



and offloading the diabetic foot wound. Clin Infect Dis 2004; 39: S92-S99.

3. Armstrong DG, Lavery LA. Evaluation of removable and irremovable cast walkers in the healing of diabetic foot wounds: a randomized control trial; Diabetes Care 2005; 28:551-554.

4. Fleischli JG, Vela S, Lavery LA. Comparison of strategies for reducing pressure at the site of neuropathic ulcers. J. Am Podiatr Med Assoc 1997; 87:466-447.

5. Lavery LA, Vela S, Quedebedeaux T, Lavery DC. Reducing plantar pressure in the neuropathic foot: a comparison of footwear. Diabetes Care 1997; 20:1706-1710.

6. Harding KG, Jones V, Price P. Topical treatment: which dressing to choose. Diabetes Metab Res Rev 2000; 16: S47-S50.

**ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ»**

**ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: «ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΩΝ»**

**ΩΡΑ: 9.00 – 10.00**

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΤΣΙΓΑΡΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

### **1. ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΣΤΟΜΙΕΣ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΤΕΧΝΙΚΗ, ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ, ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

**Στυλιανός Α. Καπίρης**

Επιμελητής Β' Χειρουργός

Γ' Χειρουργικό Τμήμα ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός»

Εντερική στομία είναι ένα άνοιγμα του εντέρου στην επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος. Η δημιουργία μιας εντερικής στομίας είναι συχνά μια απαραίτητη παράμετρος στη χειρουργική θεραπεία διαφόρων παθήσεων του λεπτού και του παχέος εντέρου. Για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος η δημιουργία της στομίας πρέπει να θεωρείται σαν αναπόσπαστο τμήμα της χειρουργικής τεχνικής και όχι σαν μια ενοχλητική και χρονοβόρα πράξη στο τέλος μιας πολύωρης επέμβασης. Πολύ σημαντική είναι η προεγχειρητική ενημέρωση του ασθενούς για την αναγκαιότητα της στομίας, για την θέση της στομίας στο κοιλιακό τοίχωμα καθώς και για το εάν η στομία θα είναι μόνιμη ή προσωρινή.

#### **Ενδείξεις**

Οι ενδείξεις των εντερικών στομιών είναι: Διάτρηση ή απόφραξη καρκίνου παχέος εντέρου (προσωρινή ή μόνιμη κολοστομία τελική ή αγκύλης), Καρκίνος ορθού (μόνιμη τελική κολοστομία μετά από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ή προσωρινή κολοστομία ή ειλεοστομία αγκύλης μετά από εκτομή και κολοπρωκτική αναστόμωση), Διάτρηση ή απόφραξη εκκολπωματικής νόσου (προσωρινή κολοστομία τελική ή αγκύλης), Οξεία φάση ελκώδους κολίτιδας (τελική ειλεοστομία μετά υφολική κολεκτομή), Χρόνια φάση ελκώδους κολίτιδας (μόνιμη τελική ειλεοστομία μετά από πανπρωκτοκολεκτομή ή προσωρινή ειλεοστομία αγκύλης μετά από πανπρωκτοκολεκτομή και ειλεο-πρωκτικό θύλακο), Νόσος Crohn παχέος εντέρου (απολειπτική κολοστομία ή ειλεοστομία με ή χωρίς εκτομή προσωρινή ή συχνά μόνιμη), Νόσος Crohn λεπτού εντέρου (απολειπτική προσωρινή ή μόνιμη ειλεοστομία), Νόσος Crohn περιπρωκτικής χώρας (προσωρινή ειλεοστομία απολειπτική ή μόνιμη κολοστομία μετά από πανπρωκτοκολεκτομή), Τραύμα παχέος εντέρου – ορθού (απολειπτική κολοστομία ή ειλεοστομία αγκύλης συνήθως

προσωρινή), Ακράτεια κοπράνων (μόνιμη τελική κολοστομία) και Αποκατάσταση σφιγκτήρων (προσωρινή ειλεοστομία ή κολοστομία αγκύλης)<sup>1</sup>

#### **Τεχνική**

Για την επιλογή της καταλληλότερης θέσης της στομίας πρέπει να ληφθούν υπόψιν τα παρακάτω: 1. Για την επαρκή επικόλληση της συσκευής χρειάζεται μια επίπεδη περιοχή δέρματος διαμέτρου 8–9 εκ. 2. Ο ασθενής θα πρέπει να μπορεί να βλέπει τη στομία 3. Πρέπει να αποφεύγονται οι δερματικές πτυχές, τυχόν προηγούμενες ουλές και τα οστικά κυρτώματα 4. Η στομία δεν πρέπει να βρίσκεται στην περιοχή της ζώνης του ασθενούς 5. Η θέση της στομίας πρέπει να σημειώνεται προεγχειρητικά με τον ασθενή σε όρθια, καθιστή και πρηνή θέση και 6. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν σωματικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς (π.χ. αναπηρίες).

Τις περισσότερες φορές η μέση τομή προτιμάται γιατί αφενός η ενδοπεριτοναϊκή πρόσβαση είναι καλύτερη, αφετέρου μένουν ελεύθερες οι περιοχές εκατέρωθεν της μέσης γραμμής για την τοποθέτηση της στομίας. Οι στομίες είναι δυνατόν να δημιουργηθούν και λαπαροσκοπικά. Σαν γενικές αρχές για όλες τις στομίες ισχύουν τα εξής: 1. Η αιμάτωση του εντερικού άκρου πρέπει να είναι επαρκής και 2. Δεν πρέπει να υπάρχει υπερβολική τάση.

Για τη δημιουργία τελικής κολοστομίας γίνεται κυκλική τομή στο δέρμα διαμέτρου 2,5 εκ., (το υποδόριο λίπος προτιμάται να μην εκτέμνεται) και ακολουθεί σταυροειδής τομή στη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός μήκους 2 εκ. και διάσταση (όχι διατομή) των ινών του ορθού κοιλιακού μυός. Τέλος γίνεται σταυροειδής διατομή στο οπίσθιο πέταλο της θήκης και διατομή του περιτοναίου. Το άκρο του εντέρου πρέπει να βρίσκεται 2 εκ. υψηλότερα από το επίπεδο του δέρματος έτσι ώστε μετά την συρραφή του στο δέρμα (με διακεκομένες απορροφήσιμες ραφές ολικού πάχους) να προβάλλει τελικά κατά 0,5-1εκ. βοηθώντας έτσι στην ακριβέστερη τοποθέτηση του σάκκου κολοστομίας. Στην περίπτωση της κολοστομίας αγκύλης, η αρχική οπή στο δέρμα είναι μεγαλύτερη ενώ χρησιμοποιείται ένας πλαστικός η γυάλινος κίλυνδρος για την υποστήριξη της κολοστομίας, ο οποίος αφαιρείται μετά από 5-10 ημέρες.

Για τη δημιουργία τελικής ειλεοστομίας (πιο συχνά μετά από κολεκτομή για φλεγμονώδη νόσο του εντέρου) χρησιμοποιείται το πλέον περιφερικό τμήμα του ειλεού αμέσως κεντρικότερα της ειλεοσφλκτικής βαλβίδας. Προσοχή πρέπει να δίνεται στη διατήρηση καλής αιμάτωσης του τελικού ειλεού. Το άκρο του εντέρου πρέπει να προβάλλει 5 εκ. από το δέρμα με την μεσεντερική πλευρά του προς το κεφάλι του ασθενούς. Στη συνέχεια με τη διαδοχική τοποθέτηση διακεκομένων απορροφήσιμων ραμμάτων ολικού πάχους το άκρο του ειλεού εκστρέφεται δημιουργώντας προβολή της ειλεοστομίας κατά 2,5 εκ. Στην περίπτωση της ειλεοστομίας αγκύλης γίνεται μια ημισελήνοειδής τομή στην περιφερική έλικα στο επίπεδο του δέρματος, έτσι ώστε η εκτροπή του βλεννογόνου στο κεντρικό τμήμα να είναι απαραίτητος πλαστικός υποστηρικτικός κίλυνδρος ο οποίος πρέπει να αφαιρεθεί σε 5-10 ημέρες.



### Επιπλοκές

Οι επιπλοκές των εντερικών στομών είναι συχνές (25% μετά από κολοστομία, 57% μετά από τελική ειλεοστομία και 75% μετά από ειλεοστομία αγκύλης)<sup>2</sup>. Οι επιπλοκές αυτές είναι: Εντερική απόφραξη (μετά από ειλεοστομία), Στένωση, Εισολκή, Πρόπτωση, Παραστομακό απόστημα ή συρίγγιο, Ερεθισμός του δέρματος (η συχνότερη επιπλοκή της ειλεοστομίας), Δυσάρεστη οσμή (συνήθως μετά από εγκαρσιοστομία), Διάρροια-αφυδάτωση-απώλεια ηλεκτρολυτών (μετά από ειλεοστομία), Νεφρολιθίαση- Χολολιθίαση (μετά από ειλεοστομία), Ειλείτιδα (υποτροπή της φλεγμονώδους νόσου στην ειλεοστομία), Κιρσοί-αιμορραγία της στομίας (σε ασθενείς με πυλαία υπέρταση), Παραστομακική κήλη (η συχνότερη επιπλοκή της κολοστομίας), Ισχαιμία-νέκρωση της στομίας<sup>3</sup>.

Πολλές από τις επιπλοκές αυτές πρέπει αντιμετωπίζονται με εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα (εντεροστομαθεραπευτής- enterostomal therapist- ET) και αυτό γιατί χειρουργική αντιμετώπισή τους είναι και δύσκολη αλλά και συχνά με όχι ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα της στομίας

Αμέσως μετά την δημιουργία της στομίας αυτή καλύπτεται επικολλώντας το σύστημα βάσης-σάκκου κολοστομίας σε καθαρό και στεγνό δέρμα, για την προστασία της εγχειρητικής τομής, του δέρματος γύρω από τη στομία αλλά και για τη συλλογή του εντερικού περιεχομένου. Υπάρχει ποικιλία συστημάτων αυτοκόλλητης βάσης-σάκκου, μιας χρήσεως, ενός ή δύο τεμαχίων. Το μέγεθος του κυκλικού ανοίγματος στην αυτοκόλλητη βάση της συσκευής πρέπει να είναι 3 χιλ. μεγαλύτερο από την περιφέρεια του βλεννογόνου της στομίας<sup>4</sup>. Ο σάκκος της στομίας πρέπει να είναι διαφανής για να επιτρέπει τον καθημερινό έλεγχο της αιμάτωσης, της θέσης και της λειτουργικότητας της στομίας.

### Βιβλιογραφία

1. J. Graham Williams: Intestinal Stomas in: ACS Surgery Principles and Practice 2006; 803-815
2. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, et al: Stoma complications: the Cook County Hospital experience. Dis Colon Rectum 42:1575, 1999
3. Theodore R Schrock: Intestinal Stomas (Ileostomy & Colostomy) in: Current Surgical Diagnosis & Treatment 1994, L.W.Way Eds; 687-691
4. Enterostomal Therapy in: Handbook of Colon & Rectal Surgery 2002, M L Corman, S I Allison & J P Kuehne Eds; 844-854

### 2. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ

#### Δημητρούλη Αικατερίνη

Νοσηλεύτρια Πλαστικής Χειρουργικής/ Νευροχειρουργικής/ Γναθοχειρουργικής Κλινικής  
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Η εξασφάλιση και διατήρηση του αεραγωγού σε ασθενείς με τραύμα, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην επείγουσα ιατρική. Η αναγκαιότητα διατήρησης της οξυγόνωσης είναι σημαντική, ώστε να εξασφαλιστεί η προστασία ζωτικών οργάνων.

Η επείγουσα ή προγραμματισμένη, προσωρινή ή μόνιμη διάνοξη της τραχείας και η τοποθέτηση ειδικού σωλήνα εντός αυτής, με σκοπό τον αερισμό του ασθενή, παρακάμπτοντας την ανώτερη αναπνευστική οδό, αποτελεί την τραχειοστομία. Γίνεται με συγκεκριμένη τεχνική από χειρουργό ή εξειδικευμένο διασώστη ανοιχτά στο χειρουργείο ή διαδερμικά παρακλίνια και με σκοπό να αποφευχθούν όσο το δυνατόν, τόσο πρώιμες όσο και αργότερες επιπλοκές.

Οι ενδείξεις περιλαμβάνουν προφυλακτική τραχειοστομία σε εγχειρήσεις προσώπου, αυχένα, σε εγκαύματα που προκαλούν οίδημα, νοσήματα του Κ.Ν.Σ, μηχανική απόφραξη του λάρυγγα, της τραχείας και των βρόγχων από ξένα σώματα, καρκίνου του λάρυγγα και αντικατάσταση του ενδοτραχειακού σωλήνα. Σκοπός είναι η εξασφάλιση ανοιχτής αεροφόρου οδού, αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, η χορήγηση οξυγόνου, καθώς και η πρόληψη εισρόφησης υγρών και εκκρίσεων σε κωματώδη ασθενή.

Για τις διάφορες ενδείξεις υπάρχει μια σειρά από τραχειοσωλήνες (μεταλλικοί, πλαστικοί, με βαλβίδα ομιλίας), η περιποίηση των οποίων αλλά και της ίδιας της τραχειοστομίας είναι ουσιώδης, τόσο όταν γίνεται στο νοσοκομείο από το προσωπικό, όσο και όταν διδάσκεται στον ασθενή και το περιβάλλον του, εφόσον πρόκειται για μόνιμη τραχειοστομία.

Η χρησιμότητα της έγκειται στην απομάκρυνση των εκκρίσεων μέσω του σωλήνα αναρρόφησης, οι οποίες μπορεί να αποφράξουν τις αεροφόρους οδούς και να προκαλέσουν επιπλοκές όπως: υποξία, πνευμονία, βρογχίτιδα ή ατελεκτασία, ουσιαστικό ρόλο παίζει η σωστή τεχνική αναρρόφησης η οποία εξασφαλίζει τη βατότητα ενός τεχνητού αεραγωγού.

#### ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ»

#### ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: «ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΣΠΑΣΕΩΝ ΜΕΣΗΣ ΣΤΕΡΝΟΤΟΜΗΣ»

ΩΡΑ: 9.00 – 10.00

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΡΩΜΑΝΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ, ΓΚΟΥΖΟΥ ΜΑΡΙΑ

#### 1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΩΝ Γιάννης Κοκοτσάκης,

Επιμελητής Β' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής  
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

#### Εισαγωγή

Η μεσοθωρακίτιδα μετά από μέση στερνοτομή είναι μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές σε ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση. Η συχνότητα εμφάνισης της είναι σχετικά χαμηλή (1-3%) αλλά συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα (10-25%). Η διάγνωση της μεσοθωρακίτιδας, σύμφωνα με τις οδηγίες του κέντρου ελέγχου και πρόληψης των λοιμώξεων των Η.Π.Α (CDC), απαιτεί την ύπαρξη τουλάχιστον μίας εκ των κατωτέρω προϋποθέσεων:

- 1) Απομόνωση μικροοργανισμού από καλλιέργεια υλικού του μεσοθωρακίου
- 2) Ευρήματα μεσοθωρακίτιδας κατά την εγχείρηση
- 3) Μία από τις ακόλουθες καταστάσεις: θωρακικός πόνος, αστάθεια στέρνου, πυρετός (>380C) σε συνδυασμό με εκροή πυώδους υγρού από το μεσοθωράκιο ή θετική αιμο-