



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ Ε.Υ.Π.
"ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ"**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

**Νοσηλευτικές Διεργασίες στο Έλκος Στομάχου και
Νέα Ερευνητικά Δεδομένα**

Φοιτήτρια
Παρθένα Ξανθοπούλου

Εισηγήτρια
Λευκοθέα Ματσούλη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ. 3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ	σελ. 4
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	σελ. 5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 7
ΜΕΡΟΣ Α΄	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	
1.1. ΣΤΟΜΑΧΟΣ.....	σελ. 8
1.2.ΧΙΤΩΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.....	σελ. 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.....	σελ. 13
2.2. ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.....	σελ. 14
2.3. ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ.....	σελ. 15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.....	σελ. 16
3.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	σελ. 17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.....	σελ. 18
4.2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	σελ. 20
4.3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	σελ. 21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΓΝΩΣΗ	
5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	σελ. 23
5.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ. 24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
6.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	σελ. 25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
7.1. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ. 26
7.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.28
ΜΕΡΟΣ Β΄ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	
1.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	σελ.33
1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	σελ. 34
1.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟΣΠΙΤΙ.....	σελ. 40
1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΩΚΩΝ..	σελ. 41
1.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.	σελ.43
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	σελ. 44
ΜΕΡΟΣ Γ΄ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ...σελ.45	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 61

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία ασχολείται με το Έλκος Στομάχου και τις Νοσηλευτικές Διεργασίες που αφορούν το θέμα αυτό. Διαχωρίζεται σε τρία μέρη.

Το πρώτο μέρος αποτελείται από την ανατομία και την φυσιολογία του στομάχου. Περιέχει πληροφορίες για τους παράγοντες και τα συμπτώματα που προδιαθέτουν το έλκος στομάχου. Καθώς και τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει το έλκος στομάχου, και εξετάζονται οι θεραπευτικές μέθοδοι που μπορούν να βοηθήσουν τη ζωή ενός ελκοπαθή.

Το δεύτερο μέρος ασχολείται με τη νοσηλευτική αντιμετώπιση της πάθησης καθώς και την αντιμετώπιση των βασικών προβλημάτων που εμφανίζει ένας ελκοπαθής (π.χ. ο πόνος, η διαταραχή της θρέψης και του ύπνου κλπ). Καταγράφεται ο ρόλος του νοσηλευτή στη συντηρητική θεραπεία, αλλά και στην περιεγχειρητική φροντίδα του ασθενή, καθώς και στην παρέμβαση και αντιμετώπιση διαφόρων επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν.

Στο τρίτο μέρος αναγράφονται ορισμένα άρθρα, τα οποία ασχολούνται με την πάθηση του έλκους και το ρόλο που παίζει ο νοσηλευτής σε διάφορες χώρες του κόσμου αλλά και σε διαφορετικές πάντα καταστάσεις που μπορεί να υπάρξουν.

Λέξεις κλειδιά: έλκος στομάχου, αντιμετώπιση έλκους στομάχου, χειρουργική επέμβαση για το έλκος στομάχου, έλκος στομάχου/χειρουργική αντιμετώπιση, έλκος στομάχου ελικοβακτηρίδιο.

Summary

This thesis deals with Gastric Ulcer and Nursing Processes concerning this matter. It is divided into three parts.

The first part consists of the anatomy and physiology of the stomach. It contains information about the factors and symptoms that predispose the gastric ulcer. And the complications that can cause stomach ulcers, and are examined the therapeutic methods that can help the life of a person with stomach ulcer.

The second part deals with the nursing treatment of the disease and addresses the underlying problems that displays a person with stomach ulcer (eg pain, nutrition and sleep disorder etc.). It recorded the role of the nurse to conservative treatment, but also in perioperative patient care and intervention and treatment of various complications that can occur.

In the third part listed some articles, which deal with the condition of the ulcer and the role played by nurses in various countries of the world but also always different situations that can occur.

Key words: stomach ulcer, stomach ulcer treatment, stomach ulcer surgery, stomach ulcer/surgery treatment, stomach ulcer helicobacter.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΙΑΣ

Τα έλκη στομάχου είναι επώδυνες πληγές που μπορούν να βρεθούν στο εσωτερικό του στομάχου ή στο μικρό έντερο. Τα έλκη στομάχου είναι επίσης γνωστά και ως πεπτικά έλκη. Αυτό συμβαίνει όταν το πηκτό στρώμα φλέγματος, το οποίο προστατεύει το στομάχι από τα πεπτικά υγρά, αρχίζει να μειώνεται.

Το διάτρητο πεπτικό έλκος, ως νοσολογική οντότητα έχει γίνει γνωστό από το 167π.Χ.. Χειρουργικές και μη χειρουργικές θεραπευτικές στρατηγικές για διάτρηση πεπτικού έλκους δεν είχαν αναπτυχθεί μέχρι το δεύτερο μισό του δέκατου ένατου αιώνα (Lau & Leow , 1997).

Η ιστορία της έκκρισης γαστρικού οξέος ξεκίνησε με πρώτες ιδέες για την έκκριση γαστρικού (Spallanzani και de Réaumur, 17ος αιώνας) και με πρώτες περιγραφές της πέψης των τροφών (Dupuytren και Bichat, Beaumont, αρχές του 18ου αιώνα), ακολουθούμενη από την απόδειξη ότι το γαστρικό υγρό περιείχε οξύ (Prout, αρχές του 18ου αιώνα). Η έρευνα συνεχίστηκε με πρώτες περιγραφές του γαστρικού αδένου ως πηγή του γαστρικού οξέος και των μεταβολών του στο πεπτικό ερέθισμα (Purkinje και Golgi, τα μέσα και τα τέλη του 19ου αιώνα). Η θεωρία της «nervism» - το νευρο-αντανακλαστικό διεγείρει της γαστρική έκκριση από το πνευμονογαστρικό νεύρο (Pavlov, αρχές 20ου αιώνα) ερχόταν σε αντίθεση με την έννοια της γαστρικής έκκρισης (Popielski και Code, στα μέσα του 20ου αιώνα). Έτσι, το γαστρικό οξύ και η πεψίνη (Schwann, στις αρχές του 19ου αιώνα) βρέθηκαν να είναι απαραίτητη για την πέψη των τροφίμων και μελέτες επισήμαναν επίσης την ισταμίνη, που είναι το πιο ισχυρό τελικό κοινό chemostimulator των oxyntic κυττάρων. Οι ανακαλύψεις στην αιτιοπαθογένεια του τραυματισμού του βλεννογόνου χαρακτηρίστηκαν από την περίφημη ρήση: «όχι οξύ, όχι έλκος» («Ohne saueren Magensaft kein peptisches Geschwür», Schwarz, 1910), που αργότερα προκαλείται από τον όρο της «βλεννογόνου άμυνα» και η αντίληψη ότι η σπάσιμο της «γαστρικού βλεννογονικού φραγμού» αντιπροσωπεύει το πρώτο βήμα στη διαδικασία του τραυματισμού του βλεννογόνου (Davenport, κώδικα και Scholer, στα μέσα του 20ου αιώνα). Οι προσταγλανδίνες φαίνεται να επηρεάζουν όλες τις σημαντικές συνιστώσες του γαστρικού βλεννογόνου φραγμού, που περιγράφονται με τον όρο «προστασία των κυττάρων» (Vane, ο Robert και Jacobson, 1970). Αρχίζοντας από το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, οι μελέτες σχετικά με τη γαστρική μικροβιολογία, που ακολούθησε, επέτρεψε την ανακάλυψη της σύνδεσης μεταξύ των ελκών *Campylobacter*

(Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού) και του πεπτικού (Warren και Marshall, 1980), που οδήγησε στην παγκόσμια σημαντική παρέμβαση στη θεραπεία του πεπτικού έλκους. Η χειρουργική προσέγγιση με το πεπτικό έλκος είχε χαραχτεί από τις διαδικασίες εκτομής (Billroth, Pean, Moynihan, στα τέλη του 19ου αιώνα) και βαγοτομή, με ή χωρίς τις διαδικασίες αποστράγγισης (Jaboulay, Latarjet, Dragstedt, στα μέσα του 20ου αιώνα). Αντιόξινα, προστατευτικοί παράγοντες, αντιχολινεργικά, και αργότερα γαστρίνης ανταγωνιστές και προσταγλανδίνες έχουν χρησιμοποιηθεί επί δεκαετίες στην θεραπεία του πεπτικού έλκους, με διαφορετικά αποτελέσματα. Η έλευση της έννοιας της H (2) ανταγωνιστές υποδοχέων (Μαύρο, 1970) και την ανακάλυψη του οξέος (αντλίες πρωτονίων) σε τοιχωματικά κύτταρα (Ganser, Forte και Sachs, τέλη του 1970) άνοιξε το δρόμο για την δραστική (H (2) ανταγωνιστές) αναστολή βαθιά οξύ (αναστολείς αντλίας πρωτονίων), που επαναστάτησε στη θεραπεία του οξέος που σχετιζόταν με διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της νόσου του πεπτικού έλκους. Παγκοσμίως, το πεπτικό έλκος και οι επιπλοκές του παραμένουν η κυριότερη αιτία σημαντικής νοσηρότητας, ειδικά σε ομάδες μεγαλύτερης ηλικίας, που αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο βάρος για τους νοσοκομειακούς πόρους υγειονομικής περίθαλψης (Banic et al, 2011).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τις παλαιότερες εποχές οι άνθρωποι τρέχουν και προσπαθούν να προλάβουν τις δουλειές τους, σε μικρό χρονικό διάστημα, ωστόσο όλο αυτό δημιουργεί άγχος, το οποίο με τη σειρά του φέρνει περισσότερα προβλήματα. Τη σημερινή εποχή, η ζωή κινείται σε πολύ πιο γρήγορους και ξέφρενους ρυθμούς και το άγχος κυριαρχεί πολύ περισσότερο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα έλκη στομάχου να προσβάλλουν όλο και περισσότερα άτομα καθημερινά και ασυναίσθητα.

Η ιατρική όπως είναι γνωστό εξελίσσεται με ιλιγγιώδεις ρυθμούς σε κάθε τομέα της. Το ίδιο και για το έλκος στομάχου, γίνονται προσπάθειες να αναγνωστούν τα αίτια που προκαλούν την πάθηση, και η άμεση αντιμετώπιση της, ούτως ώστε να μην προχωρήσει σε ανεπανόρθωτο σημείο, που να χρειαστεί μέχρι και χειρουργείο. Για να γίνεται η καλύτερη αντιμετώπιση και να εξασφαλίζεται η σωστή θεραπεία και βοήθεια των ελκοπαθών, τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν τις ανάλογες γνώσεις και να ενημερώνονται συνεχώς για τις νέες καινοτομίες που εφευρίσκονται. Με αυτό τον τρόπο οι θεραπευτικές μέθοδοι και οι νοσηλευτικές διεργασίες οδηγούν στην καλύτερη αντιμετώπιση της πάθησης, που με τη σειρά του φέρνει και την καλύτερη σχέση μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή.

Όπως προαναφέρθηκε, με την καλύτερη ενημέρωση, μπορεί να οδηγήσει στην καλύτερη και πιο γρήγορη αντιμετώπιση της πάθησης. Ωστόσο, παρά τις ιατρικές παρεμβάσεις, οι νοσηλευτές με τη σειρά τους παίζουν σημαντικότερο ρόλο σε όλη τη διαδικασία τόσο της θεραπείας, όσο και της ενημέρωσης και ανάρρωσης του ασθενή. Πρέπει να ξέρουν πως να τους υποστηρίξουν ψυχολογικά ούτως ώστε να μην αγχώνονται περισσότερο και επιβαρύνονται παραπάνω. Αλλά και με διάφορους τρόπους είτε είναι φαρμακευτικοί, είτε είναι σωματικοί να προσπαθήσουν να τους κάνουν να νιώσουν πιο άνετα. Αυτό θα τους ηρεμήσει, όντας ενημερωμένοι, αλλά θα τους κάνει πιο πρόθυμους να συνεργαστούν ούτως ώστε να καλυτερέψει η υγεία τους και να φύγουν όσο το δυνατόν πιο γρήγορα από το νοσοκομείο.

Κάθε άτομο όντας μια ολότητα που αποτελείται από την ψυχολογική, κοινωνική και σωματική διάσταση, πρέπει να αντιμετωπίζεται από τη νοσηλευτική σφαιρικά και με αυτό τον τρόπο να γίνεται η ολοκληρωτική αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

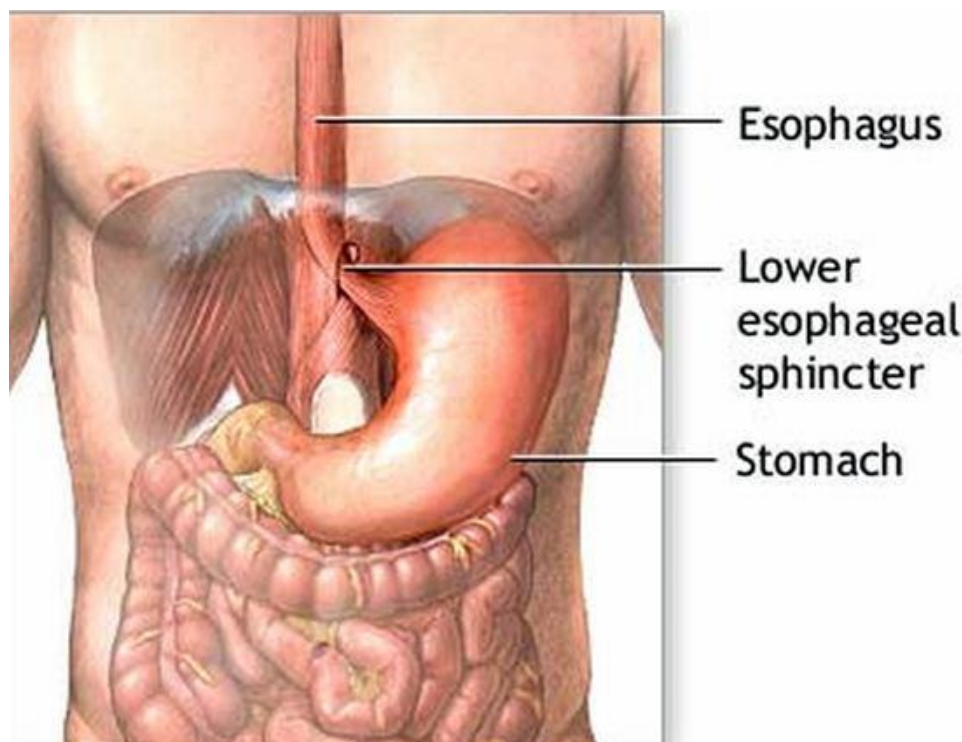
ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1.1.Στόμαχος

Ο στόμαχος αποτελεί, κατά κύριο λόγο, δεξαμενή “ανάμιξης” τροφής κατά τη διάρκεια της πέψης της. Υποδέχοντας τη τροφή, ο στόμαχος την προετοιμάζει χημικά, με τη βοήθεια της πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέος, τα οποία αποτελούν μόνο δύο από τα πολλά προϊόντα του γαστρικού βλεννογόνου. Στη συνέχεια, ύστερα από τη μηχανική εντερική πέψη, διοχετεύει τη τροφή τμηματική προς το λεπτό έντερο (Χατζημπούγιας,2007).

Θέση και Μορφή του Στομάχου



Ο στόμαχος ανήκει στα όργανα της άνω κοιλίας. Μορφολογικά εμφανίζει δύο στόμια (καρδιά και πυλωρό), δύο επιφάνειες (πρόσθια και οπίσθια) και δύο χείλη (το ελάσσων και το μείζον).

Πιο συγκεκριμένα, ο στόμαχος βρίσκεται ασύμμετρα στην άνω κοιλία. Επικοινωνεί προς τα πάνω με τον οισοφάγο, διαμέσου της καρδιακής μοίρας (ή καρδιάς), και προς τα κάτω διαμέσου του πυλωρού, με το λεπτό έντερο.

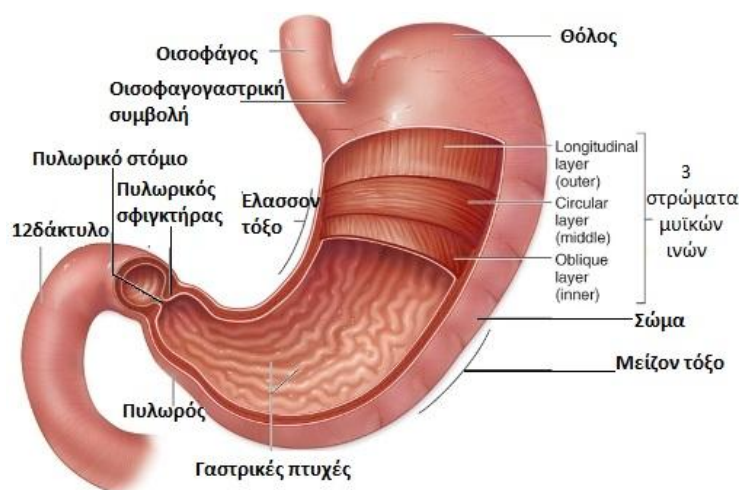
Το οισοφαγικό στόμιο, αντιστοιχεί, εξωτερικά στην καρδιακή εντομή, και εσωτερικά στην οδοντωτή γραμμή (Χατζημπούγιας,2007).

Το πυλωρικό στόμιο, εσωτερικά σχηματίζεται από ένα έπαρμα, που δημιουργείται από την τοπική πάχυνση της μυϊκής στοιβάδας (σφιγκτήρας του πυλωρού).

Το δεξιό χείλος του στομάχου είναι η συνέχεια του αντίστοιχου οισοφαγικού, και λόγω της τοξοειδούς πορείας του, ονομάζεται *ελάσσον τόξο*. Κατά μήκος αυτού του τόξου προσφύεται το ελάσσον επίπλουν (πτυχή του περιτόναιου). Λίγο πριν το τέλος του, το ελάσσον τόξο, σχηματίζει μια εντομή που ονομάζεται *γωνιαία εντομή*.

Το αριστερό χείλος, που είναι τριπλάσιο του δεξιού, ονομάζεται, *μείζον τόξο* και κατά μήκος του προσφύεται το μείζον επίπλουν.

Η μορφή και η θέση του στομάχου παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία ιδιοσυστασιακής και λειτουργικής αιτιολογίας, και μεταβάλλονται επίσης από την επίδραση της θέσεως του σώματος και των γειτονικών οργάνων (Χατζημπούγιας,2007).



Σε ακτινολογική εικόνα, ο στομάχος έχει μορφή “*αγκίστρου*”. Τα δύο τόξα προχωρούν σχεδόν παράλληλα προς τα κάτω, η γωνιαία εντομή είναι οξεία γωνία, η δε πυλωρική κατευθύνεται απότομα προς τα δεξιά και πάνω (Χατζημπούγιας,2007).

Με τη γωνιαία εντομή ο στομάχος, ο στομάχος χωρίζεται σε δύο μέρη:

- A. Τον ίδιο στομάχο**
- B. Τον πυλωρικό στομάχο**

Ο *ίδιος στομάχος*, υποδιαιρείται στον πυθμένα ή θόλο και στο σώμα του στομάχου.

Ο *πυλωρικός στομάχος*, υποδιαιρείται στο πυλωρικό άντρο και στον πυλωρικό σωλήνα.

Ο στόμαχος στηρίζεται στον *οισοφάγο*, στο *δωδεκαδάκτυλο*, στο *ελάσσον* και στο *μείζον επίπλουν*, στο *γαστροσπληνικό* και στο *γαστροφρενικό σύνδεσμο*.

Το **μείζον επίπλουν**, είναι μια πτυχή του περιτόναιου, που ξεκινά από το μείζον τόξο του στομάχου και κρεμάμενο, καλύπτει τα έντερα. Είναι λεπτό, θυριδωτό και εύκολα μετακινούμενο και χρησιμεύει για τη παρεμπόδιση επέκτασης κοιλιακών φλεγμονών.

Το **ελάσσον επίπλουν**, επεκτείνεται από το ελάσσον τόξο του στομάχου και τη πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, μέχρι της πύλες του ήπατος (Χατζημπούγιας,2007).

Το εσωτερικό του στομάχου, εμφανίζει **πτυχές** και **βόθρια**. Από τις πτυχές, άλλες είναι προσωρινές και άλλες μόνιμες (πυλωρική βαλβίδα, γωνιαία πτυχή κ.α.). τα γαστρικά βοθρία είναι τα σημεία, όπου εκβάλλουν οι πόροι των γαστρικών αδένων.

Από άποψη κατασκευής, ο στόμαχος αποτελείται από **τέσσερις χιτώνες**, οι οποίοι είναι οι εξής:

1. **Ο ορογόνος χιτώνας**
2. **Ο μυϊκός χιτώνας**
3. **Ο υποβλεννογόνος χιτώνας**
4. **Ο βλεννογόνος χιτώνας**

Οι **αδένες** του στομάχου (που προέρχονται από το βλεννογόνο χιτώνα), διακρίνονται σε τρία είδη:

- i. **Πυλωρικούς Αδένες**
- ii. **Καρδιακούς Αδένες**
- iii. **Ιδίως Γαστρικούς Αδένες**

Οι δύο πρώτοι εκκρίνουν προστατευτική ειδική βλέννα, η οποία προστατεύει το στόμαχο από τον κίνδυνο αυτοπεψίας.

Οι ιδίως γαστρικοί αδένες βρίσκονται στο θόλο και στο σώμα του στομάχου, και άλλοι από αυτούς ονομάζονται οξεογόνοι, διότι παράγουν υδροχλωρικό οξύ, ενώ οι άλλοι ονομάζονται πεψινογόνοι, διότι παράγουν πεψινογόνο, που αποτελεί το πρόδρομο μόριο της πεψίνης (Χατζημπούγιας,2007).

1.2. Χιτώνες του στομάχου

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από έξω προς τα μέσα, από τέσσερα στρώματα χιτώνων: τον ορογόνο, τον μυϊκό, τον υποβλεννογόνο και τον βλεννογόνο χιτώνα.

A) Ορογόνος χιτώνας

Αποτελείται από το περισπλάγχνιο πέταλο του περιτόναιου και περιβάλλει παντού το λεπτό έντερο, εκτός από το δωδεκαδάκτυλο.

B) Μυϊκός χιτώνας

Αποτελείται από δύο στοιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλοτερή στοιβάδα. Με τις κατάλληλες κινήσεις αυτού του χιτώνα, εκτελούνται οι κινήσεις του εντέρου.

Γ) Υποβλεννογόνιος χιτώνας

Βρίσκεται μεταξύ του μυϊκού και του βλεννογόνου χιτώνα και είναι αγγειονευροφόρος συνδετικός ιστός (Χατζημπούγιας,2007).

Δ) Βλεννογόνος χιτώνας

Είναι ο σπουδαιότερος χιτώνας του στομάχου, ο οποίος αποτελείται από:

Το επιθήλιο, που είναι μονόκλινο κυλινδρικό, και περιέχει κύτταρα χρήσιμα για την απομύζηση των προϊόντων της πέψης. Ανάμεσα στα κύτταρα αυτά συναντάμε τα κυκοειδή κύτταρα, που είναι μονοκύτταροι βλεννογόνοιοι αδένες.

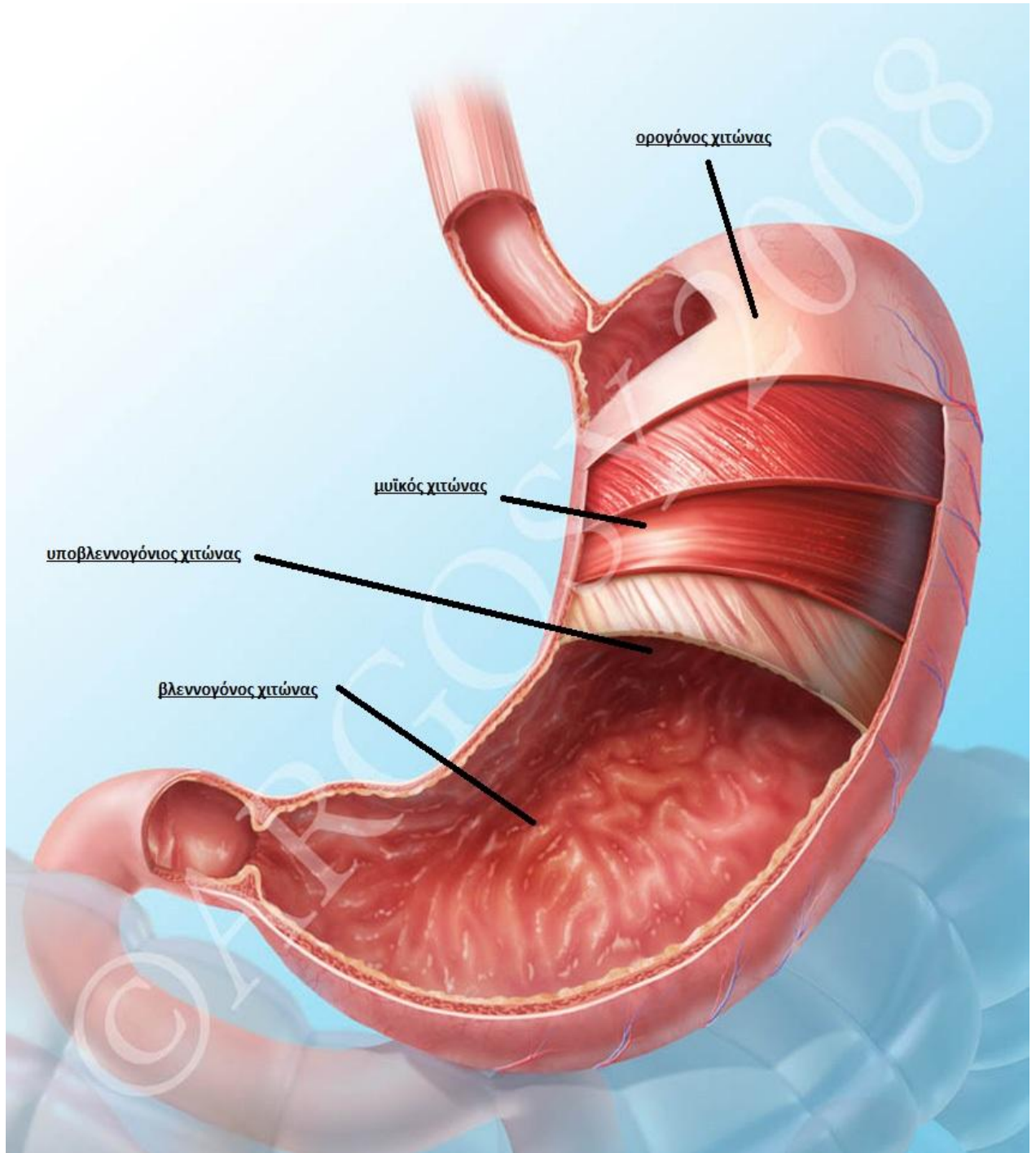
Τους αδένες του βλεννογόνου, που διακρίνονται σε αδένες του **LIEBERKUHN** ή εντερικές κρύπτες, και στους δωδεκαδακτυλικούς ή αδένες του **BRUNNER**.

Οι πρώτοι εκβάλλουν ανάμεσα στις λάχνες και παράγουν εντερικό υγρό. Οι δεύτεροι συναντώνται στο δωδεκαδάκτυλο και εκβάλλουν είτε ανάμεσα στις λάχνες, είτε στον πυθμένα των πρώτων και παράγουν το δωδεκαδακτυλικό υγρό.

Τις λάχνες. Αυτές εξωτερικά, αποτελούνται από επιθήλιο, και εσωτερικά από δικτυωτό συνδετικό ιστό. Εντός του σώματος κάθε λάχνης βρίσκεται ένα αρτηρίδιο που, αφού αναλυθεί σε δίκτυο τριχοειδών, μεταπίπτει με φλεβίδιο.

Κατά τον άξονα της λάχνης, και αρχίζοντας από τη κορυφή της, προχωρεί ένα χυλοφόρο αγγείο που εκβάλλει στα υποκείμενα λεμφαγγεία του βλεννογόνου. Τα λίπη απορροφώνται από το χυλοφόρο αγγείο, ενώ τα υπόλοιπα προϊόντα της πέψης, από τα αιμοφόρα αγγεία. Τέλος, μέσα από αυτά, διαμέσου της πυλαίας φλέβας φέρονται προς το ήπαρ.

Επιπλέον, στο βλεννογόνο του στομάχου παράγεται μια ουσία, απαραίτητη για τη κανονική ανάπτυξη των ερυθρών αιμοσφαιρίων, που ονομάζεται **αντιαιμικός παράγοντας του CASTLE** (Χατζημπούγιας,2007).



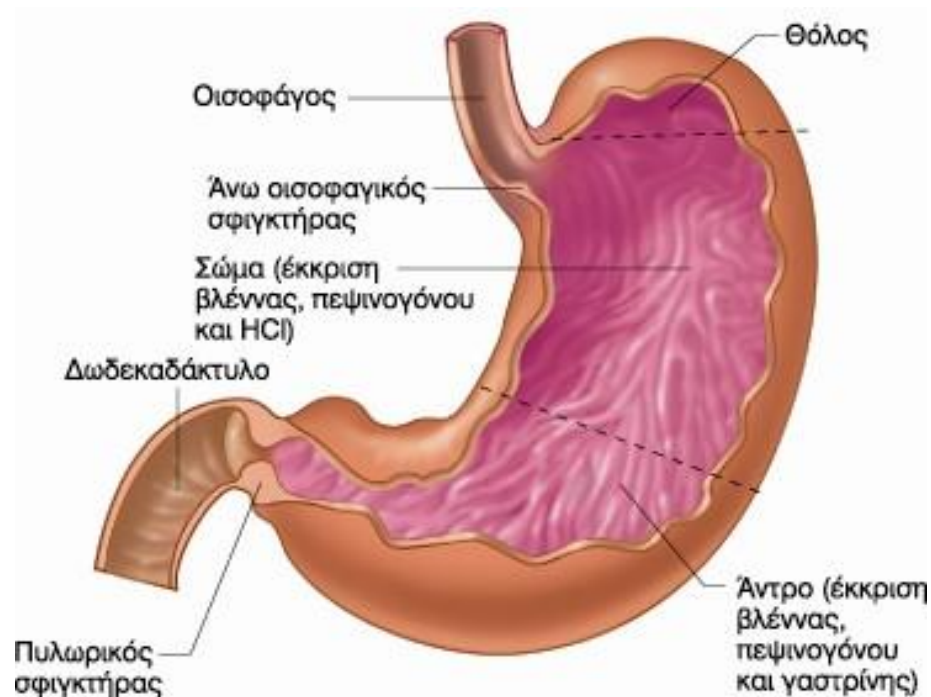
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Από μηχανική άποψη, ο στομάχος παρουσιάζει δύο λειτουργίες.

- Κατά τη διάρκεια των γευμάτων λειτουργεί ως δεξαμενή. Με τη βοήθεια του παρασυμπαθητικού συστήματος, η λειτουργία αυτή συνδέεται με τη χάλαση του γαστρικού μυός (χάλαση υποδοχής).
- Αποτελεί έναν χώρο ανάμειξης της τροφής την οποία λαμβάνει. Όπου στη συνέχεια η τροφή αυτή γίνεται ένας ημίρρευστος χυλός, που προωθείται στο δωδεκαδάκτυλο σε σχετικά μικρές ποσότητες.

Όπως προαναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο στομάχος διαθέτει ορισμένους αδένες οι οποίοι παίζουν μεγάλο ρόλο στη λειτουργία του στομάχου και την έκκριση υδροχλωρικού οξέος. Οι αδένες στο λεπτότεχο άνω τμήμα του στομάχου (εγγύς μοίρα), δηλαδή το **σώμα** και το **θόλο**, εκκρίνουν βλέννα, υδροχλωρικό οξύ και το πρόδρομο ένζυμο **πεψινογόνο**. Το κάτω τμήμα του στομάχου (άπω μοίρα), το **άντρο**, διαθέτει εσωτερικά παχύτερες στιβάδες λείων μυών. Οι αδένες στη περιοχή αυτή εκκρίνουν λιγοςτό οξύ και περιέχουν ενδοκρινή κύτταρα τα οποία εκκρίνουν την ορμόνη **γαστρίνη** (McGeown,2006).



2.2 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Στην αποθήκευση, την ανάμειξη, τη διάσπαση της προσλαμβανόμενης τροφής και την ελεγχόμενη κένωση, συμβάλλει το μυϊκό τοίχωμα του στομάχου. Περισταλτικά κύματα ξεκινούν από το σώμα του στομάχου και μεταδίδονται προς το πυλωρό. Το πάχος του λείου μυϊκού χιτώνα του στομάχου, είναι πιο αυξημένο προς τη περιοχή του άντρου, διότι εκεί δημιουργείται η πιο ισχυρότερη συστολή που εμφανίζεται στη περιφέρεια του στομάχου (Χατζημπούγιας,2007).

Ρυθμιστικοί παράγοντες επηρεάζουν κατά κύριο λόγο την ένταση της γαστρικής συστολής παρά τη συχνότητα της. Ορισμένοι παράγοντες που αυξάνουν την ένταση της συστολής τείνουν να επιτυγχάνουν και την γαστρική κένωση.

Τα νεύρα του παρασυμπαθητικού συστήματος, κατά τη διάρκεια των γευμάτων, με την αυξημένη δραστηριότητα τους διεγείρουν τη συσταλτικότητα του στομάχου. Μεγάλο ρόλο παίζει και η **ορμόνη γαστρίνη**, η οποία εκκρίνεται από τα **κύτταρα G** του γαστρικού βλεννογόνου (McGeown,2006).

Όταν υπάρχει παρουσία λίπους ή οξέος στο δωδεκαδάκτυλο, η γαστρική κένωση επιβραδύνεται, με αυτό τον τρόπο το **Ph** ουδετεροποιείται και το λίπος απορροφάται από το λεπτό έντερο. Η επίδραση αυτή μπορεί να επιτυγχάνεται μέσω της έκκρισης των ορμονών **χολοκυστοκινίνη** και **εκκριματίνη** από το λεπτό έντερο.

Τέλος, η κινητικότητα του στομάχου μπορεί να ανασταλεί, μετά από την αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος. Αυτό μπορεί να συμβεί, για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια βαριάς σωματικής άσκησης ή μετά από απώλεια αίματος (McGeown,2006).

2.3 ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

Κατά τη διάρκεια ενός γεύματος, η έκκριση οξέος στο στομάχι διεγείρεται σε τρεις φάσεις:

1^η φάση: Κεφαλική. Μέσω του παρασυμπαθητικού συστήματος και τα ανώτερα νεύρα του εγκεφάλου, πιο συγκεκριμένα του πνευμονογαστρικού νεύρου. Η φάση αυτή ξεκινά με τη σκέψη, όσφρηση, θέα ή πρόβλεψη τροφής.

2^η φάση: Γαστρική. Η φάση αυτή ξεκινά με την είσοδο της τροφής στο στομάχι. Μέσω των πρωτεϊνών που λαμβάνονται από τη τροφή που έχει καταπιεί το άτομο, διεγείρονται οι ενδογενείς γαστρικοί νευρώνες και αυτόματα γίνεται απελευθέρωση της ορμόνης γαστρίνης. Κύριο ενδοκρινικό ερέθισμα της γαστρικής έκκρισης αποτελεί η απελευθέρωση του πεπτιδίου αυτού στο αίμα, μέσω των κυττάρων G του βλεννογόνου του γαστρικού άντρου.

3^η φάση: Εντερική. Αρχίζει από την είσοδο του χυλού στο έντερο. Η τελική αυτή φάση πιθανόν εξαρτάται από την έκκριση γαστρίνης από τα κύτταρα του βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου και του λεπτού εντέρου (McGeown,2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως προαναφέρθηκε στο 1^ο κεφάλαιο, ο στόμαχος περιλαμβάνει συγκεκριμένους βλεννογόνους. Ένας από αυτούς βρίσκεται στην εσωτερική στοιβάδα του τοιχώματος του στομάχου, που επαλείφει τον αυλό του, και λέγεται γαστρικός βλεννογόνος. Αποτελείται από κυλινδρικά επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία στηρίζονται πάνω σε ένα στρώμα από αιμοφόρα αγγεία και αδένες, όπως επίσης και σε ένα λεπτό εξωτερικό χιτώνα από λείες μυϊκές ίνες. Ο γαστρικός βλεννογόνος προστατεύεται ακόμη, από τον βλεννογόνο φραγμό του στομάχου, ο οποίος αποτελείται από μια λεπτή στοιβάδα ιξώδους βλέννας και διττανθρακικών. Τα απαραίτητα στοιχεία για την σωστή λειτουργία και διατήρηση του βλεννογόνιου γαστρικού φραγμού είναι η σωστή έκκριση διττανθρακικών από τα επιθηλιακά κύτταρα, η διέγερση της παραγωγής βλέννας από τις προσταγλανδίνες και η επαρκής αιμάτωση του βλεννογόνου. Η δημιουργία έλκους, δηλαδή η λύση της συνέχειας του βλεννογόνου του πεπτικού σωλήνα, οφείλεται στο γεγονός ότι ο βλεννογόσιος γαστρικός φραγμός δεν μπορεί να προστατέψει τον βλεννογόνο από τις πεψίνες, που περιέχονται στα γαστρικά υγρά (Ignatovicus-Workman,2008).

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη γαστρικών ελκών παίζει επίσης, το βακτήριο *H.Pylori* (*Helicobacter Pylori*),καθώς παράγει ένζυμα τα οποία μειώνουν τη προστατευτική δράση της βλέννας. Όταν εμφανιστεί μια διάσπαση στο βλεννογονικό φραγμό προσβάλλει το επιθήλιο, με αποτέλεσμα τα γαστρικά έλκη μπορεί να προκαλούνται από την παλινδρόμηση του οξέος ή τη δυσλειτουργία του πυλωρικού σφιγκτήρα. Χωρίς τη φυσιολογική λειτουργία του πυλωρικού σφιγκτήρα, η χολή παλινδρομεί στο στομάχι. Με αφορμή τη παλινδρόμηση των οξέων, διασπάται η ακεραιότητα του βλεννογονικού φραγμού και προκαλείται παλινδρόμηση των ιόντων του υδρογόνου, αυτό έχει ως τελικό αποτέλεσμα τη φλεγμονή του βλεννογόνου. Με όλους αυτούς τους τοξικούς παράγοντες, αλλά επίσης και με τη παρουσία της χολής, η λιπιδική μεμβράνη του γαστρικού βλεννογόνου καταστρέφεται.

Σε ασθενείς με γαστρικό έλκος, η κένωση του στομάχου συνήθως καθυστερεί και ως συνέπεια, προκαλείται αναγωγή του περιεχομένου του δωδεκαδακτύλου, επιτείνοντας τον τραυματισμό του γαστρικού βλεννογόνου. Με την αυξημένη αιμάτωση του γαστρικού βλεννογόνου μεταβάλλεται επίσης η αμυντική ικανότητα του γαστρικού φραγμού και επιτρέπεται η εμφάνιση εξέλκωσης. Χαρακτηριστικά, τα γαστρικά έλκη είναι βαθιά και συνήθως εμφανίζονται να προσβάλλουν το ελάσσον τόξο του στομάχου, κοντά στη περιοχή του πυλωρού (Ignatovicus-Workman,2008).

3.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (και ΜΣΑΦ)

Οι πρωταρχικοί αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν τα πεπτικά έλκη είναι το βακτήριο *H.Pylori* και τα **μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)**.

Τα ΜΣΑΦ (ασπιρίνη, ιβουπροφαίνη) συμβάλλουν στην ανάπτυξη των πεπτικών ελκών μέσω των συστηματικών δράσεων τους, αλλά και μέσω τοπικών μηχανισμών. Όπως προαναφέρθηκε, για τη φυσιολογική διατήρηση του βλεννογόνιου γαστρικού φραγμού, παίζουν μεγάλο ρόλο οι προσταγλανδίνες. Τα ΜΣΑΦ αναστέλλοντας την δράση του ενζύμου κυκλοοξυγενάσης (COX), εμποδίζουν τη παραγωγή-σύνθεση των προσταγλανδινών. Το ένζυμο COX χωρίζεται σε δύο μορφές, τους αναστολείς COX-1 και τους αναστολείς COX-2. Οι COX-1 είναι υπεύθυνοι για την διατήρηση της ακεραιότητας του γαστρικού βλεννογόνου. Ενώ, οι αναστολείς COX-2 (όπως celecoxid, celebrex), δεν προκαλούν μεγάλη καταστροφή στο βλεννογόνο του στομάχου, ωστόσο, μπορούν να θέσουν τον ασθενή σε άλλους κινδύνους, όπως για παράδειγμα σε ορισμένες καρδιαγγειακές βλάβες. Επιπρόσθετα, με τη μείωση των ενδογενών προσταγλανδινών, που προκαλούν τα ΜΣΑΦ, δημιουργούνται τοπικές βλάβες του γαστρικού βλεννογόνου (Ignatavicius-Workman,2008).

Η χρήση των ΜΣΑΦ μπορεί να προκαλέσει οποιαδήποτε στιγμή γαστρικές επιπλοκές, ακόμη και μετά από μεγάλη περίοδο χωρίς επιπλοκές. Τα έλκη που οφείλονται στα ΜΣΑΦ είναι δύσκολο να θεραπευτούν οριστικά, ακόμη και με μακροχρόνια θεραπεία, καθώς έχουν συχνά την τάση να υποτροπιάζουν.

Άλλες ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στο γαστρικό βλεννογόνο και να συμβάλλουν στην εξέγκωση του στομάχου, είναι η θεοφυλλίνη και η καφεΐνη, καθώς με τη δράση τους διεγείρουν την παραγωγή του υδροχλωρικού οξέος. Η καφεΐνη μπορεί, επίσης να συμβάλλει στην ελάττωση της αγγειακής ροής καθώς και στην ανοξία του βλεννογόνου. Τέλος, η χρήση κορτικοστεροειδών μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση πεπτικών εξελκώσεων.

Σύμφωνα με μελέτες, η λοίμωξη με το βακτήριο *H.Pylori* γίνεται από άτομο σε άτομο, ωστόσο χωρίς να είναι σαφής ο ακριβώς τρόπος μετάδοσης του. Αναφέρουν χαρακτηριστικά, πως εξαπλώνεται είτε μέσω των κοπράνων, είτε με την στοματική επαφή, δηλαδή με το φιλί ή με τη κατανάλωση μολυσμένων τροφίμων ή νερού (Ignatavicius-Workman,2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ (ΟΡΙΣΜΟΣ)

Ο όρος **πεπτικό έλκος** χαρακτηρίζει την περιγραμμική ιστική απώλεια του βλεννογόνου του στομάχου, και του δωδεκαδακτύλου. Χρησιμοποιείται, επίσης, ως περιγραφή των **γαστρικών και δωδεκαδακτυλικών ελκών**. Η νόσος του πεπτικού έλκους (**ΝΠΕ**) δημιουργείται, όταν ο γαστρικός βλεννογόνος υφίσταται κάποια βλάβη, και δεν μπορεί πλέον να προστατέψει το επιθήλιο από την επίδραση των οξέων και της πεψίνης που συνεχίζουν να παράγονται (Lemon & Burke,2006).

Τα γαστρικά έλκη διακρίνονται σε τέσσερις τύπους:

Τύπος I

Τα έλκη αυτού του τύπου αναπτύσσονται στον στόμαχο, συνήθως στη γωνία του ελάσσονος τόξου. Πιο συγκεκριμένα, στον βλεννογόνο του άντρου σε απόσταση περίπου 2εκ. από την περιοχή των θεμελίων κυττάρων. Τα έλκη αυτά δημιουργούνται λόγω του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (*H.Pylori*). Στις περιπτώσεις του τύπου I δεν παρουσιάζεται στους ασθενείς ιστορικό έλκους και οι εκκρίσεις γαστρικού οξέος είναι φυσιολογικές.

Τύπος II

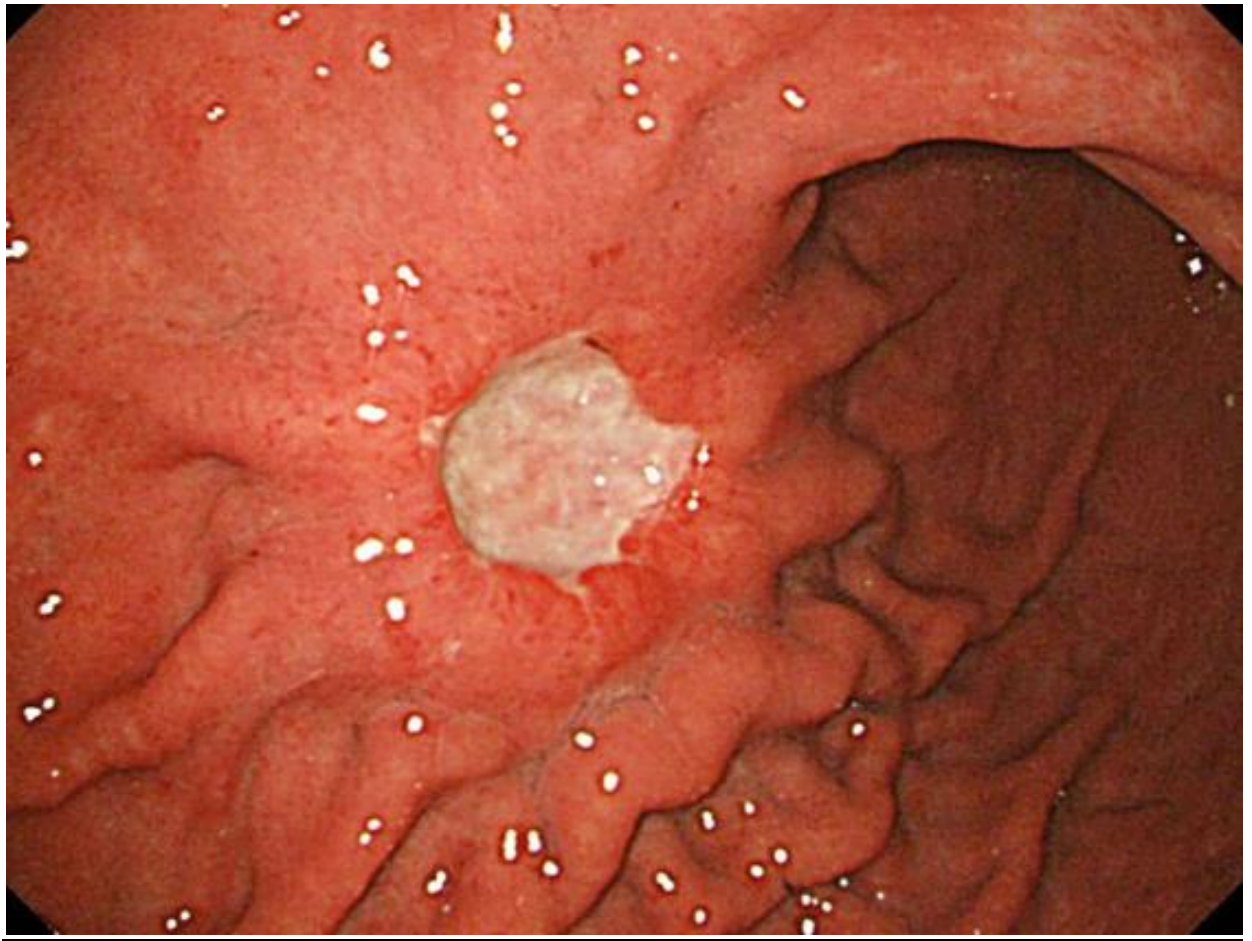
Τα έλκη τύπου II αναπτύσσονται κοντά στο πυλωρό (προπυλωρικά έλκη), σε συνδυασμό με τα έλκη του δωδεκαδακτύλου. Στις περιπτώσεις αυτές, η γαστρική έκκριση είναι αυξημένη (Μπονάτσος και συν.,2006).

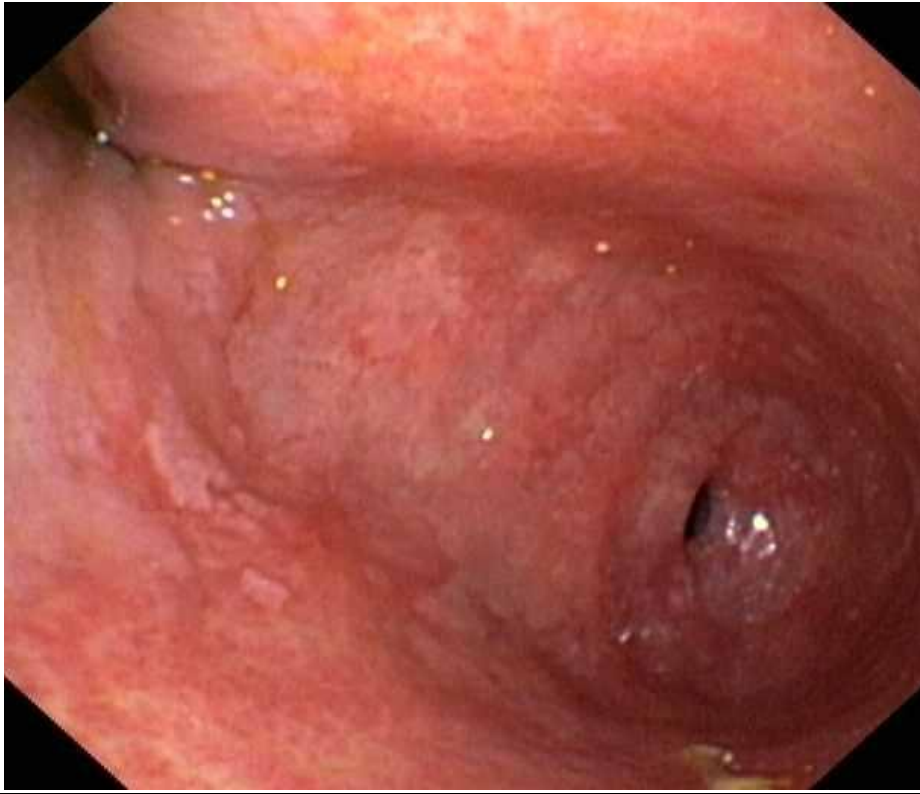
Τύπος III

Τα έλκη τύπου III δημιουργούνται στο άντρο του στομάχου, και σε αντίθεση με τους άλλους τύπους, είναι αποτέλεσμα της βλαστικής δράσης των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

Τύπος IV

Τα έλκη αυτά αναπτύσσονται συνήθως κατά μήκος του ελάσσονος τόξου, κοντά στην γαστροοισοφαγική συμβολή. Όπως και στον τύπο I, δεν υπάρχουν προηγούμενες ενδείξεις παρουσίας έλκους και οι γαστρικές εκκρίσεις είναι φυσιολογικές ή χαμηλές. Ωστόσο, πολλές φορές συνοδεύεται από δυσφαγία και παλινδρόμηση (Μπονάτσος και συν.,2006).





4.2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Κλασικό σύμπτωμα του πεπτικού έλκους είναι ο **πόνος**. Συνήθως, περιγράφεται ως καυστικός ή συσφιγκτικός πόνος και εντοπίζεται στο επιγάστριο βασανίζοντας τον ασθενή, ωστόσο, μερικές φορές μπορεί να αντανακλάται και στην ράχη. Ο πόνος παρουσιάζεται όταν ο στομάχος είναι άδειος, δηλαδή περίπου 2-3 ώρες μετά τα γεύματα ή κατά τη διάρκεια της νύχτας, και υποχωρεί μετά την κατανάλωση τροφής. Ο ασθενής μπορεί να διαμαρτύρεται για αίσθημα καυστικού οπισθοστερνικού άλγους ή για παλινδρόμηση της τροφής, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να κάνει και εμετό.

Στις περιπτώσεις των ηλικιωμένων, η **κλινική εικόνα** των πεπτικών ελκών είναι ασαφής, καθώς τα συμπτώματα που εκδηλώνονται είναι ανησυχία, θωρακικός πόνος, δυσφαγία, απώλεια βάρους και αναιμία. Σε οποιαδήποτε επιπλοκή του πεπτικού έλκους, όπως αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού, διάτρηση του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στις υπηρεσίες υγείας (Lemon & Burke, 2006).

4.3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Στη Νόσο του Πεπτικού Έλκους, οι κυριότερες **επιπλοκές** που θα μπορούσαν να προκύψουν είναι η **αιμορραγία**, η **διάτρηση**, η **πυλωρική στένωση** και η **ανθεκτική προς τη θεραπεία νόσος**.

Πιο αναλυτικά:

- **ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ**

Η αιμορραγία αποτελεί την πιο συνηθισμένη επιπλοκή και προσβάλλει περίπου το **15-25%** των ασθενών με **ΝΠΕ**. Εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς με έλκος στομάχου, αλλά και στους ηλικιωμένους. Σε ασθενείς που εμφανίζουν αρχικά στάδια της αιμορραγίας, υπάρχει μεγάλη περίπτωση (περίπου **40%**) να αιμορραγήσουν και πάλι, εάν η υποβόσκουσα λοίμωξη με *H.Pylori* δεν θεραπευτεί ή εάν η θεραπεία του ασθενή δεν περιλαμβάνει **H2 ανταγωνιστές**. Όταν παρουσιάζεται μαζική αιμορραγία, τότε ο ασθενής έχει εμετούς με ζωηρό κόκκινο αίμα (**αιματέμεση**).

Σε ασθενείς με έλκη στομάχου, η αιμορραγία εκδηλώνεται με τα κόπρανα, δηλαδή, ο ασθενής παρατηρεί αίμα στα κόπρανα σε χρώμα πίσσας (**μέλαινα**). Η μέλαινα εμφανίζεται όχι μόνο σε ασθενείς με έλκη στομάχου, αλλά και σε ασθενείς με έλκη δωδεκαδακτύλου. Συνήθως στα έλκη στομάχου, η πέψη του αίματος από το γαστρικό οξύ οδηγεί σε έναν σκουρόχρωμο κοκκώδη εμετό, που έχει καφετί εμφάνιση. Το αίμα στα κόπρανα δημιουργείται από τη πέψη του αίματος εντός του δωδεκαδακτύλου και του λεπτού εντέρου (Ignatavicius-Workman,2008).

- **ΔΙΑΤΡΗΣΗ**

Διάτρηση είναι η διαδικασία όπου το έλκος γίνεται τόσο βαθύ που ολόκληρο το πάχος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου διαβρώνεται, και ως αποτέλεσμα το περιεχόμενο τους μπορεί να διαρρεύσει στην περιοχή της κοιλίας. Σε ασθενείς στους οποίους έχει δημιουργηθεί διάτρηση, το γαστροδωδεκαδακτυλικό περιεχόμενο, δηλαδή όξινα πεπτικά υγρά, η χολή και τα παγκρεατικά υγρά, περνούν στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ασθενής αντιμετωπίζει αιφνίδιους και οξείς πόνους που αρχίζουν από τη περιοχή του μεσογάστριου και επεκτείνονται σε ολόκληρη την κοιλιά. Από το περιεχόμενο που διαχέεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι ανάλογοι και οι πόνοι που νιώθει ο ασθενής. Η κοιλιά παρουσιάζει ευαισθησία και σανιδώδη σύσπαση. Ο ασθενής για να μειώσει όσο το δυνατόν περισσότερο τον πόνο παίρνει την εμβρυική στάση σώματος (γόνατο-στερνιαία θέση), και σε λίγες μόνο ώρες γίνεται κάτωχρος. Εάν δεν νοσηλευτεί αμέσως, σύντομα μπορεί να εμφανιστεί χημική περιτονίτιδα, βακτηριακή σηψαιμία και τέλος, ακολουθείται υποογκαιμική καταπληξία. Με την περίσταση του εντέρου που εξαφανίζεται, αναπτύσσεται παραλυτικός ειλεός. Η διάτρηση του εντέρου θεωρείται επείγον χειρουργικό περιστατικό, το οποίο μπορεί να αποβεί μοιραίο για την ζωή του ασθενούς (Ignatavicius-Workman,2008).

- ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

Η πυλωρική στένωση ή αλλιώς απόφραξη, εμφανίζεται σε ένα μικρό μονό ποσοστό ασθενών, και εκδηλώνεται με εμετούς, οι οποίοι προκαλούνται από τη στάση της τροφής και τη γαστρική διάταση. Στη περιοχή του πυλωρού εμφανίζεται ένα εμπόδιο το οποίο προκαλείται από ουλές, οίδημα, φλεγμονή και ορισμένες φορές από συνδυασμό αυτών.

Τα συνήθη συμπτώματα που παρουσιάζονται από τη παρεμπόδιση της γαστρικής εξόδου περιλαμβάνουν τη ναυτία, τους εμετούς και τη κοιλιακή διάταση. Στον επαναλαμβανόμενο εμετό ο ασθενής υπάρχει περίπτωση να υποστεί υποχλωραιμική αλκάλωση, λόγω της απώλειας μεγάλων ποσών όξινων πεπτικών υγρών. Μπορεί να προκληθεί ακόμη και υποκαλιαιμία ή μεταβολική αλκάλωση από τον συνεχή εμετό. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής θα πρέπει να νοσηλευτεί άμεσα, και να χορηγηθούν ενδοφλεβίως υγρά και ηλεκτρολύτες για την γρήγορη αποκατάσταση του ισοζυγίου του οργανισμού (Ignatavicius-Workman,2008).

- ΝΟΣΟΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη περίπτωση της συγκεκριμένης επιπλοκής, το ένα τρίτο των ασθενών με έλκη έχουν ένα απλό επεισόδιο, χωρίς υποτροπή. Οι ασθενείς, των οποίων η νόσος παρουσιάζει ανθεκτικότητα στη θεραπεία, συνήθως αναπτύσσεται λόγω των επιπλοκών από τα έλκη, των στρεσογόνων ερεθισμάτων που λαμβάνουν στη καθημερινότητα τους, αλλά και στη μη σωστή τήρηση της μακροχρόνιας θεραπείας. Λόγο αυτού, οι ασθενείς συνεχίζουν να έχουν υποτροπή του πόνου και δυσφορία, παρά τη θεραπεία.

Οι ασθενείς που δεν καταφέρνουν να ανταποκριθούν στις συνήθεις θεραπείες ή που διακόπτουν τη συνεχιζόμενη θεραπεία τους, θα πρέπει να αποταθούν σε γαστρεντερολόγο (Ignatavicius-Workman,2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- **Ακτινολογικός έλεγχος.**

Η πρώτη εξέταση στην οποία υποβάλλεται συνήθως ο ασθενής, για να καταλάβουμε αν έχει πεπτικό έλκος, είναι ο ακτινολογικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού με βαριούχο γεύμα. Η συγκεκριμένη εξέταση είναι λιγότερο επεμβατική σε σύγκριση με την γαστροσκόπηση. Ωστόσο, τα μικρά ή τα πολύ επιφανειακά έλκη είναι δυνατόν να διαφύγουν της προσοχής με αυτή την εξέταση.

- **Γαστροσκόπηση**

Η αμέσως επόμενη εξέταση είναι η γαστροσκόπηση. Στην οποία γίνεται ένας άμεσος επισκοπικός έλεγχος του βλεννογόνου του οισοφάγου, του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Με αυτή την εξέταση γίνεται πιο εύκολη η αναγνώριση τυχόν ελκών που θα μπορούσαν να υπάρχουν, αλλά και η λήψη δείγματος για βιοψία.

- **Δείγματα Ιστών Βιοψίας**

Με τα συγκεκριμένα δείγματα ιστών, τα οποία λαμβάνονται για βιοψία, κατά τη διάρκεια της γαστροσκόπησης, είναι δυνατόν η ανίχνευση για την ύπαρξη του βακτηριδίου *H.Pylori* με διάφορες μεθόδους. Μια από της μεθόδους είναι η δοκιμασία της ουρεάσης, όπου το δείγμα του ιστού τοποθετείται σε μια γέλη που περιέχει ουρία. Όταν υπάρχει παρουσία *H.Pylori*, τότε η παραγόμενη ουρεάση αλλάζει το χρώμα της γέλης, συνήθως μέσα σε διάστημα λίγων λεπτών. Άλλες μέθοδοι θα ήταν ο μικροσκοπικός έλεγχος του ιστοτεμαχίου και η καλλιέργεια αυτού για ενδείξεις του *H.Pylori* (Lemon & Burke,2006).

- **Μη επεμβατικές μέθοδοι**

Στην μέθοδο αυτή για την ανίχνευση του *H.Pylori* περιλαμβάνονται οι ορολογικές εξετάσεις και η δοκιμασία αναπνοής ουρίας. Η δεύτερη εξέταση, όπως είναι κατανοητό γίνεται με το στόμα, δηλαδή χορηγείται ραδιοσημασμένη ουρία από το στόμα, οπότε η ουρεάση που παράγεται από το *H.Pylori*, διασπά την ουρία σε αμμωνία και ραδιοσημασμένο διοξείδιο του άνθρακα. Αυτή η διαδικασία παρατηρείται κατά την εκπνοή του ασθενούς. Με την ίδια εξέταση μπορεί να αξιολογηθεί επίσης η αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την εκρίζωση του *H.Pylori*.

Μέσω των εξετάσεων αυτών μπορεί να κατανοηθεί και να ερευνηθεί πέρα από την υποψία πεπτικού έλκους, το **σύνδρομο Zollinger – Ellison**. Στο συγκεκριμένο σύνδρομο παρατηρείται πολύ μεγάλη αύξηση των επιπέδων του υδροχλωρικού οξέος στο γαστρικό υγρό. Και μέσω ενός ρινογαστρικού σωλήνα, αναρροφάται και εξετάζεται το περιεχόμενο του στομάχου. Αυτή η εξέταση αναλύει το γαστρικό υγρό και αξιολογεί την παραγωγή του γαστρικού οξέος (Lemon & Burke,2006).

5.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν ορισμένες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά του πεπτικού έλκους. Αυτές είναι **η χολολιθίαση, η οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα, η οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση, η λειτουργική δυσπεψία και ο γαστρικός καρκίνος, στεφανιαία νόσος, γαστρίτιδα, κατώτερο έμφραγμα του μυοκαρδίου, πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα και σύνδρομο άνω μεσεντερίου αρτηρίας** (Μπονάτσος και συν.,2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΣΟΥ

Υπάρχουν ιατρικές περιπτώσεις οι οποίες είναι πιο βαριές ή σοβαρές, και έτσι οι υπεύθυνοι παροχής φροντίδας υγείας, για την **πρόληψη** εμφάνισης πεπτικών ελκών, μπορούν να χορηγήσουν στους συγκεκριμένους ασθενείς κάποια **προληπτική θεραπεία**. Πιο συγκεκριμένα, η θεραπεία θα επικεντρώνεται στην καλύτερη *οξυγόνωση* και *κυκλοφορία*, η οποία μπορεί να εμπλέκεται στα ευρήματα και τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου. Επιπλέον, οι υπεύθυνοι παροχής φροντίδας υγείας, εάν το κρίνουν απαραίτητο, μπορούν να θέσουν έναν ασθενή σε *εντερική διατροφή*. Όπως είναι αποδεδειγμένο με την εντερική διατροφή, ο ασθενής λαμβάνει κάποια τεχνικά εντερικά προϊόντα που είναι πλούσια σε αλκαλικά. Η συγκεκριμένη διατροφή έχει εξαιρετική επίδραση στο βλεννογόνο του στομάχου, λόγω των προϊόντων της. Τέλος, οι υπεύθυνοι υγείας, για να εμποδίσουν την εμφάνιση των πεπτικών ελκών, είναι σε θέση να χορηγήσουν φαρμακευτική θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει **H₂ ανταγωνιστές, αντιόξινα, σουκραλφάτη ή αντεκρηκτικούς παράγοντες** (Ignatavicius-Workman,2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Φαρμακευτική Αγωγή

Οι πρωταρχικοί στόχοι της φαρμακευτικής θεραπείας στην αντιμετώπιση του πεπτικού έλκους είναι:

- I. Ανακούφιση του πόνου**
- II. Εκρίζωση του *H.Pylori***
- III. Επούλωση των εξελκώσεων**
- IV. Πρόληψη των υποτροπιών**

Για την επίτευξη των στόχων, μπορούν να χρησιμοποιηθούν πολλές διαφορετικές θεραπείες, ωστόσο, ο υπεύθυνος παροχής φροντίδας υγείας θα πρέπει να λάβει υπόψη την δραστηριότητα της ανάλογης θεραπείας που θα επιλέξει. Καθώς επίσης, και τις προβλεπόμενες παρενέργειες, την ικανότητα του ασθενούς να ακολουθήσει πιστά την ανάλογη αγωγή και τέλος, το κόστος της θεραπείας (Ignatavicius-Workman,2008).

Πολλά φάρμακα έχουν θεωρηθεί κατάλληλα για την θεραπεία του βακτηριδίου *H.Pylori*, ωστόσο, κανένα δεν χρησιμοποιήθηκε από μόνο του για την εξουδετέρωση του μικροοργανισμού με επιτυχία. Στη σύγχρονη φαρμακευτική πρακτική χρησιμοποιείτε συνδυασμός παραγόντων για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Η πιο πετυχημένη αγωγή που χρησιμοποιείτε είναι ένα *τριπλό σχήμα* που αποτελείται από *μείγμα βισμούθιου ή έναν αποκλειστή αντλίας πρωτονίων*, όπως *ομεπραζόλη (prilosec)*, και *συνδυασμό δύο αντιβιοτικών*, όπως *μετρονιδαζόλη (flagyl,novonidazol)* και *τετρακυκλίνη ή κλαριθρομυκίνη και αμοξικλόνη (amoxil)*.

Παρά το γεγονός ότι η παραπάνω φαρμακευτική αγωγή είναι περισσότερο αποτελεσματική από άλλες, και λιγότερο ακριβή, οι περισσότεροι ασθενείς δυσκολεύονται να την τηρήσουν πιστά. Διότι, θα πρέπει να λαμβάνουν τα ανάλογα φάρμακα **4 φορές** την ημέρα, για **14 ημέρες**, ενώ ορισμένοι ασθενείς ίσως και περισσότερες ημέρες, επίσης περίπου το **20 με 30 %** των ηλικιωμένων ασθενών εμφανίζουν επιπλέον ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Έχει παρατηρηθεί σε σύγχρονες έρευνες πως μερικά στελέχη του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν ανθεκτικότητα στην μετρονιδαζόλη, θέτοντας την συγκεκριμένη αγωγή θέμα επιμήκυνσης του χρόνου της θεραπείας (Ignatavicius-Workman,2008).

2. Διαιτητική Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της νόσου του έλκους με τη βοήθεια της δίαιτας αμφισβητείται αρκετά, καθώς δεν υπάρχουν διαιτητικοί κανόνες που να υποδείχνουν την μείωση του γαστρικού οξέος ή που να επιτείνουν την επούλωση των ιστικών βλαβών. Ωστόσο, μια ήπια δίαιτα μπορεί να συμβάλλει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου, διότι, η τροφή με τη σειρά της δρα ως αντιόξινο που εξουδετερώνει το γαστρικό υγρό για **30 με 60 λεπτά**. Στη συνέχεια όμως, επέρχεται το φαινόμενο της *αναπήδησης*, κατά το οποίο ο ρυθμός του γαστρικού υγρού αυξάνεται πολύ γρήγορα. Με την εφαρμογή της διαιτητικής θεραπείας το μόνο που μπορεί να επιτύχει είναι η εξουδετέρωση του οξέος και η μείωση της υπερκινητικότητας, που με τη σειρά του ανακουφίζει επώδυνα, συνήθως συμπτώματα.

Εξηγούμε και καθοδηγούμε τον ασθενή, ποιες ουσίες πρέπει να αποφύγει, για να μην γίνεται αύξηση του γαστρικού οξέος. Σε αυτές τις ουσίες συγκαταλέγονται τα ροφήματα που περιέχουν **καφεΐνη** (όπως καφές, τσάι και coca-cola). Ο καφές είτε περιέχει καφεΐνη, είτε όχι (*decaffeine*) θα πρέπει να αποφεύγεται, γιατί στον καφέ υπάρχουν πεπτίδια που διεγείρουν την έκκριση γαστρίνης. Επιπλέον, ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει το αλκοόλ και το κάπνισμα, καθώς η επίδραση τους παίζει μεγάλο ρόλο στην αύξηση της έκκρισης του γαστρικού οξέος.

Με τη βοήθεια ενός διαιτολόγου, συνεργαζόμαστε με τον ασθενή και τον βοηθάμε να αποφύγει τροφές που μπορούν να του προκαλέσουν δυσφορία. Κατά τη διάρκεια της οξείας συμπτωματικής φάσης, συνιστάται μια ήπια και μη ερεθιστική δίαιτα. Θα πρέπει να αποφεύγονται τα μικρογεύματα πριν από την ώρα του ύπνου, επειδή διεγείρουν την έκκριση οξέος. Με την κατανάλωση πέντε μικρών γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας μπορεί να βοηθήσει, ωστόσο, αυτή η δίαιτα δεν συγκαταλέγεται στην τυπική θεραπεία. Επίσης, δεν υπάρχουν τεκμήρια που να υποστηρίζουν τη θεωρία ότι τρώγοντας πέντε μικρά γεύματα την ημέρα προάγεται η επούλωση του έλκους. Με την διατροφή αυτή στην πραγματικότητα διεγείρεται η έκκριση οξέος στο στομάχι (Ignatavicius-Workman,2008).

7.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι νέες κατευθύνσεις της ιατρικής για την θεραπεία της ΝΠΕ, που περιλαμβάνουν την εκρίζωση του βακτηριδίου *H.Pylori* και με τις ανάλογες συντηρητικές μεθόδους για τον έλεγχο τυχόν αιμορραγίας, οδηγούν σταδιακά στη μείωση των απαιτούμενων χειρουργικών παρεμβάσεων.

Οι χειρουργικές παρεμβάσεις για τη ΝΠΕ, χρησιμοποιούνται αρχικά για να μειώσουν την ικανότητα του στομάχου να εκκρίνει επιπρόσθετα οξέα, για να θεραπεύσουν τους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή και τέλος για να θεραπεύσουν επείγουσες καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν ως επιπλοκές της νόσου του πεπτικού έλκους.

Δύο είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία της ΝΠΕ, και αυτές είναι η *ελάχιστη επεμβατική μερική γαστρεκτομή* και η *τυπικά ανοιχτή επέμβαση*.

Η ελάχιστη επεμβατική γαστρεκτομή δια λαπαροσκόπησης, είναι μια ακόμη χειρουργική παρέμβαση. Σε αυτή την επέμβαση μπορούν να αφαιρεθούν χρόνια γαστρικά έλκη, αλλά και να θεραπευτούν αιμορραγίες που δημιουργήθηκαν λόγω διάτρησης. Μέσω αρκετών μικρών τομών που γίνονται στον ασθενή, επιτρέπεται πιο εύκολα η εξέταση του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής επέμβασης έναντι της κλασικής διαδικασίας είναι αρκετά, καθώς περιλαμβάνουν συντομότερη νοσηλεία, λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, πολύ λιγότερο πόνο, αλλά και ταχύτερη ανάρρωση (Ignatavicius-Workman,2008).

❖ Προεγχειρητική Φροντίδα

Πριν από μία τυπική ανοιχτή επέμβαση, εισάγεται στον ασθενή ένας ρινογαστρικός καθετήρας, ο οποίος συνδέεται σε μια αναρροφητική διάταξη ούτως ώστε να απομακρυνθούν τυχόν γαστρικές εκκρίσεις που μπορεί να υπάρχουν και εκκενωθεί το στομάχι. Για αυτό τον λόγο, κατά τη διάρκεια της επέμβασης η περιτοναϊκή κοιλότητα δεν θα επιβαρύνεται από τις γαστρικές εκκρίσεις. Ο ρινογαστρικός σωλήνας παραμένει στον ασθενή και μετά την επέμβαση για να εμποδιστεί η συσσώρευση εκκρίσεων, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε εμετό ή γαστρεντερική διάταξη, με αποτέλεσμα την πίεση των χειρουργικών ραμμάτων αλλά και επιπλέον δυσφορία και πόνο στον ασθενή (Ignatavicius-Workman,2008).

❖ Εγχειρητικές Διαδικασίες

Δεν υπάρχουν κάποιες καθορισμένες απλές διαδικασίες για τη νόσο του πεπτικού έλκους. Οι πιο συχνές τυπικές επεμβάσεις που γίνονται είναι η *γαστρεντεροστομία*, η *βαγοτομή* και η *πυλωροπλαστική*.

Γαστρεντεροστομία

Η *γαστρεντεροστομία* είναι μια απλή επέμβαση, η οποία επιτρέπει την ουδετεροποίηση του γαστρικού οξέος από την παλινδρόμηση των αλκαλικών περιεχομένων του δωδεκαδακτύλου, στο στόμαχο. Ο χειρουργός ιατρός δημιουργεί μια δίοδο, που ξεκινά από το στόμα του στομάχου και καταλήγει ως το λεπτό έντερο, συνήθως τη νήστιδα.

Εάν η γαστρεντεροστομία παροχετεύει το στόμαχο, τότε μειώνει τη κινητική δραστηριότητα στη περιοχή του πυλωρού και του δωδεκαδακτύλου. Με αυτό τον τρόπο, η παροχέτευση του γαστρικού περιεχομένου απομακρύνει το οξύ από την εξελκούμενη περιοχή και διευκολύνει στην γρήγορη επούλωση. Από την άλλη όμως, ο μηχανισμός της γαστρίνης εξακολουθεί να λειτουργεί, διότι η εκκριτική ικανότητα του συνόλου των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου δεν έχει μειωθεί. Έτσι, συνήθως όταν γίνεται γαστρεντεροστομία, γίνεται μαζί και βαγοτομή, ούτως ώστε να μειωθούν οι επιδράσεις του πνευμονογαστρικού νεύρου (Ignatovicus-Workman,2008).

Βαγοτομή

Η βαγοτομή είναι μια επέμβαση, η οποία αποκλείει τη διέγερση των γαστρικών κυττάρων, από την έκκριση οξέος, και μειώνει την ανταπόκριση των τοιχωματικών κυττάρων. Για τη θεραπεία της νόσου του πεπτικού έλκους έχουν χρησιμοποιηθεί *τρεις τύποι* βαγοτομής. Αυτοί είναι η **Στελεχιαία**, η **Εκλεκτική** και η **Υπερεκλεκτική βαγοτομή**.

Στη **στελεχιαία βαγοτομή**, τα στελέχη του πνευμονογαστρικού νεύρου διατέμνονται εγκάρσια και αφαιρείται το άντρο του στομάχου. Το κολόβωμα του στομάχου αναστομώνεται με το κεντρικό δωδεκαδάκτυλο (*Billroth I*) ή με το βρόγχο της νήστιδας (*Billroth II*).

Στην **εκλεκτική βαγοτομή**, αφαιρούνται μόνο οι κλάδοι του πνευμονογαστρικού νεύρου, οι οποίοι νευρώνουν το στόμαχο και έτσι μένει άθικτη η παρασυμπαθητική νεύρωση των υπόλοιπων κοιλιακών σπλάγχων. Τα πλεονεκτήματα της εκλεκτικής

βαγοτομής είναι πως οδηγεί σε μείωση των υποτροπών του έλκους και στο περιορισμό των μετεγχειρητικών επιπλοκών (Ignatavicius-Workman,2008).

Τέλος, στην **υπερεκλεκτική βαγοτομή**, διακόπτεται η νεύρωση μόνο του οξοκκριτικού τμήματος του στομάχου. Αποφεύγονται οι κλάδοι του παρασυμπαθητικού, που νευρώνουν το άντρο και έτσι καθιστάτε μη απαραίτητη η πυλωροπλαστική.

Πυλωροπλαστική

Η **πυλωροπλαστική** επέμβαση συνήθως είναι σε συνδυασμό με τη **βαγοτομή**. Ο πιο συχνός τύπος πυλωροπλαστικής είναι των **Heineke – Mikulitz**. Στην συγκεκριμένη μέθοδο ο χειρουργός διευρύνει τη την πυλωρική στένωση, τέμνοντας το πυλωρό κατά μήκος και συρράπτοντας τη τομή εγκάρσια. Με αυτό τον τρόπο γίνεται πιο εύκολη και η κένωση του στομάχου (Ignatavicius-Workman,2008).

❖ Μετεγχειρητική Φροντίδα

Φροντίδα ρινογαστρικού σωλήνα

Αρχικά, το πιο σημαντικό είναι να **ελέγχουμε** τη βατότητα του ρινογαστρικού σωλήνα και να τον ασφαλίζουμε από πιθανή μετακίνηση. Αυτό θα διαφυλάξει και εμάς και τον ασθενή από πιθανές κατακρατήσεις γαστρικών εκκρίσεων.

Στη συνέχεια, **παρακολουθούμε** τον ασθενή για να βεβαιωθούμε ότι η παροχέτευση από τον σωλήνα δεν περιέχει αίμα, παρά το ελάχιστο δυνατό, όπως επίσης, να μην εμφανίζει ο ασθενής διάταση κοιλίας. Εάν συμβαίνει το αντίθετο, τότε ενημερώνουμε αμέσως τον χειρουργό. **Μόνο** μετά από οδηγία που θα έχει δοθεί από τον θεράποντα ιατρό, μπορεί να γίνει πλύση ή αλλαγή της θέσης του ρινογαστρικού σωλήνα μετά την επέμβαση (Ignatavicius-Workman,2008).

Έλεγχος μετεγχειρητικών επιπλοκών

Στο στάδιο της ανάνηψης **παρατηρούμε** τον ασθενή προσεκτικά για τυχόν μετεγχειρητικές επιπλοκές που θα μπορούσε να εμφανίσει. Στη περίοδο αυτή μπορεί να παρουσιάσει αρκετές επιπλοκές, τις οποίες θα πρέπει να αναφέρουμε άμεσα στον υπεύθυνο παροχής φροντίδας.

Μια επιπλοκή μπορεί να οφείλεται και στη σωστή βατότητα του ρινογαστρικού σωλήνα. Εάν υπάρχει κάποιο εμπόδιο στο σωλήνα αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μετεγχειρητική οξεία γαστρική διάταση, η οποία εκδηλώνεται με τα εξής συμπτώματα, επιγαστρικό πόνο, αίσθημα πληρότητας, λόξυγκα, ταχυκαρδία και υπόταση. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να ανακουφιστούν με την άμεση πλύση ή αντικατάσταση του καθετήρα, **πάντα** με την οδηγία του χειρουργού (Ignatavicius-Workman,2008).

- **Αλκαλική γαστρίτιδα από παλινδρόμηση** ή αλλιώς χολική γαστρίτιδα, είναι μια ακόμη μετεγχειρητική επιπλοκή, στην οποία ο πυλωρός παρακάμπτεται ή αφαιρείται μέσω πυλωροπλαστικής ή **Billroth I** (γαστρεκτομή με γαστροδωδεκαδακτυλοστομία) ή **Billroth II** (γαστρονηστιδική αναστόμωση). Τα συμπτώματα της επιπλοκής αυτής περιλαμβάνουν αίσθημα εύκολου κορεσμού, κοιλιακή δυσφορία και εμετό. Μετά από την εξέταση ενδοσκόπησης αποκαλύπτεται παλινδρόμηση της χολής στο στόμαχο και υπεραιμία του γαστρικού βλεννογόνου.
- **Σύνδρομο κεντρομόλου τόξου.** Η μετεγχειρητική επιπλοκή αυτή εμφανίζεται όταν το τόξο του δωδεκαδακτύλου αποφράσσεται μερικώς μετά από την επέμβαση **Billroth II**. Οι παγκρεατικές και οι ηπατικές εκκρίσεις γεμίζουν το εντερικό τόξο, το οποίο στη συνέχεια διατείνεται. Οι επώδυνες συστολές που νιώθει ο ασθενής, προσπαθούν να προωθήσουν τις εκκρίσεις αυτές από το τόξο. Τα συμπτώματα που θα μας βοηθήσουν να καταλάβουμε εάν ο ασθενής παρουσιάζει το σύνδρομο, είναι η αίσθηση φουσκώματος της κοιλιάς και πόνου 20 με 60 λεπτά μετά το γεύμα. Επίσης, συνήθως θα ακολουθήσει ναυτία και εμετός. Η θεραπεία που συνιστάται είναι η χειρουργική διόρθωση της ατελούς απόφραξης του τόξου (Ignatavicius-Workman,2008).
- Μετά από εγχειρήσεις του στομάχου μπορεί να παρουσιαστεί μια **καθυστερημένη γαστρική κένωση**, η οποία συνήθως υποχωρεί μέσα σε μία εβδομάδα. Η κατάσταση αυτή δημιουργείται λόγω ενός οιδήματος στο αναστομωτικό άκρο ή λόγω συμφύσεων, που αποφράσσουν το περιφερικό τόξο και μπορεί να έχουν μηχανικές αιτίες. Λαμβάνονται υπόψη επίσης, και ορισμένες μεταβολικές αιτίες, όπως υποκαλιαιμία, υποπρωτεϊναιμία ή υπονατριαιμία. Το οίδημα που δημιουργείται μπορεί να υποχωρήσει με ρινογαστρική αναρρόφηση και σωστή διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών, αλλά και με την κατάλληλη διατροφή.
- **Υποτροπιάζουσες εξελκώσεις** είναι μια πάθηση, η οποία εμφανίζεται στο 5% των ασθενών που έχουν κάνει εγχείρηση για τη νόσο του πεπτικού έλκους. Οι

υποτροπές αυτές δημιουργούνται συνήθως μετά από *ατελή βαγοτομή* ή από *εμμένουσα λοίμωξη από βακτήριο του H.Pylori*. Μετά από την επέμβαση της βαγοτομής με αντρεκτομή, στο σημείο της αναστόμωσης ή περιφερικότερα στο λεπτό έντερο τείνει να εμφανίζεται η εξέλκωση. Τα ανάλογα συμπτώματα που εμφανίζονται από την πάθηση είναι έντονος κοιλιακός πόνος, που εντοπίζεται συνήθως στο επιγάστριο και αποτελεί το πιο συχνά αναφερόμενο σύμπτωμα των υποτροπιαζόντων πεπτικών ελκών. Ο υπεύθυνος φροντίδας υγείας για να βοηθήσει την γρήγορη epούλωση των εξελκώσεων μπορεί να χορηγήσει ανταγωνιστές H₂ υποδοχέων, αλλά και αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Όσον αφορά το βακτήριο του *H.Pylori* η εκρίζωση του στην περίπτωση των υποτροπιαζόντων εξελκώσεων είναι αμφισβητήσιμη (Ignatavicius-Workman,2008).

Το σύνδρομο **dumping** είναι το σύνολο των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται μετά από το γεύμα, ειδικότερα εάν έχει προηγηθεί μια επέμβαση **Billroth II**. Το σύνδρομο αυτό λέγεται πως οφείλεται στην ταχεία δίοδο του περιεχομένου του στομάχου προς το λεπτό έντερο, έτσι ως αποτέλεσμα η μετακίνηση των υγρών από τον ενδαγγειακό χώρο προς το έντερο προκαλεί διάταση της κοιλίας. Τα συμπτώματα του συνδρόμου εκδηλώνονται συνήθως **30 λεπτά** μετά το γεύμα και αυτά είναι *ζάλη, ωχρότητα, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, συγκοπτικό επεισόδιο, εφίδρωση και επιθυμία κατάκλισης*.

Το *όψιμο dumping* είναι μια άλλη κατάσταση του συνδρόμου και προκαλείται από την *υπερέκκριση ινσουλίνης* και εμφανίζεται **90 λεπτά** έως **3 ώρες** μετά το γεύμα. Με την απελευθέρωση της ινσουλίνης ακολουθεί μια ραγδαία αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, και αυτό είναι αποτέλεσμα της ταχείας εισόδου τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες στη νήστιδα. Τα συμπτώματα που ελέγχουμε για να σιγουρευτούμε εάν όντως ο ασθενής αντιμετωπίζει το *όψιμο dumping* είναι οι *εντερικές εκδηλώσεις, ίλιγγος, ζάλη, αίσθημα παλμών, εφίδρωση και διανοητική σύγχυση*.

Η σωστή αντιμετώπιση του συνδρόμου dumping είναι **διαιτητικά**, με περιορισμό της ποσότητας τροφής σε κάθε γεύμα και την αποφυγή υγρών παράλληλα με το γεύμα. Σε συνεργασία με τον διαιτολόγο εξηγούμε και καθοδηγούμε τον ασθενή να καταναλώνει τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες και λίπη, αλλά χαμηλά σε περιεκτικότητα υδατανθράκων. Μια ακόμη πρόληψη του συνδρόμου είναι η χορήγηση **πηκτίνης**, σε μορφή σκόνης. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί υποδόρια ένα ανάλογο της σωματοστατίνης, η **οκτρεοτίδη (Sandostatin)**, σε δοσολογία **50 έως 150 mg**. Η οκτρεοτίδη είναι μια συνθετική μορφή της σωματοστατίνης ορμόνης, η οποία βρίσκεται στο γαστρεντερικό σωλήνα και πιστεύεται ότι αναστέλλει τις γαστρικές και παγκρεατικές ορμόνες που συνήθως προκαλούν τα σημεία και συμπτώματα του συνδρόμου **dumping** (Ignatavicius-Workman,2008)

ΜΕΡΟΣ Β' ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ

1.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Κατά την εκτίμηση του ασθενούς με πεπτικό έλκος θα πρέπει να συγκεντρωθούν τα εξής υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα. Αυτά είναι:

- **Ιστορικό Υγείας:** Στο ιστορικό υγείας που λαμβάνεται από τον ασθενή συγκεντρώνονται τα εξής σημεία και συμπτώματα. Ενοχλήματα, όπως πόνος στο επιγάστριο ή στο αριστερό άνω κοιλιακό τεταρτημόριο, αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου ή δυσφορίας. Χαρακτήρας, βαρύτητα, χρόνος εμφάνισης και συσχέτιση των συμπτωμάτων μετά τη λήψη της τροφής. Μέτρα που χρησιμοποιεί ο ασθενής για την ανακούφιση του από τα συμπτώματα ναυτίας ή εμετού. Ύπαρξη ζωηρού ερυθρού αίματος ή καφεδοειδούς περιεχόμενου στα εμέσματα. Τέλος, φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής συμπεριλαμβανομένων της ασπιρίνης ή άλλων ΜΣΑΦ, όπως επίσης και το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ ή και άλλων φαρμάκων (Lemon & Burke,2006).
- **Φυσική Εξέταση:** Η φυσική εξέταση του ασθενούς ακολουθεί με την παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, η σχέση του σωματικού βάρους και του ύψους. Λήψη των ζωτικών σημείων, συμπεριλαμβανομένων και των μετρήσεων σε όρθια σχέση, στη συνέχεια, γίνεται εξέταση και ακρόαση της κοιλίας για την αξιολόγηση των εντερικών ήχων και ψηλάφηση της για ανίχνευση τυχόν ευαισθησίας. Και τέλος, εξέταση ύπαρξης εμφανούς ή λανθάνοντος αίματος στα εμέσματα και στα κόπρανα (Lemon & Burke,2006).

1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

1) ΠΟΝΟΣ

Στη περίπτωση του έλκους στομάχου ο πόνος είναι συχνά προβλέψιμος και η εμφάνιση του μπορεί να προληφθεί. Πιο συγκεκριμένα, 2 με 4 ώρες μετά τη λήψη της τροφής, λόγω των αυξημένων επιπέδων γαστρικού οξέος και πεψίνης, ερεθίζεται ο πάσχοντας βλεννογόνος και οι υποκείμενοι ιστοί, οπότε και εκδηλώνεται ο συγκεκριμένος πόνος. Χρησιμοποιώντας ορισμένα που μπορούν να εξουδετερώσουν το υδροχλωρικό οξύ ή να ελαχιστοποιήσουν την παραγωγή του ή να προστατέψουν τον ανάλογο βλεννογόνο, βοηθάμε στην γρηγορότερη ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.

- Αξιολογούμε τον πόνο του ασθενούς, δηλαδή, εντοπίζουμε το μέρος όπου πονάει, την ένταση και το χαρακτήρα του πόνου, τη συχνότητα και τη διάρκεια του και τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του (Lemon & Burke, 2006).

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ

Θα πρέπει να αποφεύγουμε τα εύκολα συμπεράσματα για την παρουσία του πόνου, διότι αυτός μπορεί να οφείλεται σε κάποια επιπλοκή, όπως διάτρηση ή μπορεί να μην σχετίζεται και καθόλου με το πεπτικό έλκος (όπως στηθάγχη, χολοκυστοπάθεια ή παγκρεατίτιδα)

Στη περίπτωση της διάτρησης συχνά εκδηλώνεται αιφνίδιος και έντονος επιγαστρικός πόνος και άκαμπτη κοιλία με σανιδώδη σύσπαση.

- Σύμφωνα με τις οδηγίες που μας δόθηκαν **χορηγούμε** αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων και αντιόξινα ή άλλα προστατευτικά του βλεννογόνου. Μετά την χορήγηση, παρακολουθούμε τον ασθενή και τη ανταπόκριση θα δώσει στην ανάλογη θεραπεία και εάν θα εμφανιστούν τυχόν παρενέργειες. Ο πόνος του πεπτικού έλκους συνήθως οφείλεται στη βλαπτική δράση των όξινων γαστρικών εκκρίσεων στον εκτεθειμένο βλεννογόνο και στους υποκείμενους ιστούς. Η παραπάνω φαρμακευτική αγωγή βοηθά στην ελάττωση της έντασης του πόνου που προκαλεί το έλκος και προάγει την επούλωση του έλκους. Επιπλέον, με την αγωγή μειώνεται η παραγωγή οξέος, εξουδετερώνετε το

οξύ ή σταδιακά δημιουργείται ένας προστατευτικός φραγμός πάνω από τον προσβεβλημένο βλεννογόνο (Lemon & Burke,2006).

2) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Το έλκος μπορεί να παρουσιάσει πόνο όχι μόνο την ημέρα, μετά το φαγητό, αλλά και τη νύχτα. Τυπικά παρατηρείται μεταξύ 1 με 3 π.μ. και ως αποτέλεσμα προκαλεί διαταραχή του ύπνου και δημιουργούνται προβλήματα στην ανάπαυση του ασθενούς.

- **Τονίζουμε** στον ασθενή την μεγάλη σημασία που έχουν τα φάρμακα που θα πρέπει να παίρνει, σύμφωνα με τις οδηγίες. Με τη λήψη της βραδινής δόσης των αναστολέων της αντλίας πρωτονίων ή των αναστολέων H₂ υποδοχέων, σταδιακά μειώνεται η παραγωγή του υδροχλωρικού οξέος κατά τη διάρκεια της νύχτας. Κατά συνέπεια, ο νυκτερινός πόνος ελαττώνεται.
- **Δίνουμε** επιπλέον **οδηγίες** στον ασθενή να προσπαθήσει να περιορίσει την πρόσληψη τροφής μετά το βραδινό και του επισημαίνουμε να αποφεύγει τα τσιμπολογήματα. Η λήψη τροφής πριν την κατάκλιση μπορεί να διεγείρει την παραγωγή οξέος και πεψίνης, σαν αποτέλεσμα αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης του νυκτερινού πόνου.
- **Ενθαρρύνουμε** των ασθενή να χρησιμοποιήσει διάφορες τεχνικές χαλάρωσης, όπως ελαφριά και ευχάριστη μουσική, προκειμένου να τον βοηθήσουν να αισθανθεί πιο άνετα και έτσι να διευκολυνθεί στον ύπνο. Τα μέτρα που βοηθούν στην επίτευξη του ελέγχου του πόνου που οφείλεται στο πεπτικό έλκος, μπορούν να ελαττώσουν το άγχος του ασθενούς και να τον διευκολύνουν στον καλύτερο και πιο κανονικό ύπνο (Lemon & Burke,2006).

3) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ: Ανεπαρκείς Κάλυψη των Αναγκών του Οργανισμού

Ένας ασθενής με πεπτικό έλκος, με την προσπάθεια του αποφύγει την ενόχληση και την εμφάνιση των συμπτωμάτων, προοδευτικά αρχίζει να μειώνει την πρόσληψη τροφής, ως αποτέλεσμα να δημιουργείται κίνδυνος εμφάνισης διαταραχών της

θρέψης. Επιπλέον προβλήματα που σχετίζονται με το πεπτικό έλκος είναι η ανορεξία και ο πρώιμος κορεσμός.

- **Αξιολογούμε τη διαίτα του ασθενούς**, λαμβάνοντας πρωτίστως υπόψη τις συνήθειες που έχει σχετικά με την πρόσληψη της τροφής, το χρονικό όριο ανάμεσα στα γεύματα και τις τροφές που μπορεί να του προκαλούν πόνο ή εκείνες που προσπαθεί να αποφύγει φοβούμενος πως θα του προκαλέσουν πόνο. Ο ασθενής άθελα του δημιουργεί έναν διαιτητικό περιορισμό στον εαυτό του χωρίς να το καταλάβει, ειδικότερα εάν τα συμπτώματα του πεπτικού έλκους επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Με τη βοήθεια που παρέχουμε στον ασθενή, τον αφυπνίζουμε και του διευκρινίζουμε ποιες προσλαμβανόμενες με την ανάλογη διαίτα θρεπτικές ουσίες και θερμίδες του είναι απαραίτητες και επαρκείς (Lemon & Burke,2006).
- **Παραπέμπουμε τον ασθενή σε διαιτολόγο**, ούτως ώστε με τη βοήθεια του να διοργανώσει τα γεύματα του με τέτοιο τρόπο που να μπορεί να ανακουφίζεται από τα συμπτώματα του πεπτικού έλκους, αλλά ταυτόχρονα να καλύπτει και τις απαραίτητες για εκείνον θρεπτικές ανάγκες. Κατά τη διαμόρφωση των γευμάτων, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο τρόπος σίτισης και οι προτιμήσεις του ασθενούς.
- **Παρακολουθούμε τον ασθενή για τυχόν συμπτώματα** που θα μπορούσε να παρουσιάσει, όπως *ναυτία, εμετός, ανορεξία και αίσθημα πληρότητας*. Η πρόσληψη τροφής και η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Το πεπτικό έλκος που συνοδεύεται από την ανάπτυξη ουλώδους ιστού, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της γαστρικής κένωσης, αυτό κατά συνέπεια επιβάλλει την ανάλογη αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος (Lemon & Burke,2006).

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ

Συμβουλευόμαστε τον ασθενή να αναφέρει στον υπεύθυνο υγείας που του παρέχει βοήθεια, τυχόν επιδείνωση ή εμμονή των παρακάτω συμπτωμάτων, όπως ναυτία, εμετοί, ανορεξία και αίσθημα πληρότητας.

- **Παρακολουθούμε και εξετάζουμε** τις εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς για τυχόν ενδείξεις αναιμίας ή άλλων διατροφικών ελλειμμάτων. Προσέχουμε τα αποτελέσματα της θεραπείας, καθώς και για τυχόν εμφάνιση παρενεργειών από την ανάλογη αγωγή του ασθενούς. Όπως για παράδειγμα, στην περίπτωση λήψης σκευασμάτων σιδήρου από το στόμα. Καθοδηγούμε τον ασθενή να λαμβάνει σωστά το σίδηρο από το στόμα, καθώς και να αποφεύγει την χρήση αντιόξινων

1-2 ώρες μετά τη λήψη του σιδήρου. Η αναιμία στους ασθενείς με πεπτικό έλκος μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαταραχής της απορρόφησης θρεπτικών ουσιών ή χρόνιας απώλειας αίματος. Κατά τη χορήγηση σιδήρου από το στόμα, μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή γαστρεντερικές ενοχλήσεις, ναυτία και εμετούς. Εάν δεν είναι σε θέση να αντέξει τις παρενέργειες αυτές ο ασθενής, τότε ενημερώνεται ο ειδήμον ιατρός και γίνεται αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος (Lemon & Burke,2006).

4) ΕΛΛΕΙΜΜΑ ΟΓΚΟΥ ΥΓΡΩΝ

Σε έναν ασθενή με πεπτικό έλκος υπάρχει μεγάλη περίπτωση να παρουσιαστεί διάβρωση κάποιου αιμοφόρου αγγείου, αλλά και να προκληθεί αιμορραγία. Στην περίπτωση οξείας αιμορραγίας μπορεί να δημιουργηθεί υποογκαιμία στον ασθενή, καθώς και εμφάνιση ελλείμματος όγκου υγρών. Αυτά με τη σειρά τους οδηγούν σε μείωση της καρδιακής παροχής και διαταραχή της ιστικής αιμάτωσης.

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ

*Παρακολουθούμε στενά και καταγράφουμε αναλυτικά την αρτηριακή πίεση αίματος και τον αριθμό των σφίξεων κάθε 15 με 30 λεπτά, έως ότου ο ασθενής σταθεροποιηθεί. Επίσης παρακολουθούμε την κεντρική φλεβική πίεση ή την πίεση της πνευμονικής αρτηρίας, ανάλογα με τις οδηγίες και τις ενδείξεις. Για την ευκολότερη μέτρηση υγρών τοποθετούμε καθετήρα **Foley** και ελέγχουμε την ωριαία ούρηση του ασθενούς. Και τέλος μετράμε το σωματικό βάρος του ασθενούς καθημερινά για να διαπιστώσουμε τυχόν αλλαγές. Με τη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών με οξεία αιμορραγία μπορούμε να παραχωρήσουμε την ανάλογη θεραπευτική παρέμβαση σε τυχόν εμφάνιση πιθανού **shock** (Lemon & Burke,2006).*

- **Ελέγχουμε** προσεκτικά τα κόπρανα και το υγρό που αναρροφάται μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα για να εξακριβώσουμε την ύπαρξη εμφανούς ή λανθάνουσας αιμορραγίας. Παρακολουθούμε το υγρό που παροχετεύεται από τον στόμαχο είτε μέσω του ρινογαστρικού καθετήρα, είτε μέσω των εμετών, ούτως ώστε να αξιολογήσουμε την ποσότητα και τον ρυθμό της απώλειας αίματος. Μπορούμε να καταλάβουμε πως υπάρχει οξεία αιμορραγία όταν το υγρό είναι ζωηρά ερυθρό, ενώ μπορεί επίσης να υπάρχει περίπτωση θρόμβου του αίματος. Το αίμα όταν παραμένει αρκετό χρονικό διάστημα στο στόμαχο παίρνει ένα σκούρο ερυθρό ή καφεδοειδές χρώμα. Η αιμοχυσία είναι ένας ακόμα παράγοντας αναγνώρισης για τυχόν ύπαρξη οξείας αιμορραγίας, στον οποίο χάνεται μεγάλη ποσότητα αίματος. Από την άλλη, οι μέλαινες κενώσεις αποτελούν ένδειξη λιγότερο οξείας αιμορραγίας. Σε περίπτωση που αιμορραγία δημιουργείται από μικρά αγγεία, τότε η απώλεια αίματος γίνεται σε αργό ρυθμό και δεν είναι άμεσα

εμφανή. Στη χρόνια απώλεια αίματος από το πεπτικό, ο κίνδυνος εμφάνισης ελλείμματος όγκου υγρών είναι ελάχιστος. Σε αυτή τη περίπτωση, είναι πιο πιθανόν να εμφανιστεί αναιμία και ελαττωμένη αντοχή στην κόπωση.

- Χορηγούμε ενδοφλεβίως υγρά και ηλεκτρολύτες για την αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου και για αναπληρώσουμε την απώλεια υγρών. Ανάλογα με τις ανάγκες θα πρέπει να γίνεται μετάγγιση πλήρους αίματος ή συμπυκνωμένων ερυθρών. Όπως είναι φυσικό, κατά τη διάρκεια της οξείας αιμορραγίας, των εμετών, της διάρροιας και της ρινογαστρικής αναρρόφησης προκαλείται απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών. Για την πρόληψη της ανάπτυξης υποογκαιμικού shock, είναι βασικής σημασίας η διατήρηση του όγκου αίματος και της καρδιακής παροχής σε επίπεδα που είναι επαρκή για την σωστή αιμάτωση των ιστών. Με τη μετάγγιση του πλήρους αίματος και των συμπυκνωμένων ερυθρών που γίνεται στον ασθενή, αποκαθιστάται τόσο ο όγκος του αίματος στον οργανισμό, όσο και τα ερυθρά αιμοσφαίρια, και έτσι αυτόματα διασφαλίζεται η ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου από το αίμα, αλλά και η κάλυψη των αναγκών των κυττάρων του οργανισμού (Lemon & Burke, 2006).
- Ο **ασθενής** θα πρέπει να παραμένει **κλινήρης** με ανυψωμένη τη κεφαλή της κλίνης και θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για την ασφάλεια του. Με τον όγκο αίματος που χάνει ο ασθενής μπορεί να προκληθεί ορθοστατική υπόταση με επακόλουθη λιποθυμία ή ζάλη εάν ο ασθενής προσπαθήσει να σταθεί όρθιος.
- **Τοποθετούμε** στον ασθενή έναν ρινογαστρικό σωλήνα και φροντίζουμε να είναι σε σωστή θέση και να διατηρείται η βατότητα του αυλού. Εάν χρειαστεί κάνουμε πλύση του στομάχου με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό, έως ότου αρχίσουν να επιστρέφουν καθαρά διαυγή υγρά. Αρχικά, τα υγρά που μας παρέχονται από το στομάχι τα μετράμε και τα καταγράφουμε κάθε ώρα, αφαιρώντας πάντα τα υγρά από τις πλύσεις του στομάχου που κάνουμε. Στη συνέχεια, η μέτρηση γίνεται κάθε 4 έως 8 ώρες. Με τις πλύσεις μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα που γίνονται στον ασθενή, απομακρύνεται το αίμα από τον πεπτικό σωλήνα και αυτό ελαττώνει την τάση για εμετό και μειώνει τον κίνδυνο εισρόφησης. Ακόμη, οι συγκεκριμένες πλύσεις γίνονται με φυσιολογικό ορό που είναι σε θερμοκρασία δωματίου και αυτό κατά συνέπεια έχει αγγειοδιασταλτική δράση, που επιβραδύνει την ενεργό αιμορραγία. Αποφεύγεται η πλύση του στομάχου με απλό νερό, ούτως ώστε να μην γίνει δηλητηρίαση από ύδωρ. Λόγω πιθανότητας διάτρησης που θα μπορούσαν να παρουσιάσουν κάποιοι ασθενείς, είναι προτιμότερα τα άσηπτα διαλύματα, που με τη σειρά τους βοηθούν στη μείωση κινδύνου ενδεχόμενης επιμόλυνσης στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Για να έχει ο ασθενής ένα σωστό και φυσιολογικό ισοζύγιο θα πρέπει τα υγρά που παροχετεύονται από το στόμαχο να

αντικαθιστώνται με ίση ποσότητα ηλεκτρολυτικού διαλύματος για τη διατήρηση του όγκου του ενδαγγειακού χώρου (Lemon & Burke,2006).

- **Παρακολουθούμε** μέσω συνεχών εξετάσεων που γίνονται στον ασθενή την αιμοσφαιρίνη, τον αιματοκρίτη, τα επίπεδα ηλεκτρολυτών ορού, την ουρία και την κρεατίνη του αίματος. Για τυχόν παθολογικά ευρήματα που ενδεχομένως παρουσιαστούν πρέπει να αναφέρονται άμεσα. Στην χρόνια απώλεια αίματος τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης και ο αιματοκρίτης είναι χαμηλότερα από τα φυσιολογικά, ωστόσο, στην οξεία αιμορραγία η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης είναι στα φυσιολογικά όρια, διότι χάνονται τόσο τα ερυθρά όσο και το πλάσμα. Υπάρχει επιπλέον διαταραχή του ισοζυγίου με την απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών λόγω της ρινογαστρικής αναρρόφησης, των εμετών ή της διάρροιας που μπορεί να έχει ο ασθενής. Τέλος, ένα ακόμη παθολογικό εύρημα που θα μπορούσε να παρουσιαστεί είναι η αύξηση των επιπέδων ουρίας και κρεατίνης του αίματος λόγω της πέψης και απορρόφησης του αίματος που γίνεται στο πεπτικό σωλήνα.
- **Αξιολογούμε** την κοιλιά του ασθενούς ανά 4ωρο και καταγράφουμε τα ευρήματα μας. Ο έλεγχος που κάνουμε περιλαμβάνει επισκόπηση για τυχόν διάταση της κοιλίας, μέτρηση της περιμέτρου της, ακρόαση των εντερικών ήχων και ψηλάφηση για ανίχνευση ευαισθησίας. Συχνά ευρήματα που υπάρχουν κατά την οξεία αιμορραγία του πεπτικού είναι οι βορβορυγμοί ή οι έντονοι εντερικοί ήχοι και η ευαισθησία που παρουσιάζεται κατά την ψηλάφηση της κοιλίας. Εάν υπάρχει περίπτωση διάτρησης τότε η αυξημένη περίμετρος της κοιλίας, η απουσία εντερικών ήχων ή η πολύ μεγάλη ευαισθησία με άκαμπτη σανιδώδη κοιλιά είναι σημεία και συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις (Lemon & Burke,2006).

1.3. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Το πεπτικό έλκος μπορεί να αντιμετωπιστεί και στις υπηρεσίες της κοινότητας αλλά και στο σπίτι. Η επείγουσα νοσοκομειακή αντιμετώπιση απαιτείται μόνο στις επιπλοκές που θα μπορούσαν να παρουσιαστούν. Ο ασθενής κατά την προετοιμασία του για τη φροντίδα στο σπίτι θα πρέπει να έχει κάποιες σημαντικές για εκείνον πληροφορίες, τις οποίες τις παρέχουμε εμείς σε εκείνον (Lemon & Burke,2006).

Οι πληροφορίες αυτές είναι:

- Η **σωστή λήψη** της φαρμακευτικής αγωγής που του έχει δοθεί, συμπεριλαμβανομένων των επιθυμητών δράσεων και των πιθανόν παρενεργειών που θα μπορούσαν να έχουν.
- Ακόμη και μετά την ανακούφιση από τα συμπτώματα θα πρέπει συνεχίζεται η λήψη της φαρμακευτικής θεραπείας.
- Συσχέτιση του πεπτικού έλκους με τους παράγοντες κινδύνου, όπως **ΜΣΑΦ** και το **κάπνισμα**. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει κάποια ένδειξη, θα πρέπει να απευθυνθεί άμεσα σε κάποια ειδική κλινική ή να ακολουθεί κάποιο πρόγραμμα για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Έχει μεγάλη σημασία η αποφυγή της λήψης **ασπιρίνης** και άλλων **ΜΣΑΦ**. Τονίζουμε στον ασθενή πως παίζει μεγάλο ρόλο η ανάγνωση των ετικετών των φαρμάκων που προμηθεύεται χωρίς ιατρική συνταγή, καθώς ενδέχεται να περιέχουν **ασπιρίνη** (Lemon & Burke,2006).
- Σε περίπτωση που εκδηλώνονται τα παρακάτω συμπτώματα, όπως ζάλη, λιποθυμία, εμετοί, μέλαινες κενώσεις, επιδεινωμένος κοιλιακός πόνος ή διάταση κοιλίας, θα πρέπει να αναφέρονται άμεσα στον επαγγελματία υγείας.
- Για την καλύτερη αντιμετώπιση του άγχους, παραπέμπουμε τον ασθενή τον ασθενή σε ειδικά προγράμματα διαχείρισης του στρες. Με αυτό τον τρόπο προλαμβάνουμε τον παροξυσμό του πεπτικού έλκους (Lemon & Burke,2006).

1.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Στις επιπλοκές του πεπτικού έλκους που εμφανίζουν οι ασθενείς, οι οποίες είναι η αιμορραγία, η διάτρηση και η πυλωρική στένωση, θα πρέπει να εφαρμοστούν επιπρόσθετες παρεμβάσεις για την καλύτερη αποκατάσταση του οργανισμού.

- ✓ Στην πρώτη επιπλοκή, που είναι η **αιμορραγία**, η αρχική μας παρέμβαση είναι η γρηγορότερη αποκατάσταση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος και τη σωστή διατήρηση της κυκλοφορίας. Σε περίπτωση που παρουσιάσει ο ασθενής συμπτώματα shock, όπως ταχυκαρδία, υπόταση, ωχρότητα, χαμηλή διούρηση και ανησυχία, αμέσως χορηγούμε φυσιολογικό ορό, διάλυμα Ringer ή άλλα ηλεκτρολυτικά διαλύματα ενδοφλεβίως, για την αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου. Κατά την απώλεια αίματος τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη πέφτουν, οπότε είναι δυνατόν να γίνει μετάγγιση ολικού αίματος ή συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων για την αποκατάσταση τους.
- ✓ Κατά την διάρκεια της ενδοσκοπικής εξέτασης που γίνεται στον ασθενή, είναι δυνατόν να γίνει έμμεση έγχυση αιμοστατικού ή σκληρυντικού παράγοντα που μπορούν να βοηθήσουν το αγγείο που αιμορραγεί να κλείσει (ενδοσκοπική αιμόσταση). Ακόμη κατά την ενδοσκόπηση είναι δυνατόν να γίνει φωτοπηξία με λέιζερ, είναι μια διαδικασία στην οποία χρησιμοποιείται ενέργεια υπό τη μορφή ακτινοβολίας για το αγγείο που αιμορραγεί. Τέλος, μια ακόμη διαδικασία που μπορεί να βοηθήσει στο κλείσιμο του αγγείου που αιμορραγεί είναι η αιμόσταση με ηλεκτροδιαθερμία, όπου χρησιμοποιείται ηλεκτρική ενέργεια για την παραγωγή θερμότητας με στόχο την αιμορραγία (Lemon & Burke,2006).
- ✓ Όταν παρατηρήσουμε πως ο ασθενής αιμορραγεί τότε η σίτιση από το στόμα διακόπτεται έως ότου σταματήσει η αιμορραγία. Μετά τη τοποθέτηση του ρινογαστρικού καθετήρα, μέσω αυτού χορηγούμε ανά ώρα αντιόξινα για να προστατεύσουμε το έλκος που αιμορραγεί από το γαστρικό οξύ και για την πρόληψη παλινδρόμησης οξέος. Μέχρι να είναι σε θέση ο ασθενής να σιτίζεται από το στόμα, του χορηγούμε ενδοφλεβίως αναστολείς των H₂ υποδοχέων (σιμετιδίνη, ρανιτιδίνη, φαμοτιδίνη). Ωστόσο, εάν τα συντηρητικά αυτά μέτρα δεν βοηθήσουν στον έλεγχο της αιμορραγίας, είναι πιθανόν πως ο ασθενής θα χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση. Σε σύγκριση με τους νεώτερους σε ηλικία, οι ηλικιωμένοι που αιμορραγούν λόγω επιπλοκής του πεπτικού έλκους χρειάζεται να επιβληθούν σε χειρουργική επέμβαση για πρόληψη της υποτροπής της αιμορραγίας και για τον καλύτερο έλεγχο της (Lemon & Burke,2006).
- ✓ Μια σοβαρή επιπλοκή του πεπτικού έλκους είναι η **διάτρηση** του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου. Κατά συνέπεια, λόγω των υγρών του πεπτικού σωλήνα είναι δυνατόν να γίνει επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Αυτή η κατάσταση αποτελεί ένδειξη άμεσης χειρουργικής επέμβασης με σκοπό την αποκατάσταση

της ομοιόστασης και τον έλεγχο της περιτονίτιδας. Μέσω της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών και ηλεκτρολυτών επιτυγχάνεται η διατήρηση του ισοζυγίου σε φυσιολογικά επίπεδα. Επίσης, με τη βοήθεια του ρινογαστρικού σωλήνα γίνεται πιο εύκολη η απορρόφηση του περιεχομένου του στομάχου, έτσι ελαχιστοποιείται περαιτέρω η επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση **Fowler** ή **ημι Fowler**, ούτως ώστε τα υγρά που μολύνουν την περιτοναϊκή κοιλότητα να μετατοπίζονται και να συσσωρεύονται στην πύελο. Ακολούθως χορηγούμε στον ασθενή μια επιθετική ενδοφλεβίως αντιβίωση για να προλάβουμε και να καταπολεμήσουμε τη λοίμωξη που πιθανόν να οφείλεται στα μικρόβια της εντερικής χλωρίδας. Η διάτρηση του έλκους μπορεί να συγκλείσει είτε με την ανοιχτή χειρουργική επέμβαση (*λαπαροτομία*), είτε *λαπαροσκοπικά*.

- ✓ Λόγω των επανειλημμένων φλεγμονών και της συνεχιζόμενης επούλωσης δημιουργείται ένας ουλώδεις ιστός, επιπρόσθετα το οίδημα και ο μυϊκός σπασμός μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση της **πυλωρικής στένωσης**. Η θεραπεία της επιπλοκής αυτής είναι καταρχάς η αποσυμφόρηση του στομάχου με απορρόφηση του περιεχομένου του με τη βοήθεια του ρινογαστρικού σωλήνα και στη συνέχεια, για τη διατήρηση του ισοζυγίου, χορηγούμε ενδοφλεβίως φυσιολογικό ορό και χλωριούχο νάτριο για την αποκατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών. Ακόμη γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση των H₂ υποδοχέων. Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών στους οποίους επιχειρείται ενδοσκοπική διαστολή του πυλωρού με μπαλόνι. Ωστόσο, εάν τα μέτρα αυτά δεν βοηθήσουν στην άρση της απόφραξης του πυλωρού, είναι δυνατόν ο ασθενής να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση (Lemon & Burke,2006).

1.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι νοσηλευτές είναι τα μόνα πρόσωπα, από τα επαγγέλματα υγείας, που παραμένουν με τον ασθενή όλο το 24ωρο. Όντας οι μόνοι που παρευρίσκονται δίπλα του, οπότε και ο ρόλος τους είναι σημαντικός. Έχουν κεντρική θέση και έχουν μεγάλη ευθύνη απέναντι στον ασθενή. Το έργο τους είναι το ίδιο σημαντικό, καθώς αποβλέπει την ανακούφιση, και την υποστήριξη του ασθενή, αλλά και την εκπλήρωση των αναγκών του. Επομένως, είναι κατανοητό το πόσο αναπόσπαστο μέρος της ψυχολογίας του αρρώστου, αποτελούν οι νοσηλευτές. Έχοντας λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να απαλλαγεί από το περιττό άγχος και τις ανησυχίες του. Παραχωρώντας στον άρρωστο την απαραίτητη κατανόηση και παρηγοριά, που τόσο τους είναι πολύτιμη, συντελούν στην καλύτερη έκβαση της θεραπείας του.

Από την άλλη, όταν ένας νοσηλευτής μπαίνει στο θάλαμο, δεν καλημερίζει ή δεν είναι ομιλητικός όσο θα έπρεπε ή είναι κακόκεφος, τότε μόνο κακό μπορεί να φέρει. Διότι, το να εκτελεί μηχανικά τη νοσηλεία δεν αρκεί, έχει την υποχρέωση σαν σωστός νοσηλευτής να αφουγκραστεί τις ανησυχίες, τις ενοχλήσεις και τους φόβους του ασθενούς. Με την ομιλία και την καλή συμπεριφορά ο ασθενής θα μπορεί να ανοιχτεί πιο εύκολα στον νοσηλευτή και να του εξηγήσει εάν πονάει πουθενά ή έχει κάποια ανησυχία, ούτως ώστε ο νοσηλευτής με τη σειρά του να βοηθήσει όπως είναι απαραίτητο. Μόνο σεβασμός στην ανθρώπινη ύπαρξη του ασθενούς και η κατανόηση μπορούν να οδηγήσουν σε θετικά αποτελέσματα (Μαλγαρινού και Κωνσταντινίδου,2002).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην παραπάνω πτυχιακή εργασία παρουσιάστηκε και αναλύθηκε όσο το δυνατόν καλύτερα η πιο συχνή νόσος του πεπτικού συστήματος, το έλκος στομάχου. Όπως προαναφέρθηκε, γίνεται κατανοητό το πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο νοσηλευτής στην αντιμετώπιση του έλκους καθώς και στην ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματά του.

Τον ενημερώνει και τον κατευθύνει πώς να φροντίζει τον εαυτό του και πως πλέον πρέπει να μάθει να ζει με την νόσο. Γι'αυτό το λόγο, ο νοσηλευτής θα πρέπει και αυτός με τη σειρά του να είναι πάντα ενημερωμένος για ότι αφορά την πάθηση, καθώς και την θεραπεία της. Ο νοσηλευτής παρά το γεγονός ότι βοηθά τον ασθενή θεραπευτικά, θα πρέπει να τον στηρίζει και ψυχολογικά όσο περισσότερο γίνεται, διότι η εξέλιξη της νόσου σχετίζεται εκτός από τον τρόπο ζωής του ασθενούς, αλλά και από την ανάλογη ψυχολογική του κατάσταση.

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

✚ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.

1) Randomised clinical trial: prevention of recurrence of peptic ulcers by rabeprazole in patients taking low-dose aspirin.

BACKGROUND:

Few studies have evaluated the effects of rabeprazole on low-dose aspirin (LDA)-induced gastroduodenal injuries.

AIM:

To conduct a randomised, double-blind, triple-dummy, active-controlled, multicentre trial, named the PLANETARIUM study, to assess the efficacy, dose-response relationship and safety of rabeprazole for peptic ulcer recurrence in Japanese patients on long-term LDA therapy.

METHODS:

Eligible patients had a history of endoscopically confirmed peptic ulcers and were receiving long-term LDA (81 or 100 mg/day) therapy for cardiovascular or cerebrovascular protection. Subjects were randomly segregated into three groups receiving rabeprazole 10 mg once daily (standard dose in Japan), rabeprazole 5 mg once daily, or teprenone (geranylgeranylacetone; mucosal protective agent commercially available in Japan) 50 mg three times per day as an active control. The primary endpoint was recurrence of peptic ulcers over 24 weeks.

RESULTS:

Among 472 randomised subjects, 452 subjects (n = 151, 150, 151, respectively) constituted the full analysis set. The cumulative recurrence rates of peptic ulcers over 24 weeks in the 10- and 5-mg rabeprazole groups were 1.4% and 2.8%, respectively, both of which were significantly lower than that in the teprenone group (21.7%). The cumulative occurrence rate of bleeding ulcers over 24 weeks in the teprenone group was 4.6%, while bleeding ulcers were not observed in the 10- or 5-mg rabeprazole groups. Rabeprazole was well tolerated at both doses.

CONCLUSION:

Rabeprazole prevents the recurrence of peptic ulcers with no evidence of a major dose-response effect in subjects on low-dose aspirin therapy.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Λίγες μελέτες έχουν αξιολογήσει τις επιδράσεις της ραβεπραζόλης επί χαμηλή δόση ασπιρίνης (LDA) επαγόμενη από γαστροδωδεκαδακτυλικούς τραυματισμούς. Μεταξύ των 472 τυχαίων ατόμων, 452 άτομα αποτελούν το σύνολο της πλήρους ανάλυσης. Τα αθροιστικά ποσοστά επανεμφάνισης των πεπτικών ελκών επί 24 εβδομάδες στους 10- και 5-mg ομάδες rabeprazole ήταν 1,4% και 2,8%, αντίστοιχα, οι οποίες ήταν σημαντικά χαμηλότερες από ότι στην ομάδα τεπρενόνη (21,7%). Το σωρευτικό ποσοστό εμφάνισης αιμορραγίας ελκών επί 24 εβδομάδες στην ομάδα τεπρενόνη ήταν 4,6%, ενώ τα αιμορραγικά έλκη δεν παρατηρήθηκαν στις ομάδες ραβεπραζόλη 10- ή 5 mg. Ραβεπραζόλη ήταν καλά ανεκτή και στις δύο δόσεις. Rabeprazole εμποδίζει την επανάληψη των πεπτικών ελκών με καμία ένδειξη απόκρισης για μείζων δόση που να επηρεάζει άτομα σε θεραπεία με χαμηλή δόση ασπιρίνης. (Iwakiri et al, 2014)

2) Lack of association of the MDR1 C3435T polymorphism with susceptibility to gastric cancer and peptic ulcer: a systemic review and meta-analysis.

BACKGROUND:

The multidrug resistance 1 gene (MDR1) C3435T polymorphism has been demonstrated to influence the P-glycoprotein (P-gp) activity level which is related to inflammation and carcinogenesis. This meta-analysis was performed to estimate the association between the MDR1 C3435T polymorphism and the risk of gastric cancer (GC) and peptic ulcer (PU).

MATERIALS AND METHODS:

A literature search was conducted with PubMed, Embase and the Cochrane library up to November 2013. Odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs) were used to assess the strength of association. Data were analyzed using Review Manager (Version 5.2), and Stata package (version 12.0) for estimation of publication bias.

RESULTS:

Six case-control studies were included, of which five were for GC and two for PU. Overall, no evidence was found for any association between the MDR1 C3435T polymorphism and the susceptibility to GC and PU. In the stratified analysis by H. pylori infection status, stage and histology classification of GC, and PU type, there was still no significant association between them.

CONCLUSIONS:

This meta-analysis suggested that the MDR1 C3435T polymorphism is not associated with susceptibility to GC and PU. Large and well-designed studies are warranted to validate our findings.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Αυτή η μετα-ανάλυση διεξήχθη για να εκτιμηθεί η συσχέτιση μεταξύ του πολυμορφισμού MDR1 C3435T και τον κίνδυνο γαστρικού καρκίνου (GC) και το πεπτικό έλκος (PU). Έξι μελέτες ασθενών-μαρτύρων συμπεριλήφθηκαν, εκ των οποίων πέντε ήταν για το γαστρικό καρκίνο και δύο για το πεπτικό έλκος. Συνολικά, δεν βρέθηκαν αποδεικτικά στοιχεία για οποιαδήποτε συσχέτιση μεταξύ του πολυμορφισμού MDR1 C3435T και την επιδεκτικότητα σε γαστρικό καρκίνο και πεπτικό έλκος. Στην στρωματοποιημένη ανάλυση με βάση το καθεστώς του *H. pylori* λοίμωξη, το στάδιο και η ιστολογία κατάταξη του γαστρικού καρκίνου, και το είδος του πεπτικού έλκους, δεν υπήρχε ακόμη σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους. Αυτή η μετα-ανάλυση έδειξε ότι ο πολυμορφισμός MDR1 C3435T δεν συνδέεται με επιδεκτικότητα σε γαστρικό καρκίνο και πεπτικό έλκος. Μεγάλες και καλά σχεδιασμένες μελέτες μπορούν να επικυρώσουν τα συμπεράσματά της μελέτης. (Wu et al, 2013)

3)Modelling human development and disease in pluripotent stem-cell-derived gastric organoids.

Gastric diseases, including peptic ulcer disease and gastric cancer, affect 10% of the world's population and are largely due to chronic *Helicobacter pylori* infection. Species differences in embryonic development and architecture of the adult stomach make animal models suboptimal for studying human stomach organogenesis and pathogenesis, and there is no experimental model of normal human gastric mucosa. Here we report the de novo generation of three-dimensional human gastric tissue in vitro through the directed differentiation of human pluripotent stem cells. We show that temporal manipulation of the FGF, WNT, BMP, retinoic acid and EGF signalling pathways and three-dimensional growth are sufficient to generate human gastric organoids (hGOs). Developing hGOs progressed through molecular and morphogenetic stages that were nearly identical to the developing antrum of the mouse stomach. Organoids formed primitive gastric gland- and pit-like domains, proliferative zones containing LGR5-expressing cells, surface and antral mucous cells, and a diversity of gastric endocrine cells. We used hGO cultures to identify novel signalling mechanisms that regulate early endoderm patterning and gastric endocrine cell differentiation upstream of the transcription factor NEUROG3. Using

hGOs to model pathogenesis of human disease, we found that *H. pylori* infection resulted in rapid association of the virulence factor CagA with the c-Met receptor, activation of signalling and induction of epithelial proliferation. Together, these studies describe a new and robust in vitro system for elucidating the mechanisms underlying human stomach development and disease.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Γαστρικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της νόσου του πεπτικού έλκους και του γαστρικού καρκίνου, επηρεάζουν το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού και οφείλονται σε χρόνια λοίμωξη από *Helicobacter Pylori* σε μεγάλο βαθμό. Διαφορετικά είδη ζωικών μοντέλων στην εμβρυϊκή ανάπτυξη και την αρχιτεκτονική του ενήλικου στομάχου κάνουν πιο εύκολη τη μελέτη της ανθρώπινης οργανογένεσης στομάχου και παθογένεσης, ακόμη δεν υπάρχει πειραματικό μοντέλο κανονικής ανθρώπινης γαστρικής βλεννογόνου. Εδώ αναφέρουμε την από την αρχή παραγωγή τρισδιάστατων ανθρώπινων γαστρικών ιστών μέσω της κατευθυνόμενης διαφοροποίησης των ανθρώπινων πολυδύναμων βλαστοκυττάρων. Μαζί, αυτές οι μελέτες περιγράφουν ένα νέο και ισχυρό σύστημα για την κατανόηση των μηχανισμών που διέπουν την ανθρώπινη ανάπτυξη του στομάχου και την ασθένεια. (McCracken et al, 2014)

4)Influence of body mass index on mortality after surgery for perforated peptic ulcer.

BACKGROUND:

Body mass index (BMI) is a strong predictor of mortality in the general population. In spite of the medical hazards of obesity, a protective effect on mortality has been suggested in surgical patients: the obesity paradox. The aim of the present nationwide cohort study was to examine the association between BMI and mortality in patients treated surgically for perforated peptic ulcer (PPU).

METHODS:

This was a national prospective cohort study of all Danish patients treated surgically for PPU between 1 February 2003 and 31 August 2009, for whom BMI was registered. Non-surgically treated patients and those with malignant ulcers were excluded. The primary outcome measure was 90-day mortality. The association between BMI and mortality was calculated as crude and adjusted relative risks (RRs) with 95 per cent confidence intervals (c.i.).

RESULTS:

Of 2668 patients who underwent surgical treatment for PPU, 1699 (63.7 per cent) had BMI recorded. Median age was 69.4 (range 17.6-100.9) years and 53.7 per cent of the patients were women. Some 1126 patients (66.3 per cent) had at least one of six co-morbid diseases; 728 (42.8 per cent) had an American Society of Anesthesiologists grade of III or more. A total of 471 patients (27.7 per cent) died within 90 days of surgery. Being underweight was associated with a more than twofold increased risk of death following surgery for PPU (adjusted RR 2.26, 95 per cent c.i. 1.37 to 3.71). No statistically significant association was found between obesity and mortality.

CONCLUSION:

Being underweight was associated with increased mortality in patients with PPU, whereas being overweight or obese was neither protective nor an adverse prognostic factor.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) είναι ένας ισχυρός προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας στο γενικό πληθυσμό. Παρά τους ιατρικούς κινδύνους της παχυσαρκίας, μία προστατευτική επίδραση στη θνησιμότητα έχει προταθεί σε χειρουργικούς ασθενείς: το παράδοξο της παχυσαρκίας. Ο σκοπός της παρούσας πανεθνικής μελέτης ήταν να εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της θνησιμότητας σε ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά για διάτρηση πεπτικού έλκους. Από 2668 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία για διάτρηση πεπτικού έλκους, οι 1699 (63,7 τοις εκατό) είχαν ΔΜΣ που καταγράφηκε. Η μέση ηλικία ήταν 69,4 (εύρος 17,6 - 100,9) έτη και 53,7 τοις εκατό των ασθενών ήταν γυναίκες. Ορισμένοι από τους 1126 ασθενείς (66,3 τοις εκατό) είχαν τουλάχιστον μία από τις έξι νοσηρότερες ασθένειες. Ένα σύνολο από 471 ασθενείς (27,7 τοις εκατό) πέθαναν μέσα σε 90 ημέρες από τη χειρουργική επέμβαση. Όντας λιποβαρής συσχετίστηκε με το διπλάσιο αυξημένο κίνδυνο θανάτου μετά από χειρουργική επέμβαση για διάτρηση πεπτικού έλκους. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παχυσαρκίας και της θνησιμότητας. Όντας λιποβαρής συσχετίστηκε με την αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς με διάτρηση πεπτικού έλκους, ενώ το ότι ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα τα άτομα δεν αποτελούσε ούτε προστατευτικό, ούτε δυσμενή προγνωστικό παράγοντα. (Buck et al, 2009)

5) Prognostication of gastroduodenal ulcer course complicated by hemorrhage.

Dynamics of the blood serum level of serotonin in the patients, suffering gastroduodenal ulcer, Complicated by hemorrhage, was analyzed. The highest level of serotonin was observed in gastric ulcer, complicated by hemorrhage. These changes correlate with the blood loss severity enhancement, the achievement of a nonstable state of endoscopic hemostasis, high activity of inducible NO-synthase (iNOS) of periulcerative mucosa. The obtained data analysis permits to prognosticate the pathological process course and to improve the program of treatment.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Η μελέτη του Trofimov (2014) αναλύει πως η δυναμική του επιπέδου της σεροτονίνης στον ορό του αίματος των ασθενών, που πάσχουν από γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, περιπλέκεται από αιμορραγία. Το υψηλότερο επίπεδο της σεροτονίνης παρατηρήθηκε σε γαστρικό έλκος, που περιπλέκεται από αιμορραγία. Οι αλλαγές αυτές συσχετίζονται με την αύξηση της σοβαρότητας της απώλειας αίματος, την επίτευξη μιας ασταθούς κατάστασης της ενδοσκοπικής αιμόστασης, υψηλής δραστηριότητας της επαγωγίσιμης συνθάσης του NO (iNOS) του περιελκώδη βλεννογόνου. Τα ληφθέντα δεδομένα επιτρέπουν την ανάλυση των δεδομένων για να προβλέψουν την παθολογική πορεία της διαδικασίας και να βελτιωθεί το πρόγραμμα της θεραπείας.

6) Laparoscopic treatment of perforated ulcers.

It was done comparative analysis the results of different treatment options using of laparoscopic treatment of 331 patients with perforated ulcers. It was defined that postoperative complications frequency is increased to 1.6% in case of perforated ulcers suturing with diameter to 0.7 cm. This indication is increased to 7.1% in case of perforated ulcers suturing and plugging by greater omentum with holes diameter to 1.0 cm. The complications are absent in case of perforated ulcer excision with subsequent vagotomy and pyloroplasty.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Στην μελέτη των Szachin και συν. (2014) έγινε συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαφορετικών επιλογών θεραπείας, με τη χρήση της λαπαροσκοπικής θεραπείας σε 331 ασθενείς με διάτρητα έλκη. Ορίστηκε ότι η συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών αυξάνεται σε 1,6% στην περίπτωση διάτρητων ελκών με συρραφή με διάμετρο 0,7 εκ. Η ένδειξη αυτή αυξήθηκε σε 7,1%

στην περίπτωση των διάτρητων έλκη με συρραφή και συνδέοντας με μεγαλύτερη επίπλουν με διάμετρο οπών 1,0 εκατοστά. Οι επιπλοκές είναι απύσες σε περίπτωση διάτρησης έλκους με εκτομή από επακόλουθη βαγοτομή και πυλωροπλασία.

7)Indications for surgical treatment of hard scarring gastric ulcers.

It was done the comparative analysis of the morphofunctional state of the upper gastrointestinal tract between 350 patients with effective conservative treatment and 104 patients with hard scarring gastric ulcers. The analysis identified the predictors of ineffective medical treatment and led to deliver the indications for timely surgical treatment. It was identified the next indications for planned organ-preserving surgical treatment of patients with hard scarring gastric ulcers: penetrating and non-healing ulcers with large or gigantic size in case of the adequate medical therapy, high-grade dysplasia and colonic metaplasia of the gastric epithelium in the borders or fundus of the ulcer, ulcers combination with fixed cardio-fundal or fundo-corporal hiatal hernias; hypotonic-hypokinetic type of the gastric and duodenal activity with the development of gastrostasis and pronounced duodenogastric reflux.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Στη μελέτη των Durlshter και συν. (2014), έγινε η συγκριτική ανάλυση της μορφολογικής κατάστασης της ανώτερης γαστρεντερικής οδού μεταξύ 350 ασθενών, με την αποτελεσματική συντηρητική αγωγή, και 104 ασθενών με σκληρές ουλές των γαστρικών ελκών. Η ανάλυση προσδιόρισε ότι οι προγνωστικοί παράγοντες είναι αναποτελεσματικοί στην ιατρική θεραπεία και οδήγησε στο να διανέμει τις ενδείξεις για μια έγκαιρη χειρουργική θεραπεία. Είχαν εντοπίσει οι επόμενες ενδείξεις για σχεδιαζόμενη χειρουργική θεραπεία των ασθενών σε όργανο με σκληρές ουλές από γαστρικά έλκη: διεισδυτικά και μη επουλωμένα έλκη με μεγάλο ή γιγαντιαίο μέγεθος, στην περίπτωση της επαρκούς ιατρικής θεραπείας, υψηλού βαθμού δυσπλασία και του παχέος εντέρου μεταπλασία του γαστρικού επιθήλιο στα σύνορα ή στο πυθμένας του έλκους.

8)The impact of antisecretory therapy on gastroduodenal ulcers healing after acute bleeding.

In this paper we compared the efficacy of proton pump inhibitors (PPIs) and H2 receptor antagonists on the morphogenesis of the marginal zone of gastric and duodenal ulcers in 56 patients with acute gastroduodenal bleeding. It is shown that the antisecretory drugs in the treatment of patients with acute ulcerative bleeding not only affect on the secretory activity of the glands in gastroduodenal zone, but it also modulates inflammatory reparative process and the status of mucous and bicarbonate barrier. A greater anti-inflammatory effect of PPI in comparison with H2-receptor antagonists has been proved. Appointment of PPIs had more pronounced stimulation of angiogenesis and cell proliferation of the surface epithelium.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Οι Barinov και συν. (2014) στην έρευνα τους, σύγκριναν την αποτελεσματικότητα των αναστολέων της αντλίας πρωτονίων και των ανταγωνιστών υποδοχέων H2 στη μορφογένεση της περιθωριακής ζώνης γαστρικών και δωδεκαδακτυλικών ελκών, σε 56 ασθενείς με οξεία αιμορραγία του γαστροδωδεκαδακτυλικού. Αποδειχθεί ότι τα αντιεκκριτικά φάρμακα για τη θεραπεία ασθενών με οξεία ελκώδη αιμορραγία δεν επηρεάζουν μόνο την εκκριτική δραστηριότητα των αδένων σε γαστροδωδεκαδακτυλική ζώνη, αλλά επίσης ρυθμίζει την φλεγμονώδη διαδικασία αποκατάστασης, και της κατάστασης των βλεννογόνων και διττανθρακικού φράγματος. Μια μεγαλύτερη αντι-φλεγμονώδη δράση του αναστολέα της αντλίας πρωτονίων σε σύγκριση με ανταγωνιστές των H2-υποδοχέων έχει αποδειχθεί.

9) Prophylaxis of an acute postoperative pancreatitis and the stress ulcers occurrence after operations, performed on organs of hepatopancreatoduodenal zone, using miniinvasive and open access.

The causes of occurrence and pathogenesis of the most frequent complications, occurring after operations, made on hepatopancreatoduodenal zone organs, using minimally invasive and open accesses, were analyzed. Efficacy of domestic preparation Famozol for prophylaxis of an acute postoperative pancreatitis and the gut stress ulcers was studied.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Σύμφωνα με την έρευνα του Nichitailo (2014), αναλύθηκαν τα αίτια της εμφάνισης και παθογένεσης των πιο συχνών επιπλοκών που συμβαίνουν μετά από χειρουργική επέμβαση, χρησιμοποιώντας ελάχιστες επεμβατικές και ανοικτές προσβάσεις, στα

όργανα της ηπατο-πανγκρεατο-δωδεκαδακτυλικής ζώνης. Επίσης μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα της οικιακής παρασκευής Famozol, για την προφύλαξη της οξείας μετεγχειρητική παγκρεατίτιδας και στα αγχώδη έλκη που δημιουργούνται στο έντερο.

10) Experimental correction of metabolic changes in mouth at long-term hypoacidity by multiprobiotic "Symbiter acidophilic".

It is known, that long decrease in gastric secretion leads to the development of hypergastrinemia, dysbiosis and to pathological changes in digestive organs. Very important there is a search of ways to correction of these undesirable consequences. Long-term usage of omeprazole leads to metabolic disorders in periodontium tissues and salivary glands, such as development of NO-ergic system disbalance and activation of free-radical oxidation, that are positively corrected by multiprobiotic of new generation "Symbiter acidophilic".

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Είναι γνωστό, ότι η μακροχρόνια μείωση της έκκριση του γαστρικού οξύ οδηγεί στην ανάπτυξη της υπεργαστριναιμίας καθώς και σε παθολογικές αλλαγές στα πεπτικά όργανα. Πολύ σημαντική είναι η αναζήτηση τρόπων για την διόρθωση αυτών των ανεπιθύμητων συνεπειών. Μακροπρόθεσμη χρήση της ομεπραζόλης οδηγεί σε μεταβολικές διαταραχές στους ιστούς του περιοδοντίου και στους σιελογόνους αδένες, όπως επίσης και η ανάπτυξη του NO-ergic που προκαλεί ανισορροπία του συστήματος και την ενεργοποίηση της οξειδωσης ελευθέρων ριζών, τα οποία συσχετίζονται θετικά με πολυ προβιοτικά νέας γενιάς τα "Symbiter acidophilic». (Manko et all, 2014)

11) Risk of upper gastrointestinal ulcers in patients with osteoarthritis receiving single-tablet ibuprofen/famotidine versus ibuprofen alone: pooled efficacy and safety analyses of two randomized, double-blind, comparison trials.

BACKGROUND:

Although anti-inflammatory doses of ibuprofen are very effective in treating the signs and symptoms of osteoarthritis (OA), they come with an increased risk for gastrointestinal damage which can limit their use and decrease patient adherence to therapy.

OBJECTIVE:

Assess the efficacy and safety of an ibuprofen/famotidine fixed-dose tablet for reducing the risk of upper gastrointestinal (UGI) ulcers compared with ibuprofen alone in OA patients.

METHODS:

Osteoarthritis patients from previously completed randomized, double-blind, comparison registration trials (REDUCE-1 and 2) which included a broad pain patient population, were pooled and analyzed for (1) the risk of endoscopically identified UGI ulcers over 24 weeks and (2) comparative pre-specified treatment emergent adverse events (TEAEs). The primary outcomes were the comparative incidence of UGI, gastric, and duodenal ulcers and TEAEs in (1) the total OA population, (2) those aged ≥ 60 years, and (3) those on low dose aspirin. A total of 776 patients were randomized (safety population), and 713 were evaluable as the study population.

RESULTS:

Upper gastrointestinal ulcer risk was statistically significantly reduced with the fixed dose tablet compared with ibuprofen alone by 44% in the overall population, 55% in those aged ≥ 60 years and 65% in those on low dose aspirin. Individually, gastric and duodenal ulcers were also significantly reduced in all groups analyzed. Adverse events of special interest were generally similar between the 2 groups, with the exception of dyspepsia. Relative risk reduction for dyspepsia in the overall population was 40% and 55% in those aged ≥ 60 years. Patients not receiving low dose aspirin had a 49% relative risk reduction in dyspepsia.

CONCLUSION:

The fixed combination of ibuprofen/famotidine significantly reduced the risk for endoscopically documented gastrointestinal ulcers in OA patients and produced clinically meaningful reductions in patient reported dyspepsia compared with the ibuprofen alone.

ΕΞΗΓΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Μολονότι αντιφλεγμονώδεις δόσεις ιβουπροφαίνης είναι πολύ αποτελεσματικές στη θεραπεία των σημείων και συμπτωμάτων της οστεοαρθρίτιδας (OA), ωστόσο, αποτελούν αυξημένο κίνδυνο για γαστρεντερική βλάβη, πράγμα που μπορεί να περιορίσει τη χρήση της δόσης του φαρμάκου, αλλά με αυτό τον τρόπο μειώνει τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. (Bello et al, 2014)

12) Laparoscopic resection of stomach in case of stomach ulcer.

Laparoscopic resection of stomach was done in 84 patients with complicated peptic ulcer of stomach and duodenum. There were 1.2% post-operative complications in case of laparoscopic resection of stomach in comparison with open resection, which had 33.3% complications. There were not deaths in case of laparoscopic resection of stomach. This indication was about 4% in patients after open resection. It was determined that functional efficiency after laparoscopic resection was in 1.6-1.8 times higher than after open resection of stomach.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Λαπαροσκοπική εκτομή του στομάχου έγινε σε 84 ασθενείς με περίπλοκο πεπτικό έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Υπήρχαν 1,2% μετεγχειρητικές επιπλοκές στην περίπτωση της λαπαροσκοπικής εκτομής του στομάχου σε σύγκριση με την ανοιχτή εκτομή, η οποία είχε 33.3% επιπλοκές. Δεν υπήρχαν θάνατοι στην περίπτωση της λαπαροσκοπικής εκτομής του στομάχου. Αυτή η ένδειξη ήταν περίπου 4% σε ασθενείς μετά από ανοιχτή εκτομή. Προσδιορίστηκε ότι η λειτουργική αποδοτικότητα μετά λαπαροσκοπική εκτομή ήταν σε 1.6 - 1.8 φορές υψηλότερη από ό, τι μετά από ανοιχτή εκτομή του στομάχου. (Sazhin et all, 2014)

13) Complex application of laparoscopic vagotomy in case of hard scarring ulcers after gastroduodenal bleeding.

654 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding from duodenum were under observation. It was done the meta-analysis of treatment results of 111 patients with hard scarring duodenal ulcers. It was discovered high efficiency of organ-preserving operations such as laparoscopic vagotomy and proton pump inhibitors in these observations.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

654 ασθενείς με ελκώδη γαστροδωδεκαδακτυλικής αιμορραγίας από το δωδεκαδάκτυλο ήταν υπό παρακολούθηση. Έγινε μετα-ανάλυση των αποτελεσμάτων θεραπείας σε 111 ασθενείς με σκληρές ουλές δωδεκαδακτυλικού έλκους. Ανακαλύφθηκε υψηλή αποδοτικότητα των πράξεων των συντηρητικών οργάνων όπως λαπαροσκοπική βαγοτομή και της αντλίας πρωτονίων σε αυτές τις παρατηρήσεις.

14) The prevention and treatment of the gastroduodenal ulcer bleedings.

The results of the complex prophylaxis and treatment of 33 458 patients with gastric or duodenal ulcer were analyzed. Of the analyzed group, 1002 (2,99%) patients experienced ulcer bleeding. The complex out-patient and stationary treatment of the ulcer disease allowed of bleeding frequency from 8,6 to 2,1%; the decrease of recurrent bleedings from 13,0% to 0; allowed to avoid major surgery (the previous frequency was as high as 14,5%) and decreased lethality rate from 9 to 1%.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Τα αποτελέσματα της σύνθεσης προφύλαξης και θεραπείας, των 33.458 ασθενών με γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος αναλύθηκαν. Από την ανάλυση της ομάδας, 1002 (2,99%) ασθενείς παρουσίασαν αιμορραγικό έλκος. Η σύνθεση εξωνοσοκομειακής και σταθερής θεραπείας της νόσου του έλκους επέτρεψε αιμορραγία συχνότητας από 8,6 έως 2,1%. Η μείωση των επαναλαμβανόμενων αιμορραγιών από 13,0% στο 0, επέτρεψε να αποφευχθεί σοβαρή χειρουργική επέμβαση (οι προηγούμενες συχνότητα ήταν τόσο υψηλές όσο 14,5%) και μειωμένο ποσοστό θνησιμότητας 9-1%.

15)Results of the study of motor and evacuation function of the stomach after gastroplasty.

THE AIM OF THE STUDY:

Investigation of motor and evacuated functions of upper parts of digestive tract in patients with hard scarring gastric ulcers (HSGU) after organ-preserving surgery by gastroplasty method.

METHODS AND MATERIALS:

Motor and evacuated functions of the operated stomach were studied in 74 patients after gastroplasty (GP) with invaginated corporo-antral anastomosis (CAA) and 30 patients after GP with corporo-antral sphincter (KAS) formation from the ileal loop in different post-operated periods. The roentgenologic barium passage trough the upper parts of digestive tract and inter-digestive motor activity were assessed.

RESULTS:

The recovery of functional condition of the operated stomach after GP occurred during a year. It stipulated by adequate motor and evacuated functions of anastomosis performed. The GP technique with KAS formation from the ileal loop has number of advantages before its analogue GP with invaginated KAA: the muscular cuff from the ileal loop obstacles the dilatation of gastric tube; recovers the reservoir function of the fundal gastric part; provides the bolus portioned delivery to antral gastric portion to prevent its overload.

CONCLUSION:

The results of the study of motor and evacuated functions of operated stomach have proved that GP with KAS formation from the ileal loop was the optimal method of HSGU surgical treatment.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση των συστημάτων και λειτουργιών εκκένωσης των ανωτέρων τμημάτων του πεπτικού συστήματος σε ασθενείς με σκληρές ουλές από γαστρικά έλκη (HSGU) μετά από χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης οργάνων διατήρησης από γαστροπλαστική μέθοδο. Μελετήθηκαν 74 ασθενείς μετά από γαστροπλαστική (GP) με αναστόμωση του άντρου(CAA) και 30 ασθενείς μετά από GP σφίξη του άντρου (KAS). Η ανάκαμψη της λειτουργικής κατάστασης του χειρουργημένου στομάχου μετά GP συνέβη κατά τη διάρκεια ενός έτους. Η τεχνική GP με το σχηματισμό KAS από τον βρόχο του ειλεού, έχει ορισμένα πλεονεκτήματα πριν από την αναλογική GP σε συνδυασμό με ΚΑΑ. Τα αποτελέσματα της μελέτης του κινητήρα και των λειτουργιών που εκκενώθηκαν του εκτελούντος στομάχου, έχουν αποδείξει ότι GP με σχηματισμό ΚΑΣ από το ειλεού βρόχο ήταν η βέλτιστη μέθοδος HSGU χειρουργική θεραπεία.

16)Rebamipide plus proton pump inhibitor versus proton pump inhibitor alone in the treatment of endoscopic submucosal dissection-induced gastric ulcer: a meta-analysis of randomized controlled trials.

Proton pump inhibitor (PPI) was the main prescription for gastric ulcer after endoscopic submucosal dissection (ESD). Some randomized controlled trials showed that a combination of rebamipide and PPI appears to be more efficient than PPI alone for the treatment of ESD-induced gastric ulcer. However, the sample sizes in these trials were limited and the conclusions were underpowered. This meta-analysis was conducted with 5 randomized controlled trials using the combination of rebamipide and PPI for healing ESD-induced ulcer compared with PPI monotherapy. Relevant studies were searched via MEDLINE, PubMed, Embase, and Cochrane Library databases by using terms such as "rebamipide," "proton pump inhibitor," "endoscopic submucosal dissection," "drug therapy," and "gastric ulcer or artificial ulcer." Five studies were included in this meta-analysis. The number of total patients was 626, with 317 patients in the combination group and 309 patients in the PPI alone group. The heterogeneity among these 5 studies was low ($I^2=22\%$, $P=0.28$). All 5 studies considered scarring stage 1 rate as a primary endpoint, and the scarring stage 1 rate in combination group (115/317) was higher than that in PPI alone group (63/309) (odds ratio 2.61, 95% confidence interval [CI] 1.76-3.88). The mean difference of initial ulcer size between 2 groups was -4.46 (95% CI -266.61 to -257.69, $P=0.97$), but it enlarged to 68.38 (95% CI 35.72-101.05, $P<0.00001$) in the 4th week. This meta-

analysis demonstrates that combination therapy is more efficient than PPI monotherapy in healing ESD-induced gastric ulcer.

ΕΞΗΓΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Ο αναστολέας αντλίας πρωτονίων είναι η κύρια συνταγή για γαστρικό έλκος, μετά από υποβλεννογόνια ενδοσκοπική εκτομή. Ορισμένες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές έδειξαν πως ο συνδυασμός rebamipide και αναστολέα της αντλίας πρωτονίων φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικός, από ότι μόνο θεραπεία με αναστολέα της αντλίας. (Xiong et all, 2014)

17) Helicobacter pylori vacA d1 genotype predicts risk of gastric adenocarcinoma and peptic ulcers in northwestern Iran.

BACKGROUND:

There is a close relationship between Helicobacter pylori (H pylori)-specific factors and different gastroduodenal diseases. The present study aimed to investigate the prevalence of vacA d1, d2 genotypes in the H pylori isolates from patients with gastric adenocarcinoma, peptic ulcer disease (PUD) and gastritis in East Azerbaijan region, where the incidence of gastric cancer (GC) is high. Strains isolated from this area are likely to be of European ancestry.

MATERIALS AND METHODS:

In this study, genotyping of the vacA d region of 115 isolates obtained from patients with different gastroduodenal diseases was accomplished by PCR methods. In addition to PCR amplification of H pylori 16S rDNA, rapid urease tests or histological examination were used to confirm the presence of H pylori in biopsy specimens. Data were collected and analyzed using SPSS version 19.

RESULTS:

Of the total of 83 H pylori isolates, 36 (43.4%) contained the d1 allele and 47 (56.6%) were subtype d2. The results of the multiple linear/logistic regression analysis showed high correlation between allele d1 and gastric adenocarcinoma or PUD.

CONCLUSIONS:

This study suggests that the H pylori vacA d1 genotype helps predict risk for gastric adenocarcinoma and PUD in East Azerbaijan, Iran.

ΕΞΗΓΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Υπάρχει στενή σχέση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (H. Pylori) και διαφορετικών άλλων γαστροδωδεκαδακτυλικών ασθενειών. Η μελέτη των Basiri και συν. (2014) ερευνά πως το ελικοβακτηρίδιο απομονώνεται σε ασθενείς με αδενοκαρκίνωμα στομάχου, με πεπτικό έλκος και γαστρίτιδα στο Ανατολικό

Αζερμπαϊτζάν. Για την έρευνα ελήφθησαν άτομα με διάφορες ασθένειες του γαστροδωδεκαδακτυλικού και η εξέταση για να βεβαιωθούν ότι υπάρχει *H. Pylori* έγινε με βιοψία.

18)Endoscopic surveillance for gastric ulcers.

OBJECTIVE:

Gastric ulcers (GUs) can be caused by a malignancy, and endoscopists are challenged with the question of how to rule out underlying malignancy. Although routine endoscopic surveillance is not advised, it is still overused. The purpose of this study was to explore the practice in our tertiary referral center during the last 3 years.

METHODS:

We retrospectively reviewed all inpatient and outpatient esophagogastroduodenoscopies (EGDs) that were performed between November 2009 and November 2012 for GUs. Patients with GUs who normally would not undergo biopsy, such as patients who present with bleeding or had stigmata of high-risk bleeding, were excluded.

RESULTS:

A total of 165 patients were diagnosed between November 2009 and November 2012 as having GUs on EGD. Fifty-two patients were excluded because they presented with bleeding or had GUs that had stigmata of high-risk bleeding. We reviewed the charts of 113 patients and endoscopic surveillance was recommended for 96 (85%). Of those 96 patients, 72 (64%) underwent repeat EGD. In those 72 patients, GU was still present in 9 patients and was completely healed or healing in 63 patients. Only 25 (22%) GUs were biopsied at initial EGD, 23 of which were benign and 2 were adenocarcinomas. No additional malignancy was found on surveillance EGD.

CONCLUSIONS:

EGD surveillance for GUs is a common practice, although the guidelines discourage such a practice. Our rate of endoscopic surveillance was significantly higher than reported previously (64% vs 25%). In our experience, such a high rate of surveillance did not reveal any additional gastric malignancy. Alternatively, the rate of biopsy of GUs at initial EGD is low (22%), which also reflects endoscopists' preference for endoscopic surveillance.

ΕΞΗΓΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ

Τα γαστρικά έλκη μπορούν να προκληθούν από μια κακοήθεια και οι επαγγελματίες υγείας προβληματίζονται με το πώς γίνεται να αποκλειστεί μια τέτοιου είδους

κακοήθεια. Στην έρευνα τους οι Esmadi και συν. (2012) παρακολουθούσαν ένα σύνολο ατόμων με έλκος στομάχου (165 άτομα), ωστόσο 52 από αυτούς αφαιρέθηκαν καθώς έφεραν επιπλέον προβλήματα που δεν αφορούσαν την μελέτη. Από αυτούς που παρέμεναν υποβλήθηκαν σε μια συνεχιζόμενη εξέταση (EGD) ούτως να ανακαλύψουν αν η εξέταση αυτή βοηθά στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✚ Μαλαγρινού- Κωνσταντινίδου Σ.Φ. (2002) Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική Τόμος Α'. Αθήνα, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ».
- ✚ Μπονάτος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β. (2006) Χειρουργική Παθολογία . 4^η έκδοση Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
- ✚ Χατζημπούγιας Ι. (2007) Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου. Αθήνα, Εκδόσεις «ΦΙΛΩΤΑΣ».
- ✚ Banić M, Malfertheiner P, Babić Z, Ostojić R, Kujundžić M, Fatović-Ferenčić S, Plesko S, Petričušić L.(2011) Historical impact to drive research in peptic ulcer disease. *Dig Dis.* 29(5):444-53.
- ✚ Barinov ÉF, Kondratenko PG, Sulaeva ON, Zharikov SO, Radenko EE, Tverdokhleb TA. (2014) The impact of antisecretory therapy on gastroduodenal ulcers healing after acute bleeding. *Khirurgiia (Mosk).* 3):15-9.
- ✚ Basiri Z, Safaralizadeh R, Bonyadi MJ, Somi MH, Mahdavi M, Latifi-Navid S. (2014) Helicobacter pylori vacA d1 genotype predicts risk of gastric adenocarcinoma and peptic ulcers in northwestern Iran. *Asian Pac J Cancer Prev.* 15(4):1575-9.
- ✚ Bello AE, Kent JD, Grahn AY, Rice P, Holt RJ. (2014) Risk of upper gastrointestinal ulcers in patients with osteoarthritis receiving single-tablet ibuprofen/famotidine versus ibuprofen alone: pooled efficacy and safety analyses of two randomized, double-blind, comparison trials. *Postgrad Med.* 126(4):82-91.
- ✚ Buck DL, Møller MH. (2009) Influence of body mass index on mortality after surgery for perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 101(8):993-9.
- ✚ Durlshter VM, Korochanskaia NV, Serikova SN. (2014) Indications for surgical treatment of hard scarring gastric ulcers. *Khirurgiia (Mosk).* 3):6-10.
- ✚ Esmadi M, Ahmad DS, Hammad HT (2012) Endoscopic surveillance for gastric ulcers. *South Med J.* 107(5):289-91.
- ✚ Ignaticicius-Workman (2008) Παθολογική-Χειρουργική νοσηλευτική, Κριτική σκέψη και Συνεργατική φροντίδα. Τόμος 2^{ος} Επιμέλεια Ελληνικής Εκδοσεις Ασπασία Βασιλειάδου. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

- ✚ Iwakiri R, Higuchi K, Kato M, Fujishiro M, Kinoshita Y, Watanabe T, Takeuchi T, Yamauchi M, Sanomura M, Nakagawa H, Sugisaki N, Okada Y, Ogawa H, Arakawa T, Fujimoto K. (2014) Randomised clinical trial: prevention of recurrence of peptic ulcers by rabeprazole in patients taking low-dose aspirin. *Aliment Pharmacol Ther.* 40(7):780-95.
- ✚ Lau WY, Leow CK (1997) History of perforated duodenal and gastric ulcers. *World J Surg.* 21(8):890-6.
- ✚ Lemone P., Burke K. (2006) Παθολογική-Χειρουργική νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά την φροντίδα ασθενών. Τόμος 2^{ος} Ελληνική Επιμέλεια Παπανουδάκη-Μπροκαλάκη. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις «ΛΑΓΟΣ».
- ✚ Manko AM, Neporada KS, Sukhomlyn AA, Ghasemzadeh J, Beregova TV, Yankovskiy DS. (2014) Experimental correction of metabolic changes in mouth at long-term hypoacidity by multiprobiotic "Symbiter acidophilic". *Fiziol Zh.* 60(5):99-104.
- ✚ McCracken KW, Catá EM, Crawford CM, Sinagoga KL, Schumacher M, Rockich BE, Tsai YH, Mayhew CN, Spence JR, Zavros Y, Wells JM. (2014) Modelling human development and disease in pluripotent stem-cell-derived gastric organoids. *Nature.* 516(7531):400-4.
- ✚ McGeown J.G. (2007) Master Medicine: Physiology: A core text of human physiology with self assessment. Εκδόσεις CHURCHILL LIVINGSTONE.
- ✚ Nichitaïlo ME. (2014) Prophylaxis of an acute postoperative pancreatitis and the stress ulcers occurrence after operations, performed on organs of hepatopancreatoduodenal zone, using miniinvasive and open access. *Klin Khir.* (4):17-9.
- ✚ Sazhin IV, Sazhin VP, Bronshteïn PG, Savel'ev VM, Nuzhdikhin AV, Klimov DE. (2014) Laparoscopic treatment of perforated ulcers. *Khirurgiia (Mosk).* (7):12-6.
- ✚ Sazhin IV, Sazhin VP, Nuzhdikhin AV. (2014) Laparoscopic resection of stomach in case of stomach ulcer. *Khirurgiia (Mosk).* (4):8-11.
- ✚ Sazhin IV, Sazhin VP, Savel'ev VM.(2014) Complex application of laparoscopic vagotomy in case of hard scarring ulcers after gastroduodenal bleeding. *Khirurgiia (Mosk).* (3):3-5.
- ✚ Sazhin VP, Kutakova ES, Klimov DE, Sazhin IV, Savel'ev VM, Gryzhenko SV.(2011) The prevention and treatment of the gastroduodenal ulcer bleedings *Khirurgiia (Mosk).* (11):20-5.

- ✚ Serikova SN, Korochanskaia NV, Durleshter VM. (2013) Results of the study of motor and evacuation function of the stomach after gastroplasty *Eksp Klin Gastroenterol.*(5):31-5.

- ✚ Trofimov MV. (2014) Prognostication of gastroduodenal ulcer course complicated by hemorrhage. *Klin Khir.* 1):5-8.

- ✚ Wu DD, Zhang JX, Li J, Dong WG. (2013) Lack of association of the MDR1 C3435T polymorphism with susceptibility to gastric cancer and peptic ulcer: a systemic review and meta-analysis. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 28(16):1267.

- ✚ Xiong J, Lai S, Zhang P, Li Q, Wei Y, Yang Y, Wang T, Liu L, Ma X, Chen D. (2014) Rebamipide plus proton pump inhibitor versus proton pump inhibitor alone in the treatment of endoscopic submucosal dissection-induced gastric ulcer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore).* 93(12):e64