



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ
ΕΝΤΕΡΟΥ-ΑΝΑΠΗΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΚΑΝΕΛΛΑΚΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

ΝΕΑΡΧΟΣ ΝΕΑΡΧΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΑΛΜΠΙΑΝΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2020

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγητρια μας κυρία Αλμάνη Ελένη για τη στηριξη και την βοήθεια της στην αναζήτηση υλικού και τη συγγραφή της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα διαθέσιμα στοιχεία παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για τον σχεδιασμό των επιπέδων της δομής και της διαδικασίας σχετικά με τη διαχείριση των νοσηλευτών των ΙΦΕΝ. Η πρόκληση των νοσηλευτών των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου είναι να παρέχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τα πρότυπα αυτά βοηθούν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας σε ασθενείς.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του ρόλου του νοσηλευτή και η διαχείριση των ασθενών με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου με ταυτόχρονες τις αναζητήσεις στις αναπηρικές επιπλοκές.

Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη στηρίχτηκε σε αναζήτηση βιβλιογραφίας από διεθνείς βάσεις δεδομένων και ελληνική βιβλιογραφία. Η αναζήτηση στηρίχτηκε στις λέξεις και φράσεις κλειδιά και η τελική επιλογή των άρθρων έγινε με βάση την καταλληλότητα τους σε σχέση με το θέμα.

Συμπεράσματα: Οι θέσεις των ΙΦΕΝ νοσηλευτών παρέχουν διαρκή μειώσεις του άμεσου κόστους για τις υπηρεσίες υγείας μέσω της μείωσης επισκέψεων στο νοσοκομείο. Αυτό προστίθενται στα οφέλη που προκύπτουν μέσα από την καλύτερη γνώση των ασθενών, την πρόιμη παρουσίαση και την αυξημένη συμμόρφωση.

Λέξεις κλειδιά: ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου , ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn

ABSTRACT

Introduction: The data available provide useful information for planning the levels of structure and process for managing IFEN nurses. The challenge for nurses of idiopathic inflammatory bowel diseases is to provide evidence that these standards help improve health outcomes in patients.

Purpose: The purpose of this study was to review the literature on the role of the nurse and the management of patients with idiopathic inflammatory bowel diseases with simultaneous searches for disability complications.

Method: This study was based on a bibliographic search from international databases and Greek bibliography. The search was based on key words and phrases and the final selection of articles was based on their relevance to the topic.

Conclusions: IFEN nurses' positions provide continuous reductions in direct costs for health services through reduced hospital visits. This is added to the benefits of better patient knowledge, early presentation and increased compliance.

Keywords: idiopathic inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease

ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ

ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ –Ι.Φ.Ν.Ε.

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: ΕΚ

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN : IBD-NΚ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT.....	3
ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	8
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	9
1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	10
1.3.1. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	13
1.3.2. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	13
1.3.3. ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	14
1.3.4. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	15
1.3.5. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	18
ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ(ΕΚ)	18
2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	18
2.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ	18
2.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	21
ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN	21
3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	21
3.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ	22
3.3 ΕΠΠΛΟΚΕΣ.....	25
3.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	26
ΑΝΑΠΗΡΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ.....	26
4.1 ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΜΕ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗΣ ΕΠΠΛΟΚΗΣ	26

4.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ	27
4.3 Η ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗ/ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΙΦΝΕ, ΩΣ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	31
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	31
5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	31
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CROHN.....	32
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	36
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	36
6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1	36
6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2	42
6.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3	47
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	53

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου είναι ένας όρος που αναφέρεται σε δύο κύριες καταστάσεις: τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα. Είναι μια διαρκής φλεγμονώδης διαταραχή που επηρεάζει τη γαστρεντερική οδό. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι γενετικοί παράγοντες και οι ανοσολογικές αντιδράσεις έχουν θεωρηθεί ως η κύρια αιτιολογία της. Παρά τη διαφοροποιημένη παθογένεση της νόσου, μέχρι τώρα δεν έχει αναπτυχθεί καμία εγγυημένη θεραπευτική αγωγή. Αυτή η ανασκόπηση συνοψίζει τις γνώσεις σχετικά με την παθοφυσιολογία και τις τρέχουσες προσεγγίσεις θεραπείας της. Δεδομένου ότι προκαλείται από υπερβολικές φλεγμονώδεις αντιδράσεις του ιστού του εντέρου, η ρύθμιση των ανοσολογικών αποκρίσεων μπορεί να επιτρέψει την βλάβη του βλεννογόνου που έχει υποστεί βλάβη και την επαναφορά των φυσιολογικών λειτουργιών του εντέρου στο φυσιολογικό (Baumgart & Carding, 2007).

Η τρέχουσα φαρμακοθεραπεία μέσω της διαμόρφωσης παραγώγων ουδετερόφιλων, κυτοκινών, μόρια προσκόλλησης και δραστικοί μεταβολίτες οξυγόνου / αζώτου έχει περιγραφεί πλήρως. Οι κατηγορίες των μορφών θεραπείας περιλαμβάνουν τα κορτικοστεροειδή, τα αμινοσαλικυλικά, τους ανοσορρυθμιστές, τα αντιβιοτικά, τα προβιοτικά και μια σειρά από μοναδικούς νέους παράγοντες. Έχει καλυφθεί η χρήση μονοκλωνικού αντισώματος παράγοντα νέκρωσης όγκου (Infliximab), ανασυνδυασμένων αντιφλεγμονωδών κυτοκινών και σχετικής γονιδιακής θεραπείας. Επιπλέον, περιλαμβάνονται συζητήσεις σχετικά με τη διατροφική συμπλήρωση και τη θεραπεία με ηπαρίνη. Τα αντιφλεγμονώδη και ανοσορρυθμιστικά δυναμικά των ερευνητικών παραγόντων όπως η νικοτίνη και οι φιλτραρισμένες προστατευτικές ενώσεις από τον καπνό του τσιγάρου, καθώς και τα δραστικά φυτικά φαρμακευτικά συστατικά δοκιμάστηκαν στα προηγούμενα πειραματικά έργα μας, ενώ παρουσιάστηκαν πολλά υποσχόμενα ευρήματα (Taleban, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Δύο είναι οι κύριοι εκπρόσωποι που αποτελούν το φάσμα εκείνο των καταστάσεων που περιγράφονται με τον γενικότερο όρο ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του παχέος εντέρου: η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn. Πρόκειται ουσιαστικά για μια φλεγμονή του εντέρου σε άλλοτε άλλα σημεία και έκταση. Η αιτιολογία των φλεγμονωδών νόσων δεν έχει ξεκαθαριστεί πλήρως. Πολλές θεωρίες έχουν διατυπωθεί αλλά καμία δεν έχει αποδειχθεί. Έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η διαίτα, το κάπνισμα, το αλκοόλ, οι λοιμώξεις και το οικογενειακό ιστορικό.

Σήμερα όμως, τείνει η επιστημονική κοινότητα να υποστηρίζει ότι οι ασθένειες αυτές είναι αποτέλεσμα του Δυτικού τρόπου ζωής που περιλαμβάνει πληθώρα έτοιμου φαγητού, του γνωστού junk food και της πολύ εκτεταμένης χρήσης αντιβιοτικών από τη νεαρή ηλικία. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα τη διατάραξη των φυσιολογικών μικροβίων του εντέρου, και την υπερβολική αντίδραση του εντέρου τόσο σε τρόφιμα, όσο και σε μικρόβια, με τελική συνέπεια την εγκατάσταση φλεγμονής.

Η μέγιστη ηλικία εκδήλωσης για τη νόσο crohn είναι μεταξύ 20 και 30 ετών και για την ελκώδη κολίτιδα, μεταξύ 30 και 40 ετών. Εκτός αυτού, μεταξύ 5% και 15% των ασθενών που διαγιγνώσκονται όταν είναι ηλικίας > 60 ετών και 25% διαγιγνώσκονται πριν από την ηλικία των 18, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς ο φαινότυπος και το φυσικό ιστορικό της νόσου μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία έναρξης. Για παράδειγμα, η ελκώδη κολίτιδα για την έναρξη της παιδιατρικής χαρακτηρίζεται από υψηλό ποσοστό επέκτασης της νόσου και ανάγκη χειρουργικής θεραπείας, η οποία παρουσιάζει περίπου το 20% των παιδιών κατά τα πρώτα 10 χρόνια παρακολούθησης μετά τη διάγνωση (M'Koma, 2013).

Από την άλλη πλευρά, παρόλο που οι παλαιότεροι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου φαίνεται να έχουν μια ηπιότερη κλινική πορεία με ελάχιστη εξέλιξη της νόσου με την πάροδο του χρόνου είναι επίσης πιο επιρρεπείς και έχουν υψηλότερα ποσοστά πολλών ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τη νόσο και τη θεραπεία, καθώς και αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη, κακοήθεια, ασθένεια των οστών, οφθαλμικές παθήσεις, υποσιτισμό και θρομβωτική επιπλοκή (Malik, 2015).

Υπάρχουν αρκετές χώρες με υψηλά ποσοστά εμφάνισης όπως ο Καναδάς, η Ισλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, και η Αυστραλία. Ομοίως, ο επιπολασμός ήταν υψηλότερος στην Ευρώπη (505 ανά 100.000 για ελκώδη κολίτιδα στη Νορβηγία και 322 ανά 100.000 για νόσο Crohn στην Ιταλία) (Malik, 2015).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου είναι περισσότερο συχνές στη βόρεια Ευρώπη και στο λευκό πληθυσμό της βόρειας Αμερικής. Υπολογίζεται στη Μεγάλη Βρετανία ότι 1 στους 250 ανθρώπους πάσχει από κάποια μορφή φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Η νόσος εμφανίζεται σε δύο διαφορετικές ηλικίες στη ζωή μας. Η συχνότερη εμφάνιση είναι στις ηλικίες 10 με 40 ετών και η δεύτερη στις ηλικίες 55 με 60 ετών. Και τα δύο φύλα προσβάλλονται ισότιμα.

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου αναγνωρίστηκε κυρίως στις δυτικές χώρες μετά την άνοδο της βιομηχανικής επανάστασης. Η επίπτωση της αυξήθηκε δραματικά κατά τον 20ό αιώνα. Αποτελεί την πιο διαδεδομένη ασθένεια στις ανεπτυγμένες χώρες όπως ο Καναδάς, οι Ηνωμένες Πολιτείες και η Δυτική Ευρώπη. Η επίπτωση της σε αυτά τα ανεπτυγμένα έθνη είναι τόσο υψηλή όσο τα 20 και τα 24 κρούσματα ανά 100.000 άτομα-έτη για νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα, αντίστοιχα. Καθώς οι αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Ινδία και η Κίνα, εκβιομηχανίστηκαν, η εμφάνιση της αυξήθηκε παράλληλα (M'Koma, 2013).

Επιπλέον, καθώς τα άτομα μετακινούνται από περιοχές με χαμηλό έως υψηλό επιπολασμό της, οι απόγονοι πρώτης γενιάς αποκτούν τον ίδιο κίνδυνο εμφάνισης

της ως τοπικού πληθυσμού. Αυτή η μετατόπιση του κινδύνου υποδηλώνει ότι οι αλλαγές στο περιβάλλον συμβάλλουν στην ανάπτυξη της (Malik, 2015).

Περίπου 1,6 εκατομμύρια κάτοικοι των Ηνωμένων Πολιτειών έχουν πληγεί, 785,000 με νόσο crohη και 910,000 με ελκώδη κολίτιδα. Η επικράτηση είναι υψηλότερη στις αναπτυγμένες δυτικές χώρες, με έως 2 εκατομμύρια άτομα που πάσχουν από αυτές τις συνθήκες στην Ευρώπη. Σήμερα, η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης των καρδιαγγειακών παθήσεων κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει οδηγήσει τους ειδικούς να θεωρούν ότι πρόκειται για ένα αυξανόμενο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας των βιομηχανικών-αστικοποιημένων κοινωνιών (Molodecky et al., 2012).

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το κάπνισμα είναι γνωστό από καιρό ότι επηρεάζει την IBD. Μια μετα-ανάλυση ενέχει το κάπνισμα ως παράγοντα κινδύνου για CD και έναν προστατευτικό παράγοντα για το UC. Σε ασθενείς με CD, το κάπνισμα επιδεινώνει την πρόγνωση αυξάνοντας τη συχνότητα των εξάρσεων της νόσου και την ανάγκη για χειρουργική επέμβαση, εκτός από την αύξηση της μετεγχειρητικής υποτροπής. Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί βασική θεραπευτική στρατηγική σε ασθενείς με CD (Jones et al., 2008).

Το παθητικό κάπνισμα μπορεί να μην συνεισφέρει επαρκή επίπεδα καπνού και των συναφών χημικών ουσιών για να προκαλέσει απόκριση. Ωστόσο, η μέτρηση της έκθεσης ενός ατόμου στο παθητικό κάπνισμα είναι πιο δύσκολη σε σύγκριση με την άμεση έκθεση στο κάπνισμα (Molodecky et al., 2011).

Το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη της IBD μέσω υποδοχέων νικοτινικής ακετυλοχολίνης, οι οποίοι υπάρχουν στα επιθηλιακά κύτταρα του εντέρου και στα T-λεμφοκύτταρα. Οι κλινικές δοκιμές αντικατάστασης της νικοτίνης στο UC έχουν αποδώσει μέτρια αλλά αντιφατικά αποτελέσματα. Επομένως, μόνο η νικοτίνη μπορεί να μην είναι η μόνη συνιστώσα του καπνίσματος που επηρεάζει το IBD. Άλλοι προτεινόμενοι μηχανισμοί είναι ότι οι χημικές ουσίες στο κάπνισμα ρυθμίζουν

την κυτταρική ανοσία, μεταβάλλουν τα επίπεδα των κυτταροκινών, και προδιαθέτουν στην ανάπτυξη μικροαγγειακών θρόμβων (Jones et al., 2008).

Παρόλο που το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό μέρος της παθογένεσης του IBD, η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του CD συμβαίνει στην πραγματικότητα σε χώρες με χαμηλό επιπολασμό του καπνίσματος όπως ο Καναδάς. Αντίθετα, πολλές χώρες με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης CD, όπως η Νότια Κορέα, έχουν πολύ υψηλότερο επιπολασμό καπνίσματος από τον Καναδά. Η πλειοψηφία των ασθενών με CD είναι μη καπνιστές και η πλειονότητα των καπνιστών δεν αναπτύσσουν CD. Έτσι, ο αντίκτυπος του καπνίσματος στην ανάπτυξη του IBD είναι πολυπαραγοντικός και όχι καθολικός (Molodecky et al., 2011).

Σε μελέτη ασθενών με λοίμωξη IBD, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) συσχετίστηκαν με ποσοστό υποτροπής 15% έως 30% εντός εννέα ημερών από την κατάποση. Αντίθετα, οι ασθενείς με λοίμωξη σε ύφεση δεν εμφάνισαν υποτροπή. Μια μετα-ανάλυση πρότεινε ότι η χρήση από του στόματος αντισυλληπτικών χαπιών (OCPs) συνδέθηκε θετικά με UC και CD. Ο κίνδυνος εμφάνισης CD ήταν μεγαλύτερος με την παρατεταμένη έκθεση σε OCPs και οι γυναίκες που διέκοψαν τα OCPs δεν είχαν πλέον σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για CD. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που συνέχιζαν να παίρνουν OCPs είχαν τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν υποτροπή του CD. αυτό το αποτέλεσμα ενισχύθηκε μεταξύ των γυναικών που είχαν συνταγογραφηθεί και είχαν καπνίσει. Ο μηχανισμός με τον οποίο τα OCPs αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης IBD είναι άγνωστος (Ananthkrishnan et al., 2012, Cutolo et al., 2006).

Η συσχέτιση μεταξύ διατροφής και IBD έχει μελετηθεί εκτενώς. Ωστόσο, τα ευρήματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή επειδή οι ασθενείς μπορούν να αλλάξουν τη διατροφή τους πριν από τη διάγνωση για να μειώσουν τα συμπτώματα της νόσου. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι μια υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών, συμπεριλαμβανομένων των φρούτων και των λαχανικών, προστατεύει από την IBD. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το CD συσχετίστηκε με την πρόσληψη λιπών. Η ίδια μελέτη κατέδειξε μια αρνητική σχέση μεταξύ της κατανάλωσης υδατανθράκων και της IBD. Η κατανάλωση σακχάρων και / ή γλυκαντικών και λιπών συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο CD. Παρόμοιες συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ UC και κατανάλωσης μονοακόρεστων και πολυακόρεστων λιπαρών. (Jantchou et al., 2010)

Πρόσφατες μελέτες έχουν δώσει νέες γνώσεις σχετικά με τη σχέση μεταξύ της διατροφής και της ανάπτυξης του IBD. Εκατόν είκοσι έξι περιπτώσεις UC διαγνώστηκαν σε μια ομάδα περισσότερων από 200.000 υγείων ενήλικων οι οποίοι παρακολουθήθηκαν για διάστημα τεσσάρων ετών. Τα ερωτηματολόγια συχνότητας των τροφίμων χορηγήθηκαν πριν από τη διάγνωση του UC. Τα άτομα με την υψηλότερη κατανάλωση λινολεϊκού οξέος, το οποίο υπάρχει στο κόκκινο κρέας, και ορισμένες μαργαρίνες, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης UC (Amre et al., 2007).

Μια άλλη μελέτη, στην οποία συμμετείχαν περισσότεροι από 65.000 υγιείς γυναίκες μέσης ηλικίας, που παρακολουθήθηκαν για 4,5 χρόνια, εντόπισε 77 νέες περιπτώσεις IBD. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η κατανάλωση ζωικών πρωτεϊνών - συμπεριλαμβανομένου του κρέατος και των ψαριών, αλλά όχι και των αυγών ή των γαλακτοκομικών προϊόντων - αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης IBD (Jantchou et al., 2010).

Το δυτικό στυλ διαίτας, που ορίζεται από την υψηλή θερμιδική περιεκτικότητα λόγω μεγάλων ποσοτήτων λίπους και υδατανθράκων, έχει συσχετιστεί με μια αξιοσημείωτα μειωμένη ποικιλομορφία μικροβίων. Εκτός από την πληθώρα των λιπών, οι δυτικές δίαιτες έχουν συνήθως υψηλές συγκεντρώσεις διαιτητικών ω-6 λιπαρών οξέων, από φυτικά έλαια, με αποτέλεσμα την υψηλή αναλογία ωμέγα-6 προς ωμέγα-3. Ενώ τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, από τα λαχανικά και από τα ψάρια, έχουν αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες, τα ωμέγα-6 λιπαρά οξέα, ιδιαίτερα το αραχιδονικό οξύ, θεωρούνται προ-φλεγμονώδη. Αυτό μπορεί να εξηγήσει γιατί η δυτική διατροφή έχει θεωρηθεί ως βασικός παράγοντας για την παραγωγή εντερικής φλεγμονής. (Jantchou et al., 2010)

Το άγχος μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην παθογένεση της IBD, αλλά είναι πιθανότερο να τροποποιήσει παρά να αρχίσει τη δραστηριότητα της νόσου. Τόσο το χρόνιο όσο και το οξύ στρες μπορούν να μεταβάλλουν την ανοσοποιητική λειτουργία και, με τη σειρά τους, μπορεί να επηρεάσουν τη φυσική πορεία του IBD. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες παρατήρησης είναι ασυμβίβαστα. Μια προοπτική μελέτη διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με CD με στρες ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν πρόωρη υποτροπή της νόσου τους (Bitton et al., 2008).

1.3.1. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο θηλασμός, ο οποίος προστατεύει τα νήπια από πολλές ανοσολογικές ασθένειες, μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης IBD. Ο θηλασμός συμβάλλει στην ανάπτυξη από του στόματος αντοχής στη μικροχλωρίδα και τα αντιγόνα τροφίμων, γεγονός που μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση IBD. Η λακτοφερρίνη, η οποία υπάρχει στο μητρικό γάλα, αλλά απουσιάζει από τον τύπο, μπορεί να έχει αντιφλεγμονώδη χαρακτηριστικά. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν μια προστατευτική σχέση μεταξύ του θηλασμού και του IBD, άλλοι έχουν βρει ότι ο θηλασμός αποτελεί παράγοντα κινδύνου, ενώ κάποιοι δεν καταφέρνουν να βρουν κάποια σχέση. Μία μετα-ανάλυση ανέφερε ότι ο θηλασμός μείωσε τον κίνδυνο ανάπτυξης IBD. (Barclay et al., 2009).

1.3.2. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η υπόθεση της υγιεινής υποδεικνύει ότι η βελτιωμένη αποχέτευση και η μειωμένη έκθεση σε εντερικούς οργανισμούς κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας οδηγεί σε ακατάλληλες ανοσολογικές αντιδράσεις αργότερα στη ζωή. Έχουν μελετηθεί διάφοροι δείκτες υγιεινής. Μια μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με CD είναι πιο πιθανό να ζουν σε μικρότερες κατοικίες με λιγότερα αδέρφια. Ωστόσο, αυτό δεν βρέθηκε στο UC. Άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η ύπαρξη μεγαλύτερων αδελφών συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης UC, ενώ τα νεότερα αδέρφια σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης CD. Επιπλέον, η υψηλότερη κατάσταση των γεννήσεων έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο αμφότερων των CD και UC. Η ζωή σε ένα αγρόκτημα στην παιδική ηλικία, η διαβίωση σε πιο πολυπληθή σπίτια και η κατανάλωση μη παστεριωμένου γάλακτος συνδέονται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης IBD, αν και αυτή η μείωση παρατηρείται συχνότερα σε CD από το UC (Amre et al., 2006, Bernstein et al., 2006).

Τα παθογόνα βακτήρια, όπως η *Salmonella* και *Campylobacter*, καθώς και η οξεία γαστρεντερίτιδα έχουν εμπλακεί στην παθογένεση της IBD. Η προσβλητική-επεμβατική *Escherichia coli* συσχετίστηκε με τη CD. (Koloski et al., 2008).

1.3.3. ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αρκετοί λοιμώδεις παράγοντες ενοχοποιούνται για την NK όπως το *Mycobacterium paratuberculosis*, ο ιός της ιλαράς *paramyxovirus* και κάποιες μορφές του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Για την ΕΚ ενοχοποιούνται μεταλλαγμένα στελέχη της *Escherichia coli*, καθώς και η συμμετοχή ποικίλων μικροβιακών προϊόντων. Οι παθογόνοι παράγοντες ενεργοποιούν φλεγμονώδεις αντιδράσεις που αδυνατεί να ελέγξει και να αντιμετωπίσει το ανοσοποιητικό σύστημα του εντέρου. Οι συχνότητες εμφάνισης της ΕΚ και της NK δεν σχετίζονται ευθέως με αυτή των λοιμωδών δυσεντεριών. Παρόλα αυτά όμως οι μικροβιακές λοιμώξεις παραμένουν μια πιθανή αιτία για τους εξής λόγους:

Υπάρχουν φλεγμονώδεις παθήσεις των εντέρων που οφείλονται σε γνωστά βακτηρίδια

Πρόσφατα έχουν αναγνωρισθεί νέα βακτηρίδια τα οποία προκαλούν εντερίτιδα και κολίτιδα, όπως π.χ. *Yersinia enterocolitica*, Non-Ogroup1 *Vibrio cholerae*.

Πολυάριθμες φλεγμονώδεις παθήσεις των εντέρων στα ζώα, που έχουν κάποια ομοιότητα με τις μη ειδικές φλεγμονώδεις παθήσεις εντέρων στους ανθρώπους οφείλονται σε βακτήρια ή ιούς.

Ειδικότερα, η υπόνοια ότι οι δύο αυτές παθήσεις μπορεί να έχουν σαν αίτιο κάποιο ιό ή ιούς, ξεκινά από παρατηρήσεις όπως κλινική ομοιότητα της ΕΚ με την κολίτιδα από τον ιό *Lymphopathia-Venereum* και πρόκληση εντερίτιδας πειραματικά μετά από μόλυνση με τον ιό *rotavirus* (Dewit, 2009).

1.3.4. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η συνεχόμενη αύξηση της εκδήλωσης των ΙΦΝΕ παγκοσμίως, αναδεικνύει τη σημαντική συμβολή των διάφορων περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι φαίνεται να κατέχουν σημαντική θέση τόσο στην εκδήλωση όσο και στην επίπτωση των νοσημάτων αυτών. Αναφορικά με το κάπνισμα, ως επιβαρυντικό παράγοντα, ο μηχανισμός δράσης του δεν είναι ξεκάθαρος. Φαίνεται ότι συμβάλει στη διαταραχή της παραγωγής μεταβολιτών του αραχιδονικού οξέος και στη λειτουργία του βλενογονικού φραγμού του εντέρου. Παράλληλα φαίνεται ότι εμπλέκεται και στους μηχανισμούς της κυτταρικής και χημικής ανοσίας, ενώ μπορεί να επηρεάσει το ανοσολογικό σύστημα στη παραγωγή των T-λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων (Birrenbach και Böcker, 2004). Η χρήση Μη Στεροειδών Αναλγητικών Φαρμάκων (ΜΣΑΦ), έχει κατηγορηθεί ότι επηρεάζει τις υποτροπές της νόσου, με τα ευρήματα όμως των διάφορων ερευνών να μην συμφωνούν μεταξύ τους. Αυτό ίσως να οφείλεται και στο ιδιαίτερο φαρμακολογικό προφίλ του κάθε ΜΣΑΦ και στο πως επιδρά στη εκδήλωση της φλεγμονής στη κάθε νόσο (Forrest, Symmons και Foster, 2004).

Άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν συνδεθεί ερευνητικά με τις ΙΦΝΕ είναι η προηγούμενη σκωληκοειδεκτομή, η χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων, λοιμώξεις στη παιδική ηλικία και κάποιοι διαιτητικοί παράγοντες (Ananthakrishnan, 2013). Ο ρόλος της διατροφής είναι σημαντικός τόσο αναφορικά με την εκδήλωση των νοσημάτων, μέσω της επιρροής της μικροχλωρίδας του εντέρου, όσο και κατά την αντιμετώπιση της νόσου. Τα αποτελέσματα των διάφορων ερευνών είναι δύσκολο να επιδείξουν συγκεκριμένη συσχέτιση μεταξύ διατροφής και ΙΦΝΕ. Φαίνεται όμως ότι μία διατροφή χαμηλή σε κατανάλωση φυτικών ινών και παράλληλα υψηλή σε κατανάλωση λιπαρών τροφών, συναντάται στα άτομα με ΙΦΝΕ. Η μεσογειακή διατροφή έχει προταθεί σαν προστατευτικός παράγοντας στις περιπτώσεις γαστρεντερολογικών προβλημάτων αυτής της κατηγορίας και όχι μόνο (Ananthakrishnan, 2013)

Τα παιδιά και οι νέοι ενήλικες που ζουν σε περιοχές με υψηλές συγκεντρώσεις διοξειδίου του θείου (βιομηχανικές ρυπαντικές ουσίες) παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης UC. Επιπλέον, τα παιδιά και οι νέοι ενήλικες που ζουν σε

περιοχές με υψηλή περιεκτικότητα σε διοξείδιο του αζώτου (γνωστή ρύπανση που σχετίζεται με την κυκλοφορία) ήταν σε αυξημένο κίνδυνο για CD. Παραδόξως, το διοξείδιο του αζώτου συσχετίστηκε αρνητικά με την έναρξη του CD σε ενήλικες μέσης ηλικίας. Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει ότι οι περιβαλλοντικές εκθέσεις ενδέχεται να έχουν ειδικές επιπτώσεις για την ηλικία. (Kaplan et al., 2012).

Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι νοσηλείες IBD ήταν πιο συχνές σε περιοχές με υψηλότερες συγκεντρώσεις ατμοσφαιρικών ρύπων. Η ατμοσφαιρική ρύπανση έχει επίσης εμπλακεί στην ενεργοποίηση της σκωληκοειδίτιδας) και του μη ειδικού κοιλιακού άλγους. Ο μηχανισμός με τον οποίο η ατμοσφαιρική ρύπανση επηρεάζει την ανάπτυξη της IBD είναι άγνωστη (Ananthakrishnan et al., 2011).

1.3.5. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρά το γεγονός ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες δεν απαιτούνται για τη διάγνωση, είναι βασικοί για τη συμπεριφορά του ασθενούς. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί τρεις γενικές παρατηρήσεις: α) Ψυχολογικοί παράγοντες επιδεινώνουν το στρες και τα γαστρεντερικά συμπτώματα. Παράλληλα το ψυχολογικό στρες μπορεί να επηρεάσει τη γαστρική λειτουργία ακόμη και σε άτομα τα οποία δεν έχουν διάγνωση κάποιας γαστρικής διαταραχής. β) Οι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να τροποποιήσουν την εμπειρία της ασθένειας αλλά και τη συμπεριφορά του ασθενούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συμπεριφοράς υγείας, είναι η αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης (Locke, Weaver, Melton και Talley, 2004). Η παραπομπή των ασθενών αυτών δεν διαφέρει ιδιαίτερα από το γενικό πληθυσμό καθώς δεν υπάρχουν αυτές οι αισθητές διαφορές μεταξύ των. Παράγοντες όπως η ψυχοκοινωνική υποστήριξη, το υποστηρικτικό οικογενειακό και φιλικό πλαίσιο αλλά και οι αυξημένες στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να βοηθήσουν το άτομο που νοσεί πριν απευθυνθεί σε ειδικό ψυχικής υγείας. Η παραπομπή όμως είναι συχνά ιδιαίτερα σημαντική λόγω της κακής πρόγνωσης διαχείρισης των συμπτωμάτων από τη πλευρά του ασθενή. γ) Μια λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού μπορεί να έχει ψυχοκοινωνικές συνέπειες. Οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια έχει ψυχοκοινωνικές συνέπειες για τη γενική ευημερία ενός ατόμου, για τη καθημερινή λειτουργικότητά

του, την αίσθηση ελέγχου επί των συμπτωμάτων του, και τις επιπτώσεις της ασθένειας στη μελλοντική προσωπική και εργασιακή λειτουργικότητα (Locke, Weaver, Melton και Talley, 2004)

Η ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με σοβαρά ή ανθεκτικά γαστρεντερολογικά συμπτώματα. Οι πιο συχνές διαγνώσεις που παρατηρούνται σε γαστρεντερολογικούς ασθενείς είναι οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της διάθεσης και οι σωματόφορμες και σωματοποιητικές διαταραχές. Το ψυχιατρικό σύμπτωμα συχνά προηγείται ή συμπίπτει με την έναρξη της πάθησης, επισημαίνοντας συχνά την μεταβολή της σπλαχνικής αίσθησης μετά από την εκδήλωση κάποιας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Αυτό ίσως μπορεί, σε ένα επίπεδο, να εξηγήσει τη σπλαχνική υπερευαισθησία που βιώνουν αυτά τα άτομα (Classen et.al. 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ(ΕΚ)

2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η ΕΚ ήταν γνωστή από τον 19ο αιώνα, ενώ η πρώτη περιγραφή της νόσου αποδίδεται στον Samuel Wilks (1859). Μάλιστα έως το 1909, είχαν ήδη περιγράψει εκατοντάδες περιπτώσεις στα νοσοκομεία του Λονδίνου (Hawkins 1909). Η ΕΚ είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια φλεγμονής του βλεννογόνου του παχέος εντέρου, προσβάλλοντας δε σχεδόν πάντα το βλεννογόνο του ορθού, αν και μπορεί να επεκτείνεται κεντρικότερα, προσβάλλοντας σε άλλοτε άλλο βάθος κατά συνέχεια ιστού, ολόκληρο το βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Οι αλλοιώσεις της νόσου είναι κατά συνέχεια ιστού και παρατηρούνται σε όλο το μήκος του προσβληθέντος τμήματος με απότομη μετάπτωση από το πάσχον τμήμα στο φυσιολογικό (Butcher, 2008).

2.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΕΚ εξαρτώνται άμεσα από την έκταση και τη βαρύτητα της νόσου. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι η διάρροια και οι αιματηρές κενώσεις, συνήθως με πρόσμιξη βλέννας και κοιλιακό άλγος. Η εισβολή της νόσου είναι συνήθως βραδεία και ύπουλη, ώστε πολλές φορές μεσολαβεί χρονικό διάστημα μερικών εβδομάδων από την εκδήλωση μέχρι τη διάγνωση της νόσου, ενδέχεται όμως να είναι οξεία, με θορυβώδη συμπτώματα και μιμούμενη κολίτιδα λοιμώδους αιτιολογίας. Συχνά η διάγνωση τίθεται αφού προηγηθούν επανειλημμένα, ήπια, επεισόδια διάρροιας και αποβολής αίματος. Σχεδόν το σύνολο των ασθενών με ΕΚ παρουσιάζει φλεγμονή του ορθού, ενώ αριστερή κολίτιδα (προσβολή ορθού, σιγμοειδούς και κατιόντος) παρουσιάζεται στο 50% των περιπτώσεων.

Το κοιλιακό άλγος δεν αποτελεί προεξάρχον σύμπτωμα της ελκώδους κολίτιδας και για αυτό, όταν ο πόνος είναι συνεχόμενος και επίμονος τότε πιθανό να οφείλεται σε προέκταση της φλεγμονής κατά μήκος του παχέος εντέρου (Loftus, 2004). Καθώς είναι σύνηθες να συνυπάρχουν συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου, το κοιλιακό άλγος μπορεί να εκδηλώνεται στα πλαίσια μιας τέτοιας συμπτωματολογίας και να δημιουργεί μεγαλύτερη δυσκολία στο άτομο. Είναι δυνατό να εμφανίζονται και συμπτώματα αναιμίας, όπως αδυναμία, ναυτία και απώλεια βάρους, λόγω περιορισμένης λήψης τροφής η οποία οφείλεται στην απώλεια όρεξης. Ενεργή νόσος μπορεί παράλληλα να συνεπάγεται και εξωεντερικά συμπτώματα στο δέρμα, στις αρθρώσεις, στο πνεύμονα καθώς και σε άλλα όργανα (Sands, 2004). Η εμφάνιση της νόσου χαρακτηρίζεται από σταδιακή έναρξη των συμπτωμάτων, τα οποία μπορούν να υπάρχουν για εβδομάδες και μήνες γεγονός που καθιστά την νόσο ιδιαίτερα δύσκολη στην έγκαιρη διάγνωση. Είναι δυνατό να έχει προηγηθεί ένα αιμορραγικό επεισόδιο το οποίο να υποχώρησε ή ακόμη η νόσος να εκδηλώνεται μετά από μια διάγνωση λοίμωξης του γαστρεντερολογικού (Mylonaki, Langmead, Pantes, Johnson και Rampton, 2004). Μερικοί ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί για αρκετό διάστημα ή να έχουν κάποια εξωεντερική εκδήλωση αρχικά και στη πορεία να εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα κολίτιδας. Η εμφάνιση της νόσου στη παιδική ηλικία μπορεί να συνοδεύεται με διαταραχές στην ανάπτυξη του παιδιού καθώς και καθυστέρηση στην ήβη του.

Ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η νόσος μπορεί να χαρακτηριστεί ήπια, μέσης βαρύτητας ή σοβαρή και να συνοδεύεται από επιπλοκές όπως η εντερική διάτρηση, η μαζική αιμορραγία, τοξικό megacolon, καλοήγη στένωση του παχέος εντέρου ή ακόμη και καρκίνο του παχέος εντέρου (Dewit, 2009).

2.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της ΕΚ είναι συχνά δύσκολο έργο και αυτό οφείλεται στις πολλές ιδιαιτερότητες της νόσου ανάλογα με την έκταση, την ένταση, τον τρόπο εισβολής και τα προεξάρχοντα κατά περίπτωση συμπτώματα. Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού, η αντικειμενική εξέταση, η προσεκτική εκτίμηση της διαδρομής της

νόσου δίδουν συνήθως την κατεύθυνση, αλλά η ασφαλής διάγνωση προκύπτει από τα ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα.

Η τελική διάγνωση θα γίνει μετά από συνεκτίμηση του ιστορικού, των κλινικών σημείων, των εργαστηριακών, ακτινολογικών, ενδοσκοπικών και ιστολογικών ευρημάτων. Η διαφορική διάγνωση από άλλες, παρασιτικές, ιογενείς ή μικροβιακές κολίτιδες (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli*, *Clostridium difficile* κ.λπ.) συνήθως δεν είναι δύσκολη και βασίζεται στα ευρήματα της καλλιέργειας κοπράνων. Σεξουαλικά μεταδιδόμενοι νόσοι μπορεί επίσης να εκδηλώνονται με παρόμοια συμπτωματολογία (AIDS, γονοκοκκική πρωκτίτιδα). Άλλες παθήσεις από τις οποίες θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση είναι: ισχαιμική κολίτιδα, εκκολπωματίτιδα, μετακτινική κολίτιδα, μικροσκοπική και κολλαγονική κολίτιδα, ευερέθιστο έντερο, καρκίνος παχύ εντέρου (Lemone, et.al. 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η νόσος Crohn έλαβε το όνομά της από τον Δρ. Burrill B. Crohn, ο οποίος περιέγραψε για πρώτη φορά την ασθένεια το 1932 μαζί με τους συναδέλφους Δρ. Leon Ginzburg και Δρ. Gordon D. Oppenheimer. Η νόσος του Crohn μπορεί να επηρεάσει ολόκληρο το πάχος του τοιχώματος του εντέρου, ενώ η ελκώδης κολίτιδα περιλαμβάνει μόνο την εσωτερική επένδυση του παχέος εντέρου. Πιο συγκεκριμένα η νόσος του Crohn είναι μια κατάσταση που προκαλεί φλεγμονή του πεπτικού συστήματος ή του εντέρου. Το Crohn μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε μέρος του εντέρου, αν και η πιο κοινή περιοχή που επηρεάζεται είναι το τέλος του ειλεού (το τελευταίο μέρος του λεπτού εντέρου) ή του παχέος εντέρου (Gionchetti et.al.2017).

Οι περιοχές της φλεγμονής είναι συχνά απροσδιόριστες με τμήματα του φυσιολογικού εντέρου στο μεταξύ. Ένα έμβλημα φλεγμονής μπορεί να είναι μικρό, λίγα μόνο εκατοστά ή να εκτείνεται αρκετά μακριά κατά μήκος ενός τμήματος του εντέρου. Εκτός από το γεγονός ότι επηρεάζει την επένδυση του εντέρου, το Crohn μπορεί επίσης να πάει βαθύτερα στον τοίχο του εντέρου. Είναι μια από τις δύο κύριες μορφές της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD). Το άλλο είναι η ελκώδης κολίτιδα (Ien et.al.2014).

Η Crohn είναι μια χρόνια πάθηση. Αυτό σημαίνει ότι είναι συνεχής και διαρκής, αν και μπορεί να έχετε περιόδους καλής υγείας (ύφεση), καθώς και φορές που τα συμπτώματα είναι πιο ενεργά (υποτροπές ή φλεγμονή).

Το Crohn's είναι μια πολύ ξεχωριστή κατάσταση της οποίας τα συμπτώματα ποικίλλουν από άτομο σε άτομο και μπορεί να εξαρτώνται από το πού βρίσκεται στο έντερο η ασθένεια και κατά πόσο είναι ενεργή (D'haens et.al.2014).

Τα συμπτώματα κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρή και μπορούν να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, τα πιο συνηθισμένα είναι:

- Κοιλιακός πόνος και διάρροια
- Κούραση και κόπωση
- Αίσθημα γενικής αδιαθεσίας ή πυρετός
- Στοματικά έλκη
- Απώλεια της όρεξης και απώλεια βάρους
- Αναιμία (μειωμένο επίπεδο ερυθρών αιμοσφαιρίων) (Dionisio et.al.2010)

Η νόσος του Crohn επηρεάζει εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως. Η νόσος είναι πιο κοινή στις αστικές περιοχές και στις βόρειες ανεπτυγμένες χώρες - αν και αυξάνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ο αριθμός των ατόμων που θα νοσήσει σε ένα έτος υπολογίζεται σε 5 άτομα ανά 100.000 πληθυσμού. Ο επιπολασμός των ασθενών που θα παρουσιάσουν τη νόσος σε μια δεδομένη στιγμή είναι 50 ανά 100.000 κατοίκων. Η νόσος μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά εμφανίζεται συνήθως για πρώτη φορά μεταξύ 10 και 40 ετών. Μελέτες υποδηλώνουν ότι οι νέες περιπτώσεις Crohn διαγιγνώσκονται συχνότερα, ιδιαίτερα μεταξύ των εφήβων και των παιδιών.

Στην Ελλάδα τα δεδομένα είναι περιορισμένα. Σύμφωνα με μελέτη που πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης στην Ελλάδα πάσχουν 30έτομα ανά πληθυσμό 100.000 ατόμων (Michopoulos et.al. 2018).

3.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Η διάγνωση του IBD απαιτεί συνδυασμό κλινικών ευρημάτων, φλεγμονωδών εργαστηριακών δεικτών, ευρημάτων απεικόνισης και ενδοσκοπικών βιοψιών. Τα αιματολογικά ευρήματα περιλαμβάνουν μικροκυτταρική αναιμία, λευκοκυττάρωση και θρομβοκυττάρωση. Οι φλεγμονώδεις δείκτες όπως ο ρυθμός καθίζησης των ερυθροκυττάρων (ESR) και η υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (hsCRP) είναι συνήθως αυξημένοι. Οι υπέρηχοι, η υπολογιστική τομογραφία (CT) και η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) έχουν χρησιμοποιηθεί στη διάγνωση του IBD ή στην εκτίμηση επιπλοκών (Dai et al., 2018).

Διάφορες τεχνικές και ιατρικές εξετάσεις είναι διαθέσιμες για να βοηθήσουν τον γιατρό στη διάγνωση. Μια τέτοια τεχνική είναι διαθέσιμη για τη νόσο του Crohn και χρησιμοποιεί ενδοσκοπία κάψουλας για την αποτελεσματική διάγνωση ενός ασθενούς. Δεδομένου ότι η ενδοσκόπηση της κάψουλας απαιτεί καθαρό κόλον πριν από τη χρήση, ο ασθενής θα πρέπει να πάρει μια κατάλληλη συνταγοποίηση ποτού που να έχει καλό προφίλ ασφάλειας. Η κάψουλα, η οποία είναι το μέγεθος ενός χαπιού, μπορεί να τραβήξει φωτογραφίες της εσωτερικής στιβάδας του γαστρεντερικού σωλήνα όταν λάβει από το στόμα. Αυτές οι ενδοσκοπικές εικόνες μπορούν να εντοπίσουν μικρές διαβρώσεις και εξελκώσεις που μπορεί να είναι εμφανείς κατά μήκος της γαστρεντερικής οδού και να βοηθήσουν τους γιατρούς να εντοπίσουν τη θέση της φλεγμονής (Hutfless et al., 2007).

Μια εναλλακτική λύση στην ενδοσκόπηση είναι οι εξετάσεις ακτινολογίας που μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση της νόσου. Για παράδειγμα, μια διαδικασία παρακολούθησης βαρίου είναι μια χρήσιμη τεχνική ιατρικής απεικόνισης για τη νόσο του Crohn όταν εμπλέκεται μόνο το λεπτό έντερο. Στην τεχνική αυτή, ο ασθενής πίνει ένα διάλυμα που περιέχει θειικό βάριο που εμφανίζεται λευκό σε ακτίνες X και στιγμιότυπα η εσωτερική επένδυση του εντέρου (Vilela et al., 2012).

Ένα άλλο διαγνωστικό εργαλείο για το IBD περιλαμβάνει τη δοκιμή δειγμάτων αίματος από ασθενείς. Οι εργαστηριακές εξετάσεις αίματος μπορεί να εμφανίζουν αυξημένους ρυθμούς καθίζησης και αριθμούς λευκών αιμοσφαιρίων, και οι δύο από τους οποίους σχετίζονται με φλεγμονή του εντέρου. Ο πλήρης προσδιορισμός αίματος από ασθενείς με IBD μπορεί να αποκαλύψει αναιμία που προκαλείται από ανεπάρκεια βιταμίνης B12 και αυτοάνοση αιμόλυση. Επιπλέον, αυξανόμενες ποσότητες και επίπεδα ορολογικών δεικτών μπορεί να είναι χρήσιμες στη διάγνωση της IB \ddot{u} και επίσης για τη διαφοροποίηση μεταξύ της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας (Sandborn et al., 2007).

Οι εξετάσεις απεικόνισης με αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία χρησιμοποιούνται επίσης για την αναζήτηση ενδοκοιλιακών επιπλοκών της IBD, όπως η απόφραξη του λεπτού εντέρου, τα αποστήματα ή τα συρίγγια. Η υπολογιστική τομογραφία είναι μια τεχνική που χρησιμοποιεί σαρωτές πολλαπλών αισθητήρων με υψηλή χωρική και χρονική ανάλυση για να επιτρέψει την απεικόνιση του τοιχώματος του λεπτού εντέρου, του βλεννογόνου και του αυλού. 33 Μπορεί να περιγράψει την

έκταση και τη σοβαρότητα της φλεγμονής του τοιχώματος του εντέρου και μπορεί επίσης να ανιχνεύσει την υποβλεννογονική απόθεση λίπους, τους σάκκους και τον πολλαπλασιασμό των ινωδών λιπών (Sandborn et al., 2007, Dai et al., 2018).

Η παρουσία ενδομυϊκού λίπους υποδηλώνει παρελθόν ή χρόνια φλεγμονή, ενώ οι σάκκοι προκύπτουν από τη χρόνια φλεγμονώδη διαδικασία, οδηγώντας σε ίνωση και ασύμμετρη συντόμευση των μεσεντερικών ορίων του τοιχώματος. Η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού έχει υποστεί τις ίδιες τεχνικές προόδους με την υπολογισμένη τομογραφία. Η χωρική και χρονική ανάλυση των εικόνων επιτρέπει την αξιολόγηση της αύξησης της αντίθεσης του τοιχώματος του εντέρου, της πάχυνσης τοιχώματος και του οιδήματος, η οποία είναι χρήσιμη για την αξιολόγηση της δραστηριότητας της (Hutfless et al., 2007).

Βιοψίες του παχέος εντέρου μπορούν να ληφθούν για να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση. Αυτή η τεχνική είναι πολύ αποτελεσματική στη διάγνωση της νόσου και στη διαφοροποίηση του τύπου της φλεγμονής. Ορισμένα χαρακτηριστικά της παθολογίας φαίνονται να είναι χαρακτηριστικά της φλεγμονής που σχετίζεται με τη νόσο του Crohn. Ένα διαθρηματικό πρότυπο φλεγμονής παρατηρείται συχνά σε αυτή τη νόσο, που σημαίνει ότι η φλεγμονή μπορεί να εκτείνεται σε ολόκληρο το βάθος του εντερικού τοιχώματος. Κάτω από το μικροσκόπιο, η βιοψία του προσβεβλημένου παχέος εντέρου μπορεί να εμφανίσει βλάβη του βλεννογόνου, που χαρακτηρίζεται από εστιακή διείδυση των λευκοκυττάρων στο επιθήλιο (Hutfless et al., 2007).

Η παθολογία στην ελκώδη κολίτιδα περιλαμβάνει τυπικά αιμορραγία ή φλεγμονώδη κύτταρα στο πρόπλασμα ελάσματος και παραμόρφωση της κρυπτογραφίας. Άλλες διαφορές μεταξύ της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας μπορούν να παρατηρηθούν στην ιστολογία. Για παράδειγμα, σημαντική παχυσαρκία του βλεννογόνου και σε μικρότερο βαθμό στον υποβλεννογόνο μπορεί να παρατηρηθεί σε ασθενείς με ενεργό ελκώδη κολίτιδα. Ωστόσο, αυτές οι δομές φαίνεται να είναι φυσιολογικές στην ενεργή νόσο του Crohn (Vilela et al., 2012).

3.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Τοξικό megάκολο. Αποτελεί σοβαρότατη επιπλοκή της ελκώδους κολίτιδας, απειλητική για τη ζωή του ασθενούς, κατά την οποία παρουσιάζεται τμηματική ή ολική διάταση του παχέος εντέρου, που οφείλεται σε διατοιχωματική επέκταση της φλεγμονής, η οποία φθάνει μέχρι τον ορογόνο και έχει σαν αποτέλεσμα την καταστροφή του μυϊκού χιτώνα του εντέρου και του μυεντερικού και υποβλεννογονίου πλέγματος. Λόγω της έντονης φλεγμονής οι ασθενείς παρουσιάζουν πυρετό, ταχυκαρδία, λευκοκυττάρωση και έντονα κοιλιακά άλγη.

Διάτρηση. Η διάτρηση μπορεί να παρουσιασθεί σε περίπτωση που (όπως και στο τοξικό megάκολο), η φλεγμονή επεκταθεί σε όλο το πάχος του τοιχώματος, ακόμη και αν αυτό συμβεί σε μια εντοπισμένη μόνο περιοχή. Η χειρουργική επέμβαση είναι επιβεβλημένη.

Μαζική αιμορραγία. Η μαζική αιμορραγία, αν και δεν είναι συχνή, αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της ΕΚ και απαιτεί, εφόσον δεν αντιμετωπισθεί με συντηρητικά μέσα, χειρουργική επέμβαση (κολεκτομή) (Keshav,2009).

3.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε ασθενείς που παρουσιάζουν νέα διάρροια, πρέπει να αποκλειστούν πρώτα οι μολυσματικές αιτιολογίες της διάρροιας συμπεριλαμβανομένων των παρασίτων *Escherichia coli* και *Clostridium difficile*. Θα πρέπει να εξετάζεται και άλλη αιτιολογία της κολίτιδας, που περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται σε, μικροσκοπική, λεμφοκυτταρική και κολλαγόνο. Αυτοί που παρουσιάζουν κοιλιακό άλγος πρέπει να έχουν και άλλες αιτίες που θεωρούνται επίσης συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς περιορισμό, σκωληκοειδίτιδα, ασθένεια ευερέθιστου εντέρου, κοιλιοκάκη και λειτουργικό κοιλιακό άλγος (Pariente et al., 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΠΗΡΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ

4.1 ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΜΕ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗΣ ΕΠΠΛΟΚΗΣ

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις της ΙΦΝΕ είναι συχνές και μπορεί να προκύψουν πριν ή αφού τεθεί η διάγνωση της ΙΦΝΕ. Έως και το 50% των ασθενών με ΦΝΕ βιώνουν τουλάχιστον μία εξωεντερική εκδήλωση ή επιπλοκή. Αυτές οι εξωεντερικές εκδηλώσεις επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και μπορεί να αφορούν οποιοδήποτε σύστημα συμπεριλαμβανομένου του μυοσκελετικού, δερματολογικού, ηπατοχολικού, οφθαλμολογικού, νεφρικού και πνευμονικού. Οι πιο συχνές εξωεντερικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν περιφερειακή αρθρίτιδα τύπου 1, οζώδες ερύθημα, στοματικά αφθώδη έλκη και επισκληρίτιδα που σχετίζονται με τη δραστηριότητα της νόσου, καθώς και γαγγραινώδες πυόδερμα, ραγοειδίτιδα, αζονική αρθροπάθεια και πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα που είναι κατά κύριο λόγο ανεξάρτητες από τη δραστηριότητα της νόσου. Ο επιπολασμός των εξωεντερικών εκδηλώσεων κυμαίνεται μεταξύ 16%-40% λαμβάνοντας υπόψη ότι η εμφάνιση μιας ΕΕ προδιαθέτει για την ανάπτυξη και επιπρόσθετων. Μία μεγάλη έρευνα κοόρτης Ελλήνων ασθενών με ΙΦΝΕ, έδειξε ότι γενικά οι εξωεντερικές εκδηλώσεις είναι πιο συχνές στις γυναίκες, σε πάσχοντες από ΝΚ, καπνιστές, ασθενείς που γεννήθηκαν ή ζουν σε αστικά κέντρα, ασθενείς με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα, καθώς και εκείνους με ιστορικό χειρουργικής επέμβασης για ΙΦΝΕ. Η συχνότητα των εξωεντερικών εκδηλώσεων στον Ελληνικό πληθυσμό ήταν 33.1%. Ανάμεσα στις εκδηλώσεις, η πιο κοινή ήταν η περιφερειακή αρθρίτιδα στο 16.7% των ασθενών με παρόμοια συχνότητα σε πάσχοντες από ΝΚ και ΕΚ, ενώ η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα εμφανίστηκε μόνο στο 2.1% των ασθενών και ήταν πιο συχνή σε άρρενες και πάσχοντες από ΝΚ (Ignatavicius, et.al. 2008).

4.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΜΕ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗΣ ΕΠΠΛΟΚΗΣ

Στην ΙΦΝΕ, η χειρουργική προσέγγιση συνίσταται συνήθως μετά από αποτυχία όλων εκείνων των δυνατοτήτων και προσπαθειών έτσι ώστε να τεθεί η νόσος υπό έλεγχο και να μειωθούν οι επιπλοκές. Η χειρουργική παρέμβαση στη ΙΦΝΕ μπορεί να δώσει ένα ποσοστό χειρουργικής θνητότητας μέχρι και 3%. Η συχνότητα της χειρουργικής προσέγγισης σε ασθενείς με ΝΚ ενδέχεται να φτάνει και το 70% των περιπτώσεων, ειδικότερα δε σε ασθενείς με προσβολή του λεπτού εντέρου. Οι ενδείξεις για χειρουργική επέμβαση και εντερική εκτομή σε ασθενείς με ΝΚ ποικίλλουν ανάλογα με τη θέση της προσβολής, με την απόφραξη να αποτελεί το συχνότερο αίτιο και η οποία οφείλεται σε προσβολή είτε του λεπτού είτε του παχέος εντέρου. Σε περίπτωση δε στένωσης και όχι πλήρους απόφραξης μπορεί να εφαρμοστεί η στενωσεοπλαστική, μια μέθοδος αντιμετώπισης μικρών στενώσεων χωρίς εκτομή.

Σε σχετική μελέτη ασθενών με ΝΚ που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, αιτία της επέμβασης αποτέλεσαν η χρόνια νόσος σε ποσοστό 21%, τα αποστήματα σε ποσοστό 25%, η περιπρωκτική νόσος σε ποσοστό 23%, η τοξική κολίτιδα και το τοξικό megacolon σε ποσοστό 19% και η εντερική απόφραξη σε ποσοστό 12%. Το βασικό άγχος για τους ασθενείς που θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση αποτελεί η πιθανότητα υποτροπής της νόσου. Το ποσοστό υποτροπής, που διαπιστώνεται ενδοσκοπικά μετά από κολεκτομή, υπολογίζεται σε 73–93% ένα χρόνο μετά και σε 85–100% στα 3 χρόνια. Η ανάγκη για επανεπέμβαση ή ενδοσκοπική διαστολή της αναστόμωσης είναι όμως μικρότερη και υπολογίζεται σε 15–45% στα 3 χρόνια και σε 26–65% στα 10 χρόνια, ενώ μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζουν οι ειλεοκολικές αναστομώσεις και μικρότερη οι κολοκολικές. Η χειρουργική υποτροπή σε ειλεοκολικές αναστομώσεις κυμαίνεται μεταξύ 25–60%/ 5 έτη, ενώ η αντίστοιχη συχνότητα στις κολοκολικές υπολογίζεται σε 8,5–42%.

Η ειλεοστομία μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή, ενώ προτιμάται έναντι της κλασσικής εντερεκτομής σε επείγουσες περιπτώσεις ασθενών, με υψηλό κίνδυνο, σε ασθενείς με διάχυτη νόσο χωρίς ανάγκη πρωτοκολεκτομής και σε ασθενείς με διάχυτη νόσο σε συνδυασμό με περιορισμένη εκτομή. Στην κατασκευή της τελικής ειλεοστομίας πρέπει να προτιμάται η ενδοπεριτοναϊκή της εξωπεριτοναϊκής τεχνικής,

ώστε, εάν στο μέλλον παραστεί ανάγκη αναθεώρησης λόγω τοπικής υποτροπής της νόσου, να αποφευχθούν οι τεχνικές δυσκολίες της εξωπεριτοναϊκής τεχνικής. Σήμερα, ο ρόλος της ειλεοστομίας περιορίζεται στις ιδιαίτερα βαριές περιπτώσεις, στις οποίες εκτιμάται ότι οι ασθενείς δεν μπορούν να ανεχθούν ακόμη και περιορισμένης έκτασης εκτομή. Η δημιουργία στομίας αποτελεί μια ιδιαίτερη χειρουργική επέμβαση η οποία βάζει τον ασθενή στη διαδικασία της μετεγχειρητικής αποδοχής και διαχείρισης μιας πολύπλοκη κατάστασης που αποτελεί εν δυνάμει αναπηρική επιπλοκή.

Η ολική πρωτοκολεκτομή σε συνδυασμό με τελική ειλεοστομία αποτελεί την κατάλληλη επιλογή στην περίπτωση που περιλαμβάνεται στη νόσο και ο πρωκτός, ενώ η κολεκτομή και η ειλεοορθική αναστόμωση μπορούν να αποτελέσουν ιδανική επιλογή χειρουργικής επέμβασης σε NK με διατήρηση ορθού. Στις περιπτώσεις με σοβαρές περιπρωκτικές βλάβες προηγείται η κολεκτομή και η μόνιμη ειλεοστομία και ακολουθεί σε δεύτερο χρόνο η εκτομή του ορθού και του πρωκτού. Σε NK (τελικού ειλεού), προτιμάται η εκτομή μεσο/δεξιάς ημικολεκτομής και συχνά μπορεί να εμπλακεί με σκωληκοειδίτιδα, ενώ σε απόφραξη λεπτού ή παχέος εντέρου προτιμάται η οριστική εκτομή. Οι ασθενείς με υφολική κολεκτομή είναι πιθανόν στο μέλλον να χρειαστούν επανεγχείρηση, λόγω υποτροπής της νόσου στο λεπτό έντερο ή το ορθό. Η λαπαροσκοπική χειρουργική σε ασθενείς με NK, έχει εφαρμοστεί σε περιπτώσεις ειλεοκολικής εκτομής, τμηματικής κολεκτομής, πλαστικής των στενωμάτων και κατασκευής στομίας.

4.3 Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ/ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΙΦΝΕ, ΩΣ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ

Η σεξουαλική υγεία αποτελεί έναν βασικό προσδιοριστή στην ποιότητα ζωής του ατόμου και σχετίζεται με την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο μέσα στα πλαίσια των αξιών του, της κουλτούρας του, το εκπαιδευτικού του επιπέδου και των προτύπων ζωής του. Αίτια που μπορεί προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία ή να επιβαρύνουν τη σεξουαλική λειτουργία και τη γονιμότητα είναι ενδοκρινολογικά και μεταβολικά νοσήματα όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης, διάφορες νευρολογικές

παθήσεις, όπως η νόσος Alzheimer's, όγκοι, η Σκλήρυνση κατά πλάκας, Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κ.λ.π. Επίσης οι ασθενείς που λαμβάνουν συγκεκριμένα φάρμακα τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τη ροή του αίματος όπως α-αδρενεργικοί αναστολείς και οι β-αναστολείς, επίσης φάρμακα για τη θεραπεία του καρκίνου, κατασταλτικά του ΚΝΣ, η κωδεΐνη, οι αμφεταμίνες, τα διουρητικά κ.λ.π., μπορούν να οδηγήσουν στη στυτική δυσλειτουργία. Το ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να υπάρξει και σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, αθηροσκλήρωση, υψηλή χοληστερόλη, υπέρταση, αλλά και η κατάθλιψη, η αγχώδης συνδρομή, το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ. Η χρονιότητα της ΙΦΝΕ και οι συνεχείς και δύσκολες περίοδοι έξαρσης της νόσου αποτελούν μια εξουθενωτική περίοδο για τον ασθενή με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του. Η ΙΦΝΕ εκτός από τα συμπτώματα που εμφανίζονται από το πεπτικό σύστημα(πόνος διάρροιας, κόπωση, κ.λ.π.), μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές όπως απόφραξη, συρίγγια, αποστήματα, τοξικό μεγάκολο, αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, κ.λ.π. Δεδομένης δε της έναρξης της νόσου σε μικρές ηλικίες, φαίνεται λογική η τεκμηρίωση των διεθνών δεδομένων για τις πολλαπλές εξωεντερικές επιπτώσεις της ΙΦΝΕ, τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Απόρροια της κατάστασης αυτής είναι και η σεξουαλική δυσλειτουργία η οποία φαίνεται ότι προκύπτει σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, κάτι που αρχίζει να μελετάται και με σταθμισμένα εργαλεία στο διεθνή χώρο.

Οι μελέτες που αφορούν στη διερεύνηση των επιπτώσεων που έχουν οι ασθενείς με ΙΦΝΕ δεν εστιάζουν μόνο στα συμπτώματα από το σώμα αλλά διερευνούν και τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής τους. Σχετικά με τη διερεύνηση της επίδρασης της ΙΦΝΕ στη σεξουαλική λειτουργία, φαίνεται ότι δεν υπάρχουν πολλές μελέτες αλλά αυτό τείνει να αλλάξει τα τελευταία χρόνια. Η σεξουαλική υγεία αποτελεί έναν προσδιοριστή ο οποίος χαρακτηρίζει τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της ζωής του ατόμου και άσχετα αν για κάποιους θεωρείται σημαντική προτεραιότητα στη ζωή τους, η αποτύπωση της κείμενης κατάστασης μπορεί να αποδώσει σημαντικά στοιχεία για την ποιότητα ζωής του ατόμου. Η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών είναι συνήθως ένα φυσικό επακόλουθο της ΙΦΝΕ καθώς επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΙΦΝΕ κάποια στιγμή της ζωής τους θα εμφανίσουν κατάθλιψη. Η αξιολόγηση και η διαχείριση μίας σημαντικής καταθλιπτικής διαταραχής πρέπει να είναι μέρος της

κλινικής προσέγγισης στους ασθενείς αυτούς, οι οποίοι εκτός από τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης συχνά εμφανίζουν και σημαντική σεξουαλική δυσλειτουργία.

Η διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών που αφορά κυρίως στις αιτίες που προκαλούν τη σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να διαφέρουν. Ειδικότερα οι άνδρες θεωρούν ότι η κατάθλιψη αποτελεί σημαντική αιτία σεξουαλικής δυσλειτουργίας και παράλληλα και η συννοσηρότητα, ειδικά όταν υπάρχει ενεργός νόσος, φαίνεται να συντελούν σε αυτή την επιβάρυνση της σεξουαλικής λειτουργίας. Μια σημαντική νόσος που αφορά στη συννοσηρότητα και μπορεί να επηρεάσει τη στυτική δυσλειτουργία σε άνδρες με ΙΦΝΕ, είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης. Οι άνδρες επίσης περισσότερο από τις γυναίκες προσδιορίζουν τη μειωμένη σεξουαλικής ικανοποίησης περισσότερο από τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες αναφέρουν επιπλέον δυσπαρεύνια, και κολπικές λοιμώξεις.

Η κατάσταση που μπορεί να προκύψει μετά από χειρουργική παρέμβαση και ειδικά μετά από μια ειλεοστομία αποτελεί μια πολύπλοκη και χρονοβόρα διαδικασία κατά τη διάρκεια της οποίας ο ασθενής θα πρέπει να προσαρμοστεί σε αυτή. Η προσαρμογή αυτή περιλαμβάνει σωματικές διαταραχές όπως η σωματική κόπωση, οι διατροφικές αλλαγές, οι δερματικές αλλοιώσεις στην περιοχή της στομίας, η διαρροή από τη στομία και η παρουσία οσμών, κ.λ.π., οι οποίες μπορεί να διαταράξουν την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου. Μελέτες έχουν δείξει πως τα άτομα που έχουν υποστεί κολοστομία φέρουν αρνητικά συναισθήματα όπως είναι η κατάθλιψη, η μοναξιά, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η ανασφάλεια, τα οποία σχετίζονται με την ποιότητα ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το χρόνιο νόσημα μπορεί να επιδράσει τόσο στο άτομο όσο και στη οικείο περιβάλλον του και να επιφέρει αλλαγές στη ζωή του. Η ΙΦΝΕ αποτελεί μια νοσογόνο κατάσταση η οποία φέρει μια δυσκολία διαγνωστική χρονικά και εργαστηριακά. Εν τούτοις η επιστήμη πλέον έχει συμβάλλει σημαντικά και έχει μειωθεί σχετικά ο χρόνος της διάγνωσης, αν φυσικά υπάρχει η ενημέρωση του ατόμου ή της οικογένειά και η επαφή του με τον ειδικό ιατρό. Η εμφάνιση της ΙΦΝΕ τα τελευταία χρόνια ειδικά σε νέα άτομα αποτελεί μια κατάσταση η οποία επιδρά στον ίδιο τον ασθενή, στην οικογένειά του, και σε όλο το οικείο περιβάλλον του.

Ο νοσηλευτής σήμερα μέσα από την ειδική γνώση που μπορεί να λάβει από το σύστημα εκπαίδευσής του, γνωρίζει τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών αυτών. Οι θεραπευτικοί στόχοι για την αντιμετώπιση της ΙΦΝΕ είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η επαγωγή ταχείας ύφεσης, η διατήρηση της κλινικής ύφεσης, η αποφυγή του χειρουργείου και η μείωση των νοσηλειών, καθώς και η πρόληψη της θνητότητας που οφείλεται στην νόσο (Hansen, et.al. 2002).

Το μοντέλο permission(P), limited information (LI), specific suggestions (SS), and intensive therapy (IT) (PLISSIT) αποτελεί ένα βασικό εργαλείο το οποίο μπορεί να βοηθήσει στην επικοινωνία του ερευνητή με τον ασθενή/ερωτώμενο προκειμένου να ανιχνευθεί η επίδραση της νόσου(ΙΦΝΕ) στη σεξουαλική του υγεία. Εργαλεία επίσης όπως το Female Sexual Function Index (FSFI) για την αξιολόγηση των βασικών διαστάσεων της σεξουαλικής λειτουργίας στις γυναίκες και ο διεθνής δείκτης στυτικής λειτουργίας (nternational Index of Erectile Function/IIEF), ο οποίος είναι ο ευρύτερα χρησιμοποιούμενος, θεωρείται ως "χρυσό πρότυπο" ειδικά για τη διερεύνηση της στυτικής λειτουργίας σε άνδρες ασθενείς, μπορούν να διερευνήσουν τη σεξουαλική δυσλειτουργία ασθενών δίδοντας έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα. Σε αυτούς τους οδηγούς περιλαμβάνεται πρώτιστα η λήψη συγκατάθεσης από τον ασθενή και η ανάληψη της πρωτοβουλίας για τη συνέντευξη

και απαραίτητα η ύπαρξη κλίματος εμπιστοσύνης, χωρίς κριτική σκοπιά και με δυνατότητα αποφυγής ερωτήσεων σε ευαίσθητα θέματα. Η δυνατότητα επεξήγησης του λόγου για τον οποίο γίνεται η συνέντευξη και η επιστημονική στήριξη της διαδικασίας θα ενισχύσει αυτή τη σχέση και θα αποδώσει μια αισιόδοξη άποψη.

Η εξατομίκευση φυσικά της κάθε περίπτωσης θεωρείται δεδομένη, άσχετα με το υποκείμενο νόσημα. Εν τούτοις η υποστήριξη του ασθενή μέσα από τη νοσηλευτική προσέγγιση είναι σημαντική για τον ασθενή με ΙΦΝΕ, διότι οι παράγοντες που ίσως χρειαστεί υποστήριξη είναι πολλοί και θα χρειαστεί να συντονιστούν μεταξύ τους. Η ανίχνευση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας αποτελεί μια δύσκολη διεργασία για τον επιστήμονα υγείας και αυτό θα γίνει μέσα από μια ολιστική θεώρηση του ασθενή. Ο ασθενής για να εκφράσει τη δυσλειτουργία που έχει σε αυτόν τον τομέα θα πρέπει πρώτιστα να εδραιώσει αίσθημα εμπιστοσύνης τόσο με τον ιατρό όσο και με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα. Στη θεραπευτική αυτή ομάδα ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός, διότι ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα έχει τη συνεχή επαφή με τον ασθενή και θα εκπαιδεύσει και θα παρακολουθεί την πορεία του. Έτσι, είναι προφανές ότι μέσα από αυτή τη σχέση νοσηλευτή –ασθενή και της πρόσβασης σε ένα πλήρες και συνεχόμενο νοσηλευτικό ιστορικό, θα μπορέσει να σκιαγραφηθεί η πιθανότητα ύπαρξης σεξουαλικής δυσλειτουργίας (Fritsch et.al 2009).

Το πλαίσιο εμπιστοσύνης που μπορεί να αναπτυχθεί ανάμεσα στον ασθενή και τον νοσηλευτή και η επιστημονική κατάρτιση του τελευταίου είναι ικανά να αποδώσουν βελτίωση στη φροντίδα του ασθενή με ΙΦΝΕ, σε ότι αφορά τη σεξουαλική του δυσλειτουργία. Η επιστημονική διερεύνηση του θέματος σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού θα μπορέσει να αποδώσει αξιόπιστα και έγκυρα αποτελέσματα σχετικά με το ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ αλλά και να προσδιορίσει με μεγαλύτερη σαφήνεια τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι επηρεάζουν αυτή τη λειτουργία του ατόμου (Dewit, 2009).

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CROHN

Οι θεραπευτικοί στόχοι για την αντιμετώπιση της νόσου Crohn είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η επαγωγή ταχείας ύφεσης, η διατήρηση της κλινικής ύφεσης, η αποφυγή του χειρουργείου και η μείωση των νοσηλειών, καθώς και η πρόληψη της

θνητότητας που οφείλεται στην νόσο Crohn. Σκοπός της εκάστοτε φαρμακευτικής θεραπείας, είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται αιφνιδίως, η καταστολή της ανοσολογικής και φλεγμονώδους δραστηριότητας, η πρόληψη για την αποφυγή νέων επεισοδίων, η πρόληψη των επιπλοκών, η διατήρηση της ύφεσης για μεγάλα χρονικά διαστήματα καθώς και η αντικατάσταση των θρεπτικών απωλειών λόγω της νόσου. Προκειμένου ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό, τον ακτινολόγο, τον μικροβιολόγο, το παθολογοανατόμο και τον αιματολόγο να χορηγήσει κάποια θεραπεία, είναι αναγκαίο αρχικά να εκτιμήσει την συνολική κατάσταση του ασθενούς. Μετά από την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, ενώ έχουν εντοπιστεί επιπλοκές, όπως απόστημα, συρίγγιο ή κάποια εντερική στένωση, θα χρειαστεί κάποια χειρουργική θεραπεία. Συμπτώματα όπως λήθαργος, και κακουχία οφείλονται σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές που πρέπει να διορθωθούν. Ο νοσηλευτής, επίσης πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την αναιμία που μπορεί να εμφανιστεί, καθώς και τις μορφές της, διότι υπάρχει ανεπάρκεια απορρόφησης B12 και φυλλικού οξέος. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το κοιλιακό άλγος, μπορεί να δημιουργήσει και περεταίρω επιπλοκές στην υγεία του ασθενούς όπως χολολιθίαση, νεφρολιθίαση ακόμη και πεπτικό έλκος. Πέρα από τα σωματικά συμπτώματα που αναμφισβήτητα προκαλεί η νόσος του Crohn, μπορεί να προκαλέσει και μία σειρά από ψυχολογικές διακυμάνσεις στην υγεία του ασθενούς. Μια από τις παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσει η νόσος Crohn είναι η διάρροια, η οποία προκαλεί ιδιαίτερη αμηχανία στο άτομο που έχει προκληθεί. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται αρνητικά αισθήματα για τον εαυτό των ασθενών και να απομονώνονται τα άτομα και να έχουν το άγχος ακόμη και να βγουν από το σπίτι τους. Αυτό, σε προχωρημένες καταστάσεις, μπορεί να οδηγήσει σε καταθλιπτικά επεισόδια (Classen, et.al. 2009).

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Κατά τη διάρκεια ενός παροξυσμού της ελκώδους κολίτιδας, η διάρροια μπορεί να είναι συχνή και επώδυνη. Η συχνότητα των κενώσεων και ο συνοδός κοιλιακός πόνος μπορεί να επηρεάσουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και να αυξήσουν

τον κίνδυνο εμφάνισης ελλείμματος όγκου υγρών και λύσης της συνέχειας του δέρματος (Lemone& Bruke, 2006).

- Καταγράφεται η συχνότητα, η ποσότητα και το χρώμα των κενώσεων χρησιμοποιώντας ένα ειδικό διάγραμμα. Μετρώνται και καταγράφονται οι υδαρείς κενώσεις ως αποβαλλόμενα υγρά. Η βαρύτητα της διάρροιας αποτελεί ένδειξη της σοβαρότητας της νόσου και βοηθά, στον προσδιορισμό της ανάγκης αναπλήρωσης των απωλειών υγρών.

- Έλεγχος για ύπαρξη μακροσκοπικής αιμορραγίας στα κόπρανα ή για λανθάνουσα απώλεια αίματος, ανάλογα με τις ενδείξεις. Η ύπαρξη σημείων αιμορραγίας, όπως μακροσκοπικά ορατού αίματος στις κενώσεις ή αιματοχесία πρέπει να αναφέρεται. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να απαιτηθεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση

- Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κάθε 4 ώρες. Η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια, και ο πυρετός αποτελούν ένδειξη ύπαρξης ελλείμματος όγκου υγρών.

- Μετράται και καταγράφεται καθημερινά το σωματικό βάρος του ασθενούς. Η ταχεία απώλεια σωματικού βάρους (σε διάστημα ημερών ή μίας εβδομάδας) συνήθως υποδηλώνει απώλεια όγκου υγρών, ενώ η απώλεια βάρους σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών μπορεί να υποδηλώνει υποθρεψία

- Γίνεται αξιολόγηση για άλλες ενδείξεις ελλείμματος όγκου υγρών: ζεστό, ξηρό δέρμα, πτωχή σπαργή δέρματος, ξηροί και σπλιχνοί βλεννογόνοι, αδυναμία, λήθαργος, δίψα. Το μέγεθος της απώλειας του όγκου υγρών από τη διάρροια μπορεί να μην είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτό και ιδιαίτερα όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί την τουαλέτα χωρίς βοήθεια. Οι συστηματικές εκδηλώσεις του ελλείμματος όγκου υγρών μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη του π Ο ασθενής με ελκώδη κολίτιδα είναι δυνατόν να αισθανθεί απογοήτευση λόγω του ότι δεν είναι σε θέση να ελέγξει ή ακόμη και να προβλέψει την αποβολή κοπράνων και ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι σοβαρής μορφής. Η διάρροια μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του να επιτυγχάνει τους στόχους του, να διατηρεί τη θέση του στην εργασία, να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες ή ακόμη και να καλύπτει βασικές ανάγκες όπως η λήψη τροφής, ο ύπνος και η σεξουαλική δραστηριότητα. Ως αποτέλεσμα αυτών, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί διαταραχή της εικόνας του σώματος. Η θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας, είτε πρόκειται για ολική κολεκτομή, ειλεοστομία ή χρόνια

χορήγηση κορτικοστεροειδών, είναι επίσης δυνατόν να προκαλέσει διαταραχή της εικόνας του σώματος προβλήματος (Butcher, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1

Γυναίκα, ετών 34 με ιστορικό Νόσου Crohn, εισάγεται στο Γαστρεντερολογικό τμήμα Γαστρεντερολογικό τμήμα του ΠΓΝΠ με κοιλιακό άλγος και διαρροϊκές κενώσεις. Από το ιατρικό ιστορικό φαίνεται ότι η πρώτη εισαγωγή ήταν τον Μάιο του 2017 λόγω έξαρσης της νόσου που είχε διαγνωσθεί πρόσφατα.

Η ασθενής κατά την εισαγωγή αναφέρει έναρξη κολικοειδούς κοιλιακού άλγους προ 2ημέρου, περιομφαλικά κυρίως, αλλά και με διάχυτη αντανάκλαση στην ευρύτερη περιοχή της κοιλίας. Κατά την ψηλάφηση διαπιστώθηκε μαλακή κοιλία με διάχυτη ευαισθησία. Η ασθενής αναφέρει ψυχολογικές μεταπτώσεις και κακή ψυχολογική κατάσταση για την νέα εισαγωγή της στο νοσοκομείο και αναφέρει έντονο κοιλιακό άλγος. Η ανησυχία της γίνεται εντονότερη λόγω των πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
1. Η ασθενής παρουσιάζει καταβολή/κακή ψυχολογική κατάσταση.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να αντιμετωπιστεί η καταβολή. ✓ Να εφαρμοστεί ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης. ✓ Διατήρηση ελπίδας. ✓ Παροχή πληροφοριών και συμβουλών. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με την ασθενή, με μη επικριτική στάση, επικέντρωση στα συναισθήματα και τις θετικές πλευρές, διατηρώντας μια ρεαλιστική προσέγγιση. ✓ Δόθηκαν πληροφορίες και συμβουλές για την πάθηση της ασθενούς, καθώς και την αντιμετώπισή της. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Η ασθενής δείχνει πιο ευδιάθετη και έχει κατανοήσει πλήρως την πάθησή της, καθώς και τη σημασία ολοκλήρωσης του θεραπευτικού σχήματος.
Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσηλευτικής	Αξιολόγηση

	Σκοπός	Νοσηλευτικής Φροντίδας	Φροντίδας	Νοσηλευτικής Φροντίδας
2. Έντονο κοιλιακό άλγος	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο. ✓ Οριστική απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Τοποθέτηση ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για τη χαλάρωση των μυών ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο. ✓ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. ✓ Ήσυχο περιβάλλον για την ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Η ασθενής τοποθετήθηκε στην θέση που ένιωθε τον λιγότερο δυνατό πόνο. ✓ Χορηγήθηκε άπαξ IV Apotel σε 1 00cc N/S 0.9%. Buscopan iv ✓ Συστάθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο θάλαμο της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Η ασθενής ανακουφίστηκε από το κοιλιακό άλγος.

--	--	--	--	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
3. Διαρροϊκές κενώσεις	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να σταματήσουν οι διαρροϊκές κενώσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας. ✓ Λήψη άφθονων υγρών με αυξημένη συγκέντρωση καλίου και νατρίου για την αποφυγή αφυδάτωσης και προσαρμογή διαιτολογίου κατόπιν εντολής ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χορηγήθηκε Immodium 2mg, 2 tablets ανά 6ωρο. ✓ Προσαρμόστηκε το διαιτολόγιο της σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. ✓ Έλαβε άφθονα υγρά πλούσια σε κάλιο και νάτριο για την πρόληψη αφυδάτωσης. ✓ Έγινε λήψη αίματος για βιοχημικό έλεγχο και τα 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς η διάρροια ύστερα από τη χορήγηση Immodium, ✓ Έγινε η πρόληψη αφυδάτωσης μετά από την λήψη άφθονων υγρών.

		✓ Εργαστηριακός και βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών.	αποτελέσματα ήταν: Νάτριο: 134 mEq/L, Κάλιο: 3mEq/L, Ασβέστιο: 7, Φόσφορος: 4mg/dl, Σίδηρος: 99mg/kg.	
--	--	---	---	--

6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

Ασθενής ηλικίας 38 ετών εισέρχεται στο Γαστρεντερολογικό τμήμα του ΠΓΝΠ με έντονες Διαρροϊκές κενώσεις. Η αρχική εκτίμηση των ιατρών ήταν ελκώδης κολίτιδα ήπιας μορφής, ο ασθενής δεν έλαβε την θεραπευτική του αγωγή λέγοντας ότι δεν θεώρησε σοβαρή τη νόσο. Στην παρούσα φάση με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο συμμορφώθηκε με την φαρμακευτική αγωγή όμως παρουσιάζει έντονο άγχος και δεν θεωρεί το περιβάλλον νοσηλείας ασφαλές.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
1. Διαρροϊκές κενώσεις	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διατήρηση οξεοβασικής ισορροπίας ✓ Πρόληψη αφυδάτωσης 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χορήγηση υγρών ✓ Εκτίμηση κενώσεων ✓ Χορήγηση κατάλληλων τροφών ✓ Παρακολούθηση για σημεία επιδείνωσης ✓ Σχολαστική καθαριότητα 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χορηγούμε υγρά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες ✓ Ελέγχουμε και καταγράφουμε τις κενώσεις στην νοσηλευτική κάρτα και ενημερώνουμε τον γιατρό για την πορεία της ασθενούς ✓ Χορηγούμε μαλακές τροφές (όπως σούπες ,ρύζι και ζελατινώδη επιδόρπια) ✓ Καθαρίζουμε σχολαστικά την περινεϊκή χώρα και σκουπίζουμε καλά 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Με την χορήγηση υγρών αποφεύχθηκε η αφυδάτωση ✓ Με την καταγραφή ελέγχουμε τις κενώσεις ✓ Με την κατάλληλη διατροφή οι διαρροϊκές κενώσεις υποχώρησαν ✓

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
2. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος νοσηλείας	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διαφύλαξη χώρου και ασθενούς από λοιμώξεις στο χώρο της νοσηλείας 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διατήρηση ασθενούς σε αποστειρωμένο χώρο 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εντατική περιποίηση ασθενούς/ προσεκτικός καθαρισμός ✓ Διαρκείς απολύμανση του χώρου νοσηλείας 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ο ασθενής νοσηλεύεται σε υγιείς αποστειρωμένο περιβάλλον

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
3. Καταβολή δυνάμεων	✓ Ανάκτηση δυνάμεων του ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προγραμματισμός προγράμματος ανάπαυσης ✓ Εξασφάλιση επαρκούς χαλάρωσης του ασθενούς ✓ Έλεγχος τροφής 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εφαρμογή συμβουλευτική ς καθοδήγησης για την ορθή ανάπαυση του ασθενούς ✓ Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου στον ασθενή με μείωση των θορύβων και χαμηλό φωτισμό του θαλάμου 	✓ Επανάκτηση δυνάμεων του ασθενούς

			✓ Τήρηση ορθής λήψης τροφής του ασθενούς λαμβάνοντας όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά	
--	--	--	---	--

6.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3

Ασθενής ηλικίας 46 ετών εισέρχεται στο Γαστρεντερολογικό τμήμα του ΠΓΝΠ με έντονο κοιλιακό άλγος. Ο ασθενής πάσχει από νόσο του Crohn. Κατά την εισαγωγή η ασθενής αναφέρει έναρξη κολικοειδούς κοιλιακού άλγους προ μιας ημέρας χωρίς να έχει υποχωρήσει. Προ 2ημέρου, αναφέρει τέσσερις αιματηρές διάρροιες, μικρής ποσότητας. Μετά από τη διεξαγωγή των απαραίτητων εξετάσεων ο θεράπων ιατρός αναφέρει στην ασθενή ότι θα πρέπει να αυξήσει τη δόσης του Infliximab σε διπλάσια ποσότητα. Μετά από μερικές ημέρες νοσηλείας η ασθενής αναφέρει μείωση του άλγους και υποχώρηση συμπτωμάτων αιματηρών κενώσεων.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
1. Έντονο κοιλιακό άλγος .	✓ Ανακούφιση ασθενούς από τα συμπτώματα	✓ Επαναπροσδιορισμός δοσολογία φαρμάκου μετά από ιατρική οδηγία ✓ Επαναπροσδιορισμός της θέσης της ασθενούς	✓ Διπλασιασμός της δόσης του Infliximab μετά από ιατρική οδηγία ✓ Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημπλαγια θέση λόγω του ότι ανέφερε ότι στη θέση αυτή νιώθει λιγότερο πόνο.	Ο πόνος της ασθενούς υποχώρησε

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
2. Ελαφριά πρωκτική αιμορραγία.	✓ Αποκατάσταση πρωκτικής αιμορραγία	✓ Περιποίηση και διακοπή πρωκτικής αιμορραγίας	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Περιποίηση πρωκτού καθαρότητα περιοχής <li style="margin-left: 40px;">✓ Χορήγηση αντιδιαρροϊκών <li style="margin-left: 80px;">✓ ✓ Χορήγηση διάλυματος αναπλήρωσης υγρών (ηλεκτρολυτών): Almora (1/2) 	Υποχώρηση συμπτωμάτων αιματηρών κενώσεων

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
3. Ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα στον ύπνο λόγω οργανικής και ψυχολογικής εξάντλησης του.	✓ Επαναφορά του ύπνου του ασθενούς στις απαιτούμενες ώρες.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προσδιορισμός καταλληλότητας του θαλάμου του ασθενούς ✓ Προσανατολισμός στην ευεξία του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διαμόρφωση του χώρου ώστε να επικρατεί ηρεμία και χαμηλός φωτισμός. ✓ Ενδυνάμωση συναισθηματικής ευεξίας ασθενούς . 	✓ Οι ώρες ύπνου του ασθενούς αποκαταστάθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την ανακάλυψη νέων προσανατολισμένων στο στόχο παραγόντων, θα μπορούσαν να δημιουργηθούν πιο αποτελεσματικές και σχετικά αβλαβείς προσεγγίσεις της θεραπείας για να επιτευχθεί θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η διαχείριση απαιτεί μια πολυεπιστημονική προσέγγιση της ομάδας και οι ειδικευμένοι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτό, παρέχοντας εκπαίδευση, υποστήριξη και υπεράσπιση στους ασθενείς αυτούς.

Η ελκώδης κολίτιδα (UC), η ασθένεια Crohn (CD) και η ασυνήθιστη ασθένεια φλεγμονώδους εντέρου (IBDU), κοινώς γνωστές ως φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD), είναι πολυπαραγοντικές χρόνιες οντότητες επηρεασμένες από γενετικούς, περιβαλλοντικούς και ανοσολογικούς παράγοντες. Παρουσιάζονται ως χρόνια διάρροια με αίμα και βλέννα που χαρακτηρίζονται, στην περίπτωση του UC, από φλεγμονή του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνου, και στην περίπτωση του CD, από διαφραγματική φλεγμονή που μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε μέρος της γαστρεντερικής οδού. Η νόσος του Crohn ανήκει στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου μαζί με την ελκώδη κολίτιδα. Μέχρι και σήμερα δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα τι προκαλεί τη νόσο. Φαίνεται ότι προσβάλλει εξίσου και τα δυο φύλα αλλά παράλληλα να έχει και κληρονομική προδιάθεση. Για την αντιμετώπιση της νόσου δεν υπάρχει οριστική θεραπεία. Σκοπός είναι γίνουν λιγότερες οι παρενέργειες της νόσου για να βελτιστοποιηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από την ασθένεια αυτή. Οι επιπλοκές (οξεία παγκρεατίτιδα πλευροπνευμονική, ινώδης κυψελίτιδα, αποφρακτική βρογχολίτιδα, πηκτροδαχτυλία) που πρόκειται να εμφανιστούν, καθιστούν τον ασθενή αδύναμο να αντιδράσει δημιουργώντας καταστάσεις έντονου άγχους. Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια δια βίου ασθένεια που προκαλεί φλεγμονή και εξέλκωση του κόλον. Τα συμπτώματα της ελκώδους κολίτιδας περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος, διάρροια με αίμα, μετεωρισμό, και κατεπείγοντος χαρακτήρα κόπρανα. Η τρέχουσα πρότυπη θεραπεία για την ήπια έως μέτρια ελκώδη κολίτιδα είναι η χρήση του 5-αμινοσαλικυλικών, με τους ασθενείς που χρειάζονται συνεχή θεραπεία με τη διατήρηση της υφέσεως. Επειδή οι νοσηλευτές του γαστρεντερικού τμήματος συχνά είναι τα βασικά σημεία επαφής για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, είναι σε μοναδική θέση για να λάβουν απλά μέτρα που

θα βελτιώσουν τα ποσοστά τήρησης και έτσι να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα της καθορισμένης θεραπείας.

Η ΙΦΝΕ αποτελεί μια πολύπλοκη κατάσταση νοσηρότητας η οποία υποβάλλει το άτομο σε συνεχείς και πολύπλοκες διαδικασίες, οι οποίες δύνανται να του επιφέρουν σοβαρές αλλαγές στην καθημερινή του πρακτική. Η έναρξη και διάγνωση της νόσου, η αποδοχή και κατανόηση από τον ασθενή, η επιλογή της θεραπείας, οι πιθανές επιπλοκές αλλά και εν τέλει η χρονιότητα της νόσου αποτελούν στο σύνολό τους αλλά και ξεχωριστά η κάθε διαδικασία από μόνη της μια κατάσταση η οποία χρήζει χρόνου και "δυναμικής και θαρραλέας" διαχείρισης, η οποία δοκιμάζει την υπομονή και την επιμονή του κάθε ασθενή και του περιβάλλοντός του.

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ αντιμετωπίζουν συχνά πλείστες επιπλοκών οι οποίες δυσχεραίνουν την προσωπική και καθημερινή πρακτική τους. Χρήζουν δε διευρυμένης / διεπιστημονικής αντιμετώπισης και οι νέες βελτιωμένες τεχνικές και μέσα αντιμετώπισης που διαθέτουν οι δομές υγείας μπορούν να βελτιώσουν την αποθεραπεία και να δώσουν μικρότερες πιθανότητες αναπηρικών επιπλοκών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmad T, Satsangi J, McGovern D, (2001) Review article: the genetics of inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 15(6):731-48.

Bernstein C, Blanchard F, Rawsthorne P, (1999) Epidemiology of Crohn' s Disease and ulcerative colitis in a central Canadian province: a population-study. *Am J Epidemiol*, 149:916.

Binder V. (1998) Genetic epidemiology in inflammatory bowel disease. *Dig Dis Nov-Dec* 16(6):351

Butcher, G. (2008). Γαστρεντερολογία Έγχρωμο Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κολιός, Γ.). Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου.

Classen, M., Diehl, V., Kochsiek, K. (2009). Εσωτερική Παθολογία & Διαφορική Διαγνωστική. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Γιωτάκη, Ε., Δημητριάδης, Γ., Διαμάντη –Κανδαράκη, Ε., Ελευσινιώτης, Ι., Κίτρου, Μ., Κώτσιου, Σ., Μαυρογιάννης, Χ., Μπαλτόπουλος, Γ., Μυριανθεύς, Π., Πεκτασίδης, Δ., Σαράφης, Π., Τσιρώνη, Μ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Dewit, S. (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική. Τόμος II. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού, Αι., & Λεμονίδου, Χ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. (2001) The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gut* 48:526 –535.

Felekis T, Katsanos K, Kitsanou M, (2009) Spectrum and frequency of ophthalmologic manifestations in patients with inflammatory bowel disease: a prospective single-center study. *Inflamm Bowel Dis.* 15:29–34.

Fritsch, H., & Kuhnel, W. (2009). Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομίας. Τόμος II (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Δημητρίου, Θ., Θαλασσινός, Ν., Καναβάρος, Π., Μανώλης, Ε., Νάτσης, Κ., Παπαδήτριου, Ε.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Hansen, J., & Koerppen, B. (2002). Φυσιολογία του ανθρώπου Άτλας Βασικών Ιατρικών Επιστημών. Τόμος III. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Κοτσιφάκη, Ε., Κουτσιλιέρης, Μ., Κάμπερ, Ε., Λυμπέρη, Μ., Μπεχράκης, Π., Τσιμπουκίδου, Λ., Παπαφίλης, Α., Τσακίρης, Στ., Αγγελολιάννη, Π., Δελικωνσταντίνου, Γ., Κονσούλας, Χ., Πογιατζή, Α.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Ignatavicius, D., & Workman, L. (2008). Παθολογική –Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα. Τόμος II. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Βασιλειάδου, Α.). Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Jess T, Gomborg M, Matzen P, (2005) Increased risk of intestinal cancer in Crohn's disease: a meta-analysis of population-based cohort studies. *Am J Gastroenterol*, 100:2724–2729.

Karlinger K, Györke T, Makö E, (2000) The Epidemiology And The Pathogenesis Of Inflammatory Bowel Disease. *Eur J Radiol* 35: 154–167

Katsanos A, Asproudis I, Katsanos KH, (2013) Orbital and optic nerve complications of inflammatory bowel disease. *J Crohn'ss Colitis*. 7:683–693.

Keshav, S. (2009). Το Γαστρεντερικό σύστημα με μια Ματιά.(Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Σουγιουλτζής, Σ.). Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου.

Loftus EV. (2004) Clinical Epidemiology Of Inflammatory Bowel Disease: Incidence, Prevalence, And Environmental Influences. *Gastroenterology* 126: 1504–1517.

Magro F, Rodrigues A, Vieira AI, (2012). Review of the disease course among adult ulcerative colitis population-based longitudinal cohorts. *Inflamm Bowel Dis*. 18:573–83.

Moser G. (2009) Depression and anxiety in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* 32(Suppl. 2): 9–12.

Mosli M, Al Beshir M, Al-Judaibi B, (2014) Advances in the Diagnosis and Management of Inflammatory Bowel Disease: Challenges and Uncertainties. *Saudi Journal of Gastroenterology: Official Journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 20(2), 81–101.

Odes HS, Locker C, Neuman L, (1994) Epidemiology of Crohn's disease in Southern Israel. *Am J Gastroenterol* 89:1859-1862.

Risch N. Dissecting Racial And Ethnic Differences. *N Engl J Med* 2006;354: 408–411.

Sainsbury A, Heatley RV. (2005) Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 21(5):499-508