



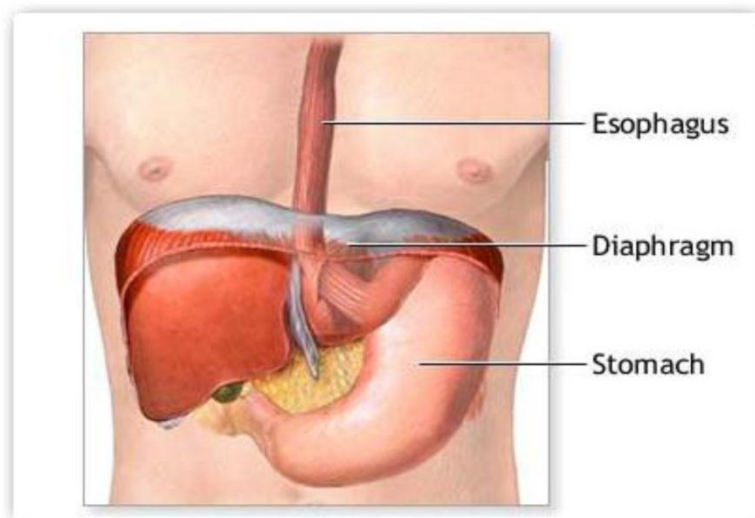
**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ**

**Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”**

**«ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ»**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΑΚΑΡΑ ΘΕΟΔΩΡΑ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:**

- ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ Α.Μ. 14727
- ΜΑΥΡΟΔΗΜΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Α.Μ. 14791

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2015

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b><u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ABSTRACT</u></b>	<b>3-4</b>
<b>1<sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ</b>	<b>σελ.</b>
1.1 Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση-εισαγωγικά στοιχεία	5
1.1.1 Τι είναι η ΓΟΠ	5
1.1.2 Γιατί συμβαίνει η ΓΟΠ	5
1.1.3 Ποιά είναι τα αίτια της ΓΟΠ	6
1.1.4 Ποιά είναι τα συμπτώματα της ΓΟΠ	7
1.1.5 Ποιές είναι οι επιπλοκές της ΓΟΠ	8
1.1.6 Πώς γίνεται η διάγνωση της ΓΟΠ	8-9
1.1.7 Ποιά είναι η θεραπεία της ΓΟΠ	9
1.1.8 Συμβουλές για την θεραπεία της ΓΟΠ	9-11
1.1.9 9 Σημάδια «sos» της ΓΟΠ	12-14
1.1.10 Διατροφικές συμβουλές για την αντιμετώπιση της ΓΟΠ	14-15
1.1.11 Αλλαγές των συνηθειών της καθημερινότητας	15-16
1.2 Ανατομία οισοφάγου-στομάχου	17-25
1.3 Φυσιολογία οισοφάγου	26-28
1.4 Στόμαχος	29-35
1.5 Φυσιολογία – παθοφυσιολογία στομάχου	36-44
<b>2<sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ</b>	
2.1 Νοσηλευτική διεργασία	45
2.1.1 Αξιολόγηση	45
2.1.2 Νοσηλευτική διάγνωση	46-47

2.1.3 Προγραμματισμός (σχεδιασμός)	48
2.1.4 Ιεράρχηση – κλίμακα αναγκών κατά Maslow	48
2.1.5 Αντικειμενικοί σκοποί	48
2.1.6 Εφαρμογή	49
2.1.7 Εκτίμηση των αποτελεσμάτων	49
2.1.8 Χαρακτηριστικά νοσηλευτικής διεργασίας	49
2.2 Μετεχειρητικές επιπλοκές χειρουργικής επέμβασης – αντιμετώπιση	50-53

### **3<sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ**

<b>Νέα δεδομένα – Άρθρα</b>	<b>54-59</b>
-----------------------------	--------------

<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>60-61</b>
---------------------	--------------

#### **Εικόνες**

Εικ. 1 μυϊκές ίνες οισοφάγου	26
Εικ. 2 διαφραγματοκήλη που προκαλεί παλινδρόμηση	27
Εικ. 3 περιγραφή του τοιχώματος και των στοιβάδων του οισοφάγου	28
Εικ.4 ανατομία του οισοφάγου	17
Εικ. 5 απεικόνιση του μυϊκού τοιχώματος του οισοφάγου	20
Εικ. 6 αγγείωση οισοφάγου	22
Εικ. 7 λεμφαγγεία οισοφάγου	24
Εικ. 8 στόμαχος	30
Εικ. 9 ανατομία του στομάχου	30
Εικ. 10 απεικόνιση ολισθαίνουσας διαφραγματοκήλης	40

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι μία από της πιο συχνές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ΓΟΠ είναι σύνθετη πάθηση και η φυσιολογία και η παθογένεσή της δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως. Ωστόσο, διαταραχή ενός ή περισσότερων από τους παρακάτω παράγοντες όπως : κινητικότητα οισοφάγου, λειτουργικότητα του κατώτερου οισοφαγικού σφικτήρα και γαστρική κινητικότητα και κένωση, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ΓΟΠ. Σήμερα υπάρχουνε πολλές διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις για την παλινδρόμηση. Παρόλα αυτά όμως απαιτούνται επιπλέον μελέτες για την καλύτερη κατανόηση της σύνθετης παθολογίας της.

Είναι μία νόσος που οφείλεται στο σύγχρονο τρόπο διαβίωσης και στις κακές διατροφικές συνήθειες. Η ΓΟΠ μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως η αιμορραγία, τα έλκη του οισοφάγου και καλοήθειες στενώσεις του οισοφάγου. Η σοβαρότερη επιπλοκή είναι ο οισοφάγος Barret που μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του οισοφάγου, κάτι που είναι πολύ σπάνιο. Δεδομένου ότι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η νόσος είναι μακροχρόνια, οι περισσότεροι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν τα φάρμακα που τους συνιστά ο γιατρός τους, σε συνδυασμό με διατροφικές αλλαγές και αλλαγές στις συνήθειές, του τρόπου ζωής τους.

Η χειρουργική αντιμετώπιση της ΓΟΠ έχει γίνει πιο συχνή με την εισαγωγή των λαπαροσκοπικών τεχνικών Lars. Η προσεκτική επιλογή των ασθενών με βάση τα συμπτώματα, την ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία και τον προεγχειρητικό έλεγχο θα βελτιώσει τις πιθανότητες για αποτελεσματικό και μακροχρόνιο μετεγχειρητικό έλεγχο των συμπτωμάτων. Οι επιπλοκές της Lars είναι σπάνιες και συνήθως αντιμετωπίζονται χωρίς επανεπέμβαση. Όταν απαιτείται επανεπέμβαση για ανεπιτυχή διόρθωση της παλινδρόμησης συστήνεται να γίνει από έμπειρο και εξειδικευμένο χειρουργό.

Η νοσηλευτική φροντίδα των νοσηλευομένων, αλλά και των εξωνοσοκομειακών ασθενών αποσκοπεί την εξατομικευμένη προσέγγιση, σύμφωνα με τις σύγχρονες απαιτήσεις στο χώρο της υγείας.

Η αναφορά των επιπλοκών μίας επέμβασης και η ανάλυση της σοβαρότητας τους στην κλινική νοσηλευτική πρακτική, έχει ως στόχο την βελτίωση της άσκησης της νοσηλευτικής φροντίδας, με σκοπό την αποφυγή ορισμένων από αυτές, που φαίνεται να μπορούν ν αποφευχθούν. Επίσης, ιδιαίτερη αξία έχει αντιμετώπιση των μεταγχειριστικών λοιμώξεων και των οξέων καταστάσεων που δίνεται να εμφανιστούν μεταγχειριστικά και πως η νοσηλευτική διάγνωση και φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπισή τους.

## **ABSTRACT**

Gastroesophageal reflux is one of the most common situations faced by doctors in primary care. GERD is a complex condition in which physiology and pathogenesis have not been fully elucidated. However, disruption of one or more of the following factors: Esophageal motility, functionality of the lower esophageal sphincter, gastric motility and emptying can result in GERD. Today, there are many diagnostic and therapeutic approaches for reciprocating. Nevertheless , additional studies are needed in order to better understand it's complex pathology.

It is a disease that is due to modern lifestyles and poor eating habits.

Gastroesophageal reflux disease can lead to serious complications, such as bleeding , ulceration of the esophagus and benign strictures of the esophagus. The most serious complication is Barrett's esophagus which may lead to esophageal cancer, something which is very rare. Since, in most cases, the disease is long term, most patients should receive the medicine recommended by their physician, in combination with dietary changes as well as changes in their lifestyle habits.

Surgical treatment of gastroesophageal reflux disease has become more common with the introduction of laparoscopic techniques, LARS . Careful selection of patients based on their symptoms, response to medication treatment and pre-operative control will improve the chances for effective and long term post-operative monitoring of symptoms.

LARS complications are rare and are usually treated without re-operation. When re-operation is required for unsuccessful correction of the regression , it is recommended that it be done by an experienced and qualified surgeon.

Nursing care of the hospitalized, but also out-patient ,is aimed at a personalized approach , according to modern requirements in the health care sector.

## 1<sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ

### 1.1 Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση-εισαγωγικά στοιχεία

#### 1.1.1 Τι είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμησης

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή για συντομία ΓΟΠ είναι πάθηση του πεπτικού που προκαλείται όταν το όξινο περιεχόμενο του στομάχου παλινδρομεί προς τον οισοφάγο. Επειδή το περιεχόμενο του στομάχου είναι όξινο (έχει χαμηλό PH) όταν παλινδρομεί προς το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου προκαλεί χημικό έγκαυμα, που εκδηλώνεται με πόνο και αίσθημα καύσου. Το τοίχωμα του στομάχου είναι έτσι κατασκευασμένο ώστε να μη διαβρώνεται από το οξύ. Ο οισοφάγος όμως, δεν έχει τέτοια προστασία για το οξύ. Όταν η παλινδρόμηση είναι χρόνια και συνεχής, προκαλούνται μόνιμες βλάβες στον βλεννογόνο του οισοφάγου και τότε στη πάθηση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης προστίθεται και η πάθηση του οισοφάγου που ονομάζεται οισοφαγίτιδα, (Ι. Κουβέλης, Ειδικός Γαστρεντερολόγος, 2012).

#### 1.1.2 Γιατί συμβαίνει γαστροοισοφαγική παλινδρόμησης

Φυσιολογικά μετά την μάσηση της τροφής, αυτή περνάει μέσα από τον οισοφάγο προκειμένου να φτάσει στο στομάχι για να συνεχιστεί η πέψη. Στο σημείο που ο οισοφάγος ενώνεται με το στομάχι βρίσκεται ο **καρδιοοισοφαγικός σφιγκτήρας** ή αλλιώς **κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας**. Πρόκειται για μυ, που είναι διαρκώς σε σύσπαση και χαλαρώνει μόνο για να επιτρέψει σε μία μπουκιά τροφής, να περάσει από τον οισοφάγο στο στομάχι. Με τον τρόπο αυτό, λειτουργεί ως ανεπίστροφη βαλβίδα που επιτρέπει την είσοδο της τροφής από τον οισοφάγο προς το στομάχι, ενώ εμποδίζει την παλινδρόμηση των γαστρικών υγρών και της τροφής προς τον οισοφάγο. Όταν ο κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας δεν λειτουργεί σωστά ή ανεπαρκή τότε το περιεχόμενο του στομάχου είναι δυνατόν να περάσει προς τον οισοφάγο και να προκαλέσει χημικό έγκαυμα. Η συχνή παλινδρόμηση των οξέων του στομάχου προς τον οισοφάγο προκαλεί βλάβη του βλεννογόνου του δηλαδή οισοφαγίτιδα. Η μόνη άμυνα του οισοφάγου απέναντι στην δράση των γαστρικών οξέων είναι το σάλιο που μέχρι κάποιο βαθμό καταφέρνει να εξουδετερώνει τα οξέα και ο μηχανικός καθαρισμός του οισοφάγου που γίνεται με επανειλημμένες περισταλτικές κινήσεις. Η βαρύτητα της οισοφαγίτιδας που προκαλείται από την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι ανάλογη του βαθμού της ανεπάρκειας του καρδιοοισοφαγικού σφιγκτήρα (Ι. Κουβέλης, Ειδικός Γαστρεντερολόγος, 2012).

### 1.1.3 Ποια είναι τα αίτια της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

Τα αίτια της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης ή με άλλα λόγια οι αιτίες που προκαλούν ανεπάρκεια ή δυσλειτουργία του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα είναι τα ακόλουθα:

- **Διαφραγματοκήλη.** Είναι η συνηθέστερη αιτία γαστρικής παλινδρόμησης. Το διάφραγμα είναι ένας μεγάλος θολωτός μυς, που χωρίζει την κοιλιά από τον θώρακα εμποδίζοντας το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου και το στομάχι να μπουν στην θωρακική κοιλότητα. Όταν αυτό αποτυγχάνει τότε τμήμα του στομάχου ή /και το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου (που φυσιολογικά βρίσκεται κάτω από το διάφραγμα στην περιοχή της κοιλιάς) μπαίνουν στην περιοχή του θώρακα. Η πάθηση αυτή ονομάζεται διαφραγματοκήλη.
- **Η κατανάλωση ορισμένων τροφών.** Υπάρχουν ορισμένα είδη τροφών που περιέχουν χημικές ενώσεις που προκαλούν χαλάρωση του καρδιοοισοφαγικού σφιγκτήρα και προδιαθέτουν σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Τέτοιες είναι η σοκολάτα, το αλκοόλ, γεύματα πλούσια σε λίπος, αφεψήματα με μέντα και δυόσμο. Επίσης η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καφέ, τσάι και αλκοόλ αυξάνουν την έκκριση γαστρικού οξέως. Επιπλέον αρνητικά επιδρούν οι κατά τα άλλα θρεπτικότετοι χυμοί από εσπεριδοειδή φρούτα, όπως και το κόκκινο κρασί λόγω της περιεκτικότητας του σε τανίνες. Τέλος, αρνητικό ρόλο έχουν τα μεγάλα και βαριά γεύματα, το να ξαπλώνουμε αμέσως μετά το φαγητό ή το να σκύβουμε φαγωμένοι.
- **Η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού.** Προκαλεί μεγάλη και παρατεταμένη διάταση του στομάχου που οδηγεί σε ανεπάρκεια του οισοφαγικού σφιγκτήρα και επεισόδια γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας είναι το ξάπλωμα μετά μεγάλα και βαριά γεύματα καθώς και το σκύψιμο ή η χειρονακτική εργασία με γεμάτο το στομάχι.
- **Η παχυσαρκία.** Η παχυσαρκία οδηγεί σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση με δύο τρόπους. Πρώτων είναι αιτία πρόκλησης διαφραγματοκήλης και δεύτερον οδηγεί σε αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση με συνέπεια να αυξάνεται ανάλογα και η ενδογαστρική πίεση με συνέπεια την ανεπάρκεια του καρδιοοισοφαγικού σφιγκτήρα και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Υπολογίζεται ότι, το 85-90% των ανθρώπων με νοσογόνο παχυσαρκία (BMI>40) έχουν κάποιου βαθμού γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
- **Το κάπνισμα.** Η νικοτίνη των τσιγάρων προκαλεί μεγάλη και παρατεταμένη χαλάρωση του γαστροοισοφαγικού σφιγκτήρα. Έτσι το κάπνισμα και ειδικά μετά τα γεύματα είναι σοβαρός παράγοντας γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.
- **Εγκυμοσύνη.** Η χαλάρωση του οισοφαγικού σφιγκτήρα είναι φυσιολογική και αναμενόμενη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπλέον και η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση που προκαλεί η προοδευτική αύξηση του μεγέθους της μήτρας προκαλούν συχνά επεισόδια γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Μετά τον τοκετό όμως η παλινδρόμηση της εγκυμοσύνης διορθώνεται.

(Ι. Κουβέλης, Ειδικός Γαστρεντερολόγος, 2012).

#### 1.1.4 Ποια είναι τα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

Σε όλους τους ανθρώπους μπορεί να παρουσιαστεί κάποιο επεισόδιο γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και κυρίως μετά από μεγάλο γεύμα που συνοδεύεται με κατανάλωση αλκοόλ. Σε αυτές τις περιπτώσεις το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι η ανάγωγη όξινου περιεχομένου προς το στόμα ή όξινες ερυγές (ρέψιμο). Τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν γρήγορα χωρίς άλλες εκδηλώσεις.

Αυτό όμως, που χαρακτηρίζει την πάθηση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης είναι μια σειρά επιπλέον συμπτωμάτων, η διάρκεια τους, η συχνότητα και η ευκολία με την οποία εμφανίζονται. Κάποιες εκδηλώσεις της νόσου μπορεί να εμφανίζονται ακόμα με άδειο το στομάχι ή κατά την σωματική δραστηριότητα του σκυψίματος ή της ανύψωσης βάρους. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι:

- **Όξινες ερυγές (ρεψίματα).** Συνήθως αρχίζουν αμέσως μετά ή και κατά την διάρκεια του γεύματος και διαρκούν για αρκετό διάστημα.
- **Επίμονος νυχτερινός βήχας.** Κατά την νυχτερινή κατάκλιση και ειδικά αν έχει προηγηθεί γεύμα αμέσως πριν, εμφανίζεται έντονος παροξυσμικός βήχας και αίσθημα πνιγμονής που αναγκάζει τους πάσχοντες να σηκωθούν από το κρεβάτι τους.
- **Πρωινή βραχνάδα.** Η πρωινή βραχνάδα αποτελεί και συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης ενώ πιθανόν να οφείλεται σε οίδημα των φωνητικών χορδών του λάρυγγα συνεπεία έκθεσης τους στο όξινο περιεχόμενο του στομάχου που παλινδρομεί κατά τη νύχτα. Συχνό εύρημα σε πάσχοντες από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι η εμφάνιση πολύποδα των φωνητικών χορδών.
- **Δύσοσμη αναπνοή.** Ειδικά το πρωί.
- **Διάβρωση των δοντιών.** Η διάβρωση των δοντιών είναι χαρακτηριστική της νόσου και οφείλεται στην παρατεταμένη έκθεση τους σε όξινο περιβάλλον. Συνήθως αφορά τα δόντια της δεξιά ή της αριστερής πλευρά ανάλογα με την πλευρά που συνηθίζει να κοιμάται ο πάσχων.
- **Εμετοί.** Συχνά ο εμετός είτε προκαλείται από τον ασθενή είτε επέρχεται από μόνος του, ανακουφίζει αφού μειώνει το περιεχόμενο και την οξύτητα του στομάχου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, το ένα τρίτο (δηλαδή το 33%) των ανθρώπων με διαπιστωμένη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση δεν εμφανίζει συμπτώματα. Στους ανθρώπους αυτούς, η νόσος δεν γίνεται αντιληπτή με αποτέλεσμα να μη λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή παρότι η πάθηση εξελίσσεται.

(Ι. Κουβέλης, Ειδικός Γαστρεντερολόγος, 2012).



### 1.1.5 Ποιές είναι οι επιπλοκές της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι χρόνια πάθηση και οδηγεί σε χρόνιο ερεθισμό του κατώτερου τμήματος του οισοφάγου. Όσο πιο συχνά τα επεισόδια παλινδρόμησης τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος για επιπλοκές όπως:

- **Οισοφαγίτιδα.** Πρόκειται για διάβρωση και στην συνέχεια έλκος του βλεννογόνο του κατώτερου οισοφάγου. Ανάλογα με τον βαθμό της βλεννογονικής βλάβης και την έκταση της διακρίνονται τέσσερις βαθμοί οισοφαγίτιδας.
- **Αιμορραγία.** Η οισοφαγίτιδες 3ου βαθμού συνοδεύονται από αιμορραγία. Οι αιμορραγίες αυτές συνήθως είναι μικρής έντασης και προκαλούν χρόνιες σιδηροπενικές αναιμίες.
- **Στενώσεις του οισοφάγου και δυσφαγία.** Ο χρόνιος ερεθισμός του οισοφάγου οδηγεί στον σχηματισμό δακτυλίων που προκαλούν στένωση του αυλού του οισοφάγου και πιθανόν δυσφαγία.
- **Οισοφάγος Barrett.** Πρόκειται για μετάπλαση του φυσιολογικού οισοφαγικού βλεννογόνου σε βλεννογόνο στομάχου ή εντέρου. Ο οισοφάγος Barrett είναι σοβαρή πάθηση αφού αποτελεί προκαρκινική κατάσταση. Περίπου το 10% των ασθενών με οισοφάγο Barrett θα εκδηλώσουν καρκίνο του οισοφάγου ενώ ο κίνδυνος ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου αυξάνεται κατά 100 περίπου φορές. Οι ασθενείς με οισοφάγο Barrett οφείλουν να μπαίνουν σε πρόγραμμα παρακολούθησης με ασφαλή μεθοδολογία.
- **Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού.**
- **Πνευμονία από εισρόφηση.** Είναι σπάνια επιπλοκή και οφείλεται στην είσοδο του γαστρικού περιεχομένου που παλινδρομεί από το στομάχι προς τον οισοφάγο και από εκεί προς την αναπνευστική οδό, την τραχεία και στην συνέχεια στον πνεύμονα.
- **Άσθμα.** Πρόκειται για επιπλοκή που εντοπιστική και μελετήθηκε μόλις τα τελευταία χρόνια. Οι κρίσεις δύσπνοιας, που συχνά χαρακτηρίζονται ως **μη εποχιακές κρίσεις βρογχικού άσθματος** στην ουσία δεν είναι πραγματικές κρίσεις άσθματος άλλα οφείλονται στην εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου, το οποίο παλινδρομεί μέσω του οισοφάγου και εισέρχεται στο λάρυγγα η στην τραχεία. (Ι. Κουβέλης, Ειδικός Γαστρεντερολόγος, 2012).

### 1.1.6 Πώς γίνεται η διάγνωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

Το ιστορικό και η κλινική εικόνα του ασθενούς θέτουν την υποψία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Παρόλα αυτά είναι απαραίτητη η επιβεβαίωση της νόσου με απεικονιστικές και άλλες εξετάσεις προκειμένου να προσδιοριστεί η βαρύτητα της νόσου και να αποκλείονται άλλες νοσολογικές οντότητες, όπως ο οισοφάγος Barrett, που θα απαιτούσαν διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι εξετάσεις αυτές είναι:

- **Γαστροσκόπηση.** Με την οποία ελέγχεται ο οισοφάγος και διαπιστώνεται η παρουσία πιθανής διαφραγματοκήλης
- **24ωρη πεχαμετρία οισοφάγου.** Με την μέθοδο αυτή μετρείται η οξύτητα των υγρών του οισοφάγου, μέσω ενός ηλεκτροδίου που φτάνει από τη μύτη στον

οισοφάγο και παραμένει για 24ώρες, ενώ ο ασθενής εκτελεί κανονικά τις καθημερινές του συνήθειες. Οι μετρήσεις καταγράφονται σε ειδική συσκευή που φέρει μαζί του ο ασθενής. Στην συνέχεια οι μετρήσεις που έχουν καταγραφεί αναλύονται μέσω ειδικού προγράμματος και εξάγονται συμπεράσματα για την πάθηση. Για την επιβεβαίωση της νόσου και το βαθμό παλινδρόμησης, αξιολογούνται η διάρκεια του χρόνου που το ΡΗ είναι χαμηλότερο από 4 και η συχνότητα των παλινδρομήσεων. Πτώση του ΡΗ στον αυλό του οισοφάγου κάτω του 4, η οποία διαρκεί περισσότερο από 10-18 δευτερόλεπτα υποδηλώνει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

- **Bernstein test.** Πρόκειται για σπανιότερη εξέταση κατά την οποία, μέσω ενός λεπτού σωλήνα, διοχετεύεται ένα ήπιο οξύ, στον οισοφάγο και αναπαράγονται τα συμπτώματα της νόσου.
- **Μανομετρία οισοφάγου.** Είναι η εξέταση με την οποία μετρείται και καταγράφεται η πίεση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (καρδιοοισοφαγικός σφιγκτήρας) κατά τη κατάποση. Με την εξέταση αυτή ελέγχεται η λειτουργική ικανότητα και η επάρκεια του σφιγκτήρα του οισοφάγου. Είναι εξέταση απαραίτητη σε περίπτωση χειρουργικής διόρθωσης της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης,

(Ι.Κουβέλης,Ειδικός Γαστρεντερολόγος, 2012).

### 1.1.7 Ποια είναι η θεραπεία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης εξαρτάται από την βαρύτητα και τη χρονιότητα της πάθησης, από τον βαθμό της οισοφαγίτιδας, από την παρουσία ή όχι διαφραγματοκήλης και από την ύπαρξη ή όχι του οισοφάγου Barrett. (Μπαλλιάν Νικηφόρος ,2014).

Το πρώτο βήμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η διόρθωση των διατροφικών συνηθειών και των συνηθειών της καθημερινής διαβίωσης.

### 1.1.8 Συμβουλές για την αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

Σε αρκετούς ασθενείς και μόνο οι αλλαγές του τρόπου διατροφής και διαβίωσης οδηγούν σε ύφεση των ενοχλημάτων και τη πλήρη θεραπεία της νόσου. Το δεύτερο στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων που σκοπό έχουν να μειώσουν την ποσότητα και την οξύτητα των υγρών του στομάχου και να βελτιώσουν την κινητικότητα του στομάχου. Τέτοια φάρμακα είναι τα:

- **Αντιόξινα.** Που στοχεύουν στην μείωση της οξύτητας των γαστρικών υγρών όπως για παράδειγμα η σουκραλφάτη.
- **Αντιεκκριτικά** Που στοχεύουν στην μείωση του παραγόμενου υδροχλωρικού οξέως από τα οξεοπαραγωγά κύτταρα του στομάχου. Στα φάρμακα της κατηγορίας αυτής ανήκουν οι αναστολείς αντλίας υδρογόνου όπως οι ομεπραζόλες και οι αναστολείς ισταμίνης (H2) όπως η σιμεθιδίνη.
- **Γαστρορρυθμιστικά.** Που στοχεύουν στην ομαλή κένωση του στομάχου και πιθανών να βελτιώνουν την συσπαστική ικανότητα του οισοφαγικού σφιγκτήρα.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει πάντα να συνδυάζεται με την βελτίωση των διατροφικών συνηθειών. Κάποιες φορές η φαρμακευτική αγωγή δεν καταφέρνει να ελέγξει την νόσο ή όπως συμβαίνει συνήθως μετά την διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής τα συμπτώματα επανέρχονται το ίδιο βασανιστικά όπως πριν. (Μπαλλιάν Νικηφόρος ,2014).

Σε αυτές λοιπόν τις περιπτώσεις, όπως και στις περιπτώσεις που αιτία της νόσου είναι η διαφραγματοκήλη είναι επιβεβλημένη η χειρουργική επέμβαση. Οι επεμβάσεις αυτές, ονομάζονται αντιπαλινδρομικές και στόχο έχουν να δημιουργήσουν έναν βαλβιδικό μηχανισμό στην περιοχή της γαστροοισοφαγικής συμβολής, ώστε να διορθωθεί η παλινδρόμηση και να απαλλάξει τον ασθενή από ενοχλήσεις, επιπλοκές, αλλά και από την εξάρτησή του από τα φάρμακα.

Η **λαπαροσκοπική θολοπλαστική κατά Nissen** είναι η συνηθέστερη αντιπαλινδρομική επέμβαση για την χειρουργική διόρθωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Αυτή τη στιγμή η λαπαροσκοπική μέθοδος είναι η μόνη που εφαρμόζεται συστηματικά, για ένα ευρύ φάσμα ενδείξεων, στη θεραπεία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Η εγχείρηση, που είναι και η μόνη οριστική θεραπεία, έχει αποδεδειγμένα ποσοστά επιτυχίας 90-95%. (Μπαλλιάν Νικηφόρος ,2014).

Ενδείξεις:

1. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση με συμπτώματα που δεν ανταποκρίνονται σε συντηρητική (φαρμακευτική) αγωγή.
2. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση που υποτροπιάζει μετά την μείωση της φαρμακευτικής αγωγής.
3. Επιπλοκές γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης: στένωση, εξέλκωση, οισοφάγος Barrett, αναπνευστικές επιπλοκές, κ.α.
4. Ευμεγέθης διαφραγματοκήλη με διαταραχές κατάποσης και παραοισοφαγική διαφραγματοκήλη.

Η επέμβαση συνίσταται στην δημιουργία μίας νέας βαλβίδας μεταξύ οισοφάγου και στομάχου, τυλίγοντας μέρος του θόλου του στομάχου στο σημείο αυτό. Χρησιμοποιούνται 5 port-sites, η επέμβαση διαρκεί 2-3 ώρες, ο ασθενής περπατά σε 3-4 ώρες και επιστρέφει στο σπίτι σε 48 ώρες. Τις περισσότερες φορές επιστρέφει στις καθημερινές του ασχολίες σε 1-2 εβδομάδες και δεν χρειάζεται να ξαναπάρει φάρμακα ή να κάνει συγκεκριμένη διαίτα.

Η εγχείρηση γίνεται χωρίς τομή, με ελάχιστο πόνο και βραχεία ανάρρωση.

Η επέμβαση Nissen συνίσταται στη δημιουργία μίας νέας βαλβίδας μεταξύ του οισοφάγου και του στομάχου, τυλίγοντας το πάνω μέρος του στομάχου γύρω από τον οισοφάγο, χωρίς να χρησιμοποιούνται καθόλου εξωγενή υλικά. Η επέμβαση γίνεται μέσα από 4-5 μικρές οπές, με μακριά εργαλεία. (Μπαλλιάν Νικηφόρος ,2014).

Σε μία από αυτές τις οπές υπάρχει και το λαπαροσκόπιο, ένα τηλεσκόπιο συνδεδεμένο με μία βιντεοκάμερα. Ο χειρουργός βλέπει σε μία οθόνη τηλεόρασης μεγενθυμένα τα εσωτερικά όργανα και το χειρισμό των εργαλείων. Στο τέλος της επέμβασης οι μικρές τομές, 0.5-1 εκατοστό, κλείνουν με ειδικές χειρουργικές ταινίες

και σε μερικούς μήνες σχεδόν εξαφανίζονται. Μελέτες έχουν δείξει ότι 90-95% των ασθενών δεν έχουν καμία ενόχληση ακόμα και 10 χρόνια μετά την επέμβαση. Οι ασθενείς έχουν ελάχιστο πόνο, ασήμαντες τομές, μικρή διάρκεια νοσηλείας και ταχύτερη ανάρρωσης 2-3 μέρες συνήθως. (Μπαλλιάν Νικηφόρος ,2014).

Η λαπαροσκοπική μέθοδος χρησιμοποιείται στην Αμερική για μία δεκαετία τουλάχιστον για πολλές μείζονες επεμβάσεις, επομένως είναι δοκιμασμένη. Βεβαίως θα πρέπει ο ασθενής πριν από οποιαδήποτε επέμβαση να ρωτά το χειρουργό του για την εκπαίδευση και την εμπειρία του με αυτή. Αν και υπάρχουν πολλά πλεονεκτήματα στη λαπαροσκοπική μέθοδο, μόνο μετά από συζήτηση με τον κατάλληλα εκπαιδευμένο χειρουργό, μπορεί να απαντηθεί το ερώτημα αυτό. Επίσης αυτός θα σας πει αν πρέπει να κάνετε κάποιες άλλες εξετάσεις ή να συνεχίσετε τη φαρμακευτική αγωγή. (Μπαλλιάν Νικηφόρος ,2014).

Απαλλαγή από τη νόσο της Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης, από την οποία πάσχουν περισσότερα από 120 εκατομμύρια Ευρωπαίοι και περίπου τρία εκατομμύρια Έλληνες, δίνει η νέα επαναστατική χειρουργική μέθοδος **Θολοπλαστική Χωρίς Χειρουργική Τομή (EsophyX)!!!**

Σύμφωνα με κλινικές μελέτες, μετά την εφαρμογή της μεθόδου (EsophyX) :

- Το 65% των πασχόντων διέκοψαν τελείως και οριστικά την λήψη φαρμάκων .
- Το 85% των πασχόντων συνεχίζουν χωρίς καθημερινή λήψη φαρμάκων και χωρίς συμπτώματα δύο χρόνια μετά την επέμβαση.
- Το 75% των πασχόντων είχε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής του, στην ικανοποίηση και μείωση ή εξάλειψη των συμπτωμάτων του καγίματος πίσω από το στέρνο.

Η νέα επαναστατική χειρουργική μέθοδος, στους ασθενείς χωρίς μεγάλη διαφραγματοκήλη προσφέρει ανατομική αποκατάσταση των αιτιών της παλινδρόμησης και το κυριότερο προσφέρει ξανά τη δυνατότητα στους πάσχοντες να απολαύσουν τη ζωή τους χωρίς περιορισμούς. Οι επιπλοκές της μεθόδου αυτής τείνουν στο μηδέν, επιτρέπει μελλοντικά επαναχειρισμούς στην περιοχή της γαστροοισοφαγικής συμβολής .Τέλος απευθύνεται και σε σημαντική μερίδα ασθενών με εξωοισοφαγική συμπτωματολογία που η θεραπεία τους απαιτεί διακοπή του φαινομένου της παλινδρόμησης και όχι απλά της απουσίας οξέος στο παλινδρομούν περιεχόμενο, αυτό δηλαδή που επιτυγχάνεται με τα φάρμακα». (Μπαλλιάν Νικηφόρος ,2014).

### **Διαφορές από τις άλλες επεμβάσεις**

Η βασική διαφορά από τις συμβατικές ανοικτές και λαπαροσκοπικές χειρουργικές επεμβάσεις είναι ότι η μέθοδος EsophyX πραγματοποιείται από το στόμα χωρίς χειρουργική τομή. Διαρκεί περίπου μία ώρα, και 24 ώρες μετά ο πάσχοντας μπορεί να επιστρέψει στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η μέθοδος EsophyX είναι :

- Δεν απαιτεί εξωτερικές τομές – Δεν προκαλεί ουλές.
- Δεν απαιτεί τομή ιστών και αγγείων και δεν αλλοιώνει την φυσιολογική ανατομία
- Επιτρέπει οποιαδήποτε άλλη επαναληπτική επέμβαση ή αναθεώρηση στο μέλλον.
- Μπορεί να εφαρμοσθεί σε πολύ περισσότερους πάσχοντες καθώς είναι ασφαλέστερη και πολύ λιγότερο επεμβατική.

### **1.1.9 9 σημάδια «sos» της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης**

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι μία αρκετά συνηθισμένη πάθηση, η οποία «προσβάλλει» εξίσου τους άντρες και τις γυναίκες, ενώ δεν έχει κανένα ηλικιακό όριο.

Ωστόσο είναι πιο συχνή όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος. Αυτό που στην ουσία γίνεται είναι ότι το περιεχόμενο του στομάχου μετακινείται προς το κάτω μέρος του οισοφάγου και επειδή ακριβώς το περιεχόμενο του στομάχου είναι όξινο, ερεθίζει τον οισοφάγο και προκαλεί πόνο και καούρα. (Σάμπαλης Γ. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»2008).

Πώς όμως μπορούμε να αναγνωρίσουμε τα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης;

#### **Πόνος στο στήθος**

Ο πόνος στο στήθος παρατηρείται συχνά σε άτομα που πάσχουν από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και αυτό συμβαίνει επειδή τα οξέα του στομάχου στην ουσία «πιτσιλούν» τον οισοφάγο, δηλαδή προκαλούν παλινδρόμηση των οξέων.

Ωστόσο ο πόνος μπορεί να διαρκέσει περισσότερο και να είναι πιο έντονος από το αναμενόμενο. Αρκετοί άνθρωποι, μάλιστα, παρερμηνεύουν τον συγκεκριμένο πόνο στο στήθος με σύμπτωμα εμφράγματος ή καρδιακού επεισοδίου.

#### **Εντεινόμενος πόνος κατά την ξεκούραση**

Τα οξέα τα οποία υποτίθεται πρέπει να παραμείνουν στο στομάχι, είναι πιο πιθανό να «ξεφύγουν» και να κατευθυνθούν προς τον οισοφάγο, όταν είστε ξαπλωμένοι, γεγονός που προκαλεί το έντονο κάψιμο. Αντίθετα αν στέκεστε σε όρθια στάση, η βαρύτητα θα φροντίσει ώστε το φαγητό να παραμείνει στο στομάχι σας.

#### **Πόνος μετά το γεύμα**

Ο πόνος που αισθάνεστε μετά από ένα γεύμα- ειδικά αν το γεύμα αυτό είναι μεγάλο-συνήθως σημαίνει ότι το στομάχι σας είναι υπερφορτωμένο και επομένως το περιεχόμενό του δεν έχει που να πάει, άρα οδηγείται ξανά προς τα πάνω. Μία λύση είναι να αποφεύγετε τα μεγάλα γεύματα, τα οποία μάλιστα συνοδεύονται από αλκοόλ. Επιπλέον το τσιγάρο μετά από ένα τέτοιο γεύμα, με την εισπνοή επιπλέον

αέρα, επιβαρύνει ακόμη περισσότερο το στομάχι. (Σάμπαλης Γ. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»2008).

### **Πικρή γεύση στο στόμα**

Ορισμένες φορές τα οξέα που κατευθύνονται στον οισοφάγο, αφήνουν μία πικρή γεύση στο στόμα και σε πιο ακραίες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν ακόμα και πνιγμό. Αν συμβεί κάτι τέτοιο, ειδικά τη νύχτα, το καλύτερο που πρέπει να κάνετε είναι να επισκεφτείτε έναν γιατρό, προκειμένου να σας χορηγήσει την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία. (Σάμπαλης Γ. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»2008).

### **Ναυτία**

Η ναυτία συνδέεται με τόσα πολλά και διαφορετικά στοιχεία, που είναι δύσκολο κανείς να αντιληφθεί αν όντως είναι ένδειξη γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Ωστόσο αν η ναυτία εμφανίζεται αμέσως μετά το γεύμα σας, αυτό αποτελεί μία ισχυρότατη ένδειξη ότι πρόκειται για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Στην περίπτωση αυτή μία απλή θεραπεία με αντιόξινα, συνήθως αρκεί.

### **Πονόλαιμος**

Ένας πονόλαιμος είναι ένα ακόμα κλασικό σύμπτωμα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και γενικότερα προβλημάτων πέψης. Αν ο λαιμός σας μάλιστα αρχίζει να πονά ακριβώς μετά το γεύμα, είναι μία σημαντική ένδειξη. Αντίθετα με τη γρίπη ή το κρύωμα, αυτός ο τύπος του πονόλαιμου μπορεί να είναι χρόνιος και αν δεν εκδηλώσετε και άλλα συμπτώματα κρυώματος όπως είναι το φτέρνισμα για παράδειγμα, τότε το πιο πιθανό είναι να πρόκειται για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. (Σάμπαλης Γ. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»2008).

### **Βήχας**

Αρκετά αναπνευστικά συμπτώματα όπως είναι ο χρόνιος βήχας και ο συριγμός, δηλαδή το «σφύριγμα στην αναπνοή», μπορεί επίσης να οφείλονται σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, πιθανότατα επειδή τα στομαχικά οξέα «μπαίνουν» κατά κάποιον τρόπο στους πνεύμονες.

Αν υποπτεύεστε ότι η καούρα, που νιώθετε είναι η αιτία της δυσκολίας που έχετε στην αναπνοή (πιθανόν επειδή εμφανίζεται αμέσως μετά το γεύμα), καλό θα είναι να μιλήσετε με τον γιατρό σας, ο οποίος θα σας υποβάλλει σε ένα τεστ «pH», δηλαδή μία διαδικασία μέτρησης της ποσότητας του οξέως, που περιέχει ο οισοφάγος σας σε διάστημα 24 ωρών, προκειμένου να γίνει διάγνωση για αν πάσχετε όντως από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. (Σάμπαλης Γ. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»2008).

### **Βραχνάδα στη φωνή**

Μπορεί να νιώθετε ότι είστε στα αρχικά στάδια μίας γρίπης, επειδή η φωνή σας έχει μία ελαφρά βραχνάδα, αλλά ίσως να μην είναι αυτή η αιτία. Όταν η φωνή αρχίζει να γίνεται πιο βραχνή και να «σπάει» μπορεί να πρόκειται για άλλο ένα σύμπτωμα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

Αν τα οξέα του στομάχου διαρρέουν στον οισοφάγο σας, αυτό ενδεχομένως να επηρεάσει τις φωνητικές σας χορδές.

### **Έξτρα έκκριση σιέλου**

Αν το στόμα σας ξαφνικά αρχίζει να εκκρίνει περισσότερη ποσότητα σιέλου από ότι συνήθως αυτό αποτελεί μία από τις σημαντικότερες ενδείξεις γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Στην ουσία αυτό που συμβαίνει, είναι ότι το σώμα σας, προσπαθεί να «ξεπλύνει» τον ερεθισμό που έχει ο οισοφάγος σας, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τον έμετο. (Σάμπαλης Γ. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»2008).

### **Προβλήματα στην κατάποση**

Ο φαύλος κύκλος της «διάλυσης» και έπειτα θεραπείας του οισοφάγου από τα οξέα του στομάχου, προκαλεί πρήξιμο στο χαμηλότερο σημείο του οισοφαγικού ιστού, με αποτέλεσμα να στενεύει ο οισοφάγος και να υπάρχει δυσκολία στην κατάποση.

#### **1.1.10 Διατροφικές συμβουλές για την αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.**

Σε ότι αφορά τις διατροφικές αλλαγές θα πρέπει να αποφεύγονται τροφές που ευνοούν την παλινδρόμηση, όπως:

#### **Φαγητά**

- **Πολύ λιπαρά γεύματα.** Όπως κρέας ζώων, ζαμπόν, μπέικον, αλλαντικά, κονσέρβες, λιπαρά ψάρια, λιπαρές σάλτσες, λιπαρά τυριά, μουστάρδα, μαργαρίνη και μαγιονέζα.
- **Τα τηγανιτά.** Τηγανιτά με βούτυρο ή λάδι όπως τα ψάρια, οι πατάτες, οι πίτες με φύλλο, τα τηγανητά τυριά, τα μπουρεκάκια, πανέ, οι λουκουμάδες κτλ.
- **Η σοκολάτα.** Η σοκολάτα και όλες οι τροφές που την περιέχουν.
- **Το αυγό.** Τα αυγά βραστά και τηγανιτά, ως αυγολέμονο, αλλά ακόμα και όταν περιέχονται σε μεγάλες ποσότητες στις τροφές όπως για παράδειγμα στις τυρόπιτες, τις πίτες, τα τσουρέκια, της σούπες κτλ.
- **Πικάντικα φαγητά.** Τροφές που περιέχουν ή συνοδεύονται από πολλά μπαχαρικά, ποικιλίες πιπεριών, τσίλι, πάπρικα, καυτερές σάλτσες, και διάφορα αρωματικά όπως η μέντα, ο δυόσμος κτλ.
- **Σαλάτες.** Σαλάτες που περιέχουν ωμό λάχανο, αγγούρια, ντομάτες, ραπανάκια, κρεμμύδια, πιπεριές, κάστανα, και μελιτζάνες.
- **Κρεμμύδια και σκόρδα.** Τροφές που περιέχουν ή συνοδεύονται με κρεμμύδια ή σκόρδα όπως για παράδειγμα ορισμένες σαλάτες και παραδοσιακές πίτες.
- **Κοκκινιστά φαγητά.** Η κατανάλωση τομάτας είτε ωμή είτε πολτοποιημένη.
- **Εσπεριδοειδή φρούτα και άγουρα φρούτα.**

- **Γλυκά.** Γλυκά με σιρόπι όπως γλυκά του κουταλιού και του ταψιού, γλυκά με σοκολάτα, το μέλι και οι μαρμελάδες

### **Ροφήματα - ποτά.**

- Ροφήματα καφέ σοκολάτας και τσάι.
- Ανθρακούχα ποτά. Όπως η Cola, η σόδα, η μύρα και τα αναψυκτικά.
- Οινοπνευματούχα ποτά. Και ειδικά το κόκκινο κρασί.
- Όξινοι χυμοί φρούτων. Σε αυτούς περιλαμβάνεται ο χυμός ντομάτας, λεμονιού και πορτοκαλιού.

Τροφές που μπορούν να καταναλωθούν άφοβα είναι οι ακόλουθες:

- Άπαχο κρέας.
- Ψάρια ψητά Πουλερικά
- Ψητά λαχανικά
- Ρύζι
- Ζυμαρικά με τυρί
- Πατάτες βραστές ή φούρνου
- Θαλασσινά βραστά ή ψητά
- Όσπρια
- Αρετσίνωτο λευκό κρασί

Αν και η τήρηση των διαιτητικών οδηγιών είναι επιβεβλημένη. Πολύ συχνά ο ίδιος ο πάσχων έχει ήδη αναγνωρίσει ορισμένα είδη τροφών ή ποτών που μπορεί να τον ενοχλούν λιγότερο ή περισσότερο. (Σάμπαλης Γ. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»2008).

#### **1.1.11 Αλλαγές των συνηθειών της καθημερινότητας που βοηθούν στην αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.**

Η αποφυγή των συνηθειών της καθημερινότητας που επιδεινώνουν την δυσλειτουργία του οισοφαγικού σφιγκτήρα έχουν σημαντικό ρόλο στην συντηρητική αντιμετώπιση της παλινδρομικής νόσου. (Σάμπαλης Γ. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»2008).

Σε σχέση με την καθημερινότητα συνιστώνται **9** απλές συμβουλές:

- **Απώλεια βάρους.** Η μείωση του σωματικού βάρους μειώνει την ενδοκοιλιακή και κατά συνέπεια την ενδογαστρική πίεση αποτρέποντας την γαστρική παλινδρόμηση. Επιπλέον η απώλεια βάρους μειώνει την βασική γαστρική έκκριση υδροχλωρικού οξέως από τα οξεοπαραγωγά κύτταρα του στομάχου και έτσι αποφεύγεται η υπεροξύτητα του γαστρικού περιεχομένου.
- **Αποφύγετε τα στενά ρούχα,** τα στενά παντελόνια, τις στενές ζώνες, τους κορσέδες και γενικά κάθε ένδυμα που πιέζει την κοιλία. Μετά ένα πλούσιο γεύμα είναι προτιμότερο να χαλαρώσετε την ζώνη σας ή να ανοίξετε και ένα κουμπί.
- **Διακόψτε το κάπνισμα.** Η νικοτίνη των τσιγάρων προκαλεί μεγάλη και παρατεταμένη χαλάρωση του γαστροοισοφαγικού σφιγκτήρα. Έτσι το κάπνισμα και ειδικά μετά τα γεύματα είναι σοβαρός παράγοντας



γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Αν δεν μπορείτε να το διακόψετε, τουλάχιστον αποφύγετε το κάπνισμα κατά την διάρκεια του γεύματος και για μια ώρα μετά το τέλος του γεύματος.

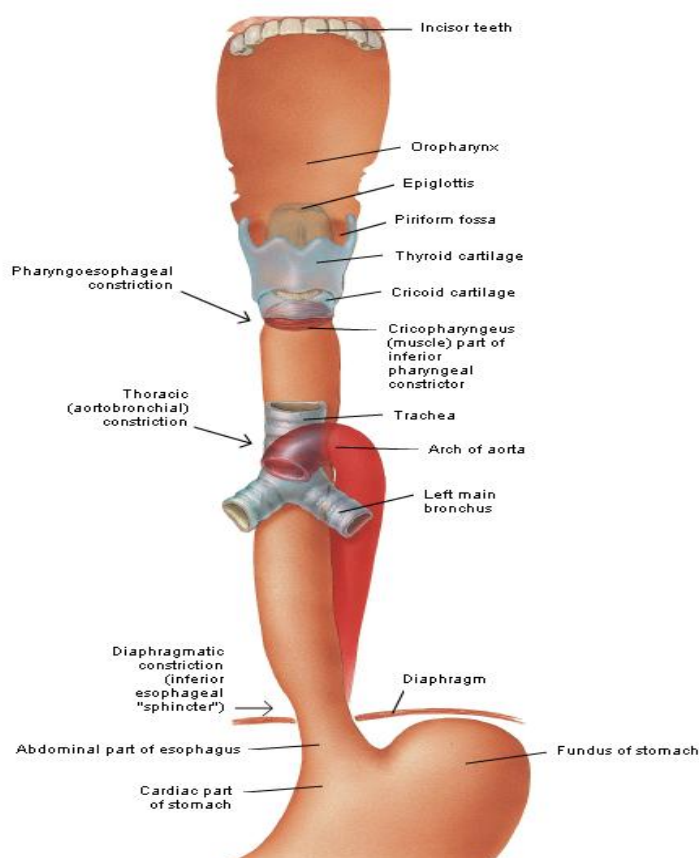
- **Τρώτε αργά, μικρά και συχνά γεύματα.** Αποφεύγοντας τα μεγάλα και πλούσια γεύματα αποφεύγετε την υπερδιάταση του στομάχου, παράγοντας που διευκολύνει τη γαστρική υπερπλήρωση και παλινδρόμηση. Αντίθετα τα μικρά και συχνά γεύματα εμποδίζουν την υπερέκκριση γαστρικών οξέων ενώ επιτρέπουν την επαρκή λειτουργία του οισοφαγικού σφιγκτήρα. Είναι προτιμότερο να τρώτε λίγο και συχνά από το ό,τι να χωρίζεται το φαγητό σας σε δύο μόνο γεύματα (μεσημεριανό, βραδινό) ή και ακόμα χειρότερα σε ένα μόνο γεύμα και αυτό το βράδι.
- **Μετά το γεύμα αποφύγετε τη σωματική δραστηριότητα,** το σκύψιμο την ανύψωση βάρους και γενικά κάθε σωματική δραστηριότητα που αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση. Ήπιο βάδισμα (περίπατος) μετά το γεύμα βοηθάει τη χώνεψη και εμποδίζει την παλινδρόμηση.
- **Μετά το μεσημεριανό φαγητό αποφύγετε την κατάκλιση.** Είναι προτιμότερο να αναπαυθείτε στον καναπέ από ό,τι να ξαπλώσετε στο κρεβάτι και μάλιστα σε οριζόντια θέση. Το βράδυ αποφύγετε τα μεγάλα γεύματα. Το βραδινό πρέπει να είναι ένα εύπεπτο και μικρό γεύμα. Αποφύγετε τις σούπες και της μεγάλες ποσότητες υγρών.
- **Μη ξαπλώνεται αμέσως μετά το βραδινό γεύμα.** Θα πρέπει να περάσουν τουλάχιστον 2 - 3 ώρες πριν ξαπλώσετε στο κρεβάτι. Στο διάστημα αυτό μπορείτε να αναπαυθείτε σε πολυθρόνα με ανακεκλιμένη την πλάτη.
- **Αποφεύγετε να κοιμόσασθε σε εντελώς οριζόντια θέση.** Κατά την κατάκλιση ανασηκώστε το πάνω μέρος του σώματος για παράδειγμα με μαξιλάρια κάτω από την πλάτη ή ανασηκώστε το πάνω μέρος του κρεβατιού κατά 10 με 15 εκατοστά. αυτό συνήθως επιτυγχάνεται εύκολα τοποθετώντας μερικά βιβλία κάτω από τα πόδια του κρεβατιού που βρίσκονται προς το κεφάλι.
- **Άγχος.** Όταν τρώτε επικεντρωθείτε στο φαγητό σας. Απολαύστε το γεύμα σας χωρίς να κάνετε δυσάρεστες ή αγχώδεις συζητήσεις. Αποφύγετε τα κουραστικά και αγχώδη επαγγελματικά γεύματα. Το άγχος και γενικά η κακή ψυχική κατάσταση, μειώνει τη γαστρική κινητικότητα ενώ αυξάνει την παραγωγή και έκκριση γαστρικών οξέων.

(Σάμπαλης Γ. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»2008).

## 1.3 Ανατομία του οισοφάγου-στομάχου

### 1.3.1 ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Ο οισοφάγος είναι μια οδός για τη μεταφορά της τροφής από τη στοματική κοιλότητα στο στόμαχο. Για να επιτευχθεί αυτή η αποστολή με ασφάλεια και επιτυχία, ο οισοφάγος έχει την κατασκευή ενός κοίλου μυϊκού σωλήνα, ο οποίος εκτείνεται μεταξύ του φάρυγγα και του στομάχου, προς τη σπονδυλική στήλη.



Το μήκος αυτού κυμαίνεται 18-26 εκατ. δεν φέρεται κατακόρυφα στην μέση γραμμή της σπονδυλικής στήλης αλλά σχηματίζει καμπές την οβελιαία και την εγκάρσια γραμμή. Οι εγκάρσιες καμπές είναι δύο και διακρίνονται στην άνω και

**Εικ.4 ανατομία οισοφάγου**

την κάτω ([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

Η άνω εγκάρσια καμπή έχει το κυρτό της προς τα αριστερά εκτείνεται μεταξύ του κρικοειδούς χόνδρου και του 4<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου.

Η κάτω εγκάρσια καμπή έχει το κυρτό της προς τα δεξιά και φτάνει στο ύψος του 4<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου και στο τέλος του 10<sup>ου</sup> ή 11<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου.

Χωρίζεται σε τρία ανατομικά τμήματα: τον τραχηλικό, το θωρακικό και τον κοιλιακό οισοφάγο ([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

Ο **τραχηλικός οισοφάγος** έχει μήκος 5-6cm και εκτείνεται μέχρι το θωρακικό οισοφάγο, στο ύψος του κάτω ορίου του 1<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου. Ευρίσκεται εμπρός από την προσπονδυλική περιτονία, με την οποία συνδέεται με χαλαρό συνδετικό ιστό, και πίσω και ελαφρώς επί τα αριστερά του λάρυγγα και της τραχείας.

Για το λόγο αυτό ο αυχενικός οισοφάγος είναι προσπελάσιμος από την αριστερή πλευρά του τραχήλου.( [www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

Ο **θωρακικός οισοφάγος** πορεύεται στο οπίσθιο μεσοθωράκιο και ελαφρώς επί τα αριστερά, πίσω από το αορτικό τόξο, την τραχεία και τον αριστερό κύριο βρόγχο. Ακολουθώντας και για μερικά εκατοστά, φέρεται ελαφρώς δεξιότερα, υπό την τρόπιδα, σταδιακώς πορευόμενος πάλι επί τα αριστερά της μέσης γραμμής, εμπρός από την θωρακική αορτή και πίσω από το περικάρδιο. Από το σημείο αυτό φέρεται περισσότερο επί τα αριστερά και εμπρός στο ύψος δε του 11<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου διέρχεται το οισοφαγικό τμήμα του διαφράγματος. Κατά τις πλάγιες επιφάνειές του, ο θωρακικός οισοφάγος καλύπτεται από το αριστερό και το δεξιό αντιστοιχώς πέταλο του τοιχωματικού μεσοθωράκιου υπεζωκότα.( [www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

Ο **κοιλιακός οισοφάγος** έχει μήκος περίπου 1,25cm. Και σχήμα κωνοειδές, επίκειται επί των έσω σκελών του διαφράγματος. Προς τα εμπρός καλύπτεται από περιτόναιο, έρχεται σε σχέση με την οπίσθια επιφάνεια του αριστερού λοβού του ήπατος (οισοφαγικό εντύπωμα) αριστερά έρχεται σε σχέση με το θόλο του στομάχου, από τον οποίο χωρίζεται με την κοιλιακή εντομή προς τα δεξιά επικοινωνεί με το κερκοφόρο λοβό του ήπατος.

**Όρια :** Τα άνω όρια του οισοφάγου αντιστοιχούν μπροστά με το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου του λάρυγγα, προς τα πίσω με τον 6<sup>ο</sup> αυχενικό σπόνδυλο, απέχοντας από τους τομείς οδόντες 15 εκ. Τα κάτω όρια του οισοφάγου παριστά προς τα έξω η καρδιακή εντομή του στομάχου, προς τα έσω μια κυκλωτερής και ανώμαλη γραμμή του βλεννογόνου, η οδοντωτή γραμμή, σχηματιζόμενη από τις μεταπτώσεις του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου του οισοφάγου εις το μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο του στομάχου. Τα κάτω όρια του οισοφάγου προβαλλόμενα από την εξωτερική επιφάνεια του σώματος, αντιστοιχούν προς τα πίσω με τον 11<sup>ο</sup> θωρακικό σπόνδυλο, μπροστά με τον πλευρικό χόνδρο της αριστεράς 7<sup>ης</sup> πλευράς, απέχουν δε από τους τομείς οδόντες περίπου στα 40 εκ.

**Φορά.** Ο οισοφάγος φερόμενος προς τα κάτω, σχηματίζει δύο ελαφριές καμπές προς τα πλάγια. Αρχικά βρίσκεται στη μέση γραμμή της σπονδυλικής στήλης, αποκλίνει ελαφρώς προς τα αριστερά μέχρι τη βάση του τραχήλου επανερχόμενη στη μέση γραμμή αντιστοιχώς προς τον 5<sup>ο</sup> θωρακικό σπόνδυλο. Επίσης προς τα κάτω αποκλίνει προς τα δεξιά μέχρι του 7<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου, όπου στρεφόμενος προς τα αριστερά εισδύετε στο οισοφαγικό τμήμα του διαφράγματος. Συγχρόνως ο οισοφάγος σχηματίζει και δύο οβελιαίες καμπές, ακολουθώντας το αυχενικό και θωρακικό κύρτωμα της σπονδυλικής στήλης.

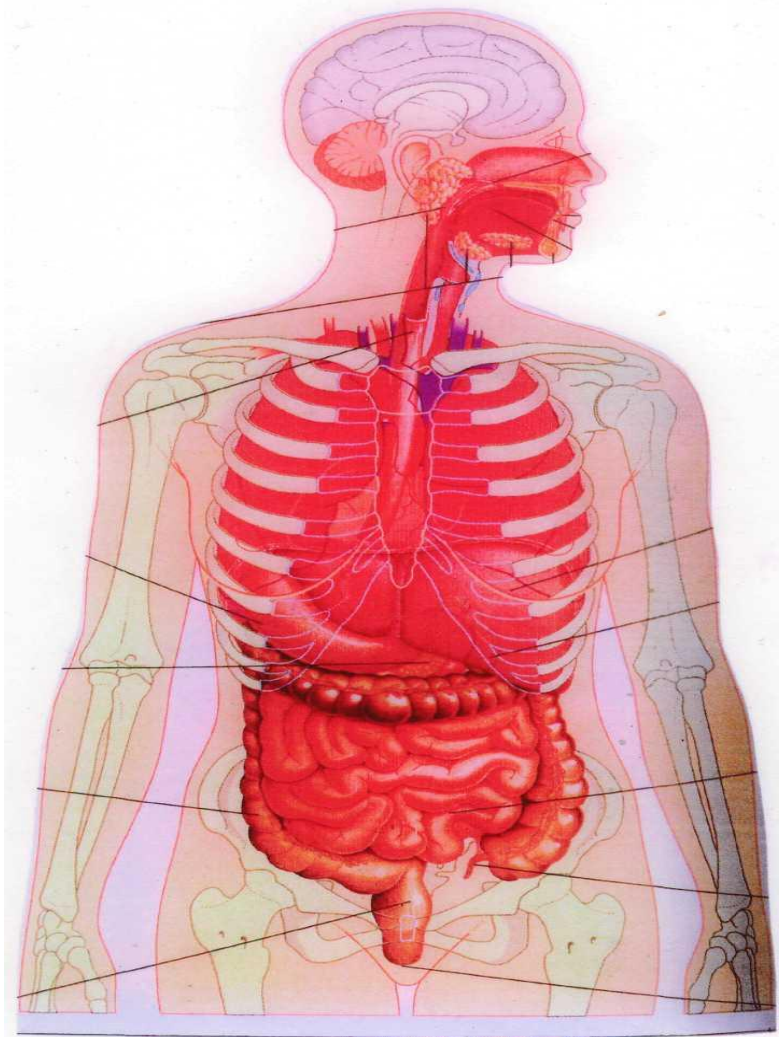
**Στήριξη.** Τα κύρια στηρίγματα του οισοφάγου είναι προς τα άνω ο κρικοειδής χόνδρος του λάρυγγα, προς τα κάτω το διάφραγμα. Επιπλέον για τη στήριξη αυτού συμβάλλουν οι ποικίλες συνδέσεις του οισοφάγου με τα παρακείμενα όργανα της σπονδυλικής στήλης, της τραχείας αρτηρίας, της αορτής κ.ά.

([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko))

**Αυλός.** Ο αυλός του οισοφάγου δεν εμφανίζει παντού το ίδιο εύρος. Ιδιαίτερα πρακτική σημασία έχουν τα στενώματα αυτού, τα οποία είναι τα εξής:

- το κρικοειδές, το οποίο παράγεται από τον τόνο του κρικοφαρυγγικού μυός αντιστοιχεί με το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου και απέχει από τους τομείς οδόντες 15 εκμ.
- Το αορτικό, το οποίο παράγεται από το αορτικό τόξο, ισοϋψώς προς τον 4<sup>ο</sup> θωρακικό σπόνδυλο, απέχει από τους τομείς οδόντες 22 εκμ.
- το βρογχικό, το οποίο παράγεται από τον αριστερό βρόγχο, ισοϋψώς προς τον 5<sup>ο</sup> θωρακικό σπόνδυλο απέχει από τους τομείς οδόντες 27 εκμ. και
- το υπερφρενικό, το οποίο παράγεται κατά του οισοφαγικού τμήματος του διαφράγματος, απέχει από τους τομείς οδόντες 38-40 εκμ.

Από τα στενώματα αυτά το ισχυρότερο είναι το κρικοειδές, από τον οποίο διέρχονται όργανα (καθετήρες κ.λ.π.) των οποίων η διάμετρος τους να δεν πρέπει να είναι παχύτερη από 14 χλστ. ([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).



Εικ. 5 Απεικόνιση του μυϊκού τοιχώματος του οισοφάγου

### Υφή του οισοφάγου

Το τοίχωμα του οισοφάγου συνίσταται από τέσσερις χιτώνες, από έξω προς τα έσω είναι οι εξής:

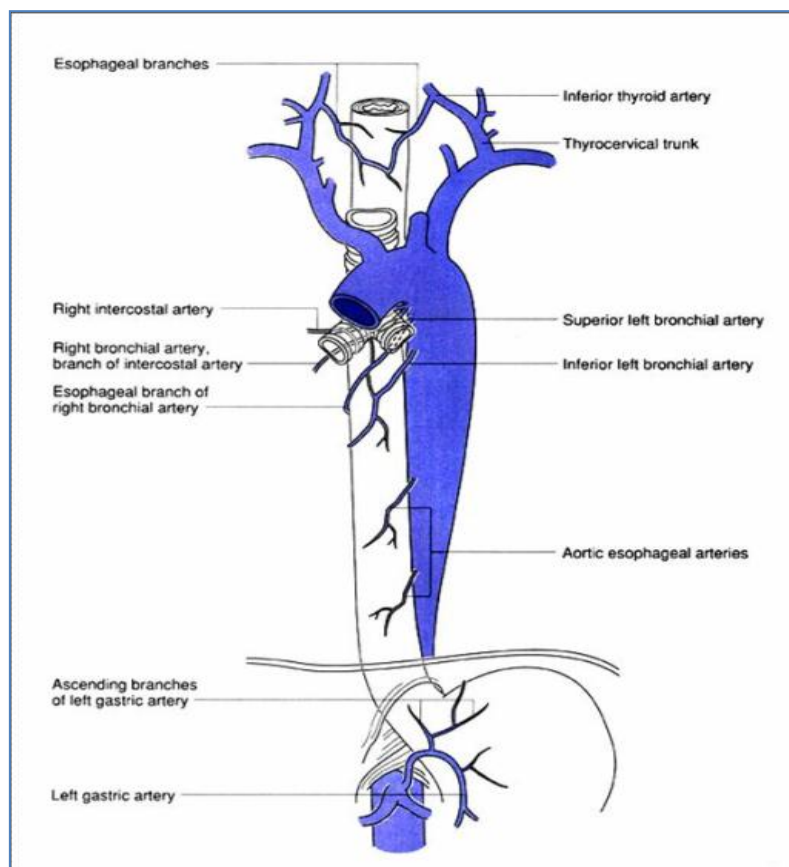
- **Ο ινώδης ή πρόσθετος χιτώνας.** Αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, περιέχει πολλές ελαστικές ίνες.
- **Ο μυϊκός χιτώνας** του οισοφάγου εμφανίζει δύο παχύτατες στιβάδες την έξω , επιμήκη και την έσω, κυκλοτερή μυϊκές ίνες. Ο μυϊκός χιτώνας του οισοφάγου κατά το άνω τεταρτημόριο αυτού αποτελείται αποκλειστικά από γραμμωτές μυϊκές ίνες, κατά το δεύτερο τεταρτημόριο εκτός των γραμμωτών υπάρχουν και λείες μυϊκές ίνες, κατά το κάτω ημιμόριο αυτού ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται αποκλειστικά από λείες μυϊκές ίνες.

- **Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας**, αποτελείται από χαλαρό αγγειονευροφόρο συνδετικό ιστό, συνάπτει τον μυϊκό χιτώνα μετά του βλεννογόνου. Εντός αυτού υπάρχουν οι αδένες του οισοφάγου.
- **Ο βλεννογόνος** του οισοφάγου σχηματίζει πτυχές επιμήκεις, που εξαφανίζονται κατά την κατάποση. Η χοριά αυτού προς τα άνω είναι υπέρυθη, ενώ προς τα κάτω είναι πιο ωχρή. Συνίσταται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, χορίου που εμφανίζει λεμφοζίδια, στη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα υπάρχουν επιμήκες λείες μυϊκές ίνες και αδένες. Οι αδένες του οισοφάγου, βλεννογόνοι σωληνοκυψελοειδείς βρίσκονται εντός του υποβλεννογόνιου χιτώνα. Εκτός των αδένων αυτών στο άνω και κυρίως στο κάτω άκρο του οισοφάγου συναντώνται αδένες, που βρίσκονται εντός του χορίου του βλεννογόνου, αυτές οι σωληνοειδείς, καλούνται καρδιακοί και παρομοιάζονται με τους ομώνυμους αδένες του στομάχου.

([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

### 1.3.2 ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Η αγγείωση του οισοφάγου είναι εκείνη ενός κινητού οργάνου με περισταλτική δραστηριότητα. Η ενδοτοιχωματική αγγειακή κυκλοφορία είναι πλούσια και τροφοδοτείται βασικά στα δύο άκρα του οργάνου, καθώς στη μεσότητα του οργάνου σπανίζουν οι επίσημοι αρτηριακοί κλάδοι .



Εικ.6 αγγείωση οισοφάγου

#### Αρτηρίες τραχηλικού οισοφάγου

- **Κάτω θυρεοειδική αρτηρία:** οι οισοφαγικοί κλάδοι της προέρχονται από το ανερχόμενο τμήμα της, από το κατερχόμενο τμήμα της και από τους τελικούς της κλάδους.
- **Επικουρικές αρτηρίες:** έχουν ποικίλη προέλευση. Κλάδοι της άνω θυρεοειδικής αρτηρίας συνεισφέρουν στην αιμάτωση. Επίσης αρτηρίδια της φαρυγγικής περιοχής δίνουν κλάδους προς τον οισοφάγο. Μερικές φορές ανευρίσκεται επίσημη αρτηρία με κατεύθυνση προς το θώρακα που προέρχεται από την υποκλείδια, την σπονδυλική ή από την επιπολής τραχηλική (οισοφαγική αρτηρία του Luschka).

([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

#### **Αρτηρίες του θωρακικού οισοφάγου**

- **Βρογχικές αρτηρίες:** συνήθως (75%) είναι δυο αριστερά που εκφύονται από την πρόσθια επιφάνεια του αορτικού τόξου και μια δεξιά από την 4<sup>η</sup> μεσοπλεύρια αρτηρία. Στο 50% των περιπτώσεων υπάρχουν παραλλαγές.
- **Μεσοπλεύριες αρτηρίες:** στο 20% των περιπτώσεων δίνουν δεξιά οισοφαγικό δίκτυο συνήθως από την 5<sup>η</sup> μεσοπλεύρια αρτηρία. Σπάνια αφορά και το αριστερό τμήμα.
- **Κλαδίσκοι άμεσα από την αρτηρία:** χορηγούνται αριστερά και εμπρός, αναστομώνονται υψηλά με τους κλάδους των βρογχικών αρτηριών και κατευθύνονται προς τα κάτω εξασφαλίζοντας πολύ καλή αγγείωση στο τμήμα του οισοφάγου κάτωθεν των πνευμονικών μίσχων.

#### **Αρτηρίες του κοιλιακού οισοφάγου**

- **Η αριστερή γαστρική αρτηρία (ανιούσα μοίρα):** δίδει, σχεδόν πάντα, οισοφαγικό δίκτυο που ανέρχεται κάτω από τον ορογόνο και διακλαδίζεται στο δεξιό ήμισυ του κοιλιακού οισοφάγου. Δεύτερο δίκτυο μπορεί να προέρχεται από την **αριστερή ηπατική αρτηρία** και πολύ σπάνια από την **κοιλιακή** ή από τη **σπληνική αρτηρία**.
- **Η αριστερή κάτω διαφραγματική αρτηρία:** στο 50% των περιπτώσεων δίνει ένα πολύ λεπτό δίκτυο (σπάνια δύο).

Ο κοιλιακό οισοφάγος αποκτά έτσι πλούσια αγγείωση που μπορεί να καταστραφεί σε περιπτώσεις επεμβάσεων στο στόμαχο (και ιδιαίτερα σε οισοφαγογαστρεκτομές ή σε υψηλές γαστρεκτομές). Οι αρτηριακοί κλάδοι πορεύονται μαζί με τους νευρικούς κλάδους. Οι ενδομυϊκές και οι υποβλεννογόνιες αναστομώσεις είναι πολύ πλούσιες πράγμα που επιτρέπει την εκτεταμένη παρασκευή του οργάνου χωρίς επηρεασμό της αιμάτωσης του κολοβώματος.

([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

#### **ΦΛΕΒΕΣ**

Οι φλέβες αναλόγως της μοίρας του οισοφάγου εκβάλλουν στις κάτω θυρεοειδείς φλέβες, την άζυγη και την κατώτερη μοίρα του οισοφάγου στην στεφανιαία φλέβα του στομάχου και μέσο αυτής στην πυλαία φλέβα. Άρα κατά την κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου λαμβάνει χώρα αναστόμωση μεταξύ του συστήματος



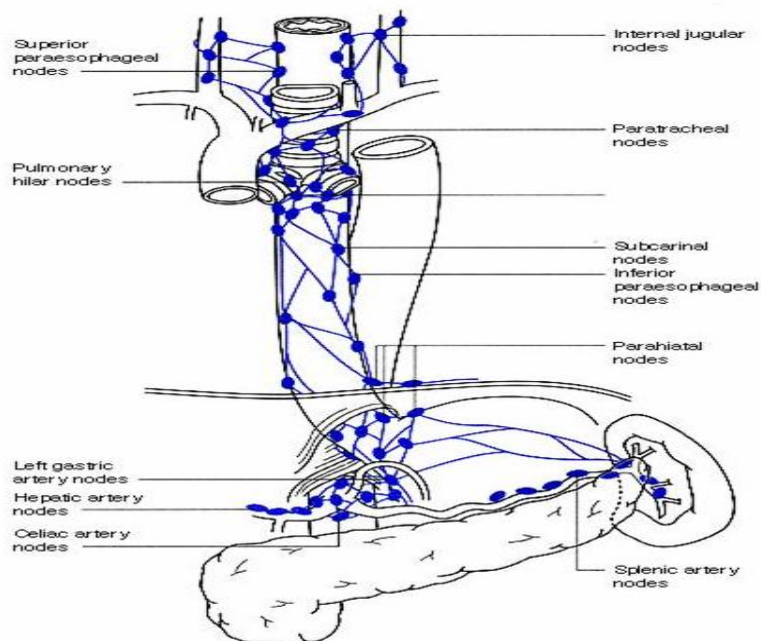
της πυλαίας και του συστήματος των άζυγων φλεβών. Οι αναστομώσεις αυτές αποκτούν ιδιαίζουσα πρακτική σημασία επί των παθήσεων (κίρρωση του ήπατος π.χ.), καθώς παρεμποδίζεται η διόδος του αίματος της πυλαίας φλέβας από του ήπατος σε αυτή την περίπτωση οι κατώτερες οισοφαγικές φλέβες ανευρίσκονται παθολογικά (κίρσοι του οισοφάγου), είναι δυνατό να ραγίσουν προς τον οισοφάγο και να προκαλέσουν θανατηφόρο αιμορραγία.

(www.iatronet.gr/ygeia/peptiko).

## ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στα τραχηλικά και στα οπίσθια μεσοπνευμόνια λεμφογάγγλια.

Το πρώτο λεμφογαγγλιακό δίκτυο βρίσκεται σε άμεση επαφή με τον οισοφάγο και καλείται *παρά-οισοφαγικό*. Από εκεί η λέμφος παροχετεύεται σε πολυάριθμες γαγγλιακές ομάδες που εκτείνονται από τον τράχηλο έως την κοιλιακή αρτηρία. Οι βασικότερες είναι: η ομάδα των *παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων*, η ομάδα των *έσω σφαγιτιδικών γαγγλίων*, η ομάδα των *διατραχειοβροχικών*, τα γάγγλια του χώρου του *Portal*, τα γάγγλια της καρδιάς του στομάχου και η αλυσος κατά μήκος της *αριστερήσγαστρικής αρτηρίας*. Το λεμφικό σύστημα του οισοφάγου συνέρχεται με τα υποκλείδια λεμφογάγγλια (γάγγλιο του Troisier στον αριστερό υποκλείδιο βόθρο) με την παρεμβολή της αλυσίδας των παλίνδρομών λαρυγγικών νεύρων και της πλάγιας τραχηλικής.



Εικ.7 λεμφαγγεία οισοφάγου

### 1.3.3 ΝΕΥΡΩΣΗ

Το τοίχωμα του οισοφάγου νευρώνεται από παρασυμπαθητικές και συμπαθητικές ίνες. Οι παρασυμπαθητικές ίνες ρυθμίζουν τον περισταλτισμό μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου. Οι πυρήνες του πνευμονογαστρικού βρίσκονται στον προμήκη. Ο μεικτός πυρήνας ελέγχει τους γραμμωτούς, ενώ ο ραχιαίος κινητικός πυρήνας τους λείους μυς. Οι μεταγαγγλιακές ίνες του πνευμονογαστρικού καταλήγουν άμεσα στην τελική κινητική πλάκα του γραμμωτού μυός του ανώτερου οισοφάγου, ενώ οι προγαγγλιακές ίνες, που φέρονται στα απαγωγά νεύρα, στον λείο μυ του κάτω οισοφάγου, απολήγουν σε νευρώνες εντός του μυεντερικού πλέγματος ( του Auerbach), που βρίσκονται μεταξύ της κυκλοτερούς και των επιμήκων μυϊκών στιβάδων. Ένα άλλο αισθητικό δίκτυο νευρώνων, το πλέγμα του Meissner, βρίσκεται εντός του υποβλεννογονίου χιτώνα, και είναι η θέση γένεσης των απαγωγών ώσεων από το τοίχωμα του οισοφάγου. Αυτές μεταβιβάζονται στον ΚΝΣ μέσω τόσο των παρασυμπαθητικών ινών του πνευμονογαστρικού, όσο και των θωρακικών συμπαθητικών νεύρων.

([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

### 1.3.4 ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

Στο αναπτυσσόμενο έμβρυο, ο στοματοφάρυγγας και ο οισοφάγος, καθώς και ο λάρυγγας, η τραχεία, οι βρόγχοι και οι πνεύμονες από το αναπνευστικό δέντρο αναπτύσσονται από έναν κοινό σωλήνα, αποτελούμενος από ενδόδερμα, αναπτύσσει ένα εκκόλπωμα στην κοιλιακή του επιφάνεια που έχει ως προορισμό τη δημιουργία του επιθήλιου και των αδένων του αναπνευστικού δέντρου. Αυτό το εκκόλπωμα στη συνέχεια επιμηκύνει, περιβάλλεται από σπλαχνικό μεσέγχυμα (μελλοντικός χόνδρος, συνδετικός ιστός και λείος μυς) και προεκβάλλει για να δημιουργηθεί ο πρωτογενής αναπνευστικός σωλήνας. Συγχρόνως, ο αυλός του οπίσθιου σωλήνα, το πρωτογενές οπίσθιο έντερο, γεμίζει με πολλαπλασιαζόμενο επιθήλιο (πολύστοιβο κυλινδρικό). Από την 10<sup>η</sup> εβδομάδα, εμφανίζονται κενोटόπια, που στη συνέχεια συνενούνται εντός του πρωτογενούς οπίσθιου εντέρου και επανεμφανίζεται ο αυλός. Από την 16<sup>η</sup> εβδομάδα, το κυλινδρικό επιθήλιο επικαλύπτει το οπίσθιο έντερο και ο μελλοντικός οισοφάγος αντικαθίσταται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, μια διαδικασία που ολοκληρώνεται μετά τη γέννηση. ([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

## 1.2 Φυσιολογία οισοφάγου

### 1.2.1 Η οισοφαγική φάση

Η οισοφαγική φάση της κατάποσης ελέγχεται κυρίως από το κέντρο κατάποσης. Αμέσως μόλις ο βλωμός τροφής διέλθει από τον άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα, αυτός συσφίγγεται αντανακλαστικά.

Τότε, κάτω από τον άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα αρχίζει ένα περισταλτικό κύμα, που διατρέχει όλον τον οισοφάγο σε λιγότερο από 10 sec . Το αρχικό περισταλτικό κύμα, που ονομάζεται **πρωτογενής περίσταλη**, ελέγχεται από το κέντρο κατάποσης. Το περισταλτικό κύμα κινείται κατά μήκος του οισοφάγου με ταχύτητα 3 έως 5 cm/sec.

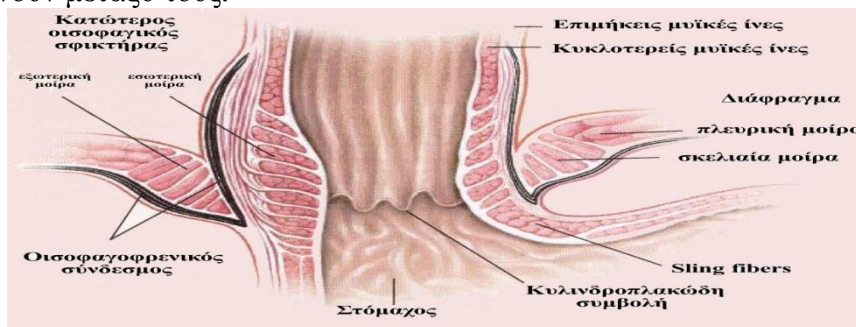
Εάν η πρωτογενής περίσταλη είναι ανεπαρκής για να εκκενώσει τον οισοφάγο από την τροφή, μια διάταση του οισοφάγου προκαλεί ένα νέο περισταλτικό κύμα, που λέγεται **δευτερογενής περίσταλη** και το οποίο αρχίζει πάνω από το σημείο διάτασης και κινείται προς τα κάτω. Η οισοφαγική περίσταλη ρυθμίζεται από οισοφαγικές αισθητικές ίνες προς το κεντρικό και το εντερικό νευρικό σύστημα. (Γ. Π. Κέκος, 2008).

### 1.2.2 Λειτουργία του οισοφάγου

Μετά την κατάποση της τροφής, ο οισοφάγος λειτουργεί σαν ένας σωλήνας για την κίνηση της τροφής από τον φάρυγγα στον στόμαχο. Στο άνω τριτημόριο του οισοφάγου, τα μυϊκά κύτταρα τόσο της εσωτερικής κυκλοτερούς όσο και της εξωτερικής διαμήκους στιβάδας είναι γραμμωτά. Στο κάτω τριτημόριο, οι μυϊκές στιβάδες αποτελούνται αποκλειστικά από λεία μυϊκά κύτταρα. Στο μέσο τριτημόριο συνυπάρχουν σκελετικοί και λείοι μύες, σχηματίζοντας μια βαθμίδωση από αποκλειστικά σκελετικούς επάνω και αποκλειστικά λείους κάτω.

Ο οισοφαγικός μυϊκός χιτώνας, γραμμωτός και λείος, νευρώνεται κυρίως από κλάδους του πνευμονογαστρικού νεύρου.

Οι σωματικές κινητικές ίνες του πνευμονογαστρικού σχηματίζουν κινητικές τελικές πλάκες στις γραμμωτές μυϊκές ίνες. Οι σπλαγγινικές κινητικές ίνες είναι προγαγγλιακές παρασυμπαθητικές ίνες οι οποίες συνάπτονται κυρίως με τα νευρικά κύτταρα του μεντερικού πλέγματος. Τα λεία μυϊκά κύτταρα του οισοφάγου νευρώνονται απευθείας από νευρώνες του μεντερικού πλέγματος, οι οποίοι επικοινωνούν μεταξύ τους.



Εικ.1 μυϊκές ίνες οισοφάγου

Ο άνω οισοφαγικός σφιγκτήρας (ΑΟΣ) και ο κάτω οισοφαγικός σφιγκτήρας (ΚΟΣ) αποτρέπουν την είσοδο αέρα και γαστρικού περιεχομένου, αντίστοιχα, στον οισοφάγο. Ο ΚΟΣ ανοίγει όταν αρχίζει μια οισοφαγική περίσταλη.

Το άνοιγμα του ΚΟΣ επιτυγχάνεται με τη μεσολάβηση ώσεων από κλάδους του πνευμονογαστρικού νεύρου. Εάν δεν υπάρχει οισοφαγική περίσταλη, ο σφιγκτήρας παραμένει ερμητικά κλειστός για να αποτρέπεται η αναγωγή του γαστρικού περιεχομένου, το οποίο θα προκαλούσε οισοφαγίτιδα και αίσθηση στομαχικού καύσου.

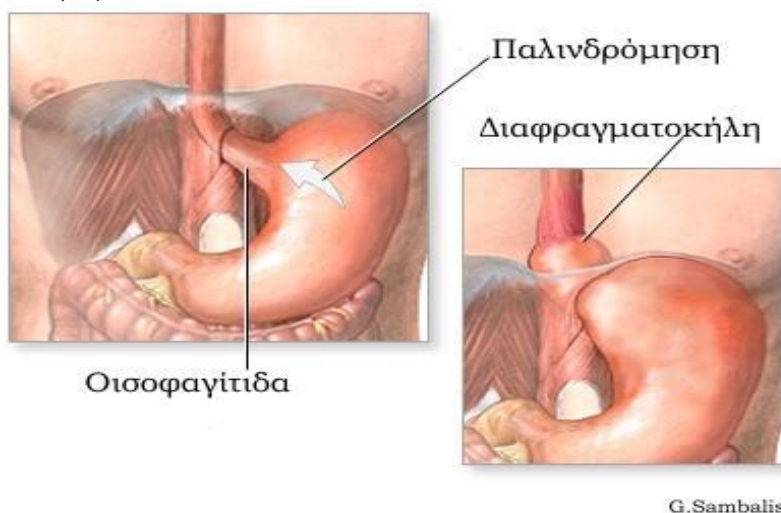
Η **αναγωγή** είναι ιδιαίτερος προβληματική, διότι η πίεση στην θωρακική μοίρα του οισοφάγου πλησιάζει την ενδοθωρακική πίεση, η οποία είναι σχεδόν πάντοτε μικρότερη από την ενδοκοιλιακή πίεση. Η διαφορά μεταξύ ενδοκοιλιακής και ενδοθωρακικής πίεσης αυξάνεται κατά τη διάρκεια κάθε εισπνοής. Η αναγωγή του γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο εμποδίζεται από τον ΚΟΣ. (Γ.Π. Κέκος,2008).

### 1.2.3 Ο κάτω οισοφαγικός σφιγκτήρας

**-Έλεγχος του τόνου του ΚΟΣ.** Η πίεση ηρεμίας στον ΚΟΣ είναι 30 περίπου mm Hg. Η τονική σύσπαση των κυκλοτερών μυϊκών ινών του σφιγκτήρα ρυθμίζεται από νεύρα, τόσο ενδογενή όσο και εξωγενή, καθώς και από ορμόνες και νευρορρυθμιστές. Ένα σημαντικό ποσοστό του βασικού τόνου σε αυτόν τον σφιγκτήρα επιτυγχάνεται με τη μεσολάβηση των πνευμονογαστρικών χολινεργικών νεύρων. Η διέγερση των συμπαθητικών νεύρων στον σφιγκτήρα προκαλεί επίσης σύσπαση του ΚΟΣ.

**-Χάλαση του ΚΟΣ.** Η εξωγενής και ενδογενής νεύρωση του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα είναι και διεγερτική και ανασταλτική. Το σημαντικότερο συστατικό της χάλασης του σφιγκτήρα που γίνεται ως απόκριση στην πρωτογενή περίσταλη στον οισοφάγο επιτυγχάνεται με τη μεσολάβηση ανασταλτικών πνευμονογαστρικών ινών στις κυκλοτερείς μυϊκές ίνες του ΚΟΣ. Επιπροσθέτως, επειδή τα σκέλη του διαφράγματος περιελίσσονται γύρω από τον οισοφάγο στο επίπεδο του ΚΟΣ, η σύσπαση του διαφράγματος κατά την εισπνοή υποβοηθεί την αύξηση της πίεσης του ΚΟΣ.

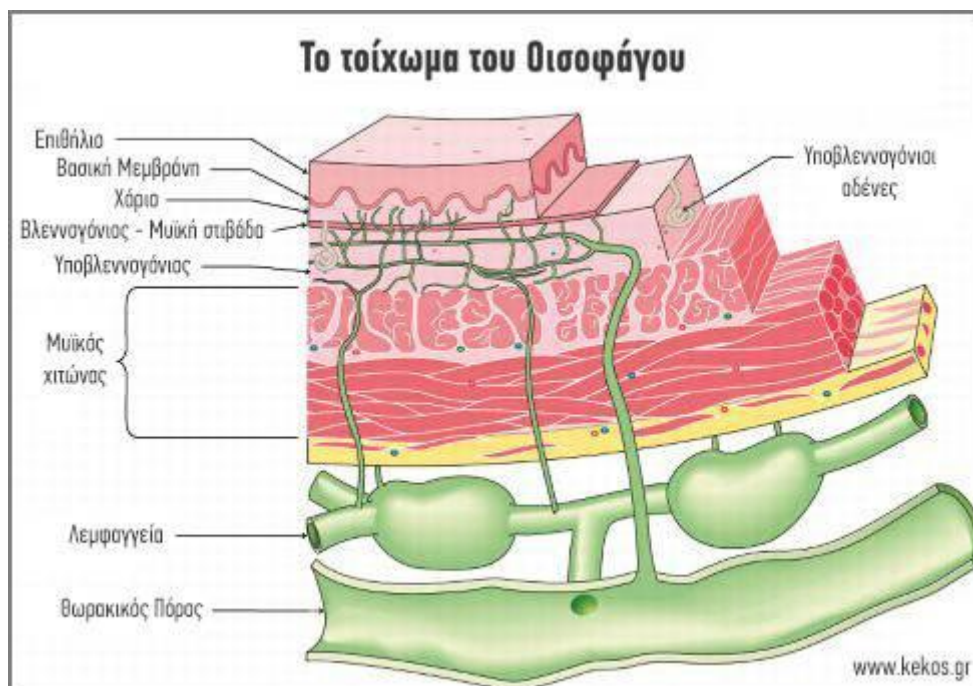
Σε άτομα που εμφανίζουν αδυναμία του διαφράγματος και ιδίως σε εκείνα που έχουν **διαφραγματοκήλη** εμφανίζεται τάση προς οισοφαγίτιδα, οφειλόμενη σε αύξηση των αναγωγών.



Εικ.2 διαφραγματοκήλη που προκαλεί παλινδρόμηση

Σε μερικά άτομα, ο σφιγκτήρας δεν είναι εις θέσιν να χαλαρώσει αρκετά κατά τη διάρκεια της κατάποσης, ώστε να επιτρέψει την είσοδο της τροφής στον στόμαχο η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως **αχαλασία**.

Η θεραπεία για την αχαλασία μπορεί να περιλαμβάνει μηχανική διαστολή ή χειρουργική εξασθένιση του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα ή θεραπεία με φάρμακα που αναστέλλουν τον τόνο του ΚΟΣ. Τα άτομα με **διάχυτο οισοφαγικό σπασμό** έχουν παρατεταμένη και επώδυνη σύσπαση του κάτω τμήματος του οισοφάγου μετά την κατάποση, αντί του κανονικού οισοφαγικού περισταλτικού κύματος. Σε άτομα με **ανικανότητα του ΚΟΣ**, το γαστρικό υγρό μπορεί να επανέλθει στον κάτω οισοφάγο και να προκαλέσει διάβρωση του οισοφαγικού βλεννογόνου. (Γ.Π. Κέκος,2008).



Εικ.3 Περιγραφή του τοιχώματος και των στοιβάδων του οισοφάγου.

## 1.4 ΣΤΟΜΑΧΟΣ

Ο **στόμαχος** είναι η πιο ανευρυσμένη μοίρα του πεπτικού σωλήνα. Παρεμβάλλεται μεταξύ του οισοφάγου προς τα πάνω (οισοφαγικό στόμιο ή καρδία) και του λεπτού εντέρου προς τα κάτω (πυλωρικό στόμιο ή πυλωρός = φρουρός).

Έχει χωρητικότητα 0,5-2,5 λίτρα.

**Χρησιμεύει** για την αποθήκευση, ανάμειξη και πέψη της τροφής, που γίνεται με το έκκριμα των αδένων του (το γαστρικό υγρό, που περιέχει πρωτεϊνολυτικά ένζυμα – πεψινογόνο – υδροχλωρικό οξύ και βλέννα ή βλεννίνη), σχηματισμό χυμού, που με τις περισταλτικές κινήσεις βαθμιαία αποδίδεται στο λεπτό έντερο. Στο στόμαχο, απορροφώνται ελάχιστες ουσίες όπως οινόπνευμα και φάρμακα.

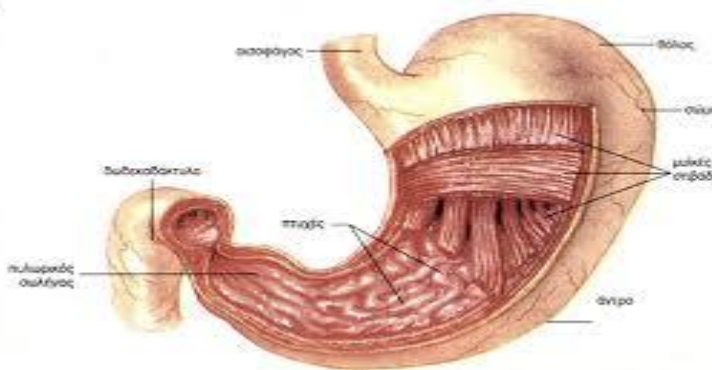
### 1.4.1 ΘΕΣΗ – ΣΧΗΜΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ανήκει στα όργανα της άνω κοιλίας, βρίσκεται στο αριστερό υποχόνδριο, στο κυρίως επιγάστριο, στην πρόσθια εξωτερική επιφάνεια του σώματος. Η θέση και το σχήμα του στομάχου ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, καθώς και το ίδιο άτομο, εξαρτώμενα από πολλούς παράγοντες όπως:

**I. Ο τόνος του στομάχου**, βάσει του οποίου διακρίνεται:

- α) Ορθοτονικός στόμαχος (σχήμα αγκίστρου ή J)
- β) υπερτονικός στόμαχος (σχήμα κέρατος βοδιού – εγκάρσια θέση)
- γ) υποτονικός στόμαχος (εξαιρετικά επιμήκης, φέρεται όλος αριστερά από τη μέση γραμμή).

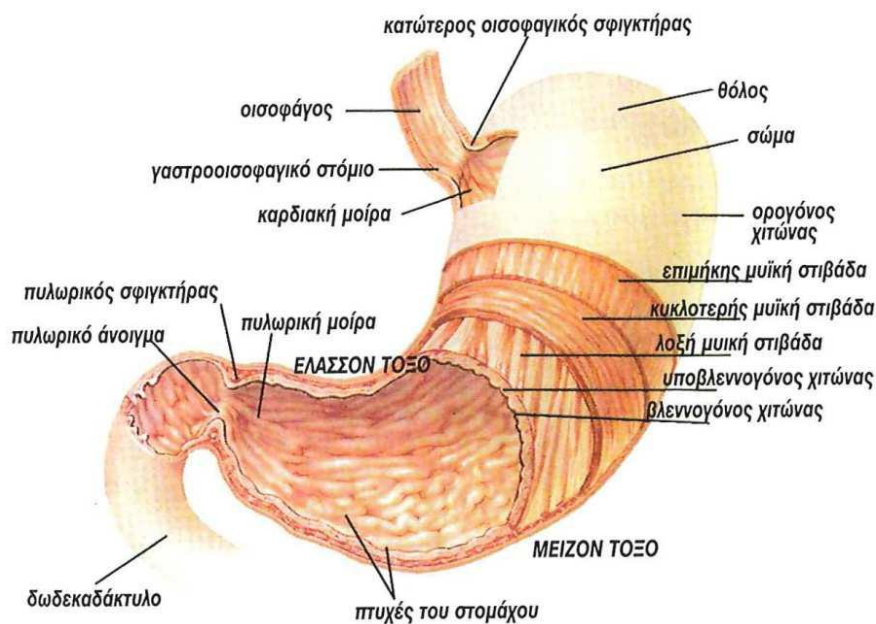
**II. Άλλοι παράγοντες** είναι: Ο βαθμός πληρότητας, η στάση του σώματος (π.χ. σε ύπτια θέση καταλαμβάνει κύρια το αριστερό άνω τεταρτημόριο, ενώ σε όρθια μετακινείται προς τα κάτω 1-16 εκ.), οι αναπνευστικές κινήσεις του διαφράγματος, ο τόνος κοιλιακών μυών, η θέση παρακείμενων οργάνων (εγκύμονα μήτρα, διογκωμένος σπλήνας, κ.λπ.).



**Εικ. 8** στόμαχος  
(www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)

### 1.4.2 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Εμφανίζει από περιγραφική άποψη (καρδία και πυλωρό), δύο επιφάνειες (πρόσθια και οπίσθια), δύο χείλη (άνω – έσω χείλος ή έλασσον τόξο και κάτω – έξω χείλος ή μείζον τόξο) που χωρίζουν τις δύο επιφάνειες.



**Εικ.9** ανατομία του στομάχου

- **το οισοφαγικό στόμιο (καρδία)**, με το οποίο ο στόμαχος επικοινωνεί με τον οισοφάγο, αντιστοιχεί εσωτερικά στην οδοντωτή γραμμή, εξωτερικά στην καρδιακή εντομή, που χωρίζει τον οισοφάγο από το θόλο του στομάχου. Στην εντομή αντιστοιχεί εσωτερικά η καρδιακή πτυχή ή βαλβίδα.

- **το πυλωρικό στόμιο (πυλωρός)**, με το οποίο ο στόμαχος επικοινωνεί με το δωδεκαδάκτυλο αφορίζεται εξωτερικά από κυκλωτερή αύλακα την πυλωρική, εσωτερικά από ένα κυκλωτερές έπαρμα βλεννογόνου την πυλωρική βαλβίδα, που έχει

σαν υπόθεμα μια πάχυνση της κυκλοτερούς μυϊκής στιβάδας, τον σφιγκτήρα του πυλωρού.

- **το ελάσσον τόξο**, εκτείνεται από την καρδιά μέχρι τον πυλωρό και περιγράφει τόξο, του οποίου το βαθύτερο μέρος σχηματίζει τη γωνιαία εντομή. Κατά μήκος του προσφύεται πτυχή περιτοναίου το ελάσσον επίπλουν.

- **το μείζον τόξο**, εκτείνεται από τον πυθμένα της καρδιακής εντομής ως τον πυλωρό και είναι επιμηκέστερο του προηγούμενου. Κατά μήκος του προσφύεται πτυχή περιτοναίου το μείζον επίπλουν. (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

### 1.4.3 ΜΕΡΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Με τη γωνιαία εντομή ο στόμαχος χωρίζεται σε δύο μέρη:

- α) **τον ιδίως στόμαχο** (=πεπτήρια μοίρα). Φέρεται σχεδόν κάθετα και αριστερά από τη σπονδυλική στήλη και υποδιαιρείται σε ένα ανώτερο μέρος που λέγεται θόλος ή πυθμένας και το υπόλοιπο που λέγεται σώμα και αποτελεί τα 3/4 του στομάχου. Ο θόλος γεμίζει συνήθως με αέρα που καταπίνουμε με τις τροφές (γαστρική φυσαλίδα ή αεροθάλαμος).

- β) **πυλωρικό στόμαχο** (=εξωστήρια μοίρα). Φέρεται προς τα άνω, εν μέρει μπροστά και εν μέρει δεξιά της σπονδυλικής στήλης και υποδιαιρείται στο πυλωρικό άντρο (τελευταίο τρίτημόριο) και τον πυλωρικό σωλήνα (1-1,5 cm).

### 1.4.4 ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στόμαχος στηρίζεται:

- α) Από τα δύο άκρα του δηλ. κοιλιακή μοίρα οισοφάγου και κατιούσα μοίρα δωδεκαδακτύλου.

- β) Από παρακείμενα όργανα

- γ) Από περιτόναιο

- δ) Από συνδέσμους, που σχηματίζονται από πτυχές περιτοναίου και είναι:

- **το έλασσον επίπλουν**, που εκτείνεται από τις πύλες του ήπατος μέχρι το έλασσον τόξο του στομάχου. Η μεγαλύτερη μοίρα αυτού, που προσφύεται στο έλασσον τόξο λέγεται ηπατογαστρικός σύνδεσμος, ενώ η δεξιά μικρότερη ονομάζεται ηπατοδωδεκαδακτυλικός σύνδεσμος, μέσα στον οποίο πορεύεται αριστερά η ηπατική αρτηρία, μέσον και πίσω η πυλαία φλέβα, δεξιά ο χοληδόχος πόρος.

- **το μείζον επίπλουν**, αρχίζει από το μείζον τόξο του στομάχου, κρεμιέται ελεύθερα προς τα κάτω και σκεπάζει τα έντερα. Είναι λεπτή πτυχή περιτοναίου, που



περιέχει λίπος και κύρια τις γαλακτοειδείς κηλίδες που χρησιμεύουν για την άμυνα του οργανισμού, καθώς μετακινούμενο περιβάλλει τα σπλάχνα που φλεγμαίνουν, παρεμποδίζοντας έτσι επέκταση της φλεγμονής μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Το τμήμα του που εκτείνεται μεταξύ μείζονος τόξου και εγκάρσιου κόλου, ονομάζεται γαστροκολικός σύνδεσμος.

- **Ο γαστροφρενικός σύνδεσμος.** Εκτείνεται μεταξύ θόλου στομάχου και διαφράγματος.
- **Ο γαστροσπληνικός σύνδεσμος.** Συνδέει θόλο στομάχου με πύλες σπληνός. Ανάμεσα στα πέταλά του πορεύονται η αριστερή γαστροεπιπλοϊκή και οι βραχείες γαστρικές αρτηρίες του στομάχου. ( [www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

#### 1.4.5 ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η εσωτερική του επιφάνεια εμφανίζει:

**α) πτυχές βλεννογόνου,** που οι περισσότερες εξαφανίζονται κατά την πλήρωσή του, μερικές όμως (2-4) είναι μόνιμες, φέρονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου και αφορίζουν αύλακες (=γαστρική οδός κατά Waldeyer ή σιαλοφόρος οδός κατά Γ. Σκλαβούνο). Κατά μήκος της οδού αυτής τα υγρά σιτία φέρονται κατ' ευθείαν στο 12Δ.

**β) Ολικές πτυχές,** που σχηματίζονται από πτύχωση όλων των χιτώνων του στομάχου.

**γ) Γαστρικές άλω,** δηλ. τετράγωνα ή εξάγωνα επάρματα βλεννογόνων που σχηματίζονται από συσσώρευση αδένων. Στην ελεύθερη επιφάνεια αυτών των επαρμάτων εκβάλλουν χωνοειδείς καταδύσεις βλεννογόνου τα **γαστρικά βοθρία**, στον πυθμένα, των οποίων εκβάλλουν οι αδένες του στομάχου. ([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

#### 1.4.6 ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

**α) Ο θόλος** έρχεται σε σχέση με τον αριστερό θόλο του διαφράγματος και έμμεσα με τον αριστερό πνεύμονα. Γι' αυτό σε υπερπλήρωση του στομάχου και αεροφαγία παρατηρούνται κυκλοφορικές και αναπνευστικές διαταραχές.

**β) Το μείζον τόξο** έρχεται σε σχέση με το εγκάρσιο κόλο, με το οποίο συνάπτεται με τον γαστροκολικό σύνδεσμο.

**γ) Η πρόσθια επιφάνεια,** δεξιά καλύπτονται από το ήπαρ, αριστερά βρίσκεται πίσω από 6<sup>ο</sup>-9<sup>ο</sup> πλευρικό χόνδρο, από τους οποίους χωρίζεται με το διάφραγμα, τον πνεύμονα και τον υπεζωκότα.

**δ) Η οπίσθια επιφάνεια** έρχεται σε σχέση με το πάγκρεας, τα σπληνικά αγγεία, αρ. νεφρό, αρ. επινεφρίδιο, σπλήνα, αριστερή κοιλική καμπή, άνω επιφάνεια εγκάρσιου μεσόκολου, πυλαία φλέβα.

Από όλα αυτά τα όργανα ο στομάχος χωρίζεται με σχισμοειδή κοιλότητα που αφορίζεται από περιτόναιο και λέγεται επιπλοϊκός θύλακος.

#### 1.4.7 ΥΦΗ - ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες, οι οποίοι από έξω προς τα μέσα είναι:

**α) Ορογόνο χιτώνας.** Προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου και περιβάλλει το στομάχο από παντού. Λείπει μόνο κατά μήκος της πρόσφυσης του ελάσσονος και μείζονος επίπλου, όπου πορεύονται τα αγγεία του στομάχου.

**β) Μυϊκός χιτώνας.** Αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και εμφανίζει τρεις στιβάδες έξω (επιμήκη), μέση (κυκλοτερή), έσω (λοξή).

Οι δύο πρώτες αποτελούν συνέχεια των ομώνυμων στιβάδων του οισοφάγου και συνεχίζονται στο μυϊκό χιτώνα του εντέρου.

Η κυκλοτερής στιβάδα αντίστοιχα προς τον πυλωρό παχύνεται και σχηματίζει τον σφιγκτήρα του πυλωρού.

Ο μυϊκός χιτώνας θόλου και σώματος κάνει ελαφρές τονικές συστολές, ενώ αντίστοιχα προς τον πυλωρικό στομάχο κάνει ισχυρές περισταλτικές κινήσεις με τις οποίες το περιεχόμενο του στομάχου πηγαίνει περιοδικά προς το 12Δ.

**γ) Υποβλεννογόνιος,** που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό.

**δ) Βλεννογόνο χιτώνας,** που αποτελείται από:

- **Επιθήλιο,** μονόστιβο κυλινδρικό, που παράγει βλέννη.
- **Χόριο,** που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και περιέχει πλασματοκύτταρα, λεμφοκύτταρα, ηωσινόφιλα, ιστιοκύτταρα
- **Αδένες,** που παράγουν το γαστρικό υγρό και από βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα που χωρίζει το βλεννογόνο από τον υποβλεννογόνο. Είναι διαφορετικοί (οι γαστρικοί αδένες) στην καρδιακή μοίρα, το θόλο, το σώμα, πυλωρική μοίρα στομάχου. Έτσι διακρίνονται σε:

**α) Ιδίως γαστρικούς (ή θόλου – σώματος),** που είναι απλοί, διακλαδιζόμενοι σωληνοειδείς σχηματισμοί σε πυκνή – παράλληλη διάταξη.

**β) πυλωρικούς,** που βρίσκονται στο άντρο του στομάχου, παράγουν βλέννη και G-κύτταρα που παράγουν γαστρίνη.

### γ) Καρδιακούς

Σπουδαιότεροι είναι οι ιδίως γαστρικοί που παρουσιάζουν τρία είδη κυττάρων:

**α) Τα επικουρικά ή καλυκοειδή ή βλεννογόνα, ή λαγηνοειδή** που παράγουν ουδέτερη βλέννη, που προστατεύει το γαστρικό επιθήλιο από την αυτοπεψία. Η προστατευτική δράση παύει μετά θάνατον και είναι πολυπληθέστερα στο θόλο και το άντρο στομάχου.

**β) Τα θεμέλια ή κύρια ή ζυμογόνα ή πεψινογόνα ή πεπτικά (Chief Cells),** τα οποία παράγουν το προστάδιο της πεψίνης, το πεψινογόνο και βρίσκονται στον πυθμένα των γαστρικών βοθρίων.

**γ) Τα καλυπτήρια ή τοιχωματικά ή οξυντικά ή οξεογόνα ή οξινογόνα (Parietal cells),** τα οποία παράγουν το υδροχλωρικό οξύ και τον ενδογενή ή αντιαναιμικό παράγοντα. Είναι πιο οξεόφιλα από τα άλλα κύτταρα, περιέχουν πολλά μιτοχόνδρια και ενδοπλασματικές εκκκριτικές δεξαμενές. Είναι πολυπληθέστερα στο σώμα του στομάχου. ([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

## 1.4.8 ΑΓΓΕΙΩΣΗ – ΝΕΥΡΩΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Έχει πλούσιο αγγειακό δίκτυο.

**α) Αιματώνεται από τις αρτηρίες:**

- |                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| • Αριστερή γαστρική        | (κλάδος κοιλιακής αρτηρίας)   |
| • Δεξιά γαστρική           | } (κλάδοι ηπατικής αρτηρίας)  |
| • Δεξιά γαστροεπιπλοϊκή    |                               |
| • Αριστερή γαστροεπιπλοϊκή | } (κλάδοι σπληνικής αρτηρίας) |
| • Βραχείες γαστρικές       |                               |

Όλα αυτά τα αγγεία αναστομώνονται μεταξύ τους.

Η δεξιά και αριστερή γαστρική αρτηρία πορεύονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου, οι γαστροεπιπλοϊκές κατά μήκος του μείζονος τόξου, οι βραχείες γαστρικές διανέμονται στο θόλο του στομάχου.

**β) Φλέβες:** Έχουν παράλληλη πορεία με τις αρτηρίες. Εκβάλλουν στην πυλαία φλέβα και εν μέρει στις κατώτερες οισοφαγικές φλέβες, σπληνική φλέβα, άνω μεσεντέρω φλέβα και είναι:

- αριστερή γαστρική φλέβα
- δεξιά γαστρική φλέβα

- δεξιά γαστροεπιπλοϊκήφλεβα
- αριστερή γαστροεπιπλοϊκή φλέβα
- βραχείες γαστρικές φλέβες

**γ) Λεμφαγγεία:** Συνοδεύουν τις αρτηρίες κατά μήκος του μείζονος και ελάσσονος τόξου. Υπάρχουν τέσσερις μεγάλες περιοχές λεμφικής παροχέτευσης καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί σε συγκεκριμένη περιοχή λεμφαδένων. Παροχετεύουν λέμφο από την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του στομάχου προ τα τόξα. Εκβάλλουν στα γαστρικά, ηπατικά και παγκρεατοσπληνικά λεμφογάγγλια.

**δ) Νεύρα:** Προέρχονται από το συμπαθητικό (κοιλιακό πλέγμα) και το παρασυμπαθητικό (πνευμονογαστρικό, Χ εγκεφαλική συζυγία). Το συμπαθητικό αναστέλλει τις κινήσεις του στομάχου, το παρασυμπαθητικό τις επιταχύνει, όπως και την έκκριση των αδένων.

Αντίθετη είναι η επίδραση των νεύρων αυτών στους σφικτήρες του στομάχου.

Τα νεύρα αυτού ξαπλώνονται κάτω από το περιτόναιο στομάχου, σχηματίζουν το πρόσθιο και οπίσθιο γαστρικό πλέγμα, από τα οποία σχηματίζονται άλλα δύο γαγγλιοφόρα πλέγματα, το μυεντερικό πλέγμα (την Auerbach) που βρίσκεται μέσα στο μυϊκό χιτώνα και το υποβλεννογόνο πλέγμα (του Meissner) που βρίσκεται στον υποβλεννογόνο χιτώνα. Από αυτά το πρώτο ρυθμίζει τις κινήσεις του στομάχου, το δεύτερο την έκκριση των αδένων.

([www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)).

## 1.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Όταν ο στόμαχος είναι κενός, ο τόνος του μυϊκού τοιχώματος διατηρείται σε υψηλή στάθμη, διελαύνεται από ασθενή περισταλτικά κύματα, που αρχίζουν από το καρδιακό στόμιο και καταλήγουν στον πυλωρό.

Πρόκειται για συσπάσεις πείνας που είναι ισχυρές και διαρκούν 2-10 min.

Η έντασή τους αυξάνεται σε **υπογλυκαιμία** που φαίνεται ότι επιδρά στο εγκεφαλικό κέντρο, διεγείροντας τους υπεύθυνους υποθαλαμικούς υποδοχείς, οι οποίοι εκπέμπουν νευρικές ώσεις προς το πνευμονογαστρικό Ν. Έτσι αυξάνεται ο τόνος του, προκαλείται περισταλτισμός του στομάχου και άρα αίσθημα πείνας (κινήσεις πείνας). (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

### 1.5.1 ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΛΗΡΩΣΗ – ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Κατά τη διάρκεια πρόσληψης τροφής, με την κατάποση και διάνοιξη του καρδιακού σφικτήρα, οι ίνες του πνευμονογαστρικού Ν. ερεθίζονται, οι κινήσεις του στομάχου αναστέλλονται, ο τόνος του τοιχώματος μειώνεται, προκαλείται προσωρινή χάλαση της εγγύς μοίρας (θόλος) στομάχου (=χάλαση υποδοχής), με τρόπο που η χωρητικότητά του να αυξάνει χωρίς αύξηση της ενδογαστρικής πίεσης (λόγω υποδοχέων διατάσεων του τοιχώματος του στομάχου που αναστέλλουν τον μυϊκό τόνο των μυών του κοιλιακού τοιχώματος).

Η τροφή που εισέρχεται τελευταία βρίσκεται κοντά στην εκβολή του οισοφάγου, ενώ η προηγούμενη διατάσσεται πλησιέστερα προς το τοίχωμα του στομάχου σε συγκεντρικές στιβάδες δηλ. σε ομόκεντρους κύκλους (στο σώμα και τον πυθμένα).

Αυτό μέχρι το όριο του 1,5 lit με τον ενήλικα, 1 lit για τον έφηβο, 30-40 ml για τα νεογνά.

Ακολουθεί ερεθισμός του γαστρικού τοιχώματος που οδηγεί σε ενεργοποίηση της άπω μοίρας του στομάχου (σώμα-άντρο), συστέλλεται η εγγύς μοίρα, το γαστρικό περιεχόμενο προωθείται στην άπω μοίρα; (=ιδιοδεκτική χάλαση, δηλ. η διάταση μιας περιοχής του γαστρικού σωληνα, προκαλεί μυϊκή χάλαση την αμέσως επομένης) στο άνω όριο της οποίας βρίσκεται μια περιοχή βηματοδότη, από όπου εξαπλώνεται προς τον πυλωρό.

**Κύματα μίξεως**, τα οποία παρουσιάζονται μόλις ο στόμαχος πληρωθεί και διαταθεί με σκοπό τη μίξη της τροφής με γαστρικά υγρά, σχηματισμό χυμού και περιορισμένη μετακίνηση του γαστρικού υγρού προς τον πυλωρό με συχνότητα 1-3 κύματα/min. Χρειάζονται περίπου 20 sec για να πάνε από το θόλο μέχρι τον πυλωρό (=συγχρονισμένη ταχύτητα).

Η αρχική ταχύτητα των σωμάτων μίξεων είναι μικρή (1 cm/sec), αυξάνει καθώς τα σιτία πλησιάζουν στο πυλωρικό άντρο (4 cm/sec) και μετατρέπονται πλέον σε ισχυρά **περισταλτικά κύματα**. (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

Ετσι η τροφή ρευστοποιείται / πολτοποιείται, αναμιγνύεται με το γαστρικό υγρό, τα λίπη γαλακτοποιούνται.

Γενικά ο πυλωρός είναι ανοικτός τον περισσότερο χρόνο, επιτρέποντας την ελεύθερη έξοδο του οπού. Κλείνει ή συστέλλεται τελείως μόνο στο τέλος της συστολής του άντρου, ώστε να κατακρατηθούν οι στερεές ύλες στο σώμα του στομάχου και κατά τη συστολή των 12δακτύλου, ώστε να εμποδιστεί παλινδρόμηση (εδώ η σύγκλιση διεγείρεται από τον όξινο οπό του 12Δάκτυλου) = **παλινδρομη προώθηση**. (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

Άρα με τις κινήσεις του στομάχου εξυπηρετούνται τρεις στόχοι:

α) Αποθήκευση τροφής για όσο χρόνο απαιτείται για να παραληφθεί από το 12δάκτυλο.

β) Ανάμιξη τροφής με το γαστρικό υγρό, ρευστοποίηση ή πολτοποίηση μέχρι το σχηματισμό χυμού.

γ) Βραδεία απόδοση προς το λεπτό έντερο με ρυθμό κατάλληλο, για φυσιολογική πέψη και απορρόφηση.

Ο **χρόνος παραμονής** της τροφής στο στομάχι ποικίλλει, ανάλογα με το ποσό, είδος, όγκο τροφής.<sup>(6)</sup> Ουδέτερα, ισότονα, χωρίς θερμίδες υγρά φεύγουν γρήγορα, σε αντίθεση με λιπαρά, υπέρτονα ή υπότονα στερεά π.χ. για να εγκαταλείψει το στόμαχο το 50% του νερού που εισέρχεται σε αυτό είναι 10-20min. Για στερεές τροφές 1-4h ανάλογα με την ευκολία ρευστοποίησής τους σε μόρια μικρότερα από 1 χιλιοστό και την ένταση περισταλτισμού του στομάχου.

Υπολείμματα στερεών τροφών άπεπτα, μεγαλύτερου μεγέθους κενώνονται από το στομάχι, όταν έχει αποβληθεί όλος ο γαστρικός χυλός δηλ. ανάμεσα στα γεύματα.

Για τα τρία βασική είδη θρεπτικών ουσιών ισχύει: Υδρατάνθρακες> πρωτεΐνες >λίπη. (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

## 1.5.2 ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΚΕΝΩΣΗ

Η ρύθμισή της περιλαμβάνει οδωτικούς και ανασταλτικούς παράγοντες:

**α) Οδωτικοί:** Σχετίζονται με τον τόνο του πνευμονογαστρικού N (δηλ. νευρικά σήματα), γιατί η διέγερση του (από τη γαστρική διάταση), αυξάνει το ρυθμό της γαστρικής κινητικότητας, μειώνει τον τόνο του πυλωρικού σφιγκτήρα, αυξάνει την γαστρική κένωση μέσω υποδοχέων.

**β) Ανασταλτικοί:** Παρατείνουν τη γαστρική κένωση μειώνουν τη γαστρική κινητικότητα, αυξάνουν τον τόνο του πυλωρικού σφιγκτήρα. Πρόκειται για τοπικές ορμόνες (ορμονικός έλεγχος) που παράγονται από το 12δάκτυλο με δράση ειδικών παραγόντων στους αντίστοιχους χημειο-ωσμωτικούς υποδοχείς (=ανατροφοδοτικά σήματα από το 12δάκτυλο). (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

Έτσι παράγεται:

**α) εκκριματίτη** (από το 12δάκτυλο όταν δράσει γαστρικό υγρό)

**β)εντερογαστρονίνη** (από δράση λιπαρών οξέων, τριγλυκεριδίων, φωσφολιπιδίων).

Ανάλογα με την ποσότητα του λίπους, ο χρόνος παραμονής παρατείνεται σε 6h ή περισσότερες, λόγω έκκρισης εντερογαστρονίνης (ορμόνης) που κυκλοφορεί στο αίμα και αναστέλλει κινήσεις, άρα και την κένωση του στομάχου.

**γ) χολοκυστοκινίνηCKK**(από δράση λιπαρών ουσιών, έκκριση από τη νήστιδα).

**δ) γαστρίνη** (εκκρίνεται από βλεννογόνο πυλωρικού άντρου).

**ε) GIP** (GastricInhibitoryPeptide) ή Γ.Α.Π. (Γαστροανασταλτικό πεπτίδιο) που εκκρίνεται από το άνω τμήμα του λεπτού εντέρου.

**στ)** Σε μεγάλη διάσταση του 12δακτύλου, εκλύεται και το **εντερογαστρικό αντανεκλαστικό**, που αποτελεί μηχανισμό αναστολής της γαστρικής κένωσης<sup>(6)</sup> αποσκοπώντας σε έλεγχο της διοχέτευσης του γαστρικού περιεχομένου ώστε πέψη και απομύζηση θρεπτικών ουσιών να γίνονται με ομαλό τρόπο και χωρίς επιβάρυνση του εντέρου και γενικότερα του οργανισμού. (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

Το προκαλούν:

- το όξινο pH (<3,5 – 4) [πολύ όξινες αντιδράσεις].

Σε pH 3,5-4 αποκλείεται η διοχέτευση στο 12δάκτυλο.

- Ερεθισμός νήστιδας, 12δακτύλου
- Παρουσία υπέρτονων, υπότονων υγρών, αυξημένη ωσμωτική πίεση

- Η περιεκτικότητα του χυμού σε προϊόντα διάσπασης πρωτεϊνών (αμινοξέα), θερμίδες.

Το **οινόπνευμα** (π.χ.) επιβραδύνει την κένωση του στομάχου καθώς από το 12δάκτυλο έχουμε πρόκληση του εντερογαστρικού αντανακλαστικού.

(J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

### 1.5.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Περιλαμβάνουν γαστροπάρεση και δυσκινησία που είναι αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης (μερικής γαστρεκτομής ή βαγοτομής) και εξαρτώνται από την αιτία που τις προκαλεί. Κυμαίνονται από γαστρική απόφραξη έως υπερταχεία προώθηση του γαστρικού περιεχομένου (=σύνδρομο dumping ή ταχείας κένωσης στομάχου).

Μετά τη βαθμιαία κένωση του στομάχου ο τόνος του τοιχώματος αυξάνεται με αποτέλεσμα την προσαρμογή της χωρητικότητας του στο μικρότερο περιεχόμενο.

(J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

### 1.5.4 ΓΑΣΤΡΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Σε ολόκληρο το γαστρεντερικό σωλήνα:

(α) **Οι εξωκρινείς αδένες** εκκρίνουν πεπτικά ένζυμα (από στόμα έως τελικό τμήμα ειλεού).

β) **Οι βλεννογόνοι αδένες** (από στόμα έως πρωκτό) παράγουν βλέννη ή βλεννίνη για λίπανση, διολίσθηση και προστασία όλων των τμημάτων του ΓΕΣ, από μηχανικές κακώσεις και βλαπτικές χημικές επιδράσεις, σαν απάντηση στην παρουσία τροφής στη γαστρική οδό.

Τα δε ποσά σε κάθε τμήμα είναι σχεδόν ακριβώς εκείνα που αποκτούνται για τη διεργασία της πέψης.

Στο στομαχικό βλεννογόνο βρίσκονται σε μεγάλους αριθμούς βαθείς σωληνοειδείς αδένες:

**α) γαστρικοί ή οξυνογόνοι** (στην εσωτερική επιφάνεια σώματος και πυθμένα στομάχου, αποτελώντας το 80% αυτού) από τους οποίους εκκρίνεται **υδροχλωρικό οξύ (HCl)** και το **πρωτεϊνολυτικό ένζυμο πεψινογόνο**, το οποίο με την επίδραση του πρώτου, σε pH 1,5-2 μετατρέπεται σε **πεψίνη** με τη δράση της οποίας διαλύεται ο συνδετικός ιστός των σιτιών, απελευθερώνεται το λίπος. Παράγονται επίσης και άλλες δραστικές ουσίες που ρυθμίζουν ιδιαίτερα τις εκκριτικές και ίσως τις κινητικές λειτουργίες του στομάχου.



Τέλος, παράγεται ο **ενδογενής ή αιτιαναιμικός παράγοντας** που συντελεί στην απορρόφηση της βιταμίνης B12.

**β) πυλωρικοί** που εκκρίνουν κατά κύριο λόγο βλέννα για την προστασία του βλεννογόνου του πυλωρικού άντρου, λίγο **πεψινογόνο** και κύρια την ορμόνη **γαστρίνη**. (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

### 1.5.5 ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΥΓΡΟ

Φυσιολογικά τα κύτταρα του στομάχου εκκρίνουν στον αυλό του καθημερινά 2-3lt γαστρικού υγρού (σε παθολογικές καταστάσεις – σύνδρομο Zollinger – Ellison / αδένωμα παγκρέατος – φθάνει και τα 8 lt). Ο όγκος του γαστρικού υγρού που εκκρίνεται σε φυσιολογικό νηστικό άτομο είναι 100-1500ml/ημέρα.

**Τα κύρια συστατικά του γαστρικού υγρού** είναι:

**α) Νερό.** Μεταφέρεται παθητικά από το πλάσμα και τον εξωκυττάριο χώρο στα καλυπτήρια κύτταρα και από αυτά διαχέεται στη γαστρική κοιλότητα.

**β) Ηλεκτρολύτες.** Κύρια ιόντα  $H^+$ ,  $Cl^-$ ,  $K^+$ ,  $Na^+$ ,  $Ca^{++}$ , (από την ένωση ιόντων  $H^+$  και  $Cl^-$  προκύπτει το  $HCl$  απαραίτητο για την πέψη των πρωτεϊνών και την ενεργοποίηση της πεψίνης).

**γ) Πεψίνη.** Αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα, δραστικότερα πρωτεολυτικά ένζυμα, σχηματίζεται στα θεμέλια κύτταρα θόλου και πυθμένα στομάχου, από την πρόδρομη (ή ανενεργό μορφή) ουσία πεψινογόνο (=προένζυμο ή ζυμογόνο) σε pH 1,8-4 (\*σε pH>5 είναι ελάχιστη η πρωτεολυτική δραστηριότητα).

Υπάρχουν τα πεψινογόνα I, II, III που όταν έλθουν σε επαφή με το υδροχλωρικό οξύ μετασχηματίζονται/ ενεργοποιούνται στις αντίστοιχες πεψίνες I, II, III. Ερέθισμα για παραγωγή πεψινογόνου είναι η ακετυλοχολίνη (εκκρίνεται στις απολήξεις του πνευμονογαστρικού N) και η εκκριματίνη του 12δακτύλου.

Η πεψίνη δρα σε πολύ όξινο περιβάλλον, υδρολύει πεπτιδικούς δεσμούς πρωτεϊνών και σχηματίζει πεπτίδια με μικρότερο μοριακό βάρος (πολυεπιπίδια και αμινοξέα).

**δ) Άλλα ένζυμα** όπως:

- Γαστρική λίπαση (πέψη λίπους γάλακτος).
- Γαστρική αμυλάση (πέψη αμύλου)
- Γελατινάση (ρευστοποίηση πρωτεϊνών κρέατος).

Εκκρίνονται σε μικρές ποσότητες και εμφανίζουν περιορισμένη δράση.

**ε)Βλέννη.** Αποτελείται από πρωτεΐνες, γλυκοπρωτεΐνες, βλεννοπολυσακχαρίτες, αντιγόνα ομάδων αίματος.

Εκκρίνεται και στην ελάχιστη ακόμη επαφή του βλεννογόνου με τροφή, από τους πυλωρικούς, καρδιακούς και βλεννώδεις μονοκύτταρους αδένες του στομάχου από τα βλεννογόνα – λαγνοειδή κύτταρα.

Αποτελεί παχύρρευστο αλκαλικό μείγμα πάχους  $\approx 1$  mm που καλύπτει σε συνεχή στιβάδα όλο το τοίχωμα του στομάχου εσωτερικά και το προστατεύει από την αυτοπεψία και οποιονδήποτε χημικό ή μηχανικό (π.χ. αιχμηρό σώμα) ερεθισμό, ενώ συμβάλλει στη λίπανση, και προώθηση του γαστρικού περιεχομένου.

**στ) Ενδογενή παράγοντα.** Είναι βλεννοπρωτεΐνη που παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου, απαραίτητη για την απορρόφηση της βιταμίνης B<sub>12</sub>, από τον τελικό ειλέο (ημερήσια έκκριση 50.000 μονάδες / ημέρα, ποσότητα πολύ μεγαλύτερη από αυτή που απαιτείται για την απορρόφηση της βιταμίνης B<sub>12</sub>, που διεγείρει το μυελό των οστών και έτσι έχουμε ωρίμανση των ερυθρών αιμοσφαιρίων **παράλληλα** με την έκκριση του HCl). Γι' αυτό, όταν τα κύτταρα που παράγουν το HCl έχουν καταστραφεί (χρ. γαστρίτιδα) το άτομο δεν αναπτύσσει μόνο αχλωρυδρία, αλλά και κακοήθη = μεγαλοβλαστική αναιμία.

**ζ) Υδροχλωρικό οξύ.** Εκκρίνεται από την κορυφή των τοιχωματικών κυττάρων στον αυλό, του στομάχου με pH 0,8-1,5 (δηλ. πολύ ισχυρό οξύ), μειώνοντας το pH του στομάχου έως τιμή 1, τιμή που εξουδετερώνεται από το περιεχόμενο του στομάχου μεταξύ 1,8-4. Ρυθμίζεται από το πνευμονογαστρικό N η έκκριση.

Σε φυσιολογικά άτομα μια νηστεία μιας νύκτας, η έκκριση είναι 5mmol/ώρα και ακολουθεί βασικό ημερήσιο ρυθμό και στη διάρκεια της νύκτας. Οι τιμές ποικίλουν πολύ και στο ίδιο άτομο και εξαρτάται από τον αριθμό των κυττάρων.

Σε ορισμένα άτομα ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος ή μεγαλύτερος του φυσιολογικού (π.χ. σε κακοήθη αναιμία, υποχλωρυδρία, υπερχλωρυδρία, αχλωρυδρία). (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

**Συμβάλλει** στην ενεργοποίηση πρωτεολυτικών ενζύμων και ασκεί αντισηπτική ενέργεια (δηλ. έχει μικροβιοκτόνο δράση) λόγω της τιμής pH.

Η βασική έκκριση **μειώνεται**, μετά από βαγοτομή ή αντρεκτομή, ενώ κυριότερος φυσιολογικός παράγων **διέγερσης** είναι η λήψη γεύματος.

Ενδογενώς τρεις **ουσίες διεγείρουν** την έκκριση

- ακετυλοχολίνη

- γαστρίνη (G-cells)
- ισταμίνη

Πιστεύεται ότι καθεμία από αυτές τις ουσίες αυξάνει τη δραστηριότητα των άλλων.<sup>(10)</sup> Ανασταλτικό παράγοντα αποτελούν οι προσταγλαδίνες.

Ο γαστρικός βλεννογόνος προστατεύεται από τις εκκρίσεις του και διάφορες τοξικές επιδράσεις με τον καλούμενο «βλενογονικό φραγμό»

**Παράγοντες – μηχανισμοί που προστατεύουν την ακεραιότητα είναι:**

- -Η αναγεννητική ικανότητα του επιθηλίου
- -Η ικανότητα να διατηρεί ένα παχύ στρώμα βλέννης στην επιφάνεια
- -Η παρουσία προσταγλαδινών
- -Η παρουσία παραγόντων «ανάπτυξης επιδερμίδας»

Τέλος, κατά την έκκριση του HCl προς τον γαστρεντερικό αυλό συμβαίνει ταυτόχρονα έκκριση διττανθρακικών από τη βασική επιφάνεια του τοιχωματικού κυττάρου, στην κυκλοφορία αποτελώντας και την τελική γραμμή άμυνας έναντι βλάβης του βλεννογόνου από το HCl .

**Η κλινική σημασία ρύθμισης της έκκρισης HCl** αποδεικνύεται στην παθογένεια και θεραπεία του πεπτικού έλκους, όπου παροξυσμοί εμφανίζονται συχνά μετά λήψη φαρμάκων που αναστέλλουν τη σύνθεση των προσταγλαδινών (ΜΣΑΦ, ακετυλοσαλικυλικό οξύ) και διεγείρουν την έκκριση HCl.

Η χρόνια λοίμωξη με *Helicobacter pylori* διαδραματίζει βασικό ρόλο στην εξασθένιση των μηχανισμών άμυνας έναντι της δράσης, του HCl στο γαστρικό βλεννογόνο. (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

### **1.5.6 ΦΑΣΕΙΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ**

#### **α) Κεφαλική φάση ή ψυχική – νευρική**

Αρχίζει πριν ακόμη η τροφή εισέλθει στο στομάχι καθώς διάφορα ερεθίσματα που δημιουργούνται στη διάρκεια του φαγητού (θέα, γεύση, οσμή τροφής), όπως επίσης η μάσηση και κατάποση εύγευστων τροφών προκαλούν διέγερση ορισμένων αγνώστων ακόμη περιοχών του εγκεφάλου μέσω του πνευμονογαστρικού N. Όσο μεγαλύτερη η όρεξη, τόσο μεγαλύτερη είναι η διέγερση.

Από τις περιοχές αυτές μέσω του πνευμονογαστρικού N διεγείρονται τα τοιχώματα κύτταρα του στομάχου με απελευθέρωση ακετυλοχολίνης που απελευθερώνεται από το πνευμονογαστρικό N, ενεργοποιεί τα τοιχωματικά

κύτταρα, τα γειτονικά κύτταρα H (ισταμίνης), τα κύτταρα G (γαστρίνης). Άρα το πνευμονογαστρικό N ασκεί παρακρινή (ισταμίνη) και ενδογενή (γαστρίνη) επίδραση στην έκκριση γαστρικού υγρού.

Η βαγοτομή, η ατροπίνη (και άλλα αντιχολινεργικά φάρμακα) καταργούν τη φάση αυτή.

Η διάρκεια της είναι 30-60 min και είναι υπεύθυνη για λιγότερο από το 1/5 ( $\approx 30\%$ ) της γαστρικής έκκρισης.

Επιθετικά συναισθήματα προκαλούν αύξηση έκκρισης, ενώ ο φόβος δρα ανασταλτικά. (J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

### **β) Γαστρική φάση (ή τοπική)**

Ενεργοποιείται με την είσοδο της τροφής στον στόμαχο, από μηχανικά και χημικά ερεθίσματα που δρουν εκεί. Η διάταση του στομάχου (μηχανικός ερεθισμός) προκαλεί αύξηση της γαστρικής οξύτητας πιθανόν μέσω πνευμονογαστρικού N τα αμινοξέα και τα πεπτίδια (δηλ. λεύκωμα) (χημικός ερεθισμός) είναι τα μόνα γνωστά προϊόντα πέψης των τροφών που διεγείρουν την έκκριση οξέος από το στομάχι. Οι ουσίες αυτές διεγείρουν την έκκριση γαστρίνης (που κυκλοφορεί στο αίμα επιδρώντας στους γαστρικούς αδένες) και έτσι προκαλείται αύξηση έκκρισης γαστρικού οξέος. Δυνατόν όμως να δρουν και απ' ευθείας στα τοιχωματικά κύτταρα.

Είναι υπεύθυνη για τουλάχιστον τα 2/3 ( $\approx 60\%$ ) της ολικής γαστρικής έκκρισης και άρα για το μεγαλύτερο ποσό ημερησίας γαστρικής έκκρισης ( $\approx 1500\text{mm}$ ).

Η φάση καταργείται με ατροπίνη και άλλες αντιχολινεργικές ουσίες.

### **γ) Εντερική φάση**

Είναι υπεύθυνη για το 10% της έκκρισης. Αρχίζει όταν η τροφή εισέλθει στο 12δακτύλο και συνεχίζει για μερικές ώρες μετά, αφού οι τροφές φύγουν από το στομάχι.

Ο μηχανισμός με τον οποίο γίνεται έκκριση γαστρικού οξέος κατά τη φάση αυτή, είναι αδιευκρίνιστος πιθανόν να γίνεται απελευθέρωση γαστρίνης από τα G-κύτταρα του 12δακτύλου ή απελευθέρωση άλλης ορμόνης που διεγείρει την έκκριση η από διάταση του εντέρου από προϊόντα πέψης.

Από το ανώτερο λεπτό έντερο εκκρίνονται άλλες ορμόνες όπως χολοκυστοκινίνη που ενδεχομένως αναστέλλει την έκκριση γαστρικού οξέος και η πεψίνη και σεκρετίνη που την αναστέλλουν.

Άλλες ουσίες που διεγείρουν τη γαστρική έκκριση είναι:

- Καφεΐνη (προκαλεί ασθενή διέγερση έκκρισης γαστρικού οξέος με άγνωστο μηχανισμό).
- Οινόπνευμα (προκαλεί ελάχιστη, αν όχι καθόλου διέγερση έκκρισης γαστρικού οξέος και απελευθέρωση γαστρίνης).

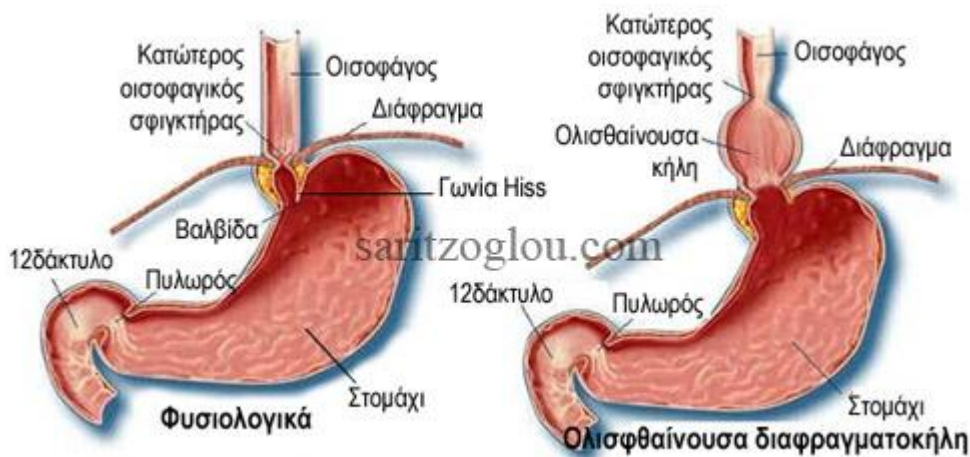
(4) Κατά τη φάση αυτή, εκτός από τα G-κύτταρα που βρίσκονται στο βλεννογόνο του 12δακτύλου διεγείρονται και άλλα νευρο-ενδοκρινικά κύτταρα του βλεννογόνου, που εκκρίνουν το GIP και το αγγειοκινητικό εντερικό πολυπεπτίδιο (VIP) που μέσω της κυκλοφορίας δρουν στο στομάχι και αναστέλλουν την έκκριση του HCl.

- Ασβέστιο (προκαλεί διέγερση έκκρισης γαστρικού οξέος και αύξηση της γαστρίνης ορού).

(J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

### 1.5.7 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ

Αφορούν την παραγωγή HCl, ενδογενή παράγοντα, βλέννης, από το στόμαχο π.χ. αύξηση έκκρισης HCl και μείωση αντίστασης του βλεννογόνου προδιαθέτουν για δημιουργία πεπτικού έλκους.



Εικ.10 απεικόνιση ολισθαίνουσας διαφραγματικής

(J. Bennet, M. Dakkak, 2004).

## 2<sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ

### 2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Είναι ένας τρόπος σκέψης και δράσης ο οποίος βασίζεται στην επιστημονική μεθοδολογία (βήμα προς βήμα διαδικασία)

Η νοσηλευτική διεργασία είναι ένα εργαλείο για τον προσδιορισμό των προβλημάτων των ασθενών και μια οργανωμένη μέθοδο για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, (Ραγιά Α.(2003).

#### 2.1.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

- Συλλογή, οργάνωση, καταγραφή και εγκυρότητα των πληροφοριών που αφορούν την κατάσταση ηλικίας ενός ασθενούς
- Οι πληροφορίες που λαμβάνονται είναι από τον ασθενή, την οικογένεια, το γιατρό, της διαγνωστικές εξετάσεις και από άλλους επαγγελματίες υγείας
- Ο νοσηλευτής παίρνει συνέντευξη από τον ασθενή για να διαπιστώσει τα βασικά προβλήματα του
- Οι πληροφορίες οι οποίες αποκομίζουν προφορικά από τον ασθενή ονομάζεται υποκειμενικά στοιχεία
- Πληροφορίες οι οποίες αποκτώνται από την κλινική εξέταση είναι αντικειμενικά ευρήματα
- Είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς είναι μια συνεχής διαδικασία
- Μετά από την αρχική εκτίμηση του ασθενούς κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο συνεχίστε να συγκεντρώνετε πληροφορίες για τον ασθενή κάθε φορά που έρχεστε σε επαφή μαζί του
- Η μελέτη του διαγράμματος αποτελεί εργαλείο για την αξιολόγηση του ασθενούς που συμβάλλει στη συγκέντρωση πληροφοριών προκειμένου να πάρετε μια ολοκληρωμένη συνέντευξη από έναν ασθενή ή να ετοιμασθείτε επαρκώς για τις εργασίες που τον αφορούν
- Διαβάστε το φύλο εισαγωγής, πληροφορηθείτε για τη φαρμακευτική του αγωγή και διαβάστε το ιατρικό ιστορικό
- Εξετάστε προσεκτικά οποιοδήποτε πρακτικό χειρουργικής επέμβασης και αναλύστε τις ψυχοκοινωνικές πληροφορίες (αν ζει μόνος του, που εργάζεται, μέλη της οικογένειας, κα)
- Ο νοσηλευτής μπορεί επίσης να πάρει πληροφορίες από την κλινική εξέταση που κάνει

(Ραγιά Α.2003).

## 2.1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

### Ορισμός και σκοπός νοσηλευτικής διάγνωσης:

Νοσηλευτική διάγνωση είναι η διατύπωση υπαρκτού ή επικείμενου προβλήματος υγείας συγκεκριμένου αρρώστου, με την αιτιολογία και τα υποστηρικτικά δεδομένα για την ύπαρξή του. (Δ. Δημητρέλης, 2005).

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

- Η Ν.Δ. είναι μια ανεξάρτητη νοσηλευτική λειτουργία. Είναι μία αξιολόγηση των προσωπικών αντιδράσεων του ατόμου στις εμπειρίες της ζωής του, οι οποίες αναπτύχθηκαν από μια κρίση, ασθένεια, ή άλλους στρεσογόνους παράγοντες.
- Η Ν.Δ. είναι η περιγραφή ενός υπαρκτού ή δυνητικά υπαρκτού προβλήματος υγείας, το οποίο οι νοσηλευτές είναι εκπαιδευμένοι να διακρίνουν, να αιτιολογούν κι έχουν τη νομική κατοχύρωση να θεραπεύσουν.
- Η Ν.Δ. είναι η κλινική κρίση για ένα άτομο/ οικογένεια/ κοινότητα η οποία προέρχεται από μια προσεχτική συστηματική διεργασία συλλογής

δεδομένων κι η ανάλυσή τους η οποία μας δίνει και την βάση για ορισμό μιας συγκεκριμένης θεραπείας για την οποία ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος.

- Η Ν.Δ. είναι μια πρόταση η οποία περιγράφει τις ανθρώπινες αντιδράσεις ενός ατόμου/ ομάδας τις οποίες ο νοσηλευτής μπορεί νόμιμα ν' αναγνωρίσει και να παραγγείλει συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την διατήρηση του επιπέδου υγείας ή για τη μείωση ή απομάκρυνση ή πρόληψη των μεταβολών του.

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις διαφέρουν από τις ιατρικές. Μια νοσηλευτική διάγνωση μπορεί να σχετίζεται με ιατρική αλλά είναι ξεχωριστή και διαφορετική. Έχει σχέση με τις αυτόνομες και ανεξάρτητες λειτουργίες των νοσηλευτών στην εκτίμηση και αντιμετώπιση προβλημάτων του αρρώστου μέσα στα όρια των νομικά κατοχυρωμένων νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων και ευθυνών τους. Και οι δύο, και οι γιατροί και οι νοσηλευτές χρειάζονται ακριβώς τους ίδιους τύπους δεξιοτήτων για να κάνουν την διάγνωση, δηλαδή δεξιότητες συνέντευξης, φυσικής αξιολόγησης και παρατήρησης. (Δ. Δημητρέλης, 2005).

### Ποια όμως η διαφορά μεταξύ της νοσηλευτικής και ιατρικής διάγνωσης;

#### Νοσηλευτική διάγνωση

- Περιγράφει τις αντιδράσεις προς την αρρώστια και τα σχετιζόμενα προβλήματα.
- Είναι προσανατολισμένη στη λειτουργικότητα του ατόμου.
- Μεταβάλλεται ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου.
- Κατευθύνει τις ανεξάρτητες νοσηλευτικές ενέργειες: προγραμματισμό, παρέμβαση, αξιολόγηση αποτελεσμάτων.
- Συμπληρώνει την ιατρική διάγνωση.
- Δεν διαθέτει διεθνές σύστημα ταξινόμησης. Παρόμοια συστήματα βρίσκονται σε ανάπτυξη.

#### Ιατρική διάγνωση

- Περιγράφει την αρρώστια.
- Επικεντρώνεται στην παθολογία.
- Παραμένει σταθερή κατά τη διάρκεια της αρρώστιας.
- Κατευθύνει την ιατρική θεραπεία, μέρος της οποίας διεκπεραιώνει ο νοσηλευτής.

- Συμπληρώνει τη νοσηλευτική διάγνωση.
- Έχει αναπτυγμένο σύστημα ταξινόμησης παραδεκτό από το ιατρικό επάγγελμα

Μια καλά διατυπωμένη νοσηλευτική διάγνωση αποτελείται από δύο σκέλη:

- α) Από την διατύπωση του προβλήματος, και
- β) Από την διατύπωση της αιτίας που το προκαλεί.

- Διατύπωση του προβλήματος.

Είναι η περιγραφή των υπαρκτών ή πιθανών προβλημάτων του αρρώστου, όπως π.χ. αντιδράσεις του αρρώστου – φυσικές και συναισθηματικές – ως προς την νόσο και τις παθολογικές της εκδηλώσεις ή οργανικές δυσλειτουργίες που μπορούν να ικανοποιηθούν και να ανακουφισθούν με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

- Διατύπωση της αιτίας.

Είναι η περιγραφή του αιτιολογικού παράγοντα ή των παραγόντων που συντελούν στην δημιουργία του προβλήματος. Η διατύπωση της αιτίας συνδέεται με την διατύπωση του προβλήματος με τις λέξεις « που οφείλεται » ή « που έχει σχέση ». Η διατύπωση της αιτίας είναι πάρα πολύ σπουδαία διότι συνήθως περιέχει νύξεις για τον τύπο των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που χρειάζονται να γίνουν.

(Α. Λαμπρινού - Χ Λεμονίδου ,2004).



### 2.1.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ (ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ)

- Μια σειρά από βήματα μέσω της οποίας ο νοσηλευτής και ο ασθενής θέτουν προτεραιότητες και στόχους προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα που έχουν διαπιστωθεί
- Οι στόχοι διατυπώνονται ως συγκεκριμένα αναμενόμενα αποτελέσματα - αντικειμενικοί σκοποί
- Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βοηθούν τον ασθενή να επιτύχει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα
- Ο προγραμματισμός έχει τρία στάδια: την ιεράρχηση των προβλημάτων, την καταγραφή αντικειμενικών σκοπών και τον καθορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων
- Οι προτεραιότητες στην παροχή φροντίδας καθορίζονται έτσι ώστε ο νοσηλευτής να πραγματοποιήσει πρώτα τις πιο σημαντικές παρεμβάσεις για τα προβλήματα μεγίστης προτεραιότητας του κάθε ασθενούς
- Έπειτα, εφόσον το επιτρέπει ο χρόνος, θα ληφθούν υπόψη προβλήματα μικρότερης προτεραιότητας
- Αυτή η σειρά μπορεί να καθοδηγηθεί από την ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow

(U. C. Wendell,2004)

### 2.1.4 ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ MASLOW

Ικανοποίηση: Όταν όλες οι προηγούμενες ανάγκες ικανοποιηθούν, τότε το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση

Προσωπική αξία: Ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να είναι χρήσιμος, ανεξάρτητος, επαρκής

Κοινωνικότητα: Επιθυμεί την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους

Ασφάλεια: παρουσιάζεται μετά από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών

Οργανικές ανάγκες: Περιλαμβάνονται όλες οι ανάγκες που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου

(U. C. Wendell,2004)

### 2.1.5 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

- Οι στόχοι μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμη (οι οποίοι επιτυγχάνονται μέσα σε επτά με δέκα μέρες) και μακροπρόθεσμη (για την επίτευξη των οποίων απαιτούνται πολλές εβδομάδες ή και μήνες)
- Ο αντικειμενικός σκοπός είναι ο οδοδείκτης της Νοσηλευτικής παρέμβασης
- Η αντικειμενικοί σκοποί έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Να έχουν κέντρο τον άρρωστο
2. να μπορούν να μετρηθούν
3. να είναι πραγματοποιήσιμοι
4. να καθορίζονται χρονικά
5. να είναι γραπτοί (?)

(U. C. Wendell,2004)

### **2.1.6 ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

- Υλοποιούνται όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις
- Κάθε παρέμβαση μπορεί να είναι είτε ανεξάρτητη νοσηλευτική παρέμβαση είτε εξαρτημένη νοσηλευτική παρέμβαση
- Η ανεξάρτητη νοσηλευτική παρέμβαση δεν απαιτεί ιατρική οδηγία αλλά απαιτεί κριτική σκέψη
- Η χορήγηση μιας φαρμακευτικής αγωγής είναι εξαρτημένη νοσηλευτική παρέμβαση
- Μετά την εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων, θα πρέπει να καταγράφονται στο νοσηλευτικό πρόγραμμα φροντίδας του ασθενούς έτσι ώστε να φαίνεται η φροντίδα που έχει δοθεί

(Α. Λαμπρινού - Χ Λεμονίδου ,2004).

### **2.1.7 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

- Το πέμπτο και τελικό βήμα της Νοσηλευτικής διεργασίας είναι η εκτίμηση
- Αν τα αναμενόμενα αποτελέσματα έχουν επιτευχθεί, τότε έχουν ικανοποιηθεί οι στόχοι
- Αν τα αναμενόμενα αποτελέσματα δεν έχουν επιτευχθεί, τότε ο νοσηλευτής ξανααυριάζει στο πρώτο βήμα (αξιολόγηση)
- Η εκτίμηση της κατάστασης αποτελεί συνεχή διαδικασία

(Α. Λαμπρινού - Χ Λεμονίδου ,2004).

### **2.1.8 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

- Συστηματική (διαρκής παρατήρηση των δραστηριοτήτων έτσι ώστε ο νοσηλευτής να έχει μια πλήρη και ακριβή βάση δεδομένων)
- Δυναμική (υπάρχει αλληλεπίδραση και επικάλυψη μεταξύ των πέντε σταδίων. Σε μερικές νοσηλευτικές περιπτώσεις και τα πέντε στάδια συμβαίνουν σχεδόν ταυτόχρονα)
- Διαπροσωπική (επικεντρώνεται στον άνθρωπο και όχι στις εργασίες/καθήκοντα)
- Προσανατολισμένη σε στόχους (είναι το μέσο για να συνεργαστούν νοσηλευτής και ασθενής)
- Εφαρμόσιμη (μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση)
- Επιτρέπει ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα

(Α. Λαμπρινού - Χ Λεμονίδου ,2004).

## 2.2 Μετεγχειρητικές επιπλοκές χειρουργικής επέμβασης - αντιμετώπιση

Η αναφορά των επιπλοκών μιας επέμβασης και η ανάλυση της σοβαρότητάς τους στην κλινική νοσηλευτική πρακτική, έχει ως στόχο τη βελτίωση της άσκησης της νοσηλευτικής φροντίδας με σκοπό την αποφυγή ορισμένων από αυτές που φαίνεται να μπορούν να αποφευχθούν. Επιχειρείται επίσης μια αδρή προσέγγιση του διαγνωστικού προβλήματος του μετεγχειρητικού πυρετού. Τέλος, γίνεται λόγος για τις μετεγχειρητικές λοιμώξεις και τις οξείες καταστάσεις που δύναται να εμφανιστούν μετεγχειρητικά και πως η νοσηλευτική διάγνωση και φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπισή τους. (T. Balasubramanian,2005).

<b>ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</b>
<b>-Από την κοιλιά</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διάχυτη περιτονίτιδα</li> <li>• Τοπική συλλογή – απόστημα</li> <li>• (υποδιαφραγματικό, υφηπατικό, ενδοπυελικό, ενδοκοιλιακό)</li> <li>• Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα</li> <li>• Οξεία μετεγχειρητική χολοκυστίτιδα</li> <li>• Μετεγχειρητικός ίκτερος</li> <li>• Οξεία μετεγχειρητική ηπατική ανεπάρκεια</li> <li>• Οξεία μετεγχειρητική νεφρική ανεπάρκεια</li> <li>• Ιδιοπαθής έμετος</li> </ul>
<b>-Από το θώρακα(καρδιαγγειακό – αναπνευστικό</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πνευμονική εμβολή</li> <li>• Αρρυθμία -ταχυκαρδία</li> <li>• Ισχαιμία του μυοκαρδίου</li> <li>• Πνευμονικό οίδημα</li> <li>• Ατελεκτασία-βρογχοπνευμονία</li> <li>• Πλευρίτιδα-εμπύημα</li> <li>• Πνευμονικό απόστημα</li> </ul>
<b>-Γενικότερες</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πυρετός</li> <li>• Διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού(ινωδόλυση, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη)</li> </ul>

<b>ΤΟΠΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</b>
<b>Άμεσες</b>
<b>-ΤΡΑΥΜΑ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αιμορραγία – αιμάτωμα</li> <li>• Διαπύσηση τραύματος - απόστημα</li> <li>• Διάσπαση του τραύματος</li> </ul>
<b>-ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ ΟΡΓΑΝΟ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αιμορραγία</li> <li>• Διαφυγή αναστόμωσης</li> <li>• Δυσλειτουργία –κατάργηση της λειτουργίας</li> </ul>
<b>Απώτερες</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετεγχειρητική κήλη</li> <li>• Δυσφαγία (οισοφάγος)</li> <li>• Διάρροιες , ειλεός (έντερο)</li> </ul>

### Πίνακας 1.Ταξινόμηση των συχνότερων μετεγχειρητικών επιπλοκών

Οι συνηθέστερες και πιο συχνές επιπλοκές μιας χειρουργικής επέμβασης, είναι: (T. Balasubramanian,2005).

#### 2.2.1.Μετεγχειρητικός πυρετός

Η άνοδος της θερμοκρασίας πάνω από 38 οC μετεγχειρητικά, αποτελεί αναμφισβήτητα ένα από τα πιο απευκταία προβλήματα στην κλινική πράξη

- η αντίδραση υπερευαισθησίας σε φάρμακα
- παρουσία αιματώματος.

Η διάγνωση του:

- απλή επισκόπηση κατά την αλλαγή της επίδεσης του εγχειρητικού τραύματος
- τοπικό πόνο
- προσεκτική και συνεχής ρύθμιση της αντιπηκτικής αγωγής
- διαπύσηση τραύματος πόνος:
  - ερυθρότητα
  - οίδημα
  - κλυδασμός
  - δυσσομία
  - τοπική αύξηση της θερμοκρασίας

(T. Balasubramanian,2005).

## 2.2.2 Λοίμωξη του αναπνευστικού ή του ουροποιητικού

### Συνοδά σημεία και συμπτώματα

- βήχας,
- δύσπνοια για το αναπνευστικό
- ρίγος,
- δυσουρία,
- συχνοουρία για το ουροποιητικό

### Αντιμετώπιση λοίμωξης αναπνευστικού

- Η ύπαρξη θέσης που αποτρέπει την εισρόφηση
- Χορήγηση O<sup>2</sup> με μάσκα ή ρινικούς καθετήρες.
- Παρακολούθηση θερμοκρασίας
- Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών

### Αντιμετώπιση λοίμωξης ουροποιητικού

- Έλεγχος του ουροκαθετήρα, αν υπάρχει, ή αντικατάστασή του
- Γενική εξέταση ούρων ή καλλιέργεια ούρων
- Χορήγηση αντιβιοτικών

Εάν παρόλο τον έλεγχο δεν ανευρίσκεται συγκεκριμένη αιτία επιβάλλεται να γίνει καλλιέργεια από το εσωτερικό άκρο κάθε είδους φλεβικού καθετήρα που φέρει ο άρρωστος.

(T. Balasubramanian,2005).

## 2.2.3. Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση.

Χρήζει ιδιαίτερης αναφοράς λόγω των σοβαρών περαιτέρω επιπλοκών (πνευμονική εμβολή, εγκεφαλικό) που δύναται να επιφέρει εάν δεν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

### Πρόληψη- αντιμετώπιση

- γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς
- ανάκτησης της φυσικής δραστηριότητας
- η συμμόρφωση του ασθενή στις ιατρικές οδηγίες
- συστηματική και συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς
- χορήγηση εξατομικευμένα αντιπηκτικής αγωγής

(T. Balasubramanian,2005).

## 2.2.4.Μετεγχειρητικές Λοιμώξεις.

Η εκδήλωσή τους γίνεται με τρεις κυρίαρχες μορφές

- τη διαπύσηση του τραύματος,
- το απόστημα
- διάχυτη περιτονίτιδα – σηπτική κατάσταση,

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση μιας μετεγχειρητικής λοίμωξης

- εγχειρητική τεχνική,
- ιδιοσυγκρασία του ασθενούς,
- τα μέτρα υποστήριξης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του
- κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή στην εγκατάσταση ή μη μιας χειρουργικής λοίμωξης, είναι:

- ηλικίας.

- υποκείμενα νοσήματα,
- σακχαρώδης διαβήτης,
- κακοήθειες,
- διάφοροι καθετηριασμοί των φλεβών αποτελούν πύλη εισόδου μικροβίων οι ουρηθρικοί καθετήρες.
- έλεγχο της σωστής τοποθέτησης τους και την αλλαγή τους στα προβλεπόμενα όρια της καλής λειτουργίας τους.

(T. Balasubramanian,2005).

#### **2.2.5.Η ενδοκοιλιακή αιμορραγία μετεγχειρητικά**

Συνήθως είναι αποτέλεσμα είτε διαφυγής κάποιας απολίνωσης, είτε κάποιου διεγχειρητικού τραυματισμού αγγείου η συμπαγούς οργάνου (ήπαρ, σπλήνας) είτε αρκετά συχνά σε κακή – αναποτελεσματική ρύθμιση του πηκτικού μηχανισμού του οργανισμού.

Έλεγχος πιθανής αιμορραγίας:

- παρακολούθηση των ζωτικών σημείων
- έξοδο αίματος από την παροχέτευση
- ταχυκαρδία
- ρυθμός διούρησης

(T. Balasubramanian,2005).

#### **2.2.6.Μετεγχειρητική κοιλιοκήλη.**

Η συχνότητα της κυμαίνεται από 0,5 έως και 8 % ανάλογα με το ερευνητικό κέντρο. Η διαπύση του τραύματος ενοχοποιείται σε πολλές περιπτώσεις κήλης σε βαθμό που έως και 5 φορές συχνότερα να δημιουργείται κήλη σε διαπυηθέντα τραύματα!

(T. Balasubramanian,2005).

#### **2.2.7.Συμφυτικός ειλεός.**

Είναι λογικό να δημιουργούνται συμφύσεις μετά κάθε χειρουργική προσπέλαση της ενδοπεριτοναϊκής κοιλότητας. Πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν σημαντική αύξηση της συχνότητας τους σε επεμβάσεις με φλεγμονώδες στοιχείο, σε παχύσαρκους ασθενείς. Ο αριθμός των επεμβάσεων φαίνεται να αυξάνει με γεωμετρική πρόοδο την πιθανότητα εμφάνισης συμφύσεων.

Δυστυχώς, ο συμφυτικός ειλεός υποτροπιάζει συχνά, γι' αυτό η προσκόλληση στους κανόνες της εγχειρητικής πρακτικής με σκοπό την πρόληψη της δημιουργίας τους είναι το μόνο αποτελεσματικό μέσο στην θεραπευτική προσέγγιση του συχνού αυτού προβλήματος. (T. Balasubramanian,2005).

## 3<sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ

### ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ-ΑΡΘΡΑ

- [Abstract](#)

#### [Send to:](#)

[J Pak Med Assoc.](#) 2015 May;65(5):532-41.

- **Guidelines on gastroesophageal reflux disease.**

[Niaz SK](#)<sup>1</sup>, [Quraishy MS](#)<sup>2</sup>, [Taj MA](#)<sup>1</sup>, [Abid S](#)<sup>3</sup>, [Alam A](#)<sup>4</sup>, [Nawaz AA](#)<sup>5</sup>, [Ali Shah SH](#)<sup>3</sup>, [Khan IM](#)<sup>6</sup>, [Memon AR](#)<sup>7</sup>, [Zuberi BF](#)<sup>7</sup>, [Tayyab GN](#)<sup>8</sup>, [Malik K](#)<sup>4</sup>, [Mirza S](#)<sup>9</sup>, [Abbas Z](#)<sup>10</sup>.

#### [Author information](#)

#### **Abstract**

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is the most common acid-related disorder encountered during clinical practice in Pakistan and is associated with significant impairment of health-related quality of life. A number of guidelines and recommendations for the diagnosis and management of GERD have been published in different countries, but a Pakistani accepted directive by the standards of evidence-based medicine is still lacking. Our aim was to create an understanding of the natural history and presentations of reflux disease; evaluating possible treatment options available for the patients with complex and uncomplicated reflux ailments with the development of current and up to date evidence based endorsement, relevant to the needs of Pakistani health care providers in order to treat oesophageal manifestations of GERD. In order to make such guidelines, a comprehensive literature search was conducted with pertinent evidence reviewed, and quality of relevant data assessed. The resultant conclusions were based on the best available evidence and expert opinion of the authors of technical review panel.

#### **KEYWORDS:**

Gastroesophageal reflux disease, Pakistan.

PMID:

26028389

[PubMed - in process]

Free full text

Κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση .

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) είναι η πιο συχνή διαταραχή που σχετίζεται με οξέα που συναντώνται κατά τη διάρκεια της κλινικής πρακτικής στο Πακιστάν και σχετίζεται με σημ33αντική βλάβη της υγείας και με την ποιότητα ζωής . Μια σειρά από κατευθυντήριες γραμμές και συστάσεις για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ έχουν δημοσιευθεί σε διάφορες χώρες , αλλά ένας Πακιστανός αποδεκτής οδηγίας για τα δεδομένα της αποδεικτικής ιατρικής εξακολουθεί να είναι ανεπαρκής . Στόχος μας ήταν να δημιουργήσουμε μια κατανόηση της φυσικής ιστορίας και παρουσιάσεις της παλινδρόμησης, την αξιολόγηση των πιθανών επιλογών που είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς με πολύπλοκες και απλές ασθένειες παλινδρόμηση με την ανάπτυξη των μέχρι σήμερα αποδεικτικών στοιχείων με βάση την έγκριση της θεραπείας , σχετικά με τις ανάγκες των πακιστανικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης για τη θεραπεία του οισοφάγου εκδηλώσεις της ΓΟΠΝ . Για να κάνετε αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές , μια περιεκτική βιβλιογραφική έρευνα διεξήχθη με σχετικές αποδείξεις επανεξετάζονται , και η ποιότητα των σχετικών στοιχείων αξιολογήθηκαν . Τα προκύπτοντα συμπεράσματα βασίστηκαν στα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία και τη γνώμη των εμπειρογνομόνων των συντακτών της τεχνικής ομάδας αναθεώρησης .

[Send to:](#)

[Nihon Rinsho](#). 2015 Jul;73(7):1190-4.

- **[Revision process and present task: evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease].**

[Article in Japanese]

[Kinoshita Y](#), [Ishimura N](#), [Ishihara S](#).

#### **Abstract**

Japanese Society of Gastroenterology published evidence-based clinical practice guidelines for gastro-esophageal reflux disease (GERD) on 2009. Since five years have already passed, the revision of the guideline is now necessary. The revision of the guidelines has been done according to the GRADE system and 11 new clinical questions have been added. The published information concerning the diagnosis and treatment of GERD after 2008 has also been added to guidelines. The new image-intensifying endoscopy for the diagnosis of GERD and the description concerning the concept, epidemiology, and diagnosis of Barrett's esophagus has been intensively rewritten. Since the information concerning newly developed acid inhibitor, potassium-competitive acid blocker(P-CAB), is not included in the present revision. Annual review will be necessary in near future to include the clinical value of P-CAB.

PMID:

26165079

[PubMed - in process]



[ Διαδικασία αναθεώρησης και να παρουσιάσει το έργο : τεκμηριωμένων κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής για την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ] .

Ιαπωνική Κοινωνία της Gastroenterology δημοσίευσε τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής για την γαστρο- οισοφαγική παλινδρόμηση ( ΓΟΠ) για το 2009 . Έχουν περάσει εδώ και πέντε χρόνια, και η αναθεώρηση της κατευθυντήριας γραμμής είναι πλέον απαραίτητη .

Η αναθεώρηση των κατευθυντήριων γραμμών έχει γίνει σύμφωνα με το σύστημα βαθμό και έχουν προστεθεί 11 νέα κλινικά ζητήματα . Οι δημοσιευμένες πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΓΟΠΝ μετά το 2008 έχουν επίσης προστεθεί στις κατευθυντήριες γραμμές

Η νέα εικόνα και η εν ισχύσει ενδοσκόπηση για την διάγνωση της ΓΟΠΝ και την περιγραφή σχετικά με την έννοια , την επιδημιολογία , τη διάγνωση και της οισοφάγος Barrett έχουν εντατικά ξαναγραφεί . Από τις πληροφορίες που αφορούν προσφάτως ανεπτυγμένα αναστολέας οξύ , κάλιο blocker - ανταγωνιστικά οξύ ( P - CAB ) , δεν συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα αναθεώρηση . Ετήσια αναθεώρηση θα είναι απαραίτητη στο εγγύς μέλλον για να περιλαμβάνει την κλινική αξία της P - CAB .

- [Abstract](#)

[Send to:](#)

[Nihon Rinsho](#). 2015 Jul;73(7):1179-84.

- **[Kampo medicine (rikkunshito)].**

[Article in Japanese]

[Tominaga K](#), [Tanigawa T](#), [Watanabe T](#), [Fujiwara Y](#), [Arakawa T](#).

## Abstract

Gastroesophageal reflux disease (GERD), an acid-related disease, is usually treated with acid inhibitory drugs including proton pump inhibitor (PPI) according to the clinical practice guidelines for GERD in Japan. However, it is recognized that there are some GERD patients who are resistant to PPI treatment. There are some evidences that various traditional medicines especially for rikkunshito are often combined with Western medicines and prescribed for patients with PPI-refractory GERD at that time. Accordingly, rikkunshito may be useful for treating PPI-refractory GERD via its proper functions such as regulation of gastorintestinal motility and physiological integrity for acid exposure to the esophageal mucosa, because rikkunshito has no inhibitory action on gastric acid secretion.

PMID:

26165077

[PubMed - in process]

Κάμπο φάρμακο ( rikkunshito )

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) , μια ασθένεια που σχετίζεται με οξέα , είναι συνήθως επεξεργασμένα με οξύ ανασταλτικά φάρμακα , συμπεριλαμβανομένων αναστολέων της αντλίας πρωτονίων ( PPI ) , σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής για ΓΟΠΝ στην Ιαπωνία . Ωστόσο, αναγνωρίζεται ότι υπάρχουν μερικοί ασθενείς με ΓΟΠΝ οι οποίοι είναι ανθεκτικοί στη θεραπεία PPI. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι τα διάφορα παραδοσιακά φάρμακα ειδικά για rikkunshito συνδυάζονται συχνά με τη Δυτική φάρμακα και συνταγογραφούνται σε ασθενείς με ανθεκτική ΓΟΠΝ εκείνη τη στιγμή . Κατά συνέπεια ,το rikkunshito μπορεί να είναι χρήσιμη για τη θεραπεία PPI ανθεκτική ΓΟΠΝ μέσω ορθής λειτουργίας της, όπως η ρύθμιση της γαστρικής κινητικότητας και φυσιολογική ακεραιότητα για την έκθεση οξύ στο βλεννογόνο του οισοφάγου , επειδή το rikkunshito δεν έχει ανασταλτική δράση στην έκκριση γαστρικού οξέος .

Surg Clin North Am. 2015 Jun;95(3):527-53. doi: 10.1016/j.suc.2015.02.007. Epub 2015 Mar 14.

- **Χειρουργική θεραπεία της νόσου ΓΟΠ**

Yates RB(1), Oelschlager BK(2).

Η χειρουργική αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης έχει γίνει πιο συχνή με την εισαγωγή των λαπαροσκοπικών τεχνικών LARS(laparoscopic antireflux surgery).Η προσεκτική επιλογή των ασθενών με βάση τα συμπτώματα, την ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία και τον προεγχειρητικό έλεγχο θα βελτιώσει τις πιθανότητες για αποτελεσματικό και μακροχρόνιο μη έλεγχο των συμπτωμάτων. Οι επιπλοκές της LARS είναι σπάνιες και συνήθως αντιμετωπίζονται χωρίς επανεπέμβαση. Όταν απαιτείται επανεπέμβαση για ανεπιτυχή διόρθωση της παλινδρόμησης συστήνεται να γίνει από έμπειρο και εξειδικευμένο χειρουργό.

- Surg Clin North Am. 2015 Jun;95(3):515-25. doi: 10.1016/j.suc.2015.02.006. Epub 2015 Mar 24.

- **Φυσιολογία και παθογένεση της ΓΟΠ**

Mikami DJ(1), Murayama KM(2).

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι μια από τις πιο συχνές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σχεδόν το 20% του πληθυσμού στις ΗΠΑ αναφέρουν αναγωγές, αίσθημα καύσου, οπισθοστερνικό άλγος που οφείλονται στη ΓΟΠ. Η ΓΟΠ είναι σύνθετη πάθηση, η φυσιολογία και η παθογένεση της δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως. Ωστόσο, διαταραχή ενός ή περισσοτέρων από τους παρακάτω παράγοντες όπως: κινητικότητα οισοφάγου, λειτουργικότητα του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και γαστρική κινητικότητα

και κένωση ,μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ΓΟΠ. Σήμερα υπάρχουν πολλές διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις για την παλινδρόμηση παρ'όλα αυτά όμως απαιτούνται επιπλέον μελέτες για την καλύτερη κατανόηση της σύνθετης παθολογίας της.

- Am J Med Sci. 2015 Apr;349(4):364-71. doi: 10.1097/MAJ.0000000000000429.

### **Η επίδραση της θεραπείας με H.PYLORI για την ανάπτυξη της νόσου ΓΟΠ.**

Tan J(1), Wang Y, Sun X, Cui W, Ge J, Lin L.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ: Είναι αβέβαιο εάν η θεραπεία εκρίζωσης του H.pylori έχει κάποιο ρόλο στην εξέλιξη της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μια μετα-ανάλυση διενεργήθηκε για να διερευνήσει το ρόλο της θεραπείας εκρίζωσης του H.pylori στην ανάπτυξη της ΓΟΠ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:16 ομαδικές μελέτες περιλήφθηκαν, οι οποίες απέδειξαν ότι η εκρίζωση του H.pylori δεν έχει κάποια επίπτωση στην εμφάνιση της ΓΟΠ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Γενικά η θεραπεία εκρίζωσης του H.pylori δεν έχει κάποια σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της ΓΟΠ μακροχρόνια. Παρ'όλα αυτά όμως είναι απαραίτητο να εφαρμοστεί εφόσον αποδειχθεί λοίμωξη με H.pylori,γιατί υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης οξείας ή χρόνιας γαστρίτιδας, πεπτικού έλκους και κακοήθους νεοπλασματος όπως ο γαστρικός καρκίνος.

- World J Surg. 2015 Apr;39(4):981-96. doi: 10.1007/s00268-014-2889-0.

### **Η λαπαροσκοπική πρόσθια έναντι οπίσθια θολοπλαστική για ΓΟΠ: μία μετά-ανάλυση και συστηματική επισκόπηση.**

Memon MA(1), Subramanya MS, Hossain MB, Yunus RM, Khan S, Memon B.

ΣΤΟΧΟΙ :Παρ'ολο που η λαπαροσκοπική οπίσθια θολοπλαστική (Nissen ή Toupet) έχει αποδεδειγμένα αποτελέσματα στην χειρουργική αντιμετώπιση της ΓΟΠ υπάρχουν και προβλήματα μετχ όπως η δυσφαγία και ο τυμπανισμός της κοιλιάς. Για να μειωθούν μερικές από τις μετχ αυτές επιπλοκές αναπτύχθηκε η πρόσθια θολοπλαστική. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διεξάγει μια μετα-ανάλυση και μια συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων μελετών ελέγχου που διερευνούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της λαπαροσκοπικής οπίσθιας θολοπλαστικής(LPF) σε σχέση με την λαπαροσκοπική πρόσθια θολοπλαστική(LAF) στην διόρθωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Medline, Embase,

Science Citation Index, Current Contents, PubMed, ISI Web of Science, Cochrane Database.

Αναγνωρίστηκαν όλες οι τυχαιοποιημένες μελέτες ελέγχου που έχουν δημοσιευθεί

στην αγγλική γλώσσα μεταξύ 1990-2013 και συγκρίνουν διαφορετικούς τύπους LPF και LAF. Η σύγκριση έγινε πάνω στις παρακάτω μεταβλητές: μτχ δυσφαγία, οπισθοστερνικό καύσος, ανάγκη για επανεπέμβαση, διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, ποσοστό μετατροπής σε ανοιχτή επέμβαση, διάρκεια επέμβασης, γενικές επιπλοκές, γενική ικανοποίηση και μτχ pH 24ωρου.

**ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:** Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στη επίπτωση της μτχ δυσφαγίας στην LAF ομάδα σε σχέση με την LPF ομάδα. Αντιθέτως σημαντική μείωση του οπισθοστερνικού καύσου παρατηρήθηκε στην LPF σε σύγκριση με την LAF.

Συγκρίσιμες μεταβολές παρατηρήθηκαν στις υπόλοιπες μεταβλητές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Με βάση αυτή την μετα-ανάλυση, η LPF σε σύγκριση με την LAF σχετίζεται με μειωμένο οπισθοστερνικό καύσος εις βάρος της πρώιμης και όψιμης μτχ δυσφαγίας. Επομένως συμπεραίνουμε ότι η LPF είναι καλύτερη επιλογή στη διόρθωση της ΓΟΠ.

- Gastroenterol Clin North Am. 2014 Mar;43(1):147-60.

### **ΓΟΠ και ηλικιωμένοι**

Η νόσος της ΓΟΠ είναι μια συχνή διαταραχή σε πολλούς ασθενείς αλλά αποτελεί ένα ειδικό πρόβλημα στους ηλικιωμένους, στους οποίους η νόσος εμφανίζεται με εκτεταμένη βλάβη του βλεννογόνου και άλλες επιπλοκές. Τα συμπτώματα δεν ενδεικνύουν τόσο αξιόπιστα την βαρύτητα της νόσου. Η θεραπεία επίσης στους ηλικιωμένους είναι πιο δύσκολη λόγω των παρενεργειών των φαρμάκων και των αλληλεπιδράσεών τους.

- Gastroenterol Clin North Am. 2014 Mar;43(1):15-25.  
**Παθολογία της νόσου γαστροοισοφαγικής αναρροής.**

Boeckxstaens GE(1), Rohof WO(2).

Η ΓΟΠ είναι μια από τις πιο συχνές παθήσεις στον δυτικό κόσμο με συμπτώματα όπως αναγωγές, οπισθοστερνικό άλγος και καύσος. Η παθοφυσιολογία της ΓΟΠ είναι πολυπαραγοντική. Η αναγνώριση και κατανόηση των συμπτωμάτων έχει βελτιωθεί πολύ τα τελευταία χρόνια, με βελτίωση της αναγνώρισης διαφραγματοκήλης και όξινου pH. Αν και οι πληροφορίες είναι αρκετές δεν παύει να είναι απαραίτητες και άλλες μελέτες για την κατανόηση των συμπτωμάτων της ΓΟΠ και ειδικά στις ανθεκτικές περιπτώσεις στη φαρμακευτική θεραπεία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

1. Healey MA; Shackford SR; Osler TM; Rogers FB; Burns E Complications in surgical patients. Arch Surg 2006 May;137(5):611-7; discussion 617-8
2. Di Carlo A; Andtbacka RH; Shrier I; Belliveau P; Trudel JL; Stein BL; Gordon PH; Vasilevsky CA The value of specialization--is there an outcome difference in the management of fistulas complicating diverticulitis Dis Colon Rectum 2011 Oct;44(10):1456-63
3. Gollin G; Moores D; Baerg JC Getting residents in the game: an evaluation of general surgery residents' participation in pediatric laparoscopic surgery J Pediatr Surg 2007 Jan;39(1):78-80
4. Galati G; Giuliani A; Fiori E; Tiziano G; Sammartino F; Benvenuto E; Montone G Considerations and results of the use of paramomycin in the prevention of infectious complications in colorectal surgery] G Chir 2006 Apr;23(4):154-6
5. Scott DA, Beilby DS, McClymont C Postoperative analgesia using epidural infusions of fentanyl with bupivacaine. A prospective analysis of 1,014 patients. Anesthesiology. (4):727-37
6. Thomas S; Balasubramanian KA Role of intestine in postsurgical complications: involvement of free radicals [In Process Citation] Free Radic Biol Med 2005 Mar 15;36(6):745-56
7. Matocha DL Postsurgical complications Emerg Med Clin North Am 2006 Aug;18(3):549-64
8. Fazel S, Everson EA, Stitt LW, Smith C, Quantz M, McKenzie FN, Novick RJ. J Am Coll Surg. 2007 Jul;193(1):52-9. Predictors of general surgical complications after heart transplantation.
9. Perlino CA Postoperative fever. Med Clin North Am 2006 Sep;85(5):1141-9
10. Frank SM; Kluger MJ; Kunkel SL Elevated thermostatic setpoint in postoperative
11. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, **έννοιες και πρακτική**, Αικατερίνη Λαμπρινού PhD, MSc, BSc, R.N. - Χρυσούλα Λεμονίδου , PhD, MSc, BSc, R.N.
12. Ραγιά Α. (1997). Βασική Νοσηλευτική . Εκδόσεις Αδελφότητα
13. John Bennet, Mounes Dakkak (2004). Νόσος της γαστροοισοφαγικής παλινδρομησης. Εκδόσεις Βαγιωνάκης , Αθήνα.
14. Thomas Andreoli , J. Claude Bennet, Charles C. J. A Carpenter , Frennd Plum , L. Loyd, H. Smith . Jr (1996) . Cecil essentials of medicine. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
15. Σεμινάριο κλινικής ιατρικής (1999). 'Πεπτικό ή εκτός;' Αλληλεπίδραση πεπτικού με άλλα συστήματα στην κλινική πράξη. Γαστρεντερολογική κλινική ΠΑ.Γ.Ν.Η.

- 16.** Healey MA; Shackford SR; Osler TM; Rogers FB; Burns E Complications in surgical patients. Arch Surg 2002 May;137(5):611-7; discussion 617-8
- 17.** Di Carlo A; Andtbacka RH; Shrier I; Belliveau P; Trudel JL; Stein BL; Gordon PH; Vasilevsky CA The value of specialization--is there an outcome difference in the management of fistulas complicating diverticulitis Dis Colon Rectum 2001 Oct;44(10):1456-63
- 18.** Gollin G; Moores D; Baerg JC Getting residents in the game: an evaluation of general surgery residents' participation in pediatric laparoscopic surgery J Pediatr Surg 2004 Jan;39(1):78-80
- 19.** Galati G; Giuliani A; Fiori E; Tiziano G; Sammartino F; Benvenuto E; Montone G Considerations and results of the use of paramomycin in the prevention of infectious complications in colorectal surgery] G Chir 2002 Apr;23(4):154-6
- 20.** Scott DA, Beilby DS, McClymont C Postoperative analgesia using epidural infusions of fentanyl with bupivacaine. A prospective analysis of 1,014 patients. Anesthesiology. (4):727-37
- 21.** Matocha DL Postsurgical complications Emerg Med Clin North Am 2000 Aug;18(3):549-64
- 22.** Σάμπαλης, Γεώργιος. «Χειρουργική Θεραπεία της παλινδρόμησης»,2007.
- 23.** Γεώργιος Π. Κέκος Χειρουργός – Ενδοσκόπος Μετεκπαιδευθείς εις ERLANGEN – GERMANIA Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- 24.** Σάμπαλης, Γεώργιος. «Διαφραγματοκήλη και Παλινδρόμηση»,2007.  
[www.iatronet.gr/ygeia/peptiko](http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko)
- 25.** Γεώργιος Καραχάλιος, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ,
- 26.** Δημήτρης Δημητρέλης, ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ, ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2005.
- 27.** Ulrich Canale Wendell “ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ Γ’ ΕΚΔΟΣΗ,2004.