

## Κολοστομία

### Ανατομία και φυσιολογία

Το παχύ έντερο, που δεν έχει λάχνες, αρχίζει από το τυφλό και τελειώνει στον πρωκτό. Έχει τρεις μοίρες, το τυφλό το κόλο (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν, σιγμοειδές) και το ορθό ή ευθύ ή απευθυσμένο. Το μήκος του είναι 150cm και η διαμετρος του 2,5-8,5 cm.

Οι κινήσεις του παχέως εντέρου είναι: α)κινήσεις κατάτμησης, β)περισταλτικές για τη μηχανική πέψη και γ)μαζικές περισταλτικές, που είναι απόκριση στη διάτασή του. Οι μαζικές περισταλτικές κινήσεις γίνονται για την προώθηση μεγάλης ποσότητας περιεχομένου σε μεγάλη απόσταση.

Ο βλεννογόνος του παχέως εντέρου εκκρίνει βλεννώδες έκκριμα αλκαλικής αντίδρασης. Αυτό επαλείφει το βλεννογόνο και τον προστατεύει από την επίδραση της μικροβιακής του χλωρίδας.

Η εντερική χλωρίδα συνθέτει την βιταμίνη Κ και βιταμίνες του συμπλέγματος Β, όπως θειαμίνη. Ακόμα, είναι υπεύθυνη για τις διεργασίες ζύμωσης και σήψης που γίνονται στο παχύ έντερο.

Η ζύμωση και η σήψη γίνονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε περίπτωση δυσκοιλιότητας και όταν ανεπαρκούν τα ένζυμα διάσπασης των θρεπτικών ουσιών στο λεπτό έντερο. Μια τέτοια περίπτωση είναι η απουσία λακτάσης από το λεπτό έντερο και η μη υδρόλυση, επομένως, της λακτόζης, η οποία φτάνει στο παχύ έντερο και ζυμώνεται για να δώσει γαλακτικό οξύ και αέρια.

Η μεγάλη αύξηση της μικροβιακής χλωρίδας προκαλεί μακροκυτταρική αναιμία και στεατόρροια, γιατί τα μικρόβια χρησιμοποιούν την βιταμίνη Β12 και υδρολύουν τα χολικά άλατα, αντίστοιχα.

Στο παχύ έντερο, και κυρίως στην κεντρικότερη μοίρα του, γίνεται απορρόφηση του μεγαλύτερου μέρους του νερού και των ηλεκτρολυτών. Η περιφερική του μοίρα είναι κυρίως τόπος εναποθήκευσης των κοπρανών μαζών ως την αποβολή τους.

Τι είναι η «κολοστομία»

Πραγματοποιείται σε ασθενείς με καρκίνο στην κοιλιά ή την πύελο ο οποίος διηθεί το παχύ έντερο. Κατά την χειρουργική επέμβαση, τμήμα του παχέως

εντέρου αφαιρείται και το απώτερο τελικό τμήμα του εντέρου μετατίθεται προς το κοιλιακό τοίχωμα, όπου συρράπτεται σχηματίζοντας τη στομία. Τα κόπρανα εξωθούνται μέσω του στόματος. Άρα κολοστομία είναι η μεταβολή της πορείας του παχέος εντέρου η οποία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη.

### Προσωρινές και μόνιμες κολοστομίες

Στις μόνιμες κολοστομίες που είναι και λιγότερες σε σχέση με τις προσωρινές πραγματοποιείται αφαίρεση του ορθού και του δακτυλίου. Όμως εάν ο όγκος βρίσκεται πολύ κοντά στο τελικό τμήμα του εντερικού σωλήνα, επιλέγεται η ολική αφαίρεση, ώστε να σωθεί ζωή του ασθενούς.

Στις προσωρινές κολοστομίες αφαιρείται ο όγκος και η περιοχή αφήνεται να επουλωθεί χωρίς να διέρχονται κόπρανα. Δεν αφαιρείται το ορθόν και ο δακτύλιος, αλλά παρακάμπτονται. Προσωρινή κολοστομία πραγματοποιείται, όταν ένας μεγάλος μη εξαιρεσιμος όγκος προκαλεί πόνο, που οφείλεται σε απόφραξη. Η κολοστομία σχηματίζεται με χρήση τμήματος του παχέος εντέρου που βρίσκεται πριν από την προσβεβλημένη περιοχή. Τα κόπρανα αποβάλλονται μέσω της νέας διόδου. Όταν οι συνθήκες το επιτρέψουν, με νέα επέμβαση η κατάσταση μπορεί να αναστραφεί και τα κόπρανα να εξέρχονται πάλι από τον πρωκτό.

### Πώς λειτουργεί η κολοστομία

Η κολοστομία δημιουργείται από τμήμα του πεπτικού συστήματος. Συνεπώς έχει το ίδιο κοκκινωπό χρώμα με την στοματική κοιλότητα και επικαλύπτεται από την ίδια μεμβράνη. Μπορεί να διατείνεται, επιτρέποντας την εξώθηση των απεκκριμάτων. Σε ηρεμία ο ιστός έλκεται σχηματίζοντας πτυχές.

Μολονότι διαστέλλεται και συστέλλεται, η στομία δεν διασφαλίζει τον μυϊκό έλεγχο (όπως συμβαίνει με τον φυσιολογικό σφιγκτήρα του πρωκτού). Τα κόπρανα συγκεντρώνονται σε ειδικά σακουλάκια που διατίθενται για αυτό τον σκοπό. Αυτά είναι κατασκευασμένα από λεπτό εύκαμπτο πλαστικό, το οποίο προσκολλάται στο δέρμα πάνω από τη στομία.

Τα σακουλάκια είναι στεγανά στις οσμές και ασφαλή όσον αφορά στις διαρροές. Εναλλακτική λύση για πολλούς ασθενείς με κολοστομία και αρκετά σκληρά κόπρανα είναι η πραγματοποίηση ενός τύπου υποκλυσμού μέσω της στομίας, που γίνεται κάθε μία ή δύο ημέρες. Με αυτό τον τρόπο, το έντερο κενώνεται στον κατάλληλο χρόνο. Το υπόλοιπο διάστημα, οι ασθενείς φορούν ένα μικρό σακουλάκι πάνω από τη στομία

## Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας

1. Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού.
2. Μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.
3. Μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα, ή για την επούλωση φλεγμαίνοντος εντέρου.
4. Μπορεί να γίνει παροδικά για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.

### Τα είδη της κολοστομίας

Η ταξινόμηση των κολοστομιών γίνεται με βάση α. την περιοχή του κοιλιακού τοιχώματος όπου εγκαθίστανται, β. του τμήματος του παχέος εντέρου το οποίο εξωτερικεύεται και γ. του τρόπου με τον οποίο γίνεται η εξωτερική συστολή. Υπάρχουν τέσσερα βασικά είδη κολοστομίας :

1. Η κολοστομία-αγκύλη η οποία παρεντίθεται στη συνέχεια του παχέος εντέρου.

[Αποτελεί απλή εγχείριση, κατά την οποία τμήμα του παχέος εντέρου, συνήθως το εγκάρσιο ή το σιγμοειδές, εξωτερικεύεται δια μέσου μικρής τομής στο κοιλιακό τοίχωμα. Η εξωκοιλιακή συγκράτηση της κολοστομίας, μέχρι την επούλωση επιτυγχάνεται με γυάλινη ή πλαστική ράβδο ή ελαστικό σωλήνα που διεκβάλλονται κάτω από την εντερική αγκύλη και πάνω από το αγγειακό τόξο του μεσοκόλου. Αν είναι διατεταμένο από αέρα το κεντρικότερο τμήμα της κολοστομίας επιβάλλεται ανακουφιστική παρακέντηση και αναρρόφηση με βελόνα ή με λεπτότατο σωλήνα. Η παρακέντηση-αναρρόφηση είναι άσηπτη επέμβαση-εξωπεριτονεϊκή-ενώ η διάνοιξη της κολοστομίας είναι σηπτική για το κοιλιακό τραύμα και συνήθως γίνεται 24-48 ώρες μετά την εγκατάστασή της. Τελευταία γίνεται

άμεση διάνοιξη και εντεροδερματική ραφή. Η κολοστομία-αγκύλη είναι προσωρινή και η σύγκλυσή της εύκολη.]

## 2. Η διπλή κολοστομία.

[Με την κολοστομία αυτή υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος ενδοκοιλιακής μολύνσεως, αποφεύγεται όμως η ρύπανση του τραύματος. Το παχύ έντερο διαιρείται χωρίς εκτομή και τα διαιρεμένα τμήματά του εξωτερικεύονται με χωριστές τομές του κοιλιακού τοιχώματος και συγκρατούνται σε αυτό με εντεροδερματική ραφή. Το κεντρικό στόμιο αποτελεί τη λειτουργούσα κολοστομία, το περιφερικό όμως λειτουργεί ως «βλεννογονικό συρίγγιο». Η διπλή κολοστομία απαιτεί μεγαλύτερη κινητοποίηση από την κολοστομία-αγκύλη, το κεντρικό όμως στόμιό της είναι μικρότερο, πιο καλαίσθητο και υποδέχεται καλύτερα τη συσκευή κολοστομίας. Προτιμάται όταν ενδείκνυται πλήρης εκτροπή των κοπράνων και τέλεια «αποστείρωση» του περιφερικού τμήματος.]

## 3. Η διπλή παράλληλη κολοστομία μετά από εξωτερίκευση και κολεκτομή.

[Η κολοστομία αυτή προϋποθέτει πλήρη κινητοποίηση προς την εκτομή του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου, οπότε τα διατηρητέα υγιή τμήματα αυτού (κεντρικό και περιφερικό) συμπλησιάζονται και συγκρατούνται σε παράλληλη επαφή με μερικές ραφές πριν από την εκτομή.

Η «παράλληλη επαφή» εξωτερικεύεται μερικά, εκτέμνεται το πάσχον τμήμα και τα παράλληλα στόμια στερεώνονται σε θέση εκστομώσεως με εντεροδερματικές ραφές. Οι επικριτές της υποστηρίζουν ότι η κολεκτομή είναι ατελής λόγω αδυναμίας αφαιρέσεως όλων των επιχωρίων λεμφαδένων σε περίπτωση νεοπλασίας.]

## 4. Η τελική κολοστομία, εκτελούμενη συνήθως μετά από ορθοσιγμοειδεκτομή για καρκίνο του ορθού.

[Αποτελεί μόνιμη εξωτερίκευση του σιγμοειδούς μετά από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς ή μετά από χαμηλή πρόσθια εκτομή του ορθοσιγμοειδούς. Η κολοστομία συγκρατείται με άμεση εντεροδερματική ραφή και σύγκλιση του «πλάγιου χώρου», η οποία επιτυγχάνεται με τη στήριξη του μεσοσιγμοειδούς του εξωτερικευμένου εντέρου το πλάγιο περιτόναιο μέχρι το εσωτερικό άνοιγμα της οπής της κολοστομίας. Η σύγκλιση του πλάγιου χώρου επιβάλλεται σε οποιαδήποτε σιγμοειδοστομία προς αποφυγή εσωτερικής κοίλης, ενώ δεν χρειάζεται στην εγκαρσιοστομία.]

## Προεγχειρητικό στάδιο

Προεγχειρητικώς, πρέπει εξασφαλίζεται η συγκατάθεση του ασθενούς ή του άμεσου συγγενικού περιβαλλοντός του για την διενέργεια της κολοστομίας. Ψυχολογικά, ο ασθενής πρέπει να προετοιμάζεται για την πιθανότητα της κολοστομίας, ακόμη και αν ο χειρουργός δεν είναι βέβαιος για τον ακριβή τύπο της επεμβάσεως που θα χρειαστεί. Στην προεγχειρητική συζήτηση με τον ασθενή, πρέπει να τονίζεται ότι επιλέγει μεταξύ του να διατηρηθεί στη ζωή με κολοστομία ή του να διακινδυνεύσει την επιβίωση του χωρίς κολοστομία. Τα ψυχολογικά προβλήματα που προέρχονται από την κολοστομία πρέπει να αναφέρονται στον ασθενή, αλλά όχι να υπερτονίζονται. Όταν πρόκειται για προσωρινή κολοστομία, αυτό πρέπει να τονίζεται-εφόσον όμως υπάρχει πράγματι αυτή η πιθανότητα-. Όταν ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργικό τραπέζι, πρέπει να έχει ενημερωθεί πλήρως για την επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί και έτσι να αποφεύγεται το συγκινησιακό σοκ από ένα μη αναμενόμενο είδος επεμβάσεως.

## Προετοιμασία του εντέρου

Το παχύ έντερο πρέπει να είναι κενό κατά την εγχείρηση για να ελαττωθεί ο κίνδυνος διασπάσεως-διαφυγής από την αναστόμωση και διαφυγής του τραύματος. Ο μηχανικός καθαρισμός έχει πρωτεύουσα σημασία και ακολουθεί η αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη. Ο μηχανικός καθαρισμός μπορεί να επιτευχθεί με συνδυασμό χορηγήσεως καθαρτικών και διενέργειας υποκλισμών τις 3-4 ημέρες πριν από την εγχείρηση. Η μανιτόλη μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οσμωτικό καθαρτικό. Είναι επίσης δυνατή η πλήρης κένωση του εντέρου την παραμονή της εγχείρησης με ολική εντερική έκπλυση, κατά την οποία τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας και χορηγούνται 2-4 λίτρα κρυσταλλοειδών διαλυμάτων ανά ώρα μέχρι να αποβλήθει καθαρό υγρό από το ορθό. Με την έναρξη χορηγούνται 10mg μετοκλοπραμίδης για να επιταχυνθεί η κένωση του στομάχου και 20mg φουροσεμίδης για να προληφθεί ο κίνδυνος πνευμονικού οιδήματος. Η μέθοδος αντενδείκνυται σε ασθενείς με γνωστή καρδιακή ή νεφρική πάθηση ή με εγκατεστημένη εντερική απόφραξη.

## Δίαιτα χωρίς υπόλειμμα

Πολλοί υποβάλλουν τους ασθενείς σε δίαιτα χωρίς υπόλειμμα επί 5 ημέρες πριν από εκλεκτική εγχείρηση, ενώ την παραμονή γίνεται καθαρτικός υποκλισμός. Η δίαιτα αυτή κάθε άλλη χωρίς κυτταρινούχο υπόλειμμα, που αντικαθίσταται την παραμονή της εγχείρησης με υδρική δίαιτα,

απορροφάται εντελώς στο λεπτό έντερο και συνεπώς ελαχιστοποιείται η πυκνότητα βακτηρίων στο παχύ έντερο.

### Χημειοπροφύλαξη

Ο μηχανικός καθαρισμός συνδυάζεται με προσπάθεια ελαττώσεως των μικροβίων. Καθιερωμένο σχήμα αποτελεί η πενθήμερη χορήγηση από το στόμα δυσασποροφύτων σουλφοναμιδών, σε συνδυασμό με διήμερη (πριν από την εγχείρηση) χορήγηση νεομυκίνης. Το σχήμα αυτό δεν ελαττώνει την πυκνότητα των αναερόβιων μικροοργανισμών, γι' αυτό και τελευταία έχει αντικατασταθεί η σουλφοναμίδη με μετρονιδαζόλη.

Η προφυλακτική προεγχειρική χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα μετεγχειρικής εντεροκολίτιδας, λόγω υπεραυξησεως ανθεκτικών μικροβίων. Έχει όμως χρησιμοποιηθεί επωφελώς η 24ωρη παρεντερική χορήγηση τριών δόσεων αντιβιοτικών. Το σχήμα αυτό ελαττώνει τη συχνότητα της μετεγχειρικής φλεγμονής, χωρίς κίνδυνο εντεροκολίτιδας.

### Μετεγχειρητικό στάδιο

Το μετεγχειρητικό στάδιο είναι δύσκολο για τον ασθενή με στομία για δύο λόγους. Εκτός από τη στομία, ο ασθενής έχει υποστεί πρόσφατα χειρουργική επέμβαση, πονάει και ταλαιπωρείται. Αυτή είναι ψυχολογικά και η πιο δύσκολη περίοδος. Και δικαιολογημένα, διότι ο ασθενής πρώτη φορά αντικρίζει τη στομία και συνειδητοποιεί το γεγονός ότι δεν θα έχει πλέον τον έλεγχο των αερίων και των κοπράνων. Πιθανώς, ο ασθενής να έχει χάσει εξαιτίας της στομίας και τον αυτοσεβασμό του.

### Τεχνική της σύγκλησης της κολοστομίας

Πριν αποφασιστεί η σύγκληση μιας κολοστομίας, είναι απαραίτητο να βεβαιωθεί ο χειρουργός, ότι δεν υπάρχουν περιφερικότερα προβλήματα απόφραξης του κόλου ή ενεργός φλεγμονώδης, πάθησης που να αφορά στην αναστόμωση. Η ενδοσκοπική εξέταση του περιφερικού τμήματος του εντέρου προτιμάται, αν και μια καλή διαβαρίου εξέταση (υποκλισμός), παρέχει τις ζητούμενες πληροφορίες. Ακολουθεί μηχανικός καθαρισμός του εντέρου και χορήγηση αντιβιοτικών. Στις περιπτώσεις που έχει γίνει

βλεννογονικό συρίγγιο μακριά από την κολοστομία, απαιτείται λαπαροτομία για να αποκατασταθεί η συνέχεια του κόλου.

Στην κολοστομία με έλικα ή στην τελική κολοστομία με έλικα, η σύγκληση είναι σχετικά εύκολη και γίνεται με μια ελλειψοειδή τομή γύρω από τη στομία, εγγύς στη βλεννογονοδερματική συμβολή και πλήρη κινητοποίηση των άκρων του κόλου. Παρασκευάζονται τα χείλη των στομιών και εκτελείται η αναστόμωση μεταξύ των δυο άκρων του εντέρου. Σε πολλές τελικές κολοστομίες με έλικα, εκτελείται πλαγιοπλάγια αναστόμωση με συρραπτικό μηχάνημα. Το αποκαταστηθέν έντερο επανατοποθετείται στην περιτοναϊκή κοιλότητα και συγκλείεται η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός. Το δέρμα μπορεί να αφαιρεθεί να επουλωθεί κατά 2<sup>ο</sup> σκοπό ή να συμπλησιασθεί χαλαρά. Ενδοπεριτοναϊκή παροχέτευση δε χρειάζεται.

#### Επιπλοκές της σύγκλεισης της κολοστομίας

Η σύγκληση της κολοστομίας παρουσιάζει μια νοσηρότητα 10-50% κατά τις διάφορες στατιστικές και μια θνησιμότητα μέχρι 4%.

Η φλεγμονή του εγχειριστικού τραύματος και η διάσπαση της αναστομωτικής ραφής είναι οι κατ'έξοχην επιπλοκές (τοπικές), ενώ οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, η καρδιακή ανεπάρκεια και η πνευμονική εμβολή εμφανίζονται σπανιότερα και είναι οι συχνότερες από τις συστηματικές επιπλοκές. Οι επιπλοκές είναι συχνότερες στους ηλικιωμένους ασθενείς και όταν επιχειρείται η αποκατάσταση της κολοστομίας σε διάστημα μικρότερο των δυο μηνών από την κατασκευή της. Το σπουδαιότερο προληπτικό μέτρο είναι να γνωρίζει ο χειρουργός τη συχνότητα και τη σπουδαιότητα της νοσηρότητας των επιπλοκών αυτών, ώστε να δίνει μεγάλη προσοχή στις λεπτομέρειες της αποκατάστασης. Η μικρή αναστόμωση διαφυγή αντιμετωπίζεται, συνήθως επιτυχώς συντηρητικά, με δίαιτα πτωχή σε υπόλειμμα και πλούσια σε πρωτεΐνες και θερμίδες. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει συμπτωματολογία συστηματικής λοίμωξης ή εκτεταμένης διάσπασης της αναστόμωσης, τότε απαιτείται μία εγγύς κολοστομία και παροχέτευση της περιτοναϊκής κοιλότητας ή εξωτερίκευση της διασπασθείσης αναστόμωσης.

#### Φροντίδα της στομίας

Η φροντίδα της στομίας γίνεται με δύο τρόπους:

α) με ειδικές συσκευές υποδοχής των ανεξέλεγκτων κενώσεων. Σήμερα είναι ήδη προσιτή ολόκληρη σειρά από αυτοσυγκόλλητες συσκευές με σάκκο. Οι συσκευές αυτές κατασκευάζονται είτε σε εννιαίο τμήμα, που αποτελείται από αυτοσυγκόλλητο θυριδωτό δίσκο, στο πρόσθιο μέρος του οποίου είναι ενσωματωμένος υδατοστεγής πλαστικός σάκκος συλλογής κοπράνων, είτε σε δύο τμήματα: έναν αυτοσυγκόλλητο πλαστικό θυριδωτό δίσκο με κυκλωτή περιφερική αύλακα και έναν πλαστικό σάκκο μιας χρήσεως, ο οποίος προσηλώνεται αεροστεγώς στον πλαστικό δίσκο. Και με τις δυο μεθόδους το δέρμα γύρω από τη στομία υπόκειται στον κίνδυνο διαβρώσεως από το ερεθιστικό περιεχόμενο.

β) Εναλλακτική αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί η έκπλυση του παχέως εντέρου από την κολοστομία κάθε 24 ώρες: η πλήρης κένωση αυτού αναστέλλει κάθε αυτόματη λειτουργία για ολόκληρη ημέρα και επομένως το μόνο που χρειάζεται είναι η απλή επίθεση γάζας στη στομία. Η καθημερινή αυτή έκπλυση αποτελεί ενοχλητική διαδικασία που απαιτεί ειδική συσκευή και λεκάνη αποχωρητηρίου, γι' αυτό και δεν βρήκε ευρεία αποδοχή.

Και με τους δύο τρόπους φροντίδας, ο ασθενής οφείλει να προσαρμόσει κατάλληλα τη διαίτα του, αποφεύγοντας τη λήψη σε μεγάλη ποσότητα τροφών γνωστών για εντερικό ερεθισμό, όπως και ορισμένων συστατικών που δημιουργούν πολλά αέρια.

Συσκευές κολοστομίου

1. Συσκευές ενός τεμαχίου (ενιαίο σύστημα). Οι συσκευές αυτές αποτελούνται από ένα σάκο με κολλώδεις προσάρτημα που εφαρμόζεται στο δέρμα γύρω από το στόμιο ή με δακτύλιο από ρητίνη καράγια που είναι φυσική ουσία που σιγά-σιγά διαλύεται καθώς προστατεύει την περιοχή γύρω από το στόμιο.

Ο σάκος στο πάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων. Ο σάκος κολοστομίας με ρητίνη είναι μιας χρήσης, η αλλαγή του πρέπει να γίνεται όταν γεμίσει μέχρι τη μέση ή όταν ο δακτύλιος δείχνει φανερά σημεία φθοράς οπότε παύει να προστατεύει το δέρμα.



2. Συσκευές δύο τεμαχίων από ένα σάκος συνήθως με φίλτρο διαφυγής αερίων που εφαρμόζεται και συγκρατείται από το στρογγυλό δερματοπροστατευτικό (βάση) πλαίσιο που εφαρμόζεται στο δέμα.

Αυτό συνήθως έχει υποδοχές για τη ζώνη στήριξης.

Οι συσκευές αυτές χρησιμοποιούνται σε ευαισθησία και ερεθισμένα δέρματα, γιατί έχουν το πλεονέκτημα ότι η αλλαγή του σάκου δεν συνοδεύεται και με αλλαγή του πλαισίου που είναι προσκολλημένο στο δέρμα.

3. Εντεροτομικοί ή ανοικτοί σάκοι.

Χρησιμοποιούνται σε εντεροστομία και κυρίως σε ειλεοστομία.

Είναι ανοικτοί στο κάτω μέρος αδειάζονται συχνά, ενώ μετά από κάθε άδειασμα πλένονται με νερό και κλείνονται υδατοστεγώς, με ειδικό κλείστρο.

Το περιεχόμενο του εντέρου που παροχετεύεται είναι υδαρές ή πολτώδεις και μεγάλου όγκου.

Συνήθως οι σάκοι αυτοί δεν έχουν φίλτρο διαφυγής αερίων, από ανενεργό άνθρακα για την απορρόφηση των δυσάρεστων οσμών.

Αυτό γίνεται γιατί το φίλτρο αποφράσσεται από τα υγρά και ακόμη είναι δυνατή η διαφυγή υγρών από τα μικρά ανοίγματα του φίλτρου.

Οι ανοικτοί σάκοι φέρουν προστατευτικό δακτύλιο και συνήθως υποδοχή για την ζώνη του σάκου.

Οι συσκευές κολοστομίας είναι μιας χρήσης.

Το άνοιγμα των συσκευών, δηλαδή το μέρος που εφαρμόζεται

γύρω από το κολοστόμιο, είναι διαφόρων μεγεθών γιατί τα κολοστόμια έχουν διάφορα μεγέθη λόγω ηλικίας, φύλου και ανατομικής κατασκευής του ατόμου.

Επίσης με την πάροδο του χρόνου από την δημιουργία του, το στόμιο διαφοροποιείται στο ίδιο το άτομο, γιατί το στόμιο μικραίνει μετά την υποχώρηση του οιδήματος που υποχωρεί συνήθως 2 εβδομάδες μετά τη δημιουργία του.

Στην κάθε συσκευή είναι γραμμένο το μέγεθος του ανοίγματος που εφαρμόζεται γύρω από το στόμιο.

Το άνοιγμα πρέπει να εφαρμόζει άνετα σε απόσταση 0,3cm από το χείλος του στομίου, γιατί έτσι προστατεύεται το στόμιο από την κολλώδη ουσία του ανοίγματος για την εφαρμογή στο δέρμα και προστατεύει το δέρμα από το περιεχόμενο του εντέρου.

Χρησιμοποιώντας τις ζώνες στήριξης, του σάκου ή του δέρματος προστατευτικού πλαισίου, με αυξομειούμενο μήκος που εφαρμόζονται σε όλους τους σάκους ή τα δερματοπροστατευτικά πλαίσια με υποδοχή ζώνης το πλάτος της ζώνης είναι περίπου 3cm.

Για να είναι κατάλληλη μια συσκευή πρέπει να πληρεί τους παρακάτω όρους:

1. Να είναι εύκολη στη χρήση.
2. Να είναι στεγανή.
3. Να ελέγχει τις οσμές.
4. Να μην ερεθίζει το δέρμα γύρω από το στόμιο καθώς και το στόμιο.
5. να μην ενοχλεί τον άρρωστο.
6. Να είναι μιας χρήσης.

Στην περίπτωση της κολοστομίας εκτός από την συσκευή

χρησιμοποιούνται και άλλα προστατευτικά υλικά, όπως:

#### 1. Πάστες:

Χρησιμοποιούνται για την κάλυψη ρωγμών ή άλλης ανώμαλης επιφάνειας του δέρματος, έτσι ώστε να παρεμποδίζεται η διαρροή υγρού π.χ. καράγια ή karaya, premium. Επίσης προστατεύει τη διαρροή υγρού, όταν τοποθετηθεί πάνω σε βάση stomahesive είναι υποαλλεργιογόνο.

#### 2. Σκόνες:

Τοποθετούνται για την προστασία ερεθισμένου δέρματος χωρίς να εμποδίζουν την εφαρμογή της συσκευής τέτοιες σκόνες είναι:

α) Karaya: Προστατεύει το δέρμα από ερεθισμό, βοηθάει στην αντιμετώπιση ερεθισμένου δέρματος και για την θεραπεία του έλκους.

β) Stomahesive: Σε καταστροφή του δέρματος βοηθάει στην επούλωση.

#### γ) Υγρά:

Η εφαρμογή των υγρών που αναφέρονται παρακάτω δημιουργούν μεμβράνη στο δέρμα χωρίς να εμποδίζει την αναπνοή του δέρματος, αλλά το προστατεύει από ερεθισμό ή από την αποκόλληση του, κατά την αφαίρεση της συσκευής.

Αντενδείκνυνται σε λύση της συνέχειας του δέρματος γιατί περιέχουν οινόπνευμα και δημιουργούν τσούξιμο.

Τέτοια είναι το:

- Skin preh: Είναι υγρό το οποίο μόλις εφαρμοσθεί και στεγνώσει δημιουργεί προστατευτική μεμβράνη στο δέρμα.

- Skin gell: Προστατεύει ελάχιστα το δέρμα από την επίδραση των υγρών, του παχέως εντέρου. Προστατεύει την αποκόλληση του

δέρματος κατά την αφαίρεση της συσκευής.

#### 4. Βάσεις:

Χρησιμοποιούνται για την προστασία του δέρματος και την  
επούλωση του σε περίπτωση λύσης της συνέχειας του ή ύπαρξης  
πληγής, γιατί προσκολλούνται καλά σε υγρό και ερεθισμένο δέρμα.  
Κυκλοφορούν στο εμπόριο συνήθως σε φύλλα με αυτοκόλλητη  
εσωτερική επιφάνεια και αδιάβροχη εξωτερική.

Όταν κυκλοφορεί σε φύλλα, κόβονται σε μέγεθος ανάλογα με  
την επιφάνεια που θα τοποθετηθούν.

Προστατευτικά του δέρματος με βάσεις είναι καράγια,  
stomahesive colly seal κ.λ.π.

Χρησιμοποιούνται όταν ο άρρωστος έχει σχηματισμένη,  
ασχημάτιστη και διαρροϊκή απέκκριση του εντερικού σωλήνα.

<ακτύλιος: Προστατεύει το περιστομιακό δέρμα από την  
ερεθιστική επίδραση των υγρών του πεπτικού συστήματος. Ο  
δακτύλιος είναι μέρος ορισμένων συσκευών κολοστομίου και έχει  
κολλητική επιφάνεια που εφάπτεται στο δέρμα με μικρότερη  
προστατευτική επίδραση στο δέρμα από ότι στις βάσεις.

Τέτοιοι δακτύλιοι είναι:

- Karaya
- Seel peel
- Somahesive
- Hollihesive
- Relia seal :

Υποαλλεργιογόνα  
προστατευτικά του  
δέρματος. Το relia

seal δεν συνιστάται  
σε υγρή ελκωτική επιφάνεια του δέρματος.

## Νοσηλευτική Φροντίδα

### Ο νοσηλευτής

1. Παίρνει το νοσηλευτικό ιστορικό του αρρώστου και δίνει ιδιαίτερη προσοχή στις συνήθειες και τα προβλήματα κένωσης του εντέρου πριν την κολοστομία.
2. Αξιολογεί την θρέψη του αρρώστου, το βαθμό του περιορισμού της άνεσης του, την παρουσία συμπτωμάτων και την φυσική κατάσταση του αρρώστου.
3. Αξιολογεί την ύπαρξη σημείων διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
4. Ελέγχει, την κατάσταση του βλεννογόνου του στομίου κυρίως όταν υπάρχει διάρροια, καθώς επίσης και την κατάσταση του δέρματος γύρω από το στόμιο και της περιοχής του πρωκτού.
5. Αξιολογεί το κατά πόσον ο άρρωστος και οι δικοί του έχουν αποδεχθεί την νέα κατάσταση του αρρώστου.
6. Προσπαθεί να βρει τις ανάγκες του αρρώστου για ενημέρωση και εκπαίδευσή του σχετικά με τη νέα κατάσταση του καθώς και το αν ο άρρωστος έχει προβλήματα και το πώς μπορεί αυτά να αντιμετωπισθούν.
7. Αξιολογεί κατά πόσον ο άρρωστος και οι δικοί του είναι

έτοιμοι, να πάρουν μέρος στην φροντίδα και τι γνωρίζουν για τις χρησιμοποιούμενες συσκευές κολοστομίας.

## Νοσηλευτικοί στόχοι

Η νοσηλεύτρια πρέπει:

1. Να γνωρίζει τον άρρωστο σαν άτομο και σαν μέλος της οικογένειας με τα προσωπικά του προβλήματα και τις ανάγκες του.
  2. Να ελέγχει το κολοστόμιο για αλλαγή χρώματος και διαμέτρου.
- 91
3. Να φροντίζει για την καθαριότητα του γύρω δέρματος και να προλαβαίνει έτσι ερεθισμούς και λύσεις της συνέχειας του δέρματος.
  4. Να στηρίξει και ηθικά τον άρρωστο ώστε να μειώσει το άγχος που του δημιουργεί η νέα του κατάσταση και να τον ενθαρρύνει στην έγκαιρη συμμετοχή του ίδιου στην φροντίδα του στο μέλλον.
  5. Στηρίζει την προσπάθεια που κάνει να αποδεχθεί την κολοστομία και να μάθει πώς να ζει με αυτή.
  6. Να βοηθήσει τον άρρωστο στην διεργασία προσαρμογής του στο αλλαγμένο σωματικό είδωλο και να αποδεχθεί ότι με την έξοδο του από το νοσοκομείο δεν θα είναι πια άρρωστος, θα είναι σε θέση να περιποιείται μόνος του το κολοστόμιο και να καλύπτει όλες τις νέες του ανάγκες και να επιστρέψει στην κοινωνία ως ενεργό μέλος όπως και πριν.
  7. Με την ρύθμιση του διαιτολογίου και την πλύση του κολοστομίου να βοηθήσει τον άρρωστο να έχει μια κένωση καθημερινά του εντέρου.
  8. Να ενημερώσει τον άρρωστο με πιο τρόπο θα μπορέσει να περιορίσει τα αέρια και την κακοσμία, ώστε να επιστρέψει στην

κοινωνία σαν ενεργό μέλος όπως και πριν.

## ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

### Σκοποί της πλύσης της κολοστομίας

1. Να βοηθήσει στο άδεισμα του κόλου από το περιεχόμενο του, όπως κόπρανα, αέρια, βλέννα.
2. Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου.
3. Να βοηθήσει σε μια προγραμματισμένη κένωση του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

### Απαραίτητα Αντικείμενα

1. Δοχείο υγρού πλύσης
2. Δοχείο για το υγρό επιστροφής
3. Υγρό πλύσης 500-1500 mL θερμοκρασίας 40,5%
4. Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24 ,με κάποιο είδος θωράκισης για παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης
5. Μανίκι η περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο η συγκρατούμενο με ζωνη
6. Πλαστικός σάκος για συλλογή των υγρών γαζών και του σάκου μιας χρήσης
7. Χαρτί τουαλέτας και υδατοδιαλυτή γλισχραντική ουσία
8. Λαβίδα Kocher

### Φάση προετοιμασίας

- 1 Ο νοσηλευτής διαλέγει τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση και προβαίνει σε αυτήν την ίδια πάντα ώρα της κάθε μέρας
- 2 Ενημερώνει τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας και τον προτρέπει να παρακολουθεί την διαδικασία
- 3 Τοποθετεί το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50cm πάνω από το στόμιο

4 Τοποθετεί τον άρρωστο να καθίσει στη λεκάνη της τουαλέτας

5 Αφαιρεί τις γάζες και το σάκο και τα πετάει στον σάκο ακρήστων

Φάση εκτέλεσης

1 Τοποθετεί το μανίκι πλύσης ή το περίβλημα στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στην λεκάνη

2 Αφήνει λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από το σωλήνα και τον καθετήρα η κώνο.

3 Επαλείπτει τον καθετήρα η κώνο με γλισχραντική ουσιά και ήπια τον τοποθετεί μέσα στο στόμιο. Πιέζει το στήριγμα του καθετήρα απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο, για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρου.

4 Αφήνει το νερό να εισχωρίσει στο κόλο αργά

5 Κρατάει το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση του για 10sec μετά την είσοδο του νερού. Μετά ήπια το αφαιρεί.

6 Περιμένει 10-15 min για τη μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν, στεγνώνει το κάτω άκρο του μανικιού και το κλείνει με την λαβίδα

7 Αφήνει το μανίκι ή το περίβλημα στη θέση του για περίπου 20 min, καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί

Φάση παρακολούθησης

1 Καθαρίζει την επιφάνεια με ήπιο σαπούνι και νερό και την σπογγίζει

2 Επαλείπτει σκεύασμα καράγια ή άλλο φραγμό του περιστομιακού δέρματος. Αντικαθιστά το σάκο με γάζες



3 καθαρίζει τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό και τα στεγνώνει πριν τα τοποθετήσει σε καλά αεριζόμενο χώρο.

## Ειλεοστομία

### Ανατομία λεπτού εντέρου

Το λεπτό έντερο είναι σωλήνας μήκους περίπου 650cm και διαμέτρου 2,5-3 cm. Είναι η συνέχεια του στομαχιού και εκτείνεται από τον πυλωρό ως το παχύ έντερο . Το μεγαλύτερο μέρος του βρίσκεται μέσα στην κάτω κοιλία και περιβάλλεται από το παχύ έντερο, που σχηματίζει ατελή στεφάνη.

Το λεπτό έντερο διαιρείται σε δύο μέρη: ι)Το δωδεκαδάκτυλο και ιι)Το ελικώδες έντερο, που αποτελείται από τη νηστίδα και τον ειλεό.

### Το δωδεκαδάκτυλο

Αρχίζει από το τέλος του πυλωρικού σωλήνα και τελειώνει στην νησιδοδωδεκαδακτυλική πτυχή όπου και μεταπίπτει στην νηστίδα.

Κατά τη διάρκεια της πορείας του σχηματίζει αγκύλη, που περιβάλλει την κεφαλή του παγκρέατος, δέχεται τους εκφορητικούς πόρους του παγκρέατος και του ήπατος και παρουσιάζει, περιγραφικά, τις ακόλουθες τέσσερις μοίρες: α)Άνω ή ηπατική μοίρα, β)Κάτω ή νεφρική μοίρα, γ)Οριζόντια ή προαορτική μοίρα, δ)Ανιούσα μοίρα.

Η πρώτη μοίρα είναι περισσότερο ανευρισμένη από τις άλλες, υποδέχεται τους όξινους χυμούς του στομάχου και ονομάζεται βολβός. Στην δεύτερη μοίρα υπάρχουν τα φύματα του Vater και του Santorini. Στο φύμα του Vater εκβάλλουν ο χοληδόχος και ο μεγάλος παγκρεατικός πόρος, ενώ στο φύμα του Santorini ο μικρός παγκρεατικός πόρος.

Το ελικώδες έντερο

Διαιρείται α) στην νησιίδα προς τα πάνω και στον β) ειλεό προς τα κάτω και κρέμεται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με το μεσεντέριο. Η νησιίδα έχει μεγαλύτερη διάμετρο από τον ειλεό, πυκνότερες πτυχές και η αιματωση της από κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας είναι πλουσιότερη από εκείνη του ειλεού. Οι έλικες της νησιίδας καταλαμβάνουν την ομφαλική και την αριστερή λαγόνια χώρα, ενώ του ειλεού την υπογάστρια χώρα. Τα υποβλεννογόνια λεμφοζίδια είναι μεμονωμένα στην νησιίδα, ενώ στον ειλεό είναι κατά ομάδες, τις παυέριες πλάκες.

Το λεπτό έντερο αποτελείται από τέσσερις χιτώνες:

1. Τον ορογόνο. Αποτελείται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτόναιου και περιβάλλει το λεπτό έντερο, εκτός από το δωδεκαδάκτυλο.
2. Το μυικό. Αποτελείται από δυο στιβάδες λείων μυικών ινών, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλώτερη στιβάδα. Με τις κατάλληλες κινήσεις αυτού του χιτώνα, εκτελούνται οι κινήσεις του λεπτού εντέρου.
3. Τον υποβλεννογόνο. Βρίσκεται μεταξύ του μυικού και του βλεννογόνου χιτώνα και είναι αγγειονευροφόρος συνδετικός ιστός.

4. Το βλεννογόνο. Παρουσιάζει προσεκβολές, τις εντερικές λάχνες. Στα διαστήματα ανάμεσα στις λάχνες εκβάλλουν οι αδένες

### Φυσιολογία

Οι κινήσεις του εντέρου, που γίνονται για τη μηχανική πέψη, διακρίνονται σε ρυθμικές κινήσεις κατάτμησης, σε περισταλτικές κινήσεις προώθησης του περιεχομένου και σε εκκρεμοειδείς κινήσεις ανάμιξης του χυλού με τα διάφορα πεπτικά υγρά του εντέρου

Η χημική πέψη στο λεπτό έντερο γίνεται από ο παγκρεατικό και εντερικό υγρό και από τη χολή.

### Τι είναι ειλεοστομία

Ειλεοστομία είναι ένα άνοιγμα του ειλεού στο κοιλιακό τοίχωμα, που γίνεται σε περιπτώσεις κοκκιώδους ελκώδους κολίτιδας, ή για αλλαγή κατεύθυνσης του εντερικού περιεχομένου σε καρκίνο του κόλου, οικογενή πολυποδίαση, συγγενείς ανωμαλίες ή τραύμα. Το στόμιο της ειλεοστομίας γίνεται το σημείο εξόδου του εντερικού περιεχομένου.

### **Ενδείξεις πραγματοποίησης ειλεοστομίας**

Η ειλεοστομία είναι, κατά κύριο λόγο, ενταγμένη στη θεραπευτική στρατηγική που αφορά στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, στα πλαίσια της αντιμετώπισης των οποίων, εξ άλλου, αναπτύχθηκε. Είναι γνωστό, ότι η ριζική θεραπεία της ελκώδους κολίτιδος είναι η πρωκτοκολεκτομή. Προφανώς, συστατικό στοιχείο της επέμβασης αυτής σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών είναι η ειλεοστομία. Ακόμη και η εναλλακτικά εφαρμοζόμενη ειλεοπρωκτική αναστόμωση αποτελεί, με τη στενή έννοια του όρου, μία περινεϊκή ειλεοστομία. Εκτός από αυτό, δεν είναι ασυνήθης η χρήση προσωρινής ειλεοστομίας για την προφύλαξη της ειλεοπρωκτικής

αναστόμωσης. Συχνά, επίσης, είναι αναγκαία η εκτροπή της ροής του εντερικού περιεχομένου, προκειμένου να περιπέσει σε ύφεση μία Crohn κολίτιδα ή περιπρωκτική εντόπιση της νόσου και η ειλεοστομία είναι μία πολύ καλή λύση σε αυτό.

Σπανιότερα, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για αποσυμφόρηση σε περιπτώσεις απέλπιδων περιπτώσεων γενικευμένης επέκτασης κακοθειών του δεξιού κόλου ή για εκτροπή σε πολλαπλά τραύματα του παχέος εντέρου ή σε περιπτώσεις διαφυγής από αναστομώσεις περιφερικότερα, αν δεν είναι ευνοϊκότερη η δημιουργία μιας κολοστομίας.

### **Προσδιορισμός της θέσης του στομίου**

Η προσοχή των χειρουργών είναι, συνήθως, στραμμένη στους χειρισμούς στο έντερο, προκειμένου να κατασκευασθεί η στομία και πολλές φορές υποτιμάται η σημασία του σωστού προσδιορισμού της θέσης του στομίου. Πρόκειται για ζήτημα με σοβαρή επίπτωση στην ποιότητα ζωής του ειλεοστομημένου. Σε γενικές γραμμές, η θέση του στομίου πρέπει να καλύπτει τους εξής όρους: α) να είναι ορατή και να επιτρέπει την περιποίηση από τον ασθενή, β) να επιτρέπει την εύκολη συγκόλληση του σάκου χωρίς απώλειες, γ) να είναι κατά το δυνατόν αθέατη, ακόμα και με ελαφρά ένδυση.

Είδη ειλεοστομίας

### **Ειλεοστομία δι' έλικος (loop ileostomy)**

Πρόκειται, κατά κανόνα, για προσωρινές ειλεοστομίες. Μόνιμη ειλεοστομία δι' έλικος έχει ένδειξη σε περιπτώσεις που έχουν προηγηθεί πολλές επεμβάσεις με αποτέλεσμα την αλλοίωση της ανατομίας του μεσεντερίου, αν υπάρχει γενικά βραχύ μεσεντέριο ή μετά από ακτινοβολία.

### **Τελική ειλεοστομία (Brooke's)**

Το συνηθέστερα πραγματοποιούμενο είδος μόνιμης ειλεοστομίας. Ανεξάρτητα από το αν πραγματοποιείται συγχρόνως με κολεκτομή ή πρόκειται για μετατροπή άλλης επέμβασης (π.χ.προβληματική ειλεοστομία με βαλβίδα), παρασκευάζεται το κολεκτομή ή πρόκειται για μετατροπή άλλης επέμβασης (π.χ.προβληματική ειλεοστομία με βαλβίδα), παρασκευάζεται το μεσεντέριο από τη θέση του τελικού ειλεού που θα εκστομωθεί μέχρι τη ρίζα του.

### **Εγκρατής ειλεοστομία (Kock)**

Η εγκρατής ειλεοστομία προσφέρει μεγάλη συναισθηματική ικανοποίηση, καθώς απελευθερώνει το στομημένο, από την ανάγκη μόνιμης εφαρμογής σάκου και την ακράτεια. Πρόκειται, όμως, για μία απαιτητική τεχνικά επέμβαση με αρκετές επιπλοκές, και σχετικά υψηλά ποσοστά αποτυχίας και επανεπεμβάσεων, γι' αυτό και οι ενδείξεις για την εφαρμογή της είναι περιορισμένες. Βάση της σκέψης για τη δημιουργία της εγκρατούς ειλεοστομίας ήταν, ότι η δημιουργία θυλάκου με ικανότητα υποδοχής κάποιας ποσότητας εντερικού περιεχομένου και μάλιστα η κατάργηση του περισταλισμού στο σημείο αυτό, δε θα έκανε επιτακτική τη διαρκή κένωση μέσω της ειλεοστομίας.

## **Επιπλοκές**

### **Πρόληψη των επιπλοκών**

*Δημιουργία ανοίγματος ικανού εύρους.* Αν το άνοιγμα του κοιλιακού τοιχώματος και του δέρματος είναι μικρό, υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης σημείων απόφραξης. Αν τα ανοίγματα αυτά είναι πολύ μεγάλα, είναι πιθανό να δημιουργηθεί παραστομιακή κήλη ή πρόπτωση. Ειδική μέτρηση δε μπορεί να δοθεί, αλλά ένας καλός εμπειρικός κανόνας είναι εκείνος των "δύο δακτύλων" (για χειρουργούς που φορούν γάντια No 7 1/2).

*Εξωτερίκευση ικανού μήκους εντέρου.* Για κατασκευή ειλεοστομίας εξωτερικεύονται 5-6 εκ. ειλεού, ώστε με την εκτροφή και τη βλεννογονοδερματική συρραφή να προβάλλει έντερο 3 εκ. περίπου. Μακρύτερο τμήμα μπορεί να προκαλεί αμηχανία ή απαρέσκεια στον ασθενή, ενώ πολύ βαχύτερο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα διαφυγή περιεχομένου από το σημείο συγκόλλησης του σάκου. Με νεότερες συσκευές, είναι αποδεκτή προβολή μήκους 2 εκ. ειλεού.

*Επιβεβαίωση καλής αιματικής παροχής.* Ο καθορισμός, του τι αποτελεί ικανοποιητική παροχή αίματος στο εκστομωμένο έντερο, δεν είναι πάντοτε ευχερής. Αν το κριτήριο είναι απλώς μια τριχοειδική αιμορραγία, μπορεί να αποφευχθεί ισχαιμική νέκρωση άμεσα μετεγχειρητικά, караδοκει, όμως η στένωση σαν απώτερο αποτέλεσμα ισχαιμίας. Κριτήριο ικανοποιητικής αιμάτωσης είναι, αν όχι αιμορραγία με σφύξεις από τα χείλη του βλεννογόνου, τουλάχιστον τόσο ενοχλητική που να απαιτεί αιμόσταση.

*Αποκατάσταση του ανοίγματος του μεσεντερίου.* Η πιθανότητα συστροφής έλικας του λεπτού περί το σταθερό σημείο της καθήλωσης του στόματος είναι γνωστός. Αποφεύγεται με καθήλωση του μεσεντερίου στο τοίχωμα. Αν η σύγκλιση του ανοίγματος είναι δύσκολη, λόγω τάσης, και δεν είναι διαθέσιμο το επίπλου για να κλείσει το άνοιγμα, είναι πιθανά προτιμότερο να μην επιχειρείται καμία σύγκλιση, ώστε να είναι ευχερής η είσοδος και η έξοδος της έλικας του λεπτού από ένα χάσμα μεγάλου εύρους.

**Αιμόσταση.** Η μόλυνση του υποδόριου κατά την κατασκευή της στομίας είναι συνηθής. Ένα υποδόριο αιμάτωμα ευνοεί τη δημιουργία αποστήματος, γι' αυτό έχει σημασία η προσεκτική αιμόσταση στο υποδόριο και καλή έκπλυση.

### **Μεταβολικές επιπλοκές**

Τις πρώτες ημέρες μετά την κατασκευή μίας ειλεοστομίας, η εκροή από αυτήν είναι περιορισμένη. Κατόπιν, πρέπει να αναμένεται ημερήσια ροή 500 - 1500 ml, η οποία μπορεί να ανέλθει σε 10 - 12 lt σε ασθενείς με σύνδρομο βραχέος εντέρου (2). Η εμφάνιση πυκνής βλέννας, τις πρώτες μέρες, είναι ένδειξη για να καθυστερήσει η σίτιση από το στόμα, καθώς μπορεί να είναι σημείο ειλεού. Κατά τον Goligher υψηλή παροχή από την ειλεοστομία μπορεί να σχετίζεται με ενδοκοιλιακή σήψη.

**Πιν.2** Επιπλοκές ειλεοστομίας (εκτός εγκρατούς)

#### **Πρώιμες**

Δυσλειτουργία

Νέκρωση / Γάγγραινα

Εσχάρα βλεννογόνου

Βλεννογονο-δερματικός

Διαχωρισμός

Παραστομιακό απόστημα

Συρίγγιο

Αιμορραγία

#### **Ώσιμες**

Απόφραξη

Υποχώρηση

Έλκος / Απόστημα

Στένωση / Συρίγγιο

Κήλη

Πρόπτωση

Συστροφή

Τραυματισμός

Κεφαλή Μεδούσης

Αιμορραγία

Διαρροή

Απώλεια ασβεστίου, μαγνησίου, καλίου είναι υπαρκτή, αλλά σπάνια με πρακτικές επιπτώσεις. Συχνότερη και με κλινική σημασία είναι η απώλεια νερού και νατρίου (περί τα 60 mEq ημερησίως).

Οι ασθενείς με ειλεοστομία βρίσκονται συνήθως σε μια χρόνια αφυδάτωση και ένδεια νατρίου. Αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής είναι, αφ' ενός η περιορισμένη αποβολή ύδατος και νατρίου από τα ούρα και ο σχηματισμός λίθων σε ποσοστό 3 - 13% (1,3), αφ' ετέρου η δυσανεξία σε καταστάσεις που προκαλούν αφυδάτωση (ζέστη, γαστρεντερίτιδες). Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να πίνουν αρκετά ποτήρια νερό τη μέρα.

Αν δεν έχει πραγματοποιηθεί εκτομή ικανού μήκους τελικού ειλεού, δεν έχουν παρατηρηθεί μεταβολές στην απορρόφηση άλλων ιχνοστοιχείων και βιταμινών και προφανώς δεν απαιτείται καμία υποκατάσταση.

## Φροντίδα στομίου και αλλαγή σάκου με δακτύλιο από ρητίνη καραγια και μικροπορωδη αυτοκόλλητη επιφάνεια

Η μικροπορώδης αυτοκόλλητη επιφάνεια επιτρέπει τον αερισμό του δέρματος, εφαρμόζει καλύτερα, παραμένει στη θέση της περισσότερο και αφαιρείται ευκολότερα, προστατεύοντας έτσι τη περιοχή γύρω από το στόμιο.

Ο σάκος ειλεοστομίας μπορεί να αδειαστεί πολλές φορές προτού αφαιρεθεί και πεταχτεί.

### Σκοποί:

1. Να προλάβει, διαφυγή (ο σάκος συνήθως αλλάζει κάθε 2-4 μέρες).
2. Να επιτρέψει την εξέταση του δέρματος γύρω από το στόμιο.
3. Να βοηθήσει στον έλεγχο δυσσομίας, αν αποτελεί πρόβλημα.

### Χρόνος:

1. Νωρίς το πρωί πριν από το πρόγευμα ή 3-4 ώρες μετά από κάποιο γεύμα, όταν το έντερο είναι ελάχιστα ενεργό.
2. Κάθε φορά που ο άρρωστος αισθάνεται κάψιμο ή κνησμό κάτω από τον δίσκο ή νοιώθει πόνο γύρω από το στόμιο.

### Αντικείμενα:

1. <ύο σάκοι με δακτύλιο από ρητίνη καράγια και κλείστρα.
2. Σαπούνι, νερό και τρίφτης.
3. Κατάλληλος φραγμός του δέρματος (σκόνη καράγια, πάστα καράγια, Stomahesive (Tm), ReliaSeal (Tm), Skin prep ή άλλο).
4. Γάζες.
5. Νεφροειδές.
6. Λευκοπλάστης (υποαλλεργιογόνος).

## Διαδικασία

### Φάση προετοιμασίας

1. Ο Νοσηλευτής: δίνει στον άρρωστο άνετη θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθήσει την όλη διαδικασία. Εξασφαλίζει ιδιαιτερότητα.
2. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που γίνεται ώστε, τελικά, να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του.
3. Εξηγεί τις λεπτομέρειες στον άρρωστο.
4. Κλείνει το κάτω μέρος του παροχετευόμενου σάκου με το πλαστικό κλείστρο (σε κάθε συσκευασία 30 σάκων υπάρχει ένα κλείστρο).
  - α) Ανοίγει το κλείστρο.
  - β) Το κρατάει από τη σύνδεσή του σε ορθή γωνία με το δεξί του χέρι. Το αρσενικό τμήμα του κλείστρου πρέπει να είναι σε οριζόντια θέση και το θηλυκό σε κάθετη.
  - γ) Κρατάει το κάτω άκρο του σάκου μια φορά πάνω στο αρσενικό τμήμα του κλείστρου. Βεβαιώνεται ότι δεν υπάρχουν πτυχές πάνω στο κομμάτι του σάκου που δίπλωσε.



ε) Κρατώντας τον σάκο σταθερά με το αριστερό χέρι, κατεβάζει το θηλυκό τμήμα του κλειστρου με το δεξί χέρι. Πιέζει το ένα τμήμα του κλειστρου μέσα στο άλλο ώσπου να πιάσει σταθερά η ασφάλειά του.

5. Αποκαλύπτει την περιοχή της ειλεοστομίας και αφαιρεί τη ζώνη, αν φορά ο άρρωστος.

6. Τοποθετεί την λάμπα κατάλληλα και πλένει τα χέρια του.

## Φάση εκτέλεσης

1. Για να αφαιρέσει τον σάκο:

α) Κάθετε ή στέκεται σε άνετη θέση, ανάλογα με τη θέση του αρρώστου. Η θέση του αρρώστου εξαρτάται από την κατάστασή του.

β) Γεμίζει έναν μικρό υποδοχέα με διαλύτη, μετά γεμίζει ένα σταγονόμετρο με διαλύτη και ρίχνει μερικές σταγόνες μεταξύ του δίσκου και του δέρματος. <εν τραβάει για να ξεκολλήσει. Καθώς το διαλυτικό ενεργεί, ο σάκος χαλαρώνει και έτσι το τράβηγμα δεν είναι απαραίτητο, αν δεν χρησιμοποιήθηκε συγκολλητικό δέρματος. Ο σάκος μπορεί να αφαιρεθεί με απαλό σπρώξιμο του δέρματος μακριά από την αυτοκόλλητη επιφάνεια.

γ) Αν έχουν μείνει πάνω στο δέρμα υπολείμματα συγκολλητικής ουσίας, χρησιμοποιεί πολύ, μικρή ποσότητα διαλυτικής ουσίας πάνω σε γάζα. <εν χρησιμοποιεί ασετόν, αιθέρα ή βενζίνη γιατί ερεθίζουν το δέρμα.

2. Για να ετοιμάσει το δέρμα:

α) Απομακρύνει κάθε ίχνος καράγια που έχει τυχόν μείνει στο δέρμα με στεγνό χαρτί τουαλέτας. Όσο χρόνο θα εργάζεται για την ετοιμασία του δέρματος, τοποθετεί πάνω στο στόμιο γάζα ή ένα

κομμάτι χαρτοβάμβακα. Η γάζα ή ο χαρτοβάμβακας χρησιμεύουν για την κάλυψη του στομίου και την απορρόφηση του απεκκρίματος, όσο χρόνο θα καθαρίζεται το δέρμα.

β) Πλένει το δέρμα απαλά με μαλακό τρίφτη βρεγμένο με νερό και ήπιο σαπούνι (προτιμάτε γλυκερίνης), πριν από την εφαρμογή του νέου σάκου. Ο άρρωστος μπορεί να κάνει ένα ντους πριν από την αφαίρεση του σάκου. Ο μικροπορώδης ή αδιάβροχος λευκοπλάστης εφαρμοσμένος γύρω από τον δίσκο τον κρατά ασφαλή κατά τη διάρκεια του ντους.

γ) Ξεπλένει και στεγνώνει καλά την περιοχή γύρω από το στόμιο. Επισκοπεί το χρώμα και την κατάσταση του στομίου. Υγρασία ή υπολείμματα σαπουνιού εμποδίζουν τον σάκο να κολλήσει στο δέρμα.

3. Για να τοποθετήσει τον σάκο αν δεν υπάρχει δερματικός ερεθισμός:

α) Στο περιστομιακό δέρμα εφαρμόζεται ένας κατάλληλος δερματικός φραγμός πριν από την τοποθέτηση του σάκου. <ερματικοί φραγμοί είναι το Stomahesive (Tm) ή σκευάσματα καράγια (σκόνη, πάστα ή δακτύλιο). Πολλοί σάκοι μιας χρήσης έχουν ενσωματωμένους δερματικούς φραγμούς.

β) Είναι προαιρετικό να εφαρμοστεί Tincture Benzoin ή ένα από τα ειδικά παρασκευασμένα σκευάσματα προστασίας δέρματος.

γ) Αφαιρεί τη διαφανή πλαστική μεμβράνη που καλύπτει τον δακτύλιο καράγια. Βεβαιώνετε ότι το πίσω τοίχωμα του σάκου δεν είναι κολλημένο εσωτερικά πάνω στον δακτύλιο. Αν είναι, το ξεκολλάει με απαλές κυκλικές κινήσεις χρησιμοποιώντας τους αντίχειρές του. Ο δακτύλιος πρέπει να είναι ελαφρά κολλώδης.

δ) Αφαιρεί το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Για να είναι δυνατός ο χειρισμός του σάκου κατά την εφαρμογή του.

ε) Κρατώντας τις δύο στενές λωρίδες με το προστατευτικό στα πλάγια και με τον σάκο σε θέση ανάλογη με το αν ο άρρωστος μείνει στο κρεβάτι ή σηκωθεί, κεντράρει τον δακτύλιο καράγια γύρω από το στόμιο. Αν ο άρρωστος χρειαστεί να παραμείνει ξαπλωμένος για ένα διάστημα η θέση του σάκου είναι ελαφρά πλάγια, αλλιώς είναι κατακόρυφη.

στ) Εφαρμόζει πρώτα το μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας, αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο. Πιέζει σταθερά προς τα κάτω και έξω, ισιώνοντας συγχρόνως τόσο την αυτοκόλλητη επιφάνεια, όσο και το δέρμα. Κολλάει το επάνω μέρος με τον ίδιο τρόπο. Τέλος, αφού αφαιρέσει το προστατευτικό χαρτί, κολλάει τις δύο στενές λωρίδες στα πλάγια.

4. Για να τοποθετήσει τον σάκο αν υπάρχει δερματικός ερεθισμός:

α) Καθαρίζει καλά, αλλά απαλά, και στεγνώνει το δέρμα.

β) Εφαρμόζει Kenalog Spray. Αφαιρεί την επιπλέον υγρασία με βαμβάκι και τοποθετεί μικρή ποσότητα σκόνης nystatin (Mycostatin).

Για την προμήθεια και των δύο χρειάζεται συνταγή.

(1) Ένα εναλλακτικό αποτελεσματικό μέτρο είναι η εφαρμογή μιας κάψας Stomahesive (Squibb) που υπάρχει σε τεμάχια διαστάσεων 10X10 και 20X20 cm.

(2) Ένα δεύτερο εναλλακτικό μέτρο είναι να εφυγράνει ένα στεγανωτικό δακτύλιο από καράγια κόμμι και να τον εφαρμόσει. Αν το δέρμα ιδρώνει μπορεί πρώτα να χρησιμοποιήσει σκόνη καράγια.

Το στερινοειδές σκεύασμα (Kenalog) βοηθά στη μείωση της φλεγμονής, ενώ το αντιμυκητιασικό (nystatin), θεραπεύει τις μολύνσεις που είναι συνηθισμένες γύρω από τα στόμια.

(1) Το Stomahesive είναι υλικό που προάγει την επούλωση του δέρματος, κολλάει καλά ακόμα και σε υγρό από εξίδρωμα δέρμα.

γ) Κατόπιν εφαρμόζει τον σάκο.

Φάση παρακολούθησης

1. Πετάει το άχρηστο υλικό.
2. Καθαρίζει τον ξαναχρησιμοποιούμενο σάκο πλένοντας τον με σαπούνι και νερό.
3. Βουτάει τον σάκο με αποσμητική διάλυση και τον κρεμάει να στεγνώσει. Τα αποσμητικά μέσα πρέπει να είναι αποτελεσματικά χωρίς να καταστρέφουν τον σάκο.

## Άδειασμα σάκου

Για να αδειάσει τον σάκο δεν πρέπει να τον

βγάλει από την θέση του.

1. Σηκώνει το κάτω μέρος του σάκου. Το περιεχόμενό του θα απομακρυνθεί από το πλαστικό κλείστρο.
2. Κρατάει το κάτω μέρος του σάκου προς τα πάνω με το δεξί του χέρι και ανοίγει το κλείστρο με το αριστερό.
3. Χαμηλώνει τον σάκο αργά και το κατευθύνει το περιεχόμενο στην τουαλέτα ή σε άλλο δοχείο συλλογής.
4. Τον καθαρίζει με καθαρό χλιαρό νερό και σκουπίζει το άκρο του με χαρτοβάμβακα.
5. Κλείνει ξανά το κάτω μέρος.

