ινών ανά ηλικιακή ομάδα, σε περίπτωση δυσκοιλιότητας (Πηγή : onmed.gr).

Στη χρόνια δυσκοιλιότητα, διαδραματίζονται κι άλλες γαστρεντερολογικές ασθένειες και μη, που δυσκολεύουν την διαδικασία αντιμετώπισης. Στα νεογνά πολλές φορές εμφανίζεται σε συνδυασμό με τη νόσο Hirschsprung ή εγκεφαλοπάθεια. Η αντιμετώπιση της είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει συστηματική γυμναστική (ανάλογα με την ηλικία συντονισμένες, ειδικές κινήσεις κοιλίας), άμεση κένωση του εντέρου, πρόγραμμα συγκεκριμένης, καθημερινής διατροφής με χρονοδιάγραμμα και ποικιλία υγρών, φυτικών ινών και γαλακτοκομικών. Ενίσχυση του οργανισμού με ποικιλία υγρών συνήθως ζεστών. Σημαντικό παράγοντα παίζει η γονική ενθάρρυνση και συναίνεση στη ποιότητα ζωής του παιδιού. Σε περίπτωση, που τα συμπτώματα του παιδιού δεν βελτιωθούν μετά από έξι μήνες καλής προσκόλλησης σε θεραπευτική αγωγή και καθημερινό διατροφικό πρόγραμμα είναι απαραίτητη η παραπομπή σε ειδικό γαστρεντερολόγο (Howarth, L.T & Sullivan, P.B., 2016).

3.6 ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ.

Η κοιλιοκάκη (Celiac disease), είναι μια συστηματική εντεροπάθεια, που προκαλείται από την κατάποση γλουτένης σε γενετικά προδιέθετα άτομα. Η διαταραχή αυτή οφείλεται σε μία ανοσοαντιδραστικότητα της γλουτένης και των σχετικών προλαμίνων της δημιουργώντας μια ποικιλία μη ειδικών σημείων και συμπτωμάτων. Η γλουτένη είναι η κύρια πρωτεϊνική συνιστώσα του σιταριού, του κριθαριού και της σίκαλης που καταναλώνουν ευρέως δημητριακά στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Η ευαισθησία στη γλουτένη, στη κοιλιοκάκη, οφείλεται σε ανώμαλη κυτταρική ανοσοαπόκριση που είναι υπεύθυνη για μια ατροφία που προκαλεί βλάβη στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου και διάφορα συμπτώματα σε γενετικά ευαίσθητα άτομα. Τα συμπτώματα της κοιλιοκάκης περιγράφηκαν για πρώτη φορά από Έλληνα γιατρό. Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης (Aretae de Cappadoce), περιέγραψε τη νόσο στον 1^ο αιώνα. Ωστόσο, μόνο το 1950 εντοπίστηκε ο ρόλος των πεπτιδίων της γλουτένης στην ενεργοποίηση της κοιλιοκάκης. Η ιστορική εξέλιξη περιγράφει ότι ο William Dicke ήταν ο πρώτος γιατρός που πρότεινε δίαιτα χωρίς γλουτένη για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της κοιλιοκάκης (Saari και συν. 2015).

3.6.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο επιπολασμός του CD στους δυτικούς πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών, φαίνεται να είναι περίπου 1/100 γεννήσεις. Πολλές μελέτες στις οποίες, διεξήχθη ορολογική διαλογή μεταξύ του γενικού πληθυσμού υποδεικνύουν ότι η κοιλιοκάκη έχει επικράτηση περίπου 1% - 2% μεταξύ των δυτικών εθνών. Γενικά, ο επιπολασμός της κοιλιοκάκης ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των διαφόρων χωρών. Η επικράτηση της κυμαίνεται από 1/658 έως 1/37 με συγκεκριμένο επιπολασμό στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Γερμανία και στη Σουηδία που ήταν μεγαλύτερος από 1/66. Τρεις από τις οκτώ μελέτες που διεξήχθησαν σε παιδιά με αποτέλεσμα επιπολασμού της κοιλιοκάκης μεγαλύτερο από 1/100, στις Δυτικές χώρες. Σημαντική διαφορά επικράτησης παρατηρείται στη διαφορά φύλου με αναλογία, 2 : 1 με μεγαλύτερη επιρρέπεια στο θηλυκό φύλο (Garnier – Lengline, και συν. 2015).

3.6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ηλικία επικράτησης έχει αυξηθεί στον παιδιατρικό πληθυσμό με περιπτώσεις διάγνωσης της κοιλιοκάκης στην ενηλικίωση του παιδιού. Με το πέρασμα του χρόνου, έχει αναπτυχθεί η διαθεσιμότητα και η χρήση μη επεμβατικών εργαλείων για τη διάγνωση της κοιλιοκάκης. Οι συστάσεις για τη χρήση κάθε δοκιμής και η ευαισθησία επιλέγονται ανάλογα με τη διαφορετική περίπτωση. 3. Στην πράξη, η μέτρηση αντι-ενδομυσίου αντισώματα (IgA), τα αντισώματα εναντίον της ιστικής τρανσγλουταμινάσης (IgA tTG) και τα αντιγλιαδινικά αντισώματα (IgA και IgG AGA) είναι μια εξαιρετική διαδικασία με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα και θεωρείται η πρώτη εξέταση διαλογής που θα πρέπει να διεξαχθεί σε παιδιά που υπάρχει υποψία κοιλιοκάκης. Τα συγκεκριμένα ορολογικά τεστ είναι χρήσιμα σε παιδιά κάτω των 2 ετών, με τα αποτελέσματα τους να εμφανίζονται είτε ψευδή είτε αληθή. Μια ακόμα διαγνωστική εξέταση, είναι η βιοψία του λεπτού εντέρου. Συγκεκριμένα, γίνεται η διαδικασία της βιοψίας στο δωδεκαδακτυλικό τμήμα του λεπτού εντέρου με την παρουσίαση μίας μορφής μωσαϊκού, χωρίς φυσιολογικές πτυχές. Η εξέταση αυτή μπορεί να καθορίσει οριστικά τη διάγνωση της κοιλιοκάκης και συνιστάται από τη Βορειοαμερικανική Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής (NASPGHAN) και το American College of Gastroenterology (ACG). Περαιτέρω, ιστολογικές εξετάσεις επί την

παρουσία της κοιλιοκάκης χαρακτηρίζονται αυξημένο αριθμό ενδοθηλιακών λεμφοκυττάρων (> 25 ανά 100 εντεροκύτταρα), επιμήκυνση των πτυχών και ατροφία λαχνών με ταυτόχρονη μεγέθυνση των κρυπτών και έντονη φλεγμονώδη αντίδραση (Saari και συν. 2015).

3.6.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα της κοιλιοκάκης εκδηλώνεται με πολλαπλές γαστρεντερικές διαταραχές. Η ασθένεια εμφανίζεται όταν εισέρχεται γλουτένη στον οργανισμό του παιδιού και έπειτα από τη διέλευση του από το λεπτό έντερο ο χρονισμός της παρουσίασης των συμπτωμάτων κυμαινόταν ανάλογα με την ένταση της ανοσολογικής αντίδρασης. Η χαρακτηριστική εμφάνιση της κοιλιοκάκης είναι η δυσαπορρόφηση που εκδηλώνεται ως διάρροια και κακή ανάπτυξη στην παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, τα παιδιά ηλικίας κάτω των τριών ετών είναι πιθανό να παρουσιάσουν διάρροια, απώλεια όρεξης, κοιλιακή διάταση και κακή ανάπτυξη ενώ, τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν διάρροια, φούσκωμα, δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος ή απώλεια βάρους. Στις περισσότερες καταστάσεις, εμφανίζεται αναιμία ανεπάρκειας σιδήρου και παρατηρείται στο 9% των παιδιών. Κοινά σημεία συμπτωμάτων είναι η εμφάνιση δερματολογικών καταστάσεων (όπως η κνίδωση, το ξηρό δέρμα, εξανθήματα), η καθυστερημένη εφηβεία, η έλλειψη των οδοντικών σμάλτων είναι κοινά σε παιδιά που αναπτύσσουν κοιλιοκάκη πριν από την ηλικία των εφτά ετών, ο πόνος στις αρθρώσεις και η σύγχυση και η ανορεξία που προκαλείται στο παιδί (Leonard., και συν. 2017).

3.6.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της κοιλιοκάκης βασίζεται σε ένα συστηματικό πρόγραμμα ελεύθερης διαίτας απουσίας γλουτένης. Πριν από τη διάγνωση το έντερο είχε υποστεί βλάβη από τη συχνή και μακρόχρονη κατανάλωση γλουτένης, έτσι η έναρξη μίας διατροφής με προϊόντα χωρίς γλουτένη θα επαναφέρει τη κατάσταση του εντέρου στη φυσιολογική του μορφή, με το χρονικό πλαίσιο να είναι διαφορετικό ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της διαταραχής. Η δίαιτα χωρίς γλουτένη πρέπει να ακολουθείται για μια δεδομένη περίοδο, 12 έως 24 μήνες, προτού δοκιμαστεί εκ νέου η ανοχή της γλουτένης. Η κινητήρια δύναμη του παιδιού είναι η γονική ενθάρρυνση και στήριξη έπειτα από την εκμάθηση πολλών τροφών χωρίς γλουτένη και υποκατάστατων που

θα βοηθήσουν την όρεξη του παιδιού και την προσαρμογή στη διατροφική αλλαγή. Η διατροφή χωρίς γλουτένη και οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες του παιδιού είναι μονόδρομος δρόμος θεραπείας (Green, P.H.R, και συν. 2015).

3.7 ΝΟΣΟΣ HIRSCHSPRUNG.

Η νόσος του Hirschsprung (Hirschsprung's Disease) ή Συγγενές αγαγγλιονικό megάκολο, είναι μια κοινή αιτία της νεογνικής εντερικής απόφραξης. Χαρακτηρίζεται από την απουσία των εγγενών, γαγγλιακών νευρικών κυττάρων στο περιφερικό τμήμα του εντέρου με αποτέλεσμα τη λειτουργική παρεμπόδιση του εντέρου. Εμφανίζεται κατά τη νεογνική περίοδο ή την πρώιμη βρεφική ηλικία με εκτιμώμενη συχνότητα εμφάνισης, περίπου 1 στις 5000 γεννήσεις με αναλογία αρσενικού προς θηλυκό φύλο 4: 1, σε παγκόσμιο επίπεδο. Η έλλειψη των συγκεκριμένων κυττάρων αρχίζει από την ορθοπρωκτική συμβολή και προσβάλλει όλο ή το μεγαλύτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Έχει παρατηρηθεί συχνότητα ανάλογα με το σημείο απουσίας φυσιολογικής ανάπτυξης των νευρικών πλεγμάτων, με 75% των περιπτώσεων η αγαγγλιόνωση να αφορά μόνο το ορθοσιγμοειδές, 17% το εγκάρσιο κόλον και σε περιπτώσεις 8% να καταλαμβάνει ολόκληρο το έντερο (Bradnock και συν. 2017).

3.7.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της νόσου περιλαμβάνει ειδικό εργαστηριακό έλεγχο με ένα ευρύ φάσμα εξετάσεων. Ο ακτινολογικός έλεγχος κοιλίας, ο υποκλυσμός, η ορθική μανομετρία και η ιστολογική εξέταση υλικού βιοψίας από το ορθό, αποτελούν τις πλήρεις εξετάσεις διάγνωσης στις οποίες κατατρέχει ο παιδοχειρουργός. Κατά τις οποίες :

- Ακτινογραφία κοιλίας : Η απλή ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση εμφανίζει μαζική διάταση του κόλου με κόπρανα και αέρα. Παρατηρείται σχεδόν σε όλες της περιπτώσεις της νόσου η ύπαρξη αέρα σε σημεία του τοιχώματος του εντέρου, που μερικές φορές αποτελεί σημείο εντεροκολίτιδας.
- Βαριούχος υποκλυσμός : Μέσω της πλάγιας τοποθέτησης του κλύσματος παρατηρείται το υποκείμενο μέρος του εντέρου να παρουσιάζεται με ανώμαλο περίγραμμα και τραχιά επιφάνεια. Κατά τη νεογνική ηλικία, η παραπάνω

διαδικασία δεν είναι τόσο εύκολα διακριτή για αυτό και η κατακράτηση του βαρίου στο έντερο σε ένα χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 24 ωρών αποτελεί θετικό σημείο αναγνώρισης.

- Βιοψία ορθού : Συνήθως, εκτελείται μετά από τον βαριούχο υποκλυσμό σε περιπτώσεις αμφιβολίας. Το υλικό της βιοψίας λαμβάνεται από απόσταση 2 με 3 εκατοστά από το πρωκτό και πέρα από την ιστολογική εξέταση αυτού γίνεται χρώση ακετυλοχολινεστεράσης , με την οποία αποκαλύπτονται οι υπερτροφικές νευρικές ίνες του βλεννογόνου.
- Ορθική μανομετρία : Φυσιολογικά, στον ανθρώπινο οργανισμό γίνεται χάλαση του έσω σφιγκτήρα κατά τη έναρξη της διαδικασίας της αφόδευσης όμως στη νόσου του Hirschsprung η αύξηση της πίεσης του ορθού προκαλεί αύξηση της τάσης του έσω σφιγκτήρα. Αυτό το σημείο καταγράφει και εντοπίζει η ορθική μανομετρία για την αναγνώριση παρουσίας της νόσου (Ματσανιώτης Ν., και συν 2010).

3.7.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική παρουσία της νόσου εκδηλώνεται κατά τις πρώτες ημέρες ζωής των νεογνών. Η έλλειψη των νευρικών, γαγγλιακών κυττάρων προκαλεί την κλινική εκδήλωση δυσκοιλιότητας και συμπτωμάτων εντερικής απόφραξης, εξαιτίας της αδυναμίας προώθησης του εντερικού περιεχομένου. Χαρακτηριστικό σημείο είναι η καθυστέρηση αποβολής μηκωνίου κατά το πρώτο εικοσιτετράωρο με παρουσία 95% στα νεογνά, ενώ το 60% αποβάλλει το μηκόνιο κατά το δεύτερο εικοσιτετράωρο ζωής. Συμπτώματα όπως η κοιλιακή διάταση, συνεχείς έμετοι, δυσκολία σίτισης και πυρετός είναι τα σημεία που παρουσιάζουν τα βρέφη. Η μειωμένη όρεξη προκαλεί καθυστερημένη ανάπτυξη, και επηρεάζει το ρυθμό αύξησης βάρους. Πολλά παιδιά εμφανίζουν σιδηροπενική αναιμία. Η επίμονη δυσκοιλιότητα εναλλάσσεται με υδαρές κενώσεις, μικρής ποσότητας. Τα βρέφη υποσιτίζονται, παρουσιάζουν συμπτώματα σήψης και μόνιμη εξάντληση.

3.7.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πλειονότητα των παιδιών με τη νόσο Hirschsprung διαγιγνώσκονται εντός του πρώτου έτους της ζωής τους, με κύρια πορεία αντιμετώπισης τη χειρουργική

επέμβαση. Ουσιαστικά, η λειτουργική διόρθωση της νόσου του Hirschsprung περιλαμβάνει τις γενικές αρχές της απομάκρυνσης ή της παράκαμψης του αγγειακού εντέρου και την καθιέρωση της εντερικής συνέχειας με τράβηγμα του φυσιολογικού εντέρου προς τον πρωκτό, με φυσιολογική λειτουργία του σφιγκτήρα. Η αναστόμωση του εντέρου γίνεται με διάφορες τεχνικές και σε περίπτωσης λοίμωξης του εντέρου ενδείκνυται η τοποθέτηση κολοστομίας για την προστασία του υποκείμενου, υγιούς τμήματος του εντέρου. Η εγχείρηση αποτελεί οριστική θεραπεία της νόσου (Caltins, C., 2018 & Γκαμπέτα Α., & Παύλου Ε., 2013).

3.8 ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου περιλαμβάνει τη Νόσο του Crohn και την Ελκώδη κολίτιδα, με κοινή κλινική παρουσία αλλά διαφορετική εντερική παθολογία. Αρχικά, η νόσος του Crohn προσβάλλει συνήθως τις εντερικές έλικες είτε του λεπτού είτε του παχέος εντέρου με συνηθέστερη περιοχή των τελικό ειλεό, αν και μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιοδήποτε μοίρα του πεπτικού σωλήνα, από το στόμα μέχρι τον ορθό (πρωκτό). Άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn, παρουσιάζουν μια χρόνια διαδρομή φλεγμονής του γαστρεντερικού συστήματος (Karla L.Luxner, 2011). Από την άλλη πλευρά, η ελκώδης κολίτιδα, προσβάλλει το βλεννογόνο του παχέος εντέρου και του ορθού με την ανάπτυξη έντονου οιδήματος που επηρεάζει την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και δημιουργεί μία μορφή άκαμπτου και ουλοποιημένου εντέρου (Siow V.S Bhatt, και συν. 2017).

3.8.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Στον παιδιατρικό πληθυσμό, η συχνότητα εμφάνισης φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου, κυρίως της νόσου του Crohn και της ελκώδης κολίτιδας, έχει αναφερθεί ότι αυξάνεται σε πλειονότητα των πρόσφατων επιδημιολογικών μελετών. Η εμφάνιση τους κατά την παιδική ηλικία θεωρείται διαφορετικός φαινότυπος από την έναρξη της νόσου. Και οι δύο νόσοι χαρακτηρίζονται από έντονες υποτροπές και ανησυχούν συνήθως παιδιά σχολικής ηλικίας, με πιο συχνή εμφάνιση στη εφηβεία (10 με 20 ετών). Συγκεκριμένα, η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό εμφανίζεται 5 / 100.000 για

τη νόσο του Crohn ενώ, 3-15 / 100.000 για την ελκώδης κολίτιδα. Η σχετική συχνότητα στα παιδιά αναφέρεται με 2 στις 100.000 και 1 στις 100.000 ζώντες γεννήσεις, στη νόσο του Crohn και στη ελκώδης κολίτιδα αντίστοιχα (Duricova D.,2017).

3.8.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιούνται αλλά δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν τη νόσο είναι :

- *Εθνότητα:* Πιο συχνή μεταξύ των ανθρώπων της Ανατολικής Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένων και των Εβραίων, τα τελευταία χρόνια, αύξηση του ποσοστού στους Αφροαμερικανούς.
- *Οικογενειακό ιστορικό:* Μεγαλύτερος κίνδυνος, εάν υπάρχει συγγενής α βαθμού με νόσο Crohn , (γονέας, παιδί, αδελφός: 1 στα 5 άτομα με νόσο του Crohn έχει ένα μέλος της οικογένειας με τη νόσο). Συνυπάρχουσα είναι και η εμφάνιση της ελκώδης κολίτιδας με την κληρονομικότητα.
- *Το κάπνισμα:* Είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου.
- *Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.*
- *Το περιβάλλον:* Η εμφάνιση εκδήλωσης των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου αντικατοπτρίζεται περισσότερο σε αστικές περιοχές και βιομηχανικές χώρες, παρά σε υπανάπτυκτες χώρες και αγροτικές περιοχές.
- *Η διατροφή:* Υψηλή σε λίπος ή παχυντικά τρόφιμα με πολλαπλές οργανικές θερμίδες.
- *Το άγχος:* Επιδεινώνει τα συμπτώματα και την έξαρση των κλινικών υποτροπών (Karla L.L., 2011).

3.8.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Και στις δύο νόσους εμφανίζονται γενικά συμπτώματα όπως κόπωση, καταβολή, σύγχυση, ανορεξία, απώλεια βάρους, έμετος, ναυτία και πυρετός. Τα συμπτώματα από το έντερο περιλαμβάνουν μετεωρισμό της κοιλιακής χώρας μετά από γεύματα,

διάρροιες και αιματηρές κενώσεις, που μπορούν να συνοδεύονται από επίπονη και επαναλαμβανόμενη τάση για κένωση με έντονο κοιλιακό άλγος.

- *Νόσος του Crohn* : εμφανίζονται κολικοειδείς πόνοι, ιδιαίτερα δεξιά της κοιλιακής χώρας, που οφείλονται συνήθως σε ατελή εντερική απόφραξη. Πολλές φορές, έπειτα από τη εξέταση της ψηλάφησης ευρίσκεται κινητή μάζα. Οι περιπρωκτικές αλλοιώσεις, με την εμφάνιση ραγάδων ή συριγγίων αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου Crohn.
- *Ελκώδης κολίτιδα* : Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων συνήθως συμβαδίζει με την βαρύτητα και την έκταση της νόσου. Βέβαια, οι δύο αυτές ασθένειες τις περισσότερες φορές επηρεάζουν και άλλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, και κυρίως η νόσος του Crohn. Έτσι, οι παιδιατρικοί ασθενείς είναι δυνατόν να εμφανίσουν, δερματικές, αρθρικές και ρευματολογικές εκδηλώσεις (Λέρα Μ & Τσαχτόγλου Κ., 2016).

3.8.4 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN.

Η νόσος του και η ελκώδης κολίτιδα εντάσσονται στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου με παρόμοια χαρακτηριστικά αλλά και σημαντικές διαφορές ανάμεσα τους. Σύμφωνα με την ξενόγλωσση βιβλιογραφία κάποιες από αυτές είναι :

- Η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο ενώ η νόσος Crohn όλο τον πεπτικό σωλήνα, με σημαντικές διαβρώσεις στο λεπτό έντερο, το στομάχι και το στόμα.
- Η επέκταση της ελκώδους κολίτιδας γίνεται συνεχής, αρχικά από τον πρωκτό και κατά τη συνέχεια του ιστού, ενώ η νόσος Crohn μπορεί να προσβάλλει μεμονωμένα τμήματα του παχέος ή / και του λεπτού εντέρου, αφήνοντας ενδιάμεσα τμήματα απόλυτα υγιή.
- Η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει το βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο του παχέος εντέρου, ενώ η νόσος Crohn οι αλλοιώσεις εμβαθύνουν στο τοίχωμα του εντέρου.

- Η ελκώδης κολίτιδα θεωρείται νόσημα που προδιαθέτει, κάτω από περιορισμένες προϋποθέσεις, σε καρκίνο του εντέρου, ενώ κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να ισχύει στη νόσο Crohn.
- Η κολεκτομή αποτελεί ριζική θεραπεία της κολίτιδας, ενώ στη νόσο Crohn οι εντερεκτομές δεν θεραπεύουν ριζικά (Ματσανιώτης Ν., και συν. 2010).

3.8.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των συγκεκριμένων νόσων διακρίνεται σε τρία εξαρτώμενα επίπεδα: α) αντιμετώπιση του έντονου επεισοδίου, β) θεραπεία για μη περαιτέρω πρόκληση ύφεσης και γ) θεραπεία συντήρησης της ύφεσης. Η αντιμετώπιση χωρίζεται είτε σε συντηρητική είτε σε χειρουργική.

- *Νόσος του Crohn* : αρχικά, ενδείκνυνται η συντηρητική θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει τη σωστή θρέψη του παιδιού και τη χορήγηση φαρμάκων για την ανακούφιση του πόνου και των συμπτωμάτων. Πραγματοποιείται, παρεντερική διατροφή και στοιχειώδη δίαιτα, ώστε το παιδί να λαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά, υγρά και βιταμίνες που χρειάζεται. Η χορήγηση περιλαμβάνει τα αντιφλεγμονώδη, τα αντιδιαρρικά και τα αντιβιοτικά φάρμακα. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το παιδί δεν μπορεί να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση, έπειτα από την συντηρητική θεραπεία, τότε η χειρουργική επέμβαση αποτελεί μονόδρομο. Μέσω της χειρουργικής πράξης, γίνεται αφαίρεση του κατεστραμμένου τμήματος του λεπτού εντέρου ή των συριγγίων που επιμένουν παρά τη φαρμακευτική αγωγή (Κανακούδη – Τσακαλίδου Φ., και συν 2017).
- *Ελκώδης κολίτιδα* : αρχικός στόχος είναι η εξάλειψη της έντονης φλεγμονής με ενδοφλέβια φάρμακα και κορτικοστεροειδή. Ο εκάστοτε ιατρός χρησιμοποιεί συνδυασμό αναστολέων για την καλύτερη ανταπόκριση. Στις περισσότερες, όμως, περιπτώσεις η αντιμετώπιση προκύπτει με χειρουργική επέμβαση. Η πιο συνηθισμένη είναι η ολική κολεκτομή με ειλεοπρωκτική αναστόμωση με J-pouch. Η πραγματοποίηση και το είδος της εγχείρισης που απαιτείται εξαρτάται από τη σοβαρότητα της πάθησης και την επέκταση αυτής (Siow V.S Bhatt, και συν. 2017).

3.9 ΜΕΚΕΛΕΙΟΣ ΑΠΟΦΥΣΗ.

Η μεκέλειος απόφυση, αποτελεί μια από τις πιο συχνές συγγενείς ανωμαλίες του πεπτικού συστήματος που συναντώνται στη παιδική ηλικία. Αποτελεί υπόλειμμα του ομφαλομεσεντέριου πόρου, ο οποίος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο κατά τη 5^η με 7^η εβδομάδα ενδομήτριας ζωής καθώς ενώνει το κατώτερο μέρος του εντέρου με το λεκιθικό σάκο και βρίσκεται ενενήντα εκατοστά από την ειλεοτυφλική βαλβίδα.

3.9.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επικράτηση της μεκέλειος απόφυσης συναντάται σε μεγάλο βαθμό σε ηλικίες κάτω των δυο ετών, με αναγνωρίσιμο ποσοστό, 60%. Η συγκεκριμένη πάθηση αναγνωρίζεται ως ασυμπτωματική και αιφνίδια. Η μεκέλειος απόφυση συναντάται σε αυξημένη συχνότητα συνήθως σε παιδιά με ατρησία οισοφάγου, ατρησία πρωκτού, νευρολογικές και καρδιαγγειακές ανωμαλίες.

3.9.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα του παιδιού τις περισσότερες φορές είναι ασυμπτωματική για αυτό και η παρουσία της ασθένειας εντοπίζεται με τη πάροδο του χρόνου. Η χαρακτηριστική κλινική έκφραση της μακελειού απόφυσης είναι η έντονη αιμορραγία στο κατώτερο πεπτικό σύστημα που συναντάται στο 50% των περιπτώσεων. Σύνοδες, επιπλοκές που παρουσιάζονται είναι φλεγμονή, διάτρηση, εντερική απόφραξη και συχνά ομφαλικό έκκριμα. Η αιμορραγία χαρακτηρίζεται ως μαζική, ιδιαίτερα όταν πραγματοποιείται από το ορθό, η ποσότητα αίματος είναι μεγάλη και εκδηλώνεται με έντονα κόκκινα κόπρανα. Σε περιπτώσεις που η αιμορραγία είναι επακόλουθο εγκολεασμού τα κόπρανα παίρνουν την μορφή ζελέ και η αιμορραγία συνοδεύεται από συμπτώματα του εγκολεασμού. Η εντερική απόφραξη αποτελεί άλλη μία συχνή κλινική εκδήλωση της μεκέλειος απόφυσης με ποσοστό εμφάνισης στο 20% των περιπτώσεων, η οποία προκύπτει με ποικίλους μηχανισμούς (Fritch & Kuhnel 2009).

3.9.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της μεκέλειος απόφυσης αποτελεί πρόκληση για τους παιδοχειρουργούς καθώς η πάθηση είναι ασυμπτωματική. Ιδιαίτερα, όταν δεν εκδηλώνεται με αιμορραγία από το ορθό οι εξετάσεις που θέτονται είναι :

- Απλή ακτινογραφία : επιβεβαιώνει έμμεσα σημεία όπως την απόφραξη που υπάρχει ή τον εγχολεασμό του εντέρου. Ενδέχεται ο ακτινολογικός έλεγχος με βάριο να απεικονίζει την απόφραξη του Meckel.
- Σπινθηρογράφημα : γίνεται έγχυση με technetium 99 pertechnetate, μπορεί να αναδείξει το γαστρικό βλεννογόνο μέσα στο εκκόλπωμα, με ακρίβεια και χρησιμοποιείται ως δοκιμασία σε περιπτώσεις υποτροπιάζουσας αιμορραγίας από το λεπτό έντερο χωρίς εμφανή βλάβη στον υπόλοιπο διαγνωστικό έλεγχο (Κανακούδη – Τσακαλίδου και συν. 2017).

Σε πολλές περιπτώσεις, η διάγνωση της προέρχεται τυχαία έπειτα από αναζήτηση ή αντιμετώπιση της σκωληκοειδίτιδας.

3.9.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συμπτωματική μεκέλιος απόφραξη αντιμετωπίζεται χειρουργικά ή λαπαροσκοπικά και πρέπει να αφαιρείται αν υπάρχει υπόνοια ινωδών χορδών που μελλοντικά μπορούν να προκαλέσουν πρόβλημα. Ουσιαστικά, μέσω της χειρουργικής επέμβασης γίνεται αφαίρεση του κολπώματος του Meckel και ένωση του με παρακείμενο μέρος του ειλεού (Βάος Γ., 2011 & Γκαμπέτα Α. & Παύλου Ε., 2013).

3.10 ΑΝΩΜΑΛΗ Ή ΑΤΕΛΗΣ ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Εκδηλώνεται κατά την εμβρυϊκή ηλικία, όταν, φυσιολογικά το αναπτυσσόμενο έντερο περιστρέφεται γύρω από την άνω μεσεντέρια αρτηρία μέχρι να πάρει την τελική του θέση μέσα στη περιτοναϊκή κοιλότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την αδυναμία δημιουργίας φυσιολογικής πορείας του μεσεντέριου και σταθεροποίησης του στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, προκαλώντας επεισόδια σύσφιξης του εντέρου αλλά και διασταύρωση του δωδεκαδάχτυλου με ταινίες του Ladd που να το αποφράσσουν (John M.H., 2005).

3.10.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά το πρώτος έτος ζωής και εκδηλώνονται κλινικά με εικόνα οξείας εντερικής απόφραξης ή ισχαιμίας. Τα νεογνά παρουσιάζουν

χολώδεις εμέτους, ανησυχία, ανορεξία και συνεχής κόπωση κατά τις πρώτες μέρες ζωής. Χαρακτηριστικό είναι το κοιλιακό άλγος και η ευαισθησία από περιτονίτιδα. Στα μεγαλύτερα παιδιά(>3 ετών), και σε σπάνιες περιπτώσεις παρουσίασης, εντοπίζονται πολλαπλά επεισόδια εμέτων, ναυτία και οξύς κοιλιακός πόνος (Lissauer T., 2016).

3.10.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η άμεση θεραπεία αποτελεί μονόδρομη πορεία. Αντιμετωπίζεται με επείγουσα χειρουργική διόρθωση και συνήθως επί την ύπαρξη συνεπακόλουθης σκωληκοειδεκτομής. Τις περισσότερες φορές η εκτεταμένη ισχαιμία του εντέρου, λόγω συστροφής δημιουργεί κατόπιν επακόλουθα προβλήματα όπως το σύνδρομο βραχέος εντέρου, για αυτό και η χειρουργική πράξη θα πρέπει να είναι άμεση και αποτελεσματική. Κατά την εγχείρηση, η συστροφή λύνεται και το έντερο συναντιέται με το τυφλό από τα αριστερά και με την νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή δεξιά (Πετρόπουλος, 2011 & Lissauer T., 2016).

Κεφάλαιο 4^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

4.1 ΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ

Τα κριτήρια της Ρώμης για τη διάγνωση λειτουργικού κοιλιακού άλγους περιλαμβάνουν επεισοδιακό ή περιστασιακό κοιλιακό άλγος για περισσότερο από τρεις μήνες χωρίς εντοπισμένη παθολογία ή φυσική εξέταση. Ο λειτουργικός κοιλιακός πόνος περιγράφεται ως μη ραδιενεργός πόνος που διαρκεί μία έως τρεις ώρες και συνήθως βρίσκεται γύρω από την περιοχή του ομφαλού. Τα συνοδευτικά συμπτώματα μπορεί να προκαλέσουν φλεγμονή ή/και διάτρηση του εντέρου, ναυτία, έμετο, διαταραχές ύπνου και μεταβολές στη σίτιση. Σε τουλάχιστον 25% των περιπτώσεων, ο κοιλιακός πόνος συσχετίζεται συνήθως με άλλα συμπτώματα όπως πονοκέφαλο ή πυρετό, υποτροπιάζοντες πόνους των άκρων και ωχρότητα. Οι αιχμές στην ηλικία εμφανίζονται από 4 με 6 ετών και 9 με 11 ετών.

Ο κοιλιακός πόνος είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ πολλαπλών παραγόντων που περιβάλλουν το παιδί, συμπεριλαμβανομένης της γενετικής προδιάθεσης, των συμβάντων της ζωής, της οικογένειας και των μηχανισμών αντιμετώπισης του παιδιού για την αντιμετώπιση του στρες και του πόνου. Αυτοί οι βιολογικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την ανάπτυξη και την αναγνώριση του πόνου του εντέρου μέσω της αλλαγής της φυσιολογίας του και του άξονα του εγκεφάλου-εντέρου (Abbott και συν. 2018).

Ο ρόλος του νοσηλευτή αποτελεί το κλειδί για την προσέγγιση και τη διαχείριση του κοιλιακού πόνου στα παιδιά. Αρχικά, η κατανόηση και η πληροφόρηση γύρω από τον πόνο αναγνωρίζεται ως θετική προσέγγιση αντιμετώπισης. Είναι σημαντικό να αναφέρεται τόσο στο πάσχων παιδί (εφόσον είναι σε ηλικία που μπορεί να επικοινωνήσει) όσο και στους γονείς :

- Η προσφορά καθησυχασμού, η επιβεβαίωση πως ο πόνος δεν απειλεί τη ζωή του παιδιού.
- Ο στόχος προς τη διαχείριση του πόνου μέσω της βελτίωσης της καθημερινής λειτουργίας (προτάσεις για αλλαγές στον τρόπο ζωής: συμπεριλαμβανομένων των διαιτητικών αλλαγών, ενσωμάτωση σωματικής άσκησης).
- Η ενθάρρυνση για την βαθμιαία επιστροφή στο σχολείο: σύνδεση της θεραπείας με το σχολείο.

Μέσω της επικοινωνίας με το παιδί και τους γονείς ο νοσηλευτής δημιουργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης ώστε να προβεί στις κατάλληλες μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου, πλέον με συναίνεση και κατανόηση των γονέων. Εφαρμόζει, στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η διάσπαση της προσοχής (μέσω οπτικοακουστικού μέσου, ενός βιβλίου ή παιχνιδιού ακόμα και αγαπημένου φαγητού). Η βαθιά αναπνοή, η ξεκούραση και η χαλάρωση θέτουν το παιδί σε συστηματικό έλεγχο του πόνου. Η φροντίδα της κοιλιακής χώρας, με καθησύχηση αυτής με ζεστά επιθέματα απαλύνει το πόνο. Πολλές φορές ο νοσηλευτής ενισχύει τη σωματική θέση ανάλογα με το κέντρο του πόνου. Πλάγιες και όρθιες θέσεις βοηθούν το παιδί να ηρεμήσει από την σύγχυση. Εξασφάλιση ήρεμου και καθαρού περιβάλλοντος με την κατάλληλη θερμοκρασία και ασφάλεια. Μέτρηση των ζωτικών σημείων του παιδιού ανά τακτά χρονικά διαστήματα και καταγραφεί των τιμών στο ατομικό του διάγραμμα. Ο νοσηλευτής, ενισχύει το παιδί να πίνει όλο και περισσότερα υγρά καθημερινά και ενθαρρύνει το διατροφικό του πλάνο με τροφές στερεές και καθαρά υγρά όπως σούπες τις πρώτες μέρες. Διατρέχει σε παυσίπονα, σε αντιβιοτικά με γνώση της πρόσφατης ευαισθησίας σε αντιμικροβιακούς παράγοντες και φάρμακα που θα καθησυχάσουν το παιδί από τον πόνο με σωστή δόση και ώρα χορήγησης ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα του παιδιού (Brown και συν. 2015).

Σε περιπτώσεις, υψηλή λειτουργικής αναπηρίας ο νοσηλευτής ανατρέχει σε συνεργασία με ομάδα ψυχολογίας ενώ συνέχεια αναγνωρίζει και μελετά την συμπεριφορά του παιδιού και την σύνδεση της αντίδρασης του με τον πόνο καθημερινά για την πρόληψη διαταραχών όπως η κατάθλιψη.

4.2 ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού είναι το πιο σημαντικό μέρος στη διαδικασία της αντιμετώπισης της νόσου. Με την πάροδο της διάγνωσης και την αναγνώριση της νόσου και των συμπτωμάτων το παιδί διατρέχει σε κάποια στάδια συμπεριφοράς :

- Το ψυχολογικό σοκ, το παιδί βρίσκεται σε μία σύγχυση και ένταση αποπροσανατολισμένο και μη ικανό να σκεφτεί, με αποτέλεσμα να αποστασιοποιείται από την κατάσταση ως ένα τρόπο άμυνας.

- Αντιπαράθεση, στο στάδιο αυτό το παιδί χαρακτηρίζεται από συναισθήματα έντονης στεναχώριας έως πένθους και άρνησης για το οτιδήποτε.
- Άρνηση, στο στάδιο αυτό το παιδί δεν επιδιώκει κανένα μέσο αντιμετώπισης και δεν δέχεται τη θεραπεία και τη συμβαίνει στη υγεία του.
- Υποχώρηση, στο στάδιο αυτό το παιδί κλείνεται στον εαυτό του και αντιλαμβάνεται τα μέσα θεραπείας και τα φάρμακα ως εισιτήριο για παιχνίδι και επανένταξη στο σπίτι του. Αρχίζει να αποδέχεται την κατάσταση και να την διαχειρίζεται (Weather spoon D. & Sullivan, D.H., 2018).

Ο ρόλος του νοσηλευτή ενισχύει τις περιπτώσεις έντονων συμπεριφορών των παραπάνω σταδίων, του παιδιού. Εξετάζει, αναλύει και προβλέπει αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού. Ενισχύει την κινητοποίηση των μελών της οικογένειας για συμμετοχή στην θεραπευτική διαδικασία, ενθαρρύνει το πάσχον παιδί σε δραστηριότητες επανένταξης στη μάθηση και στο παιχνίδι και παραπέμπει σε ατομική στήριξη του παιδιού σε περιπτώσεις κατάθλιψης και αποστασιοποίησης αυτού από οικεία πρόσωπα. Αναλαμβάνει, το ρόλο του πληροφοριοδότη, του δασκάλου, του ηγέτη, του συνεργάτη, του αντικαταστάτη και του συμβούλου. Ο νοσηλευτής εκδηλώνει μία πολυδιάστατη προσωπικότητα μπροστά στη ψυχολογική πορεία του παιδιού και στη θεραπεία του.

4.3 ΣΤΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αρχικά, η είσοδος του παιδιού στο χώρο του χειρουργείου από την κλινική είναι η μετάβαση σε ένα άγνωστο χώρο, για αυτό και η πλήρης επικοινωνία με το τι θα αντικρίσει βοηθάει στην επάλειψη του στρες. Η σωστή συνοδεία και συνεχής ενημέρωση μέχρι την ώρα της τοποθέτησης στο χειρουργικό τραπέζι αποτελεί ουσιαστική παράμετρο της συμβουλευτικής διαδικασίας διότι επιτρέπει στο παιδί να σχηματίσει ένα νοητικό μοτίβο ή εικόνα της χειρουργικής διαδικασίας. Όσο πιο διευκρινιστικές είναι οι πληροφορίες, με τόσο πιο εύκολη τροπή θα διεξαχθεί το χειρουργείο με τη συμβολή της συνεργασίας του παιδιού (Κουτελέκος Ι., 2012).

Εκτός από τη φροντίδα του παιδιού όσο αναφορά την ψυχολογική του ενθάρρυνση, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει μία σειρά νοσηλευτικών πράξεων πριν από την έναρξη του χειρουργείου τόσο για την ασφάλεια του παιδιού όσο και για την επιτυχή επέμβαση. Αυτές είναι :

- Συμμετοχή και αναγνώριση των αποτελεσμάτων από τις εργαστηριακές εξετάσεις του παιδιού και προσοχή σε κρίσιμα σημεία φυσιολογικών τιμών αλλά και συστηματικών διαταραχών όπως αναιμία ή αιμορραγικές διαθέσεις.
- Κένωση του στομάχου τουλάχιστον 12 ώρες πριν το χειρουργείο. Αποφυγή χορήγησης τροφής και υγρών από το στόμα για την αποφυγή τυχόν εισρόφησης ή εμέτου.
- Προετοιμασία του παιδιού με έλεγχο, λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων του με προσεκτική παρατήρηση για αποτελέσματα τιμών εκτός των φυσιολογικών τιμών. Συχνή είναι η αύξηση της θερμοκρασίας που τις περισσότερες φορές είναι αποτέλεσμα φλεγμονής ή πίεσης του παιδιού. Ο πυρετός θα πρέπει να αντιμετωπίζεται έγκαιρα και πριν την χειρουργική διαδικασία διότι υπάρχει κίνδυνος κατά τη αναισθησία που θα διεξαχθεί.
- Πριν την επέμβαση, σε κάποιες περιπτώσεις, και έπειτα από τις οδηγίες του ιατρού μπορεί να υπάρχει διακοπή ή χορήγηση συγκεκριμένων φαρμάκων για την υγεία του παιδιού.
- Σημαντικό μέλημα είναι η κένωση του ουροποιητικού συστήματος. Ο νοσηλευτής παροτρύνει το παιδί να ουρήσει πριν την προνάρκωση και καταγράφει την ώρα και την ποσότητα της τελευταίας ούρησης.
- Εάν το παιδί, έχει κάποια αλλεργία θα πρέπει να επιβεβαιώνεται στο μέρος του χειρουργείου για την αποτροπή επιπλοκών.

4.4 ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα χωρίζεται σε δύο στάδια, στο πρώτο περιλαμβάνονται οι νοσηλευτικές πράξεις αμέσως μετά από την χειρουργική επέμβαση ενώ, το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει τη διαδικασία της ανάνηψης και τα στάδια της αποκατάστασης, ανάλογα με το κάθε παιδί και την ιδιαιτερότητα του ως προς την αναισθησία που

προηγήθηκε. Οι κυριότερες νοσηλευτικές πράξεις που ενδείκνυνται με το πέρασμα της χειρουργικής πράξης είναι :

- Τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια ή πρηνή θέση για την αποφυγή τυχόν εισρόφησης ή αποβολής υγρών.
- Έγκαιρη και αποτελεσματική λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά της ώρας, μέχρι να επέλθει η πλήρης αποκατάσταση του παιδιού, στις φυσιολογικές τιμές. Σημαντική είναι η σημείωση του επιπέδου συνείδησης του παιδιού έπειτα από την αναισθησία αλλά και το χρώμα του δέρματος του για τυχόν εμφάνιση επιπλοκής.
- Σε περίπτωση μεταβολής των ζωτικών σημείων χωρίς επανένταξη αυτών σε φυσιολογικά όρια η συμβολή του ιατρού είναι καθοριστική. Πολλές φορές, η αύξηση αυτή οφείλεται σε ατελεκτασία ή απόφραξη των αεροφόρων οδών.
- Ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών έπειτα από τη χειρουργική αντιμετώπιση, εμφανίζουν σημεία shock. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την αναγνώριση αυτών των συμπτωμάτων (ωχρότητα, ταχυκαρδία, εφίδρωση, αύξηση των σφίξεων) και την άμεση παρεμβολή ώστε το παιδί να επανέλθει στα φυσιολογικά του επίπεδα.
- Συνεχής έλεγχος των σωλήνων παροχέτευσης για την αποτροπή προβλημάτων μη σωστής σύνδεσης. Είναι σημαντικό να ανακουφίζεται το παιδί από την κοιλιακή διάταση και να μειώνεται η πιθανότητα αναπνευστικής δυσχέρειας (Hocrenberry & Wilson R., 2019).

4.4.1 ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

Αμέσως μετά τη διαδικασία της ανάνηψης, συνεχίζεται η πλήρη παρακολούθηση της κατάστασης του παιδιού με το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι υπεύθυνο για :

- Τη συχνή λήψη, παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων του παιδιού.
- Τον έλεγχο του επιπέδου συνείδησης του παιδιού και της μετέπειτα συμπεριφοράς του.
- Ενδείξεις αφυδάτωσης.
- Παρατήρηση και σημείωση αποβολής αερίων και κοπράνων.

- Την καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (υγρά, ούρα, ενδοφλέβια έγχυση).
- Χορήγηση υγρών παρεντερικά με βάση τη ποσότητα των αποβαλλόμενων. Η διαδικασία αυτή ενδείκνυται μέχρι το παιδί να είναι ικανό να λαμβάνει υγρά από το στόμα.
- Αποφυγή συγγενικών προσώπων για την πρόληψη μετάδοσης μικροβίων ιδιαίτερα τις πρώτες 4 ώρες που το παιδί είναι επιρρεπής και εξασθενημένο.
- Αλλαγή της θέσης του παιδιού ανά 2 με 3 ώρες.
- Καθαρισμός και αλλαγή του τραύματος συχνά μέσα στη ημέρα και περιποίηση αυτού με αποστειρωμένα μέσα.
- Σωστή ξεκούραση και χαλάρωση του παιδιού.
- Την αποκατάσταση του πόνου, όταν εμφανιστεί.
- Ενημέρωση και λεπτομερής διδασκαλία των γονέων για την μετέπειτα φροντίδα στο σπίτι. Καταγραφή των ειδικών οδηγιών και μέσων που θα χρειαστούν με γραπτές οδηγίες και όχι μόνο λεκτικά.
- Την επακόλουθη παρακολούθηση και τις επισκέψεις του παιδιού στο νοσοκομείο για έλεγχο του τραύματος και της κατάστασης του παιδιού (Hyman και συν. 2006).

4.5 ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η φροντίδα του ασθενούς είναι η φαιά ουσία της νοσηλευτικής επιστήμης και η πραγματοποίηση της φροντίδας αυτής, είναι η ουσία της νοσηλευτικής διεργασίας. Η νοσηλευτική διεργασία είναι ένα σύνολο νοσηλευτικών πράξεων, για την σχεδίαση και την εφαρμογή μίας εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς το άτομο. Χαρακτηρίζεται ως μία διαδραστική διαδικασία η οποία, αποτελείται από πολλαπλές νοσηλευτικές πράξεις προς την επίτευξη ενός στόχου (αντιμετώπιση των συμπτωμάτων), μεθόδους περίθαλψης, επιστημονικές συμβουλές και επιλύσεις, και μια κατευθυνόμενη φροντίδα ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του ασθενή. Η λέξη «διεργασία», ορίζεται ως ένας τρόπος διαμόρφωσης, μια σειρά από βήματα για την κατάλληλη προετοιμασία. Η νοσηλευτική διεργασία, περιλαμβάνει αυτή τη προετοιμασία του νοσηλευτή με στόχο την αποκατάσταση του ατόμου. Περιλαμβάνει πέντε στάδια : τη νοσηλευτική διάγνωση, την αντικειμενική εκτίμηση,

των προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, την εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

4.5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1.

Το περιστατικό αναφέρεται, σε ένα κορίτσι ηλικίας 12 ετών, το οποίο προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών στο «Καραμανδάνειο», Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πατρών, ημερομηνία 12/1/20 και ώρα 7.50πμ. Κατά την εισαγωγή του εντοπίστηκε έντονος και επίμονος πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, τάση προς έμετο, ναυτία και πυρετό 38,6 βαθμό κελσίου. Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, έδειξαν αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια 16.250 και CRP 6.2mg/dl. Ο εφημερεύον ιατρός που εξέτασε το παιδί διάγνωσε οξεία σκωληκοειδίτιδα και προγραμμάτισε άμεση χειρουργική επέμβαση, η οποία έγινε την ίδια ημέρα μέσα στις επόμενες 12 ώρες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ.	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΤΩΝ.
Έντονος πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.	Ανακούφιση του πόνου.	Χορήγηση αναλγητικής φαρμακευτικής αγωγής.	Χορήγηση αναλγητικών: iv (ενδοφλέβια) apotel.	Επιτυχής ανακούφιση του πόνου, το παιδί είναι πιο ήρεμο.
Εμφάνιση ναυτίας και εμέτου.	Μείωση και ανακούφιση της ναυτίας.	Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής και επίτευξη όρθιας στάσης.	Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων: iv primperan.	Επιτυχής αντιμετώπιση της ναυτίας, ανάκτηση των δυνάμεων του παιδιού.
Πυρετός >38.	Αποκατάσταση της θερμοκρασίας του σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα.	Συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας και χορήγηση αντιπυρετικής αγωγής.	Έλεγχος ανά 1 ώρα, χρήση κομπρεσών, κρύο ντους και χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων: apotel.	Η λήψη ζωτικών σημείων έδειξε υποχώρηση του πυρετού σε κανονικά επίπεδα.
Ψυχολογία του παιδιού.	Καθυσύχαση και εξάλειψη άγχους και σύγχυσης του παιδιού.	Επικοινωνία με το παιδί και ενημέρωση για το τί να περιμένει.	Απόσπαση της προσοχής του με οπτικοακουστικά μέσα. Διαχείριση του άγχους του με απαραίτητες πληροφορίες για το χειρουργείο.	Το παιδί παύει να φοβάται. Αντιμετωπίζει την εγχείρηση με θάρρος και έχει ψυχική ηρεμία.

Προεγχειρητική φροντίδα.	Σωστή προετοιμασία του παιδιού για την εισαγωγή του στο χειρουργείο.	Επίτευξη των απαραίτητων εξετάσεων, νηστεία και απαραίτητη κένωση εντέρου.	Προετοιμασία του παιδιού με χειρουργική ρόμπα, αφαίρεση μετάλλων, απουσία σίτισης, συμπλήρωση αίτησης και υπογραφής από τους γονείς.	Το παιδί είναι έτοιμο για την εισαγωγή του στο χώρο του χειρουργείου. Ήρεμο και έτοιμο να χαιρετήσει τη μαμά του.
--------------------------	--	--	--	---

Πίνακας 4.5.1 : Νοσηλευτική Διεργασία στη οξεία σκοληκοειδίτιδα.

4.5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2.

Το δεύτερο περιστατικό αφορά, βρέφος, αγόρι, 6 μηνών το οποίο προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, «Παναγία η Βοήθεια», ημερομηνία 8/12/19 και ώρα 6.05μ.μ. Κατά την εισαγωγή του, παρουσίαζε έντονο κλάμα και κάμψη των κάτω άκρων προς την κατεύθυνση της κοιλίας, γεγονός που φανερώνει το έντονο κοιλιακό άλγος. Επίσης, το βρέφος εμφάνισε χολώδεις εμέτους, αφυδάτωση, πυρετό 38,8 βαθμό κελσίου και ογκώδεις, διαρροϊκές και αιματηρές κενώσεις κοπράνων. Έπειτα, από βιοψία που πραγματοποιήθηκε διαγνώστηκε η νόσος του Hirschsprung και ο παιδοχειρουργός αποφάσισε άμεση χειρουργική επέμβαση, μέσα στις επόμενες ώρες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ.	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΑΞΙΟΛΟΓΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
Έντονο κοιλιακό άλγος.	Ανακούφιση του πόνου.	Χορήγηση αναλγητικής φαρμακευτικής αγωγής.	Χορήγηση αναλγητικών: iv (ενδοφλέβια) apotel.	Επιτυχής ανακούφιση του πόνου, παύση του κλάματος, το παιδί είναι πιο ήρεμο και κοιμάται.
Εμφάνιση χολωδών εμέτων.	Μείωση και ανακούφιση του συμπτώματος.	Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής.	Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων: iv primperan.	Το σύμπτωμα το έμετου έχει υποχωρήσει και το βρέφος ανακτά και πάλι τις δυνάμεις του.
Αφυδάτωση.	Αντιμετώπιση του συμπτώματος.	Έλεγχος ηλεκτρολυτών.	Συχνός εργαστηριακός	Αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών

		Μέτρηση ισοζυγίου υγρών. Χορήγηση υγρών.	έλεγχος για τη μέτρηση ηλεκτρολυτών. Καθημερινή καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Χορήγηση υγρών, ενδοφλέβια, μέσω ορού.	στις φυσιολογικές τους τιμές. Παρατήρηση, ισορροπίας στο ισοζύγιο υγρών, μεταξύ προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
Πυρετός >38.	Αποκατάσταση της θερμοκρασίας του σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα.	Συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας και χορήγηση αντιπυρετικής αγωγής.	Έλεγχος ανά 1 ώρα, χρήση κομπρεσών, κρύο ντους και χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων: apotel.	Η λήψη ζωτικών σημείων έδειξε υποχώρηση του πυρετού σε κανονικά επίπεδα.
Ογκώδεις, διαρροϊκές και αιματηρές κενώσεις.	Αντιμετώπιση και εξάλειψη του συμπτώματος.	Εργαστηριακός έλεγχος των κοπράνων. Καταγραφή κοπράνων σε κάθε διαδικασία κένωσης. Χορήγηση αντιβίωσης για πρόληψη λοίμωξης. Χορήγηση ελαφριάς διαίτας.	Συγκέντρωση δειγμάτων για καλλιέργεια κοπράνων. Καταγραφή κοπράνων (υφή, χρώμα, οσμή, μορφή). Ενδοφλέβια χορήγηση: Dalacin. Διακοπή της διαίτας.	Παρατήρηση και καταγραφή μαζοποιημένων κοπράνων, χωρίς αίμα. Ανακούφιση από το σύμπτωμα της διάρροιας, τις επόμενες ώρες.
Ψυχολογία των γονέων.	Καθησύχαση και εξάλειψη άγχους.	Διάλογος και αναλυτική ενημέρωση της κατάστασης του βρέφους. Απάντηση σε ερωτήσεις, περί παρόντος ασθένειας.	Ενημέρωση για την χειρουργική επέμβαση, τη προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα που θα ακολουθήσει. Διάλογος με προσωπικό ψυχολογικής υποστήριξης του νοσοκομείου.	Οι γονείς είναι πιο ήρεμοι και συζητήσιμοι. Αποδοχή της χειρουργικής επέμβασης. Εξάλειψη του άγχους τους, με την συνεχή ενημέρωση της κατάστασης του παιδιού.
Προεγχειρητική φροντίδα.	Σωστή προετοιμασία του βρέφους για την εισαγωγή του στο	Επίτευξη των απαραίτητων εξετάσεων, νηστεία	Προετοιμασία του βρέφους με χειρουργική ρόμπα,	Το βρέφος είναι έτοιμο για την εισαγωγή του στο

	χειρουργείο.	και απαραίτητη κένωση εντέρου.	απουσία σίτισης, συμπλήρωση αίτησης και υπογραφής από τους γονείς.	χώρο του χειρουργείου. Φυσιολογικές τιμές των ζωτικών σημείων του. Ήρεμο να χαιρετήσει τους γονείς του.
--	--------------	-----------------------------------	--	--

Πίνακας 2.4: Νοσηλευτική διεργασία στη νόσο του *Hirschsprung*.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία :

Abbott, R.A, Martin, A.E, Newlove – Delgado, T.V, Bethel, A.Whear, R.S, Thompson Coon, J & Logan, S. 2018. Recurrent abdominal pain in children. *Journal of Pediatric, Gastroenterology and Nutrition*, 67(1), 23 – 33.

Afzal AN, Mark PT, Mike AT, 2011. Constipation in children. *Italian Journal of Pediatrics*.

Ahmad, Y & Starbuck, J.M, 2018. Disruption of symmetry: A quantitative assessment of facial skeleton anatomy in children born with unilateral cleft lip and palate. *Clinical anatomy*. Clinical article.

Ahmed, M.K, Bui, A.H & Taioli, E 2017. Epidemiology of cleft lip and palate. Designing strategies of cleft lip and palate care.

Barnhart, D.C 2016. Gastro esophageal reflex disease in children. *Seminars in pediatric surgery*. 25(4), 212 – 218.

Bradnock, T.J, Knight, M. Kebby, S., Nair, M & Walker, G.M 2017. Hirschsprung's disease in UK and Ireland: incidence and anomalies. *Archives of disease in childhood*. 102(8), 722 – 727.

Brown, L.K, Beattie, R.M & Tighe, M.P 2015. Practical managements of functional abdominal pain in children. *Archives of disease in childhood*. 101(7), 677 – 683.

Calkins, C. 2018. Hirschsprung disease beyond infancy. *Clinics in colon and rectal surgery* 31(02), 051 – 061.

Christina Melin-Johansson RN, Rebecca Palmqvist RN, Linda Rönnerberg 2017. Clinical intuition in the nursing process and decision-making - A mixed - studies review. *Journal of clinical medicine*, 26(23 – 24), 3936 – 3949.

Clare Skerritt, Catherine J.Bradshaw, Astor Rodrigues, Kokila, Llakho 2016. Surgical management of pathological aerophagia – A case Report. Department of pediatric surgery, Children's hospital Oxford in UK.

Dahal, G.R 2019. Acute appendicitis in children: how is it different than in adults? Grande medical Journal 1(1), 35 – 40.

Douglas. A Drossman, Dan. L Dumitrascu 2006. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders – Review.

Duricova. D, Fumery, M., Annese, V., Lakatos, P.L, Peyrin – Biroulet, L & Gower – Raisseau, C., 2017. The natural history of Chron’s disease in children. European journal of gastroenterology & hepatology 29(2), 125 – 134.

Forootan, M., Bagheri, N & Darvishi, M., 2018. Chronic constipation, Medicine 97(20), e10631.

Garnier – Lengline, H., Cerf – Bensussan, N & Ruemmele, F.M 2015. Celiac disease in children. Clinics and research in hepatology and gastroenterology, 39(5), 544 – 551.

Georgiou, R., Eaton, S., Stanton, M.P, Pierro A & Hall, N.I 2017. Efficacy and safety of monoperative treatment for acute appendicitis: A meta – analysis pediatrics 139(3).

Gerald Dijkstra, Edmond Rings 2016. Best practice and research. Clinical gastroenterology, Issue 2.

Goodacre, T & Suan, M.C 2008. Cleft lip and palate: current management. Pediatrics and child health.

Green, P.H.R, Lebwohl, B & Greywode, R., 2015. Celiac disease. Journal of allergy and clinical immunology 35(5), 1099 – 1106.

Hambi Hameed Almaramhy 2017. Acute appendicitis in young children less than five years old: Review article. Italian Journal of pediatrics.

Hasina K. 2015. Constipation in children. Review article, Journal of pediatric surgeons of Bangladesh Vol 6(1), 20 – 23.

Hocren Berry, Wilson, Rodgers 2019. Wong’s nursing care of infants and children 11th edition, Published by: ELSEVIER.

Howarth, L.J & Sullivan, P.B 2016. Management of chronic constipation in children. *Pediatrics and child health* 26(10), 415 – 422.

Hunt, Armstrong, Katelaris, M.Afihere, Ghana, A., Bare, S. Bhatia, Min – Hu Cren, M. G. Choi, Alex Ford, Michio Horgo 2014. World gastroenterology organization Global guidelines Ger. D Global perspective on gastro esophageal reflex disease.

Hyams, J.S, Di Lorenzo, C., Saps, M., Shulman, R.J, Staiano, A & Van Tilburg, M., 2016. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child / Adolescent, *Gastroenterology*.

Hyman, P.E, Milla, P.J, Benninga, M.A, Davidson, G.P, Fleisher, D.F & Taminiu, J., 2006. Childhood functional. *Gastrointestinal disorders: Neonate / Toddler. Gastroenterology* 130(5), 1519 – 1526.

Ian, Munro rogers– Professor of surgery AIMST University. The hyperacidity theory of pyloric stenosis of infancy revisited – 2018. *Clinical research in Pediatrics*.

Jobson. M & Hall, N.J 2016. Contemporary management of pyloric stenosis. *Seminars in pediatric surgery* 25(4), 219 – 224.

Kuhn K., Ayshe Landman, Bonsmann Gisela 2016. Clinical aspects of the disease, *University medical center Mainz, Chapter 39*.

Kuhn K., Bonsmann Gisela, Anders H – J., Herzer, P., Tenbrock K & Schreider M., 2015. The diagnosis and treatment of Systemic Lupus Erythematosus, Review article, *Deutsches aerzteblatt online*.

Koppen, I.J.N., Nurko, S., Saps, M., Di Lorenzo, C & Benninga, M.A, 2017. The pediatric Rome IV criteria: what's new? *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 1 – 9.

Lal, D.R, Gadepalli, S.K, Downard, C.D, Ostlie, D.J, Minneci, P.C, Swedler, R.M, Sato, T.T 2017. Perioperative management and outcomes of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. *Journal of pediatric surgery*.

Lehman T., Nuruzzaman F., Taber S., 2016. Systemic Lupus Erythematosus: Etiology, pathogenesis, clinical manifestations and management. Division of Pediatric Rheumatology, hospital for special surgery New York, United States.

Leonard, M.M, Sapone, A., Catassi, C & Fasano, A., 2017. Celiac disease and no celiac gluten sensitivity. Published by: JAMA 318(7), 647.

Lewis, C. W. Jacob, L.S & Lenman, C. Cl, 2017. The primary care pediatrician and the care of children with cleft lip and / or cleft palate of American academy. Pediatrics. Clinical report.

Linda S. Costanzo 2002. Second Edition – Physiology 2nd –ed. Elsevier Science (USA).

Loening – Baucke, V & Swidsinski, A., 2008. Observational study of children with aerophagia. Clinical pediatrics 47(7).

Monica Londahl, MPH. Alexandria L. Trace, BA, Kosuke Kawai, ScD Natasha. D., Dombrowski, BA. Russell Jennings, MD. Reza Rahbar, DMD, MD 2017. Prevalence of laryngeal cleft in pediatric patients with esophageal atresia. Original investigation. American medical association.

Norbedo, S., Bassanese, G., Barbieri, F & Barbi, E., 2017. Acute abdominal pain. Pediatric emergency care, 33(10), e75 – e78.

Onengiya H., MD, MPH, Shima Yasin & Hermire Brumer, MD, MSc, MBA, FAAP, FACR., 2018. Childhood – Onset Systemic Lupus Erythematosus: A review and update, Medical progress – The journal of pediatrics.

Poddar, U., 2018. Gastro esophageal reflux disease (GERD) in children. Pediatrics and International child health, 1 – 6.

Pons – Estel, G.J., Ugarte – Gil, M.F & Harcon, G.S., 2017. Epidemiology of Systemic Lupus Erythematosus, Expert review of clinical immunology 13(8), 799 – 814. Pediatrics in Systemic Autoimmune diseases, Chapter 8.

Saari, A., Harju, S. Makitie, O., Saha, M – T., Dunkel, L & Sankilampi, U., 2015. Systematic growth monitoring for the fairly detection of celiac disease in children. JAMA pediatrics, 169(3), e1525.

Sabring, J. D, Tan, C.W & Nallusamy, M., 2018 Neonatal perforated appendicitis. Journal of pediatric surgery. Case reports, 38.

Sajith & Worg, W., 2016. Pathologic aerophagia in patients with intellectual disability. A review of its pathophysiology, clinical features and management. European Psychiatry, 33, s477.

Siow. V. S. Bhatt, R & Mollen, K.P., 2017. Management of acute severe ulcerative colitis in children. Seminars in pediatric surgery 26(6), 367 – 372.

Talley, N.J & Ford, A.C., 2015. Functional Dyspepsia. New England. Journal of medicine 373(19), 1853 – 1863.

Thomas J.A., Lehman, Sarah F., Taber & Farzana Nuruzzaman 2016. Systemic Lupus Erythematosus in childhood and adolescence, Chapter 41.

Weather spoon, D & Sullivan, D.H., 2018. Gastrointestinal issues and complications. Critical care nursing clinics of North America, 33(1), xii – xv.

Wolke, D., Bilgin, A & Samara, M., 2017. Systematic review and meta – analysis. Fussing and crying durations and prevalence of colic in infants. The journal of pediatrics 185, 55 – 61, e4.

Ελληνική Βιβλιογραφία :

Berny & Levy 2013. Φυσιολογία. Έκτη έκδοση, αναθεωρημένη έκδοση. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού ΕΛΛ.

David A. Morton, Kerry D. Peterson, Kurt H. Albertine 2007. Gray's Ανατομία: Οδηγός ανατομής του ανθρώπινου σώματος. Published by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc.

Fritch & Kuhnel 2009. Εγχειρίδιο περιγραφικής ανατομικής, Δεύτερος τόμος. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

John. M. Hutson, Alan A. Woodward, Spencer W. Beasley 2005. Jone's Κλινική Παιδοχειρουργική, διάγνωση και θεραπεία, Πέμπτη έκδοση.

Moore, Dalley, Agur 2016. Κλινική ανατομία – 3^η έκδοση. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Karla L. Luxner 2011. Delmar's Παιδιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ΕΠΕ.

Richard L. Drake, Wayne Vog I, Adam W. M. Mitchell 2006. Gray's Anatomy – 2^η Ελληνική έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Robert H. Friis, Thomas A. Sellers 2011. Επιδημιολογία & Δημόσια υγεία. Broken Hill Publishers LTD.

Susan E. Mulroney, Adam K. Myers 2010. Βασικές Αρχές Φυσιολογίας του Ανθρώπου. Broken Hill Publishers LTD.

Tom Lissauer, Graham Roberts, Caroline Foster, Michael Coren 2016. Σύγχρονη Παιδιατρική 4^η έκδοση. Broken Hill Publishers LTD.

Βάος Γ., 2011. Σύγχρονη Κλινική Παιδοχειρουργική, διάγνωση και θεραπεία. Αθήνα, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Γκαμπέτα Αναστασία, Παύλου Ευάγγελος 2013. Νευρολογικές επιπλοκές παθήσεων του γαστρεντερικού συστήματος σε ενήλικες και παιδιά. Β Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείου «ΑΧΕΛΑ», Θεσσαλονίκη.

Πετρόπουλος Α.Σ Χειρουργική Παίδων 2011. Νεογνική Παιδοχειρουργική. Θεσσαλονίκη Copy by ΕΠΕ.

Πλέσσας Σ. Τ, Καθηγητής φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών & ΤΕΙ Αθήνας 2010. Φυσιολογία του Ανθρώπου. Εκδόσεις Φαρμάκων - Τύπος.

Καμπέρος Γ., Θεολόγη – Λυγιδάνη Ν., Τσιγλάκης Κ., Ιατρού Ι, 2018. Αιτιοπαθογένεια των σχιστών χείλους, άνω γνάθου και υπερώας. Παιδοδοντία.

Κουτελέκος Ιωάννης, Καθηγητής εφαρμογών ΤΕΙ, Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Αθήνας 2012. Περιεγχειρητική συμβουλευτική παιδιού. «Το βήμα του Ασκληπιού», 11^{ος} τόμος - 1^ο τεύχος.

Λέρα Μ., Τσαχτόγλου Κ., 2016. Η νόσος του Crohn σε παιδιατρικούς ασθενείς. Περιεγχειρητική νοσηλευτική, τόμος 5^{ος} – τεύχος 3^ο .

Ματσανιώτης Ν., Καρπάθιος Θ., Νικολαΐδου – Καρπαθίου Π. 2010. Επίτομη Παιδιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Φ. Κανακούδη – Τσακαλίδου, Γ. Κατζός, Φ. Παπαχρήστου, Β. Δρόσου – Αγακίδου 2017. Βασική Παιδιατρική, Τρίτη αναθεωρημένη έκδοση. Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων & περιοδικών: University Studio Press, Θεσσαλονίκη 467 – 486.

Βιβλιογραφία από το διαδίκτυο :

Σημεία και αντιμετώπιση του κλινικού συνδρόμου κυκλικών εμετών. http://www.el.iliveok.com/health/kykliko-syndromo-emetoy_96531i88403.html.

Τελευταία προσπέλαση: 25 Ιουνίου 2018.

Αντιμετώπιση Hirschsprung's νόσου στα παιδιά. <http://www.pergamalis.com.gr/index.php/sygenes-megakolo>.

Τελευταία προσπέλαση: 8 Δεκεμβρίου 2016.

Ατρησία οισοφάγου στα παιδιά. <http://www.emvriomitriki.gr/egkymosynh/evryikes-anwmalies/gastrenteriko-systema/atrhisia-oisofagou>. Εμβρυομητρική Ιατρική, Δρ, Αναστάσιος Κοκοβίδης.

Τελευταία προσπέλαση: 3 Μαρτίου 2016.

Mayo Clinic: Cyclic vomiting syndrome. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cyclic-vomiting-syndrome/symptoms-causes/syc-20352161>. Τελευταία προσπέλαση: 26 Απριλίου 2019.

American Pediatric Association: Duodenal atresia/stenosis in children. <https://eapsa.org/parents/learn-about-a-condition/a-e/duodenal-atresia/>. Τελευταία προσπέλαση: 11 Νοεμβρίου 2016.

Παγκόσμια ημέρα υγείας του πεπτικού συστήματος. <https://www.sansimera.gr/worldays/409>. Τελευταία προσπέλαση: 3 Ιουλίου 2019.