



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ & Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:

Βασιλοπούλου Ελένη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
SUMMARY	3
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	6
3.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	7
Α΄ ΜΕΡΟΣ	9
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ	9
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	11
2.1 Πέψη και Απορρόφηση	11
2.2 Κινητικότητα	13
2.3 Αφόδευση	13
3. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	14
4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	15
5.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	15
5.1 Ελκώδη κολίτιδα και κύηση	17
5.2 Ελκώδη κολίτιδα στα παιδιά	18
6.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	19
7.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21
8.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	21
9.ΠΡΟΓΝΩΣΗ	22
10.ΠΡΟΛΗΨΗ	23
11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ	24
11.1 Συντηρητική Θεραπεία	25
11.2 Χειρουργική Θεραπεία	27
12.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	28
Β΄ ΜΕΡΟΣ	31
1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	31
2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	33
3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	37
4.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	41
Γ΄ ΜΕΡΟΣ	43
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	43
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στην ελκώδη κολίτιδα που ανήκει στα Ι.Φ.Ν.Ε. Είναι μια χρόνια νόσος που προσβάλλει τον βλεννογόνο και υποβλεννογόνιο χιτώνα του ορθού και του κόλου του παχέος εντέρου, με άγνωστη αιτιολογία. Ο κάθε νοσηλευτής δημιουργεί ένα νοσηλευτικό πλάνο με βάση τις ανάγκες του ασθενή του προκειμένου να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του, ανεξάρτητα με το στάδιο της νόσου.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία σκοπός είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών για την πορεία της νόσου.

Υλικό και Μέθοδος: Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pub Med. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία διετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Για την εύρεση των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως: ελκώδης κολίτιδα, διατροφή, κάπνισμα, νόσο Crohn, νοσηλευτική παρέμβαση.

Αποτελέσματα: Τα συμπτώματα της νόσου επιδράνε στην ποιότητα της ζωής των ασθενών και παρατηρούνται αλλαγές τόσο σωματικές όσο και συναισθηματικές-ψυχολογικές.

Συμπεράσματα: Σπουδαίο ρόλο στην ζωή των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα έχουν οι νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι στο να εκπαιδεύσουν τον ασθενή και να τον προετοιμάσουν για τις διάφορες αλλαγές που θα έχει να αντιμετωπίσει στον τρόπο ζωής του. Επίσης εκτός από την εκπαίδευση ασκούν και ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς τους.

Λέξεις ευρετηρίου: ελκώδης κολίτιδα, διατροφή, νόσο Crohn , κάπνισμα, νοσηλευτική παρέμβαση.

SUMMARY

This paper refers to ulcerative colitis belonging to the I.B.D. It is a chronic disease that affects the mucosa and hypovlenogenic tunic of the rectum and colon, with unknown etiology. Each nurse creates a nursing plan based on the needs of his patient in order to improve his quality of life, regardless of the stage of the disease.

Purpose: In this paper the aim is to inform and raise awareness among nurses about the course of the disease.

Material and Method: For the purposes of the research, a review was carried out in the pub med online database. The study material consisted of selected articles published primarily in the last two years and the material was collected following a detailed study of the relevant literature. Key words such as: ulcerative colitis, diet, smoking, disease Crohn's, nursing intervention were used to find the articles.

Results: Symptoms of the disease affect the quality of life of patients and changes are observed both physical and emotional-psychological.

Conclusions: Nurses have an important role in the lives of patients with ulcerative colitis. Nurses are responsible for educating the patient and preparing him for the various changes he will face in his lifestyle. In addition to training, they also provide psychological support to their patients.

Keys words: ulcerative colitis, diet, smoking, disease Crohn's, nursing intervention.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (Ι.Φ.Ν.Ε) περιλαμβάνονται δύο ασθένειες, η ελκώδης κολίτιδα (UC) και η νόσος του Crohn (CD). Οι ασθένειες αυτές προκαλούν χρόνιες ειδικές φλεγμονές, η ελκώδης κολίτιδα στο παχύ έντερο ενώ η νόσος του Crohn σε όλο το πεπτικό σύστημα (Yadav et al., 2016).

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μία φλεγμονώδης νόσος κατά την οποία το άτομο χάνει τον έλεγχο ορισμένων λειτουργιών του φυσικού του σώματος και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα σοβαρές κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως στην ανάπτυξη της νόσου παίζουν ρόλο διάφοροι λοιμώδεις παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής του ατόμου και μπορεί να προδιαθέτουν την εμφάνιση ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Η ελκώδης κολίτιδα είναι από τα συχνότερα αυτοάνοσα νοσήματα και το όργανο το οποίο υφίσταται βλάβη στην ασθένεια αυτή είναι το παχύ έντερο (Lemone & Burke, 2006).

Οι βλάβες ξεκινούν από το ορθό και φτάνουν μέχρι τα κοντινότερα τμήματα του παχέος εντέρου και η ελκώδης κολίτιδα εκδηλώνεται στην περιφερική μοίρα του παχέος εντέρου. Στην περίπτωση που υπάρχει γενετική προδιάθεση το πιο πιθανό είναι να οφείλεται σε εξωγενείς παράγοντες παρόλα αυτά μπορούν να παρατηρηθούν αιματηρές διάρροιες και κοιλιακά άλγη στο αριστερό λαγόνιο λοβό (Classen et al., 2009).

Την πιο συνηθισμένη μορφή της νόσου αποτελεί η χρόνια διαλείπουσα κολίτιδα καθώς η εμφάνιση της είναι ύπουλη και προσβάλλεται μόνο το περιφερικό τμήμα του παχέος εντέρου χωρίς να υπάρχουν συστηματικές εκδηλώσεις της νόσου. Στην κεραυνοβόλο μορφή κολίτιδας προσβάλλεται ολόκληρο το παχύ έντερο και παρατηρείται σε ποσοστό 15% των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα και εμφανίζονται συμπτώματα όπως σοβαρή αιμορραγική διάρροια, πυρετός και οξύς κοιλιακός πόνος. Τα Ι.Φ.Ν.Ε δεν μεταδίδονται από άτομο σε άτομο όμως υπάρχει γενετική προδιάθεση κληρονομικότητας και 10-30% των ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε έχουν συγγενείς που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ελκώδους κολίτιδας και αυτό οφείλεται στο πόσο μεγάλο τμήμα του παχέος εντέρου νοσεί, όσο πιο μικρό τμήμα του παχέος εντέρου τόσο πιο λίγα είναι τα συμπτώματα και πιο ελαφριά η μορφή της κολίτιδας. Με το πέρασμα του χρόνου μπορεί ή να προχωρήσει από ένα μικρό τμήμα σε όλο το έντερο ή στην καλύτερη περίπτωση να υποχωρήσει από όλο το έντερο σε ένα μικρότερο τμήμα του. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων παρουσιάζει περιορισμένη μορφή ελκώδους κολίτιδας, δηλαδή ορθίτιδα ή ορθοσιγμοειδίτιδα.

Επιπλέον περιβαλλοντικοί παράγοντες σχετίζονται με Ι.Φ.Ν.Ε, όπως η διαβίωση σε αναπτυγμένες χώρες, υψηλό κοινωνικό εισόδημα και κάπνισμα (Lemone & Burke, 2006).

Η ιδιοπαθής ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει άνδρες και γυναίκες κυρίως νέας ή μέσης ηλικίας χωρίς να παρουσιάζει κάποια σταθερότητα στον χρόνο ή στην ένταση των συμπτωμάτων με αποτέλεσμα να αιφνιδιάζει (Ο' Connor et al., 2014).

Με την έναρξη της νόσου τα άτομα επηρεάζονται όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχολογικά περιορίζοντας τη λειτουργικότητα τους, τις κοινωνικές και προσωπικές τους σχέσεις αλλά και την επαγγελματική τους εξέλιξη (Nettleton, 2002).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ζωή ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα είναι πολύ σημαντικός καθώς πέρα από την προετοιμασία του ασθενή για τις διαγνωστικές εξετάσεις, τη χορήγηση των φαρμάκων και την εκπαίδευσή του σχετικά με το πως και πότε πρέπει να λαμβάνει την φαρμακευτική του αγωγή ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή του να ελέγχει το άγχος του και να το μειώσει (Βιβλιακή και συν, 2015).

2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μέσα από αναφορές ιατρών σχετικά με τη χρόνια διάρροια έγιναν οι πρώτες περιγραφές της ελκώδους κολίτιδας στην ελληνική αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) ήταν ένας από αυτούς που συζητούσαν τις πιθανές αιτίες της διάρροιας. Αργότερα ο Francois- Joseph- Victor Broussais και ο John Brown θεωρούσαν πως όλες οι ασθένειες οφείλονταν στη φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα. Το 19^ο αιώνα εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο η χολέρα παρόλα αυτά δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στις μεταδοτικές αιτίες της διάρροιας (Mulder et al., 2014).

Το 1859 αναφέρθηκε για πρώτη φορά ο όρος ελκώδη κολίτιδα από τον Sir Samuel Wilks μιας και ήθελε να περιγράψει τα ευρήματα μιας γυναίκας 42 ετών η οποία πέθανε από φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Επίσης την ρωμαϊκή εποχή οι διάφορες μορφές μη μολυσματικής διάρροιας γράφτηκαν στη βιβλιογραφία από ιατρούς, όπως ο Αρεταίος και Soranus οι οποίοι κατέγραψαν ότι ο νεαρός διάδοχος του θρόνου, ο πρίγκιπας Κάρολος το 1745 έπασχε από ελκώδη κολίτιδα και θεραπεύτηκε με δίαιτα χωρίς γάλα. Ο γενικός χειρουργός του στρατού, ο οποίος κατέγραφε το ιατρικό ιστορικό του αμερικανικού εμφύλιου πολέμου, λίγα χρόνια μετά τον Wilks, αναφέρεται στην «ελκώδη κολίτιδα» μαζί με την παρουσίαση φωτογραφικού υλικού που φανέρωναν τα ιστολογικά ευρήματα. Τα παθολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά της ασθένειας παρακολουθούσαν στενά μετά από αυτές τις πρωτοεμφανιζόμενες περιγραφές ιδιαίτερα από τους Wilks και Moxon (1875), Allchin (1885) και Hale-White (1888). Μέχρι το 1909 η ελκώδη κολίτιδα έγινε ευρέως αναγνωρίσιμη, όπου σε συμπόσιο των παθολόγων του Ηνωμένου Βασιλείου εμφανίστηκαν τουλάχιστον 300 ασθενείς με όμοια ευρήματα με αυτά που περιέγραφαν στα διάφορα νοσοκομεία του Λονδίνου, από τότε η ασθένεια αυξάνεται σταθερά (Classen et al., 2009).

Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες η ελκώδη κολίτιδα αυξήθηκε αρκετά τις τελευταίες δεκαετίες. Το 1977 μέχρι και το 1985 στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Θεραπευτηρίου του «Ευαγγελισμού» έγινε μελέτη ενός αρκετά μεγάλου αριθμού ασθενών που έπασχαν με ελκώδη κολίτιδα. Τα τελευταία 30 χρόνια στην Ελλάδα έχουν γίνει πολλές μελέτες για την κλινική εκτίμηση της νόσου και σε πολλά νοσοκομεία έχουν καταλήξει σε έγκυρα συμπεράσματα για το πως συμπεριφέρεται η νόσος στη χώρα μας (Μανούσος, 2004).

3.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το 25% των ασθενών με Ι.Φ.Ν.Ε διαγιγνώσκονται κατά τις πρώτες δεκαετίες της ζωής τους και οι περισσότεροι διαγιγνώσκονται στη παιδική ηλικία 13-18 ετών. Η συχνότητα εμφάνισης Ι.Φ.Ν.Ε αυξάνεται στην εφηβεία με υψηλότερη ετήσια συχνότητα εμφάνισης των νοσημάτων αυτών στην Ευρώπη. Πιο αναλυτικά στην Ευρώπη ήταν 24,3 ανά 100.000 άτομα, στη Βόρεια Αμερική ήταν 19,2 ανά 100.000 και στην Ασία και στην Μέση Ανατολή ήταν 6,3 ανά 100.000 άτομα για ελκώδη κολίτιδα. Ο υψηλότερος επιπολασμός ελκώδους κολίτιδας ήταν στην Ευρώπη και στη Βόρεια Ευρώπη με 322 ανά 100.000 άτομα και 319 ανά 100.000 άτομα αντίστοιχα. Η επίπτωση και ο επιπολασμός της ελκώδους κολίτιδας εξετάστηκαν σε διάφορες περιοχές και με την πάροδο του χρόνου τα αποτελέσματα φανέρωσαν πως ο επιπολασμός των Ι.Φ.Ν.Ε ήταν υψηλότερος στις δυτικές χώρες, κυρίως στη Βόρεια Ευρώπη και στον Καναδά. Επιπρόσθετα ο επιπολασμός και η συχνότητα των Ι.Φ.Ν.Ε της Ασίας του Ειρηνικού φανέρωσε πως η συνολική επίπτωση ήταν 0.76 ανά 100.000 άτομα και 7,3 ανά 100.000 στην Αυστραλία για ελκώδη κολίτιδα. Στην Ασία η υψηλότερη επίπτωση εντοπίστηκε στην Κίνα με 3,4 ανά 100.000 άτομα (Burisch & Munkholm, 2015).

Στη Βόρεια Αμερική και στη Δυτική Ευρώπη η εμφάνιση της νόσου είναι συχνή αν και η αιτία ανάπτυξής της ελκώδους κολίτιδας δεν έχει βρεθεί, περίπου 1,2-20,3 επιπτώσεις ανά 100.000 άτομα τον χρόνο. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν όχι μόνο περιβαλλοντικοί αλλά και γενετικοί παράγοντες που πυροδοτούν την εμφάνισή της. Οι παράγοντες αυτοί έχουν την ικανότητα να αλλοιώσουν τη χλωρίδα του εντέρου και να προκαλέσουν δυσλειτουργία στον βλεννογόνο έχοντας έτσι την εμφάνιση της ελκώδους κολίτιδας (Farraye et al., 2019).

Η συχνότητα εμφάνισης Ι.Φ.Ν.Ε στα παιδιά αυξάνεται παγκοσμίως και τη μεγαλύτερη συχνότητα παιδιατρικών ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου έχουν η Βόρεια Αμερική και η Ευρώπη. Τα νοσήματα αυτά σε εφήβους και παιδιά αποτελούν το 30% των συνολικών νοσημάτων ενώ η συχνότητα εμφάνισης των νοσημάτων αυτών σε μία πόλη των ΗΠΑ ήταν 5 ανά 100.000 μέχρι 11 ανά 100.000 παιδιά, 4,56 ανά 100.000 για νόσο του Crohn και 2,15 ανά 100.000 για ελκώδη κολίτιδα μιας και η νόσο του Crohn υπερσχύει της ελκώδους κολίτιδας στα παιδιά (Burisch & Munkholm, 2015).

Επίσης, η κληρονομικότητα παίζει σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση της νόσου καθώς υπάρχουν αρκετές πιθανότητες στο να παρουσιάσει το άτομο αυτή τη νόσο, όταν στην οικογένεια του κάποιος πάσχει ήδη από ελκώδη κολίτιδα. Στην περίπτωση δηλαδή που και οι δύο γονείς ενός παιδιού πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα τότε το παιδί έχει πολλές πιθανότητες να νοσήσει από ότι ένα παιδί του οποίου και οι δύο του γονείς είναι υγιείς (Collins et al., 2017).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ANATOMIA

Το παχύ έντερο αρχίζει από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό. Έχει μήκος 1,5μ. και παίζει σημαντικό ρόλο στην ολοκλήρωση της πέψης καθώς και στον σχηματισμό των κοπράνων. Επίσης αποτελείται από τις μικρότερες μοίρες που είναι το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον και το απευθυσμένο. Το παχύ έντερο φέρει ορισμένα εξωτερικά γνωρίσματα τα οποία είναι: οι κοιλιακές ταινίες, οι οποίες ξεκινούν από την βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης, στο σιγμοειδές γίνονται δύο και στο απευθυσμένο εξαφανίζονται. Τα εκκολπώματα, τα οποία δημιουργούνται από τις κοιλιακές ταινίες και χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλοτερείς περισφίξεις και οι επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες είναι λιπώδεις προεκβολές του περιτοναίου, βρίσκονται κατά μήκος των κοιλιακών ταινιών και ελλείπουν στο τυφλό και στο απευθυσμένο. Επιπλέον φέρει και ορισμένα εσωτερικά γνωρίσματα τα οποία είναι: οι μηνοειδείς πτυχές, που δημιουργούνται από τις κοιλιακές ταινίες και από εγκάρσιες αυλακώσεις και οι κολικές κυψέλες, που είναι τα κοιλώματα που σχηματίζουν οι μηνοειδείς πτυχές και αντιστοιχούν εξωτερικά στα εκκολπώματα (Χατζημπούγιας, 2007).

Το παχύ έντερο αποτελείται από τέσσερις χιτώνες, τον ορογόνο χιτώνα, τον μυϊκό χιτώνα (ο οποίος αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες), τον υποβλεννογόνο χιτώνα και τον βλεννογόνο χιτώνα. Με την ενέργεια του μυϊκού χιτώνα επιτυγχάνονται οι περισταλτικές και οι αντιπερισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου, ο υποβλεννογόνιος περιβάλλεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου και ο βλεννογόνος αποτελείται από μονόστιχο κυλινδρικό επιθήλιο, από μονήρη λεμφοζίδια και από αδένες όμοιους με αυτούς του λεπτού εντέρου (Erdogan & Yeh, 2020).

Το τυφλό και η σκωληκοειδή απόφυση αποτελούν την πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου, βρίσκονται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και έχουν μήκος 6,5 εκ. Επίσης καλύπτονται από το περιτόναιο και έχουν εκκολπώματα και κολικές ταινίες. Εξωτερικά εμφανίζουν κολικές κυψέλες, μηνοειδείς πτυχές και το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Η σκωληκοειδή απόφυση είναι μία εμβρυολογική συνέχεια του τυφλού έχει βάση, σώμα, κορυφή, περιβάλλεται από περιτόναιο και είναι ευκίνητη. Έχει μήκος 7-9 εκ. ενώ η θέση της διαφέρει από άτομο σε άτομο παρόλα αυτά η πιο συνηθισμένη θέση της είναι η λαγονοπυελική. Ακόμα αποτελείται από τους ίδιους χιτώνες με τους

οποίου αποτελείται και το υπόλοιπο έντερο και ο βλεννογόνος της έχει πολλά λεμφοζίδια για αυτόν τον λόγο θεωρείτε χρήσιμο λεμφοκυττογόνο όργανο (Χατζημπούγιας, 2007).

Το κόλον αποτελεί την δεύτερη μοίρα του παχέος εντέρου και διακρίνεται σε: ανιόν κόλον, εγκάρσιο κόλον, κατιόν κόλον και σιγμοειδές. Το ανιόν κόλον αρχίζει από το τυφλό, φέρεται προς τα πάνω μέχρι τον δεξιό λοβό του ήπατος και αφού ανακάμψει αριστερά μεταπίπτει στο εγκάρσιο κόλον σχηματίζοντας την δεξιά κολική καμπή. Στα πλάγια και μπροστά καλύπτεται από περιτόναιο και εμφανίζει τρεις κολικές ταινίες και δύο στίχους επιπλοκών απόφυσης. Το εγκάρσιο κόλον αρχίζει από την δεξιά κολική καμπή και στο κάτω άκρο του σπλήνα ακουμπά στο κατιόν κόλον σχηματίζοντας έτσι την αριστερή κολική καμπή. Επιπλέον είναι ευκίνητο, περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μια πτυχή του περιτοναίου, το εγκάρσιο μεσόκολο. Έχει τρεις κολικές ταινίες και ένα στίχο επιπλοϊκών αποφύσεων ενώ η αριστερή κολική καμπή είναι σταθερή μιας και συγκρατείται από το φρενοκολικό σύνδεσμο. Το κατιόν κόλον αρχίζει από την αριστερή κολική καμπή προς τα κάτω στο ύψος της λαγόνιας ακρολοφίας, περιγράφει τόξο και εισέρχεται στην ελάσσον πύελο και μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλον. Έχει τρεις κολικές ταινίες και δύο στίχους επιπλοϊκών αποφύσεων και καλύπτεται πλάγια και μπροστά από περιτόναιο. Το σιγμοειδές βρίσκεται ανάμεσα της ουροδόχου κύστης και της μήτρας στις γυναίκες και μεταξύ της ουροδόχους κύστης και του απευθυσμένου στους άντρες. Περιβάλλεται από περιτόναιο παντού και κρέμεται από πτυχή του περιτοναίου, το μεσοσιγμοειδές (Χατζημπούγιας, 2007).

Το ορθό είναι το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, φτάνει μέχρι το αιμορροϊδικό δακτύλιο και εμφανίζει δύο μοίρες, την ενδοπυελική και την περινεϊκή. Έχει μήκος 15 εκ. και ακουμπά στο περίνεο, στο περιτόναιο (καλύπτει το ορθό στα δύο τρίτα του από μπροστά και πλάγια) και στην περιτονία του απευθυσμένου (περιβάλλει το ορθό σαν έλυτρο στο κάτω τριτημόριο του προς τα πίσω και άνω). Η ενδοπυελική μοίρα έχει μήκος 12 εκ., έχει κυλινδρικό σχήμα και πλαταίνει προς το τέλος της, σχηματίζει την κοπροδόχο λήκυθο στην οποία βρίσκονται τα κόπρανα και τα αέρια πριν την αφόδευση. Από την άλλη η περινεϊκή μοίρα ή πρωκτός έχει μήκους 2-3 εκ., και εσωτερικά φέρει οκτώ με δέκα επιμήκεις βλεννογόνιες πτυχές. Ανάμεσα αυτών των στηλών αναπτύσσονται αύλακες που μεταπίπτουν σε πρωκτικούς κόλπους από όπου αρχίζει το αιμορροϊδικό πλέγμα. Στο αιμορροϊδικό δάκτυλο τελειώνει ο πρωκτός που είναι ένα έπαρμα του βλεννογόνου, με υπόστρωμα τον έσω σφιγκτήρα μυ του πρωκτού

και έξω από αυτόν τον ανελκτήρα και τον έξω σφιγκτήρα. Στο βάθος της μεσογλουτιαίας πτυχής βρίσκεται ο δακτύλιος του πρωκτού ο οποίος αποτελείται από τον αιμορροϊδικό δακτύλιο και μια κατάδυση του δέρματος, πλούσια σε αδένες και μελανινοφόρα κύτταρα (Χατζημπούγιας, 2007).

2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Κάθε άνθρωπος για να καλύψει τις ανάγκες του χρειάζεται ενέργεια, για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η πρόσληψη της τροφής και η απορρόφηση της από το έντερο. Μία από τις βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι η απορρόφηση του ύδατος και των ιόντων. Η απορρόφηση του ύδατος και των ιόντων βοηθά στο να φτάσουν 1500ml χυμού ημερησίως στο παχύ έντερο. Η διάσπαση της τροφής ολοκληρώνεται στο λεπτό έντερο διαμέσου των ενζύμων από το πάγκρεας και τους βλεννογόνους του λεπτού εντέρου. Για την πέψη του λίπους είναι απαραίτητα επιπλέον χολικά άλατα που παρέχονται από την χολή και τα προϊόντα της πέψης, όπως και ύδωρ, ανόργανες ουσίες και βιταμίνες απορροφώνται στο λεπτό έντερο. Από εκεί μαζί με την χολή, η οποία εκκρίνεται από το ήπαρ, φτάνουν στα κόπρανα. Η κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η αποθήκευση των κοπράνων πριν από την αποβολή τους με την αφόδευση στο εξωτερικό περιβάλλον. Το παχύ έντερο έχει θέσεις αποθήκευσης των κοπράνων ώστε η αφόδευση να γίνεται σπανιότερα σε σχέση με την συχνή λήψη της τροφής (McGeown, 2009).

2.1 Πέψη και Απορρόφηση

Με τον όρο πέψη εννοούμε την διαδικασία στην οποία διασπώνται τα σύνθετα μόρια τροφής σε απλούστερα στοιχεία με σκοπό να απορροφηθούν από το έντερο και να μεταβολιστούν με σωστό τρόπο στο σώμα. Η πέψη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εκκρίσεις που γίνονται στο γαστρεντερικό σωλήνα και σχετίζονται με τα υπόλοιπα όργανα. Στα τοιχώματα του εντέρου υπάρχουν εξωκρινείς αδένες οι οποίοι εκκρίνουν στον αυλό 7-8 λίτρα σε καθημερινή βάση (Sherwood, 2016).

Με την απορρόφηση μεταφέρονται τα προϊόντα της πέψης παρέα με βιταμίνες, μέταλλα και νερό μέσω του αυλού στο αίμα. Αυτό συμβαίνει στο λεπτό έντερο καθώς διαθέτει μεγάλη επιφάνεια απορρόφησης και περιλαμβάνει εξειδικευμένα συστήματα μεταφοράς (McGeown, 2009).

Τα σημαντικότερα στοιχεία για την διαδικασία της πέψης είναι τα ένζυμα τα οποία μετατρέπουν τα πολύπλοκα και πολυμερή συστατικά των τροφών σε μονομερή και αυτό το κάνουν υπό φυσιολογικές συνθήκες ώστε να απορροφώνται εύκολα από τον σωλήνα της πέψης (Keshav, 2010).

Η ενζυμική πέψη αρχίζει στο στόμα με τη σιαλική αμυλάση η οποία διασπά το άμυλο σε σάκχαρα. Το γαστρικό οξύ αναστέλλει την ενεργητικότητα της αμυλάσης και ενεργοποιεί το γαστρικό πεψινογόνο με αποτέλεσμα την παραγωγή πεψίνης ξεκινώντας έτσι η πέψη των πρωτεϊνών. Ένα αρκετά μεγάλο μέρος των ενζύμων υποβοηθάται από την πέψη στο δωδεκαδάκτυλο και τη νήστιδα όπου τα ένζυμα που υπάρχουν στο λεπτό έντερο και στο πάγκρεας λαμβάνουν δράση στο αλκαλικό περιβάλλον. Η ιδιότητα του παγκρέατος είναι να παράγει αρκετά μεγάλες ποσότητες και ποικιλίες πεπτικών ενζύμων, όπως λιπάσες, αμυλάσες, νουκλεάσες και πρωτεϊνάσες. Τα πεπτικά ένζυμα μπορούν να καταστρέψουν κάποια από τα συστατικά των κυττάρων, για να μην έχουμε λοιπόν το φαινόμενο της αυτοπεψίας γίνεται σύνθεση ανενεργών ενζύμων τα οποία στην πορεία ενεργοποιούνται μέσω της πρωτεολυτικής διασπάσεως από άλλα ένζυμα (Keshav, 2010).

Η πέψη των ενζύμων είναι το τελευταίο στάδιο όπου και εισέρχονται τα κύτταρα των εντέρων. Οι δισακχαρίτες και οι πεπτιδάσες διασπούν τα σάκχαρα και τα πεπτίδια τα οποία προέρχονται από τη διαδικασία της πέψης στον εντερικό αυλό μετατρέποντάς τα σε μονομερή ή ολιγομερή για να απορροφηθούν. Στην συνέχεια ανάλογα με τη λειτουργικότητα και την έκταση της απορροφητικής επιφάνειας γίνεται η απορρόφηση της τροφής, η κύρια απορροφητική επιφάνεια είναι το λεπτό έντερο (Keshav, 2010).

Η κύρια λειτουργία της απορρόφησης του παχέος εντέρου αφορά τη μετακίνηση του νερού από τον αυλό προς την κυκλοφορία αίματος αλλά και τη μεταφορά του νατρίου. Ένα αρκετά μεγάλο μέρος από το νερό χρησιμοποιείται όταν τα κόπρανα μείνουν για μεγάλο διάστημα που αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την σκλήρυνση τους. Στην περίπτωση αυτή η μεταφορά καλίου από το αίμα στον αυλό είναι εμφανής. Μείωση αποθεμάτων καλίου στον οργανισμό έχουμε με την αποβολή μεγάλων ποσοτήτων υγρών μαζί με κόπρανα και μετακίνηση όξινων ανθρακικών ιόντων προς τον αυλό έχουμε στις περιπτώσεις παρατεταμένης διάρροιας πράγμα που φέρει αυξημένη οξύτητα στο αίμα (Sherwood, 2016).

Όσον αφορά το στάδιο της νηστείας όταν η απορρόφηση έχει ολοκληρωθεί δημιουργούνται προωθητικά περιπλανώμενα κινητικά συμπλέγματα πιο ισχυρά. Αυτό

βοηθά στην προώθηση του εντερικού υπολείμματος προς το παχύ έντερο μέσω ειλεοτυφλικής βαλβίδας, η πρόληψη τροφής αναστέλλει την διαδικασία αυτή λόγω του ότι αναπτύσσονται συστολές κατάτμησης (Guyton, 2004).

2.2 Κινητικότητα

Φυσιολογικά το παχύ έντερο παρουσιάζει μια χαμηλή συχνότητα κινήσεων κατάτμησης. Το παχύ έντερο θα παρουσιάσει 3-4 φορές την ημέρα μαζική κίνηση, η οποία είναι μία συγχρονισμένη – παρακείμενη σύσπαση του κυκλοτερούς μυός. Αυτό γίνεται αρκετά συχνά αμέσως μετά το γεύμα, λόγω έκκρισης του γαστροκολικού αντανακλαστικού. Οι μαζικές κινήσεις μετακινούν προς το ορθό το εντερικό περιεχόμενο το οποίο όταν διατείνεται ελκύει το αντανακλαστικό της αφόδευσης. Τα σωματικά νεύρα προς το γραμμωτό μυ του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού επιτρέπουν την χάλαση του καθώς αναστέλλονται. Η διάταξη του ορθού ενημερώνει για την πίεση της αφόδευσης και αυτό μας επιτρέπει να έχουμε τον έλεγχο κατά την αφόδευση. Όταν είναι επιτρεπτό ο έξω σφιγκτήρας χαλαρώνει και γίνεται η κένωση η οποία υποβοηθείται με την σύσπαση των κοιλιακών μυών και του διαφράγματος μιας και αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση (Guyton, 2004).

Πιο αναλυτικά, γίνονται αντιληπτές μικρές αλλά συνεχόμενες συσπάσεις στο εγκάρσιο κόλον, στο σιγμοειδές και στο κατιόν κόλον προωθώντας το εντερικό περιεχόμενο προς την επιφάνεια. Υπάρχουν κάποια δεμάτια κινητικότητας τα οποία καθυστερούν την διόδου του εντερικού περιεχομένου με σκοπό να γίνει σωστά η ανταλλαγή των ηλεκτρολυτών και η απορρόφηση του νερού. Τα δεμάτια αυτά βασίζονται στην δραστηριότητα και στην εξώθηση του εντερικού περιεχομένου. Οι συσπάσεις στο εγκάρσιο κόλον κατευθύνονται στα περιφερικά σε μεγάλη απόσταση και με αρκετά μεγάλη ταχύτητα προκαλώντας μαζικές περισταλτικές κινήσεις με αποτέλεσμα την εξώθηση του περιεχομένου στο σιγμοειδές, στο ορθό και στον πρωκτό, όπου και γίνεται η αφόδευση (Sherwood, 2016).

2.3 Αφόδευση

Οι λείες μυϊκές ίνες του ορθού συσπώνται και ο έσω πρωκτικός σφιγκτήρας παρουσιάζει χάλαση καθώς το ορθό γεμίζει από κόπρανα. Ο έξω πρωκτικός σφιγκτήρας, ο οποίος νευρώνεται από το σωματικό αιδοϊκό νεύρο, παραμένει ακόμη σε τονική σύσπαση για τον λόγο αυτό η αφόδευση μπορεί να μην συμβεί στην φάση αυτή (Constanzo, 2006).

Η συσσώρευση των κοπράνων μέσα στο ορθό αυξάνει την τάση του τοιχώματος προκαλώντας την ανάγκη για αφόδευση, ο οποίος στην συνέχεια οδηγεί σε αντανεκλαστική χάλαση του έσω σφιγκτήρα και σύσπαση του έξω σφιγκτήρα φέρνοντας σε επαφή το περιεχόμενο του ορθού με τον πρωκτό. Οι λείες μυϊκές ίνες του ορθού συσπώνται με σκοπό να αυξηθεί η ενδοαυλική πίεση και μέσω του πρωκτικού σωλήνα να αποβάλλει ο οργανισμός τα κόπρανα (Τσίγκρης, 2014).

Παρατηρείται σμίκρυνση του απευθυσμένου με την εκούσια απόφαση για αφόδευση. Ο ηβο πρωκτικός και ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού χαλαρώνουν από το νωτιαίο παρασυμπαθητικό αντανεκλαστικό. Οι συσπάσεις του πρωκτού στους κυκλικούς μύες από το κατιόν κόλον, το ορθό και το σιγμοειδές κόλον μέσω της κοιλιακής πίεσης προκαλούν προώθηση των κοπράνων προς το εξωτερικό του σώματος. Όσον αφορά την κένωση, σε φυσιολογικά επίπεδα, μπορεί να γίνει 3 φορές μέσα στην μέρα μέχρι και 3 φορές την εβδομάδα ανάλογα με τι περιέχουν οι τροφές που καταναλώθηκαν. Τα υδαρή κόπρανα ή η δυσκοιλιότητά μπορούν να οδηγήσουν σε διαταραχές της αφόδευσης (Silbernagl & Desopoulos, 2010).

3. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η φλεγμονή του παχέος εντέρου στην ελκώδη κολίτιδα περιλαμβάνει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα του ορθού και του κόλου. Αρχικά ξεκινά από τον ορθό και κατευθύνεται κεντρικά στο παρακείμενο έντερο και μπορεί να περιλαμβάνει κάποιο μέρος του κόλου ή και ολόκληρο τον κόλον. Επιπλέον η νόσος μπορεί να εξελιχθεί και να εξαπλωθεί σε όλο το παχύ έντερο, ο βλεννογόνος του εντέρου εξαιτίας της αγγειακής συμφόρησης είναι οιδηματώδης. Στην περίπτωση που όλα τα έλκη μολυνθούν με μικρόβια τα οποία έχουν εξαπλωθεί στην περιοχή μπορεί τότε να δημιουργήσουν τα αποστήματα τα οποία διαπερνούν την επιφανειακή μοίρα του υποβλεννογόνου χιτώνα και κατευθύνονται προς τα πλάγια ώστε να έχουμε νέκρωση του βλεννογόνου του εντέρου. Εξαιτίας πολλών ελκών ο βλεννογόνος αιμορραγεί, καθώς αναγεννάται το επιθηλιακό στρώμα του εντέρου είναι δυνατόν να εμφανιστούν ψευδοπολύποδες. Η χρόνια φλεγμονή δημιουργεί την ατροφία, την ελάττωση και την στένωση του παχέος εντέρου καθώς και την απώλεια των φυσιολογικών κυψελών (Silbernagl & Lang, 2002).

4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Τα αίτια της ελκώδους κολίτιδας και της νόσος του Crohn είναι άγνωστα, όμως οι κύριοι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων ενδέχεται να είναι γενετικοί, εφόσον η οικογενής επίπτωση είναι μεγάλη και ανοσολογικοί μιας και ανιχνεύονται στο αίμα αντισώματα έναντι του εντέρου. Επίσης παροξύνσεις στην ελκώδη κολίτιδα προκαλούν οι λοιμώξεις και η συναισθηματική φόρτιση (Dewit, 2009).

Επιπλέον οι επιδημιολογικές μελέτες, τα κλινικά δεδομένα και η μοριακή γενετική παρέχουν ισχυρές ενδείξεις πως εμπλέκονται τόσο οι γενετικοί όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες καθώς έχουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων (Μανούσος, 2004).

Υπάρχουν βέβαια ορισμένοι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι πυροδοτούν την εμφάνιση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η διατροφή χαμηλή σε φυτικές ίνες και τα χημικά που υπάρχουν μέσα στα τρόφιμα. Ακόμη στην νεογνική περίοδο η μειωμένη διάρκεια θηλασμού και το οικογενειακό ιστορικό είναι επίσης κάποιοι από τους παράγοντες που οφείλονται στην εμφάνιση αυτής της νόσου (Kaplan & Ng, 2017).

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ελκώδης κολίτιδα είναι η νόσος η οποία παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία στην κλινική διαδρομή, τόσο στα συμπτώματα όσο και στην έκβασή της. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (60- 75%) παρουσιάζει συχνούς παροξυσμούς με πλήρεις υφέσεις στα μεταξύ των παροξυσμών χρονικά διαστήματα. Ένα ποσοστό (5-15%) παρουσιάζει τη χρόνια συνεχή μορφή της νόσου με αδιάκοπα αλλά ήπια συμπτώματα ενώ ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό χαρακτηρίζεται από ένα τυπικό επεισόδιο κολίτιδας, πλήρη ύφεση για αρκετά χρόνια και κατόπιν παρουσιάζει υποτροπή. Η ελκώδη κολίτιδα υποτροπιάζει περίπου τρεις φορές το χρόνο και μπορεί να παρουσιάσει μόνο ένα επεισόδιο οξείας κεραυνοβόλου νόσου. Συνηθέστερος είναι ο υποτροπιάζων τύπος νόσου με χρόνια πορεία, με ή χωρίς επεισόδιο βαρείας μορφής στην αρχή ή στην πορεία. Σπανίως ο υποτροπιάζων τύπος παίρνει την χρόνια συνεχή μορφή με αδιάκοπη συμπτωματολογία (Μανούσος, 2004).

Η κλινική εικόνα διαφέρει ανάλογα με την έκταση της νόσου. Στα κύρια χαρακτηριστικά συμπεριλαμβάνεται η διάρροια, ο έντονος κοιλιακός πόνος, η αιμορραγία από τον ορθό και η αίσθηση ότι η αφόδευση δεν είναι πλήρης. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται ανάλογα με την αντίδραση του κάθε οργανισμού στην φλεγμονή (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Το κυριότερο σύμπτωμα της ελκώδους κολίτιδας είναι η διάρροια, η οποία μπορεί να παρατηρηθεί και την νύχτα ενώ τα κόπρανα περιέχουν αίμα και βλέννα. Υπάρχει η ήπια ελκώδη κολίτιδα και η βαριά ελκώδη κολίτιδα, στην ήπια έχουμε λιγότερες από πέντε κενώσεις την ημέρα, διαλείπουσα αιμορραγία από το ορθό, βλέννα και συστηματικά συμπτώματα ενώ στην βαριά ελκώδη κολίτιδα έχουμε περισσότερες από 6 ή ακόμα και 10 αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις την ημέρα, αναιμία, υποογκαιμία, διαταραχές της θρέψης και εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου. Επιπλέον μια αρκετά συνηθισμένη εκδήλωση είναι τα κολικοειδή κοιλιακά άλγη στο κάτω αριστερό κοιλιακό τεταρτημόριο το οποίο ανακουφίζεται με τις κενώσεις. Άλλα συμπτώματα που παρατηρούνται είναι η κόπωση, η ανορεξία και η αδυναμία (Lemone & Burke, 2006).

Η διάρροια οφείλεται στις μεταβολές του βλεννογόνου, εξαιτίας της καταστροφής που υπέστη εμφανίζει μειωμένη απορρόφηση νατρίου και ύδατος. Η διάρροια επίσης οφείλεται και στην έντονη κινητικότητα του εντέρου και στην αδυναμία του ορθού να κρατήσει τον απαιτούμενο όγκο. Λόγω της φλεγμονής στο ορθό το περιεχόμενο αποβάλλεται γρήγορα χωρίς καθυστέρηση καθώς η φλεγμονή προκαλεί διάταση στο ορθό έχοντας έτσι συχνές κενώσεις. Η φυσιολογική λειτουργία του ορθού είναι να κρατάει τα κόπρανα όμως λόγω της φλεγμονής που υπάρχει στην νόσο το ορθό είναι υπεύθυνο για τις πολλές κενώσεις (Hartenstein & Martinez, 2019).

Το 10% των ασθενών με κολίτιδα και πρωκτίτιδα υποφέρει από δυσκοιλιότητα. Η φυσική εξέταση μπορεί να δείξει σημάδια αναιμίας και αίμα στον ορθό. Ο τυμπανισμός και η κοιλιακή διαταραχή μπορεί να υποδεικνύει διαστολή του ορθού, στην περίπτωση αυτή απαιτείται άμεση ακτινολογική αξιολόγηση (Conrad et al., 2014).

Επίσης, ασθενείς με σοβαρή νόσο μπορεί να παρουσιάζουν συστηματικές εκδηλώσεις αρθρίτιδα, που να αφορά μία ή περισσότερες αρθρώσεις, βλάβες του δέρματος και τον βλεννογόνο ή ραγοειδίτιδα (φλεγμονή της ίριδας του οφθαλμού). Επιπρόσθετα μπορεί κάποιοι ασθενείς να έχουν θρομβοεμβολικά επεισόδια και να

υπάρξει φλεγμονή και σχηματισμός ουλώδους ιστού στα χοληφόρα (σκληρυντική χολαγγειίτιδα) (Lemone & Burke, 2006).

Οι ασθενείς με μέτρια ή ήπια βαρύτητα νόσου αντιμετωπίζονται συνήθως συντηρητικά σε εξωνοσοκομειακή βάση ενώ οι ασθενείς με μεγαλύτερης βαρύτητας νόσου χρειάζεται να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο μιας και ορισμένοι από αυτούς χρειάζεται να χειρουργηθούν (Μπονάτσος και συν, 2005).

Πιο αναλυτικά, σε μια οξεία κρίση τα συμπτώματα εμφανίζονται ξαφνικά και εξελίσσονται μέσα σε λίγες ώρες, όπως: α) οξείες διαρροϊκές κρίσεις (τουλάχιστον 6 φορές μέσα στη μέρα), β) πόνο και οίδημα στην κοιλιακή περιοχή, γ) εμφάνιση βλέννας ή αιμορραγίας (όχι απαραίτητα στα κόπρανα), δ) πυρετός, ε) απώλεια βάρους. Παρόλα αυτά μια οξεία και ξαφνική κρίση ελκώδους κολίτιδας μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστες επιπλοκές, στην περίπτωση αυτή παρουσιάζεται φλεγμονή και έντονη διάταση του κόλου. Με αυτόν τον τρόπο επιτρέπεται στο εντερικό περιεχόμενο που περιέχει πλήθος βακτηριδίων να διαρρεύσει εντός της κοιλιακής κοιλότητας. Η διαρροή αυτή μπορεί να προκαλέσει οξεία περιτονίτιδα και η διαταραχή αυτή μπορεί να αποβεί θανατηφόρα στην περίπτωση που δεν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί εγκαίρως. Η θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας συνήθως γίνεται με φάρμακα όμως σε κάποιες περιπτώσεις είναι απαραίτητη η χειρουργική αφαίρεση τμήματος τους προσβεβλημένου εντέρου, η διαδικασία αυτή είναι περισσότερο γνωστή με τον όρο κολεκτομή με την παράλληλη δημιουργία στομίου. Το στόμιο είναι ένα τεχνητό άνοιγμα στο κοιλιακό τοίχωμα από το οποίο το λεπτό έντερο αποβάλλει τα κόπρανα, η διαδικασία ονομάζεται κολοστομία (Kierszenbaum & Tres, 2013).

5.1 Ελκώδη κολίτιδα και κύηση

Η ελκώδης κολίτιδα είναι η επικρατέστερη και παρουσιάζεται συχνά σε άτομα νεαρής ηλικίας επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής τους με το να προκαλεί ανησυχίες για τον έλεγχο της νόσου στην διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και για το πόσο μπορεί η συγκεκριμένη νόσος να επηρεάσει την γονιμότητα, την εξέλιξη της κυοφορίας αλλά και τις τυχούσες επιπτώσεις στα τέκνα (Dewit, 2009).

Οι γυναίκες που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα μπορούν να έχουν απόλυτα υγιείς και φυσιολογικές εγκυμοσύνες. Η συνεργασία με τον ιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό και ίσως κάποιο διαιτολόγο με εξειδίκευση στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου είναι αδιαπραγμάτευτη. Οι περισσότερες γυναίκες με ελκώδη κολίτιδα

κυοφορούν χωρίς να παρουσιάσουν επιπλοκές παρ' όλα αυτά υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό γυναικών οι οποίες βιώνουν μια αποβολή, έναν πρόωρο τοκετό καθώς και επιπλοκές κύησης και τοκετού (Dewit, 2009).

Σε κύηση και λοχεία η λήψη οποιουδήποτε φαρμάκου θα πρέπει πάντα να γίνεται υπό συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό μιας και όλα τα φάρμακα θεωρητικά μπορούν να επιδράσουν την γονιμότητα- εγκυμοσύνη της ασθενούς. Τα αμινοσαλικυλικά (σουλφασαλαζίνη, μεσαλαζίνη) είναι ασφαλή φάρμακα και μπορούν να χορηγηθούν σε κύηση και θηλασμό. Στην περίπτωση που το βρέφος εμφανίσει διάρροιες και η μητέρα που το θηλάζει λαμβάνει μεσαλαζίνη τότε πρέπει να διακόπτεται το φάρμακο. Τα αντιβιοτικά πρέπει να αποφεύγονται στην κύηση μιας ενώ τα κορτικοστεροειδή μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια στην περίοδο του θηλασμού μιας και είναι βέβαιο πως το θεραπευτικό όφελος από την χορήγησή τους υπερβαίνει τους όποιους κινδύνους επιπλοκών στο έμβρυο. Η μεθοτρεξάτη δεν πρέπει να χορηγείται σε γυναίκες που θηλάσουν γιατί περνάει στο μητρικό γάλα αλλά ούτε σε εγκύους ή σε γυναίκες που βρίσκονται σε προσπάθεια να τεκνοποιήσουν καθώς είναι μια τερατογόνος ουσία. Η αζαθειοπρίνη παρόλο που έχει ενοχοποιηθεί για διαταραχές εμβρύων σε πειραματόζωα δεν υπάρχουν παρεμφερείς περιπτώσεις σε γυναίκες που την έπαιρναν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Φυσικά η διακοπή της πριν την προγραμματισμένη εγκυμοσύνη θα πρέπει να γίνεται έπειτα από επιθυμία της ασθενούς και συζήτηση με τον θεράποντα ιατρό και αφού πρώτα ληφθεί σοβαρά υπόψη η πιθανότητα υποτροπής στο μέλλον μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Το Ινφλιξιμάβη είναι νέο φάρμακο, μπορεί να χορηγηθεί με ασφάλεια στην κύηση παρ' όλα αυτά χρειάζεται να γίνουν και άλλες έρευνες καθώς δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια του στη λοχεία. Οι περισσότερες γυναίκες με Ι.Φ.Ν.Ε έχουν ποσοστά γονιμότητας ίδια με αυτά του γενικού πληθυσμού. Μειωμένη γονιμότητα έχει παρατηρηθεί μόνο σε γυναίκες με ελκώδη κολίτιδα οι οποίες βρίσκονται σε φάση έξαρσης της νόσου. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται από έμπειρο γυναικολόγο και γαστρεντερολόγο για την ταχεία αντιμετώπιση πιθανής έξαρσης (Κάτσανος & Τσιάνος, 2016).

5.2 Ελκώδη κολίτιδα στα παιδιά

Η έλλειψη των γαστρεντερικών συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει στην καθυστέρηση της διάγνωσης ενός ή περισσότερων χρόνων μέχρι να διαγνωστεί ΙΦΝΕ. Η θρομβοκυττάρωση, η αναιμία και τα αυξημένα επίπεδα φλεγμονωδών δεικτών είναι τα

συνηθισμένα μη φυσιολογικά εργαστηριακά ευρήματα σε παιδιά με ΙΦΝΕ (Michael et al., 2016).

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία είναι τα κορτικοστεροειδή και τα αμινοσαλικυλικά. Τα κορτικοστεροειδή είναι αποτελεσματικά για την πρόκληση κλινικής ύφεσης στην ελκώδη κολίτιδα και στην νόσο του Crohn σε παιδιατρικούς ασθενείς. Όμως δεν είναι κατάλληλα για θεραπεία συντήρησης εξαιτίας των ανεπιθύμητων παρενεργειών από τη μακροχρόνια χρήση. Τα αμινοσαλικυλικά έχουν αντιφλεγμονώδη δράση στον εντερικό βλεννογόνο και μπορούν να χορηγηθούν από το στόμα, από το κόλον μέσω κλύσματος ή υπόθετων ή και από τον ειλεό. Επίσης η χειρουργική επέμβαση είναι αρκετά σημαντική για την διαχείριση των ΙΦΝΕ, σε παιδιά με ανθεκτική ελκώδη κολίτιδα ενδείκνυται η ολική κολεκτομή με πρακτική αναστόμωση και έχει μακροχρόνια αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής του ασθενούς (Michael et al., 2016).

Η διατροφή αποτελεί απαραίτητο μέρος της θεραπείας, η ενθάρρυνση του ανορεξικού παιδιού να καταναλώνει καθημερινά τη ποσότητα τροφής που χρειάζεται αποτελεί μια πρόκληση παρόλα αυτά η συμμετοχή του στον προγραμματισμό των γευμάτων, η ενθάρρυνση μικρών και όχι τριών μεγάλων γευμάτων έχει βοηθήσει αρκετά. Τα δημητριακά και η διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες επιδεινώνουν την κατάσταση όποτε πρέπει να αποφεύγονται. Η φροντίδα του στόματος πριν από το φαγητό και η επιλογή απλών τροφών βοηθούν στην ανακούφιση από τις ενοχλήσεις που προκαλούν οι πληγές της περιοχής (Hockenberry & Wilson, 2011).

6.ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας βασίζεται στο ιστορικό, όπου η λήψη ενός καλού-λεπτομερούς ιστορικού βοηθάει το γιατρό κατευθύνοντάς τον προς τη σωστή διάγνωση εάν μάλιστα από αυτό προκύπτει ότι υπάρχουν στην περιοχή δακτυλίου και αλλοιώσεις όπως ραγάδες, αποστήματα, συρίγγια ή πως κάποια άλλα άτομα της ίδιας οικογένειας πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα. Επίσης η διάγνωση βασίζεται στην μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση κοπράνων αλλά κυρίως στην παρουσία των αλλοιώσεων του εντερικού βλεννογόνου, μέσω της ενδοσκόπησης. Επιπλέον η ακτινολογική μελέτη δίνει αρκετές σημαντικές πληροφορίες αλλά η τελική επιβεβαίωση της διάγνωσης δίνεται από την ιστολογική εξέταση δειγμάτων βλεννογόνου του ορθού ή άλλων περιοχών του παχέος εντέρου. Η κλινική εξέταση βοηθάει στην εκτίμηση της γενικής

κατάστασης του ασθενή, επισημαίνει την ύπαρξη πυρετού, αφυδάτωσης, ταχυκαρδίας, αναιμίας, υπολευκωματιναιμίας και εξωεντερικών εκδηλώσεων. Όσον αφορά τη φυσική εξέταση του ασθενούς είναι πολύ χρήσιμη για την ανίχνευση σε πρώιμο στάδιο των τοπικών επιπλοκών (Ahmed et al., 2016).

Σε ήπιας ή μέτριας βαρύτητας της νόσου η φυσική εξέταση είναι τελείως αρνητική εκτός από την παρουσία ελαφριάς ευαισθησίας στην ψηλάφηση της κοιλιάς. Σε περιπτώσεις ήπιας ή μέτριας βαρύτητας ο βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος δείχνει τις περισσότερες φορές φυσιολογικά ευρήματα ενώ σε βαρύτερες μορφές διακρίνονται αυξημένοι οι δείκτες της φλεγμονής. Η ενεργός δραστηριότητα της νόσου συνδυάζεται με αύξηση της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, της CRP και η αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων. Μια καλή διαγνωστική εξέταση όπου εντοπίζεται η φλεγμονή και η έκταση της ελκώδους κολίτιδας είναι η υπερηχογραφία του εντερικού τοιχώματος (Μανούσος, 2004).

Σημαντικές διαγνωστικές πληροφορίες περιέχονται στις εξετάσεις των κοπράνων, συνήθως κόπρανα σκληρής συστάσεως που καλύπτονται από πύον και αίμα παρατηρούνται σε ασθενείς με ορθίτιδα ενώ ρευστές κενώσεις που περιέχουν βλέννα και αίμα σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο. Επιπλέον μέσω της μικροσκοπικής εξέτασης των κοπράνων φανερώνεται η παρουσία μεγάλων αριθμών πυοσφαιρίων και ηωσινόφιλων και για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο πως ο ασθενής πάσχει από ελκώδη κολίτιδα γίνονται καλλιέργειες για διάφορα παθογόνα αλλά και μικροσκοπική εξέταση για την αναζήτηση ιστολυτικών αμοιβάδων (Μανούσος, 2004).

Πέρα από την συλλογή πληροφοριών που συλλέγουμε από το ιστορικό ενός ασθενούς στη σωματική εξέταση παρατηρείται ωχρότητα του δέρματος και των βλεννογόνων, εξαιτίας της απώλειας αίματος στο έντερο. Κατά την ψηλάφηση ο πόνος εντοπίζεται στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο όπου βρίσκεται το παχύ έντερο (Classen et al., 2009).

Οι διαγνωστικές εξετάσεις γίνονται με σκοπό την διάγνωση της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, τον προσδιορισμό της έκτασης της και την αξιολόγηση των συνεπειών της. Η σιγμοειδοσκόπηση, η κολονοσκόπηση, ο ακτινολογικός έλεγχος όλου του πεπτικού σωλήνα με βάριο γίνονται ώστε να ελεγχθεί άμεσα ο βλεννογόνος του εντέρου για την ύπαρξη των χαρακτηριστικών αλλοιώσεων της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (Lemone & Burke, 2006).

7.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στα αυτοάνοσα νοσήματα, στην ίδια ομάδα των ιδιοπαθών φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου, ανήκει και η νόσο του Crohn (ή κατά τόπους εντερίτιδα). Στην περίπτωση που ο ασθενής εκδηλώσει συμπτώματα που υποδηλώνουν ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου ο γιατρός που τον εξετάζει θα πρέπει να κάνει διαφορική διάγνωση ώστε να είναι βέβαιος για το αν πρόκειται για ελκώδη κολίτιδα ή για νόσο του Crohn. Η ελκώδη κολίτιδα προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο και το ορθό αντίθετα η νόσος του Crohn προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα και μάλιστα κατά τόπους, δηλαδή μπορεί να μην νοσεί όλο το πεπτικό σύστημα αλλά παρόλα αυτά ένα μέρος του γαστρεντερικού σωλήνα να έχει νοσήσει ενώ τα ενδιάμεσα να είναι φυσιολογικά (Λαδάς, 2007).

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιούνται για τη διαφορική διάγνωση της ΙΦΝΕ και για τον περιορισμό και των βλαβών της νόσου περιλαμβάνουν εξέταση των κοπράνων για τυχόν ύπαρξη αίματος και βλέννας και καλλιέργεια των κοπράνων για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο λοιμώδους αιτιολογίας των φλεγμονωδών αλλοιώσεων της νόσου και της διάρροιας. Στη γενική αίματος εξαιτίας της χρόνιας φλεγμονής, της χρόνιας απώλειας αίματος και των διαταραχών της θρέψης διαπιστώνεται αναιμία. Επιπλέον εκτός από αναιμία έχουμε και λευκοκυττάρωση εξαιτίας της φλεγμονής και της πιθανής δημιουργίας αποστημάτων. Όσον αφορά την ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών και την C- αντιδρώσα πρωτεΐνη συνήθως είναι αυξημένη στη διάρκεια μιας οξείας φλεγμονής και έξαρσης της νόσου. Τα επίπεδα λευκωματίνης ορού μπορεί να είναι ελαττωμένα λόγω δυσαπορρόφησης των διαταραχών της θρέψης, της απώλειας πρωτεϊνών από τις εντερικές βλάβες και της χρόνιας φλεγμονής. Τα επίπεδα φυλλικού οξέος και τα επίπεδα των περισσότερων βιταμινών εξαιτίας του συνδρόμου δυσαπορρόφησης συχνά είναι ελαττωμένα. Στην περίπτωση που ο ασθενής εμφανίζει σημαντικές συστηματικές εκδηλώσεις της νόσου θα πρέπει να ελέγχεται η ηπατική και η νεφρική του λειτουργία (Lemone & Burke, 2006).

8.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η ελκώδης κολίτιδα εξελίσσεται χρονίως σε υφέσεις και εξάρσεις προσβάλλοντας άτομα μέσης και νεαρής ηλικίας. Μεγάλη σημασία για την θεραπεία της νόσου έχουν τόσο η σοβαρότητα της φλεγμονής όσο και η εντόπιση της. Η νόσος επίσης μπορεί να χαρακτηριστεί από ήπια μορφή έως και σοβαρή και συχνά ταξινομείται ανάλογα με τη

θέση της σε ελκώδη πρωκτίτιδα, ορθοσιγμοειδίτιδα, αριστερή κολίτιδα και κεραυνοβόλος κολίτιδα (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Πιο αναλυτικά στην ελκώδη πρωκτίτιδα η φλεγμονή περιορίζεται στο ορθό και μπορεί το μοναδικό σύμπτωμα της νόσου να είναι η αιμορραγία. Επιπλέον έκτος από την αιμορραγία μπορεί οι ασθενείς να έχουν πόνο στο ορθό, αίσθηση ότι χρειάζεται να πάνε αμέσως στην τουαλέτα και αδυναμία για αποβολή αερίων ή κοπράνων. Η ελκώδη πρωκτίτιδα είναι η πιο ήπια μορφή ελκώδους κολίτιδας. Η ορθοσιγμοειδίτιδα προσβάλλει το ορθό και το κάτω τμήμα του παχέος εντέρου, γνωστό ως σιγμοειδές ενώ τα συμπτώματα της μορφής αυτής είναι: κράμπες, πόνος στην κοιλιά, αιματηρή διάρροια και τεινεσμός. Στην αριστερή κολίτιδα η φλεγμονή περνά από το ορθό και φτάνει μέχρι την αριστερή κολική καμπή διαμέσου του σιγμοειδούς και στο κατιόν κόλον. Τα συμπτώματα που συνδέονται με την μορφή αυτή είναι αιματηρή διάρροια, πόνος στην κοιλιά, στην αριστερή πλευρά κράμπες και απώλεια βάρους. Η κεραυνοβόλος κολίτιδα είναι η μία από τις τέσσερις μορφές ελκώδους κολίτιδας και ίσως η πιο απειλητική για την ζωή καθώς προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο προκαλώντας στον ασθενή υψηλό πυρετό, διάρροια και αφυδάτωση ή shock εξαιτίας των συχνών κενώσεων και την μεγάλη απώλειά ηλεκτρολυτών. Τα άτομα που πάσχουν από κεραυνοβόλο κολίτιδα διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο μιας και αρκετές από τις επιπλοκές περιλαμβάνουν την ρήξη του τοξικού megacolon και του παχέος εντέρου (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

9.ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου είναι μια χρόνια πάθηση στην οποία μακρές περίοδοι ύφεσης της νόσου μπορεί να ακολουθούνται από εξάρσεις αυτής. Η έκβαση της νόσου επηρεάζεται όχι μόνο από τις περιοχές και τη σοβαρότητα της κατάστασης αλλά και από τις απαραίτητες θεραπευτικές παρεμβάσεις, σε γενικές γραμμές όμως η πρόγνωση της ελκώδους κολίτιδας είναι καλή (Hockenberry & Wilson, 2011).

Μακρόχρονη επιπλοκή της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου αποτελεί η εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Στην ελκώδη κολίτιδα, η αθροιστική επίπτωση καρκίνου παχέος εντέρου είναι 2,5% μετά από 20 έτη και 10,8% μετά από 30 έτη. Η παρακολούθηση με πολλαπλές βιοψίες και με κολονοσκόπηση ξεκινάει 10 έτη μετά από τη διάγνωση ελκώδους κολίτιδας ή της νόσου του Crohn και επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο ή κάθε δύο χρόνια. Για να αποτραπεί η ανάπτυξη καρκίνου θα πρέπει να

αφαιρεθεί το έντερο που έχει υποστεί βλάβη, στην νόσο του Crohn όμως η αφαίρεση του πάσχοντος εντέρου δεν αποτρέπει την εμφάνιση καρκίνου σε κάποιο άλλο σημείο του γαστρεντερικού σωλήνα (Hockenberry & Wilson, 2011).

Τα άτομα που πάσχουν από αυτές τις δύο παθήσεις, είτε αυτή είναι η ελκώδης κολίτιδα είτε η νόσος του Crohn, θα πρέπει να μάθουν να ζουν με την νόσο για όλη τους την ζωή. Αρκετοί είναι αυτοί που θα μπορέσουν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή, παρόλα αυτά είναι πολύ σημαντικό το να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση της νόσου ώστε να γνωρίζει και ο ασθενής για το πως εξελίσσεται και πως συμπεριφέρεται στον οργανισμό του. Ένα ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από νόσο του Crohn αναπτύσσουν συρίγγια, δηλαδή υπάρχει επικοινωνία του εντέρου με ένα άλλο μέρος του εντέρου ή με τον κόλπο, την ουροδόχο κύστη ή το δέρμα, πιο συχνά αυτό γίνεται στην περιοχή γύρω από τον πρωκτό. Όσον αφορά την θεραπεία τους αυτή περιλαμβάνει: αντιβιοτικά, κορτικοειδή, ανοσοκατασταλτικούς παράγοντες ή ακόμα και χειρουργείο. Ένα επίσης μεγάλο ποσοστό των νοσούντων παρουσιάζει οστεοπόρωση και αυτό οφείλεται στο ότι ο οργανισμός τους αδυνατεί να απορροφήσει τις θρεπτικές ουσίες από το πεπτικό σύστημα. Σε αυτή την περίπτωση η θεραπεία περιλαμβάνει: χορήγηση ασβεστίου, βιταμίνης D και διφωσφορικά. Τέλος, η νόσο του Crohn προσβάλλει και ένα μεγάλο αριθμό παιδιών τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα στην ανάπτυξή τους. Όσον αφορά την θεραπεία, είναι ακριβώς ίδια με αυτή των ενηλίκων απλά σε αυτές τις περιπτώσεις συνίσταται η βοήθεια ενός παιδοψυχίατρου ώστε να μπορέσει το παιδί να συνειδητοποιήσει και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που συνδέονται με τη νόσο (Hay, 2008).

10.ΠΡΟΛΗΨΗ

Η αντίληψη που έχει γίνει αποδεκτή μέχρι και σήμερα είναι πως για να εκδηλωθούν οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου πρέπει πρώτα να προκύψει μια συγκεκριμένη συγκυρία. Σε ένα γενικώς προδιατεθειμένο υπόβαθρο η επίδραση κάποιου αντιγονικού παράγοντα προκαλεί ανώμαλη ανοσολογική απάντηση προκύπτοντας έτσι φλεγμονή. Τα κλινικά δεδομένα, οι επιδημιολογικές μελέτες και η μοριακή γενετική παρέχουν ισχυρές ενδείξεις πως στην παθογένεση των νόσων του εντέρου σημαντικό ρόλο έχουν οι γενετικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Μανούσος, 2004).

Οι βασικότεροι παράγοντες για την πρόκληση της ελκώδους κολίτιδας είναι λοιμώδη αίτια και ψυχολογικοί παράγοντες. Με την σύνθεση της εντερικής χλωρίδας μπορεί να συσχετίζονται οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου. Επίσης, οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία και πιθανών η ελκώδη κολίτιδα να είναι το τελικό αποτέλεσμα της δράσης διαφόρων λοιμωδών και μη λοιμωδών αιτιών. Επιπλέον το υποτιθέμενο υπεύθυνο λοιμώδες αίτιο μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδη αντίδραση και αμέσως μετά να καταστραφεί από τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού ή να παραμείνει σε καλλιεργήσιμη μορφή. Το 1930 από τον Murray έγινε η πρώτη συστηματική υποστήριξη της ψυχοσωματικής αιτιολογίας της ελκώδους κολίτιδας και σύμφωνα με αυτή υποστηρίζεται πως άτομα συναισθηματικώς ανώριμα, με παθητική συμπεριφορά και ευαίσθητα λόγω του αποχωρισμού τους από κάποιο αγαπημένο πρόσωπο ή λόγω στρες μπορούν να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα (Μανούσος, 2004).

Το γαστρεντερικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στο άτομα γι' αυτό η πρόληψη είναι πολύ σημαντικό ζήτημα. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνουν τα άτομα στην διατροφή τους καθώς η λήψη μιας φυσιολογικής ισορροπημένης διατροφής βοηθά στην διαδικασία της πέψης. Επίσης σε φυσιολογικά επίπεδα πρέπει να διατηρείται και το βάρος του σώματος. Αρκετά σημαντικό είναι η ανάπτυξη υγιών μηχανισμών αντιμετώπισης και ο περιορισμός του άγχους προκειμένου να προλαμβάνεται η δημιουργία έλκων και χρόνιου ερεθισμού του εντέρου. Ακόμη την δημιουργία φλεγμονής μπορούν να προκαλέσουν διάφοροι χημικοί και μηχανικοί ερεθισμοί, για το λόγο αυτό από τη στιγμή που αναγνωρίζονται τα ένοχα τρόφιμα ο ασθενής πρέπει να τα αποφύγει καθώς φέρουν διαταραχές στον γαστρεντερικό σωλήνα (Dewit, 2009).

11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι στόχοι της θεραπείας της ελκώδους κολίτιδας είναι η επίτευξη μακροχρόνιας ύφεσης, ο έλεγχος της φλεγμονώδους διεργασίας ώστε να μειωθούν ή να εξαφανιστούν τα συμπτώματα, η προώθηση φυσιολογικής αύξησης και ανάπτυξης και η επίτευξη όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικής ζωής. Κατά την θεραπεία θα χρειαστεί συγχορήγηση ανοσοκατασταλτικών, διακοπή του καπνίσματος και πρόληψη-αντιμετώπιση αλλεργικών αντιδράσεων. Έπειτα αφού επιτύχουμε την ύφεση των συμπτωμάτων του ασθενούς θα πρέπει να διατηρήσει την καλή κατάσταση υγείας στην πορεία του

χρόνου. Τα φάρμακα που χορηγούνται διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή καθώς και ο συνδυασμός των φαρμάκων που του χορηγούνται. Το πρώτο στάδιο της θεραπείας στοχεύει στην επούλωση του εντερικού βλεννογόνου και στην γρήγορη επαγωγή της ύφεσης και της ηρεμίας από τα συμπτώματα της πάθησης. Αρκετά σημαντικό είναι να γνωρίζουμε της δυνατότητες καθώς και τις ενδείξεις και αντενδείξεις του κάθε φαρμάκου. Η κορτιζόνη είναι απαραίτητη για την θεραπεία της νόσου μιας και χορηγείται για την επίτευξη ύφεσης ενώ στην συνέχεια θα πρέπει να διακόπτεται σταδιακά για να μην υπάρξουν παρενέργειες. Επίσης, χορηγούμε βιολογικούς παράγοντες μετά βέβαια από σαφείς ενδείξεις και τις γνωστές προφυλάξεις για φυματίωση. Τα φάρμακα που χορηγούνται στην ΙΦΝΕ δεν πρέπει να αλλάζουν, αλλάζουν μόνο στην περίπτωση τοξικότητας, παρενέργειας ή αναποτελεσματικότητας, για οποιαδήποτε αλλαγή που θα υπάρξει θα πρέπει να ενημερωθεί και ο ασθενής. Στόχος της θεραπείας είναι η επαγωγή, η επίτευξη ύφεσης και η εξασφάλιση ποιότητας ζωής τους. Στην περίπτωση που ο ασθενής χρειαστεί χειρουργείο καλούμαστε να κάνουμε τις κατάλληλες ενέργειες ώστε να τον προετοιμάσουμε σωστά για πριν και μετά το χειρουργείο. Είναι σημαντικό να υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη και συνεργασία ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή με χρόνιες παθήσεις αφού πρώτα έχει προηγηθεί κατάλληλη και πλήρης ενημέρωση (Κάτσανος & Τσιάνος, 2008).

11.1 Συντηρητική Θεραπεία

Οι συντηρητικές θεραπείες περιλαμβάνουν τη χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, φαρμάκων που ανακουφίζουν το κοιλιακό άλγος όπως και τη μακρόχρονη χορήγηση σουλφασαλαζίνης. Συνίσταται δίαιτα φτωχή σε φυτικές ίνες και λίπος αλλά με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και υψηλή θερμιδική αξία. Σε μέτριας ή σοβαρής βαρύτητας χρησιμοποιούνται τα κορτικοστεροειδή για να μειωθεί η φλεγμονή ενώ κατά τη διάρκεια παρόξυνσης της νόσου χρήζει η αναπλήρωση υγρών και στην περίπτωση που υπάρχει αναιμία πραγματοποιούνται μεταγγίσεις αίματος (Dewit, 2009).

Τα 5-αμινοσαλικυλικά (5-ASAs) είναι φάρμακα τα οποία βοηθούν στην επίτευξη και διατήρηση της ύφεσης σε ελαφριά μέχρι μέτρια ελκώδη κολίτιδα, χορηγούνται από το στόμα. Τα μεσαλαμίνη, ολσαλαζίνη και βαλσαλαζίδη είναι προτιμότερα από τη σουλφασαλαζίνη λόγω των λιγότερων ανεπιθύμητων ενεργειών. Για την αντιμετώπιση της κολίτιδας αριστερής θέσης χρησιμοποιούνται υπόθετα και κλύσματα με

μεσαλαμίνη. Τα 5-ASAs περιορίζουν την φλεγμονή και αναστέλλουν τη σύνθεση των προσταγλανδινών (Hockenberry & Wilson, 2011).

Τα κορτικοστεροειδή αναστέλλουν την παραγωγή μορίων προσκόλλησης, κυτταροκινών και λευκοτριενίων και ενδείκνυνται στην αρχική θεραπεία σε παιδιά μέτριας και σοβαρής ελκώδη κολίτιδας και νόσο Crohn. Τα φάρμακα αυτά ελαττώνουν τα οξέα συμπτώματα της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, παρόλα αυτά εξαιτίας της μακροχρόνιας χρήσης τους παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως ελάττωση της οστικής πυκνότητας, αύξηση βάρους και καταστολή επινεφριδίων. Σε υψηλές δόσεις τα κορτικοστεροειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οξέα επεισόδια, χορηγούνται ενδοφλεβίως και η δόση τους ρυθμίζεται ανάλογα με την κλινική αντίδραση. Η βουδεσονίδη παρουσιάζει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της νόσου που εντοπίζεται στον ειλεό. Για την αγωγή της κολίτιδας αριστερού κόλου υπάρχουν θεραπείες με στεροειδή από τον πρωκτό (Hockenberry & Wilson, 2011).

Ασθενείς με παρατεταμένη νόσο, οι οποίοι δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση αντιμετωπίζονται με αζαθειοπρίνη, λεβαμιζόλη, 6-μερκαπτοπουρίνη, μεθοτρεξάτη ή κυκλοσπορίνη με σκοπό της επίτευξη ελέγχου της νόσου. Επίσης ανοσοτροποποιητικά φάρμακα χορηγούνται σε παιδιά με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου για την επαγωγή και διατήρηση της νόσου τα οποία εμφανίζουν ανθεκτικότητα στα στεροειδή και στην αντιμετώπιση χρόνιων εκκριντικών συριγγίων. Στους ασθενείς που λαμβάνουν τα φάρμακα αυτά πρέπει να γίνεται γενική αίματος και μικροσκοπική ανάλυση για τυχόν αλλαγές, οι οποίες που αποτελούν ένδειξη καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος. Αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να αντιμετωπιστούν με την ελάττωση της δόσης ή ακόμα και με την διακοπή των φαρμάκων αυτών (Hockenberry & Wilson, 2011).

Για συντηρητική αντιμετώπιση των διαρροιών χορηγούνται τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται με προσοχή καθώς μπορεί να επιταχύνουν τη διάταση του εντέρου και τη δημιουργία τοξικού megacolon. Επιπλέον σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα για την μείωση του εντερικού περισταλτισμού χρησιμοποιούνται τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα. Τα συχνότερα αντιδιαρροϊκά φάρμακα είναι η υδροχλωρική διφαινοξυλάτη, η λοπεραμίδη και η θειϊκή ατροπίνη (Acosta, 2013).

Τα αντιβιοτικά, όπως μετρονιδαζόλη και σιπροφλοξασίνη χορηγούνται ως επικουρική θεραπεία για την αντιμετώπιση επιπλοκών, περιπρωκτική νόσο ή

υπερανάπτυξη βακτηρίων στο λεπτό έντερο στη νόσο του Crohn. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται περιφερική νευροπάθεια, μεταλλική γεύση και ναυτία. Τέλος, οι βιολογικές θεραπείες ενεργούν στη ρύθμιση φλεγμονωδών και αντιφλεγμονωδών κυτταροκινών (Hockenberry & Wilson, 2011).

11.2 Χειρουργική Θεραπεία

Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων χρειάζεται να μουν σε χειρουργείο, άτομα με σοβαρό επεισόδιο ελκώδους κολίτιδας που δεν ανταποκρίνονται στις φαρμακευτικές θεραπείες, άτομα που υποφέρουν από συνεχείς υποτροπές ελκώδους κολίτιδας (δεν μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή), άτομα που υπάρχει η υποψία καρκίνου ή δυσπλασίας και άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα καθώς συνδέουν την ελκώδη κολίτιδα και σε άλλα όργανα του σώματος. Στις χειρουργικές επιλογές περιλαμβάνονται η ειλεοστομία και η ολική κολεκτομή, στην ειλεοστομία παραμένει ένα ορθικό κολόβωμα ως τυφλή κοιλότητα. Σχηματίζεται ένα ακόμα θύλακας σχήματος S ή J ο οποίο θα βοηθήσει μετεγχειρητικά στην βελτίωση της ικανότητας ελέγχου της αφόδευσης. Την φυσιολογική πορεία της αφόδευσης διατηρεί ένας ειλεοπρωκτικός οδηγός. Η συχνότερη όψιμη επιπλοκή της διαδικασίας αυτής είναι η θυλακίτιδα παρόλα αυτά η μετρονιδαζόλη και η σιπροφλοξασίνη μπορούν να την αντιμετωπίσουν. Επιπλέον σε παιδιά με νόσο του Crohn όταν οι επιπλοκές δεν μπορούν να ελεγχθούν με φαρμακευτική και διατροφική αγωγή απαιτείται χειρουργική επέμβαση. Σε αρκετές περιπτώσεις η ελκώδη κολίτιδα μπορεί να αντιμετωπιστεί με ολική κολεκτομή. Η μερική κολεκτομή δεν είναι θεραπευτική και τις περισσότερες φορές η νόσος υποτροπιάζει (Hockenberry & Wilson, 2011).

Σήμερα ο ασθενής με ελκώδη κολίτιδα είναι υποψήφιος για τη δημιουργία ειλεϊκής ληκύθου ή για ειλεοπρωκτική αναστόμωση αντί για ειλεοστομία. Οι δύο αυτές νέες παρεμβάσεις δίνουν την δυνατότητα στον ασθενή να ελέγξει την αποβολή των κοπράνων του και να μην χρειαστεί να τοποθετηθεί ειδικός συλλέκτης. Με την βοήθεια του καθετήρα ο ασθενής αδειάζει τη λήκυθο και με μια ειλεοπρωκτική αναστόμωση ελέγχει όλο το σφιγκτήρα του πρωκτού κατά βούληση (Dewit, 2009).

Σε ασθενείς με εκτεταμένη χρόνια ελκώδη κολίτιδα απαιτείται ολική κολεκτομή, δηλαδή αφαιρείται ολόκληρο το παχύ έντερο για να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν οι επιπλοκές καθώς και η ίδια η νόσος. Επιπλέον με αυτό το μέτρο είναι αδύνατη η ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Για την εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα η

επέμβαση εκλογής είναι η ολική κολεκτομή με αναστόμωση του ειλεϊκού θυλάκου με τον πρωκτό, δηλαδή αφαίρεση όλου του παχέος εντέρου και του ορθού. Ταυτόχρονα με την επέμβαση δημιουργείται μια ειλεοστομία η οποία παραμένει 2-3 μήνες μέχρι την επούλωση της αναστόμωσης στον πρωκτό. Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία της επούλωσης γίνεται σύγκλιση της ειλεοστομίας και ο ασθενής πραγματοποιεί μέχρι 8 κενώσεις μέσα στην μέρα από τον πρωκτό. Πιθανές αντενδείξεις της ολικής κολεκτομής με αναστόμωση του ειλεϊκού θυλάκου με τον πρωκτό αποτελούν η παχυσαρκία, η προχωρημένη ηλικία καθώς και άλλοι παράγοντες, σε αυτούς τους ασθενείς γίνεται μόνιμη ειλεοστομία (Lemone & Burke, 2006).

Η ειλεοστομία είναι μια εντεροστομία η οποία αφορά τον ειλέο και συνήθως το παχύ έντερο, το ορθό και ο πρωκτός έχουν ήδη αφαιρεθεί εντελώς. Η τελική μοίρα του ειλεού φέρεται στην επιφάνεια τού σώματος μέσω του δεξιού κοιλιακού τοιχώματος και ο πρωκτικός σωλήνας συγκλείνεται ώστε να δημιουργηθεί η στομία. Στην περίπτωση που ο ασθενής υποβάλλεται σε ολική κολεκτομή με αναστόμωση του ειλεϊκού θυλάκου με τον πρωκτό μπορεί παράλληλα να γίνει και μια ειλεοστομία προσωρινή για να αποβάλλονται από εκεί τα κόπρανα μέχρι να επουλωθεί η ειλεοπρωκτική αναστόμωση. Από την στιγμή που η ειλεοστομία δεν είναι απαραίτητη ο ασθενής μπαίνει σε δεύτερο χειρουργείο στο οποίο γίνεται αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου καθώς και της σύγκλισής του ώστε η αποβολή των κοπράνων να γίνεται μέσω της φυσιολογικής οδού (Lemone & Burke, 2006).

Στην εγκρατή ειλεοστομία ή ειλεοστομία Kock δημιουργείται μια ενδοκοιλιακή δεξαμενή και μια βαλβίδα με αναδίπλωση του ειλεού από την τελική μοίρα του ειλεού πριν η έλκα του ειλεού φτάσει την επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος για την κατασκευή στομίας. Την στιγμή που η βαλβίδα με αναδίπλωση του ειλεού διαφύγει μέσω της στομίας στο εσωτερικό θύλακο συλλέγονται τα κόπρανα. Για την παροχέτευση των κοπράνων εισάγεται ένας ειδικός καθετήρας μέσα στον θύλακο του εντέρου (Lemone & Burke, 2006).

12.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές διακρίνονται σε κολικές και εξωκολικές. Στις κολικές επιπλοκές περιλαμβάνεται το τοξικό megacolon, η διάτρηση του εντέρου, η ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου, η αιμορραγία η οποία αρχικά είναι ήπια και τα περιπρωκτικά αποστήματα και συρίγγια. Στις εξωκολικές επιπλοκές περιλαμβάνεται η σκληρυντική

χολαγγειίτιδα, το οζώδες ερύθημα, η αγγειίτιδα, η επισκληρίτιδα και ιρίτιδα και η μεταβολική οστεοπάθεια και αρθρίτιδα (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Στις επιπλοκές της ελκώδους κολίτιδας έχουμε: αιμορραγία, διάτρηση του παχέος εντέρου και τοξικό megacolon. Στους σοβαρούς παροξυσμούς υπάρχει κίνδυνος για μαζική αιμορραγία. Το τοξικό megacolon είναι μια κατάσταση στην οποία το παχύ έντερο μεγαλώνει και παρατηρείται μια οξεία κινητική παράλυση με αποτέλεσμα να υπερβεί η διάμετρος του ακόμη και τα 6 εκατοστά προσβάλλοντας ολόκληρο ή ένα μέρος από το παχύ έντερο. Η εμφάνιση του τοξικού megacolon πυροδοτείται από διαταραχές του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών ή από την χορήγηση ναρκωτικών αναλγητικών. Τα συμπτώματα είναι: πυρετός, ταχυκαρδία, υπόταση, ευαισθησία της κοιλιάς και μεταβολή του αριθμού κενώσεων κάθε μέρα. Επιπλέον, πιο σπάνια βέβαια, παρατηρείται και διάτρηση, στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου ή ορθού είναι μεγαλύτερος κυρίως όταν έχει εξαπλωθεί σε ολόκληρο το παχύ έντερο (Lemone & Burke, 2006).

Η αιμορραγία είναι μια κατάσταση στην οποία το 3% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα αντιμετωπίζονται συντηρητικά με μεταγγίσεις αίματος. Στις περιπτώσεις που η αιμορραγία δεν ελεγχθεί ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο για χειρουργείο για επείγουσα κολεκτομή. Η εντερική διάτρηση παρατηρείται σε περιπτώσεις βαριάς ή κεραυνοβόλου μορφής της νόσου, εμφανίζεται με απότομη επιδείνωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και ταχυκαρδία. Η διάτρηση του εντέρου χαρακτηρίζεται από μια μικρή οπή στο τοίχωμα του εντέρου με αποτέλεσμα το εντερικό περιεχόμενο να διαφεύγει από την οπή αυτή μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλώντας περιτονίτιδα. Η επιπλοκή αυτή συμβαίνει στην περίπτωση που η φλεγμονή απλωθεί σε όλο το πάχος του τοιχώματος ακόμη και αν εμφανιστεί σε κάποια συγκεκριμένη περιοχή. Για την μείωση της έντασης των συμπτωμάτων μπορούν να βοηθήσουν τα κορτικοειδή, όπως σε αιφνίδιους κοιλιακούς πόνους, πυρετό και στην απουσία σύσπασης του κοιλιακού τοιχώματος. Επιπλέον μέσω αντικειμενικής εξέτασης επιβεβαιώνεται η ελάττωση των εντερικών ήχων, η ευαισθησία στην ψηλάφηση του εντερικού τοιχώματος και η διάταση της κοιλιάς (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Επιπλέον, η σκληρυντική χολαγγειίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του ενδοηπατικού και εξωηπατικού περιεχομένου. Η πιο συχνή δερματολογική εκδήλωση της νόσου είναι το οζώδες ερύθημα και παρατηρείται περισσότερο στις γυναίκες και στα παιδιά. Πρόκειται για οζώδεις, υπόσκληρες, επώδυνες διηθήσεις του δέρματος

κυρίως στις επιφάνειες των άκρων και στην κνήμη. Στην επισκληρίτιδα και ιρίτιδα τα συνήθη συμπτώματα είναι κεφαλαλγία, φωτοφοβία, πόνος στο οφθαλμικό βολβό και θάμβος οράσεως το οποίο υποχωρεί με τοπική και συστηματική θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Η αγγειίτιδα αφορά συνήθως τα αγγεία του δέρματος και των πνευμόνων ενώ η μεταβολική οστεοπάθεια και αρθρίτιδα είναι αποτέλεσμα δυσαπορρόφησης της βιταμίνης D ή παρενέργεια λόγω της χρήσης στεροειδών (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η πλήρης εκτίμηση της συνολικής κατάστασης της υγείας του ασθενούς γίνεται με την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού για αυτό πριν από οποιαδήποτε φυσική εξέταση λαμβάνουμε το ιστορικό του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό συγκεντρώνονται πληροφορίες και δεδομένα σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό φλεγμονώδους πάθησης του εντέρου το οποίο δείχνει την γενική προδιάθεση, τα συμπτώματα, τις θεραπείες που ακολουθεί ο ασθενής ή ακολούθησε στο παρελθόν, την ηλικία, τα φάρμακα (τρέχοντα ή παλαιότερα) καθώς και τις ημερομηνίες αλλά και τους τύπους χειρουργικών επεμβάσεων (Kemp et al., 2018).

Πιο αναλυτικά το ιστορικό υγείας πρέπει να περιλαμβάνει τις εκδηλώσεις που παρουσιάζει ο ασθενής, συμπεριλαμβανομένων την έναρξη της νόσου, τον τρόπο που ξεκίνησε, την εξέλιξη της, τα χαρακτηριστικά, τη βαρύτητα, τους παράγοντες που επιδεινώνουν ή και βελτιώνουν την κατάσταση και φυσικά τα συμπτώματα και κάτω από ποιες συνέπειες εμφανίζονται. Επιπλέον οι νοσηλευτές πρέπει να ζητάνε από τον ασθενή να περιγράψει την συχνότητα των κενώσεων και τους χαρακτήρες των κοπράνων. Ακόμη πρέπει να ρωτήσουν τον ασθενή για τυχόν δίαιτα που μπορεί να ακολουθεί ή να ακολουθούσε στο παρελθόν για να διατηρήσει το σωματικό του βάρος και το επίπεδο θρέψης. Επίσης στο ιστορικό υγείας πρέπει να αναφέρονται οι τροφές που έχει ο ασθενής δυσανεξία καθώς και εκδηλώσεις όπως είναι η κόπωση, οι αρθραλγίες και η κακουχία. Επιπρόσθετα πρέπει να αναφέρεται η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί ο ασθενής όπως και οι προηγούμενες θεραπείες που είχε ακολουθήσει και οι διαγνωστικές του εξετάσεις (Lemone et al., 2014).

Σχετικά με την διατροφή ιδιαίτερη βάση δίνεται στα τρόφιμα που ο ασθενής έχει δυσανεξία, συνήθεις είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα. Για μια πιο ολοκληρωμένη εκτίμηση οι νοσηλευτές πρέπει να ρωτήσουν τον ασθενή για τυχόν συνδυασμό κάποιων συμπτωμάτων όπως απώλεια βάρους, πόνος στην κοιλιά, διάρροια και συσπάσεις καθώς και για την συχνότητα των καθημερινών του κενώσεων (Chadda, 2013).

Οι νοσηλευτές πρέπει να ρωτήσουν τον ασθενή για συμπτώματα όπως, σύσπαση, κοιλιακό άλγος, πίεση, διάρροια, αιματηρές κενώσεις καθημερινά, ανορεξία και εύκολη κόπωση καθώς αυτά παρατηρούνται στην οξεία φάση της ελκώδους κολίτιδας.

Επιπλέον αρκετά σημαντικό είναι να ενημερωθεί ο νοσηλευτής σχετικά με το χρώμα, το περιεχόμενο, το σχήμα και την παρουσία ή απουσία αίματος στις κενώσεις του ασθενούς. Ακόμη πρέπει να ρωτηθεί ο ασθενής για τυχόν εξωεντερικών εκδηλώσεων όπως προβλήματα στην όραση, προβλήματα στο δέρμα, αρθρίτιδα και στοματικά έλκη. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να συσχετίζουν την εμφάνιση διαρροϊκών κενώσεων με το χρονικό διάστημα των γευμάτων, της κατάθλιψης, των δραστηριοτήτων και τον πόνο αντίστοιχα που νιώθει ο ασθενής (Ignatavicius & Workman, 2008).

Όσον αφορά την φυσική εξέταση οι νοσηλευτές παρατηρούν την γενική κατάσταση του ασθενούς, το σωματικό του βάρος, τα ζωτικά του σημεία, συμπεριλαμβανομένης και την μέτρηση σε όρθια θέση της αρτηριακής πίεσης για την αναγνώριση τυχόν ορθοστατικής υπότασης. Ακόμη εξετάζεται η κοιλιά του ασθενούς για εντερικούς ήχους, ψηλάφηση για ευαισθησία και μάζες, ύπαρξη στομίας ή ουλών (Lemone et al., 2014).

Ο ασθενής που πάσχει από ελκώδη κολίτιδα πιθανόν να εμφανίσει ποικίλα συμπτώματα τα οποία διαφέρουν ανάλογα με την βαρύτητα της οξείας έναρξης και με τις επιπλοκές κατά την πρόοδο της νόσου. Στην ήπια μορφή της νόσου τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κυμαίνονται στα φυσιολογικά επίπεδα ενώ σε μια πιο σοβαρή περίπτωση μπορεί να έχουμε χαμηλή πυρετική κίνηση, από 37,2 έως 37,8 ° C. Επίσης ο ασθενής μπορεί να μην έχει πυρετό αλλά να παρουσιάσει έντονη ταχυκαρδία γεγονός που υποδηλώνει επιπλοκές όπως αφυδάτωση, περιτονίτιδα και διάτρηση του παχέος εντέρου, κυρίως στην περίπτωση ένοχου κοιλιακού πόνου ή μυϊκής σύσπασης (Ignatavicius & Workman, 2008).

Επιπλέον πρέπει να εξετάζεται και ο τρόπος ζωής του ασθενούς όπως και οι συνήθειες του μιας και τα άτομα που παρουσιάζουν φλεγμονές εντέρου είναι χρόνιοι ή τακτικοί καπνιστές ενώ χαρακτηριστικό είναι πώς έχουν ιδιαίτερα αυξημένα τα επίπεδα άγχους. Για τον λόγο αυτό γίνεται ψυχοκοινωνική εκτίμηση για την αξιολόγηση της ψυχολογικής ευημερίας και των εκδηλώσεων που φέρει ο ασθενής και μπορεί να τον κλονίσουν κοινωνικά και ατομικά (Chadda, 2013).

2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κατά το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή με ΙΦΝΕ θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η χρόνια φύση της νόσου και η τάση της να υποτροπιάζει. Η διάρροια καθώς και η διαταραχή της εικόνας του σώματος είναι σημαντικά προβλήματα για τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με ΙΦΝΕ. Στις βαριές μορφές της νόσου θα πρέπει να δίνεται προτεραιότητα και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της θρέψης (Lemone et al., 2014).

Η διάρροια μπορεί να είναι συχνή και επώδυνη κατά τη διάρκεια ενός παροξυσμού επηρεάζοντας τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του ασθενούς και αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης ελλείμματος όγκου υγρών και λύσης της συνέχειας του δέρματος. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι να καταγράφουν τη συχνότητα, την ποσότητα αλλά και το χρώμα των κενώσεων του ασθενούς χρησιμοποιώντας ένα ειδικό διάγραμμα. Επίσης πρέπει να ελέγχονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κάθε 4 ώρες, ενδείξεις ύπαρξης ελλείμματος όγκου υγρών αποτελούν ο πυρετός, η ταχυκαρδία και η ταχύπνοια. Καθημερινά πρέπει να μετρούν και να καταγράφουν οι νοσηλευτές το σωματικό βάρος του ασθενούς, γνωρίζοντας πως η ταχεία απώλεια σωματικού βάρους υποδηλώνει απώλεια όγκου υγρών και η απώλεια βάρους σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών υποδηλώνει υποθρεψία. Επιπλέον πρέπει να γίνεται αξιολόγηση για άλλες ενδείξεις ελλείμματος όγκου υγρών όπως, ξερό ή ζεστό δέρμα, λήθαργος, πτωχή σπαργή δέρματος, ξηροί και στυλπνοί βλεννογόνοι, δίψα και αδυναμία. Για να αποσυμφορηθεί το έντερο πρέπει οι νοσηλευτές να διακόψουν τη σίτιση ή να περιορίσουν την πρόληψη της τροφής από το στόμα. Η αποσυμφόρηση του εντέρου κατά τη διάρκεια ενός οξέος παροξυσμού της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου βοηθά στο να επουλωθούν οι ιστικές βλάβες, να μειωθεί η διάρροια και η βαρύτητα των άλλων συμπτωμάτων. Οι νοσηλευτές πρέπει να χορηγούν αντιφλεγμονώδη φάρμακα και αντιδιαρροϊκά, σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες καθώς τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα μειώνουν την βαρύτητα της φλεγμονής του εντέρου αλλά και τη διάρροια ενώ τα αντιδιαρροϊκά συμβάλλουν στην μείωση των απωλειών σε υγρά. Η χορήγηση των υγρών πρέπει να γίνεται από το στόμα ή ενδοφλεβίως, ανάλογα με τις ενδείξεις. Στην περίπτωση που δοθεί οδηγία για τη χορήγηση διαίτας ή ολικής παρεντερικής διατροφής υπάρχει περίπτωση να χρειαστούν περισσότερα υγρά για την κάλυψη των αναγκών του οργανισμού. Επιπρόσθετα οι νοσηλευτές πρέπει να φροντίζουν το δέρμα του ασθενούς καθώς το έλλειμμα όγκου υγρών και η αφυδάτωση

των ιστών αυξάνουν τον κίνδυνο λύσης της συνέχειας του δέρματος. Λόγω της διάρροιας οι νοσηλευτές πρέπει να εξετάζουν και την περιπρωκτική περιοχή για τυχόν ερεθισμό ή εξελκώσεις του δέρματος. Για τον καθαρισμό του δέρματος χρησιμοποιούνται τολύπια βάμβακος εμποτισμένα με φυτικό εκχύλισμα και έπειτα εφαρμόζεται μια προστατευτική κρέμα για την προστασία του δέρματος από την ερεθιστική δράση των διααρροϊκών κενώσεων (Lemone et al., 2014).

Ο ασθενής με ΙΦΝΕ μπορεί να νιώσει απογοήτευση λόγω του ότι αδυνατεί να ελέγξει ή να καθορίσει την συχνότητα των κενώσεων, κυρίως όταν η νόσο είναι σε προχωρημένο στάδιο. Η διάρροια μπορεί να απορρυθμίσει τον ασθενή από την καθημερινότητα του, την δουλειά του, τους στόχους του, την συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την σεξουαλική του δραστηριότητα καθώς και από τις κύριες ανάγκες του όπως, ο ύπνος και η τροφή. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να παρατηρηθεί διαταραχή της εικόνας του σώματος. Θεραπεία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου αποτελούν η ειλεοστομία, η ολική κολεκτομή και η χρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών. Συνεπώς αρκετά σημαντικό είναι οι νοσηλευτές να δείχνουν πώς αποδέχονται τα συναισθήματα αλλά και την αντίληψη που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του μιας και η απόρριψη των αντιλήψεων του ασθενούς παρεμποδίζει στη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με αυτόν. Επιπλέον οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουν τη συζήτηση με τον ασθενή για τις μεταβολές της εικόνας του σώματος του και τις συνέπειες που έχουν στην αντίληψη που έχει για τον εαυτό του. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να εκφράσει την επίδραση που έχει η νόσος αλλά και η θεραπεία της στην ζωή του. Επίσης πρέπει να ενθαρρύνουν τη συζήτηση για τις ανησυχίες του ασθενή όσον αφορά τις συνέπειες της νόσου ή της θεραπείας, στις στενές προσωπικές του σχέσεις. Ακόμη πρέπει να τον ενθαρρύνουν να επιλέγει και να αποφασίζει σχετικά με την φροντίδα του αλλά και να συζητούν ανοιχτά και με ειλικρίνεια τις πιθανές θεραπευτικές επιπλοκές και τις συνέπειές τους. Οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουν τον ασθενή να συμμετέχει στη φροντίδα του εκπαιδεύοντας τον και επιδεικνύοντας τις απαραίτητες διαδικασίες, ανάλογα με τις ανάγκες. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να δείχνουν ότι αποδέχονται τον ασθενή παρά τις πιθανές ενοχλήσεις εξαιτίας των δυσάρεστων οσμών ή της διάρροιας. Τέλος, πρέπει οι νοσηλευτές να φέρουν τον ασθενή σε επαφή με άλλους ασθενείς ή με ομάδες ασθενών με την ίδια νόσο αλλά και να τον εκπαιδεύουν σε στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος και να ενθαρρύνουν την εφαρμογή τους (Lemone et al., 2014).

Η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του εντέρου να απορροφά θρεπτικά συστατικά και εξαιτίας των διαρροϊκών κενώσεων είναι δυνατόν να χαθεί αίμα και υγρό πλούσιο σε πρωτεΐνες με αποτέλεσμα να εμφανιστούν διατροφικά ελλείμματα τα οποία θα επηρεάζουν την ανάπτυξη του ασθενή, την επούλωση των ιστικών βλαβών, την οστική πυκνότητα, τη μυϊκή μάζα και το ισοζύγιο ηλεκτρολυτών. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι να παρακολουθούν τις εργαστηριακές εξετάσεις όπως αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, συγκεντρώσεις ηλεκτρολυτών ορού, επίπεδα ολικής πρωτεΐνης και λευκωματίνης ορού, οι οποίες προσφέρουν ενδείξεις για το επίπεδο θρέψης του ασθενούς. Επίσης πρέπει να χορηγούν στον ασθενή την προβλεπόμενη δίαιτα, οι θερμίδες και οι πρωτεΐνες είναι βασικές για την αποκατάσταση των απωλειών των θρεπτικών ουσιών και ο περιορισμός της πρόσληψης λίπους βοηθά στην μείωση της διάρροιας και της απώλειας θρεπτικών ουσιών. Στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να απορροφήσει τις θρεπτικές ουσίες από το έντερο η παρεντερική διατροφή μπορεί να βοηθήσει τόσο στην αποκατάσταση των διαταραχών θρέψης, στην αύξηση του σωματικού βάρους όσο και στην επούλωση των ιστικών βλαβών στον ασθενή με οξέα συμπτώματα. Επίσης οι νοσηλευτές μπορούν να χορηγήσουν στον ασθενή στοιχειώδη σκευάσματα εντερικής διατροφής, τα οποία βοηθούν στην επούλωση των ιστικών βλαβών χωρίς να επιβαρύνουν το έντερο, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες των ιατρών. Ακόμη πρέπει οι νοσηλευτές να προγραμματίζουν την εκτίμηση του ασθενούς από διαιτολόγο και να συμπεριλαμβάνουν στην διδασκαλία και στις συζητήσεις σχετικά με την δίαιτα στα μέλη της οικογένειας αλλά και το άτομο που θα ασχοληθεί με την παρασκευή των γευμάτων (Lemone et al., 2014).

Για να εφαρμόσει ο ασθενής μέσα στην καθημερινότητα του τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα πρέπει να έχει εκπαιδευτεί σωστά από τον νοσηλευτή. Οι νοσηλευτές πρέπει να ενημερώσουν τον ασθενή καθώς και το οικογενειακό του περιβάλλον με γραπτές ή με προφορικές οδηγίες για την φροντίδα της ειλεοστομίας. Επίσης πρέπει να είναι σίγουροι πως ο ασθενής έχει κατανοήσει τη δίαιτα που του συστήνεται και θα αποφύγει τις τροφές που είναι υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες καθώς και την χρήση εντεροδιαλυτών φαρμάκων. Ο ασθενής και οι οικείοι του πρέπει να γνωρίζουν τις ενδείξεις δυσαπορρόφησης και υποθρεψίας καθώς και το πότε να ζητήσουν βοήθεια από τον ιατρό του ασθενούς. Επιπλέον αρκετά σημαντικό είναι η πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών και η αύξηση της πρόσληψης υγρών τις ζεστές μέρες, όταν ο ασθενής ασκείται ή ασχολείται με κοπιαστική δουλειά και όταν

παρουσιάζει πυρετό. Στην περίπτωση που προγραμματίζεται χειρουργική επέμβαση ή αν ο ασθενής έχει ήδη υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση οι νοσηλευτές στις οδηγίες για τη φροντίδα του ασθενούς στο σπίτι πρέπει να συμπεριλαμβάνουν: τη φροντίδα της αναστόμωσης IPAA ή της ειλεοστομίας, υπόδειξη πηγών για τη φροντίδα της στομίας, χρήση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή και ενημέρωση ασθενούς για τις ομάδες υποστήριξης των ατόμων με στομία. Ο ασθενής πρέπει να απευθυνθεί σε κάποιο διαιτολόγο, σε τοπική υπηρεσία φροντίδας υγείας, σε υπηρεσία για την παροχή κατ' οίκον φροντίδας και σε υπηρεσίες που ασχολούνται με τις ενδοφλέβιες χορηγήσεις υγρών και φαρμάκων κατ' οίκον σύμφωνα πάντα με τις ενδείξεις (Lemone et al., 2014).

Ο ασθενής με ελκώδη κολίτιδα βασανίζεται από κοιλιακό άλγος και συσπάσεις κυρίως στις εξάρσεις της νόσου για το λόγω αυτό οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθήσουν τον ασθενή να μειώσει ή να εξαλείψει τους παράγοντες που μπορεί να μεγαλώσουν τις επώδυνες εμπειρίες. Ένας από τους κύριους ρόλους των νοσηλευτών είναι να αξιολογήσουν με μεγάλη προσοχή τον πόνο του ασθενούς. Αρχικά πρέπει να διερευνήσουν τον πόνο του ασθενούς, την περιοχή, τα χαρακτηριστικά, την έναρξη, τη διάρκεια, τη συχνότητα, την ένταση και την ποιότητα του πόνου. Έπειτα πρέπει να εκτιμήσουν παρέα με τον ασθενή την αποτελεσματικότητα των μέτρων που είχε λάβει στο παρελθόν για την αντιμετώπιση του πόνου. Επίσης οι νοσηλευτές πρέπει να χορηγούν αντιδιαρροϊκή αγωγή για τον έλεγχο της διάρροιας, να περιορίζουν τους παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο, όπως φόβος, κόπωση, έλλειψη γνώσης, μονοτονία αλλά και να εκπαιδεύσουν τον ασθενή σχετικά με τη χρήση μη φαρμακολογικών τεχνικών πριν, μετά ή στη διάρκεια των επώδυνών δραστηριοτήτων (Ignatavicius & Workman, 2008).

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι κατηγοριοποίησης του πόνου με πιο γνωστούς τον οξύ και τον χρόνιο πόνο. Η αξιολόγηση του πόνου αποτελεί το πρωταρχικό βήμα στη διαδικασία αντιμετώπισης του και μια πλήρης αξιολόγηση στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διεργασίας είναι αναγκαία για να μπορέσει κανείς να αντιληφθεί την κατάσταση τους ασθενούς, να επιλέξει την κατάλληλη αναλγητική θεραπεία, να προγραμματίσει τις απαραίτητες παρεμβάσεις, να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητας τους και να μεταποιήσει την αγωγή αντίστοιχα με την αντίδραση του ασθενούς. Ο πόνος σε σπάνιες περιπτώσεις είναι στατικός οπότε η αξιολόγηση του δεν είναι μια στιγμιαία διαδικασία αλλά συνεχής. Τα εργαλεία αξιολόγησης του πόνου διακρίνονται σε μονοδιάστατα, τα οποία μετρούν τη διάσταση του πόνου, είναι ακριβή, γρήγορα και

εύκολα στην χρήση και σε πολυδιάστατα τα οποία δίνουν πληροφορίες για την ποιότητα και την ποσότητα του πόνου. Οι Προφορικές Περιφερικές Κλίμακες βασίζονται σε αριθμητικά κατατασσόμενες λέξεις, όπως «καθόλου», «μέτριος», «ελαφρά», «έντονος» και «αφόρητος» για την αξιολόγηση τόσο της έντασης του πόνου όσο και της απάντησης στην αναλγητική αγωγή. Οι Αριθμητικές Κλίμακες Αξιολόγησης παρέχονται σε έντυπη μορφή και προφορική μορφή. Η έντυπη μορφή περιγράφεται ως κάθετη ή οριζόντια γραμμή με «0» (καθόλου πόνος) στην μία άκρη και «10» (αφόρητος πόνος) στην άλλη άκρη. Η προφορική μορφή της κλίμακας μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ασθενείς με μειωμένη όραση ή από άτομα που δεν ξέρουν την γλώσσα της χώρας στην οποία νοσηλεύονται. Οι Οπτικές Αναλογικές Κλίμακες χρησιμοποιούν φωτογραφίες ή σκίτσα προσώπων με χαρακτηριστικά προσώπου που ισοδυναμούν με απουσία πόνου προχωρώντας σταδιακά σε πρόσωπα που δείχνουν δυσφορία/πόνος. Οι Χρωματικές Κλίμακες δίνουν τη δυνατότητα στον ασθενή να επιλέξει κάποιο χρώμα που αντιπροσωπεύει την αντίστοιχη αίσθηση του πόνου, κατά κανόνα χρησιμοποιούνται μικρές χρωματιστές κάρτες, μαρκαδόροι ή μολύβια. Οι Κλίμακες Τμηματοποίησης του πόνου χρησιμοποιούν ίδια αντικείμενα (νομίσματα ή μάρκες) που το καθένα εκπροσωπεί ένα μέρος του συνόλου του πόνου. Οι Κλίμακες Συμπεριφοράς Πόνου χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με νοητική υστέρηση ή σε ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους. Οι νοσηλευτές αξιολογούν τις εκφράσεις του προσώπου, την κινητικότητα των άκρων, τη σπαστικότητα, το κλάμα, την αντίδραση σε παρηγορητικές κινήσεις ή την αντίδραση στην μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Όσο πιο μεγάλο άθροισμα έχει ο ασθενής τόσο πιο πονάει (Βιβλιάκη, 2015).

3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι νοσηλευτές που αναλαμβάνουν την θεραπεία για την αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας πρέπει να γνωρίζουν καλά τα συγκεκριμένα τα φάρμακα αλλά και τις παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, όπως και τους τρόπους αντιμετώπισης. Επιπλέον οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμούν και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα θρέψης. Πέρα από τις βιολογικές πλευρές της νόσου οι νοσηλευτές πρέπει να ανταπεξέλθουν στην κακή ψυχολογία του ασθενή με ελκώδη κολίτιδα καθώς και των συγγενών του λόγω του ότι ο ασθενής έχει αβεβαιότητα για το μέλλον του. Οι νοσηλευτές με την βοήθεια κάποιου εξειδικευμένου ψυχολόγου πρέπει να αντιμετωπίσουν και αυτό το πρόβλημα και να στηρίξουν τον ασθενή. Πολλές φορές η

αβεβαιότητα για το μέλλον μπορεί να οφείλεται στις παρενέργειές της φαρμακευτικής θεραπείας ή στην χειρουργική θεραπεία προκαλώντας στον ασθενή ανασφάλειες κυρίως στις φάσεις παροξυσμού της νόσου (Osborn et al., 2013).

Η νοσηλευτική φροντίδα, που αφορά τη θεραπεία που ακολουθεί ο ασθενής, έχει σαν στόχο της τον τερματισμό του παροξυσμού για την αποφυγή της υποτροπής. Η χορήγηση φαρμάκων σε περιόδους έξαρσης της νόσου βοηθά στη μείωση των κρίσεων και η φαρμακευτική αγωγή στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων (Chadda, 2013).

Η φαρμακευτική αγωγή εξαρτάται από το στάδιο ύφεσης και έξαρσης των ΙΦΝΕ καθώς και από άλλους παράγοντες. Συνήθως χορηγούνται κορτικοστεροειδή, αντιβιοτικά, 5-αμινοσαλικυλικό οξύ και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα. Η χορήγηση αντι-TNF παραγόντων γίνεται σε αδυναμία ελέγχου της νόσου με άλλα φάρμακα στοχεύοντας στη διατήρηση της ύφεσης για όσο τον δυνατόν περισσότερο χρόνο. Τα φάρμακα που χορηγούνται στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn είναι για την πρόληψη και τη διατήρηση της ύφεσης. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι αρκετά σημαντικός μιας και θεωρούνται ως το πρώτο σημείο επαφής στις κλινικές ειδικότητες που φέρουν την ευθύνη παροχής κοινωνικής υποστήριξης στους ασθενείς. Στόχος της φαρμακευτικής αγωγής είναι η παράταση των περιόδων ύφεσης και η μείωση των εμφανιζόμενων επιπλοκών (Mikocka-Walus et al., 2018).

Η σουλφασαλαζίνη είναι αντιφλεγμονώδες φάρμακο και πριν την χορήγηση του οι νοσηλευτές πρέπει να ελέγξουν για τυχόν αντενδείξεις συμπεριλαμβανομένης της εγκυμοσύνης ή του ιστορικού υπερευαισθησίας σε σαλικυλικά. Επίσης οι νοσηλευτές πρέπει να αξιολογήσουν τις εξετάσεις της νεφρικής λειτουργίας, της ηπατικής αλλά και τη γενική εξέταση αίματος πριν από τη χορήγηση του φαρμάκου. Χορηγείται το φάρμακο σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών. Πριν από τη νυχτερινή κατάκλιση μπορούν να χορηγηθούν υπόθετα ή να γίνουν υποκλυσμοί με το φάρμακο. Τα σκευάσματα του φαρμάκου χορηγούνται από το στόμα με ένα ποτήρι νερό. Αφού χορηγηθεί το φάρμακο αξιολογείται από τους νοσηλευτές η ανταπόκριση του ασθενούς στη θεραπεία. Αναγκαία είναι και η παρακολούθησή τους για τυχόν επιπλοκές, όπως κεφαλαλγία, ναυτία ή εμετός, ανορεξία, πυρετός, ενδείξεις ηπατίτιδας ή μυοκαρδίτιδας, αιμορραγία, μεταβολές της αποβολής ούρων ή της νεφρικής λειτουργίας (Lemone & Burke, 2006).

Τα κορτικοστεροειδή είναι ορμόνες που παράγονται από το φλοιό των επινεφριδίων και είναι σημαντικές για την αντιμετώπιση του οργανισμού απέναντι στο στρες. Πριν από τη χορήγηση των φαρμάκων αυτών οι νοσηλευτές πρέπει να αξιολογήσουν την κατάσταση του ασθενούς καθώς τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν σακχαρώδη διαβήτη, ψυχικές διαταραχές, πεπτικό έλκος και γλαύκωμα. Η μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων και του σωματικού βάρους του ασθενούς πρέπει να γίνεται πριν από αυτή τη θεραπεία αλλά και να συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Χορηγείται το φάρμακο σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών. Η λήψη του φαρμάκου πρέπει να γίνεται το πρωί, μέρα παρά μέρα, έτσι ώστε σε φυσιολογικά επίπεδα να διατηρούνται οι τιμές των γλυκοκορτικοειδών και να μειωθεί η καταστολή της παραγωγής κορτιζόλης από τα επινεφρίδια. Τα σκευάσματα του φαρμάκου χορηγούνται από το στόμα μαζί με τροφή για την αποφυγή πεπτικών παρενεργειών. Επιπλέον παρακολουθούμε για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, οίδημα, υπέρταση και σημεία καρδιακής ανεπάρκειας, δημιουργία πεπτικού έλκους, αιμορραγία, κατάθλιψη, επιθετική διάθεση, αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις και συγκάλυψη των αρχικών εκδηλώσεων μιας λοίμωξης. Με την μακροχρόνια χρήση μπορεί να εμφανιστούν εκδηλώσεις του τύπου του συνδρόμου Cushing, όπως παθολογική εναπόθεση λίπους στο πρόσωπο και στον κορμό, εξασθένηση των μυών και λεπτά άκρα, λέπτυνση του δέρματος και οστεοπόρωση (Lemone & Burke, 2006).

Πέρα από την φαρμακευτική αγωγή λαμβάνονται μέτρα τα οποία αφορούν τη λήψη τροφής και νερού. Στις περιόδους έξαρσης της νόσου ο ασθενής αποφεύγει την κατανάλωση τροφών που επιδεινώνουν την κατάσταση του, όπως ωμά λαχανικά, φρούτα με την φλούδα, γαλακτοκομικά, ξηροί καρποί, εσπεριδοειδή, όσπρια, προϊόντα ολικής αλέσεως καθώς και λιπαρές και τηγανιτές τροφές. Τα τρόφιμα που μπορεί να καταναλώσει είναι τα καλά μαγειρεμένα λαχανικά, τα φρούτα χωρίς φλούδα, το κοτόπουλο, το ψάρι, η γαλοπούλα, το λευκό ψωμί, το ρύζι, τα ζυμαρικά, και ο πουρές πατάτας. Σε περιόδους ύφεσης της νόσου ο ασθενής πρέπει να κάνει μικρά και συχνά γεύματα με επιλογή τροφίμων από όλες τις ομάδες όπως λαχανικά, φρούτα, δημητριακά, γαλακτοκομικά και άπαχο κρέας. Οι αλλαγές στην διατροφή, η λήψη φυσικών συμπληρωμάτων και η δημιουργία ενός προγράμματος για την ανακούφιση από το άγχος μπορεί να φέρουν μεγάλη και διαρκή διαφορά στην ζωή του (Skrautvol & Naden, 2017).

Στην περίπτωση που ενδείκνυται σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή ολική παρεντερική σίτιση σε παιδί με ελκώδη κολίτιδα, οι νοσηλευτές πρέπει να εξηγήσουν τον σκοπό αλλά και την αναμενόμενη έκβαση της διαδικασίας αυτής αναγνωρίζοντας το άγχος του παιδιού και της οικογένειας του όπως επίσης και το ότι μπορεί να χρειαστεί αρκετός χρόνος για να επιδεικνύουν τις απαραίτητες ικανότητες. Όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα, οι νοσηλευτές πρέπει να παρακολουθούν τις συναισθηματικές προεκτάσεις της νόσου και να αντιμετωπίσουν τους παράγοντες που προκαλούν στρες. Επιπλέον οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να προσαρμοστεί σε προβλήματα καθυστέρησης της ανάπτυξης και της σεξουαλικής ωρίμανσης, σε διαιτητικούς περιορισμούς, σε συναισθήματα ότι είναι «διαφορετικό» ή «άρρωστο», σε αδυναμία ανταγωνισμού με άλλους συνομήλικους και στις αναγκαίες απουσίες από το σχολείο σε περίπτωση έξαρσης της νόσου. Στην περίπτωση που είναι απαραίτητη η μόνιμη κολεκτομή- ειλεοστομία οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδεύουν τους γονείς του παιδιού καθώς και το ίδιο σχετικά με τον τρόπο φροντίδας της ειλεοστομίας. Ακόμη οι νοσηλευτές μπορούν να τονίσουν τις θετικές πλευρές της επέμβασης, την ενίσχυση της ανάπτυξης και της σεξουαλικής ωρίμανσης, τη μόνιμη ανάρρωση και τον μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στην ελκώδη κολίτιδα όπως και την φυσιολογική ζωή που μπορεί να έχει. Επιπρόσθετα η γνωριμία του παιδιού και των γονέων με άλλους ασθενείς παρόμοιας ηλικίας με στομία μπορεί να βοηθήσει στο να αποδεχθεί το παιδί αυτή την κατάσταση (Hockenberry & Wilson, 2011).

Αρκετά σημαντικό για τη διαχείριση των ΙΦΝΕ είναι να εκπαιδεύσουν οι νοσηλευτές σωστά τον ασθενή. Για την υγειονομική περίθαλψη σημαντικές πτυχές αποτελούν η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η ενσυναίσθηση και η δέουσα μεταχείριση. Τα άτομα με ΙΦΝΕ έχουν ανάγκη πέρα από τη φροντίδα, για πληροφορίες σχετικά με τη νόσο. Για τον λόγο αυτό πρέπει να γνωρίζουν τον τρόπο και τον χρόνο μετάδοσης της νόσου, τα συμπτώματα, τις επιπλοκές και το πως να διαχειριστούν την όλη κατάσταση στην καθημερινότητα τους. Η πληροφόρηση είναι η σημαντικότερη πτυχή της υψηλής ποιότητας φροντίδας και μέσω της εκπαίδευσης ο ασθενής μπορεί να διαχειριστεί την νόσο (Lesnovska et al., 2017).

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων το οποίο δίνει τη δυνατότητα σε πολλούς να αποκτήσουν ή να ανακτήσουν τις πρακτικές δεξιότητες που απαιτούνται ώστε να ζουν μέσα στην κοινότητα αντιμετωπίζοντας αποτελεσματικά όλα τους τα προβλήματα. Με την βοήθεια ειδικών μπορούν να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες στον ελεύθερο τους χρόνο, νιώθοντας έτσι αυτοπεποίθηση. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διδάσκει δεξιότητες όπως την προσωπική υγιεινή, τη μαγειρική, τη διαίτα, τις αγορές, την οικοκυρική και την χρήση διαφόρων μεταφορικών μέσων (Βιβλιακή και συν, 2015).

Στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό ο ψυχολογικός τομέας. Το ανθρώπινο σώμα είναι προγραμματισμένο από την φύση του να κατευθύνει και να επιβάλλεται σημαντικές λειτουργίες. Οι επιρροές είναι άμεσες στο σώμα του ασθενούς και κατ' επέκταση στην ψυχολογική του ισορροπία και στον τρόπο που αντιμετωπίζει την κατάσταση. Στην περίπτωση που η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο τα συμπτώματα αρχίζουν να αποτελούν μέρος της ταυτότητας του ασθενούς (Chadda, 2013).

Το να μάθει να ζει με τα συμπτώματα περιλαμβάνει την διαρκή υιοθέτηση και άλλων στρατηγικών αντιμετώπισης. Τα συμπτώματα της ελκώδους κολίτιδας είναι επώδυνα, όμως οι περίοδοι ύφεσης και επιδείνωσης είναι απρόβλεπτες. Ακόμη υπάρχει αβεβαιότητα δεδομένου του ότι η απώλεια ελέγχου των εντερικών κινήσεων του εντέρου μπορεί να προκύψει οποιαδήποτε στιγμή με αποτέλεσμα οι ασθενείς να εξετάσουν το περιβάλλον τους για να βεβαιωθούν πως υπάρχει κοντά τους τουαλέτα αποφεύγοντας πολλές φορές κάποιες κοινωνικές συγκυρίες, κυρίως εκείνες που περιλαμβάνουν φαγητό και ποτό σε δημόσιο χώρο. Επιπλέον αυτό που απασχολεί τα άτομα με ελκώδη κολίτιδα είναι το αν θα κάνουν ή όχι εγχείρηση, η οποία μεν θα τους απαλλάξει από την νόσο αλλά η ύπαρξη της συσκευής ειλεοστομίας θα τους αλλάξει το σώμα και θα πρέπει να μάθουν να την χρησιμοποιούν και να ζουν με αυτή (Nettleton, 2002).

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι να βοηθήσουν τον ασθενή να αποδεχτεί τη νέα αυτή πρόκληση και την ιδιαιτερότητα του χωρίς να αισθάνεται άσχημα. Για να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός οι νοσηλευτές πρέπει να πληροφορήσουν νωρίς τον ασθενή για την νόσο και να τον παρακινήσουν να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Είναι σημαντικό το άτομο να κατέχει τις αρμόζουσες δεξιότητες, μεταξύ των οποίων η

ενσυναίσθηση και η συναισθηματική νοημοσύνη προκειμένου να δώσει στον ασθενή την αφορμή να νιώσει οικία και άνετα μαζί του, αλλά κυρίως να τον εμπιστευτεί και παρέα να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα (Kaitlyn et al., 2018).

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

1. Το είδος της έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την υλοποίηση της παρούσας εργασίας είναι δευτερογενής. Η συγκεκριμένη έρευνα σχεδιάστηκε για να κατανοήσουμε καλύτερα τα νέα δεδομένα για τις νέες μεθόδους της ελκώδους κολίτιδας και την εφαρμογή τους στην κλινική πράξη. Στόχος της έρευνας ήταν να εξετάσουμε τα νέα δεδομένα και την τρέχουσα βιβλιογραφία που υπάρχει στο διαδίκτυο για την ελκώδη κολίτιδα.

2. Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από δέκα επιστημονικά άρθρα, τα οποία έχουν δημοσιευτεί στην αγγλική γλώσσα κατά τις χρονολογίες του 2019 έως το 2021 στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Τα άρθρα αυτά αναλύουν νέες πληροφορίες και ευρήματα που αφορούν την ελκώδη κολίτιδα. Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών σχετικά με το πόσο σημαντικό ρόλο έχουν στην πορεία της νόσου, καθώς πρόκειται για μια χρόνια ασθένεια με συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο οπότε οι νοσηλευτές καλούνται να εφαρμόσουν τις συναισθηματικές και τις γνωστικές τους δεξιότητες αντιμετωπίζοντας με αυτό τον τρόπο το πρόβλημα του κάθε ασθενή.

3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία διετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από άρθρα, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «ελκώδης κολίτιδα» (ulcerative colitis), «διατροφή» (diet), «κάπνισμα» (smoking), «νόσος Crohn» (Crohn's disease), «νοσηλευτική διεργασία» (nursing intervention).

4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την εύρεση των επιστημονικών άρθρων αρχικά πήγα στην εφαρμογή Google, πληκτρολόγησα την λέξη PubMed και έκανα αναζήτηση. Στην συνέχεια άνοιξα την

μηχανή αναζήτησης της PubMed και σαν πρώτη επιλογή έβαλα τις λέξεις κλειδιά (“ulcerative colitis” AND “diet”). Κάνοντας αναζήτηση μου εμφάνισε 1.536 άρθρα, έπειτα έβαλα στην αναζήτηση ανά έτος 2020-2021 για να μου εμφανίσει τα πιο πρόσφατα άρθρα, ο αριθμός των άρθρων μειώθηκε στα 146 από τα οποία κάποια τα χρησιμοποίησα. Κατόπιν άλλαξα των συνδυασμό των λέξεων σε (“ulcerative colitis” AND “ Crohn's disease”), κάνοντας αναζήτηση μου εμφάνισε 16.738 άρθρα όποτε έβαλα στην αναζήτηση ανά έτος 2019-2021 και τα άρθρα μειώθηκαν στα 2.932. Έπειτα πρόσθεσα στις λέξεις κλειδιά την λέξη “smoking” γράφοντας (“ulcerative colitis” AND “ Crohn's disease” AND “smoking”) και κάνοντας αναζήτηση μου εμφάνισε 94 αποτελέσματα (το χρονικό περιθώριο 2019-2021). Ο τελευταίος συνδυασμός λέξεων που έκανα ήταν (“ulcerative colitis” AND “ nursing intervention”) εμφανίζοντας μου 67 αποτελέσματα (το χρονικό περιθώριο 2019-2021). Στο σημείο αυτό έκανα ενεργοποίηση νέων φίλτρων και επιλογή νοσηλευτικών περιοδικών μόνο (Nursing journals) και μου εμφάνισε 6 άρθρα χρησιμοποιώντας επίσης κάποια από αυτά. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων ήταν «ελκώδη κολίτιδα» (ulcerative colitis), «διατροφή» (diet), «κάπνισμα» (smoking), «νόσο Crohn» (Crohn's disease), «νοσηλευτική διεργασία» (nursing intervention) και ο συνδυασμός των λέξεων αυτών με βοήθησε να συγκεντρώσω τα δέκα άρθρα που χρειαζόμουν. Ο τρόπος που επέλεξα αυτά τα άρθρα ήταν με βάση το θέμα της αναζήτησης μου ελέγχοντας τον τίτλο των άρθρων που μου εμφάνιζε η μηχανή αναζήτησης καθώς και την περίληψη τους, επιπλέον αρκετά άρθρα αποκλείστηκαν γιατί η χρονολογία του ήταν πολύ παλιά και οι πληροφορίες που περιείχαν ήταν επαναλαμβανόμενες χωρίς εξειδίκευση. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα κύρια χαρακτηριστικά των δέκα άρθρων με βάση τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού.

5.Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων

Πίνακας 1.

α/α	Συγγραφέας, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	Rubin et al., (2019), Αμερική.	Ποιοτική μελέτη.	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσουν τόσο τη διαδικασία της διάγνωση όσο και τις υπάρχουσες θεραπείες της νόσου που συνεχώς βελτιώνονται.	Από την μελέτη αυτή προέκυψε πως ανάλογα με τα συμπτώματα του κάθε ασθενούς, την έκταση της φλεγμονής και τη σοβαρότητα της κατάστασής του, χορηγούνται σε αυτόν και τα αντίστοιχα φάρμακα. Για να παρακολουθούν την πορεία της νόσου και να προλάβουν τυχόν εμφάνιση καρκίνου οι ασθενείς πρέπει να μπουν στην διαδικασία να κάνουν κολονοσκόπηση.
2	Shafiee et al., (2020), Μαλαισία.	Ποιοτική έρευνα, ένα ημι-δομημένο τροποποιημένο ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε 64 ασθενείς μέσω συνέντευξης.	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να συγκρίνουν τους ανενεργούς ασθενείς με UC με τους ενεργούς. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν	Τα ευρήματα μας υποδεικνύουν πως οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είναι περισσότερο επιρρεπείς στην αποφυγή της τροφής

			δημογραφικά, διατροφικά, ανθρωπομετρικά, αποφυγή τροφής και πεποιθήσεις.	από τους ανενεργούς ασθενείς.
3	Crooks et al., (2020).	Ποιοτική έρευνα, χορηγήθηκε σε 208 συμμετέχοντες με αδρανή ελκώδη κολίτιδα ένα ερωτηματολόγιο.	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να γίνει αναφορά στις διατροφικές πρακτικές και πεποιθήσεις των ατόμων με ανενεργή ελκώδη κολίτιδα.	Τα κύρια ευρήματα έδειξαν πως ένα 40% των ατόμων πιστεύει πως η δίαιτα μπορεί να προκαλέσει υποτροπή της νόσου.
4	Le Berre et al., (2020).	Ποιοτική έρευνα, χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο σε απευθείας σύνδεση μέσω διαδικτύου με 41 ερωτήσεις σε 1.050 ασθενείς με IBD που ήταν καπνιστές ή κατανάλωναν ένα εναλλακτικό προϊόν καπνίσματος.	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να κατανοήσουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την επίδραση του καπνίσματος στην IBD τους και να αξιολογήσουν τις διαφορές μεταξύ των ασθενών με UC και CD.	Τα κύρια ευρήματα έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με UC και CD τόσο στην ευαισθητοποίηση όσο και στην αντίληψη για τον αντίκτυπο του καπνίσματος στη νόσο τους.
5	Erős et al., (2020), Ουγγαρία.	Ποιοτική έρευνα, χορηγήθηκε	Σκοπός της παρούσας μελέτης	Τα ευρήματα μας υποδεικνύουν πως

		ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής για την μεταβατική φροντίδα των εφήβων με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.	ήταν να διερευνήσουν τις εφαρμοζόμενες μεταβατικές πρακτικές στην Ουγγαρία.	μόνο το 15% βάδισε με βάση τις διεθνείς οδηγίες για την φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ενώ στα περισσότερα κέντρα οι συγγενείς δεν εκπαιδεύονται σχετικά με την μετάβαση.
6	Ma et al., (2020).	Ποιοτική έρευνα, μια συστηματική ανασκοπική μελέτη.	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αναθεωρήσουν την βιβλιογραφία σχετικά με τον αντίκτυπο της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου στην σεξουαλική υγεία των ανδρών και να ακολουθήσουν συστάσεις για νοσηλευτική πρακτική- έρευνα.	Από την μελέτη αυτή προέκυψε πως οι άντρες αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην συχνότητα της σεξουαλικής τους επαφής καθώς και στην σεξουαλική τους ικανοποίηση πέρα από τη στυτική λειτουργία. Οι επαγγελματίες υγείας και το εξειδικευμένο προσωπικό μπορεί να τους βοηθήσει παρέχοντας τους ψυχολογική υποστήριξη.
7	Rubin et al., (2020).	Ποιοτική έρευνα.	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσουν το πώς μπορεί η	Τα κύρια ευρήματα που προέκυψαν μετά από πολλές συζητήσεις μας υποδεικνύουν πως

			νόσος του κοροναϊού- 2019 (COVID- 2019) να επηρεάσει τα άτομα με φλεγμονώδης παθήσεις του εντέρου.	η εμφάνιση της νόσου του Crohn ή της ελκώδης κολίτιδας σε ένα άτομο δεν αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον COVID ούτε συμβάλει στην ανάπτυξή του.
8	Ruan et al., (2020), Νοτιοανατολική Κίνα.	Ποιοτική έρευνα, με 16 συμμετέχοντες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας συμβατική μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου.	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ερευνήσει τις εμπειρίες των αλλαγών στην εικόνα του σώματος σε ασθενείς με IBD στην Κίνα και να περιγράψει πως οι αλλαγές αυτές επιδρούν αρνητικά στην συνείδηση των ασθενών για το σώμα τους και τον εαυτό τους.	Τα κύρια ευρήματα έδειξαν πως με την διάγνωση της νόσου και τις παρενέργειες της θεραπείας η ζωή καθώς και η εμφάνιση του ασθενούς αλλάζει κάνοντας τον να χάνει την αυτοεκτίμηση του.
9	Popov et al., (2021).	Ποιοτική μελέτη, με θεματική ανάλυση περιεχομένου.	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι διάφορες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με IBD και	Από αυτή την μελέτη προέκυψε πως ο IBD σχετίζεται με πολύπλοκες προσωπικές προκλήσεις σε διάφορα δημογραφικά στοιχεία.

			να προτείνουν λύσεις για την αντιμετώπιση τους.	
10	Selinger et al., (2021), Ηνωμένο Βασίλειο.	Ποιοτική μελέτη, η μελέτη πραγματοποιήθηκε ως κλινικός έλεγχος.	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσουμε τις επιπτώσεις στην IBD προγεννητικής φροντίδας και τα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης.	Τα ευρήματα μας υποδεικνύουν πως οι προσαρμογές IBD κατά την προγεννητική φροντίδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-2019 δεν έχουν επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών.

Πίνακας 1. Τα κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

6. Ανάλυση των δεδομένων

Τα δέκα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση με βάση το θέμα τους χωρίστηκαν σε ομάδες δημιουργώντας νέες θεματικές ενότητες για την καλύτερη κατανόηση των ευρημάτων και για την ανάδειξη χρήσιμων πληροφοριών.

6.1. Η ελκώδη κολίτιδα στους ενήλικες και η μεταβατική φροντίδα των εφήβων με IBD στην Ουγγαρία.

Σύμφωνα με την μελέτη των Rubin et al., (2019) η ελκώδης κολίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου και του ορθού η οποία απασχολεί αρκετούς ανθρώπους. Η κατάσταση αυτή μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες κυρίως μεταξύ των ηλικιών 15 και 30 ετών. Επιπλέον, οι ασθενείς με ενεργή νόσο συχνά αντιμετωπίζουν διαφορές ψυχολογικές καταστάσεις άγχους και κατάθλιψης και είναι πιθανό να έχουν μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση ή εξέλιξη της σταδιοδρομίας. Επίσης η νόσο αυτή παρουσιάζει πολύμορφους βαθμούς κλινικής δραστηριότητας και σοβαρότητας και συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα. Ανάλογα τα συμπτώματα του

κάθε ασθενούς, την έκταση της φλεγμονής και εξετάζοντας την σοβαρότητα της κατάστασής του, του χορηγούνται και τα αντίστοιχα φάρμακα. Η θεραπεία μπορεί να είναι συστηματική, τοπική, να δοθεί από το στόμα ή ακόμα και να χρειαστεί ο ασθενής να χειρουργηθεί. Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα θα πρέπει να μουν στην διαδικασία του να κάνουν κολονοσκόπηση ώστε να παρακολουθούν την πορεία της νόσου και να προλάβουν τυχόν εμφάνιση του καρκίνου.

Η περιγραφική έρευνα διατομής των Erős et al., (2020) εξέτασε την μεταβατική φροντίδα των εφήβων με φλεγμονώδη νόσου του εντέρου στην Ουγγαρία. Η έρευνα έγινε σε συνεργασία με την Εταιρία Ουγγρικών Γαστρεντερολόγων και την Εταιρία Ουγγρικών Παιδιατρικών Γαστρεντερολόγων και εγκρίθηκε από την Επιτροπή Επιστημονικής και Δεοντολογικής Έρευνας του Ουγγρικού Συμβουλίου Ιατρικής Έρευνας. Επίσης η συμμετοχή των κέντρων ήταν εθελοντική και τα άτομα που ερωτήθηκαν παρέμειναν ανώνυμα. Η μελέτη διεξήχθη με πρόσκληση 41 παιδιατρικών κέντρων και ενήλικων IBD κέντρων τον Φεβρουάριο του 2019 με την δημιουργία ενός ερωτηματολογίου με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Οι ερωτήσεις αφορούσαν τα μέλη και τα καθήκοντα της ιατρικής ομάδας, τον αριθμό και τα χαρακτηριστικά των ασθενών, τους στόχους των κοινών επισκέψεων, τις προσδοκίες- προτιμήσεις των παιδιατρικών και ενήλικων γαστρεντερολόγων κατά τη μετάβαση, την εκπαίδευση των ενδιαφερομένων που συμμετείχαν στην διαδικασία μετάβασης, τον αριθμό των νοσηλευτών και των διαιτολόγων IBD που συμμετέχουν αλλά και τον ρόλο τους στην διαδικασία της μετάβασης. Το ποσοστό που ανταποκρίθηκε ήταν 31,7% και οι περισσότερες απαντήσεις ήταν από τριτοβάθμια κέντρα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν μόνο ένα μικρό ποσοστό, γύρω στο 15% βάδισε με βάση τις διεθνείς οδηγίες για την φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ενώ στα περισσότερα κέντρα οι συγγενείς δεν εκπαιδεύονται σχετικά με την μετάβαση, σε γενικές γραμμές παρατηρήθηκαν αρκετά κενά στην μεταβατική φροντίδα των εφήβων.

6.2. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και οι καθημερινές προκλήσεις- εμπειρίες.

Σύμφωνα με τους Popov et al., (2021) η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων και επιβάλλει ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση. Σκοπός της μελέτης που έκαναν ήταν να διερευνηθούν οι διάφορες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με IBD και να προτείνουν λύσεις για την

αντιμετώπιση τους. Η έρευνα αυτή χρησιμοποίησε έναν ποιοτικό σχεδιασμό με θεματική ανάλυση περιεχομένου και τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια συνέντευξης με βάση έναν ημι-δομημένο οδηγό συνέντευξης. Στην έρευνα συμμετείχαν 17 άτομα από 25 έως 77 ετών, οι δύο από αυτούς διαγνώστηκαν με ελκώδη κολίτιδα ενώ οι υπόλοιποι με νόσο του Crohn. Τα ευρήματα κατηγοριοποιήθηκαν σε 18 υποθέματα, τα οποία ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερα ευρύτερα θέματα: «ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις», «οικονομική επιβάρυνση», «ποιότητα φροντίδας» και «συντελεστής ευαισθητοποίησης». Ο συντελεστής ευαισθητοποίησης αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες ως το «μεγαλύτερο εμπόδιο» στη ζωή με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και πολλοί από αυτούς τόνισαν πως τα μέλη της οικογένειας τους δεν μπορούσαν να εκτιμήσουν την έκταση του σωματικού του πόνου, κυρίως σε περιόδους εξάρσεων της νόσου. Οι ασθενείς οι οποίοι είχαν διαγνωστεί σε μικρή ηλικία με τη νόσο αυτή εξέφρασαν τον άγχος που είχαν κατά την διάρκεια ανάγκης τους να πάνε στην τουαλέτα εν ώρα μαθήματος. Επίσης αρκετοί από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό χώρο αλλά και στον φόβο που ένιωθαν όταν αποκάλυπταν τη διάγνωση της ασθένειας σε πιθανούς εργοδότες καθώς θεωρούσαν πως αυτό θα επηρεάσει αρνητικά την ικανότητα τους να προσληφθούν εξαιτίας της επιβάρυνσης κόστους για τις παροχές των εργαζομένων. Επιπλέον οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ήταν μία από τις προκλήσεις που ανέφεραν οι ασθενείς καθώς συχνά είχαν ακράτεια κάτι που τους έκανε να νιώθουν ντροπή και να απομονώνονται στον δικό τους χώρο έχοντας την ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη. Ακόμη οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις συνδέονται και με την αδυναμία του ασθενούς να ταξιδέψει ή να παρακολουθήσει μια κοινωνική εκδήλωση, οδηγώντας τους συχνά σε αποξένωση από την οικογένεια και τους φίλους. Όσον αφορά την οικονομική επιβάρυνση οι συμμετέχοντες περιέγραψαν τον εαυτό τους ως οικονομικό βάρος για τις οικογένειες τους. Ακόμη κοινά ήταν και τα συναισθήματα τους για το υψηλό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και της φαρμακοθεραπείας. Η ποιότητα της περίθαλψης ήταν το τελευταίο θέμα και αναφέροντας κυρίως σε λάθος διαγνώσεις που είχαν γίνει, σε κακές εμπειρίες που είχαν με προηγούμενες θεραπείες και με την έλλειψη παροχής και εμπιστοσύνης που ένιωθαν. Οι προκλήσεις που σχετίζονται με τη διαβίωση των ατόμων με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου επισημαίνουν την ανάγκη για αύξηση της υποστήριξης των ασθενών. Αρχικά ο εντοπισμός και η κάλυψη των μοναδικών αναγκών των μεμονωμένων

ασθενών ίσως να βοηθήσει στην βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των παροχών υγειονομικής περίθαλψης. Οι οικογενειακές προσεγγίσεις εκπαίδευσης, η εξατομικευμένη ψυχοθεραπεία με εξοικειωμένους θεραπευτές, οι πρωτοβουλίες ευαισθητοποίησης σε ενδιαφερόμενους καθώς και η συμμετοχή των ασθενών σε ομάδες υποστήριξης της κοινότητας μπορεί να βελτιώσουν τη συνολική φροντίδα των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Οι ασθενείς με IBD συχνά έρχονται αντιμέτωποι με διάφορες αλλαγές στην εικόνα του σώματός τους λόγω της ασθένειας και των σχετικών θεραπειών. Οι Ruan et al., (2020) πραγματοποίησαν μια ποιοτική μελέτη στην Κίνα για να διερευνήσουν τις εμπειρίες των αλλαγών στην εικόνα του σώματος σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν 16 ασθενείς από τρία τριτοβάθμια νοσοκομεία στη νοτιοανατολική Κίνα, τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ημι-δομημένης συνέντευξης και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας την συμβατική μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου. Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από οκτώ άνδρες και οκτώ γυναίκες με μέση ηλικία 34 ετών, που κυμαίνονται από 21 μέχρι και 58 ετών, από αυτούς οι τέσσερις ήταν άνεργοι και ο ένας συνταξιούχος ενώ η μέση διάρκεια της ασθένειας ήταν 87 μήνες. Από την ανάλυση δεδομένων προέκυψαν έξι θέματα και 14 υποθέματα, τα θέματα είναι τα εξής: «να είσαι περιορισμένος άνθρωπος», «να είσαι ελαττωματικό άτομο», «να είσαι αποξενωμένος», «να είσαι ευλογημένος», «να είσαι ένα άτομο που δεν του άρεσε» και « να είσαι συμφιλιωμένο άτομο». Η έρευνα αυτή συνεισφέρει νέες γνώσεις στην κατανόηση των εμπειριών των αλλαγών στην εικόνα του σώματός σε Κινέζους ασθενείς που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δείχνουν κατανόηση και να δίνουν αρκετή προσοχή στις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και στο άγχος που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς εξαιτίας της αλλαγής στην εικόνα του σώματός τους. Σημαντική επίσης είναι και η βοήθεια ενός εξειδικευμένου ψυχολόγου ο οποίος θα μπορούσε να σχεδιάσει κάποιες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν αυτές τις αλλαγές. Επιπλέον οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθήσουν το κοινό να αποκτήσει επιστημονικές και λογικές γνώσεις σχετικά με τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου καθώς και με την αλλαγή της εικόνας του σώματος που αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη νόσο. Οι νοσηλευτές με τη διάγνωση του IBD πρέπει να ενημερώνουν καταλλήλως τους ασθενείς για όλες αυτές τις αλλαγές που θα υποστεί

το σώμα τους αλλά και να τους εξηγήσουν πως θα πρέπει να αναγνωρίσουν την αλλοιωμένη ταυτότητα τους και τον εαυτό τους και να τον αγαπήσουν.

6.3. Η επιρροή της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου στην σεξουαλική υγεία στους άντρες.

Η μελέτη των Ma et al., (2020) συμπεραίνει πως το IBD σχετίζεται κυρίως με σωματικές εκδηλώσεις όπως ακράτεια, αιματηρή διάρροια, κοιλιακό άλγος, κόπωση και υποσιτισμό. Επίσης οι εντερικές παρουσίες μπορούν να επηρεάσουν τις αρθρώσεις, το ήπαρ, τα μάτια και το δέρμα. Η ασθένεια μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικό βάρος από την προσπάθεια να ζήσει ο ασθενής μια φυσιολογική ζωή. Επιπλέον η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου μπορεί να επηρεάσει και την σεξουαλική υγεία του ασθενούς παρόλα αυτά δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση κυρίως στον αντρικό πληθυσμό. Έχει παρατηρηθεί πως αυτά που επηρεάζουν περισσότερο την σεξουαλική υγεία των ανδρών είναι η όλη πορεία της νόσου, η κατάθλιψη και η διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης. Έρευνα έχει δείξει πως οι άντρες αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην συχνότητα της σεξουαλικής τους επαφής καθώς και στην σεξουαλική τους ικανοποίηση πέρα από τη στυτική λειτουργία. Η ενεργός ασθένεια καθώς και τα συμπτώματα είναι ο κυρίως παράγοντας της εξασθενημένης σεξουαλικής υγείας και της λειτουργίας σε άνδρες με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Η διάρροια, η κούραση, ο κοιλιακός πόνος και ο φόβος της ακράτειας μειώνουν στην συχνότητα της σεξουαλικής επαφής. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις πως η κατάθλιψη σχετίζεται με την σεξουαλική δυσλειτουργία. Ακόμη στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε όλοι οι ασθενείς που είχαν στομία ή είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ανέφεραν μια παραμορφωμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος, μειώνοντας την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους. Η σεξουαλική υγεία διαμορφώνεται από φυσικούς, βιολογικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Επαγγελματίες υγείας καθώς και εξειδικευμένο προσωπικό μπορεί να τους βοηθήσει όχι μόνο ενημερώνοντας τους αλλά και παρέχοντας τους ψυχολογική υποστήριξη.

6.4. Το κάπνισμα και οι διατροφικές πεποιθήσεις των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Σύμφωνα με την μελέτη των Le Berre et al., (2020) οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το κάπνισμα, η διατροφή, τα ναρκωτικά, η γεωγραφική θέση, το άγχος και οι

μικροβιακοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την αύξηση των φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου, κυρίως τις τελευταίες δεκαετίες. Όσον αφορά το κάπνισμα, είναι μια συνήθεια πολλών ατόμων η οποία βλάπτει σοβαρά την υγεία κυρίως των καπνιστών με ελκώδη κολίτιδα ή με νόσο του Crohn. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αξιολογηθούν οι διαφορές μεταξύ των ασθενών που καπνίζουν και πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα και αυτών που πάσχουν από τη νόσο του Crohn. Ο Philip Morris Products SA μαζί με την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Συλλόγων Crohn και ελκώδους κολίτιδας δημιούργησαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 41 ερωτήσεις χωρισμένες σε οκτώ υποενότητες. Στην έρευνα συμμετείχαν 1.050 ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD) οι οποίοι μιλούσαν εννέα γλώσσες και οι χώρες που αντιπροσωπεύουν ήταν η Φινλανδία, η Ιταλία και η Πορτογαλία. Το 77% αυτών δήλωσαν πως κάπνιζαν ή κατανάλωναν ένα εναλλακτικό προϊόν καπνίσματος. Η έρευνα αυτή κατέληξε σε κάποιες διαφορές ανάμεσα των ασθενών με νόσο του Crohn (CD) και στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (UC). Οι διαφορές παρατηρήθηκαν στην αντίληψη των ασθενών, στην ευαισθητοποίηση τους όσο και στην επίγνωση των επιπτώσεων του τσιγάρου όπως και των εναλλακτικών προϊόντων καπνίσματος στην υγεία τους. Πιο αναλυτικά οι περισσότεροι από τους μισούς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν καπνιστές τσιγάρων (60%), αυτό το ποσοστό ήταν υψηλότερο σε ασθενείς με νόσο του Crohn παρά σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και ακολουθούν τα ηλεκτρονικά τσιγάρα και η μαριχουάνα. Διαφορές δεν υπήρχαν στη χρήση οποιουδήποτε προϊόντος που περιέχει νικοτίνη μεταξύ των ασθενών με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα. Η αντίληψη του αντίκτυπου του καπνίσματος καθώς και η χρήση εναλλακτικών προϊόντων καπνίσματος στη δραστηριότητα της νόσου διέφερε μεταξύ των ασθενών με CD και UC. Το 79% των ασθενών με CD αντιλήφθηκε πως το κάπνισμα επιδείνωνε την κατάσταση του έναντι 34% των ασθενών με UC. Οι ασθενείς που κάπνιζαν τσιγάρα το 31% δεν έλαβε καμία πληροφορία από τον ιατρό σχετικά με την επίδραση του καπνού στην νόσο ενώ το 45% ενημερώθηκε καταλλήλως όπως και έπρεπε.

Με βάση την έρευνα των Crooks et al., (2020) η διατροφή έχει σημαντικό ρόλο στην φλεγμονώδη νόσο του εντέρου μιας και δεν είναι λίγες οι μελέτες στις οποίες οι συμμετέχοντες αντιλήφθηκαν ισχυρούς δεσμούς μεταξύ της διατροφής και της νόσου για αυτό και δημιούργησαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε σε 208 ανθρώπους με ανενεργή ελκώδη κολίτιδα που παρακολουθούν κλίνες IBD. Με βάση τα

αποτελέσματα της έρευνας συμπέραναν πως ένα 37% των ατόμων πιστεύει πως η δίαιτα μπορεί να προκαλέσει υποτροπή της νόσου. Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων αποφεύγει να τρώει πικάντικες τροφές ενώ το μικρότερο ποσοστό ατόμων αποφεύγει τα γαλακτοκομικά, το 23% είχαν χρησιμοποιήσει δίαιτες αποκλεισμού, συνήθως χωρίς λακτόζη και γλουτένη. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι καθοδηγούνται με βάση τις εμπειρίες που είχαν άλλοι άνθρωποι παρά από τις συμβουλές ειδικών. Πάντως τα άτομα με αδρανή ελκώδη κολίτιδα προσέχουν την διατροφή τους και δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον στο να μάθουν και να ενημερωθούν σωστά πάνω σε αυτό το θέμα.

Σύμφωνα με μια δεύτερη μελέτη των Shafiee et al., (2020) η ελκώδης κολίτιδα είναι μία υποτροπιάζουσα νόσος στην οποία σπουδαίο ρόλο έχει η διατροφή, για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε μια μελέτη από ένα ιατρικό κέντρο στις Μαλαισία. Ένα ημι-δομημένο τροποποιημένο ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε από έναν διαιτολόγο έρευνας σε 64 ασθενείς μέσω συνέντευξης σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες, την πρόληψη της τροφής, της αποφυγή της τροφής και τις πεποιηθείσες τροφίμων. Η διάρκεια της συνέντευξης ήταν μία ώρα ανά ασθενή και ξεκίνησε ζητώντας από τον ασθενή να αναφέρει όλα τα είδη διατροφής που καταναλώνει καθημερινά. Έπειτα ρωτήθηκε ο ασθενής το πού, πότε και με ποιόν καταναλώνει κάθε γεύμα αλλά και για το μέγεθος της μερίδας που καταναλώνει και τον τρόπο μαγειρέματος κυρίως των τελευταίων 6 μηνών. Πριν την συνέντευξη μέτρησαν το βάρος, το ύψος καθώς και το ποσοστό σωματικών λίπους των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα και όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν με βάση διαφόρων μεθόδων. Περισσότεροι από τους μισούς (55%) των ασθενών ήταν υπέρβαροι και παχύσαρκοι εξαιτίας του καθιστικού τρόπου ζωής που αποτελεί προδιάθεση για υπερβολική αύξηση βάρους, οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έχουν πολλές πιθανότητες να μειώσουν το επίπεδο δραστηριότητας τους μετά από την διάγνωση της νόσου. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ήταν περισσότερο επιρρεπείς στην αποφυγή της τροφής από τους ανενεργούς ασθενείς. Πάντως ούτε οι ενεργοί, ούτε οι ανενεργοί ασθενείς κατανάλωναν όλα τα θρεπτικά συστατικά που έπρεπε (Βιταμίνη B12, Βιταμίνη E, Βιταμίνη D, πρωτεΐνες, ασβέστιο, σίδηρο, ψευδάργυρο) οπότε είναι σημαντικό να παρέχεται σε αυτά τα άτομα πλήρης και σωστή ενημέρωση για την αποφυγή διατροφικών λαθών.

6.5. Επίδραση της πανδημίας στην διαχείριση των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και στην παροχή προγεννητικής φροντίδας- αποτελέσματα της εγκυμοσύνης σε γυναίκες με IBD.

Οι Selinger et al., (2021) συμπέραναν πως η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών κατά τη διάρκεια της πανδημίας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ιατρική και μαιευτική περίθαλψη παρόλα αυτά η επίδραση του Covid-19 στις κυοφορούσες με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι άγνωστη. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εξεταστούν οι επιπτώσεις στην IBD προγεννητικής φροντίδας και τα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης. Οι συμμετέχοντες ήταν 244 γυναίκες εγκυμονούσες με IBD και μέση ηλικία 31 ετών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 12 κέντρα του Ηνωμένου Βασιλείου με ενδιαφέρον για την προγεννητική φροντίδα IBD. Οι κλινικοί ιατροί συλλέξαν τα δεδομένα ως προς τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών (εθνικότητα, ηλικία), τον φαινότυπο της νόσου, το χειρουργικό ιστορικό και γενικά τα χαρακτηριστικά της θεραπείας. Ακόμη κατέγραψαν τον τύπο συνάντησης των ασθενών, ιδίως σε καιρούς πανδημίας και όλα τα τεστ που ζητήθηκαν για την έρευνα. Η έρευνα διεξήχθη ως ρεαλιστικός κλινικός έλεγχος και δεν πραγματοποιήθηκαν υπολογισμοί μεγέθους δείγματος, τα δεδομένα παρουσιάστηκαν με περιγραφικό τρόπο. Στην μελέτη δεν καταγράφηκαν μολύνσεις Covid-19 παρόλα αυτά μια γυναίκα ανέφερα συμπτώματα του Covid-19 όπως ανοσμία, δύσπνοια και ξηρό βήχα όμως δεν απαιτούσε εισαγωγή στο νοσοκομείο και πράγματι η ασθενής ανέκαμψε χωρίς συνέπειες. Η πανδημία αποτελεί απειλή για τους ασθενείς με υψηλότερο κίνδυνο ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, οι ασθενείς με ενεργό IBD καθώς και τα άτομα που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία αποτελούν υψηλότερο κίνδυνο. Όσον αφορά τις εγκύους οι αλλαγές στην προγεννητική φροντίδα της IBD ενέχουν πιθανό κίνδυνο μιας και η πλειονότητα των ραντεβού πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφώνου και όχι δια ζώσης. Παρόλα αυτά καθησυχαστικό είναι το γεγονός πως στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν χαμηλά ποσοστά μόλυνσης Covid-19 όπως και χαμηλά ποσοστά ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων εγκυμοσύνης.

Υπάρχει μια ομάδα ατόμων που αποτελείται από έμπειρους επιστήμονες και από γιατρούς οι οποίοι εξετάζουν αποκλειστικά την νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, αυτή η ομάδα είναι ο Διεθνής Οργανισμός για την Μελέτη των Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου (IOIBD). Λόγω της πανδημίας της νόσου COVID-19 ο οργανισμός διερεύνησε το πώς μπορεί αυτή η νόσος να επηρεάσει τα άτομα με φλεγμονώδης παθήσεις του εντέρου. Εξαιτίας της νόσου COVID -19 έχουν πεθάνει

περίπου 40.000 άτομα ενώ έχουν νοσήσει περισσότεροι από 800.000 συνάνθρωποι μας παρόλα αυτά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας κινδυνεύουν περισσότερο και ιδιαίτερα άτομα με υπέρταση, διαβήτη και καρδιακές παθήσεις. Αρκετές από τις θεραπείες της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου αυξάνουν τα ποσοστά λοίμωξης COVID-19 οπότε τα άτομα που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο του να νοσήσουν, όμως οι κίνδυνοι μόλυνσης δεν είναι σαφείς για αυτό δεν μπορεί να σταματήσει να δίνεται η θεραπεία σε αυτούς του ανθρώπους. Μετά από αρκετές συζητήσεις κατέληξαν στο ότι η εμφάνιση της νόσου του Crohn ή της ελκώδους κολίτιδας σε ένα άτομο δεν αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον COVID ούτε συμβάλει στην ανάπτυξή του. Επίσης συμφώνησαν στο να μειωθεί η πρεδνιζολόνη ή ακόμα και να σταματήσει να χορηγείται στους πάσχοντες των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου στο πλαίσιο της πανδημίας του COVID (Rubin et al., 2020).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την παρούσα ερευνητική εργασία προκύπτει πως οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ανάλογα με τα συμπτώματα που έχουν ακολουθούν την κατάλληλη για αυτούς θεραπεία. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου αλλάζει και συχνά οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με νέες προκλήσεις και εμπειρίες. Αρκετά σημαντική είναι η επιρροή της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου στην αλλαγή της εικόνας του σώματος των ασθενών καθώς και στην σεξουαλική υγεία στους άντρες. Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι στην φλεγμονώδη νόσο του εντέρου έχουν διερευνηθεί περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως είναι η διατροφή και το κάπνισμα. Επίσης από την έρευνα μάθαμε ότι το κάπνισμα συμβάλλει στην κλινική εικόνα των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα και η διατήρηση μιας επαρκούς διατροφής είναι πολύ σημαντική καθώς τα θρεπτικά συστατικά που ο ασθενής προσλαμβάνει από αυτή μπορεί να επωφεληθούν ως συμπληρωματική θεραπεία. Επιπλέον η σωστή διατροφή βοηθάει στο να μειωθούν οι πιθανότητες υποτροπής της νόσου. Όσον αφορά την πανδημία, η εμφάνιση της νόσου του Crohn ή της ελκώδους κολίτιδας σε ένα άτομο δεν αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον Covid ούτε συμβάλει στην ανάπτυξή του και τα ποσοστά μόλυνσης Covid-19 είναι πολύ χαμηλά στις κυοφορούσες γυναίκες χωρίς να υπάρχουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα εγκυμοσύνης. Παρόλα αυτά προκειμένου να έχουμε την πλήρη ύφεση της είναι απαραίτητος ο έλεγχος και η σωστή ενημέρωση- καθοδήγηση από τους νοσηλευτές και τους γιατρούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Βιβλιάκη, Β., και συν, 2015. *Εισαγωγή στην Νοσηλευτική Επιστήμη και στην Φροντίδα Υγείας*. Αθηνά: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ, ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- Γιωτάκη – Χαράτση, Ε., 2014. Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. 2^η έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις :Ιδιωτική.
- Κάτσανος, Κ., Τσιάνος, Ε., 2008. «Ευεξίας & Διατροφή». *ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.*, 40 σελ.14-17.
- Κάτσανος, Κ., Τσιάνος, Ε., 2016. Η συνταγή της επιτυχίας για την ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn. Α΄ Παθολογική και Ηπατο-γαστρεντερολογική Μονάδα Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.
- Λαδάς, Σ., 2007. *Γαστρεντερολογία- Διατροφική διάγνωση*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Μανούσος, Ο., 2004. Κολίτιδες και Κολίτιδες. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα.
- Μπονάτσος Γεράσιμος και συν., 2005. Χειρουργική Παθολογία. 4^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Τσίγκρης, Π., Χ., 2014. *Χειρουργική*. Αθηνά: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Χατζημπούγιας, Ι., Χατζημπούγιας, Δ., 2007. «*Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου*», 4^η Έκδοση. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις GM DESIGN.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Acosta, R., 2013. *Φαρμακολογία*. 2^η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Ahmed, Ah., Sonnenburg, K., Foli, KJ., Walters, B. 2016. Managing Ulcerative Colitis in the Adolescent. *Highlighting Developmental and self-management Need Holistic nursing practice journal*, 30(1), 39-46.
- Burisch, J., Munkholm, P., 2015. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*. 1-10.
- Chadda, S., 2013. Nurse perspectives in ulcerative colitis: an approach to individualised care. *Gastrointestinal Nursing*, 11(5): 24–29.
- 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., Μυριανθούς, Π., Πεκτασίδης, Δ., Σαράφης, Π., Τσιρώνη, Μ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

- Conrad, K., Roggenbuck, D., Laass, M., W., 2014. Autoimmunity Reviews Diagnosis and classification of ulcerative colitis. *Elsevier*, p. 49–52.
- Constanzo, L.S., 2006. *Φυσιολογία*. (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Ανωγειανάκης Γ, Ευαγγέλου Α.). 4^η Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος.
- Crooks, B., McLaughlin, J., Matsuoka, K., Kobayashi, T., Yamazaki, H., & Limdi, J., K., 2020. The dietary practices and beliefs of people living with inactive ulcerative colitis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology, Publish Ah* (September). <https://doi.org/10.1097/meg.0000000000001911>
- Dewit, S., 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική*. Τόμος II. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού, Αι., & Λεμονίδου, Χ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Erdogan, A., Yeh, Y., 2020. Colon and pelvic floor anatomy and physiology, *Clinical and Basic Neurogastroenterology and Motility. Elsevier Inc.*, 113-126.
- Erős, A., Veres, G., Tárnok, A., Dohos, D., Otto, C., Szakács, Z., Hegyi, P., Vincze, Á., & Sarlós, P., 2020. A cross-sectional survey on the transitional care of adolescents with inflammatory bowel disease in Hungary. *Journal of Pediatric Nursing*, xxxx. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.002>
- Feuerstein, J., D., Moss, A., C., and Farraye, F., A. 2019. Ulcerative Colitis. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 94 (7), p.1357–1373.
- Guyton, A., 2004. «*Φυσιολογία του Ανθρώπου*».(μετάφραση Ευαγγελία, Α.), Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Hartenstein, V. Martinez, P., 2019. Structure, development and evolution of the digestive system. *Cell and Tissue Research*, p.1-4.
- Hay D.,W., 2008. *Παθήσεις Γαστρεντερικού Συστήματος και Ήπατος*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανός.
- Hockenberry, M., Wilson, D., 2011. Παιδιατρική Νοσηλευτική. Θεμελιώδεις γνώσεις για τη φροντίδα του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης. Επιμέλεια έκδοσης Ε. Κυρίτση. Αθήνα: ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΕΠΕ

- Ignatavicius, D., Workman, M., 2008. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Kaitlyn, L., Gamwell, Marissa, N., Baudino, Dana M. Bakula, Christina M. Sharkey, Caroline M. Roberts, John E. Grunow, Noel J. Jacobs, Stephen R. Gillasp, Larry L. Mullins, John M. Chaney., 2018. Perceived Illness Stigma, Thwarted Belongingness, and Depressive Symptoms in Youth With Inflammatory Bowel Disease (IBD), *Inflammatory Bowel Diseases*, Volume 24, Issue 5, p. 960-965.
- Kaplan, G., G., Ng, S., C., 2017. Understanding and Preventing the Global Increase of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. Elsevier, Inc., 152(2), p. 313-321.e2.
- Kemp, K., Dibley, L., Chauhan, U., Greveson, K., Duncan, J., Hartmann, P., Ipenburg, N., 2018. ECCO Guideline / Consensus Paper Second N-ECCO.
- Keshav, S., 2010. «Το Γαστρεντερικό Σύστημα με μία ματιά.» (επιμέλεια/ μετάφραση Σταύρος, Σουγιουλτζής.). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός.
- Kierszenbaum, A., Tres, L., 2013. *Ιστολογία με στοιχεία Κυτταρικής Βιολογίας*. Αθήνα : Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Le Berre, C., Loy, L., Lönnfors, S., Avedano, L., & Piovani, D., 2020. Patients' perspectives on smoking and inflammatory bowel disease: An online survey in collaboration with European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations. *World Journal of Gastroenterology*, 26(29), 4343–4355. <https://doi.org/10.3748/WJG.V26.I29.4343>
- Lemone, P., Burke, K., 2006. *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά την φροντίδα του Ασθενούς*. Τόμος II (επιμέλεια/ μετάφραση Μπροκαλάκη, Η.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Lemone, P., Burke, K., Bauldoff, G., 2014. *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Lesnovska, K. P., Hollman Frisman, G., Hjortswang, H., Hjelm, K., & Borjeson, S., 2017. Health care as perceived by persons with inflammatory bowel disease a focus group study. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), p. 3677-3687.
- Ma, S., Veysey, M., Ersser, S., Mason-Jones, A., & Galdas, P., 2020. The impact of inflammatory bowel disease on sexual health in men: A scoping review.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15418>

- McGeown J.G., 2009. *Συνοπτική φυσιολογία του Ανθρώπου*. 2η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Michael, J. R. & Ashish, D. & Shehzad, A., S., 2016. Inflammatory bowel disease in children and adolescents. *JAMA Pediatr*, 1053-1060.
- Mikocka-Walus, A., Power, M., Rook, L., Robins, G., & CCUK York Walk Planning Committee, 2018. What do participants of the Crohn's and colitis UK (UUK) annual York walk think of their inflammatory bowel disease care? A short report on a survey. *Gastroenterology Nursing*, 41(1), p. 59-64.
- Mulder, D. J., Noble, A. J., Justinich, C. J., & Duffin, J. M., 2014. A tale of two diseases: the history of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(5),p. 341-348.
- Nettleton, S., 2002. *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Αγραφιώτης, Δ.). Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- O'Connor, M., Gaarenstroom, J., Kemp, K., Bager, P., van der Woude, CJ., 2014. NECCO survey results of nursing practice in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis in Europe. *Journal of Crohn's & Colitis*, 8(10):1300-7.
- Popov, J., Kalantar, M., Hill, L., Armstrong, D., Marshall, J. K., Moayyedi, P., & Kaasalainen, S., 2021. *Patients Experiences and Challenges in Living with Inflammatory Bowel Disease: A Qualitative Approach*. 123–131.
- Ruan, J., Wu, L., & Zhou, Y., 2020. Experiences of Body Image Changes in Chinese Patients Living with Inflammatory Bowel Disease: A Descriptive Qualitative Study. *Asian Nursing Research*, 14(4), 196–205.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.07.006>
- Rubin, D. T., Abreu, M. T., Rai, V., Siegel, C. A., Ahuja, V., Allez, M., Ananthakrishnan, A. N., Bernstein, C. N., Braun, J. G., Chowers, Y., Colombel, J. F., Danese, S., D'Haens, G., D'Hoore, A., Dignass, A., Dotan, I., Dubinsky, M. C., Ekbom, A., Fleshner, P. R., ... Ungaro, R., 2020. Management of Patients With Crohn's Disease and Ulcerative Colitis During the Coronavirus Disease-2019 Pandemic: Results of an International Meeting. *Gastroenterology*, 159(1), 6-13.e6.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.002>

- Rubin, D. T., Ananthakrishnan, A. N., Siegel, C. A., Sauer, B. G., & Long, M. D., 2019. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *American Journal of Gastroenterology*, 114(3), 384–413. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000152>
- Selinger, C. P., Fraser, A., Collins, P., Gunn, M., Chew, T. S., Kerry, G., Patel, K. V., Roysam, M., Bel Kok, K., Bancil, A., Hall, V., Cooney, R., Smith, L., Steed, H., Segal, J., Kent, A., Limdi, J., & Sebastian, S., 2021. Impact of the coronavirusinfectious disease (COVID-19) pandemic on the provision of inflammatory bowel disease (IBD) antenatal care and outcomes of pregnancies in women with IBD. *BMJ Open Gastroenterology*, 8(1), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjgast-2021-000603>
- Shafiee, N. H., Manaf, Z. A., Mokhtar, N. M., & Raja Ali, R., A., 2020. An assessment of dietary intake, food avoidance and food beliefs in patients with ulcerative colitis of different disease status. *Intestinal Research*, 18(4), 447–458. <https://doi.org/10.5217/ir.2019.00042>
- Sherwood, L., 2016. *Εισαγωγή στην Φυσιολογία του Ανθρώπου*. 8η έκδοση. (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Αθανασάκη, Ε., Αλμπάνη, Μ., Γιαννακούρης, Ν., Δερμών, Αικ., Ευθυμιάπουλος, Σ., Καλομενίδης, Ι., Κουρέτας, Ι., Κωλέττας, Ε., Λάζου, Α., Λαμπράκης, Χ., Μαραγκός, Π., Ντουνούση, Ε., Παππά, Α., Πέσχος, Δ., Ροσμαράκη, Ε., Σανδαλτζόπουλος, Ρ., Σαντάμα, Ν., Σιδηροπούλου, Κ., Στάγκος, Δ., Σταθόπουλος, Γ., Τέντα, Ρ., Ψαρροπούλου, Αικ.). Αλεξανδρούπολη: Ακαδημαϊκές Εκδόσεις Ι. Μπάσδρα και ΣΙΑ Ο.Ε.
- Silbernagl, S., Lang, F. 2002. *Εικονογραφημένο εγχειρίδιο Παθοφυσιολογίας*. (πρόλογος- επιμέλεια Μπουντζιούκας, Σ.,/ μετάφραση Dr Παπαχρήστου, Α.,). Θεσσαλονίκη: Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης.
- Silbernagl, S., & Desropoulos, A., 2010. *Εγχειρίδιο Φυσιολογίας*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Αναστασόπουλος, Δ., Ανωγειανάκης, Γ., Κουτσιλιέρης, Μ., Χαραμπόπουλος, Κ.). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Skrautvol, K., Naden, D., 2017. Tolerance Limits, Self-understanding and Stress Resilience in Integrative Recovery of Inflammatory Bower Disease. *Holistic nursing practice*, 31(1), p. 30-41.
- Yadav V., Varum F., Bravo R., Furrer E., Bojic D., Basit A., W., (2016). Inflammatory bowel disease: exploring gut pathophysiology for novel therapeutic targets. *Translational Research*; 176:38-68.