



### Επιπλοκές

Οι επιπλοκές των εντερικών στομιών 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 αψώτερες 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, καρκίνο 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-